

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

CÍNTIA FEITOSA SILVA

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NA PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA APÓS A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AS
URGÊNCIAS: REVISÃO INTEGRATIVA**

**CUITÉ- PB
2015**

CÍNTIA FEITOSA SILVA

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NA PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA APÓS A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AS
URGÊNCIAS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, em cumprindo à exigência para obtenção do Grau de Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. MSc. Adriana Montenegro de Albuquerque

CUITÉ-PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S586a Silva, Cíntia Feitosa.

Atendimento pré-hospitalar na parada cardiorrespiratória após a política nacional de atenção as urgências: revisão integrativa. / Cíntia Feitosa Silva. – Cuité: CES, 2015.

74 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Adriana Montenegro de Albuquerque.

1. Atendimento pré-hospitalar. 2. Parada cardiorrespiratória. 3. Extra hospitalar. I. Título.

CDU 616-083.98

CÍNTIA FEITOSA SILVA

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NA PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA APÓS A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AS
URGÊNCIAS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado pela aluna Cíntia Feitosa Silva do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovado em _____ de _____ 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. MSc. Adriana Montenegro de Albuquerque
Orientadora - UFCG

Prof^ª. MSc. Magaly Suênya de Almeida Pinto Abrantes
Membro Examinador - UFCG

Prof^ª. MSc. Valdicleia da Silva Ferreira Torres
Membro Examinador Externo
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho á Deus – O Autor da minha vida, pois sem Ele nada do que se fez seria feito, tem me dado vida, graça e condições de realizar o que me foi proposto.

Aos meus pais Ednaldo José da Silva e Maria Hozana Feitosa Barros Silva por acreditarem na minha capacidade e por sempre investir na minha formação pessoal e profissional, por todo o incentivo, apoio e orações.

A minha Irmã Andresa Feitosa Silva pelo seu apoio, orações e incentivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus o supremo ser, o todo poderoso, criador dos céus, terra e mar, pois DEle, por Ele e para Ele são todas as coisas, glória pois à Ele para todo sempre, amém.

Obrigada Senhor Jesus por me conceder o presente da vida, a sabedoria e a força para alcançar essa vitória, por cada dia renovar a minhas forças para prosseguir cumprindo a carreira que me foi proposta, por segurar em minhas mãos, me colocar no teu colo e me fortalecer quando pensei que não iria prosseguir, por ser meu refúgio, socorro presente em todas as situações, por me escolher e me amar primeiro e cuidar tão bem de mim mesmo sem merecer. E com isso acreditar em mim, para que eu possa cuidar do outro da melhor forma possível...

Foram tantos passos dados nessa trajetória, mas em nenhum me desamparastes, Tu és o meu Pai, amigo, companheiro, conselheiro, ajudador, consolador, abrigo, que me escutas quando clamo. Não sei como te agradecer por tudo, faze-me mais grato a ti Senhor. Sem Ti eu não chegaria a lugar nenhum!

És meu porto seguro, o meu refúgio, e sem Ti nada do que se fez seria feito, hoje meu coração se regozija e diz: grandes coisas fez o Senhor por mim e por isso estou alegre! Obrigada por todos os livramentos, por todo o cuidado e por toda conquista.

*Ao Rei dos reis consagro tudo o que sou,
de gratos louvores transborda o meu coração,
a minha vida eu entrego nas Tuas mãos meu Senhor
pra te exaltar com todo o meu amor,
eu te louvarei conforme a tua justiça
e cantarei louvores pois Tu És altíssimo.*

*Celebrarei a Ti oh Deus com o meu viver,
cantarei e contarei as tuas obras,
pois por tuas mãos foram criados terra, céu, e mar
e todo ser que neles há,
toda terra celebra a ti com cânticos de júbilos
pois tu és o Deus criador.*

A honra, a glória, a força e o poder ao Rei Jesus e o louvor ao Rei Jesus.

Agradeço aos meus pais Ednaldo e Hozana pela confiança depositada em mim, entendo que não foi tão simples aceitar a minha ausência, mas vocês como sempre estiveram presentes e estou grata por todo o incentivo, cuidado, pelas noites mal dormidas trabalhando para me sustentar, pela disposição em buscar comigo os meus sonhos, por interceder a Deus em orações pela minha vida, por todo carinho e apoio dado a mim, por todo o investimento realizado, por serem meus exemplos de fé e vida. “Obrigada por tudo pai e mãe”.

Agradeço a minha Irmã Andresa Feitosa por todo o incentivo dado a mim, por todo o apoio, por acreditar no meu potencial e investir nos meus sonhos, pela paciência e disposição em me ajudar sempre que precisei, obrigada por tudo.

Agradeço a meu noivo Eudes Alves pelo incentivo, por toda paciência que teve comigo nos momentos que estive longe, por me escutar quando precisava gritar, pelos conselhos que muito me ajudaram a não desistir, por sonhar comigo e fazer parte dessa realização.

Agradeço ao meu cunhado Abraão Emanuel por toda a ajuda concedida, sempre com suas sábias sugestões, e socorro quando o computador travava.

Agradeço as amigas que Deus me presenteou durante o curso, vocês são anjos que Deus me permitiu conhecer para que essa trajetória acadêmica fizesse mais sentido:

Elayne Gonçalves a minha companheira de todas as horas, muito obrigada pela sua companhia e amizade;

Liandra Reis sempre com seu jeito protetor;

Josefa Jessica disposta e disponível em todos os momentos que precisei;

Heloisa Andréa amiga acolhedora;

Izaura de Lourdes sempre prestativa;

e Michele Caliane a amiga conselheira,

Meu muito obrigada por todo o apoio e contribuições para minha formação acadêmica, estarão para sempre no meu coração jamais esquecerei de vocês, por que amigo é impossível esquecer.

Agradeço a Valquíria Lima a irmã e amiga que ganhei durante o curso, e a Paola Batista pelo companheirismo, vocês me ajudaram quando eu mais precisei, obrigada.

Agradeço aos irmãos em Cristo Jesus e amigos pelas palavras de animo, pelas orações, pelo apoio e incentivo, e sempre demonstrarem o carinho que sentem por mim, muito me ajudaram a alcançar meus objetivos.

Agradeço aos meus professores por todo conhecimento transmitido, dedicação e paciência, vocês foram essenciais para a concretização dessa conquista, cada um com seu jeito especial de ser e transmitir o conhecimento, sou grata a cada um por toda dedicação.

Agradeço em especial a minha orientadora Adriana Montenegro de Albuquerque por acreditar na minha capacidade, pelas suas contribuições para a realização desse trabalho, que foram essenciais, por ter paciência comigo, me orientar, transmitir calma e perseverança. (Quero lhe dizer que deu certo).

Agradeço a banca examinadora, as professoras Magaly Suênya e Valdicleia da Silva pelas contribuições que ajudaram a enriquecer o estudo.

Agradeço aos familiares por todo o apoio, pelo o incentivo nos momentos que desanimei, mesmo sem saber Deus os usou para me auxiliar a não desistir, o meu sonho é o sonho de cada um de vocês, minha conquista também.

Agradeço ao meu amigo Jardial Nunes, por todo o incentivo, apoio, auxílio, palavras de incentivo, és um amigo mais chegado que um irmão.

Agradeço a família que ganhei na cidade de Cuité pelo acolhimento dado, por cuidarem tão bem de mim e se preocuparem comigo, amigos que jamais esquecerei o benefício feito a mim: Irailza, José, Iranilson e Cilene, obrigada por toda a ajuda e confiança, apoio, auxílio,

me adotando como filha, vocês abraçaram esse sonho comigo e essa conquista também é de vocês, só Deus poderá vos recompensar por tudo.

EPÍGRAFE

“Ora, ao Rei dos séculos, imortal, invisível, ao único Deus seja honra e glória para todo o sempre. Amém!”

(1 Timóteo 1. 17)

RESUMO

SILVA, Cíntia Feitosa. **Atendimento pré-hospitalar na parada cardiorrespiratória após a Política Nacional de Atenção às Urgências: revisão integrativa.** Cuité, 2015. 74. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité-PB*, 2015.

Introdução: O serviço de Atendimento Pré-hospitalar - APH envolve todas as ações que ocorrem antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar e pode influir, positivamente, nas taxas de morbidade e mortalidade. **Objetivo:** Analisar artigos científicos da área da saúde que abordem sobre o atendimento pré-hospitalar realizado pelo enfermeiro na Parada Cardiorrespiratória fora do ambiente hospitalar. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos científicos originais, revisão integrativa e da literatura que apresentassem em seus títulos os descritores: parada cardiorrespiratória, atendimento pré-hospitalar, e/ou extra hospitalar, publicados no período de 2010 a 2015, exibidas no idioma português, gratuitamente, com textos completos disponibilizados nas bases de dados Scielo e LILACS. A população foi composta de 91 publicações e a amostra totalizou 18 publicações, analisadas através de um instrumento de dados formulado pela pesquisadora. **Resultados e Discussões:** A análise e interpretação realizou-se em duas etapas: 1ª: refere-se às informações concernentes às publicações, e a 2ª: contribuições das publicações. Na análise da 1ª etapa, verificou-se um maior percentual de publicações na Revista de Enfermagem UFPE, apresentando 06 (33%) publicações; quanto ao tipo de estudo 15 (83,3%) das publicações correspondiam a artigos científicos original; sobressaíram os anos 2011 a 2014 com escore de 04 (22,2%) publicações cada; a abordagem metodológica predominante foi a quantitativa com 09 (50%) publicações; na amostragem de cada artigo obteve-se 09 (50%) publicações evidenciando os enfermeiros; a região Sudeste proporcionou mais da metade das publicações, com escore 11 (61,1%). Constatou-se que os 18 títulos e objetivos das publicações são condizentes com a temática, abordando o APH e desses 10 enfatizam a parada cardiorrespiratória (PCR). Na 2ª etapa revelou-se que os profissionais atuantes no APH necessitam estar aptos para a prestação da assistência adequada, especialmente, o enfermeiro que na maioria dos casos é o primeiro a lidar com a vítima em PCR, esse deve realizar o atendimento de forma precisa, possui controle emocional, ser criterioso no registro e anotações dos procedimentos desenvolvidos durante o atendimento. **Considerações Finais:** Espera-se que esta produção científica contribua para discussão, ensino, análise, e a realização de pesquisas futuras sobre a temática em questão, considerando-a atual referente ao atendimento pré-hospitalar na parada cardiorrespiratória após a Política Nacional de Atenção as Urgências - PNAU, servindo de base científica para a ampliação do conhecimento, seja a curto, médio ou longo prazo.

Palavras-chave: Atendimento Pré-hospitalar, Parada cardiorrespiratória, Extra hospitalar.

ABSTRACT

SILVA, Cíntia Feitosa. **Pre-hospital care in cardiorespiratory arrest after the National Politic Attention for Emergencies: integrative review**. Cuité, 2015.74. Term Paper (Bachelor in Nursing) – Nursing Academic Unit, Education and Health Center, Campina Grande Federal University, Campus Cuité-PB, 2015.

Introduction: Pre-hospital care service- PHC involves all actions that occur before the patient get sat the hospital and it can influence positively on morbidity and mortality rates. **Objective:** To analyze scientific article of the health area that addressing on the pre-hospital care realized by nurses in Cardiopulmonary Resuscitation outside the hospital. **Methodology:** It is an integrative literature review. The Inclusion criteria used were: original scientific articles, integrative review and of the literature that submit in their titles, the descriptors: cardiopulmonary arrest, pre-hospital care, and/or extra hospital, Published in the period from 2010 to 2015, displayed in Portuguese language, free, with full text available on Scielo and LILACS data bases. The population was composed of 91 publications and the sample totaled 18 publications, analyzed through a data tool formulated by the researcher **Results and Discussion:** The analysis and interpretation was realized in two stages: 1 st: refers to information concerning to the publications, and the 2nd: contributions of publications. In the 1st step analysis, it was found a high percentage of publications in the Nurse's journal, PEFU, In the analysis of the 1ststage, there was a higher percentage of publications in the Journal of Nursing UFPE, presenting 06 (33%) publications; as to the type of study 15 (83,3%) of the publication corresponded to original scientific articles; they stood out in the years 2011 to 2014 with a score of 4 (22,2%) publication each; the predominant methodological approach was the quantitative with 9 (50%) publications; in the sampling each article, it was got 9 (50%) publication evidencing nurses; the Southeast region has provided more than half of the publication, with a score of 11 (61,1%). It was found that the 18 titles and objectives of publications are consistent with the theme, addressing the PHC and 10 of these emphasize the cardiorespiratory arrest (CRA). In the 2nd stage, it was revealed that the working professionals in PHC need to be able to provide the appropriate assistance, especially, the nurse who in the most of the cases, he is the first to deal with the victim in CRA, he should perform the service accurately, has emotional control, be careful in the registry and notes of the procedures developed during the service. **Final Considerations:** It is expected that this scientific production contributes to discussion, teaching, analysis, and the realization of future research about the topic in question, considering the current referring to the prehospital care in cardiac arrest after the National Political Attention of Emergency-NPAE, serving as the scientific basis to expand the knowledge, whether short, medium or long time.

Keywords: Pre Hospital Care, Cardiorespiratory Arrest, Extra Hospital

LISTA DE QUADROS

Número	Descrição	Página
Quadro 01	Categorização das Publicações Seleccionadas. Cuité – Paraíba, 2015	34
Quadro 02	Caracterização das publicações científicas sobre Atendimento Pré-hospitalar na Parada Cardiorrespiratória após a Política Nacional de Atenção as Urgências, Cuité – Paraíba, 2015.	46
Quadro 03	Síntese dos principais resultados das Publicações (n=18) da presente revisão integrativa, Cuité – Paraíba, 2015.	48

LISTA DE TABELAS

	Descrição	Página
Tabela 01	Distribuição das publicações, segundo o título e objetivos, Cuité – Paraíba, 2015.	36
Tabela 02	Distribuição das Publicações por periódicos incluídos na Pesquisa, referentes ao Período de 2010 a 2015, Cuité – Paraíba, 2015.	44

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Problematização da Temática	14
1.2	Justificativa	20
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo Geral	21
2.2	Objetivos Específicos	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	Atendimento Pré-Hospitalar	22
3.2	Política Nacional de Atenção as Urgências – PNAU	25
3.3	Parada Cardiorrespiratória	28
4	METODOLOGIA	31
4.1	Tipo de Estudo	31
4.2	Questão da pesquisa	32
4.3	Coleta de Dados	32
4.4	Avaliação dos Dados	33
4.5	Análise e interpretação dos Dados	34
4.6	Considerações Éticas	35
5	ANÁLISE E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS	36
5.1	Informações referentes às publicações da 1ª Categoria	36
5.2	Contribuições das publicações da 2ª Categoria	48
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICES	71
	APÊNDICE A - Instrumento para Coleta de Dados	
	APÊNDICE B - Relação das 18 publicações selecionadas identificando os autores e títulos	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problematização da Temática

Considerando o atendimento pré-hospitalar uma atividade extra-hospitalar que salva vidas e sabendo que a Parada Cardiorrespiratória é uma das ocorrências mais graves advindas no atendimento de urgência e emergência, esse estudo abordará sobre o atendimento pré-hospitalar na referida patologia.

A ideia do atendimento fora do ambiente hospitalar – pré-hospitalar, por meio de deslocamento de equipe e recursos materiais, tem sua origem em 1792, quando Dominique Larrey, cirurgião da Grande Armada de Napoleão utiliza uma “ambulância” (do latim *Ambulare*, que significa deslocar) para levar atendimento precoce aos acometidos em combate no próprio campo de batalha, observando que, assim, aumentavam suas chances de sobrevivência. Foi em Nova Iorque, porém, no final do século XIX que o atendimento externo à estrutura hospitalar com a utilização de ambulâncias medicalizadas tomou corpo e daí retornou à Europa, no qual foi implementada pelos franceses, com a incorporação do conceito de regulação médica (BRASIL, 2006).

O Atendimento Pré-hospitalar (APH) de urgência pode ser definido como sendo toda a assistência prestada fora do âmbito hospitalar, com a finalidade de dar a melhor resposta às demandas da população que busca o Sistema Único de Saúde (SUS) (MARQUES; LIMA; CICONET, 2011).

Esse atendimento pré-hospitalar pode ser móvel e configura-se como uma modalidade de assistência que objetiva chegar, precocemente, à vítima e prestar atendimento ou transporte adequado para um serviço de saúde integrado ao SUS e, assim, reduzir ou evitar sofrimento e sequelas (CASAGRANDE; STAMM; LEITE, 2013).

O serviço de APH envolve todas as ações que ocorrem antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar e pode influir, positivamente, nas taxas de morbidade e mortalidade por trauma ou violências (ADÃO; SANTOS, 2012).

