

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Thalita Beatriz Santos Maciel

**FATORES QUE INTERFEREM NO PROGNÓSTICO DE PACIENTES QUE
RECEBERAM MANOBRAS DE RESSUCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO
AMBIENTE HOSPITALAR**

Belo Horizonte
2013

Thalita Beatriz Santos Maciel

**FATORES QUE INTERFEREM NO PROGNÓSTICO DE PACIENTES QUE
RECEBERAM MANOBRAS DE RESSUCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO
AMBIENTE HOSPITALAR**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para a obtenção do título de Especialista em Terapia Intensiva, Urgência e Emergência.

Orientadora: Prof^ª Anadias Trajano Camargos

Belo Horizonte
2013

Ficha catalográfica

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG.

Maciel, Thalita Beatriz Santos

Fatores que interferem no prognóstico de pacientes que receberam manobras de ressuscitação cardiopulmonar no ambiente hospitalar [manuscrito] / Thalita Beatriz Santos Maciel. – 2013.
63 f.

Orientadora: Anadias Trjano Camargos

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Terapia Intensiva, Urgência e Emergência. – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Unidade de Terapia Intensiva. I. Camargos, Anadias Trajano. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

THALITA BEATRIZ SANTOS MACIEL

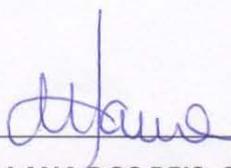
TÍTULO DO TRABALHO: "Fatores que interferem no prognóstico de pacientes que receberam manobras de ressuscitação cardio pulmonar no ambiente hospitalar."

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva Urgência e Emergência. (Área de concentração).

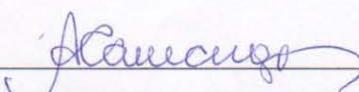
APROVADO: 10 de julho de 2013.



Prof^ª. **SALETE MARIA DE FÁTIMA SILQUEIRA**
(UFMG)



Prof^ª. **ALLANA DOS REIS CORRÊA**
(UFMG)



Prof^ª. **ANADIAS TRAJANO CAMARGOS**
(Orientadora)
(UFMG)

AGRADECIMENTOS

Dedico e agradeço esta, bem como todas as minhas demais conquistas a Deus, aos meus amados pais por sempre me enxergarem melhor do que eu sou.

Ao meu irmão pelo incentivo, cooperação e orientações durante esta caminhada.

Ao Diego pela paciência, companheirismo e compreensão dos vários momentos em que tive que me ausentar para o alcance desse objetivo.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta monografia.

Aos amigos e colegas, antes anônimos e hoje especiais na minha vida.

"Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito. "*Chico Xavier*".

RESUMO

Durante o atendimento de uma parada cardíaca para que se tenha êxito é necessário que, as manobras de ressuscitação sejam corretamente e eficazmente realizadas por profissionais previamente treinados e capacitados, visando reduzir o tempo que o paciente permanece com a circulação sanguínea deficiente. O estudo procura os fatores que interferem no prognóstico de pacientes após ressuscitação cardiopulmonar no ambiente hospitalar. Para alcançá-lo fundamentou-se na prática baseada em evidência, com intuito de realizar a avaliação crítica dos resultados das pesquisas. A proposta foi a revisão integrativa que obtém respostas através da síntese de evidências já publicadas. A amostra dessa revisão constituiu-se de seis artigos, identificados pela estratégia de busca nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO. Os resultados obtidos apontaram alguns fatores que interferem na sobrevida destes pacientes dentre eles idade, sexo, e doenças preexistentes, tempo de atendimento e identificação do ritmo cardíaco. Os principais fatores que aumentam a taxa de sobrevida identificados foram o tempo de atendimento, identificação do ritmo cardíaco e doenças cardíacas preexistentes quando comparado com outras patologias. Concluindo assim que os indivíduos com risco de morte é uma preocupação constante dos profissionais de saúde, o cuidado que é essencial a enfermagem e fornece instrumentos para sistematização da assistência está diretamente ligado ao aumento de sobrevida destes pacientes pois, os fatores prognósticos apresentados foram medidas simples e de observação contínua dos paciente que se encontra no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Parada cardíaca; Ressuscitação cardiopulmonar; Prognóstico.

ABSTRACT

During the care of cardiac arrest, in order to succeed it is necessary that the resuscitation maneuvers are properly and effectively performed by previously trained and qualified professionals in order to reduce the time that the patient remains with poor blood circulation. This study aims to identify the factors that affect the prognosis of patients after cardiopulmonary resuscitation in the hospital environment. Therefore, it was based on evidence-based practice, with the purpose of doing a critical evaluation of the research results. The proposed methodology was the integrative review, which gets responses through the synthesis of previously published evidence. The sample of this review consisted of six articles identified by the search strategy in the databases of LILACS, MEDLINE and SciELO. The results indicated some factors that affect the survival of these patients, including age, gender, preexisting diseases, duration of care and identification of heartbeat. The main factors identified that increase the survival rate were duration of care, identification of heartbeat and preexisting heart diseases, when compared with other pathologies. Thus, identifying individuals at highest risk is a constant concern for health professionals. The care, which is essential to provide tools for nursing and for systematizing the assistance, is directly linked to the increased survival of these patients since the prognostic factors presented were simple measures of continuous observation of patients who are in the hospital environment.

Keywords: Cardiac arrest; Cardiopulmonary resuscitation; Prognosis.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Classificação do nível e qualidade de evidência dos estudos	17
QUADRO 2 - Descrição da estratégia PICO para elaboração da pergunta de pesquisa	19
QUADRO 3 - Descritores e seus significados.....	20
QUADRO 4 - Estratégia de Busca e seleção de publicações	21
QUADRO 5 - Classificação dos estudos.....	24
QUADRO 6 - Característica dos estudos da amostra.....	26
QUADRO 7 - Evidências dos fatores determinantes de sobrevida de pacientes vítimas de parada cardiorrespiratória	31

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVO	12
3. REVISÃO DE LITERATURA	13
4. REFERENCIAL TEÓRICO/METODOLOGICO	16
4.1 Referencial teórico	16
4.2 Referencial Metodológico	17
4.3 Pergunta da pesquisa	19
4.4 População e amostra	20
4.5 Critérios de inclusão e exclusão	22
4.6 Coleta de dados	23
4.7 Análise de dados	23
5. RESULTADOS	24
6. DISCUSSÃO	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIA	33
APENDICE A	35

1. INTRODUÇÃO

A parada cardíaca é definida por Falcão, Costa e Amaral (2010) como a interrupção súbita da atividade bombeadora cardíaca, levando à falência circulatória, seguida da cessação da respiração.

