



PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR: VIVÊNCIAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOB O OLHAR DA TÉCNICA DO INCIDENTE CRÍTICO

CARDIORESPIRATORY ARREST AND CARDIOPULMONARY RESUSCITATION: EXPERIENCES OF THE NURSING UNDER THE LOOK OF THE CRITICAL INCIDENT TECHNIQUE

PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR: EXPERIENCIAS DE ENFERMERÍA BAJO LA MIRADA DE LA TÉCNICA DEL INCIDENTE CRÍTICO

Jocilene de Carvalho Miraveti Canova¹, Regilene Molina Zacareli Cyrillo², Myeko Hayashida³, Daniele Alcalá Pompeo⁴, Rita de Cássia Helú Ribeiro⁵, Maria Célia Barcellos Dalri⁶

RESUMO

Objetivo: estabelecer as exigências críticas no atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR) e na realização da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) pela equipe de enfermagem, em uma unidade de emergência, utilizando a Técnica do Incidente Crítico. **Metodologia:** estudo descritivo, com abordagem qualiquantitativa e uso da Técnica do Incidente Crítico, realizado com 27 profissionais de enfermagem de uma unidade de emergência. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semiestruturado e uma pergunta-estímulo, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Protocolo n. 6790/2011. **Resultados:** cinco categorias de incidentes críticos surgiram, prevalecendo a das competências do atendimento à PCR/RCP, subdividida para caracterizar as habilidades da equipe de enfermagem na PCR/RCP. **Conclusão:** o atendimento à PCR exige condutas rápidas, assertivas e pautadas em competências e habilidades. Deve ser, portanto, imediato, sistematizado e qualificado, requisitos básicos para a segurança dos pacientes, reduzindo as dificuldades identificadas pela equipe e favorecendo as chances de reanimação. **Descritores:** Parada Cardiorrespiratória; Ressuscitação Cardiopulmonar; Enfermagem; Técnica do Incidente Crítico; Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

Objective: to establish the critical care requirements in providing care for cardiorespiratory arrest (CRA) and in performing cardiopulmonary resuscitation (CPR) by the nursing team, in an emergency unit, by using the Critical Incident Technique. **Methodology:** descriptive study, with a qualiquantitative approach and use of the Critical Incident Technique, conducted with 27 nursing professionals in an emergency unit. Data collection was performed by means of a semi-structured questionnaire and a stimulus question, after approval by the Research Ethics Committee, under the Protocol 6790/2011. **Results:** five categories of critical incidents emerged, with a prevalence of that concerning competences of care for CRA/CPR, subdivided to characterize nursing team's skills in CRA/CPR. **Conclusion:** care for CRA requires fast and assertive conducts, ruled by competences and skills. Therefore, it must be immediate, systematized, and qualified, primary requirements for patients' safety, reducing the difficulties identified by the team and favoring the chances of resuscitation. **Descriptors:** Cardiorespiratory Arrest; Cardiopulmonary Resuscitation; Nursing; Critical Incident Technique; Emergency Medical Services.

RESUMEN

Objetivo: establecer los requisitos críticos en la atención al paro cardiorrespiratorio (PCR) y en la realización de la reanimación cardiopulmonar (RCP) por el equipo de enfermería, en una unidad de emergencia, utilizando la Técnica del Incidente Crítico. **Metodología:** estudio descriptivo con abordaje cualicuantitativo y uso de la Técnica del Incidente Crítico, realizado con 27 profesionales de enfermería de una unidad de emergencia. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario semi-estructurado y una pregunta de estímulo, después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación, bajo el Protocolo 6790/2011. **Resultados:** cinco categorías de incidentes críticos surgieron, con prevalencia de aquella de las competencias de la atención al PCR/RCP, subdividida para caracterizar las habilidades del equipo de enfermería en la PCR/RCP. **Conclusión:** la atención al PCR requiere conductas rápidas, asertivas y pautadas por competencias y habilidades. Por lo tanto, debe ser inmediata, sistemática y calificada, requisitos básicos para la seguridad de los pacientes, reduciendo las dificultades identificadas por el equipo y favoreciendo las posibilidades de reanimación. **Descriptores:** Paro Cardiorrespiratorio; Reanimación Cardiopulmonar; Enfermería; Técnica del Incidente Crítico; Servicios Médicos de Emergencia.

¹Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso/UFMT. Cuiabá (MT), Brasil. E-mail: jocanova@bol.com.br; ²Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem, Unaerp - Ribeirão Preto. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: regizacareli@netsite.com.br; ³Enfermeira, Professora Doutora, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: myeko@eerp.usp.br; ⁴Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: daniele.pompeo@famerp.br; ⁵Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem Geral, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: ricardo.rita@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/EERP/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: macdalri@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é a situação de maior emergência entre todas as situações emergenciais atendidas nos serviços pré-hospitalares e hospitalares. A morte súbita é uma das principais causas de óbito nos países industrializados e é um importante problema de saúde pública em vários países. Cerca de 95% das vítimas de PCR morrem antes de chegar ao hospital. A taxa de sobrevivência das vítimas de PCR que ocorre fora do ambiente hospitalar permanece baixa.¹⁻³

Apesar da PCR ser considerada o evento mais frequente fora do ambiente hospitalar, dentro do hospital também é uma das principais causas de morbidade e mortalidade.⁴