No Brasil, o serviço de atendimento pré-hospitalar, antes implantado de forma heterogênea nas grandes cidades e voltado, principalmente, para o atendimento de vítimas de lesões traumáticas, foi reformulado em 2003, constituindo-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que inclui o atendimento às urgências clínicas (SOARES et al., 2012).

O modelo pré-hospitalar móvel adotado na maior parte da sociedade ocidental foi inspirado na organização americana e francesa. A primeira dá ênfase ao atendimento realizado

por paramédicos (técnicos) e a segunda adota a presença de médicos nas ambulâncias. No Brasil, foi assinado um acordo bilateral entre o Brasil e a França, adotando esse modelo de serviço de atendimento às urgências, com o SAMU 192 (COELHO, 2013).

Ainda no Brasil, o serviço pré-hospitalar – SAMU segue o modelo da França criado por anestesistas, intensivistas, com o objetivo de prestar uma assistência pré-hospitalar evitando a piora ou até mesmo morte dos pacientes que em muitos casos ocorre devido ao atendimento inadequado (PEREIRA; FERNANDES; JÚNIOR, 2012).

O modelo proposto pelo SAMU brasileiro é de uma assistência padronizada que opera com uma central de regulação, com discagem telefônica gratuita e de fácil acesso, através do número 192, com regulação médica regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Existe também uma composição das equipes de socorro, segundo complexidade, regulando os tipos de unidades móveis, suas atribuições e recursos. Além disso, há protocolos para atendimento de múltiplas vítimas e ferramentas operacionais regulares (COELHO, 2013).

A rede de atenção à saúde para urgências e emergências, no Brasil, é composta pelas unidades básicas de saúde e hospitais de alta complexidade tecnológica. As modalidades de Suporte Avançado de Vida (SAV) e Suporte Básico de Vida (SBV), normalmente, são agrupadas em serviços de APH, por serem realizadas, na maioria dos casos, antes da chegada do paciente ao hospital (MAIA et al., 2014).

A estruturação inicial do SAMU deu-se em 1995, em alguns municípios, como Porto Alegre. Este fato motivou a criação da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, que subsidiou, de forma importante, as bases técnicas e PNAU - políticas de uma série de portarias e adoção da Política Nacional de Atenção às Urgências (CASAGRANDE; STAMM; LEITE, 2013).

Os SAMUs no Estado do Rio de Janeiro foram habilitados precocemente em relação à rede nacional, entre 2004 e 2005, em áreas exclusivamente metropolitanas. A implantação no Estado foi regional, enquanto no restante do Brasil, preferencialmente, era municipal. O Estado também se destaca em outros aspectos no atendimento pré-hospitalar: por ter abrigado o primeiro SAMU regional do Brasil; por abrigar dois, dos três maiores SAMU do Brasil; por ser o Estado pioneiro no atendimento pré-hospitalar no Brasil através da Corporação dos Bombeiros; por ter uma coordenação estadual de urgência sob a gestão da Corporação dos Bombeiros; e por ter implementada a maior rede de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do país (O'DWYER; MATTOS, 2013).

Ainda em relação à estrutura, os SAMUs são compostos por centrais reguladoras e por um conjunto de ambulâncias, e requerem profissionais qualificados e equipamentos adequados

para o atendimento às urgências. As centrais podem ser acionadas pelo número de telefone 192 e médicos reguladores designam as ambulâncias apropriadas para cada atendimento (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

O atendimento do SAMU funciona 24 horas por dia e atua com ocorrências em ambiente pré-hospitalar (via pública ou não), dentro de uma área geográfica específica. O serviço acolhe os pedidos de ajuda médica de cidadãos acometidos por agravos agudos de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica e ginecológica (FERNANDES et al., 2014).

O processo de trabalho do SAMU envolve a participação de profissionais de várias categorias, que atendem a demandas clínicas de diferentes níveis de complexidade, em um amplo território geográfico, o que requer um planejamento de trabalho com rotinas diferentes daquelas estabelecidas em serviços com estruturas, exclusivamente, fixas (VELOSO; ARAÚJO; ALVES, 2012).

O modelo de implantação do SAMU-192 visa estabelecer assistência imediata, gratuita e de qualidade às vítimas no local da ocorrência. Este serviço oferece a melhor resposta à solicitação de ajuda, podendo variar de um simples conselho ou orientação médica, até o envio de ambulância de suporte básico ou avançado ao local do evento, visando à manutenção da vida e/ou à minimização dos agravos (COSTA et al., 2012).

O atendimento do SAMU desenrola-se em uma cadeia de responsabilidades: **telefonistas** que acolhem o pedido de socorro e desencadeiam o acesso ao serviço de saúde; **médicos** que atendem demandas por telefone e tentam buscar a melhor resposta para cada solicitação; **profissionais de enfermagem** que assistem o paciente baseados nas prescrições à distância; **condutores de veículos** que, além de dirigirem a ambulância, participam das intervenções de saúde; **operadores de rádio** que são decisivos para um deslocamento consequente (MARQUES; LIMA; CICONET, 2011).

O SAMU é composto por múltiplos profissionais, entre os quais, o enfermeiro possui papel fundamental na prestação do cuidado e coordenação de sua equipe, quanto as suas competências, devem estar aptos a supervisionar e avaliar as ações de enfermagem, conhecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem, manipular equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas (SILVA et al., 2014).

Em especial, o SAMU é um programa do governo federal que tem a finalidade de prestar socorro médico emergencial às pessoas e garantir qualidade no atendimento em centros urbanos e, atualmente, no interior das cidades (SOUZA et al., 2013).

As políticas públicas do governo federal voltadas para a organização do atendimento pré-hospitalar de urgência remontam a 1998, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.923,

de Junho de 1998 (BRASIL, 2013). Esta determinou investimentos nas áreas de Assistência Pré-Hospitalar Móvel, Assistência Hospitalar, Centrais de Regulação de Urgências e Capacitação de Recursos Humanos (FERNANDES et al., 2014).

A construção da política federal para atenção às urgências no Brasil envolveu três momentos principais: de 1998 a 2002 ocorreu às primeiras iniciativas de regulamentação; de 2003 a 2008 foi evidenciado a formulação e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), com priorização do SAMU; e a partir do final de 2008 com a continuidade do SAMU, ocorreu a implantação de UPA - Unidades de Pronto Atendimento (BRASIL, 2013; MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Ainda referem os autores supracitados que a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) de 2003 propôs a conformação de sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, norteadas pelos princípios do SUS. Essa política estruturou-se em cinco eixos: Promoção da Qualidade de Vida, Organização em Rede, Operação de Centrais de Regulação, Capacitação e Educação Continuada e Humanização da Atenção.

As demandas por atendimentos de urgência e emergência pressionam os serviços de saúde no sentido de se organizarem para atender pacientes graves que necessitam de maior aporte tecnológico e maior habilidade profissional. Em resposta a essas necessidades, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência com a Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002 e a Política Nacional de Atenção às Urgências com a Portaria GM/MS nº 1.863 de 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003; ARAÚJO et al., 2011).

Nos últimos anos, a considerável procura dos serviços públicos hospitalares de emergência decorreu do aumento da violência urbana, dos acidentes de trânsito e da própria precariedade dos serviços de saúde de atenção básica. A consequência imediata é a superlotação nas unidades de emergência, com pacientes que poderiam ser atendidos nas unidades de atenção básica ou em ambulatórios (ADÃO; SANTOS, 2012).

Conforme Ministérios da Saúde citado por O'dwyer e Mattos (2013), desde 2003 houve uma expansão contínua de SAMU e, em julho de 2010, existiam 151 SAMU em 1286 municípios, com previsão de atingir aproximadamente 162 milhões de habitantes ao final de 2010.

Considerando que os atendimentos do SAMU sejam realizados para prestar socorros as vítimas com diversos agravos, esse estudo, abordará uma revisão integrativa sobre Enfermeiros no Atendimento Pré-Hospitalar a vítimas apresentando Parada Cardiorrespiratória (PCR).

A PCR é compreendida como a cessação súbita dos batimentos cardíacos, irresponsividade a estímulos, apneia ou respiração agônica, evidenciada por pulso não palpável e ausência de movimentos respiratórios. Embora haja um avanço no manejo da PCR, este evento envolve alta mortalidade, pois mesmo com uma reanimação cardiopulmonar (RCP) de sucesso, a pessoa acometida ainda poderá apresentar sequelas neurológicas e risco de morte (COSTA; SANTOS; SILVA, 2014).

A mortalidade e morbidade das vítimas de parada cardíaca súbita estão diretamente relacionadas à habilidade dos profissionais de saúde ou leigos em usar apropriadamente seu conhecimento e capacidade de realizar a ressuscitação cardiopulmonar relacionados a cognição e desempenho psicomotor (MIOTTO et al., 2010).

Segundo atualização estatística da American Heart Association (AHA) ocorreram 359.400 casos de PCR no ambiente extra hospitalar e de 209.000 casos em ambiente intra hospitalar. No Brasil, apesar da inexistência de estatísticas a respeito do evento, estima-se algo em torno de 200.000 PCRs anualmente, sendo metade dos casos em ambiente extra-hospitalar, e a outra metade em ambiente intra-hospitalar (SANTOS; SIMÕES; LIMA, 2014).

Considerando que na maioria das vezes o enfermeiro é o membro da equipe que primeiro se depara com a situação de Parada cardiorrespiratória (PCR), este precisa possuir conhecimentos sobre atendimento de emergência, com tomada de decisões rápidas, avaliação de prioridades e estabelecimento de ações imediatas (BELLAN; ARAÚJO; ARAÚJO, 2010).

O enfermeiro deve estar apto para reconhecer quando um paciente está em franca PCR ou prestes a desenvolver uma, pois este episódio representa a mais grave emergência clínica que se pode deparar. A avaliação do paciente não deve levar mais de 10 segundos. Na ausência das manobras de reanimação em aproximadamente 5 minutos, para um adulto em normotermia, ocorrem alterações irreversíveis dos neurônios do córtex cerebral. O coração pode voltar a bater, mas os “cinco minutos de ouro” se perdem e o cérebro morre (ZANINI; NASCIMENTO; BARRA, 2006).

Define-se a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) como o conjunto de manobras realizadas logo após uma PCR com o objetivo de manter artificialmente o fluxo arterial ao cérebro e a outros órgãos vitais, até que ocorra o Retorno da Circulação Espontânea (RCE). As manobras de RCP constituem-se, então, na melhor chance de restauração da função cardiopulmonar e cerebral das vítimas de PCR, com poucas possibilidades de serem reanimadas com sucesso se não forem realizadas em tempo hábil (BOAVENTURA; MIYADAHIRA, 2012; TALLO et al., 2012).

A Reanimação Cardiopulmonar (RCP) depende de uma sequência de ações conhecida como Corrente da Sobrevivência. Os elos são o reconhecimento do colapso com solicitação de socorro, início de ressuscitação básica, desfibrilação e suporte avançado de vida. Dentre os principais fatores preditores de sobrevivência na parada cardíaca fora do hospital, destacam-se o tempo até o início de manobras básicas e a desfibrilação precoce (SEMENSATO; ZIMERMAN; ROHDE, 2011).

Portanto, o atendimento pré-hospitalar e o conhecimento dos enfermeiros a vítimas em parada cardiorrespiratória são a chave mestre para serem abordados e aprofundados nesse estudo, considerando que se justifica pela vontade de saber e aprender mais em relação a essa temática.

1.2 Justificativas da Temática

Considerando a Parada Cardiorrespiratória um evento inesperado, o qual pode ocorrer em ambiente intra ou extra hospitalar, faz-se necessário a atuação de pessoas/profissionais qualificadas para realização de manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar associada a toda assistência adequada ao paciente. Contudo, o enfermeiro é um dos principais componentes da equipe de saúde que mais se depara com essa situação.

Nesse sentido, enfatizo que o interesse em saber mais sobre a temática aconteceu no decorrer do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, campus Cuité, principalmente, na disciplina de Primeiros Socorros.

Dessa maneira, destaca-se que a iniciativa para a realização desta pesquisa propõe analisar artigos científicos da área de saúde referente ao atendimento dos profissionais de enfermagem sobre o atendimento pré-hospitalar a uma vítima na Parada Cardiorrespiratória fora do ambiente hospitalar, já que estes poderão em algum momento se deparar com tal situação, necessitando, assim, estar apto para a realização de uma Ressuscitação Cardiopulmonar de forma adequada, consciente e ágil.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar artigos científicos da área da saúde que abordem sobre o atendimento pré-hospitalar realizado pelo enfermeiro na Parada Cardiorrespiratória fora do ambiente hospitalar.

2.2 Objetivos Específicos

Revisar os estudos quanto aos elementos inerentes: título, autores, periódicos, anos de publicação, tipo e abordagem metodológica, região pesquisada, objetivos e contribuições de estudos que enfoquem o atendimento pré-hospitalar na parada cardiorrespiratória.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atendimento Pré-Hospitalar

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) pode ser definido como toda e qualquer assistência realizada fora do âmbito hospitalar por equipes de Suporte Básico de Vida (SBV) ou Suporte Avançado de Vida (SAV), na qual são utilizados múltiplos meios e métodos com o intuito de manter a vida e minimizar os danos (CASAGRADE, STAMM, LEITE 2013).

Atualmente, o APH é tido como um serviço de alta complexidade e indispensável ao funcionamento do serviço de saúde do Brasil prestado à sua população seguindo os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) garantida pela Constituição da República Federativa do Brasil (CF/1988) (ROCHA; MORAIS; BENEVIDES, 2012).

Portanto, esse atendimento pré-hospitalar envolve importantes fatores que dão maior segurança e garantia de sobrevivência, como, por exemplo, o atendimento precoce e qualificado e encaminhamento rápido e seguro para centros de tratamento definitivo (DOLOR, 2008).

Dentre os principais fatores, ainda deve-se destacar a segurança da cena e da equipe de atendimento e a denominada “*golden hour*” ou “**hora de ouro**”, a qual significa que a vítima precisa estar no centro hospitalar para tratamento definitivo dentro da primeira hora após o evento, levando-se em conta que essa vítima já tenha recebido os primeiros cuidados nos primeiros dez minutos após o acidente. Outra condição importante para garantir a eficácia do APH é que a remoção da vítima deve ser feita com recursos adequados dentro de uma estabilidade hemodinâmica, em um atendimento por unidade de SBV ou SAV, segundo sua gravidade (DOLOR, 2008).

Considerando, que esses atendimentos são realizados por ambulâncias equipadas com tripulação distintas de SBV ou SAV. Portanto, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) foi criado com o intuito de prover assistência pré-hospitalar eficaz, diminuir o número de mortes, o tempo de internação hospitalar e as possíveis consequências da falta de atendimento precoce (FERNANDES et al., 2014).

A Portaria GM/MS nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, instituiu o SAMU-192 e é a forma como a Atenção Pré-Hospitalar (APH) foi implementada no âmbito do SUS, no primeiro nível de atenção, às vítimas de quadros agudos, de natureza clínica, traumática e psiquiátrica, que ocorrem fora do ambiente hospitalar (BRASIL, 2003).

Considerando que as causas externas ocupam entre os primeiros lugares no perfil de morbimortalidade brasileira e suas consequências são eventos tempo dependentes, nesse contexto nota-se a importância que assume o SAMU na prevenção de morbidades, mortalidades e sequelas causadas por urgências/emergências médicas (COELHO, 2013). Dentre os modelos pré-hospitalar móvel adotados para a implantação do atendimento de urgência e emergência fora do ambiente hospitalar, destacam-se os Modelos Americano e Francês os quais inspiraram maior parte da sociedade ocidental na organização desse serviço.

Os SAMUs franceses têm como objetivo “responder com meios, exclusivamente, médicos às situações de urgência”, com as seguintes missões: “garantir uma escuta médica permanente; decidir e enviar, no menor prazo possível, a resposta mais adequada à natureza do chamado; assegurar a disponibilidade dos recursos hospitalares públicos ou privados adaptados ao estado do paciente, respeitando sua livre escolha e, preparar sua recepção; organizar o transporte para uma instituição pública ou privada solicitando para isto os serviços públicos ou privados de transportes sanitários; garantir a admissão do paciente no hospital” (BRASIL, 2006).

O modelo francês permite o início precoce da terapêutica, fundamental para as emergências clínicas, mas tem sido criticado na atenção ao trauma pelo retardo no transporte para o local definitivo de atendimento. Enquanto que o modelo americano, tem influência internacional, propõe a remoção rápida da vítima do local de atendimento. A intervenção é feita por técnicos em emergências médicas (Emergency Medical Technician) e por paramédicos (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Para que o atendimento móvel de urgência e emergência seja efetuado de modo adequado, contemplando todas as demandas do serviço, o mesmo é organizado em dois níveis que levam em consideração a classificação de risco da ocorrência, sendo o Suporte Básico de Vida (SBV) e o Suporte Avançado de Vida (SAV). No Brasil, o Suporte Básico de Vida (SBV) é definido como sendo a estrutura de apoio oferecida a pacientes com risco de mortes desconhecidas, promovidas por técnico de enfermagem e um condutor/socorrista, por meio de medidas conservadoras não invasivas, como por exemplo, a imobilização em prancha longa. Por atenderem casos de baixa complexidade, há maior número dessas viaturas, já que recebem um número mais elevado de atendimentos. Podem, ainda, atender vítimas em estado grave, como apoio às viaturas de Suporte Avançado de Vida (SAV) (BUENO; BERNARDES, 2010).

