

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - UNIARP
CURSO DE ENFERMAGEM**

TÁLYTA CARDOSO LOPES

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
SOBRE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA EM PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.**

**CAÇADOR
2020**

TÁLYTA CARDOSO LOPES

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
SOBRE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA EM PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como exigência para obtenção
do título de Bacharel em Enfermagem pela
Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe –
UNIARP.

Orientador: Prof. Sarah C.C. Massoco.

**CAÇADOR
2020**

TERMO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para todos os fins de direito, que assumo total responsabilidade pelo aporte ideológico conferido ao presente trabalho, isentando a Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, a coordenação do Curso de Enfermagem e a Banca Examinadora de toda e qualquer responsabilidade acerca do mesmo.

Caçador, 08 de julho de 2020

Acadêmico: Tályta Cardoso Lopes

Assinatura

TÁLYTA CARDOSO LOPES

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
SOBRE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA EM PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova com nota _____ este Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Enfermagem da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, como requisito final para obtenção do título de:

BACHAREL EM ENFERMAGEM

Mestre Rosemari Santos de Oliveira
Coordenador do Curso de Enfermagem

BANCA EXAMINADORA

Sarah Cristina Chiesa Massoco - UNIARP
(Presidente da Banca/ Orientador)

Especialista Patrícia de Lima Ribeiro - UNIARP
(Membro da banca)

Especialista Wanderléia Tragancin - UNIARP
(Membro da banca)

Caçador, SC, 08 de Julho de 2020.

Dedico este trabalho a Deus que sempre
foi a minha força!
Porque dele e por ele, e para ele, são
todas as coisas; glória, pois, a ele
eternamente. Amém. (Romanos 11:36).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por todo o cuidado comigo, por ser o meu conforto nos momentos de desespero, meu abrigo seguro, a minha força e acima de tudo por me ensinar sempre sobre o amor e a importância de amar o meu próximo como a mim mesma.

Aos meus pais Eva e Diones deixo a minha gratidão por sempre me incentivarem a lutar pelos meus sonhos e por todo o esforço que sempre fizeram para que estes se tornassem realidade. São a minha inspiração para ser a pessoa que sou hoje e tudo o que conquistei devo a eles.

Ao meu namorado Elieser Camargo sou grata por me encorajar, me tranquilizar, por me fazer querer ser melhor a cada dia e por fazer com que eu acredite em meu potencial, agradeço por estar sempre torcendo por mim.

As minhas amigas Cristina, Evelin, Emily, Alyssa e Fabiola que me acompanharam nessa trajetória de aulas, trabalhos e estágios, eu agradeço por cada momento de alegria que compartilhamos, até pelas brigas e desentendimentos, gratidão por contribuírem com meu crescimento pessoal, por termos dividido conhecimentos e por sempre me servirem de apoio nos dias difíceis.

Agradeço a todos os docentes que contribuíram para a minha formação, pela paciência em ensinar e acima de tudo por sempre zelarem pelo ato de humanização na nossa profissão, pois antes de ser um bom profissional devemos aprender a ser bons seres humanos.

Agradeço aos orientadores metodológicos que ajudaram na realização do presente trabalho, em especial a Cláudia Maté por toda a sua paciência e por estar sempre disponível para esclarecer as dúvidas.

Gratidão a minha orientadora enfermeira Sarah Massoco por toda a sua dedicação para que esse trabalho fosse concluído com êxito, por me auxiliar e contribuir para o meu crescimento profissional e que além de ser minha professora e orientadora ser ainda uma amiga a qual tem me ensinado muito sobre a vida.

E aos demais que sempre torceram por mim, deixo aqui os meus sinceros agradecimentos.

Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte do saber.
Escolhi ser enfermeira porque amo e respeito à vida!
(Florence Nightingale).

RESUMO

O manejo de uma parada cardiorrespiratória é comum em um ambiente hospitalar, no entanto nos remete ao pensamento: caso este evento ocorra em unidade de saúde, a enfermagem está preparada? Assim essa pesquisa trata sobre a avaliação do conhecimento dos profissionais de enfermagem no atendimento de emergência em parada cardiorrespiratória em unidade básica de saúde em um município do Meio Oeste de Santa Catarina. O objetivo foi avaliar se a equipe de enfermagem da Unidade Básica de Saúde (UBS) possui conhecimento atualizado e os equipamentos mínimos necessários para prestar este atendimento, visto que esta é a principal causa de óbito na idade adulta, onde é possível promover uma melhor taxa de sobrevivência desde que seja iniciada a cadeia de sobrevivência de forma imediata. Para avaliação dos conhecimentos dos profissionais foi aplicado um questionário com perguntas de múltipla escolha e para análise dos resultados foi adotada a metodologia estatística quantitativa descritiva, os resultados foram tabulados de acordo com os questionamentos e comparados com as recomendações atuais do Suporte Básico de Vida. A amostra foi com o total de 16 profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos). A pesquisa buscou avaliar o conhecimento dos profissionais que atuam na UBS referente a identificação e manejo da Parada Cardiorrespiratória (PCR) e se a equipe está atualizada quanto as recomendações 2020 da *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS) para Suporte Básico de Vida (SBV). Dos profissionais participantes da pesquisa, 81% considera sua equipe capacitada para atender a ocorrência e 76% refere possuir conhecimento atual em SBV, porém a avaliação do conhecimento geral dos profissionais apresentou 40% de erros nas questões de conhecimento específico.

Palavras-chaves: Enfermagem. Unidade Básica de Saúde. Parada cardiorrespiratória. Suporte Básico de Vida. Atendimento de emergência.

ABSTRACT

The management of cardiopulmonary arrest is common in a hospital environment, however it brings us to the thought: if this event occurs in a health unit, is nursing prepared? Thus, this study deals with the evaluation of the knowledge of nursing professionals in emergency care for cardiorespiratory arrest in a basic health unit in a city in the Midwest of Santa Catarina. The objective was to assess whether the nursing staff of the Basic Health Unit (UBS) has updated knowledge and the minimum equipment necessary to provide this care, since this is the main cause of death in adulthood, where it is possible to promote a better rate of survival as long as the chain of survival is started immediately. To evaluate the knowledge of the professionals, a questionnaire with multiple choice questions was applied and for the analysis of the results, the descriptive qualitative statistical methodology was adopted, the results were tabulated according to the questions and compared with the current recommendations of Basic Life Support. The sample consisted of a total of 16 professionals from the nursing team (nurses and technicians). The research sought to assess the knowledge of professionals working in the basic health unit (BHU) regarding the identification and management of cardiorespiratory arrest (PCR) and whether the team is up to date with the 2017-2018 recommendations of the Advanced Cardiac Life Support (ACLS) for Basic Life Support (BLS). Of the professionals participating in the research, 81% consider their team qualified to attend the occurrence and 76% say they have current knowledge in BLS, however the assessment of the general knowledge of the professionals showed 40% of errors in specific knowledge questions.

Keywords: Nursing. Basic Health Unit. Cardiopulmonary Arrest. Basic Life Support. Emergency Care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 PARADA CARDIORRESPIRATORIA (PCR) E A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP).....	13
1.1 FISILOGIA CARDIORRESPIRATÓRIA.....	13
1.2 FISILOGIA RESPIRATÓRIA	14
1.3 FISIOPATOLOGIA DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR).....	16
1.3.1 Modalidades De Parada Cardiorrespiratória	17
1.3.2 Assistolia e Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP)	17
1.4 REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA	18
1.4.1 Protocolo da ACLS 2015	18
1.4.2 Protocolo da ACLS 2017 – novas recomendações	21
1.4.3 Protocolo da ACLS 2020 – atuais	22
1.4.4 O papel da equipe de enfermagem na RCP.....	23
1.4.5 O que é Suporte Básico de Vida	27
1.4.6 Materiais e equipamentos para urgência e emergência em UBS.....	28
1.4.7 Insumos e medicamentos para urgência e emergência	28
2 METODOLOGIA	30
3 RESULTADO E DISCUSSÃO	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICES	55
APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO	55

INTRODUÇÃO

A Sociedade Brasileira de Cardiologia descreve que a Doença Cardiovascular (DCV) é a principal causa de morte no Brasil e no mundo, determinando aumento da morbidade e incapacidade ajustadas pelos anos de vida. Embora as taxas de mortalidade estejam diminuindo no país, possivelmente como resultado de políticas de saúde, o número total destas ainda está aumentando principalmente devido ao envelhecimento e adoecimento da população (PRÉCOMA, 2019).

De acordo com Melo e Silva (2011), nos municípios de pequeno e médio porte, os cidadãos tendem a procurar, na grande maioria, um primeiro atendimento na UBS em situações de emergência.

O elo entre o paciente e o sistema, é a UBS que além de desenvolver atividades de prevenção, promoção e recuperação, também atua como porta de entrada da assistência aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo também responsável por realizar o acolhimento, atendimento e encaminhamento para um serviço de maior complexidade quando necessário. No entanto, apesar da atenção primária ser responsável pelos atendimentos básicos, cabe a equipe estar capacitada para a assistência de enfermagem em casos de emergência, nesta pesquisa elencamos a PCR, visto que poderá ocorrer fora do ambiente hospitalar.

A presença dos fatores de risco como: hipertensão, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo, diabetes, histórico familiar, condições sociodemográficas, étnicas, culturais, dietéticas e comportamentais, aumentam a probabilidade de doença arterial coronariana (PRÉCOMA, 2019).

A parada cardíaca é muito comum nos dias de hoje, sendo atualmente o que mais leva os pacientes a óbito. Classifica-se como a cessação abrupta da função mecânica, que se atendida rapidamente poderá ser revertida, porém se não houver pronta intervenção poderá ser fatal (MYERBURG; CASTELLANOS, 2005 apud SEMENSATO; ZIMERMAN; ROHDE, 2010).

Esta condição é de evolução rápida, pois está associada a sinais e sintomas comuns entre pacientes com fatores de risco, por isso é necessário que os profissionais possuam conhecimentos para identificação precoce das intercorrências das DCV, a fim de identificar o risco de uma PCR, bem como iniciar as manobras de Reanimação Cardiopulmonar (RCP), na UBS e acionar a cadeia de sobrevivência, o que resultará em aumento da taxa de sobrevivência.

No entanto, para que a cadeia, seja executada de maneira efetiva, de modo a manter o fluxo cerebral do paciente aumentando suas chances de recuperação, é de fundamental importância que a equipe de enfermagem que atuará no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) na UBS, tenha conhecimento das técnicas e acompanhe as atualizações das diretrizes de SBV.

É importante saber se os enfermeiros e técnicos de enfermagem, atuantes na atenção primária estão capacitados para agir em casos de emergência, se estão atualizados quanto às normas e diretrizes, se possuem além de suporte científico, suporte de materiais, equipamentos e insumos mínimos necessários para proceder com as manobras de ressuscitação, conforme as recomendações atuais do SBV.

Como objetivo geral nesta pesquisa foi proposta a avaliação do conhecimento dos profissionais de enfermagem que atuam em UBS de um município do Meio Oeste de Santa Catarina, no que se refere à identificação e manejo da principal emergência cardiológica, a PCR. E os objetivos específicos são: identificar se as recomendações 2020 da ACLS para atendimento básico pré-hospitalar em cardiologia são realizadas pela enfermagem atuante nas unidades de atendimento básico, avaliar o conhecimento dos profissionais e a disponibilidade de materiais e identificar a rotina para atendimento de emergência em PCR.

O objetivo da análise dos dados pelo método quantitativo e descritivo quanto à percepção das lacunas no atendimento pré-hospitalar realizado por profissionais era comparar os resultados para ver se estão de acordo com as recomendações vigentes do SBV, bem como verificar se a equipe de enfermagem que atua na UBS, possui conhecimento atualizado em SBV.

Aos participantes foi disponibilizado um questionário, em conformidade com os preceitos da ética em pesquisa.

1 PARADA CARDIORRESPIRATORIA (PCR) E A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP).

1.1 FISILOGIA CARDIORRESPIRATÓRIA

Entre as numerosas funções do sangue, temos o transporte de gases respiratórios, de moléculas nutritivas, de produtos da decomposição metabólica e de hormônios. O sangue é transportado através do corpo por um sistema de vasos que partem do coração e retornam ao mesmo (FOX, 2007).

Silverthorn (2010) classificou o sistema circulatório de maneira geral, como uma série de vasos sanguíneos, cheios de sangue, conectados ao coração.

A pressão gerada no coração impulsiona o sangue por todo o sistema, esse sangue captura oxigênio dos pulmões e os nutrientes do intestino e entrega essas substâncias às células corporais, ao mesmo tempo que remove resíduos celulares e calor para serem excretados (SILVERTHORN, 2010).

O sistema circulatório é composto por coração, vasos sanguíneos, células e plasma sanguíneos. As artérias são os vasos sanguíneos que levam o sangue a partir do coração, e as veias trazem o sangue para o coração (SILVERTHORN, 2010).

De acordo com Guyton e Hall (2006), o coração é formado por duas bombas, nomeadas como: coração direito e coração esquerdo. O direito é responsável por bombear o sangue para o pulmão, enquanto o lado esquerdo bombeia o sangue aos órgãos periféricos.

Um sistema de valvas no coração e nas veias, assegura que o sangue flua em apenas um sentido. As valvas impedem que o sangue inverta o sentido do fluxo (SILVERTHORN, 2010).

A ACLS (2020) define o coração como um músculo composto por quatro câmaras, sendo os átrios, as duas câmaras superiores e os ventrículos, as inferiores.

Conforme Silverthorn (2010) o átrio recebe o sangue que retorna ao coração trazido pelas veias, e os ventrículos bombeiam o sangue para dentro das artérias, o lado direito recebe o sangue a partir dos tecidos e envia para os pulmões onde será oxigenado, esse sangue oxigenado vai até o átrio esquerdo, que impulsionará o sangue ao ventrículo esquerdo, o qual fornecerá o sangue recém oxigenado para o resto do corpo.

Segundo Guyton e Hall (2006, p.106), “o conjunto dos eventos cardíacos que ocorre entre o início de um batimento e o início do próximo, é denominado ciclo

cardíaco”. No ciclo cardíaco acontece a sístole e a diástole, a diástole consiste no período de relaxamento, no qual o coração se enche de sangue e a sístole é o período de contração (GUYTON; HALL, 2006).

O sistema cardíaco é composto de quatro valvas, sendo elas divididas em dois grupos: as valvas átrio ventriculares - AV (tricúspide e mitral) e as valvas semilunares (pulmonar e aórticas). As valvas AV evitam que o sangue retorne dos ventrículos para os átrios durante a sístole, enquanto que as valvas semilunares impedem o refluxo da aorta e das artérias pulmonares para os ventrículos durante a diástole (GUYTON; HALL, 2006).

De acordo com Guyton e Hall (2006), ao se auscultar o coração com estetoscópio, ouve-se, primeiro, o som do fechamento das valvas AV, que tem uma vibração com timbre baixo e duração relativamente longa, este é denominado a primeira bulha cardíaca, e a segunda bulha cardíaca, é quando as valvas aórticas e pulmonares se fecham ao final da sístole e ouve-se um rápido estalido.