Ressalta-se que durante o atendimento a uma parada cardíaca para que se atinja êxito é necessário que, as manobras de ressuscitação sejam corretamente realizadas por profissionais previamente treinados e capacitados, reduzindo assim o tempo que o paciente permanece sem circulação sanguínea. Falcão, Costa e Amaral (2010) afirmam que a ressuscitação cardiopulmonar é um conjunto de procedimentos que devem ser executados em pessoas que não possuam uma doença sem tratamento e em fase de terminalidade, tendo como objetivo a manutenção artificial da circulação sanguínea para o suprimento de sangue aos órgãos vitais até que a circulação espontânea seja restabelecida.

Os autores acima estabelecem ainda que o diagnóstico de parada cardiorrespiratória é dado clinicamente por achado de sinais de ausência da circulação sanguínea tais como: inconsciência, ausência de pulso e ausência de respiração; e o diagnóstico eletrocardiográfico que é dado pelos ritmos cardíacos de: assistolia, fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso e atividade elétrica sem pulso. (FALCÃO; COSTA; AMARAL, 2010, p.245).

Os indicadores de mortalidade do Ministério da Saúde disponíveis no DATASUS, no ano de 2010 no Brasil, aproximadamente 136 mil pessoas morreram vítimas de doenças do aparelho circulatório e o município que esta doença fez mais vítimas foi em São Paulo com aproximadamente 80 mil pessoas. Nesse sentido, ressalta-se a importância da qualificação dos profissionais de saúde, que trabalham no ambiente hospitalar, que muitas vezes se deparam diariamente com essas situações, para que com esta qualificação profissional seja possível reduzir o número de pacientes vítimas de parada cardiorrespiratória mal assistida.

A demora no atendimento pode ocasionar principalmente problemas relacionados a disfunções neurológicas, tendo em vista que os órgãos vitais como o cérebro estão sem suprimento sanguíneo no período das manobras. Ressaltam Panzin e outros (2003), que a PCR é uma situação trágica, motivadora de morbimortalidade elevada, mesmo que o atendimento tenha sido perfeito. Ainda segundo os mesmos autores, na PCR, o tempo é um fator fundamental e determinante da sobrevivência, estima-se que, a cada minuto que o paciente permanece em parada cardíaca, sua sobrevivência é diminuída em 10%.

Ressalta-se a importância da capacitação do enfermeiro para iniciar as manobras do Suporte Básico de Vida (SBV). No entendimento de Bertoglio e outros (2008) os

profissionais de enfermagem frequentemente são os primeiros a intervir na PCR em ambiente hospitalar e os primeiros a iniciarem as manobras de SBV enquanto esperam a equipe do Suporte Avançado de Vida chegar.

O suporte básico de vida compreende o método mnemônico C-A-B, que foi instituído pela nova Diretriz de Ressucitação Cardiopulmonar da American Heart Association de 2010. Este método é constituído pelas compressões torácicas, abertura de vias aéreas e avaliação da respiração, respectivamente. E ainda, segundo a American Heart Association, o suporte Avançado de Vida compreende o C-A-B, os recursos de monitorização hemodinâmica, terapia medicamentosa, uso de desfibriladores e equipamentos especiais para a ventilação mecânica.

De acordo com Silva e Padilha (2001), para se obter êxito na assistência ao paciente, em PCR, a unidade que o admitiu deve possuir todos os recursos necessários para um bom atendimento, como recursos humanos, financeiros e materiais, bem como equipamentos adequados, definição de atribuições para cada profissional, a eficiente preparação técnica científica dos profissionais e deve-se também implementar protocolos de atendimento, buscando a padronização das ações a serem seguidas, com vistas a facilitar a abordagem terapêutica. Essas ações em conjunto possibilitarão um atendimento de qualidade e eficaz em qualquer situação.

Então, a função do enfermeiro no atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória é extremamente relevante, tendo em vista que o profissional atua diretamente nesse momento, assim:

O papel do enfermeiro inclui a reanimação cardiorrespiratória contínua, monitorização do ritmo cardíaco e dos outros sinais vitais, administração de fármacos conforme orientação médica, registro dos acontecimentos, notificação ao médico plantonista, bem como relatar os acontecimentos aos membros da família, sendo que o apoio para os familiares e amigos é muito importante nesta ocasião. 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. (ZANINI; NASCIMENTO; BARRA *apud* HUDAK; GALLO, 2006).

Portanto, é importante a análise do contexto que envolve estes profissionais, é necessário ao enfermeiro neste momento equilíbrio para tomar as decisões pertinentes e que tragam os melhores resultados. Wehbe e Galvão (2001) relatam que o enfermeiro precisa entender o processo de liderar e melhorar as habilidades necessárias, dentre elas destacam-se: a comunicação, o relacionamento com o outro, a conquista de decisões e a aptidão clínica, aplicando-as na sua prática profissional.

Tendo em vista a importância da correta realização das manobras de ressuscitação cardiopulmonar e da importância da atuação de toda a equipe dando destaque ao enfermeiro que organiza o atendimento a estes pacientes é relevante à análise do impacto destas manobras, determinando a sobrevida destes, através de fatores prognósticos pós-reanimação, pois os estudos prognósticos são indispensáveis tanto para a equipe quanto para o paciente, pois levam a decisões posteriores importantes para o tratamento e os procedimentos realizados que aumentam a qualidade de vida destes pacientes.

Assim, com o resultado desta pesquisa, pretende-se conhecer os fatores prognósticos que estão relacionados à sobrevida de pacientes submetidos à reanimação cardiopulmonar para estimular a reflexão dos enfermeiros sobre o aperfeiçoamento nas manobras de ressuscitação, melhora dos treinamentos realizados para o atendimento a parada cardiorrespiratória, entre outros pontos importantes do atendimento do enfermeiro que qualificam a assistência de enfermagem.

2. OBJETIVO

Identificar os fatores que interferem no prognóstico de pacientes que receberam ressuscitação cardiopulmonar no ambiente hospitalar.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A parada cardiorrespiratória vem acompanhando a humanidade desde sua criação, porém, as técnicas de reanimação cardiopulmonar foram se desenvolvendo ao longo da evolução da medicina e com isso conseguindo salvar vidas.

Durante longos anos, a humanidade interpretou a morte como evento inexoravelmente irreversível e todas as tentativas de ressuscitação sempre consideradas impugnável blasfêmia; este dramático quadro durou até meados do século XVIII, quando a humanidade finalmente começou a acreditar na possibilidade de execução de manobras efetivas para ressuscitação. Apenas no início dos anos 1960, as técnicas de ressuscitação começaram a se tornar evidência científica robusta e prática clínica diária a "beirado-leito". (GUIMARÃES, *et. al*, 2009, p.177).

A parada cardiorrespiratória é um evento que ocorre frequentemente no ambiente hospitalar e é de extrema importância que a equipe esteja apta a identificar precocemente os sinais que o paciente apresenta, para agir com rapidez e eficiência, afim de evitar os danos decorrentes de um atendimento mal conduzido pela equipe que o atende.