As estimativas sobre o número anual de paradas cardíacas fora do hospital variam muito; os Estados Unidos estimam que aproximadamente 330 mil pessoas morram anualmente nessa situação.⁵ As doenças cardiovasculares prevalecem como a principal causa de mortalidade no Brasil e no mundo e representam também a principal causa de incapacidade. No Brasil, a exemplo do mundo, o infarto agudo do miocárdio possui relevante impacto em termos de mortalidade e número de hospitalizações, um resultado extensivo ao estado e ao município de São Paulo.⁶⁻⁸

A PCR é definida pela ocorrência súbita de interrupção da circulação sanguínea, culminando em perda da consciência, sendo responsável por morbidade e mortalidade elevadas, mesmo em situações de atendimento ideal, com taxa de sobrevivência de cerca de 17% no Brasil.¹⁻³

Durante o atendimento à PCR, o tempo é uma variável importante, estimando-se que para cada minuto em que a vítima fica sem ressuscitação cardiopulmonar (RCP), cerca de 10% de sua chance de sobrevivência fica diminuída, motivo pelo qual a maior parte das vítimas morre fora do hospital sem intervenção da equipe de saúde.^{2,5} As ações que aumentam as chances de sobrevivência das vítimas em risco de morte súbita são denominadas *corrente de sobrevivência do adulto*, seguidas pelo suporte básico de vida (SBV) e suporte avançado de vida (SAV).^{1,9}

De acordo com a American Heart Association (AHA)⁵, o SAV é fornecido aos pacientes dentro das instituições hospitalares pelas equipes multidisciplinares, como a equipe médica e a de enfermagem, associando procedimentos invasivos aos equipamentos e medicamentos disponíveis nas instituições, independente do setor hospitalar.^{10,11}

Assim, a Fundação Interamericana do Coração (FIC) enfatiza que o diagnóstico de PCR é clínico e observado quando os seguintes sinais estão presentes no paciente: perda da consciência, respiração ofegante ou apneia e ausência de pulso em grandes artérias, sendo o sinal clínico de certeza a ausência de pulso carotídeo.^{1,5,9}

A RCP é reconhecida como as manobras realizadas para promover a circulação de sangue oxigenado pelo organismo, principalmente ao coração e ao cérebro, na tentativa de manter a viabilidade tissular, até que sejam recuperadas as funções ventilatórias e cardíacas espontâneas.¹⁰

A parada cardíaca súbita lidera as causas de morte na Europa e afeta entre 350 mil e 700 mil indivíduos por ano, representando cerca de 30% da população. Nessas situações, o ritmo inicial encontrado é a fibrilação ventricular, que é um ritmo caótico caracterizado por rápidas despolarizações e repolarizações do ventrículo.¹² Outros ritmos podem ocorrer, também sob a forma de taquicardia ventricular sem pulso, atividade elétrica sem pulso e assistolia, porém, com uma incidência menor.^{8-10,13}

A presença de uma equipe treinada e capacitada para identificar a PCR o mais precocemente possível é essencial para que a assistência, por meio do SBV e SAV em RCP, seja efetiva. Ressalta-se que a ciência da RCP continua a avançar e as diretrizes clínicas são atualizadas regularmente para refletir esse desenvolvimento e aconselhar os profissionais da saúde para melhorar suas práticas.^{8,10,11}

OBJETIVO

Estabelecer as exigências críticas no atendimento à PCR e na realização da RCP pela equipe de enfermagem em uma unidade de emergência, utilizando-se a Técnica do Incidente Crítico (TIC).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de corte transversal, na qual se utilizou uma abordagem qualitativa e a TIC¹⁴ como referência para os procedimentos metodológicos.

O estudo foi realizado na unidade de emergência de um hospital-escola em São José do Rio Preto (SP), que atende pacientes clínicos e cirúrgicos e funciona como centro de referência para a população local e pessoas de outros estados, possuindo materiais e tecnologia de ponta para atendimento de seus pacientes.

A amostra deste estudo foi constituída por 27 profissionais de enfermagem que trabalham na unidade de emergência do referido hospital e que aceitaram participar da pesquisa. O índice de saturação dos membros da equipe de enfermagem foi determinado utilizando o princípio da pesquisa qualitativa com incidentes críticos.

A coleta de dados foi realizada em fevereiro e março de 2012, por meio de um roteiro semiestruturado para avaliação dos incidentes críticos na unidade de emergência. Esse instrumento foi submetido a validação de aparência e conteúdo por cinco membros da equipe de enfermagem envolvidos na análise, não sendo necessárias reformulações. Foi constituído por duas partes: 1) dados sociodemográficos e profissionais da equipe de enfermagem, elaborado com questões fechadas e combinadas; 2) pergunta-estímulo, que estava relacionada ao objetivo da pesquisa.

A questão formulada foi: “Você poderia pensar em seu trabalho, em alguma situação de PCR e nas manobras de RCP que tenha presenciado ou participado? Como ocorreu o caso e quais foram as condutas adotadas e as consequências dessa situação?”.

Foi solicitado o relato detalhado de uma situação de PCR/RCP vivida ou presenciada, deixando claro que não importava a época em que havia ocorrido o fato, desde que a lembrança fosse completa e precisa. Os relatos dos sujeitos foram gravados e, logo após a realização de cada uma, o profissional ouvia sua entrevista, validava e, se necessário, retificava sua resposta. Os relatos gravados foram transcritos na íntegra e os dados significativos foram identificados e agrupados.