O nodo sinusal é também conhecido como nodo sinoatrial, a ACLS (2020) cita que o nodo sinoatrial é responsável por criar a atividade elétrica que atua como o marca passo natural do coração e tal impulso elétrico irá para o nodo atrioventricular. De acordo com Guyton e Hall (2006), as fibras do nodo sinusal se conectam, diretamente, às fibras musculares atriais, de modo que qualquer potencial de ação que se inicie no nodo sinusal se difunde de imediato para a parede do músculo atrial. Esse mecanismo é o responsável pela contração do músculo cardíaco e consequente bombeamento sanguíneo (ACLS, 2020).

1.2 FISILOGIA RESPIRATÓRIA

De acordo com Widmaier, Raff e Strang (2017, p.460):

O sistema respiratório está estreitamente associado ao sistema circulatório e é responsável pela captação de oxigênio do ambiente e seu fornecimento ao sangue, bem como pela eliminação de dióxido de carbono a partir do sangue.

Guyton e Hall (2006) afirmam que para que se alcance tais objetivos é necessário que o sistema respiratório desempenhe algumas funções, das quais Fox (2007) destaca as três principais, sendo elas: a ventilação (respiração); a troca gasosa, que ocorre entre o ar e o sangue nos pulmões (respiração externa) e entre o sangue e outros tecidos do corpo (respiração interna); e por último, a utilização de oxigênio pelos tecidos.

Widmaier, Raff e Strang (2017, p. 460) diz que:

Existem dois pulmões, o direito e o esquerdo, cada um deles dividido em lobos. Os pulmões consistem principalmente em minúsculos sacos que contêm ar, denominados alvéolos, cujo número é de aproximadamente 300 milhões no adulto. Os alvéolos são os locais de troca gasosa com o sangue. As vias respiratórias são os tubos pelos quais o ar flui do meio externo para os alvéolos e de volta ao meio externo.

De acordo com Silverthorn (2010) as estruturas envolvidas na ventilação e na troca de gases são as vias aéreas, os alvéolos, os ossos e os músculos do tórax e do abdome que auxiliam na ventilação. O autor relata que as vias aéreas aquecem, umedecem e filtram o ar inspirado e nos alvéolos é onde ocorre as trocas gasosas. O trato respiratório superior é composto pela boca, cavidade nasal, faringe e laringe e o trato respiratório inferior consiste em traqueia, brônquios e ramificações e os pulmões (SILVERTHORN, 2010).

O tórax é delimitado pelos ossos da coluna vertebral e das costelas e por seus músculos associados, esse conjunto chamamos de caixa torácica. As costelas e a coluna vertebral formam os lados e o topo da caixa e o diafragma forma a base (SILVERTHORN, 2010).

“O tórax é um recipiente fechado preenchido com três sacos membranosos, ou bolsas. Um, o saco pericárdico, contém o coração. Os dois outros sacos, os sacos pleurais, cada um circunda um pulmão” (SILVERTHORN, 2010, p.570).

Conforme Guyton e Hall (2006) o pulmão flutua dentro da caixa torácica, cercado de líquido pleural, tal líquido é responsável pela lubrificação dos movimentos do pulmão dentro da cavidade.

Guyton e Hall (2006) dizem que a respiração normal é realizada quase inteiramente pelo diafragma, com movimentos de subida e descida que vão aumentar ou diminuir a cavidade torácica, esses movimentos ocorrem pela inspiração e expiração. Os autores falam que na inspiração a contração diafragmática puxa a parte inferior dos pulmões para baixo e durante a expiração simplesmente ocorre o relaxamento, portanto o maior esforço ocorre na inspiração. Porém, para expulsão de todo o ar, na fase expiratória, é necessária uma força extra, predominante da contração da musculatura abdominal, que irá empurrar o conteúdo abdominal para cima contra o diafragma, comprimindo os pulmões (GUYTON; HALL, 2006).

Segundo Guyton e Hall (2006), além da contração diafragmática, existe o método de expansão pulmonar através da elevação da caixa torácica, a obra relata

que nesse processo, as costelas se projetam para frente e conseqüentemente o externo também se move anteriormente, o que aumenta o diâmetro anteroposterior do tórax cerca de 20% durante a inspiração.

Silverthorn (2010) descreve o andamento do sistema respiratório da seguinte maneira: primeiramente o ar entra pelas vias aéreas e passa pela faringe, de onde flui para a laringe e em seguida chega a traqueia. O autor delinea a traqueia como um tubo semiflexível, mantido aberto por 15 a 20 anéis de cartilagem em forma de C, que se ramifica abaixo do tórax em um par de brônquios primários, os quais no interior dos pulmões ramificam-se em brônquios progressivamente menores, que darão origem aos bronquíolos e esses continuarão se ramificando até que formem uma transição entre as vias aéreas e o epitélio de troca do pulmão, os alvéolos ficam agrupados nas extremidades dos bronquíolos terminais.

1.3 FISIOPATOLOGIA DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)

A parada cardiorrespiratória é um problema preocupante e as chances de sobrevivência estão intimamente ligadas ao atendimento, rápido, seguro e eficaz. De acordo com Alves, Barbosa e Faria (2013) entre as emergências que ameaçam a vida, ela está entre as mais temidas.

Souza e Silva (2013 apud SOUZA et al., 2019, p.2) caracterizam a PCR como:

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.

A parada cardiorrespiratória está susceptível de ocorrer em qualquer tipo de ambiente, desde os mais inusitados, pois ela se manifesta muitas vezes de forma silenciosa. Pode acontecer desde setores menos equipados, como ambulatórios e UBS até os ambientes hospitalares que se encontram mais bem equipados (PAULINO; VIEIRA; RODRIGUES, 2016)

A equipe de enfermagem deve estar sempre capacitada para identificar alterações clínicas nos pacientes, as quais, podem ser facilmente detectadas através dos sinais vitais e observação do paciente. Alterações podem causar eventos clínicos adversos, estando entre eles a parada cardiorrespiratória, que se identificada e tratada precocemente melhora a sobrevivência e qualidade de vida dos pacientes (JORGE et al., 2012 apud SOUZA et al., 2019).

1.3.1 Modalidades De Parada Cardiorrespiratória

Na PCR é necessário que seja determinado a sua modalidade, que ocorre através da monitorização dos ritmos cardíacos, que deverá identificar os ritmos chocáveis e não chocáveis, para que seja aplicada a desfibrilação imediata nos casos chocáveis (TALLO et al., 2012).

“A Fibrilação Ventricular (FV), caracteriza-se pela ausência de atividade elétrica organizada, com distribuição caótica de complexos de várias amplitudes” (TALLO et al., 2011, p.196). O autor diz que tais movimentos descoordenados fazem com que o coração pare de impulsionar o sangue. Ainda define a Taquicardia Ventricular Sem Pulso (TVSP) como: a sequência rápida de batimentos ectópicos ventriculares (superior a 100 por minuto) chegando à ausência de pulso arterial palpável por deterioração hemodinâmica (TALLO et al., 2012).

A FV/TVSP pode evoluir rapidamente para assistolia, no entanto é indicado a desfibrilação o mais rápido possível.

[...] Quando a monitorização com desfibrilador manual revela ritmo de FV/TVSP, a prioridade deve ser a desfibrilação o mais precoce possível, assim que disponível, uma vez que a duração da arritmia é fator prognóstico para o sucesso da desfibrilação (WINDECKER et al., 1999 apud GONZALEZ et al., 2013, p.24).

A FV é muito frequente no atendimento pré-hospitalar, podemos compreender com base em Tallo et al. (2012, p. 196) que “é a modalidade mais comum de PCR fora do ambiente hospitalar, com estimativa de 85% dentre as PCR extra-hospitalares não traumáticas”.

1.3.2 Assistolia e Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP)

Nesses ritmos não é indicado o uso de desfibrilador. No entanto deve-se focar nas manobras de RCP e principalmente buscar tratar das causas reversíveis, as quais podem aumentar as chances de vida do paciente. Gonzalez et al. (2013) afirma que a AESP e assistolia podem ser causadas por condições reversíveis e se detectadas precocemente podem ser tratadas com sucesso (Quadro 01). Durante os 2 minutos de RCP, os socorristas devem lembrar dos “5Hs e 5Ts”.

A assistolia é quando o traçado cardíaco apresenta-se como uma linha reta e não existe qualquer sinal de atividade cardíaca. De acordo com Tallo et al. (2012, p.

197) “é considerado o ritmo final de todos os mecanismos de PCR e o de pior prognóstico”.

Geralmente antes da assistolia o paciente apresentara alguma outra modalidade de parada que por não obter sucesso na reanimação evoluirá para assistolia.

Assistolia como ritmo inicial de parada, está associada a prognóstico extremamente reservado, com cerca de 7% de alta hospitalar. Na maior parte das vezes, a assistolia é um evento secundário na evolução tardia da FV, ou como via final de hipóxia prolongada, acidose ou necrose miocárdica (MEANEY et al., 2010 apud GONZALEZ et al., 2013, p. 27).

Tallo et al. (2012) diz que na AESP, diferente da assistolia, haverá uma atividade elétrica organizada, porém não haverá presença de pulso palpável. A partir dessa reflexão do autor podemos dizer que esta condição é caracterizada pela ausência de pulso na presença de atividade elétrica organizada, o que impõe um alto grau de suspeita por parte do socorrista para se chegar ao diagnóstico.

Quadro 01 – Causas reversíveis de PCR

5 H	5 T
Hipóxia	Tóxicos
Hipovolemia	Tamponamento cardíaco
Hidrogênio (acidose)	Tensão no tórax (pneumotórax hipertensivo)
Hiper/ hipocalemia	Trombose coronária (infarto agudo do miocárdio)
Hipotermia	Tromboembolismo pulmonar

Fonte: Elaborado com base em GONZALEZ et al. (2013).

1.4 REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA

1.4.1 Protocolo da ACLS 2015

A última atualização completa das diretrizes da *American Heart Association* (AHA) para RCP e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE) foi em 2015, até aí eram tradicionalmente atualizadas a cada cinco anos. Porém desde 2015, são realizadas atualizações anuais para casos onde haja a necessidade de implementar novas práticas. “Os tópicos revisados em 2015 serão atualizados conforme necessário, com a adição de novos tópicos” (AHA, 2015, p.2).

A partir de 2015, de acordo com AHA (2015) as novas recomendações tem dado maior destaque no RCP de qualidade, que utiliza metas de desempenho, para

que seja mais efetivo e tem incentivado que os socorristas realizem algumas etapas e avaliações simultaneamente, de modo que possam agilizar o início das compressões.

As diretrizes da AHA (2015) recomendam o uso de cadeias de sobrevivências distintas, conforme Figura 1, as quais devem identificar as diferentes vias de cuidados do paciente, que sofre uma PCR intra-hospitalar ou extra-hospitalar. Independentemente de onde ocorra a PCR o destino deve ser o hospital, preferencialmente em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Porém se a PCR ocorre intra-hospitalar ou extra-hospitalar, devem se seguir processos diferentes antes do encaminhamento ao hospital, pois casos de Parada Cardiorrespiratória Extra-Hospitalar (PCREH), o paciente necessita da ajuda da comunidade, diferente dos casos de Parada Cardiorrespiratória Intra-Hospitalar (PCRIH) onde se tem prioridade em uma vigilância adequada, que objetiva evitar a PCR. Para isso a AHA (2015) recomenda o uso de cadeias de sobrevivência distintas.

Figura 1 – Cadeias de Sobrevivência de PCRIH e PCREH

PCRIH



PCREH



Fonte: AHA (2015).

A AHA (2015, p.5), destaca a reconfirmação de 2010, que “os sistemas de ressuscitação devem estabelecer a avaliação contínua e a melhoria dos sistemas de atendimento”, ou seja, salienta a necessidade de que a comunidade e os sistemas identifiquem cada caso de PCR tratada e registrem o seu desfecho, pois assim, há oportunidades de melhoria na probabilidade de sobrevivência.

“Programas de ressuscitação comunitários e em hospitais devem monitorar sistematicamente as PCR’s, o nível de suporte de ressuscitação fornecido e o desfecho” (AHA, 2015, p.5).

A AHA (2015) traz também atualizações quanto ao SBV aplicado por socorristas leigos, porém, a presente pesquisa manteve o foco nas atualizações de SBV para adultos, aplicado por profissionais de saúde.

Quanto ao reconhecimento imediato e acionamento do serviço médico de emergência a AHA (2015) incentiva a rapidez e a eficiência na avaliação e nas respostas simultâneas, preconiza que o profissional deve pedir ajuda nas proximidades ao encontrar uma vítima irresponsiva e salienta a importância de que enquanto o profissional avalia a vítima, peça ajuda simultaneamente, contudo se estiver sozinho e sem um telefone celular deve deixar a vítima, chamar ajuda e se possível obter um Desfibrilador Externo Automático (DEA) antes de iniciar a RCP.

As atualizações trazem também uma ênfase nas compressões torácicas, onde a AHA (2015, p.8) diz que:

É sensato que os profissionais de saúde apliquem compressões torácicas e ventilação em todos os pacientes adultos com PCR, seja por causa cardíaca ou não. Além disso, os profissionais de saúde podem adaptar a sequência de ações de resgate a causa mais provável da PCR.

Todavia, para que possa se adaptar a sequência de resgate a causa mais provável de PCR, é de fundamental importância que o profissional tenha conhecimento das causas reversíveis de PCR, conhecidas como os 5H e 5T (Quadro 01).

Um tópico importante da AHA (2015) que se aplica aos casos onde estiver um DEA disponível, é que deve se usar o desfibrilador o mais rápido possível, em casos de PCR adulto presenciada. Se não houver um monitoramento prévio ou em casos onde o DEA não esteja pronto para o uso deve se iniciar a RCP e tentar desfibrilação o quanto antes, se ritmo chocável.

A antiga diretriz aconselhava que a frequência mínima das compressões torácicas fosse de 100 compressões por minuto, porém a atualização da AHA (2015), traz que as frequências das compressões não devem exceder a 120/ min, pois a RCP pode ser aplicada com uma profundidade inadequada. Quanto a profundidade das compressões a AHA (2015) diz que deve ser de no mínimo 2 polegadas (5 cm) para um adulto médio, e no máximo 2,4 polegadas (6 cm), pois a demasiada profundidade pode ocasionar lesões.

A AHA (2015) ainda aconselha não apoiar-se no tórax do paciente, pois isso permitirá o retorno total da parede do tórax, ou seja, que o esterno retorne a sua posição natural ou neutra durante a fase de descompressão da RCP, o que promoverá o retorno venoso e o fluxo sanguíneo cardiopulmonar.

Uma importante recomendação que a AHA (2015) traz é a importância da minimização de interrupções nas compressões torácicas, a diretriz preconiza que a frequência e a duração das interrupções devem ser o mínimo possível (menos de 10 segundos), aumentando o número de compressões aplicadas por minuto.

Com uma via aérea avançada instalada, as compressões torácicas podem ser contínuas, ventilando a cada 6 segundos, ou seja, 10 ventilações por minuto (AHA, 2015).

A AHA (2015) recomenda que a vasopressina não deve mais ser utilizada, porque a sua eficácia e da epinefrina são semelhantes e não há benefícios comprovados em administrar as duas. No entanto, em prol da simplicidade é indicado somente o uso da epinefrina.