A equipe de Suporte Avançado de Vida (SAV) é formada por um médico, um enfermeiro e um condutor. A ambulância do SAV é um veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes com alto risco em urgências pré-hospitalares ou transporte inter-

hospitalar que necessitem de cuidados médicos intensivos. Dispõe de equipamentos e materiais para realização de procedimentos complexos e avançados de reanimação e estabilização, realizados pelo médico e pelo enfermeiro. Por possuir como características manobras invasivas, de maior complexidade, o atendimento no SAV é realizado exclusivamente por médico e enfermeiro (PEREIRA; FERNANDES; JÚNIOR, 2012).

Desde o ano de 2002, o governo brasileiro expandiu o projeto do SAMU para várias localidades do país, abrangendo mais de 100 milhões de habitantes, através de 135 serviços habilitados até 2009. Esse sistema fornece as condições para o tratamento precoce das vítimas de morte súbita na comunidade, no entanto, os resultados deste atendimento em nosso meio são pouco conhecidos (SEMENSATO; ZIMERMAN; ROHDE, 2011).

O atendimento realizado pelo SAMU tem uma regulação, na qual todas as etapas do atendimento são registradas no computador e, também são gravadas. A TARM (Telefonista Auxiliar de Regulação Médica) atende ao telefone e faz a identificação e localização do paciente. Os reguladores registram diagnóstico, conduta e destino do paciente. Orientam e decidem qual o tipo de ambulância que prestará o atendimento. A Unidade de Suporte Básica (USB) opera com um técnico de enfermagem, e recursos tecnológicos mais simples. A USA (Unidade de Suporte Avançada) tem como profissionais um médico, um enfermeiro, além de mais recursos tecnológicos. Os RO (Rádio-operadores) são responsáveis pelo contato com as ambulâncias e pelo acompanhamento do atendimento (O'DWYER; MATTOS, 2012).

Em 2005, o SAMU-192 funcionava em 784 municípios brasileiros de 25 Estados, com 101 centrais de regulação, atuando com equipes especializadas, em sintonia com centrais de controle de leitos nos hospitais. Seu atendimento pode ser do tipo primário, quando oriundo do cidadão, ou do tipo secundário, também conhecido como remoção, quando a solicitação parte do serviço de saúde onde o paciente já tenha recebido os primeiros cuidados para estabilização do quadro de urgência ou emergência, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (CABRAL; SOUZA, 2008).

O número de SAMUs inaugurados no Brasil aumentou progressivamente entre janeiro de 2004 e julho de 2009, com desaceleração nesse último ano (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Atualmente, o SAMU nacional conta com 178 centrais de regulação das urgências, regulando 2.528 municípios, com cobertura populacional de 70,3%, o que compreende a mais de 134 milhões de pessoas. São 2.142 Unidades de Suporte Básico (USB), 528 Unidades de Suporte Avançado (USA), 180 motolâncias, 07 Equipes de Embarcações e 03 equipes de Aeromédicos. O seu custeio no ano de 2012 foi de 559,3 milhões. É regido, mais recentemente,

pela Portaria MS/GM nº 1.010, em 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2012; COELHO, 2013).

A Portaria MS/GM nº 1.010, de 21 de maio de 2012, no seu artigo 2º, considera: **I - SAMU 192:** componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, às sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências (BRASIL, 2012).

Ainda considera no item **II - Central de Regulação das Urgências:** estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma Rede de Atenção.

A mesma Portaria supracitada anteriormente em seu artigo 46º determina a inserção das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis da Rede de Atenção às Urgências no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), com base na Portaria MS/SAS nº 804, de 28 de novembro de 2011, atualmente revogada pela Portaria MS/SAS nº 356, de 08 de Abril de 2013, que em seu inciso 1º estabelece que as Centrais de Regulação das Urgências e as Unidades Móveis da Rede de Atenção às Urgências serão consideradas estabelecimentos de saúde do SUS na área de Atenção às Urgências (BRASIL, 2012).

3.2 Política Nacional de Atenção as Urgências – PNAU

Além do atendimento pré-hospitalar, o governo Brasileiro criou a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e essa é composta por documentos os quais contextualizam a insuficiente oferta de serviços no atendimento pré-hospitalar, necessitando de serviços intermediários de complexidade (SILVA, 2011).

A Política Nacional de Atendimento às Urgências propõe o cuidado integral às urgências através da integração dos serviços e do conceito ampliado de urgência, em que é

considerada a expectativa do indivíduo, além do conceito técnico de urgência dos profissionais (O'DWYER; MATTOS, 2013).

A Portaria GM/MS nº 1.863, em 29 de setembro de 2003 estabelece que a Política Nacional de Atenção às Urgências composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, deve ser organizada de forma que permita: garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios); consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretude ao dimensionamento e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção; desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos (BRASIL, 2003).

A implementação da PNAU participa da reorganização da assistência à saúde, procurando dar respostas efetivas aos desafios impostos pelo processo de transição demográfica e epidemiológica; nesta, destacam-se seus componentes Pré-Hospitalares, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (componente fixo) e como componente móvel, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (LUZ; JUNGER; CAVALINI, 2010).

Como expansão da rede de atendimento às urgências e emergências tem-se a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), integrante do componente pré-hospitalar fixo das Redes de Atenção Integral às Urgências. Configura-se por unidades de saúde não hospitalares com complexidade intermediária que visam estabelecer a relação das Unidades Básicas de Saúde, a Saúde da Família com a Rede Hospitalar. No processo de regionalização a sua integração ao SAMU e a atenção básica diferencia a UPA dos demais serviços de pronto atendimento (SILVA, 2011).

Com a UPA, tem-se a proposição de um novo espaço de atenção, além da regionalização e qualificação da atenção, e da interiorização com ampliação do acesso, com vistas à equidade. Para favorecer a regionalização, é exigida a integração da UPA com SAMU e com o

desenvolvimento da atenção básica, diferenciando-se dos tradicionais serviços de pronto atendimento ou prontos socorros (O'DWYER, 2010).

A Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu Artigo 3º fica organizada, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências. No inciso 1º descreve que a organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Enquanto que no inciso 2º, a Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional (BRASIL, 2011).

3.3 Parada Cardiorrespiratória

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é a cessação súbita dos batimentos cardíacos e movimentos respiratórios, portanto causa a cessação abrupta do fluxo sanguíneo cerebral, produzindo isquemia dos neurônios. A extensão do dano neurológico depende do grau de hipoxemia ao qual o tecido cerebral é submetido, ocorrendo dano permanente após 5 a 10 minutos da completa cessação do fluxo sanguíneo (RECH; VIEIRA, 2010).

A PCR é considerada uma situação de urgência extrema, no qual o atendimento imediato é fundamental. A aplicação correta das manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) é imprescindível para a reversão desse quadro (OLIVEIRA; SANTOS; ZEITOUN, 2014).

Nesse ínterim, a cessação súbita da ventilação constitui um dos sinais clínicos da parada, devendo ser prontamente reconhecida, a fim de que sejam tomadas as medidas cabíveis. As células nervosas são bastante sensíveis à hipóxia e, a cada minuto que se passa, vão aumentando as chances de ocorrerem lesões cerebrais irreversíveis (OLIVEIRA et al., 2013).

A PCR pode ocorrer na presença de três ritmos cardíacos diferentes. O primeiro é a Fibrilação Ventricular (FV) ou Taquicardia Ventricular Sem Pulso (TVSP), sendo o ritmo de PCR mais frequente fora do hospital. É responsável por cerca de 80% dos episódios. Caracteriza-se por um ritmo cardíaco rápido, irregular e ineficaz. O segundo ritmo cardíaco é a Assistolia, definida pela ausência de ritmo cardíaco. Nesse ritmo, há interrupção da atividade elétrica do músculo cardíaco. Por fim, o terceiro ritmo de PCR é a Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP), no qual existe a presença de atividade elétrica no músculo cardíaco, porém os

batimentos não são eficazes e não há circulação sanguínea (ROCHA, MORAIS, BENEVIDES, 2012).

A abordagem à vítima de PCR ainda na comunidade e a rápida chegada de socorro médico ou paramédico são decisivos até a admissão à Unidade de Pronto Atendimento (UPA). É essencial, que estas unidades médicas disponibilizem profissionais capacitados, treinados e atualizados em procedimentos de reanimação cardiopulmonar, com ênfase no papel do médico no rápido reconhecimento da causa da PCR e do ritmo cardíaco e no uso do desfibrilador externo (DUARTE; FONSECA, 2010).

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 30% dos óbitos, segundo dados da Organização Mundial da Saúde, o que representou 17,5 milhões de mortes em 2005, sendo estimado que mais da metade ocorram de forma súbita. Dois terços desses eventos súbitos ocorrem na comunidade, com incidência de 0,55/1.000 habitantes. No Brasil, as doenças circulatórias são responsáveis por 31% da mortalidade total, com 302.817 óbitos em 2006 (SEMENSATO; ZIMERMAN; ROHDE, 2011).

Nas situações de parada cardiorrespiratória (PCR) é importante que os indivíduos sejam socorridos com um atendimento rápido e eficiente, por aqueles que possuam conhecimento e habilidade para iniciar as ações necessárias, em locais com estrutura adequada com materiais e equipamentos. Porém, isso nem sempre é possível dada à diversidade de ambientes fora do hospital que não possuem pessoas com treinamento (BOAVENTURA; MIYADAHIRA, 2012).

A Reanimação Cardiopulmonar (RCP) consiste no tratamento da PCR. São manobras ou compressões que visam manter a circulação e respiração artificial e restaurá-las ao normal, o mais precoce possível, com intuito de reduzir a lesão cerebral. Com o propósito de manter um atendimento seguro, com rapidez e eficácia a PCR, ele é seguido através de uma abordagem de fases e algoritmos (GOMES; BRAZ, 2012). As vítimas de uma PCR extra-hospitalar têm poucas possibilidades de serem reanimadas com sucesso se não forem feitas as manobras de RCP (BOAVENTURA; MIYADAHIRA, 2012).

Segundo as novas Diretrizes da American Heart Association (2015), para reduzir o tempo de início da primeira compressão na PCR, deve-se realizar o reconhecimento simultaneamente verificando se há respiração e pulso ao mesmo tempo.

O número de compressões torácicas aplicadas por minuto durante a RCP é um fator determinante importante do retorno da circulação espontânea (RCE) e da sobrevivência com boa função neurológica. O número real de compressões torácicas aplicadas por minuto é determinado pela frequência das compressões torácicas e o número e a duração das interrupções nas compressões para, por exemplo, abrir a via aérea, aplicar ventilações de resgate ou permitir

a análise do Desfibrilador Externo Automático (DEA/DAE) (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

A literatura aponta que a sobrevivência, após uma PCR, varia de dois a 49%, dependendo do ritmo cardíaco inicial e do início precoce da reanimação. Autores relatam que a sobrevida pode dobrar ou triplicar quando a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) é realizada com alta qualidade (ALMEIDA et al., 2011).

Estudos publicados antes e desde 2005 demonstram que a qualidade das compressões torácicas continua necessitando de melhoria, embora a implementação das Diretrizes da AHA 2005 para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE) tenha sido associada a uma melhor qualidade de RCP e maior sobrevivência; existindo uma variação considerável na sobrevivência à PCR extra-hospitalar entre os serviços médicos de emergência/urgência; e ainda que a maioria das vítimas de PCR súbita extra-hospitalar não recebe nenhuma manobra de RCP de pessoas presentes no local. As alterações recomendadas nas Diretrizes da AHA 2015 para RCP e ACE tentam dar conta dessas questões e, também, fazem recomendações para melhorar o resultado da PCR por meio de uma nova ênfase nos cuidados pós-PCR (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Deve-se, antes de qualquer atendimento em ambiente extra-hospitalar, verificar a segurança do local. Com o local seguro, ao abordar a vítima, toque-a pelos ombros (GONZALES et al., 2013). Durante uma RCP, o objetivo é aplicar compressões eficazes a uma frequência (de 100 a 120 compressões torácicas por minuto) e profundidade apropriada (pelo menos 2 polegadas (5 cm), mas não superior a 2,4 (6 cm), minimizando-se o número e a duração das interrupções nas compressões torácicas. Outros componentes de uma RCP de alta qualidade compreendem obter o retorno total do tórax, após cada compressão e evitar ventilação excessiva (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

As compressões torácicas são enfatizadas para os socorristas, sejam eles treinados ou não. Se a pessoa presente não tiver treinamento em RCP, ela deverá aplicar a RCP somente com as mãos (somente compressões), com ou sem orientação de um atendente, para vítima adulta de PCR. O socorrista deve continuar a RCP somente com as mãos até a chegada e preparação de um DEA/DAE para uso ou até que os profissionais do Serviço Médico de Emergências assumam o cuidado da vítima, ou que a vítima comece a se mover. A metade inferior do esterno do adulto deve ser comprimido, pelo menos, 2 polegadas (5 cm), mas não superior a 2,4 (6 cm) (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Em uma situação de PCR, um mnemônico pode ser utilizado para descrever os passos simplificados do atendimento em SBV: o “CABD primário”. Chamar por ajuda, checar

responsividade, checar o pulso da vítima, realizar compressões torácicas, abertura das vias aéreas, boa ventilação e desfibrilação (GONZALES et al., 2013).

Ainda colaborando nesse ponto, autores descrevem que a ressuscitação cardiorrespiratória básica se inicia com a realização do CABD primário, de acordo com a seguinte sequência: C = circulação: compressão torácica externa; após ausência de pulso; A = abertura e desobstrução de vias aéreas; B = respiração/ventilação; D = desfibrilação precoce. Independentemente de sua área de atuação, o enfermeiro está sujeito a enfrentar uma situação de PCR, já que é uma emergência que pode ocorrer em qualquer ambiente, seja intra-hospitalar ou extra-hospitalar. Como a equipe de enfermagem está junto ao paciente em tempo integral, torna-se a equipe à frente de outras da área da saúde para atuar na assistência da PCR, circunstância em que a tomada de decisão deve ser rápida e acertada (ROCHA; MORAIS; BENEVIDES, 2012).

É essencial que todo profissional de saúde tenha conhecimento para o atendimento da PCR, independente de sua especialidade. O diagnóstico rápido e correto é uma das garantias para o sucesso da RCP (MENEZES, 2009).

Sabe-se que o enfermeiro é o mediador nesse contexto, a ele é atribuída à responsabilidade e se esse desconhece, em parte, esse processo pode promover o erro do procedimento de reanimação, o que pode ser prejudicial ao paciente/vítima em atendimento. Outro aspecto relevante é o fato de que o desconhecimento de um enfermeiro pode contribuir para a desorganização da assistência que envolve o atendimento ao indivíduo em PCR (ROCHA; MORAIS; BENEVIDES, 2012).

O enfermeiro deve ser treinado desde a graduação para situações de emergência, e que este possa agir com toda a competência necessária considerando a gravidade de cada caso e levando em conta que o paciente tem poucos minutos para se estabelecer. Para agir com competência, faz-se necessário que o enfermeiro realize estudos sobre o assunto e busque o máximo possível de informações teórico-científica sobre Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar (OLIVEIRA et al., 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão integrativa, metodologia que se caracteriza como uma pesquisa científica tendo como base o agrupamento dos resultados obtidos de pesquisas primárias sobre o mesmo assunto, objetivando sintetizar, reunir e analisar dados relevantes para o desenvolvimento de ideia ampla de um fenômeno específico. A revisão integrativa pode incluir estudos experimentais e não-experimentais, dados da literatura teórica e empírica, definições de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problema metodológico de um tópico particular, desde que sejam compreensíveis e relevantes (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Esse tipo de estudo se desenvolve nas seguintes etapas, sendo: formulação de problema, coleta de dados, avaliação de dados, análise e interpretação dos dados, apresentação dos resultados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008)

De acordo com os autores Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009); Sousa, Silva e Carvalho (2010), este tipo de pesquisa orienta-se através da Prática Baseada em Evidências (PBE), a qual busca a tomada de decisões e soluções de problemas de acordo com a melhor e mais recente evidência, exigindo agilidade na associação de resultados provindos de pesquisas na prática clínica.