Em seguida, aplicamos a Análise de Conteúdo aos relatos e identificamos os incidentes críticos positivos e negativos, analisados em quatro fases: 1) Leitura, derivação e seleção dos incidentes críticos; 2) Identificação das situações, comportamentos e consequências; 3) Agrupamento dos relatos segundo as situações, comportamentos e

consequências; 4) Categorização das situações, comportamentos e consequências.¹⁴

Para a análise dos dados quantitativos foi utilizada a estatística descritiva, por meio da distribuição de frequência simples. Foram criadas categorias a partir das respostas dos profissionais entrevistados, e os resultados qualitativos foram expressos por meio das falas dos sujeitos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp), sob o Protocolo n. 6790/2011 e o Parecer n. 432/2011.

RESULTADOS

Entre os 27 profissionais de enfermagem que participaram deste estudo, 10 eram enfermeiros (37%) e 17 técnicos de enfermagem (63%). Destacou-se o fato de que 9 dos 10 enfermeiros eram especialistas em urgência e emergência.

Houve um predomínio de profissionais de enfermagem do sexo masculino, com idade variando entre 30 e 31 anos, religião católica, casados ou divorciados e sem filhos. Os profissionais com Ensino Superior, em sua maioria, cursaram especialização e possuíam de 3 a 5 anos de formação e de tempo de serviço na emergência. A grande parte dos profissionais com Ensino Médio tinha de 31 a 40 anos, tempo de formação de 11 a 15 anos e tempo de serviço entre 6 e 10 anos.

Foram identificadas 31 situações que representaram os incidentes críticos na unidade de emergência. Essas situações foram analisadas e agrupadas em 5 grandes categorias: 1) Competências do atendimento a PCR/RCP; 2) Sentimentos e emoções da equipe de enfermagem diante da PCR/RCP; 3) Estrutura e ambiente na RCP; 4) Eventos adversos em relação à PCR/ RCP; e 5) Capacitação da equipe de enfermagem (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuições das categorias dos incidentes críticos referentes às manobras de RCP segundo o relato dos profissionais de enfermagem da unidade de emergência (n = 31). São José do Rio Preto, 2012.

Categorias dos incidentes críticos diante da RCP	n	Porcentagem (%)
Competências do atendimento à PCR/RCP	23	74,2
Sentimentos e emoções da equipe diante da PCR/RCP	3	9,7
Estrutura e ambiente na RCP	2	6,5
Eventos adversos à PCR/RCP	2	6,5
Capacitação da equipe de enfermagem	1	3,1

O incidente crítico relatado com maior frequência foi “Competências do atendimento à PCR/RCP”, com 23 relatos, que correspondeu a 74,2%. Por esse motivo, esse incidente crítico foi selecionado para ser abordado neste artigo. Essa categoria de

incidente crítico foi subdividida segundo a organização de habilidades: habilidades cognitivas, habilidades interpessoais, habilidades técnicas e habilidades éticas e legais (Tabela 2).¹⁵

Tabela 2. Distribuições das habilidades requeridas ao atendimento à PCR/ RCP relatadas pelos profissionais de enfermagem de uma unidade de emergência (n = 23). São José do Rio Preto-SP, 2012.

Habilidades necessárias ao atendimento à PCR/RCP	n	Porcentagem (%)
Habilidades cognitivas	12	52,2
Habilidades interpessoais	6	26,1
Habilidades técnicas	4	17,4
Habilidades ética/legais	1	4,3

As habilidades cognitivas, definidas como conhecimento teórico relativo a uma situação ou ação¹⁵, foram observadas em 12 relatos (52,2%), representando mais da metade de todas as habilidades apresentadas dentro dessa categoria de incidente crítico.

A equipe de enfermagem dotada de conhecimento teórico científico em PCR/RCP abrangeu de forma conceitual a natureza das ações para oferecer com qualidade a assistência diante de tal evento. Dessa forma, encontraram-se relatos em relação ao reconhecimento precoce e tardio da PCR, início precoce e tardio das compressões, conhecimento e desconhecimento das novas diretrizes segundo a AHA⁵ e conhecimento sobre o protocolo de drogas, especialização da RCP em adultos, que implicam condições relevantes ao sucesso ou insucesso nas manobras de RCP pelos profissionais de saúde.

[...] ciclos de drogas né [...] naquela época usava-se adrenalina e atropina, hoje atualmente usa-se só adrenalina né [...] já foi iniciada a manobra de massagem cardíaca, enquanto o médico entubava [...] foi bem rápido mesmo, o paciente foi atendido rapidamente [...] também foi feita a desfibrilação rápida [...]]. (E3)

As habilidades interpessoais quanto aos aspectos positivos e negativos foram observadas em 6 relatos (26,1%) e destacaram a boa relação interpessoal entre os membros da equipe no desenvolvimento ágil da RCP, assim como a falta de trabalho em equipe:

[...] ela estava com triplo lúmen na parada. A equipe de residentes não sabia dizer pra gente se poderia fazer a medicação lá [...] as drogas da parada no triplo lúmen. Enquanto eles estavam discutindo isso aí, perguntando entre eles, nós já estávamos na segunda opção [...] puncionando outro acesso venoso, tentando puncionar outro acesso venoso [...]]. (E1)

Diante das habilidades técnicas, que representaram 17,39% dos relatos, foram destacadas as facilidades ou dificuldades de execução de técnicas primordiais durante o

atendimento da PCR/RCP como entubação endotraqueal pela equipe médica, dificuldade na realização das compressões cardíacas ou na realização delas de modo efetivo e/ou de modo inadequado, levando à ocorrência de mais lesões.