1.4.2 Protocolo da ACLS 2017 – novas recomendações

As diretrizes da AHA (2017) trazem atualização sobre RCP assistida por profissionais da saúde ao telefone, recomendando que estes devem dar instruções sobre RCP, somente com compressão torácica para a pessoa ao telefone e que está prestando atendimento à vítima adulta com suspeita de PCR extra hospitalar.

Quanto ao RCP por pessoas presentes no local, a AHA (2017) recomenda que para adultos em PCREH, leigos não treinados ou leigos treinados devem aplicar RCP somente com compressões torácicas com ou sem assistência de atendentes. Porém, para os leigos treinados em RCP com compressões e ventilações é plausível aplicar ventilação, além de compressões torácicas.

Para RCP administrada por profissional da área de saúde antes da colocação de uma via aérea avançada, é aceitável que se aplique RCP com ciclos de 30 compressões e 2 ventilações. Pode ser adequado usar uma frequência de 10 ventilações por minuto (1 ventilação a cada 6 segundos) para ventilação assíncrona durante compressões torácicas contínuas (AHA, 2017).

Quando é inserido uma via aérea avançada, pode ser oportuno que os profissionais executem compressões contínuas com ventilação com pressão positiva, sem pausa nas compressões, podendo administrar 1 ventilação, a cada 6 segundos, ou 10 ventilações por minuto, durante as compressões contínuas (AHA, 2017).

A AHA (2017) enfatiza que é aceitável que os profissionais treinados em RCP com compressões e ventilações, apliquem uma relação compressão/ ventilação de 30:2 para adultos em RCP.

1.4.3 Protocolo da ACLS 2020 para SBV – atuais

As diretrizes de SBV mudaram drasticamente, e os elementos de SBV continuam a ser alguns dos passos mais importantes no tratamento inicial. Conceitos gerais de SBV incluem: iniciar rapidamente a cadeia de sobrevivência cumprindo as compressões torácicas de alta qualidade, saber onde localizar e entender como usar um desfibrilador externo (DEA), fornecer respiração de resgate, quando apropriado, compreender como executar como uma equipe e saber como tratar asfixia (ACLS,2020, p. 7).

A ACLS (2020) diz que antes de socorrer a vítima deve-se certificar se a cena é segura. Ao abordar a vítima deve-se verificar o seu estado de consciência, o SBV para adultos concentra-se na realização de tarefas simultâneas, pois na maioria dos casos mais de uma pessoa está disponível para o atendimento, esse método inclui a realização de compressões torácicas, desobstrução de vias aéreas oferecendo respirações de resgate e o uso de DEA.

No caso de apenas uma pessoa para realizar o SBV a ACLS (2020) orienta: se a cena estiver segura prosseguir para a avaliação da vítima, agitando-a e chamando-a em voz alta, verificar a respiração e pulso, chamar ajuda sem deixar a vítima, iniciar as compressões e ventilações de resgate, assim que disponível fixar o DEA e executar as etapas conforme instruções.

Para verificação do pulso deve-se sentir o pulso carotídeo, localizado ao lado do pescoço não demorando mais de 10 segundos (ACLS,2020).

Sobre as compressões, ressalta devem ter no mínimo duas polegadas de profundidade com velocidade de 100 a 120 compressões por minuto (ACLS,2020).

Adverte que em cada compressão deve-se permitir o retorno da parede torácica a sua posição natural, evitando inclinar-se ou descansar no tórax do paciente durante as compressões, o que torna o RCP menos eficaz (ACLS,2020).

Após realizado 30 compressões, deve-se desobstruir as vias aéreas por meio da inclinação da cabeça e levantamento do queixo, a inclinação da cabeça deverá ser realizada com uma mão na testa a qual inclinará a cabeça para trás e para o levante de queixo deve-se utilizar o dedo indicador e médio sobre o maxilar esquerdo elevando-o. Não utilizar essas manobras em casos de suspeita de trauma no pescoço, sendo mais indicado o empurre mandibular que consiste em segurar os ângulos do maxilar inferior levantando-o com as duas mãos movendo a mandíbula para frente e abrir o lábio com o polegar (ACLS,2020).

As respirações devem ser ofertadas duas vezes, entregues mais de um segundo e observando a movimentação do tórax. Deve-se alternar rapidamente entre compressões e ventilações de resgate, minimizando as interrupções das compressões (ACLS,2020).

Quando houver um segundo socorrista a ACLS (2020) preconiza que um chame ajuda sem deixar a vítima enquanto o outro inicia o RCP. O segundo socorrista deverá procurar um DEA, enquanto o primeiro socorrista realiza as compressões fazendo a contagem em voz alta. Ao retornar o segundo socorrista deverá preparar o DEA para o uso, enquanto o outro abre as vias aéreas e oferta a ventilação de resgate. Os mesmos devem trocar de função a cada cinco ciclos de trinta compressões e duas ventilações (30:2), o que colaborará na realização de RCP de qualidade, pois facilita o descanso do socorrista que ao aplicar as compressões tende a ficar mais cansado (ACLS,2020).

Em resumo a ACLS (2020) orienta no SBV: iniciar as compressões torácicas em dez segundos, permitir retorno total do tórax durante as compressões, minimizar as interrupções entre as compressões torácicas, assegurar que as respirações fazem elevação do peito, não ventilar em excesso, utilizar o DEA assim que disponível, avaliando o ritmo cardíaco a cada dois minutos.

1.4.4 O papel da equipe de enfermagem na RCP

O caderno de atenção básica nº 28, do Ministério de Saúde (2013), orienta como agir em casos de PCR; se o paciente estiver inconsciente no primeiro contato, sempre supor que ele está em PCR, em seguida deve-se avaliar o estado de

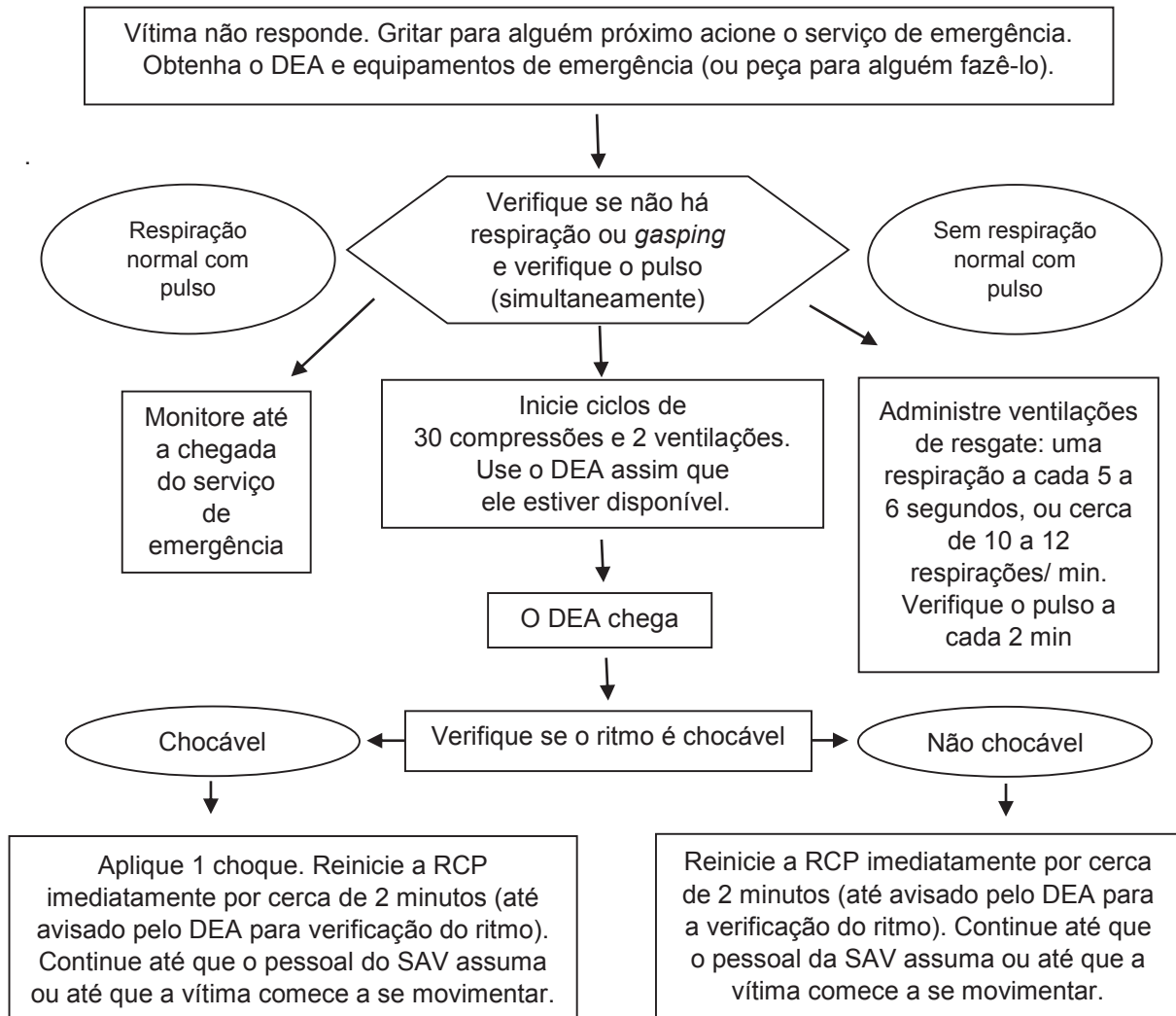
consciência, lembrando-se dos diagnósticos diferenciais como: intoxicação, drogadição aguda, etc. e então se deve chamar e sacudir suavemente a vítima, com cuidado pra não mexer na posição da cabeça, se houver suspeita de lesão cervical.

Em seguida deve-se chamar ajuda, lembrando-se das novas diretrizes, (AHA, 2015) e (AHA,2017) que focam na realização de tarefas simultâneas, ou seja, chamar ajuda sem deixar o paciente, enquanto avalia respiração e pulso. Na ausência de respiração ou pulso, iniciar RCP imediatamente e usar o DEA assim que estiver disponível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), logo após iniciar o ciclo CAB (compressões, vias aéreas e ventilação) e com a chegada do desfibrilador, rapidamente aplicar gel nas pás e colocá-las sobre o peito nu do paciente. Se encontrar os ritmos chocáveis, preparar para desfibrilar, seguindo os seguintes passos:

1. Certificar-se de que você não está em contato com o paciente ou a maca;
2. Certificar-se de que os demais a sua volta também não estão em contato e avise:
3. “Todos afastados? Eu estou aplicando o choque!”
4. Aplicar o choque olhando para o paciente para ter a certeza de que ninguém acidentalmente possa estar se encostando nele ou na maca.
5. Após o choque, reiniciar RCP imediatamente (cinco ciclos de 30 massagens por duas ventilações). Depois cheque o ritmo. Nesse momento, caso a vítima continue em PCR resta continuar as massagens e ventilações até a chegada de suporte e desfibrilar quando o DEA indicar.

Figura 2- Algoritmo de PCR em adultos para profissionais de saúde de SBV – 2015



Fonte: Adaptado de AHA, (2015).

A Lei nº 7498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, em seu art.6º descreve o enfermeiro como “o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituições de ensino, nos termos da lei” (BRASIL, 1986).

No art. 11 da Lei 7498/86, de 25 de junho de 1986 (BRASIL,1986) diz que o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhes privativamente:

- A direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- A organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;
- Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre a matéria de enfermagem;
- Consulta de enfermagem;

- Prescrição de assistência de enfermagem
- Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Como integrante da equipe de saúde, esse mesmo artigo dispõe sobre as atividades exercidas pelo enfermeiro, tais como:

- Participação do planejamento, execução e avaliação, da programação de saúde;
- Participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistências de saúde;
- Prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- Participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- Prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- Prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados a clientela durante a assistência de enfermagem;
- Assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- Execução do parto sem distorcia;
- Educação visando a melhoria de saúde da população (BRASIL, 1986).

O papel do enfermeiro das UBS no atendimento à vítima de PCR é de fundamental importância, pois este deverá atuar desde a identificação da PCR, seguido do início das manobras de RCP até a chegada do serviço de emergência.

Conforme Zanini et al. (2006 apud FONSECA; RODRIGUES; MISHIMA, 2015, p.5):

O enfermeiro tem papel fundamental na RCP, visto que ele é, frequentemente, quem avalia em primeiro lugar o paciente e inicia as manobras de PCR, acionando a equipe.

Para que o cuidado do enfermeiro e de toda a equipe seja efetivo, é essencial que estes tenham o conhecimento técnico científico sustentado através dos *guidelines* e Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Pois, tais protocolos e diretrizes objetivam, sistematizar a assistência e aperfeiçoar as habilidades psicomotoras e efetivas (FONSECA; RODRIGUES; MISHIMA, 2015).

De acordo com Fonseca, Rodrigues e Mishima (2015) a gestão desse cuidado, exige o conhecimento dos profissionais no cuidado individual, e ainda, para que possa ser desempenhado um trabalho de qualidade, estabelece que os materiais,

equipamentos e insumos mínimos estejam disponíveis na unidade, pois sem esses fica impossível exercer um serviço de excelência à vítima de PCR.

Fonseca, Rodrigues e Mishima (2015) falam ainda da importância da gestão de enfermagem no cuidado coletivo, atuando de maneira a orientar a população quanto às políticas públicas e estratégias de intervenção voltadas para a prevenção das situações que podem resultar na PCR e, além disso, abordar junto à comunidade a promoção de hábitos de vida saudáveis.

Ainda no cuidado coletivo, outra dimensão mais específica seria a própria sensibilização e educação em saúde para leigos na comunidade, priorizando os conhecimentos básicos relacionados à PCR, dando início ao elo da cadeia de sobrevivência precocemente (FONSECA; RODRIGUES; MISHIMA, 2015, p.5).

1.4.5 O que é Suporte Básico de Vida

Melo e Silva (2011) ressaltam em sua obra que as urgências e emergências podem acontecer em qualquer local de atendimento, ou até mesmo na rua ou domicílio. Os autores destacam a importância de a comunidade ter conhecimento para que possa prestar o primeiro atendimento e acionar o sistema móvel de urgência, sendo que as ações educativas e educacionais cabem principalmente aos profissionais da área de saúde, os quais devem ter conhecimento para identificar as situações de risco para assim poder intervir de maneira ágil e eficaz.

O Conselho Federal de Medicina (1995 apud MELO; SILVA, 2011, p.27) pela resolução CFM nº 1951 de 10 de março de 1995, traz a definição de urgência e emergência sendo: “Urgência: ocorrência imprevista do agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata” e “Emergência: constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995 apud MELO; SILVA, 2011, p.27).

Para a pronta intervenção na PCR, é essencial que os profissionais atuantes na atenção primária, possuam no mínimo, conhecimento suficiente do SBV.

Melo e Silva (2011, p.28) definem o SBV como “um conjunto de habilidades cognitivas e motoras destinadas à manutenção, suporte ou restabelecimento da oxigenação, ventilação e circulação em pacientes com quadro de parada cardíaca, parada respiratória ou ambos”.