Em virtude disto, reuniu-se a compilação das fontes selecionadas, proporcionando uma ampla análise, reduzindo incertezas sobre recomendações práticas, além de permitir generalizações e facilitar a tomada de decisões com relação às ações e assistência que pode ser prestada a uma vítima (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Diante disso, pode-se relatar que a revisão integrativa é uma pesquisa que deve se desenvolver em seis etapas distintas, descritas a seguir:

1º Etapa: É a formulação do tema e da questão norteadora para a elaboração da revisão integrativa;

2º Etapa: Consiste na amostragem ou busca na literatura, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão das pesquisas, definições dos artigos e teses de doutorado selecionado, e avaliação das pesquisas incluídas na revisão integrativa;

3º Etapa: Diferencia-se pela categorização das pesquisas, consistindo na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave;

4° Etapa: Realização da síntese e comparação dos dados extraídos das pesquisas primárias incluídas na revisão integrativa, com o agrupamento e leitura de todos. É uma atividade complexa, pois exige muito tempo e organização dos estudos por parte da pesquisadora, afim da possibilidade de visualizar e pontuar de modo objetivo a convergência ou divergência, mantendo-se a integridade científica;

5° Etapa: Foi considerada como a etapa da interpretação dos resultados, na qual se permite uma melhor compreensão da síntese e comparação dos achados. Nesta etapa a pesquisadora poderá vir a fazer interligações relevantes e sugestões nas pesquisas, discutindo e contestando os referidos resultados analisados;

6° Etapa: Finaliza-se com a síntese do conhecimento evidenciado nos artigos e teses de doutorado ou apresentação de revisão integrativa, devendo conter maiores detalhes sobre os estudos primários, a fim de fornecer ao leitor/pesquisador condições de averiguar a adequação das interligações propostas nessa pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.2 Questão da pesquisa

A questão norteadora é aquela que determina todo o caminho da pesquisa e, por esse motivo, deve-se atentar à concordância deste com o objetivo da pesquisa. O pesquisador teve como pretensão responder a seguinte questão: O que os artigos científicos da área da saúde publicados em periódicos nacional abordam sobre o Atendimento Pré-Hospitalar na Parada Cardiorrespiratória após a Política Nacional de Atenção as Urgências –PNAU realizado pelo enfermeiro.

4.3 Coleta de Dados

Com a finalidade de analisar os artigos acerca do Atendimento Pré-Hospitalar de Enfermagem na Parada Cardiorrespiratória, foi realizada uma busca *on line* em periódicos na área das ciências com concentração na saúde, no período de abril a junho de 2015, contendo publicações nacionais, através das seguintes bases de dados eletrônicas: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Para a busca dos artigos foram definidos os descritores e/ou palavras chaves, critérios de inclusão e exclusão. Sendo utilizados os seguintes descritores: Atendimento Pré-Hospitalar, Parada Cardiorrespiratória, Extra hospitalar.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos científicos originais, revisão integrativa, revisão de literatura e/ou tese de doutorado que apresenta em seus títulos qualquer um dos seguintes descritores: parada cardiorrespiratória, atendimento pré-hospitalar, extra hospitalar, que sejam da área de saúde enfocando o enfermeiro, no qual essas publicações estejam entre o período de 2010 a 2015, que essas publicações sejam exibidas no idioma português, que tenham acesso gratuito, com textos completos disponibilizados nas bases de dados supracitadas, podendo ser ou não publicados em revistas sem acesso restrito.

Portanto, para os critérios de exclusão tivemos os artigos que continham os descritores citados anteriormente, porém não estavam relacionados com a enfermagem, artigos referentes ao assunto, mas que, não continham os descritores supracitados no título, artigos que não apresentavam o conteúdo completo, internacionais e em outros idiomas que não português.

Para a seleção da amostragem da pesquisa, realizou-se uma busca e organização identificando-se uma população de 91 (noventa e um) publicações referentes à temática abordada. Foram excluídas após a leitura dos resumos e descritores 73 (setenta e três) publicações, dessas, algumas apesar de referir à temática, apresentavam enfoque no atendimento médico, no qual 21 (vinte e uma) não apresentavam os descritores sugeridos no título, e 52 (cinquenta e duas) tratavam sobre o atendimento na parada cardiorrespiratória a nível hospitalar ou não contemplavam os itens dos critérios de inclusão. Portanto, esse trabalho de revisão integrativa contempla 18 publicações.

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento (Apêndice A) composto pelos seguintes itens: título da publicação, autor (a) (es), revista ou periódico, ano e publicação de 2010 a 2015, descritores, tipo de estudo (artigo original, artigo de revisão de literatura, artigo de revisão integrativa, tese de doutorado), abordagem metodológica (quantitativa, qualitativa, quantitativa-qualitativa), objetivos, região de publicação (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste, sul), resultados e conclusões das publicações, para a organização e identificação dos pontos a serem analisados de cada publicação e compilar as informações necessárias utilizadas nessa pesquisa integrativa.

Ressaltamos que a partir da compilação dessas informações, através do instrumento de coleta de dados, foi feita a leitura na íntegra, interpretados, analisados, conforme os critérios de inclusão, portanto dos artigos selecionados para essa revisão integrativa foram totalizados uma amostra de 18 publicações em o período de 2010 a 2015.

4.4 Avaliação dos Dados

Para a avaliação das informações extraídas de cada artigo científico, os dados foram registrados em um instrumento de dados (APÊNDICE A) cujos itens eram relacionados ao objetivo e questão norteadora da pesquisa.

4.5 Análise e Interpretação dos Dados

A análise e interpretação dos dados obtidos deu-se após a leitura e avaliação dos artigos publicados que se enquadravam com as definições dos critérios de inclusão e exclusão propostos pela pesquisadora e, conforme o preenchimento completo do instrumento (APÊNDICE A). Para melhor compreensão dos dados coletados, realizou-se uma sintetização e discussão de cada publicação, estabelecendo relação de fundamentação teórica com o objetivo determinado para essa revisão integrativa.

Para tanto, foi feito um levantamento bibliográfico dos artigos coletados, tendo em número de 18 (dezoito) pesquisas científicas obtidas, as quais contribuíram para a realização de uma análise real, por meio de instrumento (APÊNDICE A) contendo todos os aspectos demonstrados, formulado exclusivamente para essa pesquisa. A categorização das informações extraídas da coleta foram descritas em duas etapas e oito subgrupos conforme o quadro 01.

Quadro 01- Categorização das Publicações Selecionadas. Cuité – Paraíba, 2015.

CATEGORIZAÇÃO	
1ª : Informações concernentes às publicações	
Subgrupo 1.1	Identificação de Título e Objetivos da publicação
Subgrupo 1.2	Identificação das Revistas utilizadas para a publicação dos artigos
Subgrupo 1.3	Identificação do Ano de publicação
Subgrupo 1.4	Identificação dos Descritores das publicações
Subgrupo 1.5	Identificação do Tipo de Estudo (Artigo Original, Artigo de Revisão da Literatura, Artigo de Revisão Integrativa e Tese de Doutorado)
Subgrupo 1.6	Identificação da Abordagem Metodológica (Quantitativa, Qualitativa ou Quantitativa-qualitativa)
Subgrupo 1.7	Identificação da Região da Publicação
2ª : Contribuições das publicações	
Subgrupo 2.1	Resultados obtidos com o atendimento Pré-hospitalar após a Política Nacional de atenção as Urgências

Fonte: Dados de Pesquisa, 2015.

4.6 Considerações Éticas

Esta revisão integrativa da literatura levou em consideração os aspectos éticos mantendo as autenticidades das ideias, conceitos e definições, assegurando a autoria dos artigos e teses pesquisadas utilizando para citação e referência dos autores as regras da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2002).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As informações dessa pesquisa foram extraídas a partir da análise de 18 publicações selecionadas nas bases de dados Scielo e LILACS, conforme os critérios de inclusão selecionados, sobre a temática: Atendimento Pré-hospitalar na Parada Cardiorrespiratória, no qual esses artigos foram publicados durante o período de 2010 a 2015, considerando que as fontes dos periódicos foram diversificadas.

Os dados obtidos foram divididos em duas etapas, sendo descritas a seguir: A 1ª refere-se às informações concernentes às publicações, com os subgrupos abaixo relacionados: Identificação de Título e Objetivos da publicação; Identificação das Revistas utilizadas para a publicação dos artigos; Identificação do Ano de publicação; Identificação dos Descritores das publicações; Identificação do Tipo de Estudo (Artigo Original, Artigo de Revisão da Literatura, Artigo de Revisão Integrativa e Tese de Doutorado); Identificação da Abordagem Metodológica (Quantitativa, Qualitativa ou Quantitativa-qualitativa); e Identificação da Região da Publicação.

Ao passo que a 2ª, remete às contribuições das publicações, com um único subgrupo identificada abaixo: Resultados obtidos com o atendimento Pré-hospitalar após a Política Nacional de atenção às Urgências).

Para uma melhor compreensão dos resultados obtidos, os dados da pesquisa foram agrupados e organizados em tabelas, apresentando números absolutos e percentuais. Segundo Peixoto; Cruz, (2011), a tabela é responsável por quantificar a informação, enquanto tem o objetivo de integrar a imagem e a informação na busca da resposta sintetizada, pretendendo-se uma comunicação rápida.

A análise dos estudos selecionados foi realizada com a finalidade de pontuar as principais contribuições de cada pesquisa de acordo com a temática abordada sobre o Atendimento pré-hospitalar na parada cardiorrespiratória, e obter um conhecimento mais aprofundado sobre a temática em questão.

5.1 Informações referentes às publicações

As informações concernentes às publicações da 1ª Etapa estão descritas na Tabela 01 que apresenta a divisão dos artigos publicados, segundo o título e objetivos.

Tabela 01 – Distribuição das publicações (n=18), segundo o título e objetivos, Cuité – Paraíba, 2015.

Publicação	TÍTULO	OBJETIVO GERAL
01	Atendimento Pré-hospitalar: Condutas do enfermeiro frente à parada cardiorrespiratória. (BARROS et al., 2011)	Conhecer a atuação dos enfermeiros dos serviços pré-hospitalar fixo e móvel frente a PCR.
02	Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre Parada e ressuscitação cardiopulmonar, em Unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. (ALMEIDA et al., 2011)	Analisar o conhecimento teórico sobre Parada cardiorrespiratória e Ressuscitação cardiopulmonar dos enfermeiros das Unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência (UNHAU/E).
03	Caracterização das vítimas de parada cardiorrespiratória atendidas por um serviço de atendimento móvel de urgência (SANTANA et al., 2012).	Determinar as características epidemiológicas das vítimas de parada cardiorrespiratória (PCR) atendidas pelo serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de uma cidade do interior de Minas Gerais.
04	Avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre o atendimento do paciente em parada cardiorrespiratória (SANTOS; RODRIGUES, 2011).	Verificar o conteúdo de domínio dos enfermeiros sobre o atendimento prestado aos pacientes com PCR que necessitam de imediata ressuscitação cardiopulmonar.
05	Atuação do enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar Móvel (ADÃO, SANTOS, 2012).	Descrever as ações do enfermeiro em unidade básica e avançada de saúde no APH móvel, por meio de revisão de literatura nacional científica.

06	Atendimento Pré-hospitalar como estratégia de promoção de saúde pública: Revisão integrativa (FRANÇA; MARTINO, 2013).	Construir um referencial teórico que auxilie a identificar elementos individuais e contextuais, implicados na evolução histórica do atendimento pré-hospitalar no Brasil, que subsidie ações reflexivas e intervencionistas quanto ao melhoramento desta estratégia.
07	Atendimento a vítima de parada cardíaca extra-hospitalar com desfibrilador externo automático em unidades de suporte básico (CORRÊA et al., 2014).	Caracterizar os atendimentos às vítimas de parada cardíaca, realizados pelas equipes do SAMU de Belo Horizonte após a incorporação do DEA nas USBs.
08	Benefícios do atendimento rápido e eficiente às vítimas de Parada cardiorrespiratória realizada pela equipe do SAMU de Montes Carlos-MG (ARAÚJO; VOMLEL; LACERDA, 2013).	Realizar um levantamento para padronização, através das fichas de atendimento do SAMU e prontuários dos usuários que foram encaminhados para os pontos de atenção hospitalar de urgência e emergência.
09	Características dos atendimentos a vítimas de Parada cardíaca extra-hospitalar (CORRÊA; CARVALHO; MORAIS, 2013).	Analisar as características dos atendimentos a vítimas de PC que receberam manobras de RCP fora do hospital.
10	Concepção e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional	Identificar os sentimentos dos enfermeiros que atuam no APH, relacionados à prática e a formação profissional.

	(ROMANZINI; BOCK, 2010).	
11	Desgaste no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel: percepção dos enfermeiros (MARTINS et al., 2012).	Descrever como os enfermeiros de atendimento pré-hospitalar percebem o desgaste relacionado ao trabalho.
12	Parada cardíaca extra-hospitalar: fatores determinantes da sobrevida imediata após manobras de ressuscitação cardiopulmonar (MORAIS; CARVALHO; CORREA, 2014).	Analisar fatores determinantes da sobrevida imediata de pessoas que receberam manobras de ressuscitação cardiopulmonar pelas equipes de suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Belo Horizonte.
13	Significados e vivências de trabalhadores de serviço de atendimento pré-hospitalar (SOUZA et al., 2012).	Conhecer os significados e vivências de trabalhadores de enfermagem no APH.
14	Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel (BERNARDES et al., 2014).	Analisar como ocorre a supervisão no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) de um município do interior do estado de São Paulo – Brasil, na visão do coordenador e de auxiliares de enfermagem.
15	Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento pré-hospitalar móvel (MENDES; FERREIRA; MARTINO, 2011).	Identificar a presença e os níveis de stress em equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar móvel, para conhecer a realidade vivida por esses profissionais, a fim de oferecer subsídios para elaboração de programa de atenção à sua saúde.

16	Fatores inerentes à atividade de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel sobre a influência do trabalho na saúde mental (MARQUES et al., 2015).	Identificar fatores inerentes à enfermagem que podem interferir na saúde mental dos profissionais de enfermagem do SAMU de Recife, por meio de sua percepção.
17	Prevalência de sintomas psicofisiológicos de estresse no atendimento pré-hospitalar móvel (FRANÇA; MARTINO, 2013).	Identificar a prevalência de sintomas psicológicos e fisiológicos de estresse em enfermeiros de atendimento pré-hospitalar móvel.
18	A equipe multidisciplinar na atenção a pessoa em parada cardiorrespiratória: uma revisão da literatura (SANTANA; LOPES; QUEIROZ, 2014).	Conhecer e discutir a atuação de equipes multidisciplinares em saúde no atendimento às pessoas em PCR, através de uma revisão da literatura nacional.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Através da análise dos títulos e objetivos evidenciou serem condizentes com a temática do Atendimento pré-hospitalar na parada cardiorrespiratória após a Política Nacional de Atenção às Urgências. As publicações 01 e 18 abordam sobre a atuação do enfermeiro frente à parada cardiorrespiratória enfatizando a importância desse profissional estar sempre participando de capacitações para a prestação de uma assistência eficaz (BARROS et al., 2011; SANTANA; LOPES; QUEIROZ, 2014).

Corroboram com essa informação Alves; Barbosa; Farias, (2013) quando proferem que, para um atendimento eficaz e seguro os profissionais necessitam estar preparados e ter conhecimento sobre as manobras de reanimação, uma vez que a falta de conhecimento ocasiona o agir inadequado, com prejuízos na assistência prestada e sobrevida.

As publicações de números 02 e 04 envolvem o conhecimento de enfermeiros sobre a Parada Cardiorrespiratória (PCR) e Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP). A publicação 04 além do conhecimento de enfermeiros enfatiza a experiência desses no atendimento a pacientes

que necessitam de imediata ressuscitação cardiopulmonar (ALMEIDA et al., 2011; SANTOS; RODRIGUES, 2011). Para Gonzalez et al., (2013) o treinamento do atendimento em PCR é recomendado e diminui a ocorrência de erros.

As enumeradas 05 e 06 referenciam ações de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) e a necessidade de elaboração de referencial teórico que auxilie na atuação do enfermeiro no APH, respectivamente (ADÃO; SANTOS; 2012; FRANÇA; MARTINO, 2013). Nessa perspectiva, Oliveira et al., (2013) afirmam que é indispensável à capacitação profissional de enfermeiros que atuam no atendimento da PCR, pois esses enfermeiros nem sempre se mostram preparados frente à uma PCR, pelo fato de não terem conhecimento teórico-científico adequado e prático sobre as condutas que devem ser tomadas para preservar a vida e funções do acometido.

Seguindo essa linha de raciocínio Silva; Machado (2013), descrevem que o investimento em treinamento e elaboração de protocolos para guiar profissionais que lidam diretamente com pacientes em PCR seria uma medida adequada para minimizar os riscos e ter um melhor atendimento.