As habilidades técnicas positivas e negativas foram observadas em 4 relatos (17,39%), como apresentado no relato abaixo.

[...] mesmo assim entubou o paciente, depois mais de trinta minutos tentando entubar o paciente ele conseguiu. Entubou a primeira vez no estômago, depois entubou no estomago de novo, na terceira vez ele realmente entubou o paciente [...] mas não tão efetivo. Foram iniciadas as drogas normais de atendimento [...]]. (E7)

As habilidades éticas e legais evidenciam algumas ações de enfermagem e medicina que se relacionam ao exercício ético e legal da profissão e representaram 4,3% dos relatos dentro dessa subcategoria dos incidentes críticos. As lesões ocasionadas por manobras de RCP desnecessárias em casos com prognósticos fechados e terminais, assim como a decisão em cessar ou não as manobras de RCP, foram destacadas nas falas dos sujeitos:

[...] a que devemos olhar para todos os pacientes desta maneira, por trás deste corpo frágil, adoecido, inerte, existe toda uma história de vida [...] e um sonho que talvez encerrou no momento em que desistimos da manobra de reanimação. (E5)

As exigências críticas no atendimento da PCR/RCP determinou uma série de atividades relacionadas à sistematização do atendimento do evento da PCR/RCP, aos aspectos éticos e legais, eventos adversos, sentimentos e emoções e o desenvolvimento de competências e habilidades do profissional de enfermagem e da equipe com foco em cursos de capacitação, com ênfase nas recomendações atualizadas oferecidas pela AHA.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas e profissionais dos sujeitos analisados neste estudo foram semelhantes às de outros: idade, tempo de formação e atuação no serviço.¹⁶⁻¹⁸

O tempo de serviço em emergência, associado ao tempo de formação, é fator relevante no atendimento emergencial, pois impacta na identificação precoce dos sinais de agravamento dos pacientes e na prevenção de eventos estressantes, como a PCR/RCP, entre os membros da equipe de enfermagem.¹⁷

A maioria dos profissionais com Ensino Superior apresentou de 3 a 5 anos de formados, enquanto a maioria dos profissionais com Ensino Médio tinha de 11 a 15 anos. Esses dados apoiam um estudo que demonstrou que as equipes de urgência e emergência têm sido lideradas por enfermeiros com pouco tempo de formação acadêmica.¹⁸

O tempo de experiência reduzido na profissão pode constituir uma das dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem no início de suas carreiras, principalmente na área de urgência e emergência, em que o cuidado deve estar pautado em competências específicas e ser realizado de forma hábil, de acordo com as evidências científicas.^{8,19}

Competência pode ser definida como uma palavra do senso comum utilizada para designar uma pessoa qualificada para realizar alguma coisa. Representa um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, dentro de um conjunto de capacidades humanas que irão justificar um alto desempenho, na crença de que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas, dessa forma, pode ser percebida como um estoque de recursos que o indivíduo detém.²⁰

Nesse contexto, as competências diante da PCR/RCP devem ser aprimoradas tanto no SBV como no SAV, por meio de treinamentos, estudos dos novos protocolos e das diretrizes internacionais, a fim de que os profissionais da saúde melhorem sua fundamentação teórica e prática diante das manobras de RCP, assim como sua qualidade.¹¹

Alguns estudos traduzem a necessidade do treinamento e capacitação entre os profissionais de enfermagem que atendem a PCR/RCP, com duração entre 30 minutos e 8 horas no mínimo, a fim de reforçar as práticas e absorver conhecimento teórico fidedigno, promovendo a assistência segura e com qualidade.^{16,21,22}

As habilidades cognitivas, definidas como conhecimento teórico relativo a uma situação ou ação, foram observadas em 12 relatos (52,2%), representando mais da metade de todas as habilidades apresentadas dentro dessa categoria de incidentes críticos.¹⁴ Assim, a equipe de enfermagem dotada de conhecimento teórico científico em PCR/RCP abrangeu de forma conceitual a natureza das ações para oferecer com qualidade a assistência diante de tal evento.

O SBV e o SAV em cardiologia devem ser realizados pelos profissionais de saúde e por leigos de forma correta, seguindo uma sequência sistematizada e pré-estabelecida pelos protocolos internacionais.^{8,9,23}

Os protocolos de PCR/RCP vêm sofrendo mudanças e atualizações no decorrer de décadas, a partir de pesquisas especializadas na temática, com a finalidade da diminuição do tempo de atendimento da PCR/RCP, melhoria da qualidade no atendimento e diminuição das injúrias cardíacas e cerebrais.^{8,23,24}

Na eventualidade de uma PCR, emprega-se um conjunto de procedimentos médicos e de enfermagem, como a compressão torácica externa, ventilação pulmonar artificial e outras medidas terapêuticas, como a desfibrilação, com a finalidade de proporcionar a RCP do paciente. Portanto, é importante que todo profissional tenha conhecimento sobre a PCR e as manobras que compõem a RCP em SBV e SAV, para tomar decisões rápidas, seguras e eficazes, evitando o caos e o pânico, assegurando um atendimento de qualidade à vítima, com garantia de melhor prognóstico.^{8,25,26}

As habilidades Interpessoais, observadas neste estudo corroboram alguns autores que indicam que o envolvimento entre os membros da equipe e o atendimento em conjunto favorecem a realização das manobras de RCP de forma eficaz.^{21,27}