O SBV vida inclui vários componentes que vão desde medidas de prevenção relacionadas direta e indiretamente à parada cardiorrespiratória, até a instituição do Suporte Avançado de Vida (SAV) (MELO; SILVA, 2011).

Nas situações de emergência, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar manobras de SBV e acionar o serviço de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento. Tais atribuições estão definidas na Política Nacional de Atenção Básica (2011), bem como na Política Nacional de Atenção às Urgências (2011) e na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010, apud. BRASIL, 2013, p.44).

1.4.6 Materiais e equipamentos para urgência e emergência em UBS

Segundo o Ministério de Saúde (2017, anexo B) as UBS necessitam de alguns materiais e equipamentos para o atendimento de urgência e emergência. Sendo eles:

- Aspirador portátil ou fixo
- Braçadeira
- Biombo
- Cilindro de oxigênio portátil completo
- Colar cervical (Kit com três tamanhos)
- Escada de dois degraus
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Glicosímetro
- Jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil)
- Laringoscópio com lâmina (adulto e infantil)
- Lanterna clínica
- Maca com grades removíveis e rodas com travas
- Máscara de oxigênio
- Otoscópio
- Porta dispensador de sabão líquido
- Porta rolo de papel toalha
- Ressuscitador manual (kit adulto, infantil e neonatal) - ambú
- Suporte para soro
- Umidificador para oxigênio.

1.4.7 Insumos e medicamentos para urgência e emergência

De acordo com o Ministério da Saúde (2013, anexo G), os insumos necessários para atendimento de urgência e emergência, são:

- Agulhas descartáveis de diversos tamanhos
- Algodão
- Ataduras de gaze
- Cateter de oxigênio nasal
- Coletor de urina (sistema fechado)
- Coletores para matérias perfuro cortantes
- Equipos variados
- Esparadrapo
- EPI
- Fios para sutura (diferentes tamanhos)

- Fita micropore
- Fitas para glicosímetro
- Garrote
- Gazes (estéril e não estéril)
- Gelco para punção de vasos calibrosos em adultos e crianças
- Lâminas de bisturi
- Luvas (procedimento e estéril)
- Papel toalha
- Pilhas descartáveis (palito, média e grande) e/ou baterias elétricas
- Recipientes duros para descarte de perfurocortantes
- Sabão líquido
- Scalp
- Seringas com agulha acoplada
- Seringas descartáveis de diversos tamanhos
- Sondas (aspiração, oxigênio, nasogástrica e vesical) diversos tamanhos

Medicamentos:

- Adrenalina/ Epinefrina
- Água destilada
- Aminofilina
- Amiodarona
- Atropina
- Brometo de ipratrópio
- Cloreto de potássio
- Cloreto de sódio
- Deslanosídeo
- Dexametasona
- Diazepam
- Diclofenaco de sódio
- Dipirona sódica
- Dobutamina
- Dopamina
- Escolpolamina (hioscina)
- Fenitoína
- Fenobarbital
- Furosemida
- Glicose
- Haloperidol
- Hidantoína
- Hidrocortisona
- Insulina
- Isossorbida
- Lidocaína
- Meperidina
- Midazolan
- Soro hinger lactato, soro glico-fisiológico e soro glicosado.

Mesmo que as emergências não sejam comuns no dia a dia das equipes de atenção básica é necessário que a unidade esteja preparada para atender a qualquer situação, pois a UBS é a porta de entrada e a referência de saúde para a população.

2 METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada por meio de uma análise quantitativa descritiva em relação ao conhecimento dos profissionais de enfermagem no atendimento em SBV.

Segundo Bauer e Gaskell (2002 apud AUGUSTO et al., 2014) a metodologia utilizada em pesquisas pode ser quantitativa ou qualitativa, a qual será utilizado de acordo com a forma que o pesquisador deseja analisar o problema.

Uma das principais diferenças entre a pesquisa qualitativa e a quantitativa, refere-se a interação dinâmica entre o pesquisador e o objeto de estudo. Ou seja, no caso da pesquisa quantitativa, dificilmente se escuta o participante após a coleta de dados (GUNTHER, 2006).

A pesquisa quantitativa é aquela em que se coletam e analisam dados quantitativos sobre variáveis. Dessa forma, este tipo de pesquisa é capaz de identificar a natureza profunda das realidades, seu sistema de relações, sua estrutura dinâmica. Ela também pode determinar a força de associação ou correlação entre variáveis, a generalização e objetivação dos resultados através de uma mostra que faz inferência a uma população. Além do estudo da associação ou correlação, a pesquisa quantitativa também pode, ao seu tempo, fazer inferências causais que explicam por que as coisas acontecem ou não de uma forma determinada (PITA FERNÁNDEZ, 2002 apud ESPERÓN, 2017, p.1).

A pesquisa foi realizada em seis UBS's de um município do meio oeste catarinense, por meio de questionário, com perguntas objetivas, tendo uma amostra de dezesseis profissionais, utilizando como critério de inclusão profissionais com título de técnico de enfermagem ou enfermeiro e como critério de exclusão os demais profissionais da equipe que não possuem registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), como por exemplo agentes comunitárias de saúde (ACS) e profissionais da limpeza.

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP) indexado na Plataforma Brasil, e a Declaração de Ciência e Concordância das Instituições sobre o CAAE 26381219.4.0000.5593, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada a leitura do termo e solicitada a assinatura dos participantes da pesquisa.

Após recolher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos participantes, foi entregue o questionário para que os mesmos respondessem, com respostas objetivas. Na maioria das unidades participantes pode-se acompanhar a resposta dos profissionais, os quais responderam o questionário na presença do

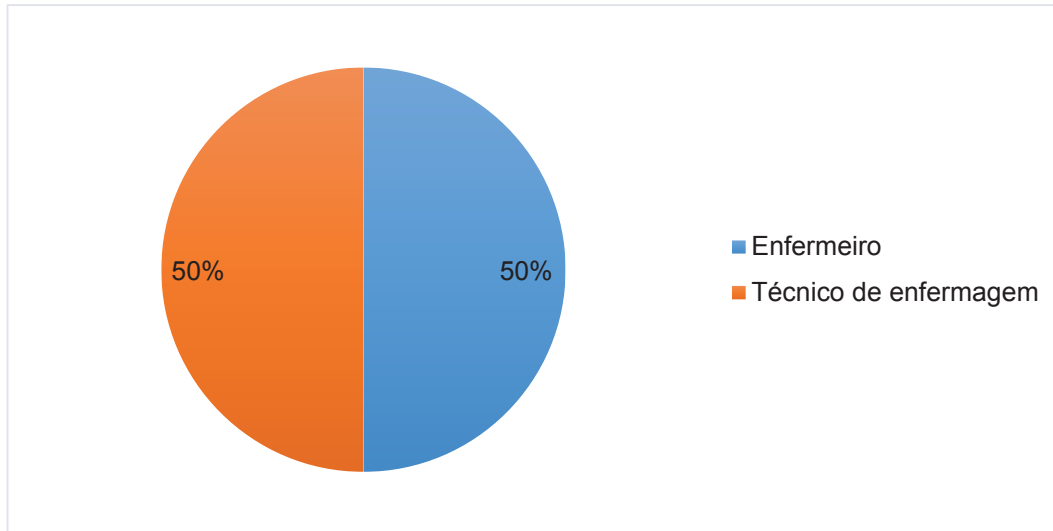
pesquisador, porém em uma das unidades devido ao grande fluxo de pacientes e grande demanda de trabalho, não foi possível presenciar a resposta dos profissionais sendo deixado os questionários para que esses respondessem em um período mais tranquilo e entregassem mais tarde ao pesquisador.

Após a coleta dos dados, foi realizada a demonstração gráfica para análise dos resultados tabulados através do programa Excel para avaliação dos resultados finais de cada questão aplicada.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

Esta pesquisa contempla uma amostra de profissionais de enfermagem que atuam na atenção básica, sendo um total de 16 entrevistados, que foram categorizados de acordo com a sua formação (Gráfico 01). Assim apresentam-se os dados, sendo 50% enfermeiros e 50% técnicos de enfermagem.

Gráfico 1 – Categoria dos profissionais participantes da pesquisa.



Fonte: O autor, (2020).

Um estudo de Souza et al. (2013) relata a importância do profissional enfermeiro, que deve estar junto à equipe conduzindo-a da melhor maneira possível, desempenhando seu papel com responsabilidade e trabalhando no coletivo, esse profissional deve estar à frente de todo o processo servindo de referência, e acima de tudo, necessita possuir conhecimento suficiente para que possa delegar e capacitar a sua equipe, bem como possuir habilidade para conduzir pessoas e estabelecer metas.

Segundo o COFEN (2015), a equipe de enfermagem no Brasil é composta por um conjunto de 80% técnicos e auxiliares e apenas 20% de profissionais enfermeiros.

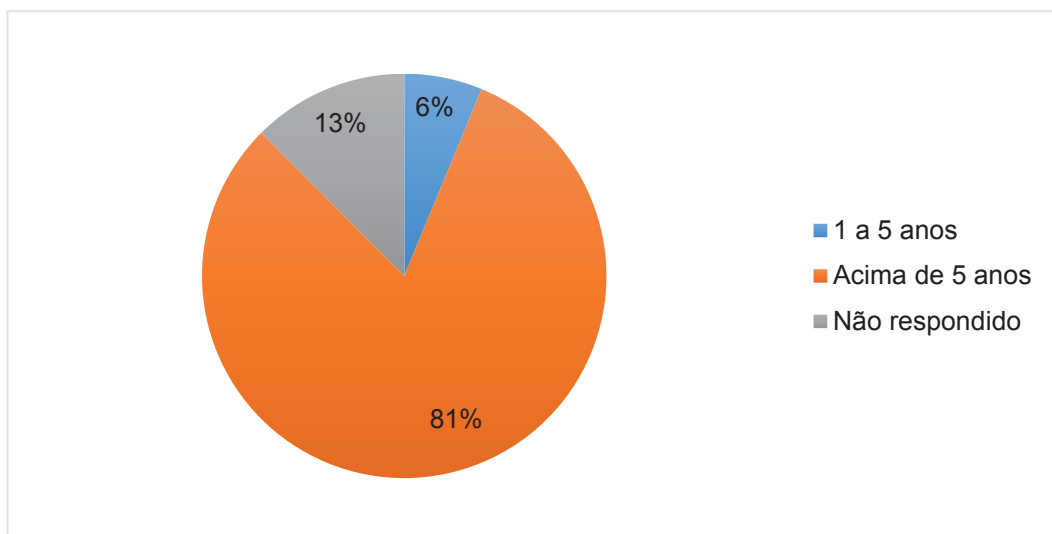
Atualmente, devido a criação e implantação do Programa de Saúde da Família (SDF) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem-se aumentado a procura por profissionais enfermeiros, pois estes compõem a equipe mínima das estratégias, atuando como protagonistas na atenção primária (FROTA et al., 2020).

Sobre o Perfil da Enfermagem em Santa Catarina, o COREN (2015) aponta que o estudo abrange entre todas as categorias mais de 50 mil profissionais, sendo que 77,2 % são técnicos e auxiliares de enfermagem e 22,8 % enfermeiros. No quesito

mercado de trabalho, segundo o autor, 48,3% da equipe compõe o setor público, 40,1% o privado, 27,3% filantrópico e 7,9% atua nas atividades de ensino.

Para avaliar o tempo de formação dos profissionais foi disponibilizado para que assinalassem duas alternativas, sendo elas: de 1 a 5 anos e acima de 5 anos, de acordo com o Gráfico 02 é possível verificar que a maioria da amostra possui mais de 5 anos de formação.

Gráfico 02 - Tempo de formação profissional.



Fonte: O autor, (2020).

Atualmente houve um aumento significativo na procura por cursos superiores na área de saúde e as instituições buscam cada vez mais oferecer um ensino de qualidade, que seja diversificado para atender as mais diversas dificuldades, levando em conta, o fato de cada local apresentar problemas específicos de sua região (FROTA et al., 2020), sendo assim muitos profissionais recém formados da área de enfermagem estão ingressando no mercado de trabalho.

Um estudo de Matia, Kleba e Prado (2017) expõe que para que o ensino no Brasil seja eficiente, de maneira a colaborar com a prática profissional é importante a implementação dos princípios e diretrizes do SUS.

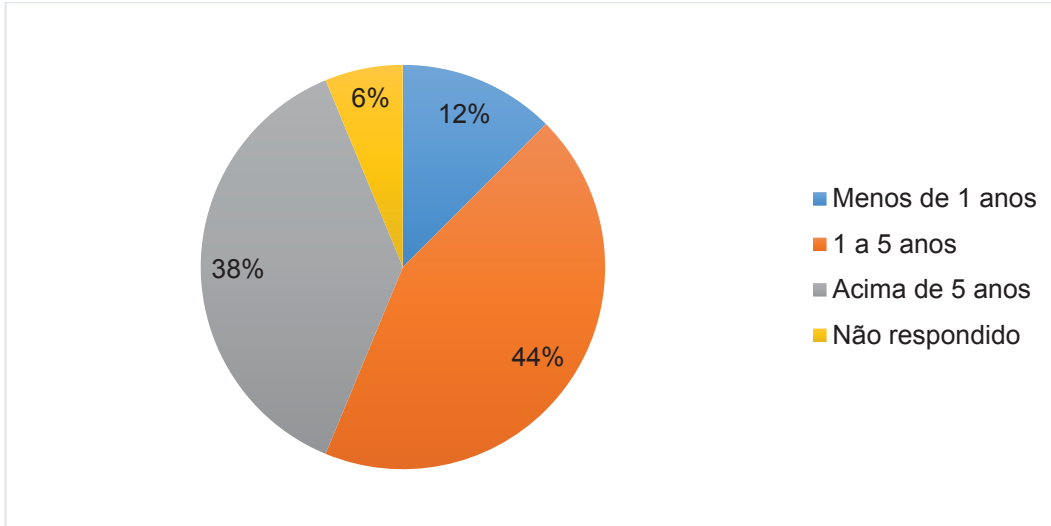
Ceccin (2004, apud. MATIA; KLEBA; PRADO, 2017, p.2158) diz:

Instituições formadoras devem prover meios adequados à formação de profissionais que atuem como protagonistas no desenvolvimento do SUS, que sejam flexíveis ao controle da sociedade no setor, expressando a relevância social condizente com a reforma sanitária.

Para avaliação do perfil da amostra, achou-se relevante para a pesquisa ter conhecimento quanto ao tempo de atuação dos profissionais na unidade básica. O

Gráfico 03 mostra o tempo médio em que os profissionais já atuam na UBS, sendo que 44% atuam de um a cinco anos e 38% atuam a mais de 5 anos.

Gráfico 03 - Tempo de atuação na UBS.

