

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Larissa Felix de Moura Marques

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA
ATENÇÃO BÁSICA DE UMA REGIÃO ADMINISTRATIVA DO DISTRITO
FEDERAL ACERCA DO PROTOCOLO DE PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA

Brasília
2020

Larissa Felix de Moura Marques

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA
ATENÇÃO BÁSICA DE UMA REGIÃO ADMINISTRATIVA DO DISTRITO
FEDERAL ACERCA DO PROTOCOLO DE PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA

Trabalho de Dissertação apresentado à Escola
Fiocruz de Governo como requisito parcial
para obtenção do título de mestre em Políticas
Públicas em Saúde na linha de Vigilância e
Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. (a) Dr (a) Ieda Maria Vargas
Dias.

Brasília
2020

M357c

Marques, Larissa Felix de Moura

Conhecimento dos profissionais de enfermagem da atenção básica de uma região administrativa do Distrito Federal acerca do protocolo de parada cardiorrespiratória / Larissa Felix de Moura Marques. - 2020

99f.: 30cm

Orientador: Profa. Dra. Ieda Maria Vargas Dias
Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) -
Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF

1. Enfermagem. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Atenção primária à Saúde – Distrito Federal. 4. Urgência e emergência – atendimento. 5. Reanimação cardiopulmonar. I. Marques, Larissa Felix de Moura. II. FIOCUZ Brasília. III. Título

CDD: 616.1

Bibliotecário Responsável: Cleide Nascimento Pimentel – CRB6/3238

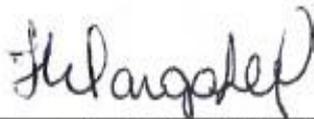
Larissa Felix de Moura Marques

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO
BÁSICA DE UMA REGIÃO ADMINISTRATIVA DO DISTRITO FEDERAL
ACERCA DO PROTOCOLO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Trabalho de Dissertação apresentado à
Escola Fiocruz de Governo como
requisito parcial para obtenção do título
de mestre em Políticas Públicas em
Saúde na linha de Vigilância e Gestão
em Saúde.

Aprovado em 17/12/2020

BANCA EXAMINADORA



Dra. Ieda Maria Ávila Vargas Dias. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Dra. Fernanda Severo. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Dr. Rinaldo de Souza Neves. Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Dra. Denise Osório (suplente). Universidade de Brasília (UnB)

*Dedico este trabalho a Deus, que me sustenta
com Suas fortes mãos incansavelmente. A Ele
seja glória, poder e domínio, de hoje para
sempre. Amém.*

AGRADECIMENTO

Agradeço, primeiramente, a Deus pela possibilidade de realização de mais uma conquista em minha jornada pessoal e profissional.

Sou especialmente grata pela minha família que me incentivou e apoiou ao longo dessa árdua caminhada rumo aos meus objetivos. Obrigada por compreenderem minha ausência, minhas ansiedades, meu estresse...Especialmente meu companheiro de vida, meu esposo e amigo Bruno. Obrigada por tudo que você fez e faz por mim. Obrigada por sonhar meus sonhos e por dividir as aflições nos momentos difíceis. Almejo o privilégio de sempre “partilhar a vida boa com você”.

Agradeço a Fiocruz por ser uma instituição tão comprometida com a saúde do nosso país. Obrigada ao (amado) coordenador do programa, Dr. Jorge Barreto, e a todos excelentíssimos mestres por toda dedicação e conhecimento compartilhado. Agradeço também aos membros que compõem a banca, por me permitirem enxergar mais longe e mais excelente e a minha orientadora, Dra. Ieda Dias, por me apoiar nesse projeto – mesmo em meio a tantas tribulações pessoais - e por me deixar livre para decorar meu caminho conforme minha criatividade.

Gratidão aos meus colegas da turma de mestrado por formarem uma rede de apoio incrível e por todo o crescimento que alcançamos juntos, ao longo desses dois anos.

Agradeço aos amigos: Kátia e Lorena por me incentivarem a fazer a prova e a família da radioterapia do Hospital Sírio-Libanês. Vocês são incríveis! Muito obrigada Bruno, Carol, Lucia e Renan, por “segurarem a barra” durante minha (s) ausência (s). Obrigada Rayane por acreditar mais em mim do que eu mesma acredito; Edu e “Jão”, pelo incentivo, pelos conselhos, pelas risadas e pelas aulas particulares de programação em R e estatística pré básica (risos).

Agradeço a Hérika (estatística) e a Shirlei (revisora) por contribuírem com tanto conhecimento técnico para a produção e lapidação deste trabalho.

Enfim, não conseguiria citar nominalmente cada pessoa que contribuiu para a consolidação desse projeto, mas gostaria de registrar meu agradecimento a todos que direta ou indiretamente estão hoje comemorando comigo.

Sem todos vocês a minha felicidade não seria completa, afinal... “Fundamental é mesmo o amor...é impossível ser feliz sozinho” (Tom Jobim).