A falta de comunicação entre os membros da equipe é um dos fatores que dificultam a organização do atendimento e promovem sua desqualificação.¹⁵

As habilidades técnicas indicadas neste estudo apoiam os conceitos de que a execução de técnicas corretas no menor intervalo de tempo facilita e otimiza o tempo de ressuscitação do paciente, visto que tempo é vida na PCR. Assim, a equipe que presta atendimento aos pacientes vítimas de PCR e desempenham as manobras de RCP devem desenvolver habilidades técnicas para que as ações assistenciais sejam seguras, rápidas e efetivas. Essas habilidades podem ser aprimoradas por meio de treinamentos,

capacitações ou experiência clínica de trabalho.^{3,11,21,22,25}

As habilidades éticas e legais evidenciam algumas ações das equipes médica e de enfermagem que se relacionam ao exercício da profissão. As lesões ocasionadas nos pacientes durante as manobras de RCP desnecessárias em casos com prognósticos fechados e terminais, assim como a decisão de cessar ou não as manobras de RCP foram destacadas nas falas dos sujeitos.

As questões éticas e legais diante das manobras de RCP são sempre conflitantes, pois envolvem legislação, protocolos, direitos dos pacientes e, por isso, é bastante temida pelos profissionais de saúde que atuam em unidades de emergência e que enfrentam esses dilemas e conflitos diariamente. Destaca-se que esses serviços apresentam, na maioria das vezes, superlotação, recursos humanos, físicos e tecnológicos escassos, estrutura física inadequada, com poucas condições de acomodação aos usuários, podendo favorecer a ocorrência de erros relacionados à execução de procedimentos.²⁸

Algumas regras devem ser seguidas quanto à padronização da não reanimação.⁵ A reanimação excessiva sem nenhum retorno da circulação espontânea, nenhum choque administrado, e a PCR não testemunhada pela equipe do serviço médico de emergência são consideradas regras para a interrupção da RCP.^{9,29} Destaca-se, também, a dificuldade da aplicação da *ordem de não ressuscitar*, muitas vezes relacionada às implicações éticas e a presença do familiar e sua opinião diante da vida ou morte do ente querido.²⁹⁻³¹

As exigências críticas identificadas nesta pesquisa foram relacionadas ao desenvolvimento de competências e habilidades do profissional de enfermagem no atendimento à situação de emergência, envolvendo o cuidado, a gestão e o ensino.

As exigências críticas relacionadas ao ensino consistiram na adoção de medidas de educação permanente em serviço com ênfase nas recomendações e atualizações das Diretrizes da AHA⁵ no atendimento ao adulto e criança, incentivar a organização periódica de cursos de capacitação e investir na formação da equipe à medida que novos profissionais sejam integrados.

Destaca-se que, nesse processo de capacitação da equipe de saúde, alguns aspectos relevantes ao atendimento do paciente devem ser considerados: a capnografia quantitativa com forma de onda, recomendada para confirmação e monitorização do posicionamento do tubo endotraqueal e qualidade da RCP; que o

algoritmo de PCR tradicional foi simplificado e um esquema conceitual alternativo foi criado para enfatizar a importância da RCP de alta qualidade; que há uma maior ênfase na monitorização fisiológica, para otimizar a qualidade da RCP e detectar o RCP; que a atropina não é mais recomendada para uso de rotina no tratamento da atividade elétrica sem pulso; que o cuidado sistemático após a PCR e RCP deve continuar em uma unidade de terapia intensiva (UTI), com tratamento multidisciplinar especializado e avaliação do estado neurológico e fisiológico do paciente, inserindo o manejo da hipotermia terapêutica.⁵

Organizar as melhores práticas de ensino e aprendizado na capacitação em RCP para a equipe de enfermagem e médica deve ser incentivado, incluindo: métodos que aumentem a disposição das pessoas para o atendimento à PCR; estratégias de ensino ativas, como a simulação; discussão de formas de enfrentamento para medo e pânico diante de uma vítima em PCR; treinamento de habilidades de trabalho em equipe e liderança, avaliações periódicas e efetivas.⁵

Na gestão, as exigências críticas envolveram a motivação da equipe em relação à necessidade de uma assistência ao paciente em PCR segura, efetiva e de qualidade.⁵

Foram várias as exigências críticas relacionadas ao cuidado. A frequência das compressões torácicas externas deve ser realizada no mínimo 100 vezes por minuto, em uma profundidade mínima de 5 cm, em pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax. Devem ser evitadas ao máximo interrupções das compressões torácicas.⁵

Outras ações relacionadas ao cuidado devem incluir o incentivo e adequação das ações de resgate à causa mais provável da PCR dos pacientes na sala de emergência e, quando presenciar a PCR e estiver sozinho, deve-se solicitar imediatamente ajuda e procurar um desfibrilador. A equipe de atendimento também deverá verificar rapidamente se não há respiração ou se ela é anormal.⁵

Além disso, em relação ao cuidado, é essencial garantir que as compressões torácicas sejam iniciadas antes da ventilação de resgate (C-A-B em vez de A-B-C), mantendo 30 compressões para 2 ventilações de resgate, enquanto não estiver com uma via aérea definitiva; dar ênfase permanente na necessidade de reduzir o tempo entre a última compressão e a administração do choque e o tempo entre a administração do choque e o reinício imediato das compressões; dar ênfase na aplicação de RCP em equipe.⁵