As causas que provocam a parada cardiorrespiratória são variadas, de acordo Tallo e outros (2012), baseado nas diretrizes mundiais de ressuscitação cardiopulmonar as principais causas são: "hipovolemia, trombose coronariana (IAM), hipóxia, tromboembolismo pulmonar, hiper/hipocalemia, tóxicos (intoxicação exógena), H⁺ (acidose), tamponamento cardíaco, hipotermia, pneumotórax hipertensivo."

De acordo com a nova Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar da American Heart Association (2010), para o atendimento correto ao paciente vítima de parada cardiorrespiratória o profissional deve seguir as seguintes etapas: avaliar a responsabilidade, checar a respiração e pulso se ausente chamar por ajuda. Se o paciente apresentar sem resposta, com ausência de movimentos respiratórios e sem pulso iniciar imediatamente as compressões torácicas com no mínimo 100 compressões por minuto e com profundidade mínima de 5 cm, com a chegada do desfibrilador verificar o ritmo cardíaco e se compatível chocar e repetir a cada 2 minutos até o retorno da circulação espontânea.

O profissional deve possuir o conhecimento prévio das modalidades de PCR que de acordo com Panzin e outros (2003), são a assistolia, a atividade elétrica sem pulso, a fibrilação ventricular e a taquicardia ventricular sem pulso. É importante que o profissional saiba quais ritmos são passíveis de desfibrilação e quais devem utilizar apenas as compressões torácicas e as medicações.

Tallo e outros (2012) descrevem todas as modalidades de PCR, a assistolia é um ritmo cardíaco onde há inexistência de qualquer atividade ventricular contrátil e elétrica em pelo menos duas derivações eletrocardiográficas, a atividade elétrica sem pulso é caracterizada pela ausência de pulso na presença de atividade elétrica, nesta modalidade o ECG pode apresentar diferentes ritmos, desde ritmo normal até ritmo idioventricular com frequência baixa e ritmos taquicárdicos morfológicamente distintos da taquicardia ventricular. Nestes dois ritmos não é utilizada a desfibrilação elétrica.

O mesmo autor acrescenta ainda que, a fibrilação ventricular é caracterizada pela ausência de atividade elétrica sistematizada, com distribuição desordenada de complexos de várias amplitudes. E finalmente a taquicardia ventricular sem pulso é uma sequência rápida de batimentos cardíacos superior a 100 batimentos por minuto chegando à ausência de pulso arterial palpável por deterioração hemodinâmica. Esses ritmos são chocáveis e é importante que o profissional reconheça rapidamente o ritmo para realizar a desfibrilação o mais rápido possível, pois se não revertido o ritmo sinusal o paciente pode evoluir para um ritmo terminal. Sabendo-se da importância da desfibrilação precoce todo profissional da área da saúde atuante em ambiente hospitalar deve estar treinado a utilizar o desfibrilador manual para que a sobrevivência dos pacientes vítimas de parada cardiorrespiratória aumente.

A desfibrilação é constituída pela aplicação de corrente elétrica contínua, no tórax, através do coração, em seu maior eixo, cuja finalidade é promover a despolarização simultânea do maior número possível de células cardíacas. Espera-se que, como o nó sinusal é o primeiro a se despolarizar, ele assuma o comando, quando as células se repolarizarem após a desfibrilação. (PANZIN, *et al*, 2003, p. 168).

Para a correta utilização do desfibrilador manual, o profissional deve aplicar gel nas pás e posiciona-las corretamente no tórax do paciente, sendo a pá superior na linha hemiclavicular abaixo da clavícula e a pá inferior na linha axilar média, próximo ao sexto espaço intercostal, selecionar o nível de joules apropriado, comunicar a equipe que o choque será liberado para que todos afastem, após o choque deve-se verificar o monitor, caso a parada cardiorrespiratória não tenha sido revertida o profissional deve passar para o próximo passo do atendimento que é a farmacologia.

As pás do desfibrilador devem ser posicionadas corretamente, de modo a proporcionar que a maior corrente elétrica possível atravesse o miocárdio. Isso é obtido colocando-se uma pá à direita, em situação infraclavicular e paraesternal, e a outra pá à esquerda, no ápice cardíaco na linha axilar média, evitando-se o mamilo. Nos portadores de marcapassos implantados na região infraclavicular direita, a alternativa é posicionar uma pá no precórdio e a outra na região dorsal infraescapular esquerda, denominada posição ântero-posterior. A recomendação das

cargas varia de acordo com o tipo de desfibrilador: Monofásicos – 360J e Bifásicos - 120 a 200J, dependendo das especificações do fabricante. Entretanto, deve-se sempre utilizar carga máxima e dar preferência aos bifásicos por resultarem em maior taxa de retoma da circulação espontânea com menor lesão miocárdica. (TALLO, *et. al*, 2012, p.197).

Após a realização das manobras de ressuscitação e da desfibrilação se o paciente não retornar com o ritmo cardíaco sinusal, deve-se iniciar a infusão de drogas por via endovenosa, portanto é necessário que o paciente possua previamente um acesso venoso periférico calibroso ou um acesso venoso central. Segundo Tallo e outros (2012) as doses utilizadas na reanimação cardiopulmonar são a adrenalina ou a epinefrina 1 mg a cada 3 a 5 minutos durante o atendimento a parada cardiorrespiratória, a vasopressina 40 unidades que podem substituir a primeira ou a segunda dose da noradrenalina, a amiodarona que deve ser administrada em bolus de 300mg e a segunda dose de 150 mg . O autor ainda relata a importância de se lavar o acesso venoso com 20 ml de soro fisiológico após a infusão das drogas e elevar o membro por 20 segundos para facilitar o retorno venoso.

O manuseio do paciente pós- parada cardiorrespiratória é extremamente importante para garantia de sobrevivência com qualidade, a nova Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar da American Heart Association (2010) apresenta uma sessão que é a de cuidados organizados pós- parada cardiorrespiratória que aborda:

O tratamento deve incluir suporte cardiopulmonar e neurológico. Hipotermia terapêutica e intervenções coronárias percutâneas (ICPs) devem ser executadas, quando indicadas. Como convulsões são comuns após a PCR, deve-se realizar um eletroencefalograma (EEG) para o diagnóstico das convulsões, com pronta interpretação tão logo quanto possível e monitorização frequente ou contínua em pacientes comatosos após o retorno da circulação espontânea. (AMERICAN HEARTH ASSOCIATION, 2010).

4. REFERENCIAL TEÓRICO/METODOLOGICO

4.1 Referencial teórico

O referencial teórico a ser adotado para o desenvolvimento desse estudo é a prática baseada em evidências (PBE), que de acordo com Galvão, Sawada e Trevizan citado por Galvão (2002) engloba a caracterização do problema clínico, o reconhecimento das informações necessárias, a coleta de estudos na literatura e sua análise crítica, o reconhecimento da utilização dos dados oriundos das publicações e a definição da sua utilização em benefício ao paciente, com uma aproximação com o cuidado clínico e ao ensino apoiado no conhecimento e na qualidade da evidência.

A prática baseada em evidências teve origem no trabalho do epidemiologista britânico Archie Cochrane, e o seu desenvolvimento ocorreu paralelamente ao acesso à informação. (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004, p.550).