*“O conhecimento dirige a prática; no entanto,
a prática aumenta o conhecimento”*

(Thomas Fuller)

RESUMO

Introdução: A rede de atenção às urgências compreende, como componente pré-hospitalar fixo, as unidades básicas de saúde como portas de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) e responsáveis pelo primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência; um dos pontos essenciais para o funcionamento da rede é a qualificação dos profissionais que atuam nessas localidades. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca do protocolo de Reanimação Cardiopulmonar (RCP) proposto pela American Heart Association (AHA) de uma região administrativa do Distrito Federal. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa; utilizou-se um questionário autoaplicável, identificando as características sociodemográficas e profissionais da amostra do estudo, as percepções gerais sobre o tema de pesquisa e o conhecimento das diretrizes da AHA sobre o Suporte Básico de Vida (SBV) e o Suporte Avançado de Vida (SAV). **Resultados e discussão:** A amostra foi composta por 68 profissionais de enfermagem que atuam na APS (Atenção Primária à Saúde). Identificou-se desempenho insuficiente em alguns aspectos do protocolo de reanimação recomendado pela AHA, como por exemplo, o uso ou não de desfibrilação no tratamento; desconhecimento sobre medicamentos incluídos no protocolo de RCP, etc; observou-se, ainda, que a percepção da maioria dos profissionais é de que a APS não faz/não deveria fazer parte da rede de atenção às urgências. **Conclusão:** Faz-se necessário realizar medidas de educação permanente com os profissionais e direcionar investimento para as ações de emergência na APS.

Palavras-Chave: Enfermagem, Atenção primária à saúde, Reanimação cardiopulmonar.

ABSTRACT

Introduction: The emergency care network comprises, as a fixed pre-hospital component, the basic health units as user's entrance doors to the Unified Health System (SUS) and responsible for the first care in cases of urgency and emergency; one of the essential points for the network's operation is the qualification of the professionals who work in these locations.

Objective: To evaluate the nursing team's knowledge about the protocol of Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) proposed by the American Heart Association (AHA) of an administrative region of the Federal District.

Method: This is a descriptive, transversal study, with a quantitative approach; a self-applicable questionnaire was used, identifying the socio-demographic and professional characteristics of the study sample, the general perceptions on the research subject and the knowledge of the AHA guidelines on Basic Life Support (BLS) and Advanced Life Support (ASS).

Results and discussion: The sample was composed of 68 nursing professionals who work in the APS (Primary Health Care). Insufficient performance was identified in some aspects of the resuscitation protocol recommended by the AHA, as for example, the use or not of defibrillation in the treatment; lack of knowledge about drugs included in the CPR protocol, etc; it was also observed that the perception of the majority of the professionals is that the APS is not/should not be part of the network of attention to urgencies.

Conclusion: It is necessary to carry out permanent education measures with professionals and direct investment to emergency actions in PHC.

Keywords: Nursing, Primary Health Care, Cardiopulmonary Resuscitation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Opinião dos profissionais de enfermagem sobre a possibilidade da ocorrência ou não dos atendimentos de urgência e emergência em unidades básicas de saúde	42
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos profissionais de enfermagem da atenção básica do Recanto das Emas – DF	32
Tabela 2 Caracterização profissional e educacional dos profissionais de enfermagem da atenção básica do Recanto das Emas, DF.	34
Tabela 3 Percepções dos profissionais de enfermagem da atenção básica do Recanto das Emas sobre PCR,RCP, e RAU.	36
Tabela 4 Opinião dos profissionais de enfermagem do Recanto das Emas sobre os atendimentos de urgência e emergência na atenção básica.	42
Tabela 5 Questões sobre identificação de PCR no SBV.	45
Tabela 6 Cruzamento do domínio “Identificação da PCR” da categoria SBV com as variáveis sociodemográficas e profissionais.	47
Tabela 7 Questões sobre o algoritmo de RCP.	49
Tabela 8 Cruzamento do domínio “Algoritmo de RCP” da categoria SBV com as variáveis sociodemográficas e profissionais.	50
Tabela 9 Questões referentes a técnica correta de RCP	51
Tabela 10 Cruzamento do domínio “Técnica correta de RCP” da categoria SBV com as variáveis sociodemográficas e profissionais	52
Tabela 11 Questões acerca dos dispositivos e materiais utilizados em RCP/PCR	55
Tabela 12 Cruzamento do domínio “Materiais e dispositivos utilizados em RCP” da categoria SBV com as variáveis sociodemográficas e profissionais	57
Tabela 13 Questões sobre algoritmo de atendimento à PCR em SAV	59
Tabela 14 Cruzamento do domínio “Algoritmo de RCP” da categoria SAV com as variáveis sociodemográficas e profissionais	61
Tabela 15 Questões acerca dos principais medicamentos utilizados em RCP	62
Tabela 16 Cruzamento do domínio “Medicamentos utilizados na RCP” da categoria SAV com as variáveis sociodemográficas e profissionais	63
Tabela 17 Questões acerca dos ritmos de PCR e suas condutas	66
Tabela 18 Cruzamento do domínio “Ritmos de PCR” da categoria SAV com as variáveis sociodemográficas e profissionais	67

Tabela 19 Cruzamento do domínio “Cuidados pós PCR” da categoria SAV com as variáveis sociodemográficas e profissionais