As publicações 07, 08 e 09 trazem uma análise de fichas de atendimento pré-hospitalar (FAPH) do SAMU, enfatizando o atendimento à vítima em PCR; a publicação 07 discorre a respeito do atendimento da equipe do SAMU/BH à vítima em PCR, após a incorporação do Desfibrilador Externo Automático (DEA) nas Unidades de Suporte Básico, enfatizando que a identificação da PCR, início precoce de manobras de RCP e acesso ao DEA são medidas importantíssimas para o aumento da sobrevivência de vítimas de PCR extra-hospitalar. Enquanto que a publicação 08 remete ao cumprimento de etapas regulares para um atendimento rápido e eficiente. (ARAÚJO; VOMLEL; LACERDA, 2013; CORRÊA; CARVALHO; MORAIS, 2013; CORRÊA et al., 2014)

Considerando essa ideia, Gianotto-Oliveira et al., (2014), discorrem que a desfibrilação precoce com o uso do DEA pode melhorar o prognóstico dos pacientes, incluindo maior sobrevivência e melhor status neurológico entre os sobreviventes e, que o DEA pode ser usado por leigos treinados com a mesma capacidade e segurança de um profissional de saúde.

A publicação enumerada 09 disserta sobre avaliação de registros das características do atendimento pré-hospitalar as vítimas de Parada Cardíaca que receberam manobras de Reanimação Cardiopulmonar do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, apresentando como principal limitação a ausência de registros de dados nas fichas de atendimento (CORRÊA; CARVALHO; MORAIS, 2013).

Concordando com Grisante et al., (2013), quando em sua pesquisa identificam lacunas de documentação, principalmente com informações à cerca da realização ou não da RCP, fazendo notório a necessidade de aprimoramento dos registros de atendimento, pois são esses que possibilitam a avaliação mais fidedigna da qualidade dos procedimentos realizados.

A publicação dos autores Santana et al., (2012), de numeração 03 especifica as características de vítimas de PCR atendidas pelo SAMU de uma cidade do interior de Minas Gerais. Enquanto, a publicação dos autores Corrêa; Carvalho; Moraes (2013), enumerada 09, fazem uma análise das características de vítimas de PCR atendidas fora do ambiente hospitalar, mas que receberam procedimentos de RCP.

Corroboram os autores das publicações 03, 07, e 09 quando afirmam em suas publicações que, o maior percentual de pessoas que receberam manobras de RCP são do sexo masculino, tendo a prevalência do ritmo de assistolia como o primeiro ritmo cardíaco identificado, e ainda uma importante ausência de registros de dados nas fichas de atendimento (CORRÊA; CARVALHO; MORAIS, 2013; CORRÊA et al., 2014; SANTANA et al., 2012).

A publicação de número 12 faz uma análise da sobrevida imediata de pessoas que foram reanimadas durante o APH, destacando um baixo índice de sobrevida (MORAIS; CARVALHO; CORREA, 2014). Concordando com os estudos de Semensato; Zimerman; Rohde (2011), quando relatam que um dos fatores da sobrevida equivalente baixa, relaciona-se ao tempo prolongado para o início das manobras de RCP.

A publicação 14 enfatiza o gerenciamento do enfermeiro no APH, considerando a supervisão primordial para o serviço de atendimento móvel (BERNARDES et al., 2014). Concordando com o estudo de Santos et al., (2013), quando afirmam que a supervisão, o gerenciamento, e a monitorização da equipe são relevante para a manutenção da qualidade da assistência baseada no cumprimento do dever e respeito mútuo, bem como na hierarquia profissional.

Ressaltamos que as publicações de números 10, 11, 13, 15, 16 e 17 remetem para avaliação dos sentimentos dos enfermeiros do Atendimento Pré-Hospitalar (FRANÇA; MARTINO, 2013; MARQUES et al., 2015; MARTINS et al., 2012; MENDES; FERREIRA; MARTINO, 2011; ROMANZINI; BOCK, 2010; SOUZA et al., 2012).

Especificamente, ambas, as publicações 15 e 17 priorizam a identificação de estresse ocasionado pelo trabalho exercido no APH, a de número 17 destaca que além de sintomas psicológicos, existem os sintomas fisiológicos ocasionados pelo estresse em enfermeiros atuantes no APH (FRANÇA; MARTINO, 2013; MENDES; FERREIRA; MARTINO, 2011).

A enumerada 10 traz as informações de sentimentos de enfermeiros a respeito de sua formação e atuação no APH, no qual os enfermeiros relatam ser o lugar onde encontraram maior satisfação, realização pessoal e profissional, além da valorização e reconhecimento pelos pacientes/vítimas, família, população e pelo próprio Serviço (ROMANZINI; BOCK, 2010).

Sobre a publicação 13, essa discorre a propósito do processo de trabalho de enfermeiros que atuam no APH seus significados e vivências relatando que apesar de todo contexto desgastante vivenciado pelos enfermeiros do APH, existe o sentimento de satisfação em poder ajudar a salvar vidas (SOUZA et al., 2012).

Rocha, (2013) em seu estudo com enfermeiros relata que o reconhecimento do usuário ou familiar motiva o profissional, gerando satisfação no trabalho, fortalecendo o espírito da equipe, refletindo na qualidade do serviço prestado.

A publicação 11 retrata da percepção de desgastes de enfermeiros do APH relacionado ao trabalho (MARTINS et al., 2012). Rocha et al., (2014), relatam que o Serviço de APH, condiciona ao profissional situações inesperadas, que envolvem sofrimento, dor, morte e, muitas vezes, colocam em risco suas próprias vidas causado uma sobrecarga física e mental.

Dentre as seis publicações supracitadas cujos objetivos estão voltados à avaliação de sentimentos, a de numeração 15 apresenta como resultado baixa ocorrência de estresse, se destaca ao abordar também o objetivo a partir da identificação da presença e do nível de estresse de enfermeiros, oferecer a esses programas de atenção à saúde, permitindo desse modo, uma melhor assistência desses profissionais (MENDES; FERREIRA; MARTINO, 2011). Condizem com a publicação supracitada os autores Rosso et al., (2014), quando referem em seu estudo um baixo nível de estresse, concluindo que os profissionais consciente ou inconscientemente através de comportamento ou de ações cognitivas, conseguem manter o equilíbrio.

Ao analisar a publicação 16, considera-se que essa enfatiza sobre fatores positivos e negativos que influencia a saúde mental dos enfermeiros que atuam no SAMU da cidade de Recife/Pernambuco/Brasil (MARQUES et al., 2015). Colaborando com esse tema, Silva (2014), descreve em seu estudo que a ligação do sentimento de tensão e o trabalhador que atua no APH, podem contribuir para o aumento do estresse acarretando na redução da qualidade de vida do profissional, ainda condiz com a publicação supracitada, quando afirma que ao mesmo tempo em que os enfermeiros relatam que as características peculiares ao SAMU podem causar danos ao trabalhador, também, alegam sentir prazer e satisfação ao desempenhar suas atividades, fator que pode melhorar sua qualidade de vida no trabalho.

A publicação de número 18 discorre sobre o atendimento multidisciplinar à pessoa em PCR enfatizando a importância da atuação em equipe no atendimento (SANTANA; LOPES;

QUEIROZ, 2014). Corroboram Silva e Holanda (2011), quando ressaltam a importância de todos os profissionais de saúde estar continuamente atualizados e preparados para atuar em uma situação emergencial, agindo sempre de forma sincronizada, com agilidade, coesão, realizando um trabalho harmônico, evitando desse modo complicações desnecessárias durante a prática e procedimentos realizados erroneamente que podem levar a sequelas e alterações irreversíveis.

Verificou-se que em todas as publicações analisadas o conteúdo atendimento pré-hospitalar está presente, e o conteúdo relacionado à Parada cardiorrespiratória encontra-se nas publicações enumeradas como 01, 02, 03, 04, 06, 07, 08, 09, 12 e 18. Nota-se um número pequeno de publicações com a temática: Atendimento Pré-hospitalar enfatizando a Parada Cardiorrespiratória, embora durante a pesquisa não fosse encontrados nenhuma publicação científica que confirme essa compreensão (ARAÚJO; VOMLEL; LACERDA, 2013; ALMEIDA et al., 2011; BARROS et al., 2011; CORRÊA; CARVALHO; MORAIS, 2013; CORRÊA et al., 2014; FRANÇA; MARTINO, 2013; MORAIS; CARVALHO; CORREA, 2014; SANTANA et al., 2012; SANTANA; LOPES; QUEIROZ, 2014; SANTOS; RODRIGUES, 2011).

Compreende-se diante da análise feita que para a realização de um atendimento extra-hospitalar na Parada cardiorrespiratória de forma segura, rápida, adequada e eficaz, culminando na sobrevivência e prevenção das funções vitais das vítimas de PCR, se faz importante à capacitação, treinamento e habilitação dos profissionais de enfermagem tanto teórico como prática, como também a supervisão desse profissional capacitado durante o atendimento, e, posteriormente, a avaliação do atendimento prestado.

Os dezoito artigos analisados nessa pesquisa encontram-se publicados em diferentes periódicos, nos quais estão exibidos na tabela 02 com a distribuição das publicações dentre os diferentes tipos de estudo referente ao período de 2010 a 2015 com suas frequências (f) e porcentagens (%).

Tabela 02 - Distribuição das publicações (n=18) por periódicos incluídos na pesquisa, referentes ao período de 2010 a 2015, Cuité - Paraíba, 2015.

Periódicos	f	%
Revista de Enfermagem UFPE Online	06	33,0
Revista Latino Americana de Enfermagem	03	16,6
Revista Científica de Enfermagem	01	5,6

Revista Mineira de Enfermagem	01	5,6
Revista Ciência Cuidado e Saúde	01	5,6
Polêmica Revista Eletrônica	01	5,6
Revista de Enfermagem da UFSM	01	5,6
Revista Enciclopédia Biosfera	01	5,6
Revista Eletrônica de Enfermagem	01	5,6
Estudos de Psicologia UFRN	01	5,6
Revista Ciência Et Praxis	01	5,6
TOTAL	18	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

No que se refere aos periódicos dos 18 artigos selecionados, a presente pesquisa apresenta um percentual significativo de 06 (33%) publicações que foram identificadas na Revista de Enfermagem UFPE Online, destacando-se nesta pesquisa como a revista que mais tem trabalhado sobre a temática abordada no período de 2010 a 2015, ressaltando que essa revista tem sede na região nordeste do Brasil.

Enquanto 03 (16,7%) publicações foram apresentadas na Revista Latino Americana de Enfermagem, e as demais 09 publicações foram publicadas em periódicos diversificados correspondendo cada uma delas ao percentual de 5,6%, o que pode revelar que a temática é de interesse de vários tipos de regiões.

Os periódicos científicos ou revistas são publicações seriadas, independente do suporte, nas quais vários autores, sob coordenação de um ou mais editores publicam suas pesquisas, sendo este o meio de divulgação de pesquisas que tem credibilidade e uma divulgação mais rápida em comparação a um livro (FERREIRA, 2010).

Dentre as 18 publicações selecionadas para essa pesquisa percebe-se que houve um percentual significativo de artigos científicos original com escore de 15 (83,3%), em relação a artigos de revisão da literatura o escore foi de 2 (11,1%) e com apenas 1 (5,6%) os artigos de revisão integrativa, salientamos que não tivemos nenhuma tese de doutorado na referida pesquisa. Esses dados demonstram que houve um interesse pela pesquisa e produção científica, o qual contribui para o aumento do conhecimento.

Segundo o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação a apropriação do conhecimento científico e tecnológico, permite com base em informações enriquecidas, entender a importância da produção científica e a sua publicação (Brasil, 2012).

O quadro 02, a seguir, descreve a publicação, o ano, a abordagem metodológica, a amostra, e a região que foram desenvolvidas as publicações selecionadas para essa revisão integrativa.

Quadro 02 – Caracterização das publicações científicas (n=18) sobre Atendimento Pré-hospitalar na Parada Cardiorrespiratória após a Política Nacional de Atenção as Urgências, Cuité – Paraíba, 2015.

Publicação	Ano	Metodologia (Tipo de Pesquisa/estudo)	Amostra	Região
01	2011	Campo, exploratória, descritiva, quantitativa-qualitativa.	12 Enfermeiros	Nordeste
02	2011	Descritiva, quantitativa	91 Enfermeiros	Sudeste
03	2012	Transversal, quantitativa	367 Casos de vítimas de PCR	Sudeste
04	2011	Descritiva, exploratória, transversal, quantitativa	16 Enfermeiros	Sudeste
05	2012	Bibliográfica, descritiva, qualitativa	07 Artigos científicos	Sudeste
06	2013	Descritiva, qualitativa	14 Artigos científicos	Nordeste
07	2014	Descritiva, quantitativa	543 pessoas vítimas de PCR	Sudeste
08	2013	Observacional transversal, quantitativa	167 Casos	Sudeste
09	2013	Descritiva, quantitativa	1740 Fichas de vítimas de PCR	Sudeste
10	2010	Descritiva, qualitativa	09 Enfermeiros	Sul
11	2012	Descritiva, qualitativa	07 Enfermeiros	Nordeste
12	2014	Observacional, retrospectivo, quantitativa	1165 Fichas de Atendimento pré-hospitalar	Sudeste

13	2012	Descritiva, exploratória e qualitativa.	12 Profissionais de Enfermagem	Sul
14	2014	Descritiva, qualitativa	28 Profissionais de Enfermagem	Sudeste
15	2011	Descritiva, transversal, quantitativa-qualitativa	63 Profissionais de diversos cargos	Sudeste
16	2015	Descritiva, exploratória, qualitativa	13 Profissionais de Enfermagem	Nordeste
17	2013	Populacional, transversal, descritiva, exploratória, quantitativa	42 Enfermeiros	Nordeste
18	2014	Bibliográfica, exploratória, descritiva, quantitativa	13 Artigos Científicos	Sudeste

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Em relação aos anos de publicações desses 18 artigos nas revistas de circulação nacional, entende-se que não há uma sequência das publicações acerca da temática, com evidência nos anos de 2010 e 2015, apresentando uma frequência de 01 (5,6%) publicação cada ano. Enquanto que os anos de 2011, 2012, 2013 e 2014, apresentaram quantitativos semelhantes, com 04 (22,2%) publicações em cada ano, demonstrando o interesse pela temática, no entanto, sem progressão. Com relação ao ano de 2015, entende-se que o baixo quantitativo de publicações está relacionado por ser esse o ano vigente.

Esses dados demonstram que o Brasil tem investido na pesquisa e produção científica, conforme os autores Gaspar e Campos (2015) em seu estudo, no qual realizaram uma pesquisa de campo para a análise e quantificação de produção científica no período de 2001 a 2010 de doutores egressos no Programa de Pós-graduação em Administração, quando relatam que na última década, observou-se a elevação da quantidade total de produção científica disponibilizada no Brasil, e que esse aumento da produção científica brasileira está diretamente relacionado ao aumento de pesquisadores titulados doutores no país.

Destacamos que dos 18 artigos tivemos um escore de 09 (50%) publicações com metodologia quantitativa, 07 (38,9%) com metodologia qualitativa, e 02 (11,1%) apresentado ambas metodologias, ou seja quanti-qualitativa. Portanto, houve uma variedade de metodologias nas publicações selecionadas no âmbito nacional.

O método quantitativo considera o emprego de quantificação, de amostras amplas e de informações numéricas, no qual se utiliza na coleta e análise dos dados, recursos e técnicas estatísticas como percentagem, média, mediana, moda, desvio padrão, análise de regressão ou de correlação (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Dentre as amostragens tivemos um escore de 09 (50%) publicações evidenciando os enfermeiros, 03 (16,7%) referenciam uma amostra com vítimas em Parada Cardiorrespiratória, 01 (5,6%) com profissionais da saúde em geral, 03 (16,7%) avaliam os artigos científicos, e 02 (11%) apresentam amostragem nas fichas de atendimento.

Quando relacionamos as regiões do Brasil que essas publicações foram perpetradas, os dados evidenciaram maior prevalência de publicações científicas com escore 11(61,1%) na região Sudeste, 05 (27,8%) na região Nordeste, 02 (11,1%) na região Sul, e destacamos que não foi encontrada nenhuma publicação na região norte do país.

Esses dados condizem com os autores Chiarini; Oliveira; Neto (2013), quando em seu estudo com artigos científicos sobre a análise da distribuição espacial da produção científica e tecnológica no Brasil, trazendo o foco para São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, considerado de “quarteto científico”, no período 2000 a 2010, identificam que as diferenças na distribuição regional dos recursos científicos e tecnológicos são muito acentuadas no país, no qual o Sudeste é a região de maior produção científica brasileira, podendo ser associada à maior concentração de pesquisadores e recursos humanos especializados, à infraestrutura instalada de pesquisa e desenvolvimento, e ao maior volume de investimentos.