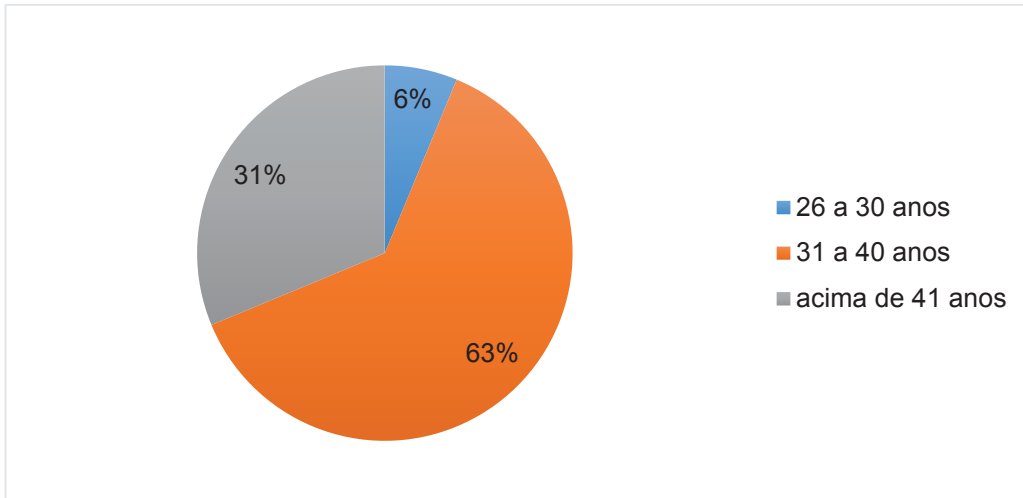


Fonte: O autor, (2020).

De acordo com Villela et al. (2011, p.248): “O tempo de atuação do enfermeiro no mercado de trabalho aproxima-se de 50% nos dez primeiros anos e 25% entre 11 a 20 anos. No primeiro ano de atuação, há uma evasão de 10%.”

“Os profissionais mais jovens ou com menos tempo de atuação tendem a atribuir menores notas para o trabalho de suas equipes, assim como para o próprio desempenho” (PERUZZO et al., 2017, p.1).

Foi avaliada a faixa etária da amostra a qual demonstrou que a maioria dos profissionais possui acima de 30 anos (Gráfico 04).

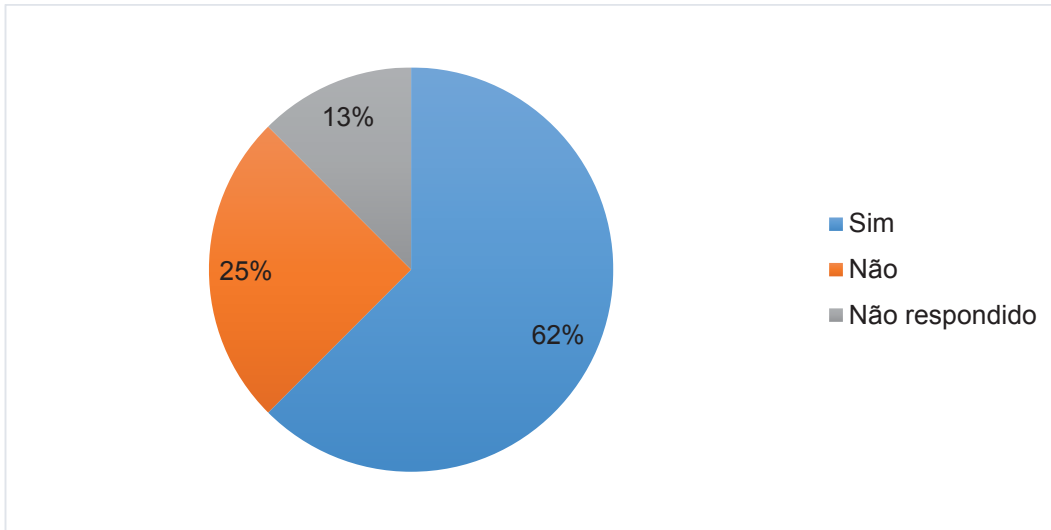
Gráfico 04 - Faixa etária da amostra.

Fonte: O autor, (2020).

O COFEN (2015) cita em sua pesquisa, que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) de um contingente de 3, 5 milhões de trabalhadores, 50% destes atuam na enfermagem, ou seja, cerca de 1,8 milhão, relata que a pesquisa do Perfil da Enfermagem foi realizada em cerca de 50% dos municípios brasileiros, abrangendo os 27 estados da federação, relata que o grupo de enfermagem inclui desde profissionais iniciando a sua carreira (técnicos com 18 anos e enfermeiros com 22) até os aposentados, com uma média de até 80 anos.

É de fundamental importância que todos os profissionais atuantes na área de saúde tenham conhecimento das atualizações do suporte básico de vida (SBV), por isso foi levantada a questão se a amostra possui capacitação específica em SBV. Conforme os dados apresentados por meio do gráfico abaixo, 62% dos profissionais participantes da pesquisa, afirmam possuir capacitação (Gráfico 05).

Gráfico 05- Profissionais que possuem formação específica: especialização ou capacitação em SBV.



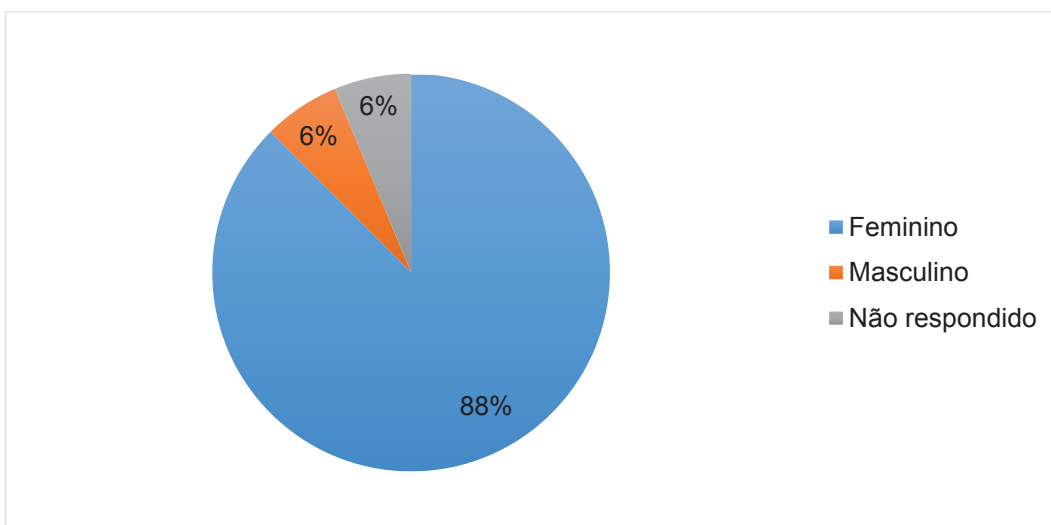
Fonte: O autor, (2020).

Segundo Paulo e Silva (2018, p.1):

Há uma necessidade de identificar as medidas adotadas pelo enfermeiro no atendimento a vítimas da parada cardiorrespiratório nos primeiros minutos, tendo como relevância a constante atualização desses profissionais para que possa reverter o quadro clínico de maneira objetiva e eficaz junto à equipe, contribuindo assim, para uma assistência segura, eficaz e qualificada.

A maioria dos participantes da pesquisa é do sexo feminino, compreendendo 88% da amostra (Gráfico 06).

Gráfico 06 – Gênero na amostra.



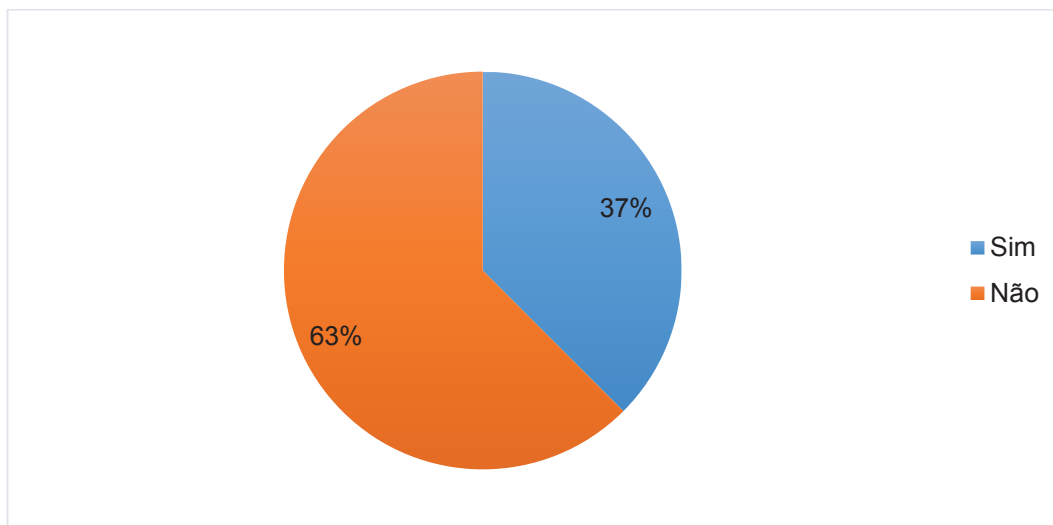
Fonte: O autor, (2020).

O COFEN (2015), relata em sua pesquisa sobre o perfil da enfermagem, que em Santa Catarina a predominância é do gênero feminino, sendo composta por

87,7%, já a masculina em Santa Catarina (11,5%) é ainda mais baixa do que a média nacional (14,4%).

As UBS's comportam atendimentos de baixa complexidade, porém não se exclui a possibilidade de haver ocorrências que necessitem de um atendimento de emergência. A pesquisa identificou que 37% da amostra já realizou algum atendimento de emergência na unidade, no entanto mesmo que emergências não sejam tão comuns nessa área, é importante que os profissionais estejam capacitados para agir em tais episódios (Gráfico 07).

Gráfico 07 – Profissionais que já realizaram algum atendimento de emergência na unidade.

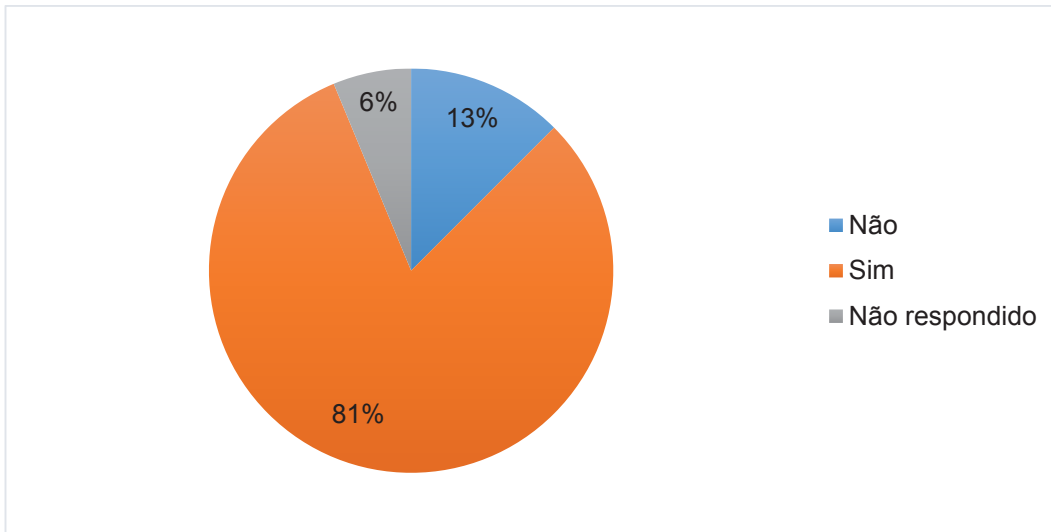


Fonte: O autor, (2020).

De acordo com Melo e Silva (2011) atualmente a população está mais vulnerável a sofrer eventos agudos traumáticos e não traumáticos, o autor fundamenta essa susceptibilidade ao avanço tecnológico, o qual, por outro lado, tem contribuído para salvar vidas, desde que tais tecnologias sejam manuseadas por profissionais capacitados para usá-las em tempo certo e hábil.

Dos profissionais participantes da pesquisa 81%, considera a sua equipe capacitada para realizar um atendimento adequado (Gráfico 08).

Gráfico 08 – Percepção dos profissionais quanto a capacidade da equipe em realizar em atendimento diante de PCR.

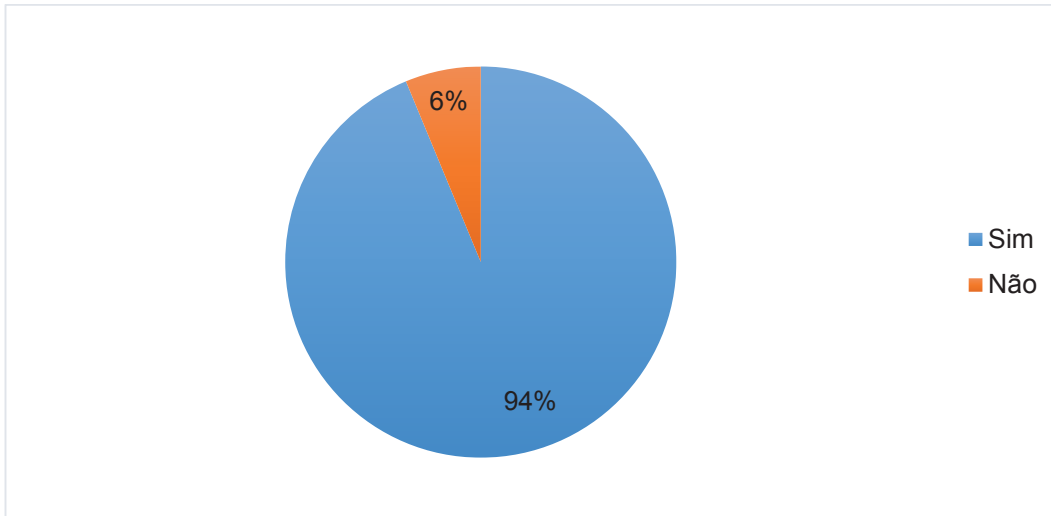


Fonte: O autor, (2020).

Lima et al. (2009 apud PAULO; SILVA, 2018), diz que é fundamental que a equipe seja muito bem treinada, para que possa efetuar as ações rapidamente e de maneira eficaz, seja para agir em SBV ou SAV, uma equipe capacitada é melhor que um membro isoladamente, portanto é indicado que as unidades de saúde realizem educação continuada, possibilitando que a equipe possua um mesmo nível de conhecimento e saiba atuar em sintonia nos casos de urgência e emergência.

Para que os profissionais possam prestar um atendimento de qualidade é indispensável que a unidade de saúde possua os materiais e equipamentos mínimos para atender a emergências, através da pesquisa (Gráfico 09), pode-se identificar que 94% dos participantes diz atuar em uma unidade básica, a qual é suficientemente equipada.

Gráfico 09 – Percepção dos profissionais quanto aos materiais de emergência disponíveis na unidade.

