

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DA ENFERMAGEM SOBRE A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS DE NEONATOLOGIA: ESTUDO QUALITATIVO NO NORDESTE DO BRASIL

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND NURSING PRACTICES ON CARDIORESPIRATORY ARREST IN NEONATAL INTERMEDIATE CARE UNIT: A QUALITATIVE STUDY IN THE NORTHEAST OF BRAZIL

Arielle Wignna Brasil Abrantes¹, Eva Maria Gualberto Coura², André Luiz Dantas Bezerra³,
Elisângela Vilar de Assis⁴, Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa⁵,
Maria Aparecida de Freitas⁶, Milena Nunes Alves de Sousa⁷

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96787>

RESUMO

Introdução: em lactentes a parada cardiorrespiratória raramente é um evento súbito. Trata-se do resultado da deterioração progressiva da função respiratória e circulatória, acarretando em lesão cerebral irreversível e morte, caso as medidas adequadas para estabilizar o paciente não sejam tomadas imediatamente por profissionais que possuam conhecimentos e habilidades específicas. **Objetivo:** analisar os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da equipe de enfermagem atuante em unidade de cuidados intermediários de neonatologia sobre a parada cardiorrespiratória. **Método:** pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, realizada no município de Cajazeiras-PB, Brasil em outubro de 2012. Participaram do estudo cinco enfermeiros e três técnicos de enfermagem. Para coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado e adaptado. **Resultados:** os profissionais da equipe de enfermagem sabiam o que era e como identificar os primeiros sinais e sintomas da PCR, bem como reconheciam a diferença da PCR em neonatos e adultos. Os profissionais relataram as alterações no protocolo de atendimento a PCR. O cuidado com o manuseio do recém-nascido, especialmente com a cabeça e o pescoço e o aquecimento antes da realização das manobras de reanimação foram as principais ações refletindo conhecimento básico para efetivar as manobras de RCP. Reportando-se à sequência da RCP, dúvidas emergiram. Poucos profissionais demonstraram conhecer a sequência correta da execução das manobras de RCP preconizadas para o RN. 100% (n = 8) dos participantes demonstraram conhecer as técnicas de Suporte Avançado de Vida em neonatologia, realizadas com a presença de um médico. Quanto às principais medicações administradas durante a RCP em neonatos, a adrenalina foi o fármaco de escolha, seguidos pela atropina, o bicarbonato e a dobutamina. Diante dos fatores que dificultam a atuação da equipe de enfermagem à vítima de PCR, os profissionais relataram insegurança, falta de habilidades técnicas, dificuldade na prática/realização de certos procedimentos; déficit de conhecimento prático/teórico e inexperiência para atuar nas etapas da RCP. **Conclusão:** constatou-se a inexistência de um protocolo para orientar a equipe em casos de PCR, pois os mesmos relataram agir de forma heterogênea. Além disso, foi constatada a insuficiência de conhecimentos sobre protocolos atuais, bem como despreparo ao realizar determinados procedimentos, avaliação primária e realização das compressões torácicas de acordo com as diretrizes propostas pela *American Heart Association*.

Palavras-chave: parada cardíaca, enfermagem, neonatologia.

- 1 Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Cajazeiras, PB, Brasil.
 - 2 Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Cajazeiras, PB, Brasil.
 - 3 Enfermeiro Socorrista do SAMU de Ibiara, PB, Brasil. Especialista em Saúde da Família.
 - 4 Fisioterapeuta. Docente da Faculdade Santa Maria. Doutoranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação *Stictu Sensu* da Faculdade de Medicina do ABC. Santo André, SP, Brasil.
 - 5 Enfermeira. Docente da Faculdade Santa Maria. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Santo André, SP, Brasil.
 - 6 Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria. Cajazeiras, PB, Brasil.
 - 7 Turismóloga, Administradora e Enfermeira. Docente da Faculdade Santa Maria e das Faculdades Integradas de Patos. Doutoranda em Promoção da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação *Stictu Sensu* da Universidade de Franca. Franca, SP, Brasil.
- Corresponding author:** arielle_wignna@hotmail.com

Suggested citation: Abrantes AWB, et al. Knowledge, attitudes and nursing practices on cardiorespiratory arrest in neonatal intermediate care unit: a qualitative study in the northeast of brazil. *Journal of Human Growth and Development*. 25(1): 97-101
Manuscript submitted Jun 18 2014, accepted for publication Dec 20 2014.

INTRODUÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é caracterizada pela interrupção súbita dos batimentos cardíacos, movimentos respiratórios e perda imediata da consciência, acarretando lesão cerebral irreversível e morte, caso as medidas adequadas para estabilizar o paciente não sejam tomadas imediatamente^{1,2}.

Em lactentes e crianças, a PCR raramente é um evento súbito, trata-se do resultado da deterioração progressiva da função respiratória e circulatória³⁻⁵. Os ritmos cardíacos mais comuns que condicionam a PCR em crianças são a fibrilação ventricular e a taquicardia ventricular sem pulso⁴. Assim sendo, é considerada ocorrência de emergência extrema, precisa-se de início imediato das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP)⁵.

O atendimento em casos de PCR deve ser efetivado pelos profissionais da área da saúde, os quais devem possuir conhecimentos e habilidades específicas. Logo, é indispensável a sua contínua capacitação, especialmente quanto às diretrizes mais recentes em situação de PCR em lactentes e crianças.

No Brasil, nascem cerca de três milhões de crianças anualmente, destas, 10% requerem alguma assistência para o início da respiração ao nascer e menos de 1% reanimação extensiva. Quanto menor a idade gestacional e/ou o peso ao nascer, maior é a necessidade de procedimentos de RCP. O parto cesáreo, entre 37 e 39 semanas de gestação, também, eleva a probabilidade de suporte ventilatório⁶.

A equipe de enfermagem encontra-se continuamente em instituições de saúde, possui maior proximidade com os pacientes independentemente da idade deles, logo, deve possuir conhecimento teórico-prático, buscando realizar, de modo seguro e eficaz, os primeiros atendimentos ao indivíduo em estado de PCR. A efetivação de uma RCP determinará o sucesso de todo o atendimento, bem como repercutirá na sobrevivência do neonato.

Assim, o objetivo é identificar os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da equipe de enfermagem atuante em unidade de cuidados intermediários de neonatologia sobre a parada cardiorrespiratória.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, realizada em uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCI-Neonatal) de Maternidade de Hospital Regional de Cajazeiras-PB, Brasil. O universo de coleta era de 12 profissionais de enfermagem atuantes na mencionada unidade, dos quais seis eram enfermeiros e seis técnicos de enfermagem. A amostra foi do tipo não probabilística por conveniência, estabelecida mediante adequação aos critérios de inclusão e exclusão. Assim sendo, foram incluídos os trabalhadores da equipe de Enfermagem que atuam na UCI-neonatal há mais de 12 meses e que concordaram em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Li-

vre e Esclarecido (TCLE). Excluíram-se os profissionais de férias, de licença médica ou transferidos para outros setores no período da coleta de dados.

Após a aplicação dos critérios de inclusão, participaram do estudo cinco enfermeiros e três técnicos de enfermagem (66,7% da população). A maioria dos membros da equipe eram mulheres (87,5%; n = 7), de faixa etária jovem (100%; n = 8) variando entre 25 a 36 anos. Com mais de 5 de formação (62,5%; n = 5), atuando na UCI-Neonatal entre 1 a 2 anos (100%; n = 8).

A coleta de dados foi efetivada no mês de outubro de 2012, posteriormente a apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria, conforme CAEE 06438612.6.0000.5180. No momento da coleta, todos os trabalhadores foram informados individualmente da pesquisa, seu propósito e seus objetivos, sendo deles a decisão pela participação livre, sem qualquer ônus ou risco, concordando e assinando o TCLE.

Para coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado e adaptado⁽⁷⁾, o qual foi submetido a teste piloto para adequações a população-alvo. Os dados coletados foram tratados segundo os pressupostos da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁽⁸⁾, a qual constitui de um conjunto de expressões-chave, cujo conteúdo conduz para a Ideia Central (IC), possibilitando averiguar os conhecimentos, atitudes e práticas da equipe de enfermagem de unidade neonatal sobre a Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando o conceito de PCR da equipe de enfermagem, obteve-se como ideia central 1 (IC1) "cessação de sinais clínicos vitais" e no DSC a seguinte expressão:

(...) perda ou interrupção súbita do sistema cardiovascular e das funções cardiorrespiratórias, quando o coração deixa de bater com ausência da respiração e dos batimentos cardíacos (...) (DSC1).