Após a criação da prática baseada em evidências de Cochrane, um grupo de estudos do Canadá criou a prática baseada em evidências associada a medicina com a finalidade de afunilar mais as pesquisas científicas na área médica.

Galvão, Sawada e Mendes citado por Drummond (1998), relatam que a prática baseada em evidências teve origem no Canadá em 1980, com o objetivo de desencadear a melhoria do ensino e da assistência à saúde. No Brasil o movimento da prática baseada em evidência na medicina se desenvolveu especialmente nas universidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do sul. No âmbito da enfermagem é um movimento principiante e a maioria da literatura disponível está na língua estrangeira.

Ainda segundo Galvão, Sawada e Mendes citado por Driever (2002) a enfermagem baseada em evidências engloba a explícita e criteriosa tomada de decisão em relação à assistência à saúde para pacientes individualmente ou em grupo baseada no consentimento das evidências mais importantes procedente de pesquisas e informações de base de dados, atendendo as preferências do paciente e expectativas da sociedade.

Tendo em vista o exposto é de extrema importância a prática baseada em evidências, pois este método possibilita ao enfermeiro conhecer a melhor evidência sobre o assunto pesquisado e melhorar a assistência prestada ao paciente. Galvão, Sawada e Mendes (2003) relatam que a aplicação de resultados de pesquisas é uma das bases da prática baseada em evidências, e para se executar a interpelação desta temática na enfermagem, o enfermeiro necessita entender como adquirir, compreender e agregar as evidências provenientes de

pesquisas para ajudar na tomada de decisão em relação ao cuidado de enfermagem prestado ao paciente e seus familiares.

Para se obter as melhores evidências há na literatura diversos autores que classificam o nível de evidência de diferentes formas. Para o desenvolvimento dessa pesquisa será utilizada a classificação proposta por Stetler e outros (1998) descrita abaixo (QUADRO 1).

Quadro 1 - Classificação do nível e qualidade de evidência dos estudos

Nível e qualidade de evidência	Fontes de evidência
NÍVEL I (qualidade do estudo de A-D)	Metanálise de múltiplos estudos controlados.
NÍVEL II (qualidade do estudo de A-D)	Estudo individual com desenho experimental.
NÍVEL III(qualidade do estudo de A-D)	Estudo quase experimental como grupo único, não randomizados, controlado, com pré e pós teste, ou estudos emparelhados tipo caso controle.
NÍVEL IV(qualidade do estudo de A-D)	Estudo não experimental como pesquisa descritiva correlacional, pesquisa qualitativa ou estudo de caso.
NÍVEL V (qualidade do estudo de A-D)	Relatório de casos ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificável, ou dados de programas de avaliação.
NÍVEL VI	Opinião de autoridades respeitadas (como autores conhecidos nacionalmente) baseadas em sua experiência clínica ou a opinião de um comitê de peritos incluindo suas interpretações de informações não baseada em pesquisa. Este nível também inclui opiniões de órgãos de regulamentação ou legais.

Fonte: STETLER, C. B., *et al.*, 1998.

4.2 Referencial Metodológico

No presente estudo, o referencial metodológico adotado foi a revisão integrativa da literatura, considerando que este método permite obter respostas fundamentadas para as dúvidas dos profissionais. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO *apud* POLIT, BECK, 2008, p.759).

Este método é de grande relevância para a enfermagem tendo em vista que o pesquisador que o utiliza fornece subsídios de pesquisas já realizadas na área para os profissionais de enfermagem. Segundo Mendes, Silveira e Galvão citado por Mcsherry e Proctor-Childs (2008) a revisão integrativa abrange a avaliação de pesquisas relevantes que subsidiam a tomada de decisão dos enfermeiros e melhora a prática clínica.

É um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao volume alto, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO *apud* POLIT; BECK, 2008,p.763).

Para a construção da revisão integrativa é importante percorrer as seis etapas metodológicas distintas. Mendes, Silveira e Galvão (2008), as descreve como:

Primeira Etapa: Seleção do tema e elaboração da pergunta norteadora.

Essa fase é a mais importante da revisão, pois determinam quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado.

Segunda Etapa: Definição dos descritores e busca nas diversas bases de dados, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos.

Após a escolha do tema e a formulação da questão da pesquisa, inicia-se a busca de dados para identificação dos estudos que serão incluídos na revisão com estabelecimento de inclusão e exclusão.

Terceira Etapa: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos.

Para extrair os dados dos artigos selecionados, faz-se necessária a utilização de um instrumento previamente elaborado capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro.

Quarta Etapa: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa/análise crítica dos estudos incluídos.

Análoga à análise dos dados das pesquisas convencionais, esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo.

Quinta Etapa: Interpretação dos resultados / discussão dos resultados.

A interpretação e síntese dos resultados comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar prioridades para estudos futuros.

Sexta Etapa: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento/apresentação da revisão integrativa.

Envolve o resumo das evidências encontradas com o estudo.

Portanto para se obter êxito com todo o desenvolvimento da pesquisa é necessário que o pesquisador compreenda essas etapas para aplicá-las no seu estudo.

4.3 Pergunta da pesquisa

O sucesso de um estudo de revisão integrativa está pautado no desenvolvimento correto de sua primeira etapa, portanto, identificar a melhor evidência requer adequada construção da pergunta de pesquisa e da revisão da literatura. Para a elaboração da pergunta desta pesquisa foi utilizada a estratégia PICO que representa um acrônimo para **P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e "**O**utcomes" (desfecho/resultados). Dentro da PBE esses quatro componentes são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta para a busca bibliográfica de evidências. (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

A estratégia PICO pode ser utilizada para construir questões de pesquisa de naturezas diversas, oriundas da clínica, do gerenciamento de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas entre outras. (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Após ter sido escolhido o tema: fatores que interferem no prognóstico de sobrevivência de pacientes que receberam reanimação cardiopulmonar elaborou-se o PICO desse estudo, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Descrição da estratégia PICO para elaboração da pergunta de pesquisa

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População	Pacientes que receberam reanimação cardiopulmonar, após parada cardíaca no âmbito hospitalar.
I	Intervenção	Manobras de ressuscitação cardiopulmonar.
C	Controle	Protocolo de atendimento.
O	Desfechos (<i>outcomes</i>)	Fatores determinantes de reanimação cardiopulmonar.

Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2013.

Para esta pesquisa, considerando o PICO, formulou-se a seguinte pergunta:

Quais fatores que interferem no prognóstico de pacientes que receberam reanimação cardiopulmonar no ambiente hospitalar?