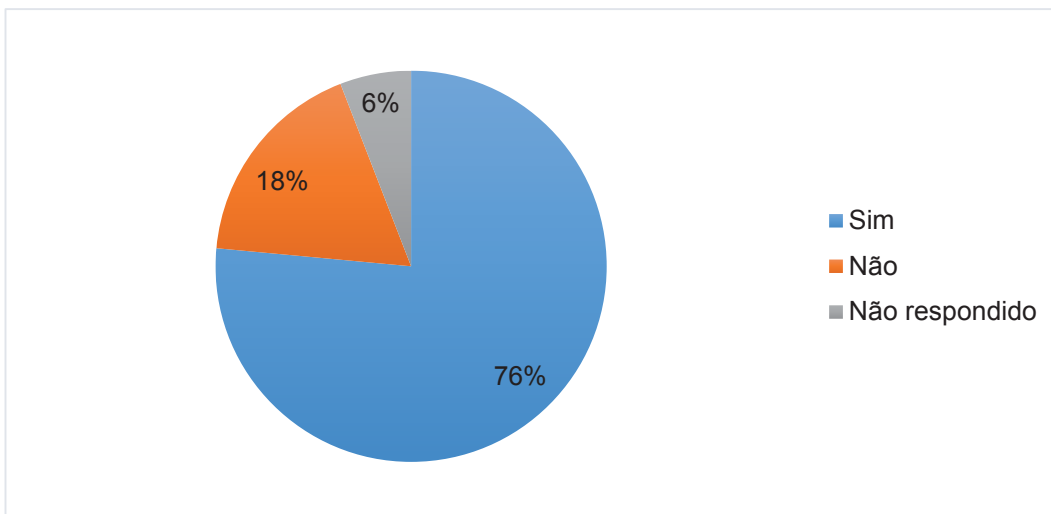


Fonte: O autor, (2020).

Laurindo et al. (2019), relata que é de fundamental importância que as unidades básicas de saúde estejam adaptadas para atendimentos de urgência e emergência, pois mesmo que sejam incomuns, tais ocorrências consideradas imprevistas, podem acarretar um agravo à saúde, podendo haver ou não risco iminente de morte, o que faz com que o usuário necessite de assistência imediata.

Conforme mencionado anteriormente, é de fundamental importância que os profissionais estejam atualizados quanto aos protocolos e normas de SBV, a pesquisa abordou os profissionais questionando se possuíam conhecimento referente às atualizações nas novas diretrizes, 73% da amostra referiu ter conhecimento das atualizações (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Conhecimento dos profissionais referente às atualizações das novas diretrizes (AHA).

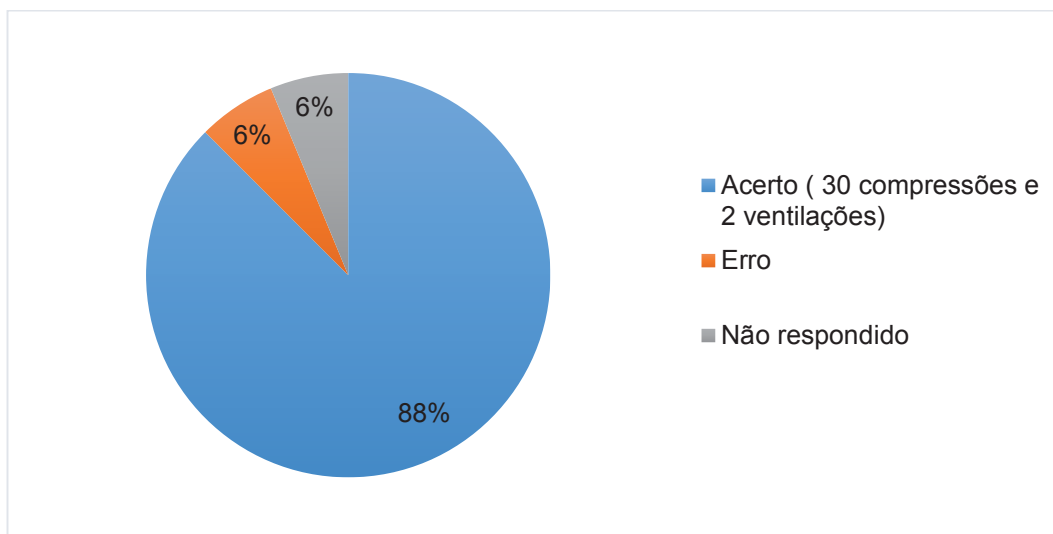


Fonte: O autor, (2020).

A falta de qualificação dos profissionais frente aos atendimentos de urgência e emergência, pode acarretar danos irreparáveis ou até mesmo levar o paciente a óbito. Por isso é de suma importância que todos os profissionais, estejam capacitados e atualizados para realizar os procedimentos necessários e as manobras exigidas para que o desfecho proporcione um bom prognóstico do paciente (SILVA et al., 2017).

Para que o atendimento frente a uma PCR seja de qualidade, é fundamental que o socorrista saiba a conduta correta no RCP, para avaliar se a amostra possui conhecimento foi utilizada a questão nº 5 do questionário, a qual deixou algumas alternativas, sendo que responderam corretamente os profissionais que assinalaram que deve-se aplicar 30 compressões e duas ventilações, da amostra 88% dos participantes demonstrou conhecimento específico sobre a conduta de RCP para adultos (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Conhecimento dos profissionais sobre a conduta em caso de RCP em adultos. Questão nº 5 do questionário.



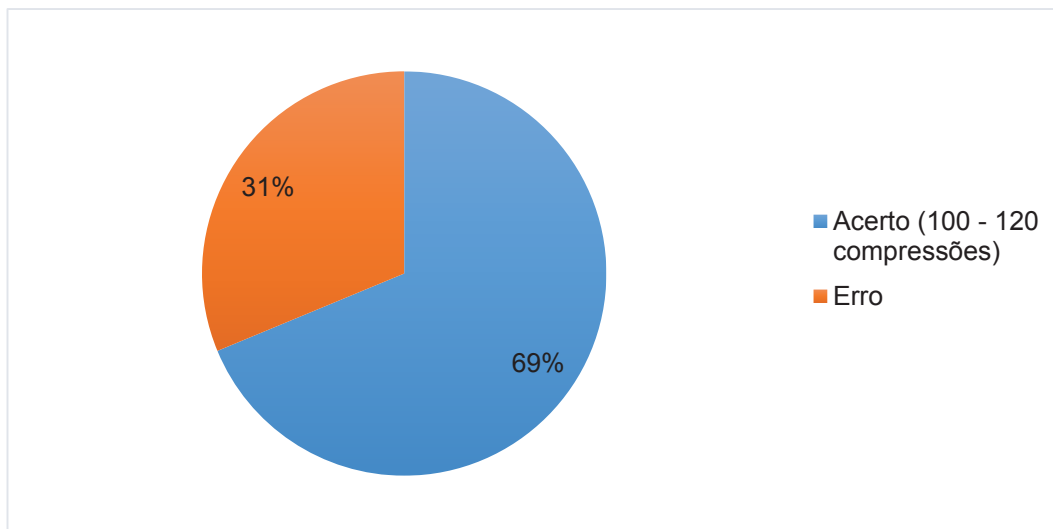
Fonte: O autor, (2020).

Conforme Silva et al. (2017) a RCP caracteriza-se pelo conjunto de manobras realizadas em determinado paciente, as quais objetivam o retorno eficiente de circulação e respiração, porém o sucesso no atendimento é determinado pela realização correta do procedimento. O autor diz que erros no processo podem acarretar danos severos e irreparáveis além de poder levar a morte. Devido a isso, Andrew et al. (2015 apud SILVA et al., 2017) cita que uma assistência ligeira e realizada de modo eficiente é primordial, pois vidas dependem do melhor que o profissional possa oferecer de si e de sua equipe.

De acordo com a AHA (2015, p.8), é indicado que se aplique “2 respirações após 30 compressões, cada respiração administrada em 1 segundo, provocando a elevação do tórax.”

Deve-se atentar ainda sobre a frequência correta das compressões, as quais não podem exceder o limite de 120 compressões por minuto, sendo o adequado de 100 a 120 compressões por minuto. Para avaliar se os profissionais possuem conhecimento quanto à frequência das compressões, foi utilizada a questão nº6 do questionário, “qual a frequência das compressões torácicas”, a qual 69% dos profissionais respondeu corretamente (Gráfico 12).

Gráfico 12 – Conhecimento dos profissionais quanto a frequência das compressões. Questão nº6 do questionário.



Fonte: O autor, (2020).

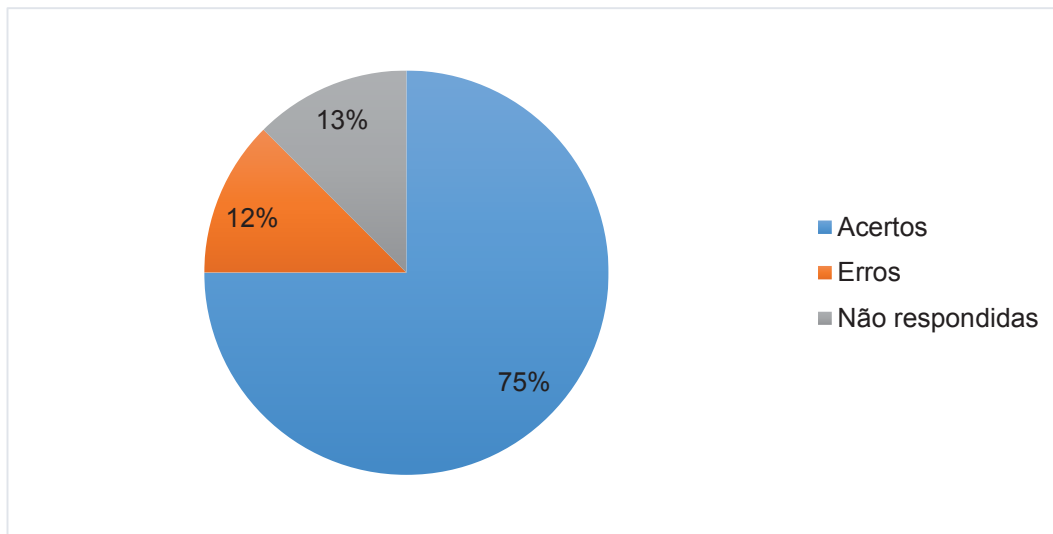
A ACLS (2020) recomenda que a velocidade mínima para se administrar as compressões é de 100 compressões por minuto, não excedendo o limite de 120 compressões por minuto, pois a velocidade acrescentada pode dificultar a recarga cardíaca e reduzir a perfusão.

Carvalho et al. (2020) faz uma pesquisa com leigos para avaliar o conhecimento sobre SBV, ele cita em seu artigo que foi perguntado aos participantes sobre a quantidade de vezes, que se realiza as compressões, no período de um minuto, sendo a resposta certa entre 100 e 120 compressões por minuto, mesmo que aplicado por leigos.

Ao realizar a RCP o profissional deve atentar em não se apoiar no tórax do paciente durante as compressões, pois isso dificulta o retorno total da caixa torácica.

Para avaliar o conhecimento dos profissionais nesse quesito, foi utilizada a questão nº8 do questionário, “para compressões efetivas, deve-se apoiar no tórax do paciente”. A maioria da amostra demonstrou conhecimento específico quanto a importância de não se apoiar no tórax do paciente durante as compressões (Gráfico 13).

Gráfico 13 – Percepção dos profissionais sobre apoiar-se no tórax do paciente durante as compressões. Questão nº8 do questionário.



Fonte: O autor, (2020).

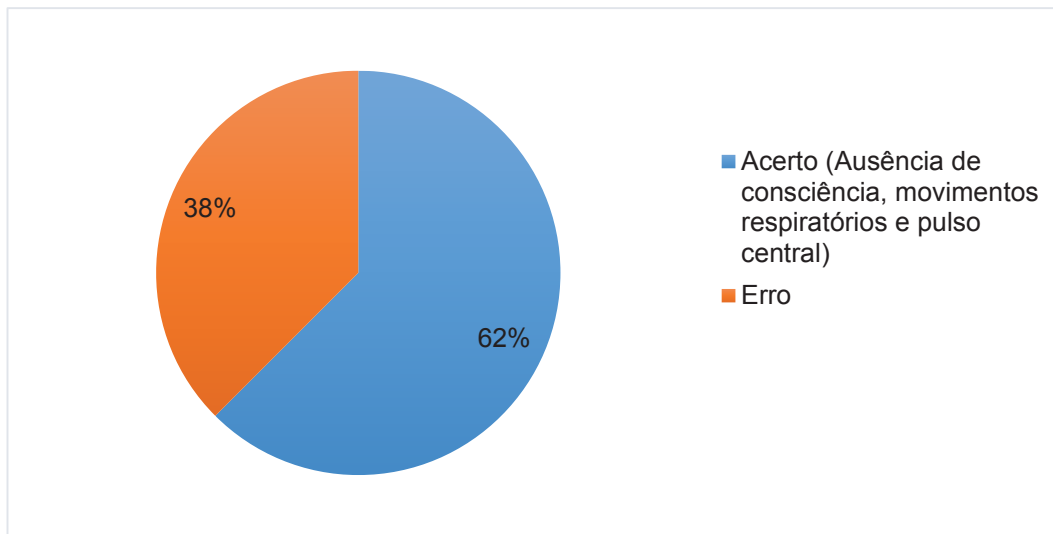
É de fundamental importância que o profissional ao efetuar uma RCP saiba que ao apoiar-se no tórax do paciente durante o procedimento vai estar impedindo o retorno total do tórax após cada compressão, de acordo com as recomendações da AHA (2015) esse ato deve ser evitado.

Segundo Viana (2019) os procedimentos que incluem a RCP são basicamente as compressões torácicas e as ventilações, as quais devem ser efetuadas imprescindivelmente de maneira correta, pois aumentam a probabilidade de sobrevivência da vítima e interferem no prognóstico do paciente, caracterizando-se como uma RCP de alta qualidade.

Em relação às recomendações da AHA (2015) de minimizar as interrupções nas compressões, não interrompendo as compressões por mais de 10 segundos e quanto à profundidade adequada das compressões de 2,0 a 2,4 polegadas, ou seja, de 5 a 6 cm a amostra demonstrou conhecimento específico.

Saber identificar um PCR aumentará o prognóstico do paciente, pois quanto antes iniciar os procedimentos, maior será a sobrevivência do paciente. Para avaliar o conhecimento dos profissionais quanto ao reconhecimento da PCR, foi utilizada a questão nº10 do questionário “como você identifica uma PCR”, 62% dos profissionais respondeu corretamente “ausência de consciência, movimentos respiratórios e pulso central” (Gráfico 14).

Gráfico 14 – Conhecimento dos profissionais para identificar uma PCR. Questão nº10 do questionário.



Fonte: O autor, (2020).

De acordo com o protocolo de suporte básico de vida, Brasil (2016) baseado na AHA (2015) os critérios para identificar uma PCR são: paciente irresponsivo ao estímulo, ou seja, com ausência de consciência, que apresente respiração agônica ou ausente e sem pulso central palpável.

O protocolo, Brasil (2016) recomenda que inicialmente seja checada a responsividade do paciente, tocando seus ombros e chamando-o em voz alta, se o mesmo não responder; verificar a respiração e o pulso simultaneamente, orienta que deve ser checado o pulso carotídeo em até 10 segundos, para início da RCP o paciente deve ser posicionado em superfície rígida, plana e seca em decúbito dorsal.