5.2 Contribuições das publicações da 2ª Categoria

Os principais resultados de cada publicação foram sintetizados e descritos no quadro 03, considerando a numeração das publicações.

Quadro 03 – Síntese dos principais resultados das publicações (n=18) da presente revisão integrativa, Cuité - Paraíba, 2015.

Publicação	Principais Resultados
01	Os resultados do estudo apontaram para um importante déficit de qualificação dos profissionais entrevistados de modo mais ampliado e identificou uma

	situação mais relevante e preocupante no que se refere aos profissionais do serviço pré-hospitalar fixo.
02	Este estudo apontou que o tempo médio de atualização dos enfermeiros da região metropolitana de Campinas que atuam nas Unidades não Hospitalares de Atendimento as urgências e emergências (UNHAU/Es), contraria o recomendado segundo a literatura, que é a cada seis meses e evidenciou um déficit gritante no que diz respeito ao conhecimento teórico em PCR e RCP desses enfermeiros.
03	No presente estudo observa-se um grande percentual de ocorrências de PCR de vítimas em domicílio, apresentando faixa etária acima dos 51 anos de idade, sexo masculino, prevalência de casos de etiologia clínica assistida pelas USB e USA, com a realização de diversas intervenções bem como manobras de ressuscitação bem sucedida em alguns casos.
04	Esta pesquisa constatou que os enfermeiros demonstraram possuir um conhecimento adequado e atualizado sobre a PCR, mesmo sem receberem treinamento específico, sendo, portanto, fundamental a aplicação de capacitação e processo de educação permanente tanto dos profissionais de saúde como os acadêmicos no processo ensino aprendizagem em RCP/PCR e primeiros socorros, para que haja um melhor atendimento as vítimas.
05	A pesquisa evidenciou a essencialidade do profissional de enfermagem do APH quanto a sua atuação gerencial e administrativa, assistencial seja essa com suporte avançado ou básico de vida, na prevenção através da orientação ou a educação em saúde com o treinamento de profissionais atuantes no sistema de atendimento pré-hospitalar.
06	Torna-se imprescindível a busca constante de avanços no APH, monitorização dos resultados e o aprimoramento do atendimento, através da integração entre a comunidade, o SAMU e o atendimento hospitalar. Existindo a constante necessidade de repensar, discutir, refletir sobre o SAMU como ação estratégica política, ética e cidadã, visando muito mais que a cobertura do atendimento pré-hospitalar a sociedade.
07	Das vítimas com PCR atendidas pelo SAMU de Belo Horizonte a maioria era do sexo masculino, média de idade de 56 anos, apresentando prevalência de assistolia como o primeiro ritmo identificado. Ficou evidente a importância

	<p>da incorporação do DEA nas USBs, uma vez que essas apresentaram Tempo menor de Resposta nos atendimentos realizados, com mais de 50% de Retorno da circulação espontânea das vítimas que receberam choque pelo DEA, sendo estas, a identificação da PCR e o início precoce das manobras de RCP medidas essenciais para uma aumentar a sobrevida de acometidos pela PCR fora do ambiente hospitalar.</p>
08	<p>Os dados do estudo evidenciaram uma média de ações regulares e efetivas como todo. As ausências de registros completos impossibilitaram um maior aprofundamento no que tange desde o tempo da chamada, até a chegada ao hospital, revelando um déficit no registro e anotações realizadas durante os procedimentos de reanimação. Considerando a necessidade de conscientização dos profissionais para uma discussão dos casos ocorridos, solucionando-os e principalmente realização de registros e anotações precisas.</p>
09	<p>Nesse estudo foi possível verificar uma maior ocorrência de PCR em homens, com idade média de 63 anos, apresentando a assistolia como ritmo inicial detectado pela equipe. Das pessoas que presenciaram a PCR poucas apresentaram atitudes além da chamada do SAMU. Diante disso, faz-se necessário o investimento em treinamentos da população leiga em SBV e a disponibilização de DEA em pontos estratégicos e de difícil acesso, para que desse modo exista um aumento de chance de sobrevivência de vítimas de PCR, como também uma melhor qualidade de vida dos sobreviventes a este evento.</p>
10	<p>Os sentimentos relacionados ao APH, evidenciados neste estudo, caracterizam o APH como Serviço que exige capacidade profissional, conhecimentos gerais, específicos, domínio de técnicas, patologias, protocolos, capacidade de liderança, gerenciamento e equilíbrio emocional. Os enfermeiros entrevistados relataram ser o lugar que encontraram maior satisfação, realização pessoal e profissional, além da valorização e reconhecimento pelos pacientes/vítimas, família, população e pelo próprio Serviço, apesar das dificuldades enfrentadas como o ingresso no serviço, às adversidades do cenário, à exposição aos riscos das cenas e público e à falta de apoio psicológico. Quanto à formação profissional para atuar no APH os enfermeiros relataram ter adquirido capacitação dentro do SAMU, ficando</p>

	explícita a necessidade das escolas formadoras oferecerem aos acadêmicos preparação para a atuação no APH.
11	Com o estudo realizado percebeu-se que o desgaste para os enfermeiros do Pré-hospitalar relaciona-se às características do serviço, ausência de boas condições de trabalho, bem como o risco para a vida profissional acarretando o desgaste corporal e mental. Observa-se ainda que o estresse torna-se naturalizado no ambiente de trabalho da urgência e emergência, contribuindo para um desgaste diário imperceptível.
12	Neste estudo, destaca-se que foi favorável com o desfecho “a PCR presenciada por alguém treinado em suporte básico de vida ou pela equipe de atendimento”, e desfavorável, “a realização somente de suporte básico de vida” e “o ritmo inicial de assistolia”. Confirmando a importância de um serviço de atendimento pré-hospitalar organizado, com profissionais capacitados, além de indicar a necessidade de treinamento e orientação de leigos sobre como agir diante de uma pessoa com PCR.
13	O estudo apontou para sentimentos de impotência diante de situações com resolubilidade insatisfatória, contrabalançando-se com a satisfação dos resgates bem sucedidos. Grande parte dos entrevistados afirma gostar da profissão, porém, situações muito violentas podem lhes proporcionar desequilíbrios emocionais, como foi revelado nos resultados. O que chama mais atenção é alta sensibilidade revelada pelos profissionais quanto ao atendimento a criança, descrita como ser frágil, mostrando que os socorristas não são desprovidos de sentimentos e necessitam serem acompanhados também psicologicamente, o que comumente não ocorre.
14	O presente estudo mostra o descontentamento dos auxiliares de enfermagem com a supervisão, pelo fato dos enfermeiros não estarem presentes fisicamente nas USB contribuindo para o aumento dos riscos inerentes aos atendimentos prestados. Bem como a falta de educação permanente que contribuam para o auxílio em situações que não são estabelecidas em protocolos. Outra dificuldade citada foi a falta de comunicação eficaz, acarretando em risco a qualidade do atendimento pela equipe e insatisfação dos mesmos.

15	Os resultados do estudo apontaram para um baixo nível de estresse em equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar, fato que contrapõem outros estudos que apontam para elevados níveis de estresse ocasionados pela característica imprevisível do trabalho.
16	O estudo realizado com os profissionais de enfermagem do SAMU de Recife, destaca como fatores negativos que interferem no estado de saúde mental dos mesmos, as diversas situações com as vítimas graves; o envolvimento emocional durante as ocorrências; o difícil relacionamento interpessoal; estressores físicos; e más condições de trabalho. Em outro âmbito, destaca como fonte de realização profissional o reconhecimento social da assistência prestada, bem como a oportunidade de proporcionar assistência que pode ser decisiva para a vida das pessoas atendidas.
17	O presente estudo afirma que o pessoal de enfermagem continua adoecendo do ponto de vista físico e mental sendo integrantes de um cenário contemporâneo de desequilíbrio. Ainda enfatiza que o surgimento do estresse torna-se evidente a partir das atividades de enfermagem somadas às características organizacionais do capitalismo exacerbado, competitividade e busca por qualidade. Cabendo aos serviços de saúde do trabalhador prestar uma atenção importante em relação a saúde mental do profissional de saúde.
18	Os resultados aponta que o enfermeiro é o principal elemento no atendimento da PCR, sendo essencial sua capacitação, treinamento e atualização para a prestação de um bom atendimento aos pacientes em parada cardiorrespiratória. Evidencia também a importância da assistência organização, existindo a distribuição das funções dos profissionais atuantes no atendimento a PCR para uma assistência eficaz.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Considerando o conhecimento de enfermeiros atuantes no atendimento pré-hospitalar, as publicações 01 e 02 revelam resultados alarmantes de déficit do conhecimento. A publicação 01 refere-se às condutas de enfermeiros no atendimento pré-hospitalar, enfatizando que existe um déficit significativo de qualificação desses profissionais, em especial os enfermeiros do serviço pré-hospitalar fixo em relação ao serviço pré-hospitalar móvel. A publicação 02 relata que os enfermeiros atuantes nas Unidades não Hospitalares de Atendimento as urgências e emergências (UNHAU/Es) da região Metropolitana de Campinas possuem conhecimento

teórico em PCR e RCP insuficientes, e que o tempo médio de atualização desses profissionais não condizem com o preconizado na literatura (ALMEIDA et al., 2011; BARROS et al., 2011).

Ferreira; Ferreira; Casseb, (2012) em seu estudo relatam a necessidade do enfermeiro realizar capacitação em RCP, considerando ser este profissional o primeiro a prestar atendimento nesse evento e ser fator determinante nos índices de sobrevivência.

A publicação de número 04 em sua avaliação do conhecimento do enfermeiro no atendimento em parada cardiorrespiratória ressalta que apesar de não receberem treinamento, os enfermeiros demonstraram conhecimento adequado sobre a abordagem a PCR, ainda enfatiza sobre a importância de treinamento dos profissionais para que haja um melhor atendimento a vítima (SANTOS; RODRIGUES, 2011).

Concordam com essa afirmação os autores Alves e Maia (2011), quando propõem que para assegurar um bom desempenho da equipe e uma melhor resposta do paciente às manobras realizadas, deve ser realizada ações estratégicas de educação continuada, reciclagem dos profissionais e discussões sobre esse tema.

As publicações 05 e 18 referenciam a importância do enfermeiro no APH, seu papel gerencial, administrativo e assistencial, considerando este como essencial para o serviço (ADÃO, SANTOS, 2012; SANTANA; LOPES; QUEIROZ, 2014). Diante disso, Bueno e Bernardes, (2010) afirmam que o gerenciamento/supervisão do enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar Móvel é uma atividade essencial, diante das características peculiares desse serviço e o grau de complexidade das ações nele desenvolvidas. Os profissionais de enfermagem deparam-se diariamente com situações que exigem condutas tão rápidas que, em alguns momentos, demandam ações simultâneas sem prévios planejamentos (Bezerra, 2012).

Nesse ínterim, a Resolução COFEN nº 375, de 22 de março de 2011, dispõe sobre a necessidade da presença do enfermeiro em qualquer tipo de unidade móvel (terrestre, aérea ou marítima) destinada ao Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido, destacando que a assistência de enfermagem só deve ser prestada na presença do enfermeiro, no entanto a publicação enumerada 14 revela o descumprimento dessa resolução quando os auxiliares de enfermagem relatam que os enfermeiros não estão fisicamente presentes nas USB, além de não desenvolverem ações de educação permanente com os mesmos. Ainda com o descontentamento da supervisão os auxiliares de enfermagem relatam a falta de comunicação eficaz, a qual proporciona risco para a qualidade da assistência prestada (BERNARDES et al., 2014; BRASIL, 2011).

Considerando a necessidade de garantir um melhor atendimento pré-hospitalar, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) implementada desde 2003, preconiza a

importância de desenvolvimento de projetos estratégicos, coordenação e execução de ações que visem uma assistência cada vez mais efetiva para garantia da qualidade de vida dos usuários. Conforme estabelecido na PNAU, a publicação de números 06 relata a importância do constante avanço no APH, com a necessidade desse serviço ser repensado, refletido, discutido e estabelecidos novas ações a ser desenvolvida e seguida que visem uma melhor cobertura do APH a sociedade (BRASIL, 2003; FRANÇA; MARTINO, 2013).

As publicações de número 07 e 09 relatam a prevalência de PCR no sexo masculino, com faixa etária acima dos 51 anos e apresentando como primeiro ritmo identificado a assistolia, ainda relatam a importância da implementação do DEA nas USBs e em pontos estratégicos, bem como o treinamento de leigos para o seu manuseio, permitindo assim uma maior chance de sobrevivência de vítimas de PCR (CORRÊA; CARVALHO; MORAIS, 2013; CORRÊA et al., 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Gonzalez et al., (2013b), cerca de 56 a 74% dos ritmos de PCR, no âmbito pré-hospitalar, ocorrem em fibrilação ventricular, entendendo-se que ocorre discordâncias entre as publicações devido o pequeno número de artigos analisados com esses dados, além disso destaca que a desfibrilação dentro dos 3 a 5 minutos após o colapso, está relacionado ao sucesso da ressuscitação.

Sobre a importância de profissionais capacitados para o atendimento pré-hospitalar a publicação enumerada 12 discorre a necessidade de treinamento não só dos profissionais, mas também de leigos, já que em seu estudo ficou evidente o desfecho favorável a PCR presenciada por alguém treinado em Suporte básico de vida (MORAIS; CARVALHO; CORREA, 2014).

No Brasil, alguns estados possuem legislações específicas que dispõem sobre a obrigatoriedade de manutenção do Desfibrilador Externo Automático (DEA) em lugares de circulação média de 1500 pessoas/dia ou mais e a necessidade do treinamento em Suporte Básico de Vida (SBV), de pelo menos 30% das pessoas que trabalham nesses locais (BOAVENTURA; MIYADAHIRA, 2012).

Santana et al., 2012, autores da publicação 03 em seu estudo discorrem sobre a necessidade de manter a equipe atualizada nas diretrizes de ressuscitação, além de manter todas as unidades localizadas em pontos estratégicos e equipadas com o DEA, bem como a implantação do DEA em locais com grandes concentrações de pessoas, associado ao treinamento e capacitação da população, otimizando a cobertura de toda a população em tempo hábil.

Os resultados da publicação 03 corroboram com as publicações 07 e 09 quanto à prevalência da Parada cardiorrespiratória no sexo masculino e faixa etária acima dos 51 anos

(CORRÊA; CARVALHO; MORAIS, 2013; CORRÊA et al., 2014; SANTANA et al., 2012). Casagrande; Stamm; Leite, (2013) em seu estudo evidenciaram que são os homens a população que mais utiliza os serviços da Unidade de Suporte Avançado, diante disso compreende que pela resistência na busca de prevenção a saúde o homem torna-se mais vulnerável ao acometimento de doenças e utilizando mais o serviço de APH.

Na publicação de número 08 os autores realizaram uma análise de fichas de atendimento de vítimas com PCR, como resultados evidenciaram a realização de ações efetivas como um todo, no entanto, observaram uma ausência de registros completos durante o procedimento de reanimação, os quais são indispensáveis para a busca de informações sobre a vítima (ARAÚJO; VOMLEL; LACERDA, 2013).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na Resolução COFEN nº 311 de 2007, refere que os Registros de Enfermagem é o único documento que contém todas as ações da enfermagem junto ao paciente, garantindo a comunicação efetiva entre a equipe de saúde, fornecendo respaldo legal e, conseqüentemente, segurança (BRASIL, 2007).

A publicação de número 13 enfatiza sobre sentimentos de impotências dos profissionais do APH, quando não conseguem salvar uma vida, especialmente, se esta for uma criança, relata também a existência de desequilíbrio emocionais decorrentes das situações proporcionadas pelo serviço, em contra partida manifestam o sentimento de satisfação quando o resgate é bem sucedido (SOUZA et al., 2012).

Corroborando com esses dados, Martins; Robazzi; Bobroff, (2010), em seu estudo relatam que o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem gera sentimentos ambíguos, ora de prazer, quando se é útil enquanto servem, ajudam e confortam, ora de sofrimento, quando se deparam com o sofrimento alheio, morte, dor, e situações difíceis de ser superadas.

Martins et al., (2012) autores da publicação 11 afirmam que o desgaste profissional dos enfermeiros está relacionado as condições que o trabalho oferece, existindo um desgaste físico e mental imperceptível. Confirmando essa temática, Bezerra (2012) considera que o estressor é um fator que gera sentimentos de tensão, ansiedade, medo ou ameaça, podendo ter origem interna ou externa, tona-se evidente que os profissionais do APH estão constantemente lidando com esses sentimentos, os quais podem desencadear desequilíbrio físico e mental.

Diante disso, sabe-se que o serviço do APH não oferece condições favoráveis a qualidade de vida do profissional, no entanto, apesar da maioria dos estudos evidenciarem a presença de estresse dos profissionais do APH, a publicação 15 aponta para um baixo nível de estresse da equipe multiprofissional (MENDES; FERREIRA; MARTINO, 2011).