4.4 População e amostra

Para a identificação e seleção dos estudos correspondente a segunda etapa da revisão integrativa optou-se por descritores *controlados*. Santos, Pimenta e Nobre (2007) os descreve como "títulos de assuntos médicos" ou "descritores de assunto", que são utilizados para indexação de artigos nas bases de dados. O vocabulário de descritores controlados usado nessa pesquisa foi o da Base de dados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo seu nome original Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), e foram selecionados os seguintes descritores:

Quadro 3 - Descritores e seus significados

Descritores	Significado
Parada cardíaca	Cessação das batidas do cora�o ou contra�o miocárdica. Se tratado em alguns minutos, esta parada cardíaca pode ser revertida na maioria das vezes ao ritmo cardíaco normal e circula�o eficaz.
Ressuscita�o cardiopulmonar	Substitui�o artificial da a�o do cora�o e pulmão conforme indica�o para parada cardíaca resultante de choque elétrico, afogamento, parada respiratória ou outras causas. Os dois principais componentes de ressuscita�o cardiopulmonar são: ventila�o artificial (respira�o artificial) e a massagem cardíaca em tórax fechado.
Análise de sobrevida	Procedimentos estatísticos pra estimular a curva de sobrevivência de popula�o mediante tratamentos, fatores de prognóstico, de exposi�o ou outras variáveis.
Prognósticos	Predic�o do provável resultado de uma doença baseada nas condi�es do individuo e no curso normal da doença como observado em situa�es semelhantes.

Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2013.

Para a identificação dos estudos que participarão da amostra dessa pesquisa, usando descritores *controlados*, foram feitas diversas estratégias de busca nas seguintes bases de dados eletrônicas (ERDMANN *et al.*, 2009):

- ✓ **Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS):** é produzida de forma cooperativa pelas instituições que integram o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde e é coordenada pela Bireme. Contém referências bibliográficas na área da Saúde publicadas nos países da América Latina e do Caribe, desde 1982;
- ✓ **Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE):** é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela *National Library of Medicine* (NLM), dos Estados Unidos da América, que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 4.000 títulos de revistas biomédicas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países. Contém aproximadamente 11 milhões de registros da literatura, desde 1966 até o momento que cobrem as áreas de: medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. A atualização da base de dados é mensal;
- ✓ **Scientific Electronic Library Online (SciELO):** base de dados - texto completo. É Portal de Revistas de Enfermagem da Biblioteca Virtual de Saúde-Enfermagem;

Para a estratégia de busca foram relacionados os descritores utilizando-se operadores booleanos representados pelos termos conectores AND e OR. Esses termos permitem realizar combinações dos descritores que serão utilizados na busca, sendo AND uma combinação restritiva e OR uma combinação aditiva. A combinação de descritores e operadores booleanos deve atender componentes da estratégia PICO, identificando publicações referentes à fatores estão relacionados a sobrevida de paciente submetidos a reanimação cardiopulmonar.

A estratégia de busca utilizada nas bases de dados com o respectivo número das publicações identificadas e selecionadas está descrita no Quadro 4.

Quadro 4 - Estratégia de Busca e seleção de publicações

Base de dados	Estratégia de busca	População	Amostra
Medline	(parada cardíaca) or "parada cardíaca" [Descriptor de assunto] and (análise da sobrevida) or "análise de	397	11

	sobrevida" [Descritor de assunto] and (ressucitação cardiopulmonar) or "ressucitação cardiopulmonar" [Descritor de assunto].		
Medline	(parada cardíaca) or "parada cardíaca" [Descritor de assunto] and (prognostico) or "prognostico" [Descritor de assunto] and (ressucitação cardiopulmonar) or "ressucitação cardiopulmonar" [Descritor de assunto].	340	3
LILACS	(parada cardíaca) or "parada cardíaca" [Descritor de assunto] and (análise da sobrevida) or "análise de sobrevida" [Descritor de assunto] and (ressucitação cardiopulmonar) or "ressucitação cardiopulmonar" [Descritor de assunto].	5	3
LILACS	(parada cardíaca) or "parada cardíaca" [Descritor de assunto] and (prognostico) or "prognostico" [Descritor de assunto] and (ressucitação cardiopulmonar) or "ressucitação cardiopulmonar" [Descritor de assunto].	12	3
Scielo	parada cardíaca and análise de sobrevida.	6	1
Scielo	parada cardíaca and análise de sobrevida and ressucitação cardiopulmonar.	0	0
Scielo	parada cardíaca and prognostico and ressucitação cardiopulmonar.	0	0
Total		760	7

Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2013.

4.5 Critérios de inclusão e exclusão

Para atender aos critérios de inclusão. A amostra deverá ser selecionada por pessoas submetidas a reanimação cardiopulmonar, pós parada cardíaca, que receberam atendimento no âmbito, artigos indexados nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO, que se encontravam disponíveis online e com texto completo, com o período de publicação de 2001 a 2012, e texto em português, inglês ou espanhol.

Como critérios de exclusão foram além da impossibilidade de aquisição do artigo na íntegra, artigos que discorresse sobre pacientes que não foram atendidos pós parada cardíaca com manobras de ressuscitação, pacientes pediátricos, ocorrência de parada cardíaca no âmbito pré-hospitalar e artigos de revisão.

4.6 Coleta de dados

Os artigos identificados com a estratégia de busca tiveram o título e resumo submetidos à leitura do pesquisador (avaliador). Foram selecionados 21 artigos que atenderam os critérios de inclusão, sendo que 4 estavam presentes em mais de uma base de dados, portanto, foram excluídos, totalizando dessa forma, 17 artigos.

Os artigos foram submetidos à leitura na íntegra para nova avaliação a respeito do atendimento dos critérios de inclusão. Somente seis foram aprovados nessa fase, sendo assim, compuseram a amostra e passaram por nova leitura.

Durante a segunda leitura dos artigos na íntegra, o pesquisador fez a extração dos dados e preenchimento do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A). As informações extraídas foram referentes à identificação do estudo, instituição sede do estudo, tipo de revista científica, delineamento da pesquisa e variável de interesse da revisão: fatores relacionados a sobrevida de paciente submetidos a reanimação cardiopulmonar no ambiente hospitalar.

A pesquisa avaliou variáveis relacionadas ao artigo tais como: o título do artigo, o periódico, os autores principais: nome, profissão ano de publicação, país de origem e idioma; a instituição sede do estudo: hospital, tipo de revista científica: publicação de enfermagem geral, publicação de enfermagem na área de urgência emergência ou publicação de outras áreas da saúde e delineamento da pesquisa: estudo primário, artigo de revisão, abordagem qualitativa, abordagem quantitativa e base de dados indexada.

4.7 Análise de dados

Os dados foram analisados e descritos em janeiro de 2013. Nessa fase foram estabelecidas recomendações sobre o correto atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória, classificadas em nível de evidência conforme proposto por Stetler e outros (1998). A discussão foi amparada na literatura referente ao tema.

5. RESULTADOS

A busca nas bases de dados indexadas proporcionou maior amplitude dos resultados desta pesquisa. Utilizando os descritores: Parada cardíaca; Ressuscitação cardiopulmonar; Análise de sobrevivência; Prognósticos, nas bases de dados descritas, foi encontrado um total de setecentos e sessenta artigos, dentre os quais, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, seis foram selecionados, principalmente pelo fato da maioria não estarem disponíveis na íntegra.