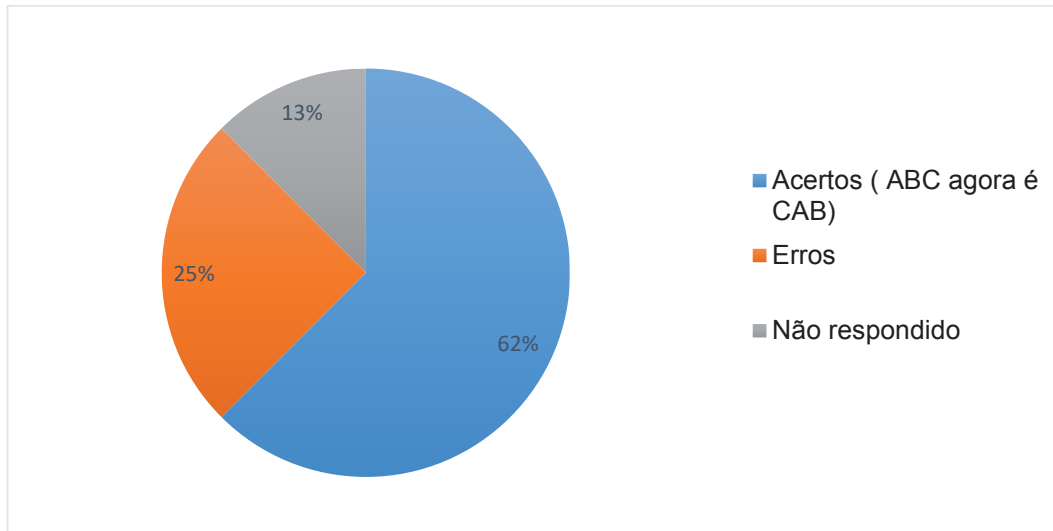
Melo e Silva (2011, p.27) diz que:

As ações educacionais preventivas são de responsabilidade de todos, mas principalmente dos profissionais de saúde, os quais devem estar sensibilizados para reconhecer as situações de risco em sua área de abrangência.

A AHA (2015) orienta o uso do CAB, deixando para trás o tradicional ABC. Para avaliar o conhecimento dos profissionais quanto a essa atualização, foi utilizada a

questão nº11 do questionário, “entre as atualizações da AHA, é certo afirmar que:” Do total da amostra, 62% dos profissionais participantes demonstraram conhecimento quanto a essa atualização (Gráfico 15).

Gráfico 15 – Conhecimento dos profissionais quanto a atualização do ABC para CAB. Questão nº11 do questionário.



Fonte: O autor, (2020).

Melo e Silva (2011) cita que para realização do exame físico deve-se aplicar a regra mnemônica “A-B-C”, ou seja, abrir vias aéreas, verificar respiração e circulação, porém de acordo com ACLS (2020) houve uma atualização da AHA em 2010 a qual orienta a mudança do tradicional “A-B-C” para o “C-A-B”, compressões, vias aéreas e respiração, pois o início precoce das compressões torácicas seguido da avaliação de vias aéreas e respiração obteve melhores resultados, pois assim há um aumento do fluxo sanguíneo, mantendo 25% do débito cardíaco.

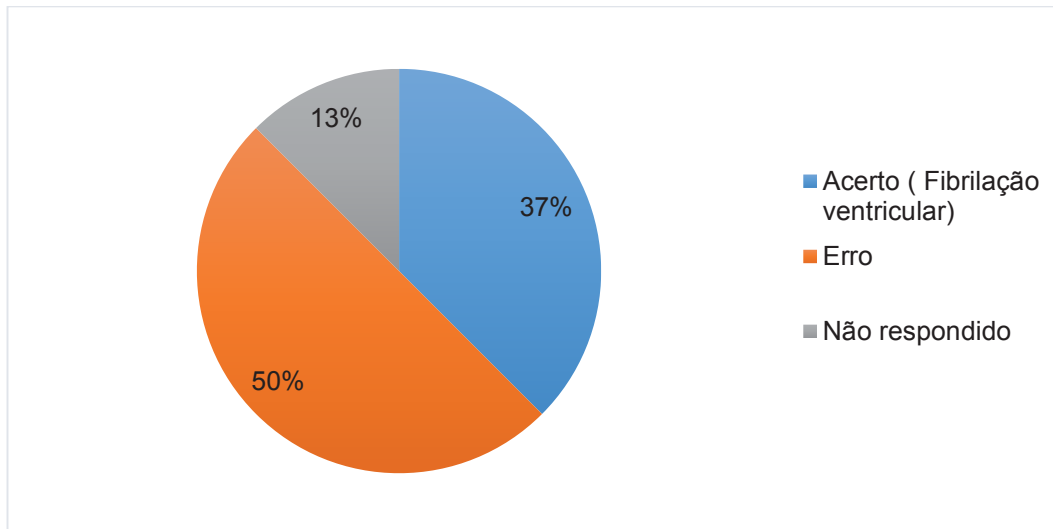
De acordo com França (2012?, on-line), monitor do Curso Proficiência – COFEN:

A maioria das paradas assistidas, os pacientes apresentavam fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular (TV) sem pulso. Nestes casos a sequência A-B-C, em muitos casos acabam sendo atrasadas devido à dificuldade que o socorrista encontra em abrir a via aérea, para dar início as ventilações de resgate. Com a alteração para C-A-B as compressões torácicas serão iniciadas mais cedo o que não trará problemas para ventilação já que o atraso será mínimo.

A causa mais comum da parada cardiorrespiratória é a fibrilação ventricular, para avaliar o conhecimento da amostra foi utilizada a questão nº12 “qual a

modalidade mais comum de PCR”. Metade da amostra não soube responder corretamente (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Conhecimento dos profissionais sobre a modalidade mais comum de PCR. Questão nº 12 do questionário.



Fonte: O autor, (2020).

De acordo com Silva (2018, p.9) “Fibrilação ventricular é ritmo de PCR mais frequente em PCR fora do hospital, responsável por cerca de 80% dos episódios; caracteriza-se por um ritmo cardíaco rápido, irregular e ineficaz”. Para verificar o conhecimento dos participantes quanto aos 5T e 5H utilizou-se a questão nº 14 “quais as causas de PCR”, onde os profissionais deveriam assinalar as causas corretas (Quadro 02).

Quadro 02 – Conhecimento dos profissionais sobre as causas reversíveis de PCR. Questão nº14 do questionário.

Causas de PCR	Número de sujeitos (n=16)
Hipovolemia	62,5% (n=10)
Hipóxia	68,75% (n=11)
Hipotermia	31,25% (n=5)
Hidrogênio/acidose	31,25% (n=5)
Hiper/hipocalemia	43,75% (n=7)
Tromboembolismo pulmonar	87,5% (n=14)
Trombose coronária – IAM	93,75% (n=15)
Tensão no tórax/pneumotórax hipertensivo	62,5% (n=10)
Tamponamento cardíaco	75% (n=12)
Tóxicos	75% (n=12)

Taquicardia	43,75 % (n=7)
Taquipnéia	6,25 % (n=1)
Hiperglicemia	6,5 % (n=1)
Hematúria	0 %

Fonte: O autor, (2020).

De acordo com Wallmuller et al. (2012) apud Gonzalez (2013, p.27): “Diagnóstico e tratamento das causas reversíveis de PCR são fundamentais na abordagem de todos os ritmos de PCR, lembrando sempre dos “5Hs e 5Ts”.

AESP e assistolia podem ser causadas por condições reversíveis e tratadas com sucesso se estas condições forem detectadas. Durante os 2 minutos de RCP, os socorristas devem lembrar dos “5Hs e 5Ts” (WALLMULLER et al., 2012 apud GONZALEZ, 2013, p. 29).

Para avaliar se as unidades possuíam os materiais básicos para atender a emergência os profissionais assinalaram os quais estão disponíveis em sua unidade. Questão nº 13 do questionário “a sua unidade dispõe dos materiais e equipamentos adequados para agir em casos de emergência?”

(Quadro 03).

Quadro 03 – Frequência das respostas dos materiais disponíveis nas unidades. Questão nº13 do questionário.

Material	% (n=16)
Cilindro de O ²	93,75% (n=15)
Laringoscópio com lâmina	93,75% (n=15)
Máscara de O ²	93,75% (n=15)
Reanimador Manual (Ambú)	93,75% (n=15)
Jogo de Cânula de Guedel	87,5% (n=14)
Aspirador Portátil	81,25% (n=13)
Carrinho de emergência com lacre fixo	37,5% (n=6)
Desfibrilador manual externo (DEA)	12,5% (n=2)
Não respondido	6,25% (n=1)

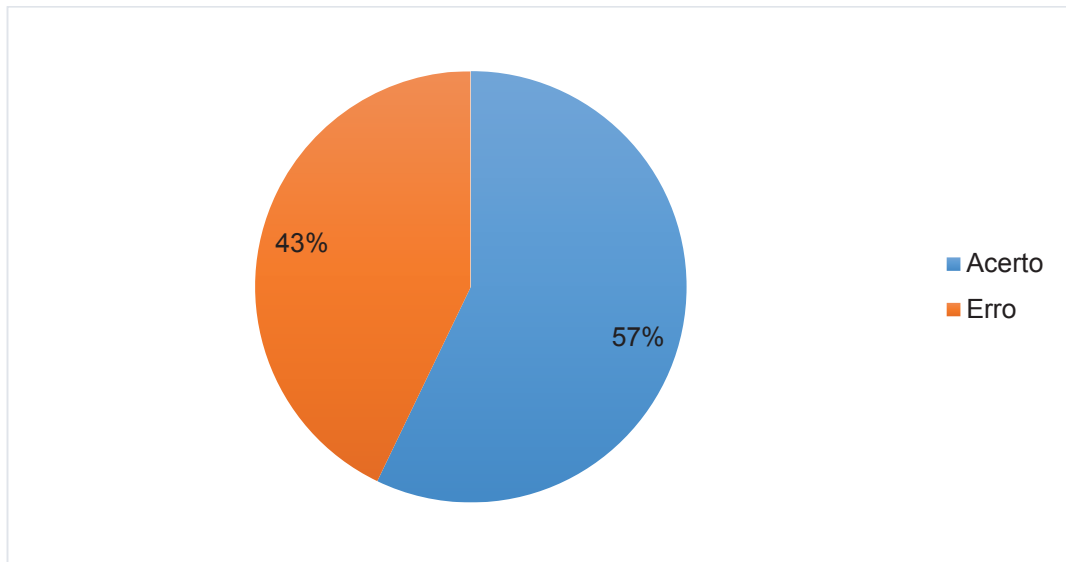
Fonte: O autor, (2020).

O Ministério da Saúde dispõe no anexo B do manual de autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – AMAQ (2017) os materiais e equipamentos de urgência e emergência necessários nas unidades. Sendo aspirador portátil ou fixo, braçadeira, biombo, cilindro de oxigênio portátil completo, colar cervical (kit com três tamanhos), escada de dois degraus, esfigmomanômetro, estetoscópio,

glicosímetro, jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil), laringoscópio com lâmina (adulto e infantil), lanterna clínica, maca com grades removíveis e rodas com travas, máscara de oxigênio, otoscópio, porta-dispensador de sabão líquido, porta-rolô de papel-toalha, ressuscitador manual (kit adulto, infantil e neonatal) – Ambu, suporte para soro e umidificador para oxigênio.

Para analisar o conhecimento dos profissionais quanto à conduta da cadeia de sobrevivência pré-hospitalar, foi utilizada a questão nº15, e 57% da amostra demonstrou conhecimento.

Gráfico 17 – Conhecimento dos profissionais a respeito da conduta da cadeia de sobrevivência pré-hospitalar. Questão nº15 do questionário.



Fonte: O autor, (2020).

Conforme Melo e Silva (2011) o primeiro passo é iniciar a avaliação cardiopulmonar, com propósito de identificar insuficiência respiratória e choque ou alterações na perfusão e na função de órgãos terminais, nos casos de falência respiratória ou choque, pode ocorrer alterações no nível de consciência, do tônus muscular e cianose.

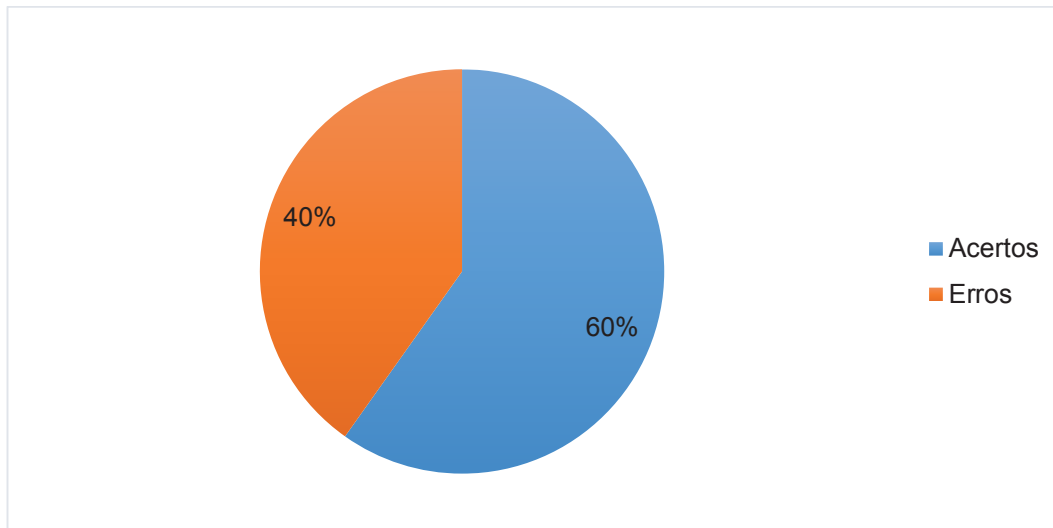
Viana et al. (2019) diz que o local da ocorrência determinará o tipo do atendimento, o qual pode ser dentro do ambiente hospitalar ou não, portanto a AHA (2015) estabelece a cadeia de sobrevivência intra e extra-hospitalar.

De acordo com a AHA (2015) a cadeia de sobrevivência extra hospitalar, que seria o procedimento correto para atendimento nas unidades básicas de saúde dispõe a seguinte sequência: reconhecimento e acionamento de serviço de médico

emergência, RCP imediata e de alta qualidade, rápida desfibrilação, serviços médicos básicos e avançados de emergência, suporte avançado de vida e cuidados pós-PCR.

Na avaliação geral do conhecimento da amostra obteve-se 60% de conhecimento específico referente ao SBV.

Gráfico 18 – Avaliação do conhecimento geral dos profissionais dentre as questões de conhecimento específico (acerto e erro).



Fonte: O autor, (2020).

É de fundamental importância que as unidades de saúde busquem atualizar os seus conhecimentos quanto aos SBV, pois a pesquisa mostrou dados relevantes de que os profissionais podem ter dificuldades para agir de maneira correta nos casos de emergência, devido à falta de conhecimento ou atualização nas normas.

Ter conhecimento sobre as causas reversíveis de PCR é imprescindível, pois a avaliação e identificação precoce dos sinais e sintomas determinará o prognóstico do paciente (MELO; SILVA, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estar preparado para atender em casos de emergência é fundamental em qualquer estabelecimento de saúde, desde unidades de atendimento de baixa complexidade até as unidades que oferecem os serviços mais complexos, e o profissional, seja ele técnico ou enfermeiro, deve estar apto para desempenhar de maneira ágil e eficaz os protocolos de PCR.