Os profissionais conceituaram como a interrupção das funções cardíacas e respiratórias, associando a percepção visual desses eventos para definir o momento da PCR.

Quanto à forma de identificação de uma PCR em neonatos, teve-se como IC1 "avaliação clínica" e IC2 "utilização de equipamentos", observados nos discursos:

(...) na perda ou interrupção súbita do sistema cardiovascular, observando a ausência da pulsação no coto umbilical, não expansão do tórax e sem reflexos, com cianose central e nas extremidades (...) (DSC1). *(...) através da ausculta e monitoramento cardíaco, queda de SPO2 (...)* (DSC2).

Inferiu-se que os profissionais associavam a identificação da PCR em neonatos à verificação de

sinais vitais e avaliação da situação clínica do paciente, bem como através de monitoramento, como no uso de monitor cardíaco, que auxilia no reconhecimento da parada, mas não representa o critério para diagnóstico da PCR.

Os profissionais da equipe de enfermagem sabiam o que era e como identificar os primeiros sinais e sintomas da PCR, compreendida como interrupção súbita e brusca das funções cardíacas, respiratórias e cerebral, comprovada pela ausência de pulso carotídeo e femoral, apneia ou respiração agônica e ausência de responsividade⁽³⁻⁵⁾. De fato, a enfermagem deve estar habilitada para identificar uma PCR ou iminente risco de desenvolvê-la, restabelecendo os batimentos cardíacos precocemente, evitando lesão cerebral.³

Sobre a diferença entre a PCR em adultos e crianças, 75% (n = 6) afirmaram que "existiam diferenças" e 25% (n = 2) que "não". Tanto para o adulto como para o neonato a definição de PCR não se difere, existindo diferenças nos fatores etiológicos, que levam o paciente a uma possível parada.^{4,9}

A parada cardíaca em neonatos e crianças raramente é súbita, é geralmente o resultado final da deterioração da função respiratória ou choque, tendo como ritmo terminal mais frequente a bradicardia com progressão para assistolia.^{4-6,9,10} Diante disso, percebe-se que os profissionais reconheciam a diferença da parada cardiorrespiratória em neonatos e adultos.

Quanto à existência de diferença na RCP em adultos e neonatos, 100% (n=8) dos pesquisados afirmaram que "sim". O atendimento da PCR em pediatria tem algumas diferenças em relação ao adulto em razão das peculiaridades anatomofisiológicas⁽¹¹⁾.

A *American Heart Association* (AHA) preconiza que a RCP em crianças menores de um ano deve ser realizada comprimindo-se o tórax com dois dedos sobre o esterno, sem movimentos bruscos, com compressão de 4 cm de profundidade. Em crianças entre um e 8 anos e adultos, a compressão deve ser realizada com a região hipotênar de uma das mãos sobre o esterno, compressão de 5 cm de profundidade⁽¹²⁾.

Em recém-nascidos, a ressuscitação cardiopulmonar obedece a sequência ABC, em que A significa abertura de vias aéreas, B ventilação e C compressão cardíaca, evidenciando que a alteração para o C-A-B somente é realizada quando a etiologia da PCR for claramente cardíaca. Em adultos, as compressões torácicas devem ser iniciadas antes de ventilações de resgate (C-A-B, em vez de A-B-C) em adultos e crianças e o A-B-C em neonatos. Esse movimento deve ser repetido com a ventilação, de modo que em adulto e crianças são 30 massagens para duas ventilações, fazendo com que haja no mínimo 100 compressões por minuto, executar cinco ciclos; em neonatos são três massagens para uma ventilação, totalizando 100 a 120 massagens por minuto, a pressão deve ser exercida apenas com o dedo indicador e o médio ou com os dois polegares no 1/3 inferior do esterno.