LISTA DE SIGLAS

AB Atenção Básica

A-B-C Abertura de vias aéreas, Ventilação e Compressões

ACE Atendimento Cardiovascular de Emergências

ACLS *Advanced Cardiac Life Support*

AESP Atividade Elétrica Sem Pulso

AHA *American Heart Association*

APH Atendimento Pré Hospitalar

APS Atenção Primária à Saúde

AVC Acidente Vascular Cerebral

C-A-B Compressões, Abertura de vias aéreas e Ventilação

CF Constituição Federal

COFEN Conselho Federal de Enfermagem

COVID 19 Coronavírus

DCNT Doenças crônicas não transmissíveis

DEA Desfibrilador Externo Automático

DF Distrito Federal

ESF Estratégia Saúde da Família

ESPII Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional

FV Fibrilação ventricular

GDF Governo do Distrito Federal

GSAP Gerência de Serviços de Atenção Primária

HRSAM Hospital Regional da Samambaia

HRT Hospital Regional de Taguatinga

IAM Infarto Agudo do Miocárdio

ILCOR *International Liaison Committee on Resuscitation*

MS Ministério da Saúde

NEU Núcleo de Educação em Urgências

PCR Parada Cardiorrespiratória

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PNAU Política Nacional de Atenção às Urgências

PS Pronto Socorro

RA Região Administrativa

RAQ Relatório de Atividade Quadrimestral
RAS Rede de Atenção à Saúde
RAU Rede de Atenção às Urgências
RCE Retorno da Circulação Espontânea
RCP Reanimação cardiopulmonar
SAV Suporte Avançado de Vida
SBV Suporte Básico de Vida
SES Secretaria de Estado de Saúde
SPSS *Statistical Package for the Social Sciences*
SUS Sistema Único de Saúde
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TVSP Taquicardia Ventricular Sem Pulso
UBS Unidade Básica de Saúde
UPA Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivos	22
1.1.1 Objetivo Geral	22
1.1.2 Objetivos Específicos	22
1.2 Materiais e Métodos	23
2 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
2.1 Dados Sociodemográficos e Profissionais	31
2.2 Percepções dos Profissionais sobre o Tema	34
2.3 Avaliação do Conhecimento Específico	45
2.3.1 Suporte Básico de Vida	45
2.3.1.1 Identificação da PCR	45
2.3.1.2 Algoritmo de RCP	48
2.3.1.3 Técnica Correta de RCP	51
2.3.1.3 Materiais e Dispositivos Utilizados em RCP	54
2.3.2 Suporte Avançado de Vida	57
2.3.2.1 Algoritmo de RCP em Suporte Avançado de Vida	57
2.3.2.2 Medicamentos Utilizados na RCP	62
2.3.2.3 Ritmos de PCR	65
2.3.2.4 Cuidados Pós PCR	68
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO	82
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO	84
APÊNDICE C -TERMO DE CONCORDÂNCIA COM AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA REGIÃO SUDOESTE – DF	94
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	95

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de internação e morte no Distrito Federal (DF) – com destaque para as doenças do aparelho circulatório que são responsáveis por 25,4% das mortes prematuras (pessoas com idade entre 30 a 69 anos). Esse número é ainda maior quando avaliado por regiões, tendo a região sudoeste (composta pelas Regiões Administrativas de Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Recanto das Emas e Samambaia) 42,1% de óbitos/taxa de mortalidade prematura por doenças do aparelho circulatório (1).

Dentre as doenças do aparelho circulatório destacam-se as doenças isquêmicas do coração que correspondem à principal causa de Parada Cardiorrespiratória (PCR), sendo ela uma das principais situações de emergência clínica. A PCR é definida como a interrupção da atividade mecânica cardíaca – útil e suficiente - e da respiração, que ocasiona colapso hemodinâmico, e é confirmada pela ausência de pulsos centrais, apneia e estado de inconsciência, podendo levar a morte caso não seja revertida rapidamente (2 - 4).

Os processos que envolvem PCR convergem no acometimento secundário de situações como Fibrilação Ventricular (FV), Taquicardia Ventricular Sem Pulso (TVSP), Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP) ou Assistolia, que corresponde a ausência total do ritmo cardíaco; uma vez constatada algumas dessas situações deve-se iniciar imediatamente as manobras de Reanimação Cardiopulmonar (RCP) pois cada minuto perdido reduz a chance de sobrevivência em 10% (4,5).

O tratamento para PCR consiste nas medidas de RCP que tem como objetivo principal promover a circulação de sangue oxigenado ao coração, e aos outros órgãos vitais, até que as funções cardíacas e ventilatórias espontâneas sejam restabelecidas. Quanto mais breve for realizado o atendimento melhor é o prognóstico e as chances de sobrevivência e menores são as sequelas e o custo final do tratamento (4,6).

Estima-se que cerca de 100.000 PCR's ocorram, no Brasil, em ambiente extra-hospitalar e outra pesquisa, realizada no Canadá, evidenciou que, aproximadamente, 3% das PCR's ocorridas no ambiente extra-hospitalar, aconteciam em unidades de saúde (1).

As doenças do aparelho circulatório também são responsáveis por grande parcela dos atendimentos em urgência e emergência. Considera-se urgência como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. Já a emergência é definida como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato” (2).