Os resultados apresentados destacam que 37% dos profissionais já prestou algum atendimento de emergência em unidade básica, o que sugere que apesar de não ser tão comum a ocorrência de PCR nessa unidade de atendimento, não se devem descartar as chances de acontecer, por isso os profissionais devem estar sempre capacitados para atender a tais ocorrências.

A pesquisa buscou avaliar o conhecimento dos profissionais das UBS's referente à identificação e manejo da PCR e se a equipe está atualizada quanto às recomendações 2017-2018 da ACLS para SBV. Dos profissionais participantes da pesquisa, 81% considera sua equipe capacitada para atender a ocorrência e 76% refere possuir conhecimento atual em SBV, porém a avaliação do conhecimento geral dos profissionais apresentou 40% de erros nas questões de conhecimento específico, sendo que 31% da amostra não soube dizer a frequência correta das compressões, 38% não tem conhecimento suficiente para identificar corretamente um PCR e 43% não soube responder sobre a conduta da cadeia de sobrevivência pré-hospitalar.

Também foi identificada a percepção dos profissionais quanto à disponibilidade de materiais e equipamentos para atendimento de emergência em PCR, sendo que 94% da amostra considera que sua unidade está preparada para o atendimento, contudo apenas seis participantes (37,5%) afirmaram possuir carrinho de emergência com lacre fixo na unidade em que trabalha. E apenas 2 participantes (12,5%) afirmaram possuir DEA disponível.

Para avaliação do conhecimento da amostra foi utilizado o questionário, porém sugere-se que para futuras pesquisas seja escolhido outro método, como por exemplo o método de entrevista, o que pode trazer resultados mais satisfatórios.

Por meio dos resultados obtidos, sugere-se que haja uma educação continuada com a equipe, para que estejam atualizados quanto as novas normas e diretrizes de SBV.

REFERÊNCIAS

- ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT FOR EXPERIENCED PROVIDERS. **ACLS (Suporte Avançado de Vida Cardiovascular para Provedores Experientes)**. Guidelines 2017. Disponível em: https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2017/12/2017-Focused-Updates_Highlights_PTBR.pdf. Acesso em: 04 out. 2019.
- AHA, American Heart Association. **Atualização das Diretrizes d RCP e ACE**. Guiderlines 2015, CPR & ECG. Tradução Helio Penna Guimaraes. Ano: 2015. Disponível: <file:///C:/Users/PC/Desktop/AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>. Acesso:28 mai.2020.
- ALVES, Cristiele Aparecida; BARBOSA, Cinthia Natalia Silva; FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes. Parada cardiorrespiratória e enfermagem: o conhecimento acerca do suporte básico de vida. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32579/20693>. Acesso em: 04 out. 2019.
- AUGUSTO, Cleiciele Albuquerque et al. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 745-764, Dec. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/resr/v51n4/a07v51n4.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Legislação para o Exercício da Enfermagem, 1986. 6p. Disponível em:http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em 08 out.2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 164 p.: il. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_2017.pdf. Acesso em 01.out.2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V.1). Disponível em:http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 04 out.2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf. Acesso em: 24 abr.2020.

CARVALHO, Lorena Rodrigues de et al. Fatores associados ao conhecimento de pessoas leigas sobre suporte básico de vida. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 38, p. 163-178, Junho 2020. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100163&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Cofen lança Perfil da Enfermagem em Santa Catarina. **Cofen/Fiocruz**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-lanca-perfil-da-enfermagem-em-santa-catarina_33353.html. Acesso em 24 abr. 2020.

ESPERON, Julia Maricela Torres. Pesquisa Quantitativa na Ciência da Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e2017002, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100101&lang=pt. Acesso em 08 out. 2019.

FONSECA, L. M. M.; RODRIGUES, R. A. P.; MISHIMA, S. M. **Aprender para cuidar em enfermagem: situações específicas de aprendizagem**. Ribeirão Preto: USP/EERP, 2015. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/ebooks/aprenderparacuidar/pdf/8Cardiovascular.pdf>. Acesso em 04 out. 2019.

FOX, Stuart Ira. **Fisiologia humana** / Stuart Ira Fox; [tradução de Marcos Ikeda]. -- 7. ed. -- Barueri, SP: Manole, 2007. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520449905/cfi/502!4/4@0.00:0.00>. Acesso em: 07 jul. 2020.

FRANÇA, Bruno. **Proficiência – Conselho Federal de Enfermagem – COFEN**. 2012?. Disponível em: http://proficiencia.cofen.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=165:alteracao-nas-diretrizes-de-reanimacao-cardiopulmonar-rcp-principais-pontos&catid=39:blog&Itemid=65#:~:text=As%20novas%20Diretrizes%20da%20AHA,%2Dse%20rec%C3%A9m%2Dnascidos). Acesso em: 17 jul. 2020

FROTA, Mirna Albuquerque et al. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 25-35, Jan. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 abr. 2020.

GONZALEZ, Maria M. et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 2, supl. 3, p. 3-221, 2013. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Emergencia.pdf. Acesso em 08 out. 2019.

GUNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é uma questão? **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-209, agosto de 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

GUYTON, Arthur C., HALL, Jonh E. **Tratado de fisiologia médica**. Tradução de Barbara de Alencar Martins... [et al.]. 11.ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

Disponível em:

file:///C:/Users/PC/Desktop/[Livro]%20Tratado%20de%20Fisiologia%20M%C3%A9dica%20-%20Guyton%20-%202011%C2%AA%20ed%20portugu%C3%AAs%20completo.pdf. Acesso em: 07 jul. 2020.

LAURINDO, Maria Vitória et al. A importância de adaptar as unidades básicas de saúde para o atendimento de urgências e emergências de menor complexidade/The importance of adapting as basic health units for care of emergencies and emergencies of lower complexity. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 3, p. 1688-1709, 2019. Disponível em:

<http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/1434/1551>. Acesso em: 28 abr. 2020.

MATTIA, Bianca Joana; KLEBA, Maria Elisabeth; PRADO, Marta Lenise do.

Formação em enfermagem e a prática profissional: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 2039-2049,

2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2039.pdf. Acesso em: 15 mai. 2020.

MELO, Maria do Carmo Barros de, SILVA, Nara Lúcia Carvalho da. Urgência e Emergência na Atenção Primária. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**.

Faculdade de Medicina UFMG. Belo Horizonte, 2011. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3046.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2020.

PAULINO, Elizângela De Paula; Vieira, Jéssica Patrícia; RODRIGUES, Rosalina.

Avaliação do conhecimento sobre parada e reanimação cardiopulmonar da equipe de enfermagem atuante em um hospital do interior paulista. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Centro Universitário Católica Salesiano Auxilium, curso de Enfermagem, Lins - SP, 2016. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/60254.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

PAULO, Dhâmara Ventura de; SILVA, Hermita dos Santos. **Conhecimento do enfermeiro sobre as condutas frente ao paciente em parada cardiorrespiratória**. 2018. Disponível

em: <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/3412/1/CONHECIMENTO%20DO%20ENFERMEIRO%20SOBRE%20AS%20CONDUTAS%20FRENTE%20AO%20PACIENTE%20EM%20PARADA%20CARDIO%20RESPIRATORIA.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.

PERUZZO, Hellen Emília et al. Influência do sexo, idade e tempo de atuação na percepção sobre o trabalho em equipe. **REME rev. min. enferm**, p. [1-7], 2017.

Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1011.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

PRÉCOMA, Dalton Bertolim et al. Atualização da Diretriz de Prevenção

Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia: 2019. **Arquivos brasileiros**

de cardiologia. São Paulo. Vol. 113, n. 4 (2019), p. 787-891, 2019. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2019/v11304/pdf/11304022.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2020.

SEMENSATO, Gladis; ZIMERMANN, Leandro; ROHDE, Luis Eduardo. Avaliação inicial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Cidade de Porto Alegre. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 96, n. 3, p. 196-204. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v96n3/aop00911.pdf>. Acesso em: 01.out.2019.

SILVA, Maria Beatriz Silveira Schmitt et al. **Urgência e emergência: módulo 1: parada cardiorrespiratória.** 2018. Disponível em: https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1833/ITS_MatDid_ETSUSBlumenau_SC_ParadaCardiorrespiratoria.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 04 mai. 2020.

SILVA, Aline Almeida et al. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA. **Múltiplos Acessos**, v. 2, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.multiplosacessos.com/multaccess/index.php/multaccess/article/view/18/18>. Acesso em:30 abr. 2020.

SILVERTHORN, Dee Unglaub. Fisiologia Humana [Recurso Eletrônico]: **uma abordagem integrada/ Dee Unglaub Silverthorn**; tradução Ivane Beatrice Mânica da Cruz ... [et al.]. – 5.ed.- Dados Eletrônicos. – Porto Alegre. Artmed, 2010. Disponível em: [file:///C:/Users/PC/Desktop/Dee%20Unglaub%20Silverthorn%20-%20Fisiologia%20Humana%20-%20Uma%20Abordagem%20Integrada,%205ª%20Edição%20\(Artmed\).pdf](file:///C:/Users/PC/Desktop/Dee%20Unglaub%20Silverthorn%20-%20Fisiologia%20Humana%20-%20Uma%20Abordagem%20Integrada,%205ª%20Edição%20(Artmed).pdf). Acesso em: 07 jul. 2020

SOUZA, Beatriz Tessorolo et al . Identificação dos sinais de alerta para a prevenção da parada cardiorrespiratória intra-hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3072, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100308&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 08 out. 2019.

SOUZA, Roselaine Bastos de et al. Organização e liderança no trabalho do enfermeiro: percepção de enfermeiros e técnicos de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2013. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/360>. Acesso em:24 abr.2020.

TALLO, Fernando Sabia et al. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. **Rev Bras Clin Med**, v. 10, n. 3, p. 194-200, 2012. Disponível em: <http://files.acls-aha-com-br.webnode.com/200000141-6e6276f5eb/Revis%C3%A3o%20ACLS.pdf>. Acesso em 08 out.2019.

VIANA, Ellen de Queiroz et al. RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULOMONAR DE ALTA QUALIDADE E CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, 2019. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/3498>. Acesso em: 04 mai. 2020.

VILLELA, Lenice de Castro Mendes et al. Tempo de atuação do profissional enfermeiro–Minas Gerais. **Enfermagem em foco**, v. 2, n. 4, p. 248-250, 2011.

Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/194/130>. Acesso em: 17 jul. 2020.

WIDMAIER, Eric P.; RAFF, Hershel; STRANG, Kevin T. **Vander- Fisiologia Humana - Os Mecanismos das Funções Corporais**. 14 . ed. Rio de Janeiro:

Guanabara Koogan, 2017. 783 p. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527732345/cfi/6/2!/4/2/2@0:0>. Acesso em: 28 mai. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.	
Profissional	
Unidade Básica de Saúde: _____	Questionário n°: _____
Categoria: () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem () Auxiliar de Enfermagem	
Tempo de formação profissional: () menos 1 ano () 1 a 5 anos () acima de 5 anos	
Tempo de atuação na UBS: () menos 1 ano () 1 a 5 anos () acima de 5 anos	
Possui especialização ou capacitação em Suporte Básico de Vida: () sim () não	
Idade:	
() menos de 21 anos () 21 a 25 anos () 26 a 30 anos () 31 a 40 anos () acima de 41 anos	
Sexo: () Feminino () Masculino () Não declarado	
Conhecimento geral	
1. Você já prestou atendimento de emergência na sua UBS? () sim () não	
2. Você acredita que a sua equipe possui capacidade suficiente para agir de maneira correta diante de uma PCR? () sim () não	
3. Na sua UBS tem materiais de emergência como: laringoscópio, carrinho de emergência, ambú, medicação de emergência, torpedo de oxigênio? () sim () não	
4. Você tem conhecimento sobre a mudança das diretrizes da American Heart Association (AHA) 2015 e a suas atualizações mais recentes em relação à PCR? () sim () não	
Conhecimentos específicos em Parada Cardiorrespiratória (PCR)	
5. Em uma parada cardiorrespiratória, assinale qual das alternativas seria sua conduta em adultos? () 15 compressões e duas ventilações () 30 compressões e duas ventilações () somente suporte ventilatório	
6. Qual a frequência das compressões torácicas em PCR? () 100 – 120 compressões () 100 compressões () 100 – 110 compressões	
7. Qual a profundidade das compressões torácicas na atual recomendação? () 5 cm () 6 cm ()	
8. Para compressões efetivas, deve-se apoiar no tórax do paciente? () sim () não	
9. As compressões não podem ser interrompidas por mais de 10 segundos? () sim () não	
10. Como você identifica uma PCR: () Ausência de consciência, movimentos respiratórios e do pulso central () Ausência de pulso periférico e dos movimentos respiratórios () Ausência de consciência e dos movimentos respiratórios	
11. Entre as atuais atualizações da AHA, é certo afirmar que () Ventilações são realizadas antes das compressões () ABC agora é CAB () O uso do DEA não é mais recomendado	
12. Qual a modalidade mais comum de PCR () Assistolia () Fibrilação Ventricular () Atividade Elétrica Sem Pulso () Taquicardia Ventricular Sem Pulso	
13. A sua unidade dispõe dos materiais e equipamentos adequados para agir em casos de emergência? () DEA () Cilindro de O ² portátil completo () Aspirador portátil ou () carrinho de emergência com laque fixo () Jogo de cânulas de Guedel () Laringoscópio com lamina	

<p><input type="checkbox"/> máscara de O² <input type="checkbox"/> Ressuscitador manual (ambú)</p>
<p>14. Quais as causas de PCR</p> <p><input type="checkbox"/> Hipóxia <input type="checkbox"/> Hiper/ hipocalemia <input type="checkbox"/> Hiperglicemia <input type="checkbox"/> Hipovolemia</p> <p><input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Hidrogênio-acidose <input type="checkbox"/> Hiperglicemia <input type="checkbox"/> Hipotermia</p> <p><input type="checkbox"/> Tóxicos <input type="checkbox"/> Tamponamento cardíaco <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Taquipneia</p> <p><input type="checkbox"/> Tensão no tórax- pneumotórax hipertensivo <input type="checkbox"/> Trombose coronária- IAM</p> <p><input type="checkbox"/> Tromboembolismo pulmonar</p>
<p>15. Assinale qual a conduta da cadeia de sobrevivência pré-hospitalar:</p> <p><input type="checkbox"/> Reconhecimento e acionamento do serviço médico de emergência, RCP imediata de qualidade, rápida desfibrilação, serviços médicos básicos e avançados de emergências, suporte avançado de vida e cuidados pós PCR.</p> <p><input type="checkbox"/> RCP imediata de qualidade, acionamento do serviço médico de emergência, rápida desfibrilação, serviços médicos básicos e avançados de emergência, suporte avançado de vida e cuidados pós PCR.</p> <p><input type="checkbox"/> Reconhecimento, RCP imediata de qualidade, acionamento do serviço médico de emergência, rápida desfibrilação, serviços médicos básicos e avançados de emergência, suporte avançado de vida e cuidados pós PCR.</p> <p><input type="checkbox"/> Reconhecimento e acionamento do serviço médico de emergência, rápida desfibrilação, RCP imediata e de qualidade, serviços médicos básicos e avançados de emergência, suporte avançado de vida e cuidados pós PCR.</p>