Autores descrevem na publicação de número 16 sobre sentimentos de enfermeiros do SAMU de Recife, enfatizando sobre fatores negativos que interferem na saúde mental. Vale salientar que esses fatores condizem com os resultados da publicação 17, dos autores França; Martino, (2013), quando afirmam que o desequilíbrio físico e mental, deve-se ao cenário que o trabalho do APH disponibiliza. Segundo Bezerra, (2012) situações de emergência imprevisíveis, pacientes em estado grave, pressão imposta pelo tempo para o atendimento e o ambiente de trabalho geram desgaste físico e mental nos profissionais.

Os autores da publicação 13 e 17, ainda destacam a necessidade de um acompanhamento psicológico dos profissionais do atendimento pré-hospitalar (MARQUES et al., 2015; SOUZA et al., 2012). Concordando com os autores supracitados Santos e Cardoso, (2010), enfatiza que a importância do desenvolvimento da psicoterapia e implementação de tutoria, na qual se reconhece a capacidade de profissionais mais experientes em colaborar na formação dos mais novos, objetivando o cuidado e a promoção de saúde do próprio trabalhador do serviço de saúde.

Em relação ao atendimento pré-hospitalar, a publicação 10 expõe que o serviço no APH requer profissionais capacitados, que possuam conhecimento teórico e habilidade prática na assistência, bem como capacidade de gerenciamento e equilíbrio emocional. Nesse estudo os enfermeiros, apesar das dificuldades encontradas no serviço, relatam encontrar satisfação e realização profissional, valorização e reconhecimento pelo trabalho (ROMANZINI; BOCK, 2010). Concordando com Santana, (2013) quando afirma que para os enfermeiros do APH é motivo de satisfação pessoal e profissional, as atitudes de reconhecimento e gratificação que recebem das pessoas assistidas.

Bezerra (2012) afirma que a maior fonte de satisfação no trabalho do enfermeiro é o fato de que suas intervenções auxiliam na manutenção da vida dos pacientes, e que esses profissionais necessitam de conhecimento, autocontrole e eficiência ao prestarem assistência ao paciente, função que não permite erros, concordando com a publicação 10 (ROMANZINI; BOCK, 2010).

Diante da análise dos dados compreende-se que sendo a PCR um evento inesperado e que requer um atendimento pré-hospitalar rápido, os profissionais atuantes nesse serviço necessitam estar aptos para a prestação da assistência adequada, especialmente, o enfermeiro que é o profissional que na maioria dos casos é o primeiro a lidar com a vítima em PCR, o mesmo precisa estar capacitado, no qual deve realizar o atendimento de forma precisa, possuir controle emocional para suportar essa situação, e, como também, ser criterioso no registro e anotações dos procedimentos desenvolvidos durante o atendimento. Estes registros são de

grande importância para avaliação da conduta da equipe, bem como instrumento de estudo de sobrevida e prognósticos da ressuscitação cardiopulmonar (GONZALEZ et al, 2013b).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca para a compreensão mais aprofundada da temática: atendimento pré-hospitalar na Parada Cardiorrespiratória, resultou na seleção de 18 publicações científicas, no âmbito nacional, conforme os critérios de inclusão e exclusão. A análise minuciosa das publicações deu-se a partir da revisão e utilização do instrumento de coleta de dados formulado para esse estudo, possibilitando a produção de tabelas e quadros que auxiliaram na compreensão, compilação e análise dos dados, nos objetivos e contribuições de cada publicação, permitindo, desse modo, o alcance dos objetivos estabelecidos nesse estudo.

Dos resultados da análise, no que se refere aos periódicos das publicações analisadas, verificou-se que a revista que mais publicou sobre o assunto abordado foi a Revista de Enfermagem UFPE, apresentando em número de 06 publicações, correspondendo a 33%, 03 (16,7%) na Revista Latino Americana, e 09 publicações em revistas diversificadas, cada uma delas correspondendo a 5,6%. Quanto ao tipo de estudo 15 (83,3%) das publicações correspondiam a artigos científicos original, 2 (11,1%) artigos de revisão da literatura, 01 (5,6%) artigo de revisão integrativa.

No tocante ao ano de publicações as que mais sobressaíram com escore de 04 (22,2%) foram os anos de 2011 a 2014, e com apenas 01 (5,6%) publicação, cada, os anos de 2010 e 2015. Em relação à abordagem metodológica verificou-se 09 (50%) publicações com metodologia quantitativa, 07 (38,9%) qualitativa, e 02 (11,1%) apresentando ambas metodologias.

No que tange a amostragem de cada publicação obteve-se 09 publicações evidenciando os enfermeiros, correspondendo à metade das publicações com (50%), 03 (16,7%) referenciando vítimas em Parada Cardiorrespiratória, 01 (5,6%) com profissionais da saúde em geral, 03 (16,7%) referentes à análise de artigos científicos, e 02 (11%) apresentando estudos com fichas de atendimento.

Considerando as regiões brasileiras em que aconteceram as publicações, a região Sudeste proporcionou mais da metade das publicações, com escore 11 (61,1%), a região Nordeste 05 (27,8%), e a região Sul 02 (11,1%).

Ao analisar os 18 títulos das publicações selecionadas, verificou-se que são condizentes com a temática: Atendimento Pré-hospitalar envolvendo desde a parada cardiorrespiratória, como aspectos de gerenciamento, supervisão, sentimentos, e atuação de enfermeiros nesse serviço.

A partir dos resultados das publicações, ressalta-se que após a Política Nacional Atenção as Urgências (PNAU), ocorreu um avanço no que diz respeito a melhor assistência fora do ambiente hospitalar, pois as pesquisas despontam que há um interesse no planejamento de melhores ações estratégicas para esse serviço, bem como ações já implementadas que muito tem contribuído para a sobrevivência de vítimas usuárias desse serviço.

Na assistência a parada cardiorrespiratória (PCR) não tem sido diferente, notou-se que existe uma enorme preocupação quanto à falta de capacitação de enfermeiros na atuação em situações de PCR, e, portanto, para que estes estejam aptos a realizar as manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar de forma correta e eficiente, é necessário um aprendizado contínuo no tocante ao desempenho do profissional enfermeiro atuando em atendimento pré-hospitalar, porém foi evidenciado nas pesquisas estudadas a falta de atualização desses enfermeiros.

Como o Atendimento pré-hospitalar (APH) não é desenvolvido só com procedimentos técnicos, verificou-se nas publicações estudadas, além da atuação assistencial, a necessidade da atuação do enfermeiro no Sistema de Atendimento de Urgência e Emergência, no desenvolvimento de educação permanente com os profissionais do APH, na aplicação da capacidade gerencial, de forma que o enfermeiro esteja junto à equipe supervisionando, desde o treinamento, atuação nas ocorrências, registros, anotações e avaliação da assistência, como também esse profissional possuir equilíbrio emocional.

Considerando os resultados apontados nessa revisão integrativa, reflete-se e espera-se que esta produção científica contribua para discussão, ensino, análise, e a realização de pesquisas futuras sobre a temática em questão, considerando-a atual referente ao atendimento pré-hospitalar na parada cardiorrespiratória após a Política Nacional de Atenção as Urgências - PNAU, servindo de base científica para a ampliação do conhecimento, seja a curto, médio ou longo prazo.

REFERÊNCIAS

- ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: Informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.usjt.br/arq.urb/arquivos/abntnabr6023.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2015
- ADÃO, R. S.; SANTOS, M. R. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev. Min. Enferm.** v.16, n.4, p. 601-608, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/567>. Acesso em: 10 nov. 2014.
- ALMEIDA, A. O., et al. Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.2, p.08, mar./abr., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_06. Acesso em: 18 nov. 2014.
- ALVES, C. A.; BARBOSA, C. N. S.; FARIA, H. T. G. Parada cardiorrespiratória e enfermagem: o conhecimento acerca do suporte básico de vida. **Cogitare Enferm**, v.18, n.2, p.296-301, Abr./Jun. 2013. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/32579/20693>>. Acesso em: 13 jun. 2015.
- ALVES, F. G.; MAIA, L. F. S. A importância do treinamento em PCR e RCP para os profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Recien**, São Paulo, v.1, n.2, p.11-16, 2011. Disponível em: <<http://www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/view/21>>. Acesso em: 07 ago. 2015.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. 2010. Disponível em: <http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf>. Acesso em: 06 dez 2014.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e ACE. 2015. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 20 out 2015.
- ARAÚJO, M. A.; VOMLEL, A. L. A.; LACERDA, F. M. A. Benefícios do atendimento rápido e eficiente às vítimas de parada cardiorrespiratória realizado pela equipe do SAMU de Montes Claros – MG. **Polêmica**, v.12, n.1, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/5280/3878>>. Acesso em: 07 ago. 2015.
- ARAÚJO, M. T. et al. Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o serviço móvel de urgência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, p.156-163, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea20.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2014.
- BARROS, A. G. et al. Atendimento Pré-hospitalar: Conduas do enfermeiro frente à parada cardiorrespiratória. **Rev enferm UFPE on line**, v.5, n.4, p.933- 38, jun. 2011. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1402/pdf_515. Acesso em: 07 jun. 2015.

BERNARDES, A. et al. Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev. Eletr. Enf.** v.16, n.3, p.635-43, jul./set. 2014. Disponível em:<https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n3/pdf/v16n3a19.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2015.

BELLAN, M. C.; ARAÚJO, I. I. M.; ARAÚJO, S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. **Rev.Bras.Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p.1019-27, Nov./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/23.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2014.

BEZERRA, F. N. **Estresse ocupacional nos enfermeiros que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência à luz da teoria de Betty Neuman**. 2012. 128f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife. Disponível em:<<https://www.ufpe.br/ppgenfermagem/images/francimar.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. **Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação 2012 – 2015 Balanço das Atividades Estruturantes 2011**. Brasília – DF 2012. Disponível em:< http://www.mct.gov.br/upd_blob/0218/218981.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

_____. COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução nº 311, 08 fevereiro de 2007. Disponível em:< http://www.ipebj.com.br/docdown/_3aca5.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

_____. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 375, de 22 de março de 2011. Disponível em:<<https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibmlink.php?numlink=216712>>. Acesso em: 09 out 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_2048_B.pdf Acesso em: 05 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências com a Portaria nº 1.863 GM/MS de 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf. Acesso em: 25 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1864, de 29 de setembro de 2003. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1864_de_29_09_2003.pdf. Acesso em: 06 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Regulação Médica das Urgências / Módulo II Os serviços de atendimento móvel de urgência – SAMU 192. 2006. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada. Disponível

em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf. Acesso em: 06 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 18 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html. Acesso em: 07 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/11050/162/ministerio-da-saude-libera-recursos-para-upas-em-tres-estados.html> Acesso em: 09 de outubro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 356, de 8 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0356_08_04_2013.html. Acesso em: 07 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.923, de 28 de novembro de 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2923_28_11_2013.html. Acesso em: 07 dez. 2014.

BOAVENTURA, A. P.; MIYADAHIRA, A. M. K. Programa de capacitação em Ressuscitação Cardiorrespiratória com uso do desfibrilador externo automático em uma universidade. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.33, n.1, p.191- 4, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a25v33n1.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2014.

BUENO, A. A.; BERNARDES, A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 45-53, Jan./Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a05>. Acesso em: 10 nov. 2014.

CABRAL, A. P. S.; SOUZA, W. V. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Rev Bras Epidemiol**, v.11, n.4, p.530-40, 2008. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/rbepid/v11n4/01.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2014.

CASAGRANDE, D.; STAMM, B.; LEITE, M. T. Perfil dos atendimentos realizados por uma Unidade de Suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Rio Grande do Sul. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 149-155, 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/13343/10205>. Acesso em: 04 nov. 2014.

CHIARINI, T. OLIVEIRA, V. P.; NETO, F. C. C. A geografia da produção de novos conhecimentos: A dinâmica do 'quarteto científico' no Brasil, 2000 a 2010. **Revista**

Economia & Tecnologia (RET), v. 9, n. 3, p. 137-172, Jul./Set. 2013. Disponível em:<
<http://www.economiaetecnologia.ufpr.br/revista/Volume%209%20n%203/11%20CHIARINI%20-%20A%20geografia%20de%20producao%20de%20novos%20conhecimentos.pdf>>.
 Acesso em: 10 out. 2015.

COELHO, J. G. A. M. **Acidentes de trânsito atendidos pelo SAMU/Olinda: Perfil e distribuição espacial, 2009 a 2011.** 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2013coelho-jgam.pdf> . Acesso em: 04 nov. 2014.

CORRÊA, A. R.; CARVALHO, D. V.; MORAIS, D. A. Características dos atendimentos a vítimas de parada cardíaca extra-hospitalar. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.7, n.11, p.6382-90, nov. 2013. Disponível em:<
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5439/7703>
 >. Acesso em: 07 jun. 2015.

CORRÊA, A. R. et al. Atendimentos a vítimas de parada cardíaca extra-hospitalar com desfibrilador externo automático em unidades de suporte básico. **Cienc Cuid Saude**, v.13, n.4, p.600-607, Out/Dez. 2014. Disponível em:<
http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18936/pdf_234>.
 Acesso em: 21 jul. 2015.

COSTA, I. K. F. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento móvel sobre precaução padrão. **Cogitare Enferm**, v. 17, n.1, p. 85-90, Jan. /Mar. 2012. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/26379/17572>. Acesso em: 10 nov. 2014.

COSTA, T. P.; SANTOS, C. P.; SILVA, R. F. A. Correlação entre o algoritmo de cuidados pós-parada cardiorrespiratória e a classificação das intervenções de enfermagem (NIC). **J. res.: fundam. care. Online**, v.6, n.1, p. 241- 248, jan./mar. 2014. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2660/pdf_1138. Acesso em: 24 nov. 2014.

DOLOR, A. L. T. **Atendimento pré-hospitalar: história de inserção do enfermeiro e os desafios ético-legais.** 2008. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em:<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-15052008-152805/pt-br.php>. Acesso em: 25 nov. 2014.

DUARTE, R. N.; FONSECA, A. J. Diagnóstico e tratamento de parada cardiorrespiratória: avaliação do conhecimento teórico de médicos em hospital geral. **RevBras Ter Intensiva**, v.22, n.2, p. 153-158, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n2/a09v22n2>. Acesso em: 24 nov. 2014.

FERNANDES, C. R. et al. Conhecimento de Estudantes de Medicina sobre o Funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Revista brasileira de educação médica**, v. 38, n.2, p. 253-260, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a12v38n2.pdf> . Acesso em: 06 dez. 2014.

FERREIRA, A. G. C. Bibliometria na avaliação de periódicos científicos. **Revista de Ciência da Informação**, v.11, n.3, jun. 2010. Disponível em:< http://www.dgz.org.br/jun10/Art_05.htm#R1> acesso em: 10 out. 2015.

FERREIRA, J. V. B.; FERREIRA, S. M. B.; CASSEB, G. B. Perfil e Conhecimento Teórico de Médicos e Enfermeiros em Parada Cardiorrespiratória, município de Rio Branco, AC. **Rev Bras Cardiol**, v.25, n.6, p.464-470, nov./dez., 2012. Disponível em: < <http://www.rbconline.org.br/artigo/perfil-e-conhecimento-teorico-de-medicos-e-enfermeiros-em-parada-cardiorrespiratoria-municipio-de-rio-branco-ac/>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

FRANÇA, S. P. S.; MARTINO, M. M. F. Atendimento pré-hospitalar como estratégia de promoção de saúde pública: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.7, n.4, p.1225-33, abr., 2013. Disponível em:<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3893/5982>>. Acesso em: 07 jun. 2015.

FRANÇA, S. P. S.; MARTINO, M. M. F. Prevalência de sintomas psicofisiológicos de estresse no atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.7, n.1, p.1-7, jan., 2013. Disponível em:< <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAAahUKEwjFrM3u1rXIAhWDhZAKHVpmCgo&url=http%3A%2F%2Fwww.revista.ufpe.br%2Frevistaenfermagem%2Findex.php%2Frevista%2Farticle%2Fdownload%2F3955%2F5155&usq=AFQjCNHOOEeNroHM7GOEP-7fDmEF2scfsg>>. Acesso em: 07 jun. 2105.

GASPAR, M. A.; CAMPOS, D. C. S. Estudo da produtividade de doutores egressos do PPGA FEA-USP. **ReFAE – Revista da Faculdade de Administração e Economia**, v. 6, n. 2, p. 14-32, 2015. Disponível em:< <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ReFAE/article/viewFile/4537/4804>>. Acesso em: 10 out. 2015.