Quanto ao conhecimento sobre as modificações no atendimento a PCR conforme protocolo da

AHA⁽¹³⁾, as IC obtidas foram: "sequência nas manobras de RCP" (IC1), "padrão respiratório" (IC2) e "compressões cardíacas" (IC3), observadas nas falas a seguir:

(...) mudança na sequência de ABC para o CAB. Agora começa a RCP com compressões e não mais pela abertura das vias aéreas (...) (DSC1).

(...) eliminação do ver, ouvir, sentir; evitar excesso de ventilação (...) (DSC2).

Os profissionais relataram as alterações no protocolo de atendimento a PCR. Para RCP e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE), houve mudança na sequência de procedimentos de SBV de ABC para CAB, aplicáveis em adultos, crianças e bebês, excluindo os recém-nascidos, prorizando-se no mínimo 100 compressões por minuto, com objetivo de fornecer fluxo sanguíneo o mais rápido. O "ver, ouvir e sentir" se há respiração após a abertura da via aérea foi retirado da sequência de RCP⁽¹³⁾.

Buscando-se identificar os cuidados da equipe de enfermagem antes de realizar as manobras de RCP em recém-nascidos (RN), obtiveram-se as IC: "manuseio adequado" (IC1), "monitorização" (IC2) e "organização do setor" (IC3), tendo como relatos:

(...) material de reanimação preparado em local de fácil acesso e pronto de ser usado (...) (DSC3).

O cuidado com o manuseio do recém-nascido, especialmente com a cabeça e o pescoço e o aquecimento antes da realização das manobras de reanimação foram as principais ações refletindo conhecimento básico para efetivar as manobras de RCP. Outro ponto destacado, manter a permeabilidade das vias aéreas, posicionando a cabeça do RN, com leve extensão do pescoço, evitando a hiperextensão. Na sequência, se houver excesso de secreções nas vias aéreas, a boca e depois as narinas são aspiradas delicadamente com sonda traqueal conectada ao aspirador a vácuo, sob pressão máxima, aproximada de 100 mmHg.^{3-6,9-11}

Ainda verificou-se a necessidade de avaliação dos sinais vitais e reconhecimento das alterações para iniciar as manobras de RCP. A Frequência Cardíaca (FC) é o principal fator de indicação das manobras de RCP. Após o nascimento, o RN deve respirar de maneira regular, suficiente para manter a FC acima de 100 bpm, assim, uma vez feitos os passos iniciais da reanimação, avalia-se a frequência respiratória (FR) e a FC. Se houver vitalidade adequada, com respiração rítmica e regular e FC >100 bpm, o RN deve receber os cuidados de rotina na sala de parto. Se após os passos iniciais o mesmo não apresenta melhora, indica-se a ventilação com pressão positiva.^{4,10,11}

Também, antes de iniciar a RCP, é necessário manter a organização do ambiente e dos recursos materiais (destinados à manutenção da temperatura, aspiração de vias aéreas, ventilação e administração de medicações) a serem utilizados, os quais devem ser preparados, testados e estejam disponíveis em local acessível.⁷

Embora tais aspectos sejam indispensáveis, as ações devem ser humanizadas, pois a

“humanização do cuidado neonatal é um elemento necessário à reorganização das práticas de saúde”,^{14,28} independente de uma assistência em situação crítica ou não.

Reportando-se à sequência da RCP, dúvidas emergiram. 50% (n = 4) afirmaram como sequência correta consistia a compressão cardíaca, respiração artificial e manutenção de via aérea; 25% (n = 2) indicaram a sequência: manutenção de via aérea, compressão cardíaca e respiração artificial e os demais 25% (n = 2) destacaram como ordem: manutenção de via aérea, respiração artificial e compressão cardíaca.

Poucos profissionais demonstraram conhecer a sequência correta da execução das manobras de RCP preconizadas para o RN, denotando-se desconhecimento e ausência de protocolo institucional para assegurar a qualidade do atendimento.

Sobre as alterações nas diretrizes da AHA em RCP, os profissionais devem conhecer as transformações para agir corretamente, garantindo qualidade assistencial. Portanto, diferente das mudanças existentes no protocolo para adultos,¹³ a sequência de ressuscitação preconizada para o neonato não alterou-se, seguindo o A-B-C, em que A significa abertura de vias aéreas, B ventilação e C compressão cardíaca, evidenciando que a alteração para o C-A-B somente é realizada quando a etiologia da PCR for claramente cardíaca.