Para facilitar a apresentação e análise dos resultados, optou-se por codificar os estudos que compuseram a amostra em E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E7. A coleta dos dados se deu através da análise criteriosa dos estudos selecionados na amostra. Realizando avaliação e organização dos resultados dos estudos selecionados através da utilização do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A).

Quadro 5 - Classificação dos estudos

Código	Periódico	Idioma	Ano de publicação	País	Autor principal	Tipo de estudo	Base de dados	Qualis/ CAPES
E1	Arquivos Brasileiros de Cardiologia	Português	2005	Brasil	Gomes, A. M. C. G	Transversal	Lilacs	B1
E2	Arquivos Brasileiros de Cardiologia	Inglês	2001	Brasil	Timerman, A	Transversal	Lilacs	B1
E3	Arquivos Brasileiros de Cardiologia	Inglês	2002	Brasil	Moreira, D. M	Transversal	Lilacs	B1
E4	Arquivos Brasileiros de Cardiologia	Inglês	2003	Brasil	Bartholomay, E	Transversal	Lilacs	B1
E5	Emergency Medicine Journal	Inglês	2003	Reino Unido	Cooper, S	Transversal	Medline	B2
E6	Canadian Medical Association Journal	Inglês	2002	Canadá	Brindley, P. G	Transversal	Medline	A1

E7	The New England Journal of Medicine;	Inglês	2012	EUA	Girotra, S	Transversal	Medline	A1
----	--------------------------------------	--------	------	-----	------------	-------------	---------	----

Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2013.

A amostra foi composta por seis estudos, sendo um no idioma português (10%) e os outros seis publicados no idioma inglês (90%), foram publicados no período de 2001 a 2012, nos estudos foi possível perceber que mesmo em anos distantes os resultados foram os mesmos.

Os periódicos que se encontram os estudos a predominância foi na revista Arquivos Brasileiros de Cardiologia (70%), onde foram utilizados quatro estudos.

Dentre os estudos escolhidos, todos são do tipo transversal que é um estudo que avalia a relação entre agravos à saúde e variáveis de interesse, a partir de dados coletados simultaneamente da população em estudo que foi indivíduos submetidos a reanimação cardiopulmonar no âmbito hospitalar.

Quanto a base de dados, estavam indexados nas bases de dados Lilacs e Medline sendo 04 publicados no Brasil, 01 no Reino Unido e 01 no Canadá e 01 nos EUA. Foi interessante que os 04 artigos que foram produzidos no Brasil se encontravam no idioma inglês e não no idioma português, o que muitas vezes dificulta o acesso a informação do pesquisador brasileiro que desconhece o idioma inglês em realizar pesquisas científicas.

Não foi possível identificar qual categoria profissional e qualificação dos autores dos estudos analisados, pois os textos relatavam apenas a instituição na qual o estudo foi realizado.

O QUALIS/CAPES dos periódicos dos artigos da amostra variou de A1 a B2 na área da medicina.

Quadro 6 - Característica dos estudos da amostra

Código	Nível de evidencia	Título	Objetivo	Fatores que interferem no prognóstico de sobrevida, pós-reanimação cardiopulmonar.
E1	Nível III	Fatores Prognósticos de Sobrevida Pós-Reanimação Cardiorrespiratória Cerebral em Hospital Geral.	Analisar as características clínicas e demográficas dos pacientes que receberam reanimação cardiorrespiratória e detectar fatores prognósticos de sobrevivência a curto e longo prazo.	Idade: Não houve evidências de que, isoladamente, seja fator prognóstico importante. Sexo: Incidência discretamente maior do masculino. Patologias pré-existente: Enfermidade cardiovascular como estrato favorável à sobrevida, em relação a trauma. Tempo: Inferior ou igual há 5 minutos, a chance de sobreviver foi de maior. Ritmo cardíaco: Quando foi determinado os paciente tiveram mais chances de sobreviver, e a arritmia ventricular foi o ritmo que teve maior taxa de retorno a circulação espontânea. Assistolia foi o ritmo inicial mais frequentemente.
E2	Nível III	Prognostic Factors of the Results of Cardiopulmonary Resuscitation in a Cardiology Hospital.	Analisar os resultados imediatos e tardios da ressuscitação cardiopulmonar e detectar fatores prognósticos de sobrevivência a curto e a longo prazos.	Idade: Pior prognóstico em extremos de idades. Sexo: Não houve diferença estatisticamente significativa. Patologias pré-existente: Doença arterial coronariana, a miocardiopatia e a doença valvar cardíaca foram as doenças de base mais frequentes e tiveram prognóstico melhor quando comparadas a outras doenças. Tempo: Inferior a 5min. Ritmo cardíaco: Fibrilação ventricular teve

				um prognóstico acentuadamente melhor do que em assistolia.
E3	Nível III	Retrospective Study of the Survival of Patients who Underwent Cardiopulmonary Resuscitation in an Intensive Care Unit.	Avaliar as características clínicas e evolutivas dos pacientes internados em centro de tratamento intensivo após reanimação cardiorrespiratória, identificando fatores prognósticos de sobrevida.	Idade: Não se encontrou diferença significativa. Sexo: Não alterou a taxa de mortalidade. Patologia pré-existente: insuficiência cardíaca congestiva, necessidade de ventilação mecânica, acidente vascular cerebral recente e cirrose hepática aumentaram significativamente o risco para óbito. Tempo: Não avaliado. Ritmo cardíaco: Assistolia associado a pior prognóstico e parada respiratória sem parada cardíaca a melhor prognóstico.
E4	Nível III	Impact of Cerebral Cardiopulmonary Resuscitation Maneuvers in a General Hospital. Prognostic Factors and Outcomes	Avaliar a sobrevida dos pacientes submetidos às manobras de reanimação cardiorrespiratória cerebral e identificar fatores prognósticos para sobrevida a curto prazo.	Idade: foi medida apenas a média que é de 62 anos, mas não há relato de ser fator prognóstico. Sexo: Masculino foi predominante na pesquisa (60%), porém não há relato de aumento da sobrevida. Patologias pré-existente: Doença arterial coronariana, choque séptico e tromboembolismo pulmonar foram as etiologias mais frequentemente encontradas, como causa da parada cardiorrespiratória. Tempo: Menores tempos de atendimento favoreceram a sobrevida. Ritmo cardíaco: Fibrilação ou taquicardia ventricular como ritmo inicial e de melhor