A diferenciação entre urgência e emergência é complexa, tanto para profissionais de saúde quanto para os usuários, o que faz com que eles, na maioria das vezes, pautem esse julgamento de acordo com suas necessidades. Com base nisso, ao procurar atendimento o paciente se encaminha para aquele serviço que ele julga oferecer o atendimento mais oportuno e adequado – independente de classificação médica de urgência, emergência ou demanda ambulatorial (3).

Embora as situações de urgência e emergência sejam atendidas, predominantemente, nos serviços hospitalares, há situações em que o indivíduo procura o local mais próximo de sua residência para o atendimento. Sendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) os serviços mais próximos, em geral, do domicílio dos usuários e também onde o paciente possui vínculo com a equipe, é necessário que os serviços estejam preparados para realizar esses atendimentos e os profissionais que atuam na Atenção Básica (AB) capacitados para reconhecer e a prestar o primeiro atendimento à essas situações (4,5).

Para que as urgências e emergências possam ser atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS) é necessário que haja hierarquização clara das ações e serviços, protocolos clínicos bem estabelecidos, aperfeiçoamento técnico dos profissionais, sistema de referência e

contra referência, regulação, transporte, sistema unificado de comunicação, recursos tecnológicos mínimos e área física adequada (6).

As UBS devem dispor de estrutura física contando com ambiente para primeiro atendimento/estabilização do paciente, sala de observação/estabilização por até 8 horas, rede de referência estruturada para encaminhamento de casos e garantia de transporte quando necessário (3).

O atendimento às urgências na AB diferencia-se do atendimento realizado em outros pontos de atenção uma vez que a equipe tem conhecimento prévio da população, registro dos prontuários, permite o retorno com a mesma equipe de atendimento o que proporciona a longitudinalidade/continuidade do cuidado (4).

A equipe de enfermagem, em sua rotina diária, geralmente, é a primeira a acolher os pacientes em situações de urgência e cabe a estes profissionais a identificação do quadro do paciente e o acionamento dos demais membros da equipe. O profissional de saúde deve receber treinamento para situações de emergência a fim de que sejam capazes de agir com a competência necessária de acordo com a gravidade do caso, sendo fundamental que os profissionais de saúde estejam organizados e preparados para atuar frente as situações de PCR pois, se as ações forem realizadas de modo rápido e correto, podem salvar a vida do paciente (3).

A inexperiência do enfermeiro e da equipe técnica tem sido um fator de risco para os pacientes, uma vez que a maioria dos profissionais não reconhecem o padrão de RCP, como a relação de compressão-ventilação, medicações indicadas para tratamento da RCP, além da falta de conhecimento sobre o manuseio de desfibriladores, monitores e respiradores (7).

Sendo os primeiros profissionais a identificarem um paciente em PCR, os profissionais de enfermagem, precisam ser capazes de executar um atendimento de RCP de

qualidade – conforme as recomendações estabelecidas pelo *Guideline da American Heart Association* (AHA) (8).

A capacitação profissional baseada nesses protocolos internacionais é de extrema importância para os cuidados aos pacientes em PCR – em especial à equipe de enfermagem, pois cabe a ela iniciar assistência rápida, segura e eficiente que minimize sequelas e aumente a chance de sobrevivência dos pacientes (9).

No DF, a APS, possui abordagem assistencial de baixa resolutividade que é desconectada da atenção hospitalar e, como consequência, as emergências dos hospitais regionais tornaram-se a porta de entrada no sistema de saúde do DF, o que vai de encontro à proposta de fortalecimento da AB como principal ponto de acesso aos usuários. Em uma perspectiva de rede de atenção à saúde, o funcionamento precário das UBS e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no DF prejudica os hospitais, perpetuando um ciclo de superlotação e desassistência (10,11).

Considerada um elemento fundamental na qualidade à saúde, a segurança do paciente, combina técnicas de segurança e qualidade e as incorpora na cultura das organizações. Parte dessa cultura se ancora na capacitação teórico-prática e habilidade dos profissionais – sendo o déficit nesses elementos um fator de risco para este processo. Embora esse tema tenha ganhado maior visibilidade ao longo do tempo, ainda é pouco estudado no contexto da AB (12).

Frente ao exposto, surgiu o seguinte questionamento: a equipe de Enfermagem da APS está apta a atender um paciente vítima de PCR de acordo com as diretrizes atuais da AHA? Buscando essa resposta, justifica-se o presente estudo, que é respaldado no fato de que a baixa capacidade de resolução da AB nos casos de urgência e emergência – que inclui a insuficiente capacitação dos profissionais que atuam na APS – geram sobrecarga nos serviços de emergência hospitalares. Por sua vez, a superlotação nos pontos hospitalares de atenção às

urgências/emergências ocasiona o aumento do risco da mortalidade para os casos atendidos com atrasos e descontentamentos para os demandantes que passam a desacreditar nos serviços de saúde.

Mesmo após anos de sua formação, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrenta obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção proposto. A estratégia de Redes de Atenção à Saúde (RAS) foi instituída com o ideal de superar a fragmentação da assistência e da gestão, bem como para o aperfeiçoamento político-institucional do SUS, para proporcionar aos usuários a continuidade das ações e serviços de modo mais eficiente (13).

As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que se integram por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão para garantir a integralidade da assistência (14).