Acerca do saber referente ao Suporte Avançado de Vida (SAV) em Neonatologia, 100% (n = 8) dos participantes afirmaram que o mesmo consiste em: intubação, ventilação, garantir acesso venoso, monitorização e administração de medicamentos, demonstrando que os profissionais conheciam as técnicas avançadas de manutenção da vida, realizadas com a presença do profissional médico.

O SAV refere-se à avaliação e à continuidade respiratória e circulatória, aperfeiçoando as manobras realizadas no Suporte Básico de Vida (SBV), com uso de equipamentos e técnicas especiais, na detecção de arritmias pós-monitorização eletrocardiográfica, intubação orotraqueal, obtenção e manutenção de acesso, uso de fármacos e tratamento de situações associadas à PCR⁽⁹⁾. Portanto, o SAV é a junção do SBV com o uso de terapias adjuvantes para manter a ventilação adequada.

As manobras de RCP e associação com medicamentos e uso de tecnologias favorecem o restabelecimento da circulação espontânea, a re-

gularização do ritmo cardíaco e contribuem à manutenção do funcionamento satisfatório do sistema cardiorrespiratório⁽¹⁵⁾.

Assim sendo, quanto às principais medicações administradas durante a RCP em neonatos, 36% (n=8) citaram a adrenalina; 22% (n= 5) expansores de volume; 9% (n=2) atropina, bicarbonato e dobutamina, cada; 5% (n= 1) glicose, cálcio e dopamina, cada.

A adrenalina foi o fármaco de escolha, seguidos pela atropina, o bicarbonato e a dobutamina. As demais medicações obtiveram pouca menção, o que pode indicar subutilização. Destarte, o profissional deve conhecer todos os fármacos a serem usados durante a RCP, sendo os mais destacados na literatura durante a RCP em neonatos: adrenalina, lidocaína, naloxone, bicarbonato de sódio, cloreto ou gluconato de cálcio e a glicose. Entretanto, em sala de parto, não recomenda-se o bicarbonato de sódio, naloxone e vasopressores⁽¹⁶⁾.

Diante dos fatores que dificultam a atuação da equipe de enfermagem no SBV e SAV à vítima de PCR, os profissionais relataram insegurança, falta de habilidades técnicas, dificuldade na prática/realização de certos procedimentos com 8% (n=1), cada; déficit de conhecimento prático/teórico (53%; n=7) e inexperiência para atuar nas etapas da RCP (23%; n=3). Em estudo sobre iatrogenicidade nas condutas de RCP, a inexperiência profissional, falta de atenção e o desconhecimento técnico científico foram citados como fatores determinantes para o insucesso de uma reanimação⁽⁶⁾.

É notório que lidar com uma situação de urgência/emergência gera apreensão e dificuldades na assistência. Contudo, as mesmas poderão ser sanadas com treinamentos.

CONCLUSÃO

Constatou-se que inexistente protocolo para orientar a equipe em casos de PCR, pois os mesmos relataram agir de forma heterogênea. Além disso, foi constatada a insuficiência de conhecimentos sobre protocolos atuais, bem como despreparo ao realizar determinados procedimentos, avaliação primária e realização das compressões torácicas de acordo com as diretrizes propostas pela *American Heart Association*, o que pode ser um dificultador para a qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. Souza SFM, Silva GNS. Parada cardiorrespiratória cerebral: assistência de enfermagem após a reanimação. Rev Ciênc Saúde. 2013; 11(2): 143-57.
2. Pazin Filho A, Santos JC, Castro RBP, Bueno CDF, Schmidt A. Parada cardiorrespiratória (PCR). Medicina. 2003; 36:163-78.
3. Neves DD, Fey A. A auto-percepção do enfermeiro no atendimento a PCR em pediatria de uma instituição hospitalar. Rev Caminhos. 2011; 2(3):7-25.
4. Kleinman ME, Chameides L, Schexnayder SM, Samson RA, Hazinski MA, Atkins DL, et al. 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2010; 122(18):876-908. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971101.
5. Matsuno AK. Parada cardíaca em crianças. Medicina (Ribeirão Preto) 2012;45(2): 223-33.
6. Margotto PR, Wing O. Reanimação Neonatal. Consenso Internacional 2010 em Reanimação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência com Recomendações de Tratamento. Circulation. 2010; 122;516-38.
7. Coura EMG. Parada cardiorrespiratória em pediatria: conhecimento da equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar [mono-