				prognóstico e assistolia e atividade elétrica sem pulso de pior prognóstico.
E5	Nível III	Resuscitation Predictor Scoring Scale for inhospital cardiac arrests.	Determinar os principais fatores que influenciam a sobrevida pós-reanimação cardiopulmonar e produzir uma escala para uso durante a tentativa de reanimação.	Idade: Inferior a 70 anos teve maior sobrevida. Sexo: Mulheres foi maior que os homens, porém com pouco significado. Patologias pré-existente: maior sobrevida nos cardíacos e menor para aqueles com um diagnóstico cirúrgico. Tempo: Reanimação em três minutos pós parada e tiveram maior taxa de sobrevida comparada com pacientes que foram reanimados com tempo maior. A parada respiratória teve maior sobrevida sobre a parada cardíaca. Ritmo: sobrevivência imediata foi significativamente maior quando o ritmo inicial foi de fibrilação ventricular e taquicardia ventricular.
E6	Nível III	Predictors of survival following in-hospital adult cardiopulmonary resuscitation.	Fornecer dados de sobrevivência de adultos canadenses internados submetidos a reanimação cardiopulmonar.	Não houve associação de idade e sexo com maior taxa de sobrevida. Patologias pré-existente: Não houve relato. A parada respiratória teve melhor prognóstico se comparada a parada cardíaca. Tempo: Atendimento imediato sobrevivência aumentada em comparação com o atendimento que teve uma demora maior. Ritmo cardíaco: Melhor na taquicardia ventricular e fibrilação ventricular, pior na atividade elétrica sem pulso e assistolia.

E7	Nível III	Trends in survival after in-hospital cardiac arrest.	Examinar as tendências temporais nas taxas de sobrevivência à alta hospitalar dentro de um registro de melhoria da qualidade nacional de paradas cardíacas intra-hospitalares.	Idade: Maior taxa de sobrevida em pacientes jovens. Sexo: Não houve distinção Patologia pré-existent: Só há relato que os pacientes apresentavam menos doenças cardíacas e neurológicas do que em outros estudos. Tempo: Não houve relato do tempo de atendimento a esses pacientes. Ritmo cardíaco: Melhor na taquicardia ventricular e fibrilação ventricular, pior na atividade elétrica sem pulso e assistolia.
----	-----------	--	--	---

Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2013.

Observa-se que existe um grande nível de concordância entre os estudos, e que os fatores prognósticos de sobrevida encontrados se repetem.

É interessante observar que em nenhum dos estudos os autores fizeram considerações finais dos estudos, só fizeram uma breve observação no último parágrafo da discussão, e em alguns estudos os autores enfatizaram a importância da continuidade de pesquisas referentes ao tema.

6. DISCUSSÃO

Os estudos E1 e E2 acompanharam os pacientes por um tempo de um ano pós parada cardiorrespiratória, e o estudo E7 analisou os pacientes de um hospital nos EUA por um período de nove anos o que possibilitou a comparação em quase uma década de estudo. Esta análise mais detalhada e por um período de tempo maior enriqueceu o estudo, pois a análise de sobrevida por períodos maiores de tempo permite que os fatores prognósticos sejam mais fidedignos.

No fator idade os estudos E1, E3 e E6 não encontraram diferença na sobrevida dos pacientes de acordo com a faixa etária que se encontravam, portanto não se mostrou um fator prognóstico positivo no aumento da sobrevida. No estudo E4 não há relato de idade nos fatores. Nos estudos E2 e E7 em seus resultados evidenciaram que os extremos de idade apresentaram menor taxa de sobrevida quando comparado aos pacientes em idade adulto jovem. No estudo E5 a idade inferior a 70 anos foi de melhor prognóstico. Portanto o fator idade não foi um diferencial na sobrevida dos pacientes dos estudos.

O sexo dos pacientes apresentou pouco significado nos estudos, não alterando a sobrevida pós-reanimação cardiopulmonar, somente os estudos E1 e E5 apresentaram incidência discretamente maior no sexo masculino.

Em relação a patologia pré-existentes as moléstias mais frequentes foram as cardiovasculares e em alguns estudos apresentaram melhor prognóstico como no E1, E2, E4 e E5 porém houve controvérsia com o estudo E3 que apontou a insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral recente com aumento significativo para óbito. Não houve relato de patologias associadas a melhor ou pior prognóstico. Ao se analisar os resultados referentes as enfermidades cardiovasculares estarem mais frequentes pode-se inferir que estes pacientes apresentarem maiores riscos de apresentarem uma parada cardiorrespiratória por apresentarem enfermidades que fragilizam muitas vezes a função da bomba cardíaca.

O tempo de atendimento a pacientes vítimas de parada cardiorrespiratória é extremamente importante, pois quanto mais rápido se iniciar as manobras de ressuscitação menores as chances de sequelas a este paciente e mais rápido será o retorno da circulação normal, nos estudos analisados o tempo foi primordial para o aumento da sobrevida, na maioria dos estudos os pacientes foram atendidos em menos de cinco minutos e o curto espaço de tempo para se iniciar a ressuscitação cardiopulmonar demonstrou melhor prognóstico. Os estudos E3 e E7 não avaliaram o tempo de inicio de atendimento a parada

cardiorrespiratória. O estudo E6 foi um estudo mais amplo em relação ao tempo onde avaliou o período do dia em que o atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória teve uma demora maior, que ocorreu no período de 23:00 as 7:00 horas, o que pode ter ocorrido devido ao menor numero de funcionários nestes horários devido ao descanso noturno, ou por necessidade de treinamento dos profissionais do período noturno que algumas vezes é menor do que do período diurno.

Através dos estudos, foi possível perceber que quando há identificação do ritmo cardíaco apresentado na parada cardiorrespiratória as atitudes tomada pela equipe se tornam mais organizadas o que aumenta a sobrevida, o ritmo predominante para pior prognóstico foi a assistolia, porém este dado não é um fator confiável, pois se a assistência for demorada o paciente pode apresentar um ritmo de melhor prognóstico como a taquicardia ventricular e a fibrilação ventricular que é citada nos estudos como ritmos de maior sobrevida, e não ser socorrido em tempo e evoluir para a assistolia. Os estudos E3 e E6 citaram ainda que quando ocorreu a parada apenas respiratória sem a parada cardíaca o prognóstico foi melhor.

Conforme mencionado os estudos apresentaram os mesmos fatores prognósticos que aumentam a sobrevida pós-reanimação cardiopulmonar dentre os fatores os de maior destaque envolveram patologias preexistentes, tempo de atendimento e ritmo cardíaco.

Por meio da análise dos estudos foi possível identificar evidências de fatores que identificados precocemente qualificam o atendimento a pacientes vítimas de parada cardiorrespiratória, as quais foram apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 7 - Evidencias dos fatores determinantes de sobrevida de pacientes vítimas de parada cardiorrespiratória

Prognóstico de aumento na sobrevida	Evidencia nos estudos
Moléstias cardiovasculares	Melhor prognóstico para pacientes que já apresentavam alguma patologia cardiovascular do que pacientes com patologias em outros sistemas.
Tempo	Atendimento em menos de 5 minutos.
Ritmo	Identificação precoce do ritmo e melhor prognóstico quando o ritmo apresentado foi taquicardia ventricular e fibrilação ventricular.