Dentre as RAS, foi instituída em 2011 a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS por meio da Portaria nº 1.600 do Ministério da Saúde (MS), que é uma das Redes temáticas prioritárias do MS e tem como finalidade articular e integrar os serviços de saúde de modo que se amplie e qualifique o acesso dos usuários em situação de urgência e emergência com foco na resolutividade rápida (3,13).

A RAU divide a assistência às Urgências e Emergências em elementos, sendo eles: i) pré-hospitalar fixo; ii) pré-hospitalar móvel; iii) hospitalar; e iv) pós-hospitalar. Em conformidade com o Decreto nº 7.508 de 2011 e com a Portaria nº 1.600 do mesmo ano, a AB configura-se um dos componentes das RAU, sendo definida como uma das portas de entrada do usuário na rede e um elemento pré-hospitalar fixo. Para que a AB contribua com a consolidação e o funcionamento da lógica das redes ela deve ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes. A AB se difere de outros níveis assistenciais por quatro principais atributos essenciais, sendo eles: preferência como porta de entrada e ponto de primeiro

contato do indivíduo, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado dentro do sistema de saúde (3,15,16).

Um dos componentes da RAU é a capacitação e educação continuada/permanente em todos os pontos da rede – para profissionais de nível superior e técnico (10). A enfermagem preocupa-se, enquanto ciência, em assegurar procedimentos de maneira sistematizada apoiados em raciocínio lógico-crítico e utiliza-se de um instrumento importante: o controle de qualidade da assistência (13).

Donabedian propôs a tríade para a avaliação da qualidade em saúde composta por três pilares: estrutura, processo e resultado. A estrutura diz respeito às condições físicas, humanas e organizacionais; sendo assim, compreende as características e a distribuição de equipamentos e serviços, a forma como é organizada, financiada e fornecida a atenção, bem como a quantidade e qualificação dos recursos humanos. O processo é definido como o conjunto de elementos da prática profissional, propriamente dita, tendo relação direta com tudo que transpassa a relação profissional-usuário englobando procedimentos, diagnósticos e intervenções e as relações interpessoais. E o resultado é o produto final da assistência que reflete os efeitos da estrutura e dos processos (13).

O Atendimento Pré Hospitalar (APH) está dividido em duas modalidades que são: Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV), onde a primeira consiste na preservação da vida sem manobras invasivas e é obrigatória a presença do enfermeiro, e a segunda é caracterizada por presença de manobras invasivas de maior complexidade – o que também torna necessário assistência do profissional enfermeiro, além de outros profissionais (17).

A AHA possui um comitê de Atendimento Cardiovascular de Emergências (ACE) que, juntamente com o *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR), publica anualmente diretrizes recomendadas para o atendimento RCP e ACE. Esses grupos

consideram recomendações para determinar diretrizes que sejam adequadas considerando estrutura e recursos dentro e fora de hospitais, bem como o treinamento de socorristas leigos e profissionais de saúde (18).

Um estudo evidenciou que mesmo com o aumento da cobertura das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) os Prontos Socorros (PS) da região continuavam sobrecarregados, isso porque as equipes das UBS eram pouco capazes de acolher em tempo hábil a demanda espontânea dos usuários e prevalecia na população a crença de que o médico generalista não iria conseguir atender suas demandas (2,3).

Acredita-se que, por ser um evento pouco frequente no âmbito da APS, existam lacunas de conhecimento sobre as diretrizes da AHA, que, ao serem identificadas, podem balizar futuras intervenções no âmbito da educação permanente e/ou continuada, bem como amparar estratégias de melhoria nas políticas e serviços que fazem interface com a RAU.

Frente ao exposto e considerando a relevância do tema para a saúde da população do DF bem como a ausência de dados atuais acerca do assunto, acredita-se que a pesquisa tenha potencial para realizar um diagnóstico situacional do conhecimento da equipe de enfermagem sobre um tema relevante para a saúde pública visto que o objeto de estudo tem relação direta com a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) do MS e, ainda, contribuir com a implementação desta no que tange à capacitação profissional.

Além de subsidiar a tomada de decisões com a finalidade de implementar/aperfeiçoar a RAU na Secretaria de Saúde do DF, melhorando a resolutividade da atenção primária frente à esse agravo e contribuindo para o pleno exercício do Direito à Saúde previsto em Constituição Federal (CF), ofertando serviços de qualidade, em ambientes adequados, próximos às residências dos usuários e prestados com qualidade por profissionais capacitados adequadamente (19).

Acredita-se que este estudo tem potencial para revelar as principais fragilidades dos profissionais acerca do tema e, assim, direcionar os gestores nas estratégias de educação continuada para promover a recuperação da saúde e a segurança do paciente.