GIANOTTO-OLIVEIRA, R. et al. Parada Cardiorrespiratória Prolongada Tratada com Sucesso no Metrô de São Paulo. **Arq Bras Cardiol**, v.102, n.5, p.48-50, 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014000500017>. Acesso em: 07 ago. 2015.

GOMES, J. A. P.; BRAZ, M. R. Conhecimento de acadêmicos de Enfermagem frente à parada cardiorrespiratória. **Cadernos UniFOA**, nº 18, Abr. 2012. Disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/18/85.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

GONZALEZ, M. M. et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Resumo Executivo. **Arq Bras Cardiol.**, Rio de Janeiro, v.100, n.2, p.105-113, 2013a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n2/v100n2a01.pdf> . Acesso em: 10 dez. 2014.

GONZALEZ, M. M. et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Resumo Executivo. **Arq Bras Cardiol.**, v.101, n. 2, Supl. 3, Ago. 2013b. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n2s3/v101n2s3.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

GRISANTE, D. L. et al. Avaliação dos registros de enfermagem sobre ressuscitação cardiopulmonar baseada no modelo UTSTEIN. **Rev Rene**. v.14, n.6, p.1177-84, 2013.

Disponível em:<

<http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/44254/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20dos%20registros%20de%20enfermagem.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos da Metodologia Científica. 7 ed. São Paulo: Atlas; 2010.

LUZ, C. C.; JUNGER, W. L.; CAVALINI, L. T. Análise da atenção pré-hospitalar ao acidente vascular cerebral e ao infarto agudo do miocárdio na população idosa de minas gerais. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n.4, p.452-457, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n4/19.pdf> . Acesso em: 09 out. 2015.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.3, p.519-528, 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf> . Acesso em: 09 out. 2105.

MAIA, E. R. et al. Conhecimentos em Atenção Pré-Hospitalar e Suporte Básico de Vida por Estudantes Recém-ingressos de Medicina. **Revista brasileira de educação médica**, v. 38, n.1, p. 59-64, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n1/08.pdf> . Acesso em: 09 out. 2015.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S.; CICONET, R. M. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre – RS. **Acta Paul Enferm**, v.24, n. 2, p.185-191, 2011. Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/05.pdf>> . Acesso em: 09 out. 2015.

MARQUES, M. T. S. et al. Fatores inerentes à atividade de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel sobre a influência do trabalho na saúde mental. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.9, n.4, p.7357-63, abr., 2015. Disponível em:<

https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB0QFjAAahUKEwiH4MLE2LXIAhXFHJAKHZVzAL8&url=http%3A%2F%2Fwww.revista.ufpe.br%2Frevistaenfermagem%2Findex.php%2Frevista%2Farticle%2Fdownload%2F7287%2F11912&usg=AFQjCNH8AiKiMUXShGuix_5G3vWfYZZ-WA>. Acesso em: 07 jun. 2015.

MARTINS, C. C. F. et al. Desgaste no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel: percepção dos enfermeiros. **Rev Enferm UFSM**, v.2, n.2, p.282-289, Mai./Ago. 2012.

Disponível em:< [http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-](http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4687/3752)

[2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4687/3752](http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4687/3752)>. Acesso em: 07 jun. 2015.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.4, p.1107-11, 2010. Disponível em:<

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400036>.

Acesso em: 10 out. 2015.

MENDES, S. S.; FERREIRA, L. R. C.; MARTINO, M. M. F. Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento pré-hospitalar móvel. **Estudos de Psicologia**, Campinas,

v.28, n.2, p.199-208, abr./jun. 2011. Disponível em:<

<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n2/07.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

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, Out./Dez., 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2015.

MENEZES, M. G. B. O conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre atendimento de reanimação cardiopulmonar em PARÁ de MINAS, PAPAGAIOS E PITANGUI / MG.

SynThesis Revista Digital FAPAM, Pará de Minas, v.1, n. 1, p.293-307, out. 2009.

Disponível em: http://www.fapam.edu.br/revista/upload/8092009182430artigo_PCR-MARISA.pdf. Acesso em: 08 out. 2015.

MIOTTO, H. C. et al. Efeito na Ressuscitação Cardiopulmonar Utilizando Treinamento

Teórico versus Treinamento Teórico-Prático. **ArqBrasCardiol**, v.95, n.3, p.328-331, 2010.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n3/aop10010.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2015.

MORAIS, D. A.; CARVALHO, D. V.; CORREA, A. R. Parada cardíaca extra-hospitalar:

fatores determinantes da sobrevida imediata após manobras de ressuscitação cardiopulmonar.

Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.22, n.4, p.562-8, jul./ago. 2014. Disponível em:<

<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/86649/89633>>. Acesso em: 07 jun. 2015.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2395-2404, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a14.pdf>. Acesso em: 09 out. 2015.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. Cuidado Integral e Atenção às Urgências: o serviço de

atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro. **Saúde Soc**, São Paulo, v.22, n.1,

p.199-210, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/18.pdf>. Acesso em:

09 out. 2015.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a

integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis Revista de Saúde**

Coletiva, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p. 141-160, 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a14.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2015.

OLIVEIRA, A.D.S., et al. Estratégia Saúde da Família: atendimento do enfermeiro à vítima em parada cardiorrespiratória. **Revista Interdisciplinar**. v.6, n. 4, p. 68-74. Out/Nov/dez.

2013. Disponível

em:<<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/210>>.

Acesso em: 08 out. 2015.

OLIVEIRA, S. S.; SANTOS, J. O.; ZEITOUN, S. S. Suporte Básico de Vida: avaliação do

conhecimento dos graduandos de enfermagem. **J Health Sci Inst**. v.32, n.1, p.53-58, 2014.

Disponível em: [http://200.136.76.129/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/01_jan-](http://200.136.76.129/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/01_jan-mar/V32_n1_2014_p53a58.pdf)

[mar/V32_n1_2014_p53a58.pdf](http://200.136.76.129/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/01_jan-mar/V32_n1_2014_p53a58.pdf). Acesso em: 09 out. 2015.

PEIXOTO, A. M. D. CRUZ, E. O desafio do trabalho com gráficos no processo ensino-aprendizagem de geografia. **VÉRTICES**, Campos dos Goytacazes/RJ, v. 13, n. 3, p. 127-168, jan./abr. 2011. Disponível

em:<<http://essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/viewFile/1809-2667.20110008/647>>. Acesso em: 07 jun. 2015.

PEREIRA, E. A.; FERNANDES, J. P.; JÚNIOR, M. A. F. Atribuições do enfermeiro nas unidades de suporte avançado do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU: Uma revisão da bibliografia. **Revista Científica Indexada Linkania Júnior**, Ano 2, n. 2, Fev./Mar. 2012. Disponível em:<http://linkania.org/junior/article/view/31/28>. Acesso em: 09 out. 2015.

RECH, T. H.; VIEIRA, S. R. R. Hipotermia terapêutica em pacientes pós-parada cardiorrespiratória: mecanismos de ação e desenvolvimento de protocolo assistencial. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.22, n.2, p.196-205, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n2/a15v22n2.pdf>. Acesso em: 09 out. 2015.

ROCHA, E. G. A.; MORAIS, A. C.; BENEVIDES, T. O. Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) no município de Juazeiro (BA): principais especialidades demandadas. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.36, n.4, p.1041-1052, out./dez. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v36n4/a3795.pdf>. Acesso em: 09 out. 2015.

ROCHA, S. J. F. D. et al. Avaliação do nível de estresse entre funcionários que atuam em um serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista brasileira de educação e saúde**, Pombal, v. 4, n. 4, p. 37-43, out./dez., 2014. Disponível em: <http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/viewFile/3482/3033>. Acesso em: 04 set. 2015.

ROCHA, T. B. **Vivências do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: detalhes de um grande desafio**. 2013. 91f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem. Belo Horizonte. Disponível em: < <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/785M.PDF>>. Acesso em: 07 set. 2015.

ROMANZINI, E. M.; BOCK, L. F. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.2, mar./abr. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_15.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2015.

ROSSO, E. et al. Avaliação do nível de estresse entre os profissionais de enfermagem atuantes no SAMU de Guarapuava-PR. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR**, v.7, n.1, p.13-17, Jun./Ago., 2014. Disponível em:< http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140602_103709.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2015.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Ano I - Número I - Julho de 2009. Disponível em:< http://rednep.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_documental_pistas_teoricas_e_metodologicas.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2015.

- SANTANA, J. C. B. et al. Caracterização das vítimas de parada cardiorrespiratória atendidas por um serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev enferm UFPE on line**, v.6, n.4, p.742-51, 2012. Disponível em:< <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2236/3487> >. Acesso em: 07 jun. 2015.
- SANTANA, J. C. B. et al. Perfil dos enfermeiros de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.7, n.7, p.4754-60, jul., 2013. Disponível em:< <file:///C:/Users/Cintia/Downloads/3418-42710-1-PB.pdf> >. Acesso em: 10 out 2015.
- SANTANA, L. S.; LOPES, W. S.; QUEIROZ, V. A equipe multidisciplinar na atenção a pessoa em parada cardiorrespiratória: uma revisão de literatura. **Ciência et Praxis**, v.7, n.13, 2014. Disponível em: < <http://www.edifesp.fespmg.edu.br/index.php/scientae/article/view/66/100> >. Acesso em: 21 ago. 2015.
- SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.27, n.1, p.67-74, jan./mar. 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000100008 >. Acesso em: 10 out. 2015.
- SANTOS, A. O.; RODRIGUES, L. S. Avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre o atendimento do paciente em parada cardiorrespiratória. **Revista Recien**, São Paulo, v.1, n.1, p.25-29, 2011. Disponível em:< <http://www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/view/15> >. Acesso em:06 jun. 2015.
- SANTOS, L. M. M.; SIMÕES, I. A. R.; LIMA, R. S. Sentimentos dos acadêmicos de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.5, n. 4, p.2486-97, 2014. Disponível em: <http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/689>. Acesso em: 09 out. 2015.
- SANTOS, S. M. J. et al. Competências de enfermeiros em urgências e emergências pré-hospitalares: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7, n.11, p.6515-23, nov., 2013. Disponível em:<http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8352/1/2013_art_vrholanda.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2015.
- SEMENSATO, G.; ZIMERMAN, L.; ROHDE, L. E. Avaliação Inicial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Cidade de Porto Alegre. **ArqBrasCardiol**, v.96, n.3, p.196-204, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/abc/v96n3/aop00911.pdf> . Acesso em: 09 out. 2015.
- SILVA, A. B.; MACHADO, R. C. Elaboração de guia teórico de atendimento em parada cardiorrespiratória pra enfermeiros. **Reve Rene**. v. 14, n. 4, p. 1014-21, 2013. Disponível em: < <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1517> >. Acesso em: 18 ago. 2015.

SILVA, G. S. **Avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA): Um Estudo de Avaliabilidade**. 2011. 89f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Digueira. Programa de pós-graduação em Avaliação em Saúde. Recife. Disponível em: http://pgss.imip.org.br/teses/AVALIACAO_DAS_UNIDADES_DE_PRONTO_ATENDIMENTO_%28UPA%29_UM_ESTUDO_DE_AVALIABILIDADE.pdf. Acesso em: 09 out. 2015.

SILVA, C. C. S.; HOLANDA, A. R. Parada Cardiorrespiratória: Conhecimento e Prática de uma Equipe de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.15, n.4, p.447-454, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10329/6853>>. Acesso em: 07 ago. 2105.

SILVA, O. M. et al. Riscos de adoecimento enfrentados pela equipe de enfermagem do SAMU: uma revisão integrativa. **Rev. Saúde Públ**, Santa Cat., Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 107-121, jan./abr. 2014. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/172/249>. Acesso em: 10 nov. 2014.

SILVA, G. P. **Qualidade de vida dos enfermeiros que prestam assistência através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU**. 2014. 94f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco. Programa de Pós-Graduação em Saúde Humana e Meio Ambiente. Vitória de Santo Antão. Disponível em: <<http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/13013/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Geovanna%20Pereira%20da%20Silva.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 04 out. 2015.

SOARES, R. A. S. et al. Caracterização das vítimas de acidentes de trânsito atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de João Pessoa, Estado da Paraíba, Brasil, em 2012. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 589-600, out./dez. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a08.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2014.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v.8, n.1, p.102-6, 2010. Disponível em: <http://www.astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2015.

SOUZA, R. M. et al. Análise da configuração de SAMU utilizando múltiplas alternativas de localização de ambulâncias. **Gest. Prod**, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 287-302, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/gp/v20n2/v20n2a04.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2014.

SOUZA, T. P. et al. Significados e vivências de trabalhadores de serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer**, Goiânia, v.8, n.14, p. 1637, 2012. Disponível em: <<http://www.conhecer.org.br/enciclop/2012a/saude/significados.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2015.

TALLO, F. S. et al. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o Clínico. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v.10, n.3, p.194-200, mai./jun. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2891.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

VELOSO, I. S. C.; ARAUJO, M. T.; ALVES, M. Práticas de poder no serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. **Rev Gaúcha Enferm**, v.33, n. 4, p. 126-132, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n4/16.pdf> . Acesso em: 13 nov. 2014.

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**, v.18, n.2, Abr./Jun., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n2/a07v18n2.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A**Instrumento para Coleta de Dados**

Dados de Identificação		Nr.
Título da Publicação		
Autor (a) (es)		
Revista ou Periódico		
Ano de Publicação	(<input type="checkbox"/>) 2010 (<input type="checkbox"/>) 2011 (<input type="checkbox"/>) 2012 (<input type="checkbox"/>) 2013 (<input type="checkbox"/>) 2014 (<input type="checkbox"/>) 2015	
Descritores		
Tipo de estudo	(<input type="checkbox"/>) Artigo Original (<input type="checkbox"/>) Artigo de Revisão da Literatura (<input type="checkbox"/>) Artigo de Revisão Integrativa (<input type="checkbox"/>) Tese de Doutorado	
Abordagem Metodológica	(<input type="checkbox"/>) Quantitativa (<input type="checkbox"/>) Qualitativa (<input type="checkbox"/>) Quantitativa-qualitativa	
Objetivos		
Região da Publicação	(<input type="checkbox"/>) Norte (<input type="checkbox"/>) Nordeste (<input type="checkbox"/>) Centro-oeste (<input type="checkbox"/>) Sudeste (<input type="checkbox"/>) Sul	
Resultados e Conclusões das Publicações		

APÊNDICE B

Relação das 18 publicações selecionadas identificando os autores e títulos

N°	REFERÊNCIAS	TÍTULO
01	(BARROS et al., 2011)	Atendimento Pré-hospitalar: Condutas do enfermeiro frente à parada cardiorrespiratória.
02	(ALMEIDA et al., 2011)	Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre Parada e ressuscitação cardiopulmonar, em Unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência.
03	(SANTANA et al., 2012)	Caracterização das vítimas de parada cardiorrespiratória atendidas por um serviço de atendimento móvel de urgência.
04	(SANTOS; RODRIGUES, 2011).	Avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre o atendimento do paciente em parada cardiorrespiratória.
05	(ADÃO; SANTOS, 2012)	Atuação do enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar Móvel.
06	(FRANÇA; MARTINO, 2013).	Atendimento Pré-hospitalar como estratégia de promoção de saúde pública: Revisão integrativa.
07	(CORRÊA et al., 2014).	Atendimento a vítima de parada cardíaca extra-hospitalar com desfibrilador externo automático em unidades de suporte básico.
08	(ARAÚJO; VOMLEL; LACERDA, 2013)	Benefícios do atendimento rápido e eficiente às vítimas de Parada cardiorrespiratória realizada pela equipe do SAMU de Montes Carlos- MG.
09	(CORRÊA; CARVALHO; MORAIS, 2013).	Características dos atendimentos a vítimas de Parada cardíaca extra-hospitalar.
10	(ROMANZINI; BOCK, 2010).	Concepção e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional.
11	(MARTINS et al., 2012).	Desgaste no serviço de atendimento pré-hospitalar móvel: percepção dos enfermeiros.

12	(MORAIS; CARVALHO; CORREA, 2014).	Parada cardíaca extra-hospitalar: fatores determinantes da sobrevida imediata após manobras de ressuscitação cardiopulmonar.
13	(SOUZA et al., 2012).	Significados e vivências de trabalhadores e serviço de atendimento pré-hospitalar.
14	(BERNARDES et al., 2014)	Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel.
15	(MENDES; FERREIRA; MARTINO, 2011).	Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento pré-hospitalar móvel.
16	(MARQUES et al., 2015).	Fatores inerentes à atividade de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel sobre a influência do trabalho na saúde mental.
17	(FRANÇA; MARTINO, 2013).	Prevalência de sintomas psicofisiológicos de estresse no atendimento pré-hospitalar móvel.
18	(SANTANA; LOPES; QUEIROZ, 2014).	A equipe multidisciplinar na atenção a pessoa em parada cardiorrespiratória: uma revisão da literatura.