- grafia]. Cajazeiras (PB): Universidade Federal de Campina Grande; 2011.
8. Lefevre F, Lefevre AMC, Araújo SDT, Cornetta VK. O discurso do sujeito coletivo como eu ampliado: aplicando a proposta em pesquisa sobre a pílula do dia seguinte. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2010; 20(3):798-808.
 9. Cardoso RCA. Falência cardiopulmonar em paciente pediátrico. *Rev Pediatr SOPERJ.* 2010; 13(2):14-20.
 10. Kattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, Colby C, Fairchild K, Gallagher J. et al. Neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Pediatrics.* 2010; 122(5): e1400-e1413. Doi: 10.1542/peds.2010-2972E)
 11. Kleinman ME, Caen AR, Chameides L, Atkins DL, Berg RA, Berg MD, et al. Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation.* 2010; 122(16): S466-515. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971093
 12. Wyckoff MH, Salhab WA, Heyne RJ, Kendrick DE, Stoll BJ, Laptook AR, et al. Outcome of extremely low birth weight infants who received delivery room cardiopulmonary resuscitation. *J Pediatr.* 2012; 160(2): 239-44. Doi: 10.1016/j.jpeds.2011.07.041
 13. Silva SC, Padilha KG. Parada cardiorespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. *Rev Esc Enferm USP.* 2001; 35(4): 360-5.
 14. Rocha DKL, Ferreira HC. Estado da arte sobre o cuidar em neonatologia: compromisso da enfermagem com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal. *Enferm Foco.* 2013; 4(1):24-8.
 15. Zanini J, Nascimento ERP, Barra DCC. Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimentos da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2006; 18(2):143-7. Doi:10.1590/S0103-507X2006000200007.
 16. Almeida MF, Guinsburg R. Programa de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de pediatria: condutas 2011. [cited 2013 Jul 11] Available from: <http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimacaNeonatal-2011-24jan11.pdf>.

ABSTRACT

Introduction: the cardiorespiratory arrest (CRA) in neonates is rarely a sudden event. It is the result of progressive deterioration of respiratory and circulatory functions, leading to irreversible brain damage and death, if appropriate measures are not immediately taken by professionals with specific knowledge. **Objective:** to analyze the knowledge, attitudes and practices of nursing professionals on cardiorespiratory arrest in a neonatal intermediate care unit. **Methods:** Qualitative study of exploratory and descriptive approach, conducted in October 2012 in Cajazeiras, Paraíba, Brazil. Five nurses and three nurse technicians participated. The instrument used was a structured, adapted and validated questionnaire. **Results:** the nursing professionals knew the definition and how to identify the early signs and symptoms of CRA and recognized the difference between CRA in neonates and adults. Professionals reported changes in care CRA protocol. The careful handling of the newborn, especially the head and neck and heating prior to resuscitation maneuvers were the main actions reflecting basic knowledge to effect the cardiopulmonary resuscitation (CPR) maneuvers. Referring to the sequence of the CPR, questions emerged. Few professionals knew about the correct sequence of the implementation of CPR maneuvers recommended for infants. 100% (n = 8) of the participants demonstrated to know the Advanced Support technical life in neonatology, held with the presence of a doctor. Turning to the main medications administered during CPR in newborns, the adrenaline was the drug of choice, followed by atropine, bicarbonate and dobutamine. Given the factors that hinder the performance of the nursing staff to the CRA victim, professionals reported insecurity, lack of technical skills, difficulty in practice / performance of certain procedures; deficit of practical / theoretical knowledge and inexperience to act on the steps of CPR. **Conclusion:** it was found that there is no protocol to guide the nursing team in cases of CRA, since they act in a heterogeneous manner. There is also a lack of knowledge of current clinical protocols, on performing certain procedures, primary assessment and chest compressions, according to the new guidelines proposed by the *American Heart Association* which may lead to a poor quality of care.

Key words: heart arrest, nursing, neonatology.