À medida que chegam mais pessoas para o atendimento da PCR, a responsabilidade pelas atividades inerentes à RCP que, normalmente, seriam executadas em sequência por um número menor de profissionais, podem ser delegadas a uma equipe, que as executará de forma simultânea. Por essa razão, o treinamento em salvamento básico de vida para profissionais de saúde não só deve proporcionar capacitação individual, como também ensiná-los a trabalhar em equipe de forma efetiva.⁵

Devem-se considerar também os fatores éticos, legais e culturais associados à prestação de atendimento a indivíduos com necessidade de ressuscitação, guiando-se pela ciência, as preferências do indivíduo ou de seus representantes, bem como pelas exigências legais e dos programas de ações locais.⁵

CONCLUSÃO

Este estudo aponta temas importantes para a ciência da RCP, que exige o desenvolvimento de intervenções possíveis para promover mudanças que reflitam na qualidade do atendimento da PCR, com ênfase nas recomendações atualizadas da AHA.

Várias questões devem ser investigadas com esta abordagem para a prática da enfermagem no contexto da RCP na sala de emergência. Futuros estudos são necessários para determinar se as exigências críticas estabelecidas são eficazes para qualificar a assistência prestada ao paciente em PCR.

REFERÊNCIAS

1. Luciano PM, Matsuno AK, Moreira RS, Schmidt A, Pazin-Filho A. Suporte básico de vida. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo [Internet]. 2010 [cited 2013 Sept 6];20(2):230-8. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=570209&indexSearch=ID>
2. Moretti MA, Ferreira JFM. Um novo conceito: ressuscitação cardiocerebral. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo [Internet]. 2010 [cited 2013 Sept 10];20(2):224-9. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=570208&indexSearch=ID>
3. Timerman S, Gonzalez MMC, Abrão KC, Ramires JAF, Quilici AP, Lopes RD, et al. Ressuscitação no Brasil e no mundo e o ILCOR (Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação): história e consenso 2010 de

ressuscitação cardiopulmonar e emergências cardiovasculares. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo [Internet]. 2010 [cited 2013 Sept 10];20(2):207-23. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=570207&indexSearch=ID>

4. Thigpen K, Davis SP, Basol R, Lange P, Jain SS, Olsen JD, et al. Implementing the 2005 American Heart Association Guidelines, including use of the impedance threshold device, improves hospital discharge rate after in-hospital cardiac arrest. Respir Care [Internet]. 2010 [cited 2013 Oct 9];55(8):1014-9. Available from: <http://rc.rcjournal.com/content/55/8/1014.full.pdf+html>

5. American Heart Association [Internet]. Dallas: Guidelines CPR ECC; 2010 [cited 2010 Oct 25]. Destaque das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE: [about 32 screens]. Available from: http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf

6. Avezum A, Braga J, Santos I, Guimarães HP, Marin-Neto JA, Piegas LS. Cardiovascular disease in South America: current status and opportunities for prevention. Heart [Internet]. 2009 [cited 2010 Oct 25];95(18):1475-82. Available from: <http://heart.bmj.com/content/95/18/1475.full.pdf+html>

7. Dallan L AP, Timerman A. Síndrome coronária aguda - do pré-hospitalar a sala de emergência. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo [Internet]. 2010 [cited 2010 Oct 25];20(2):251-72. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=570211&indexSearch=ID>

8. Deakin CD, Nolan JP, Soar J, Sunde K, Koster RW, Smith GB, et al. Adult advanced life support. Resuscitation [Internet]. 2010 [cited 2013 Oct 9];81(10):1305-52. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0300957210004430/1-s2.0-S0300957210004430-main.pdf?_tid=40401cf4-4d5e-11e4-b570-00000aacb360&acdnat=1412602972_0c95a019708736e34a2b64191ee2af8a

9. Deakin CD, Nolan JP, Sunde K, Koster RW. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 3. Electrical therapies: automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion and pacing. Resuscitation [Internet]. 2010 [cited 2013 Nov 13];81(10):1293-304. Available from:

http://ac.els-cdn.com/S030095721000434X/1-s2.0-S030095721000434X-main.pdf?_tid=a6b216f4-4d5e-11e4-ab17-00000aacb35f&acdnat=1412603144_148a7f431d5b9035fdc2e33bae7900f6

10. Gonzalez MMC, Timerman S. Suporte avançado de vida - adulto: inserindo uma nova corrente de sobrevivência. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo [Internet]. 2010 [cited 2013 Nov 13];20(2):239-50. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=570210&indexSearch=ID>

11. Soar J, Monsieurs KG, Ballance JH, Barelli A, Biarent D, Greif R, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 9. Principles of education in resuscitation. Resuscitation [Internet]. 2010 [cited 2013 Dec 4];81(10):1434-44. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0300957210004405/1-s2.0-S0300957210004405-main.pdf?_tid=37cb004c-4d5f-11e4-9df7-00000aacb35e&acdnat=1412603388_6c324345fb3e85c036322b151bc7420f

12. Koster RW, Baubin MA, Bossaert LL, Caballero A, Cassan P, Castrén M, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. Resuscitation [Internet]. 2010 [cited 2013 Dec 4];81(10):1277-92. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0300957210004351/1-s2.0-S0300957210004351-main.pdf?_tid=a0cb6f3c-4d5f-11e4-a081-00000aacb35f&acdnat=1412603564_0b539301af71fede405cb0bdf4067a04

13. Handley AJ, Koster R, Monsieurs K, Perkins GD, Davies S, Bossaert L, et al. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. Resuscitation [Internet]. 2005 [cited 2014 Jan 23];67(Supl 1):S7-S23. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0300957205004090/1-s2.0-S0300957205004090-main.pdf?_tid=da10a988-4d5f-11e4-a526-00000aab0f26&acdnat=1412603660_d92b54011b9b7da8bc5b78c10ff7e903

14. Dela Coleta JÁ, Dela Coleta MF. A técnica dos incidentes críticos: 30 anos de utilização no Brasil na Psicologia, Administração, Saúde e Educação. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004.