Este trabalho apresenta uma breve introdução ao macro tema pesquisado bem como os objetivos geral e específicos, a metodologia empregada para alcance destes, os resultados concomitantes à discussão e a conclusão; os resultados foram subdivididos, para fins de organização e clareza, de acordo com a ordem do instrumento aplicado, a saber: dados sociodemográficos e profissionais da amostra de estudo; percepções da amostra acerca do tema de interesse; e conhecimentos específicos sobre as diretrizes de RCP– sendo estas últimas categorizadas em SBV e SAV.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o conhecimento da equipe de Enfermagem da AB de uma Região Administrativa (RA) do DF sobre as Diretrizes da AHA para atendimentos à PCR.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir e validar um instrumento de avaliação de conhecimento acerca das Diretrizes da AHA.
- Caracterizar a amostra de estudo de acordo com o perfil sociodemográfico e profissional;
- Conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem da AB da localidade do estudo acerca do tema;
- Realizar um diagnóstico das principais fragilidades e fortalezas da amostra com relação ao tema de pesquisa;

- Avaliar, por meio das respostas dos participantes, a presença e a qualidade de infraestrutura nas UBS para o atendimento de PCR;

1.2 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada nas UBS da RA do Recanto das Emas. A escolha dessa RA deu-se pelo motivo de que a região não possui hospital geral – tendo como referência para atendimentos de média complexidade o Hospital Regional da Samambaia (HRSAM) e o Hospital Regional de Taguatinga (HRT) localizados a cerca de 15 e 20 quilômetros, respectivamente; o fato de não possuir hospital geral na RA poderia aumentar a procura às UBS para atendimentos de emergência.

A RA do Recanto das Emas foi fundada em 28 de Julho de 1993 pelo ex-governador do DF Joaquim Roriz. Possui área total de 101,22 km² e, aproximadamente, 138 mil habitantes. Situada na região sudoeste do DF, é dividido em quadras, assim como a maioria das Regiões Administrativas, e faz divisa geográfica com Samambaia, Gama, Riacho Fundo II e Santo Antônio do Descoberto (GO) (20).

A maior parte da população da região sudoeste, onde está localizado o Recanto das Emas, não possui planos de saúde, dependendo exclusivamente do SUS. No DF, em relação à localização do posto de saúde utilizado pela população, 80,95% declararam utilizar esse serviço público e, dentre os que o utilizam, aproximadamente 90% procuram o posto de saúde da própria RA (20).

O Recanto das Emas possui uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com funcionamento 24 horas e 11 UBS distribuídas pelo seu território – com funcionamento em horário comercial, com exceção das USB nº 2, 3 e 4 que funcionam em horário estendido (até no máximo às 22 horas) e aos sábados. Destas, 6, são consideradas UBS tipo 1 (com uma a três equipes de Saúde da Família) e as demais tipo 2 (mais de três equipes de Saúde da

Família). Este estudo foi realizado nas 11 UBS já citadas anteriormente e tem a autorização do gestor de cada uma das gerências responsáveis por estas unidades (21).

Estima-se que atuam na AB de Saúde no Recanto das Emas cerca de 100 profissionais de enfermagem – dentre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e estes são o público-alvo da pesquisa.

Participaram da pesquisa os profissionais de enfermagem que trabalham em unidades de saúde, onde a gerência da UBS, concordou com o desenvolvimento da pesquisa por meio de assinatura em termo de concordância (todas as UBS, onde foi proposto, concordaram em participar) e os profissionais de enfermagem que, no período da coleta de dados, estavam exercendo suas atividades laborais em UBS da RA em questão, e que concordaram em participar do estudo como participantes de pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Não foram participantes desta pesquisa aqueles que, apesar de preencherem os critérios de inclusão, se recusaram a assinar o TCLE ou que estavam gozando algum tipo de licença no momento da coleta de dados.

Pontua-se que a presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.

Os estudos descritivos permitem observar, registrar, analisar e correlacionar fatos e estabelecer relações entre as variáveis sem manipulá-las; também possibilita detalhar acontecimentos, situações e depoimentos que enriquecem a análise das situações de forma mais ampla. Para viabilizar a execução de uma pesquisa descritiva o pesquisador procura observar, registrar, analisar e interpretar os fenômenos por meio de técnicas padronizadas e coleta de dados como questionário e observação sistemática (22,23).

A pesquisa transversal é o estudo no qual o fator e o efeito analisados, são observados num dado momento histórico; já a abordagem quantitativa utiliza técnicas

estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, tornando-os muito confiáveis (24,25).

A abordagem quantitativa é amplamente usada e tem a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às interferências (24).

Para a coleta de dados foi utilizado questionário semiestruturado, autoaplicável, elaborado pela pesquisadora, composto por duas grandes categorias: a primeira contendo dados de identificação sociodemográficos, dados profissionais e percepções dos participantes sobre o tema, para que se torne possível relacionar os fatores pessoais envolvidos com o resultado da pesquisa; a segunda contendo perguntas sobre o SBV e o SAV - retiradas de provas de concursos sobre o tema e do manual do *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)* - Suporte Avançado à Vida Cardiovascular (Apêndice I). Essas questões foram agrupadas em outras oito dimensões, a saber: identificação da PCR (questões de número 14 a 17), algoritmo de RCP (SBV) – questões número 18 e 19 -, técnica correta de RCP (questões de número 20 a 22), materiais e dispositivos (questões de número 23 a 26), algoritmo de RCP (SAV) – questões de número 27 a 31 -, medicamentos utilizados na RCP (questões de número 32 a 35), ritmos de PCR (questões de número 36 a 38) e cuidados pós PCR (questão número 39).

Para minimizar o risco ético decorrente da extensão do questionário, o horário de preenchimento deste foi pactuado com o gestor local, de modo que não acarretou em prejuízo para a população, para o profissional ou para o bom andamento do serviço.