Fonte: Elaborado pela autora, Belo Horizonte, 2013.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa buscou as melhores evidências sobre os fatores prognóstico de sobrevida de paciente submetidos a reanimação cardiopulmonar, o que serviu de base para estabelecer recomendações quanto ao melhor atendimento para estes pacientes, tendo em vista que as doenças do sistema circulatório vem aumentando significativamente nos últimos anos.

Nesse sentido, identificar indivíduos de maior risco tem sido uma preocupação constante dos profissionais de saúde, o cuidado que é essencial a enfermagem e fornece instrumentos para sistematização da assistência, está diretamente ligado ao aumento de sobrevida destes pacientes, pois os fatores prognósticos apresentados foram medidas simples e de observação contínua dos pacientes que se encontra no ambiente hospitalar. Porém, não é só responsabilidade da equipe de enfermagem o atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória, toda a equipe multidisciplinar deve estar treinada, capacitada e atenta para reconhecer precocemente uma parada cardiorrespiratória e intervir para que aumente o número de pacientes bem atendidos durante, e após o acontecimento.

Com a realização do estudo foi possível atender a pergunta da pesquisa e perceber a necessidade de treinamentos, pois as evidencias mostraram que medidas simples e rápidas e principalmente de observação continua são capazes de aumentar significativamente a sobrevida de pacientes vítimas de parada cardiorrespiratória.

Os principais fatores que aumentam a taxa de sobrevida identificados foram o tempo de atendimento, identificação do ritmo cardíaco e doenças cardíacas preexistentes quando comparado com outras patologias. Portanto é importante que o paciente esteja sempre o mais monitorizado possível para que a equipe de enfermagem consiga reconhecer precocemente uma parada cardiorrespiratória.

Assim o enfermeiro deve estar apto a treinar sua equipe no reconhecimento precoce da parada cardiorrespiratória e acima de tudo estar atuante, prestando um cuidado integral de modo a promover o aumento da sobrevida em seu ambiente de trabalho, reduzindo iatrogênias previsíveis.

Diante de um assunto tão relevante e presente diariamente no ambiente hospitalar, almeja-se com este estudo a estimulação ao maior aprofundamento do tema pelos enfermeiros para que o atendimento de enfermagem a estes pacientes se torne sempre mais qualificado e baseado em fundamentações científicas.

REFERÊNCIA

- AMERICAN HEARTH ASSOCIATION. **Destaques das Diretrizes da American Hearth Association 2010 para RCP e ACE**. Currents, 2010. [versão em português]. Disponível em: <http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/Downloadable/ucm_317343.pdf>. Acesso em: 25 out. 2012.
- BARTHOLOMAY, E.; *et al.* Impact of Cerebral Cardiopulmonary Resuscitation Maneuvers in a General Hospital. Prognostic Factors and Outcomes. **Arq Bras Cardiol**, Porto Alegre, v. 81, nº 1, p. 189-95, 2003.
- BERTOGLIO, V. M.; *et al.* Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros. **Revista gaúcha enfermagem**. Porto Alegre, v. 29, n.3, p. 454-460, 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6774>>. Acesso em: 27 out. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de mortalidade**. Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c08.def>>. Acesso em: 28 out. 2012.
- BRINDLEY, P. G; *et al.* Predictors of survival following in-hospital adult cardiopulmonary resuscitation. **JAMC**, Canadá, v. 167, n. 4, p. 343-348, 2002.
- COOPER, S.; EVANS, C.. Resuscitation Predictor Scoring Scale for in hospital cardiac arrests. **Emerg Med**, Reino Unido, v. 20, p. 6–9, 2003.
- ERDMANN, A. L.; *et al.* A avaliação de periódicos científicos qualis e a produção brasileira de artigos da área de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 17 , n. 3 , 2009. [Online]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000300019&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 28 nov. 2012.
- FALCÃO, L. F. R.; COSTA, L. H. D. C.; AMARAL, J. L. G. **Emergências Fundamentos & Práticas**. São Paulo: Martinari, 2010. Cap. 26, p. 245-267.
- GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C.. A busca das melhores evidências. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003.
- GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVISAN, M. A.. Revisão sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidencias na prática da enfermagem. **Revista Latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2012.
- GIROTRA, S.; *et al.* Trends in Survival After In-Hospital Cardiac Arrest. **New England Journal Medicine**. EUA, 2012.
- GOMES, A. M. C. G; *et al.* Fatores Prognósticos de Sobrevida Pós- Reanimação Cardiorrespiratória Cerebral em Hospital Geral. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Salvador, v. 85, n. 4, p. 262-271, 2005.

GUIMARÃES, H. P.; *et al.* Uma breve história da ressuscitação cardiopulmonar. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, v.7, n.3, p. 177-187, 2009.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M.. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64. 2008.

MOREIRA, D. M; *et al.* Retrospective Study of the Survival of Patients who Underwent Cardiopulmonary Resuscitation in an Intensive Care Unit. **Arq Bras Cardiol**, Porto Alegre, v. 78, n. 6, p. 549-52, 2002.

PANZIN, F. A.; *et al.* Parada cardiorrespiratória (PCR). **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, p. 163-78, 2003. Disponível em:
<http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/3_parada_cardiorrespiratoria.pdf>.
Acesso em: 27 out. 2012.

SANTOS, C. M.C.; PIMENTA, C. A.M.; NOBRE, M. R. C.. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 3 , 2007, [online]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae /v15n3/pt_v15n3a23.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2012.

SILVA, S. C.; PADILHA, K. G.. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 360-5, 2001. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26 out. 2012.

STETLER, C. B.; *et al.* Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Appl Nurs. Res.**, v. 11, n. 4, p. 195-206, nov. 1998.

TALLO, F. S.; *et al.* Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, v. 10, p. 194-200, 2012.

TIMERMAN, A.; *et al.* Prognostic Factors of the Results of Cardiopulmonary Resuscitation in a Cardiology Hospital. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 77, n. 2, p. 152-60, 2001.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. O.. enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 86-90, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200012>. Acesso em: 27 out. 2012.

ZANINI, J.; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C.. Parada e Reanimação Cardiorrespiratória: Conhecimentos da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Florianópolis, Santa Catarina, v. 18, nº 2, p. 143-147, Abr./Jun. 2006. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n2/a07v18n2.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2012.

APENDICE A

Instrumento de coleta de dados

1. Identificação

Título do artigo	
Periódico	
Autores	Nome: _____ _____
	Profissão: _____
País	
Idioma	
Ano de publicação	

2. Instituição sede do estudo

Hospital	
----------	--

3. Tipo de revista científica

Publicação de enfermagem geral	
Publicação de enfermagem na área da urgência e emergência	
Publicação de outras áreas da saúde	

4. Delineamento da pesquisa

Estudo primário	
Artigo de revisão	
Abordagem qualitativa	
Abordagem quantitativa	
Base de dados	() LILACS () MEDLINE () SCIELO

5. Variável de interesse da revisão: fatores relacionados a sobrevida de paciente submetidos a reanimação cardiopulmonar no ambiente hospitalar.