15. Taylor C, Lillis C, Lemone P. Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5. ed. Porto Alegre: Artmed;

2007.

16. Azevedo ALCS. Gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidade de urgência traumática [dissertation]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2010.

17. Dochert B. Cardiorespiratory physical assessment for the acutely ill: 2. Br J Nurs [Internet]. 2002 [cited 2014 Jan 23];11(12):800-7. Available from: <http://content.ebscohost.com.ez58.periodico.s.capes.gov.br/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=2003019136&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMMvI7ESeprQ4zdnyOLCmr0yep65Srqm4SbKWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkm1p7RLuePfgeyx44Dt6fIA>

18. Wiebbelling ED, Santos MF. Enfermagem em urgência e emergência no município de Foz do Iguaçu, Parana, Brazil. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2009 [cited 2014 Mar 9];3(3):1-10. Available from: <http://www.corenpr.org.br/artigos/artigo.pdf>

19. Thomaz RR, Lima FV. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. Acta Paul Enferm [Internet]. 2000 [cited 2014 Mar 9];13(3):59-65. Available from:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=10188&indexSearch=ID>

20. Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito de competência. Rev Adm Contemp [Internet]. 2001 [cited 2014 Apr 8];(Esp):183-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>

21. Aziz K, Chadwick M, Downton G, Baker M, Andrews W. The development and implementation of a multidisciplinary neonatal resuscitation team in a Canadian perinatal centre. Resuscitation [Internet]. 2005 [cited 2014 Apr 8];66(1):45-51. Available from:

http://ac.els-cdn.com/S0300957205000419/1-s2.0-S0300957205000419-main.pdf?_tid=4602f65c-4d63-11e4-92c1-00000aacb362&acdnat=1412605130_ca1486f8bd41286e897b0e27fa93fc93

22. Dwyer T, Williams LM, Jacobs I. The benefits and use of shock advisory defibrillators in hospitals. Int J Nurs Pract [Internet]. 2004 [cited 2014 May 5];10(2):86-92. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2003.00463.x/pdf>

23. Deakina CD, Nolanb JP, Sundec K, Koster RW. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 3. Electrical therapies: Automated external

defibrillators, defibrillation, cardioversion and pacing. Resuscitation [Internet]. 2010 [cited 2014 May 4];81(10):1293-304. Available from: http://ac.els-cdn.com/S030095721000434X/1-s2.0-S030095721000434X-main.pdf?_tid=fecf9834-4d63-11e4-8b24-00000aacb35d&acdnat=1412605440_7a496ff2328eec9e4429d75934abe672

24. Timerman S, Paiva E, Tarasoutchi F. Suporte avançado de vida: implantação no Brasil e sua essência. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo [Internet]. 1998 [cited 2014 July 7];8(4):621-32. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=281853&indexSearch=ID>

25. Bartley PD, McDowell BM. You know you're an old nurse when. Am J Nurs [Internet]. 2002 [cited 2014 July 7];102(Supl):54-7. Available from: http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2002/05001/You_Know_You_re_an_Old_Nurse_When_The.13.aspx

26. Boaventura AP. Avaliação do processo ensino aprendizagem das manobras de ressuscitação cardiorrespiratória (RCP) utilizando o desfibrilador externo automático (DEA): alunos de graduação da área da saúde [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.

27. Tallo FS, Moraes Junior R, Guimarães HP, Lopes RD, Lopes AC. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. Rev Soc Bras Clín Méd [Internet]. 2012 [cited 2013 Sept 6];10(3):194-200. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2891.pdf>

28. Murphy M, Fitzsimons D. Does attendance at an immediate life support course influence nurses' skill deployment during cardiac arrest? Resuscitation [Internet]. 2004 [cited 2013 Sept 6];62(1):49-54. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0300957204000784/1-s2.0-S0300957204000784-main.pdf?_tid=72a87bda-4d65-11e4-b7e3-00000aacb35e&acdnat=1412606063_c8956805dc6a1f0743c401bd16db419

29. Rosa NG. Dilemas éticos no mundo do cuidar de um serviço de emergência [dissertation]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

30. Lippert FK, Raffay V, Georgiou M, Steen PA, Bossaert L. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation [Internet]. 2010 [cited 2013 Oct 12];81(10):1445-51.