Antes de aplicar o questionário à amostra de interesse, o instrumento foi aplicado virtualmente – Google Forms® - para dois grupos: um grupo de especialistas na área e um grupo de enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuassem apenas em áreas ambulatoriais (amostra semelhante à alvo), que consentam em participar dessa etapa da pesquisa com o objetivo de avaliar o instrumento; pretendeu-se, com isso, obter validação do questionário

quanto à confiabilidade e validade interna e externa, sensibilidade, especificidade, validade linguística e discriminante.

A primeira etapa de validação do questionário foi aplicação prévia do instrumento à três enfermeiros especialistas em Urgência e Emergência; os especialistas avaliaram a clareza/adequação ao objetivo de cada questão do instrumento, bem como opinaram se o questionário era capaz de avaliar os principais aspectos do conhecimento sobre SBV e SAV, se a linguagem era clara e compreensível para profissionais de nível médio e superior, se a quantidade de questões eram apropriadas e outros apontamentos.

Cada uma das questões foi apresentada e os especialistas avaliaram a clareza e fidelidade ao objetivo/domínio por meio de uma escala tipo Likert, com cinco níveis de resposta – variando entre “nenhum pouco clara e fiel ao objetivo/domínio” a “totalmente clara e fiel ao objetivo/domínio”. Para 79,5% (n=31) das questões, os especialistas assinalaram os níveis “parcialmente clara e fiel ao objetivo/domínio” e “totalmente clara e fiel ao objetivo/domínio”; em 20,5% (n=8) das perguntas, alguns especialistas assinalaram entre o nível 3 e 1 – “nenhum pouco clara e fiel ao objetivo/domínio”. Essas foram analisadas individualmente e todas foram ajustadas conforme sugestões da banca – mesmo que a minoria (33,3%) dos especialistas tenha sugerido a alteração.

As questões que sofreram alterações foram as questões número 6, 6.1, 6.2, 20, 29, 32 e 36. Foi sugerido por um membro da banca de especialistas que fosse criada outra categoria – “dados profissionais” – que abarcasse as questões 6, 6.1 e 6.2; para as questões de número 20, 29 e 32, foi sugerido por um membro da banca que fosse revisto o enunciado pois *“habitualmente não é mais usada questão que solicite a alternativa incorreta. Didaticamente o indivíduo deve aprender com o certo. A questão que solicita a alteração incorreta pode levá-lo ao errado, mesmo que ele detenha o conhecimento”*, desta forma, as questões foram reformuladas de modo que nenhuma das perguntas solicitou em seu enunciado a alternativa

incorreta; e, por fim, para a questão de número 36 foi sugerido que fosse remanejada para do domínio de “ritmos de PCR” para o de “medicamentos”, mesmo que as medicações nela citadas sejam utilizadas em um ritmo de PCR específico.

Além da opinião dos especialistas sobre a clareza e fidelidade das questões ao objetivo/domínio, foram realizadas perguntas sobre a visão geral do questionário à banca. Esta considerou que o instrumento apresenta as questões pertinentes (que avaliam os principais aspectos do conhecimento sobre SBV e SAV) bem como apresenta linguagem clara e acessível aos profissionais de nível médio/técnico e superior, e houve consenso em que o questionário possui a quantidade de questões apropriadas não sendo possível reduzir o número de questões sem que haja prejuízo ao alcance do objetivo – avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre protocolo de RCP. Desta forma, nenhuma questão foi retirada do instrumento proposto inicialmente.

Após os ajustes realizados de acordo com os apontamentos da banca de especialistas, o questionário foi aplicado (virtualmente) a um pequeno grupo de profissionais de enfermagem (n=20) que trabalham em áreas não-críticas. O questionário foi divulgado por meio das mídias sociais e estava disponível para respondentes até que atingisse um total de 20 participantes – período que se deu entre os dias 17 de agosto até o dia 12 de setembro de 2020. Dos participantes do teste piloto, 60% trabalhavam em áreas ambulatoriais de hospitais privados do DF (n=12), 25% trabalhavam em clínicas de hemodiálise ou áreas não críticas de hospitais públicos (n=5) e 15% trabalhavam em UBS de outras cidades que não a do estudo (n=3). Após a aplicação do questionário, foi aplicado o coeficiente de Alfa de Cronbach para avaliar a confiabilidade do instrumento.

A confiabilidade foi definida como o grau em que o resultado medido representa o resultado verdadeiro ou o quanto a medida está livre da variância de erros randômicos. A proposta principal da utilização do coeficiente alfa de Cronbach, é expressar, através de um

fator numérico, o grau de confiabilidade das respostas decorrentes de um questionário para que este possa ser reproduzido de forma confiável a realidade (26).

O valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70 (valores abaixo demonstram que a consistência interna da escala utilizada é baixa) e o valor máximo esperado é 0,90, pois resultados acima deste valor podem ser interpretados como redundância ou duplicação, ou seja, vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo; por estas razões, habitualmente, são preferidos valores de alfa entre 0,80 e 0,90 (26). O instrumento apresentou valor de alfa de Cronbach de 0,85 demonstrando alta confiabilidade e consistência interna.