Available from: http://ac.els-cdn.com/S0300957210004399/1-s2.0-S0300957210004399-main.pdf?_tid=7e3fdfaa-4d66-11e4-86d4-00000aab0f01&acdnat=1412606512_32f66a7e56cf8108cd9f15eeaae3b018

31. DePalma JA, Ozanich E, Miller S, Yancich LM. "Slow" code: perspectives of a physician and critical care nurse. Crit Care Nurs Q [Internet]. 1999 [cited 2014 May 8];22(3):89-97. Available from: http://link.periodicos.capes.gov.br/ez58.periodicos.capes.gov.br/sfxlcl41?url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=fi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_ver=Z39.88-2004&rft_id=info:sid/sfxit.com:azlist&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=954927696952&svc.fulltext=yes

32. Hodde NM, Engelberg RA, Treece PD, Steinberg KP, Curtis JR. Factors associated with nurse assessment of the quality of dying and death in the intensive care unit. Crit Care Med [Internet]. 2004 [cited 2014 May 4];32(8):1648-53. Available from: [http://ovidsp.tx.ovid.com/ez58.periodicos.capes.gov.br/sp-3.13.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=KHJCFPEBKIDNMGINCLKMBFBMMFAAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26TOC%3djb.search.31%257c1%257c50%26FORMAT%3dtoc%26FIELDS%3dTOC%26S%3dKHJCFPEBKIDNMGINCLKMBFBMMFAAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCFBMBGKI00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f00003246%2f00003246-200408000-00003.pdf&filename=Factors+associated+with+nurse+assessment+of+the+quality+of+dying+and+death+in+the+intensive+care+unit+%2a.&PDFIdLinkField=%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f00003246%2f00003246-200408000-00003&link_from=jb.search.31%7c1&pdf_key=B&pdf_index=jb.search.31&D=ovft](http://ovidsp.tx.ovid.com/ez58.periodicos.capes.gov.br/sp-3.13.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=KHJCFPEBKIDNMGINCLKMBFBMMFAAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26TOC%3djb.search.31%257c1%257c50%26FORMAT%3dtoc%26FIELDS%3dTOC%26S%3dKHJCFPEBKIDNMGINCLKMBFBMMFAAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCFBMBGKI00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f00003246%2f0003246-200408000-00003.pdf&filename=Factors+associated+with+nurse+assessment+of+the+quality+of+dying+and+death+in+the+intensive+care+unit+%2a.&PDFIdLinkField=%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f00003246%2f00003246-200408000-00003&link_from=jb.search.31%7c1&pdf_key=B&pdf_index=jb.search.31&D=ovft)

32. Hodde NM, Engelberg RA, Treece PD, Steinberg KP, Curtis JR. Factors associated with nurse assessment of the quality of dying and death in the intensive care unit. Crit Care Med [Internet]. 2004 [cited 2014 May 4];32(8):1648-53. Available from: http://ovidsp.tx.ovid.com/ez58.periodicos.capes.gov.br/sp-3.13.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=KHJCFPEBKIDNMGINCLKMBFBMMFAAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26TOC%3djb.search.31%257c1%257c50%26FORMAT%3dtoc%26FIELDS%3dTOC%26S%3dKHJCFPEBKIDNMGINCLKMBFBMMFAAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCFBMBGKI00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f00003246%2f00003246-200408000-00003.pdf&filename=Factors+associated+with+nurse+assessment+of+the+quality+of+dying+and+death+in+the+intensive+care+unit+%2a.&PDFIdLinkField=%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f00003246%2f00003246-200408000-00003&link_from=jb.search.31%7c1&pdf_key=B&pdf_index=jb.search.31&D=ovft

32. Hodde NM, Engelberg RA, Treece PD, Steinberg KP, Curtis JR. Factors associated with nurse assessment of the quality of dying and death in the intensive care unit. Crit Care Med [Internet]. 2004 [cited 2014 May 4];32(8):1648-53. Available from: http://ovidsp.tx.ovid.com/ez58.periodicos.capes.gov.br/sp-3.13.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=KHJCFPEBKIDNMGINCLKMBFBMMFAAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26TOC%3djb.search.31%257c1%257c50%26FORMAT%3dtoc%26FIELDS%3dTOC%26S%3dKHJCFPEBKIDNMGINCLKMBFBMMFAAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCFBMBGKI00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f00003246%2f00003246-200408000-00003.pdf&filename=Factors+associated+with+nurse+assessment+of+the+quality+of+dying+and+death+in+the+intensive+care+unit+%2a.&PDFIdLinkField=%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f00003246%2f00003246-200408000-00003&link_from=jb.search.31%7c1&pdf_key=B&pdf_index=jb.search.31&D=ovft

32. Hodde NM, Engelberg RA, Treece PD, Steinberg KP, Curtis JR. Factors associated with nurse assessment of the quality of dying and death in the intensive care unit. Crit Care Med [Internet]. 2004 [cited 2014 May 4];32(8):1648-53. Available from: http://ovidsp.tx.ovid.com/ez58.periodicos.capes.gov.br/sp-3.13.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=KHJCFPEBKIDNMGINCLKMBFBMMFAAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26TOC%3djb.search.31%257c1%257c50%26FORMAT%3dtoc%26FIELDS%3dTOC%26S%3dKHJCFPEBKIDNMGINCLKMBFBMMFAAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCFBMBGKI00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f00003246%2f00003246-200408000-00003.pdf&filename=Factors+associated+with+nurse+assessment+of+the+quality+of+dying+and+death+in+the+intensive+care+unit+%2a.&PDFIdLinkField=%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv031%2f00003246%2f00003246-200408000-00003&link_from=jb.search.31%7c1&pdf_key=B&pdf_index=jb.search.31&D=ovft

Submissão: 26/09/2014

Aceito: 08/02/2015

Publicado: 01/03/2015

Correspondência

Jocilene de Carvalho Miraveti Canova
Cond. Rio Manso
Avenida das Palmeiras, casa 341
Bairro Jardim Imperial
CEP 78075-850 – Cuiabá (MT), Brasil