Somente após a validação o questionário foi aplicado ao público alvo da pesquisa. A coleta de dados ocorreu entre dos dias 16 de setembro e 06 de outubro de 2020. Cerca de 19% da amostra de interesse (= 22) estava de licença (médica ou de outra natureza) ou em *home office* – os profissionais que estavam trabalhando remotamente pertenciam ao grupo de risco para a doença causada pelo coronavírus (COVID 19) e, por este motivo, estavam afastados presencialmente do trabalho, preenchendo, então os critérios de exclusão do estudo.

Segundo Thompson (27), o número necessário de unidades para se estimar os parâmetros de uma população infinita para um nível de significância e erro-padrão desejados é dado pela seguinte fórmula:

$$n_0 = \frac{z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Onde n_0 é número necessário de unidades amostrais para estimar os parâmetros de uma população infinita; $z_{\alpha/2}$ é o quantil da distribuição Normal relacionado ao nível de significância α ($1-\alpha$ é o nível de confiança); d é o erro máximo tolerável de estimativa e $p(1-p)$ é a variância da amostra, onde p é a proporção de uma característica ou atributo que

se deseja aferir em uma população. Se p é desconhecido, admite-se $p=0,5$ pelo fato de maximizar a variância.

Para populações finitas, utiliza-se a seguinte correção dada pela fórmula:

$$n = \frac{1}{\frac{1}{n_0} + \frac{1}{N}}$$

Em que n é o número de unidades amostrais para estimar os parâmetros de uma população finita e N é tamanho da população ou universo. Para Cooper e Schindler (28), se o número de elementos da amostra baseada em uma população infinita for menor do que 5% da população, há pouco a se ganhar usando uma correção para população finita.

Considerando um nível de significância $\alpha=5\%$ ($z_{\alpha/2} = 1,96$) e um erro máximo tolerável de $d=5\%$, o tamanho da amostra será de:

$$n_0 = \frac{1,96^2 0,5(1 - 0,5)}{0,05^2} \cong 385$$

Usando a correção para populações finitas, considerando o universo $N=111$, tem-se:

$$n = \frac{1}{\frac{1}{385} + \frac{1}{111}} \cong 87$$

Dessa forma esse tamanho de amostra (n) de 87 indivíduos permite estimar os parâmetros com margem de erro tolerável de 5% e nível de confiança de 95% ($1 - \alpha$) para a população finita de $N=111$ indivíduos.

Aproximadamente 18% dos profissionais (n= 21) de enfermagem da região estudada recusaram-se a participar do estudo, sendo incorporados, também, nos critérios de exclusão da pesquisa.

Foram incluídos 68 participantes entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Embora tenha sido realizado um cálculo preliminar, a amostra foi selecionada por conveniência, em virtude da emergência em saúde pública de importância internacional que reduziu o número de profissionais disponíveis no momento da coleta de dados; no entanto, buscou-se obter uma amostra mista, abordando a maior quantidade de profissionais possível, composta tanto por profissionais de nível superior quanto de nível médio/técnico para plausível comparação de dados.

Foi explicado a cada participante os objetivos da pesquisa e garantido o sigilo e privacidade, como prevê a Resolução de nº 466/12, sendo voluntária a participação mediante assinatura do TCLE (29), ficando a cargo do participante, responder o questionário proposto.

Os dados obtidos foram armazenados em um banco eletrônico criado no programa Microsoft Excel[®] e posteriormente analisados estatisticamente por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (versão 18.0).

Para análise das variáveis qualitativas foram utilizadas medidas de frequências simples e relativas e, para as variáveis quantitativas as medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão). Para testar se há diferença entre os grupos foram utilizados os testes Kruskal-Wallis e U de Mann Whitney (testes não-paramétricos). O nível de significância adotado nos testes foi de 5% com intervalo de confiança de 95%.

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contou com a participação de 68 profissionais da equipe de enfermagem, subdivididos em 32,4% de enfermeiros (n= 22), 55,9% de técnicos de enfermagem (n= 38) e 11,8% de auxiliares de enfermagem (n= 8).

Os resultados, expressos aqui, estão apresentados em três partes, conforme a sequência adotada no instrumento de coleta de dados. A primeira parte trata-se da caracterização dos profissionais, abordando os dados demográficos e de qualificação profissional; a segunda parte aborda as percepções dos profissionais acerca do tema; e a terceira parte trata dos procedimentos a serem adotados durante um episódio de parada cardiopulmonar.

2.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

A maioria dos profissionais eram do sexo feminino (86,8%) com idade entre 40 a 50 anos (52,2%). Esses dados confirmam a realidade da enfermagem ser composta, principalmente, por profissionais do sexo feminino e corroboram com outros estudos realizados no DF, sugerindo que essa pode ser a realidade da região (12,30).

Observou-se que mais da metade (67,7%) dos profissionais atuam como técnico de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem, embora apenas 32,4% declararam-se com nível médio de escolaridade – que é a escolaridade mínima para o desempenho da função. Esse dado revela que, embora esses profissionais atuem como técnicos/auxiliares, eles possuem graduação de nível superior, conforme demonstrado em outro estudo realizado no DF (12).

Dentre os participantes que declararam possuir pós-graduação (38,2%, n= 26), apenas 1 possui especialização em Urgência e Emergência, sendo a especialidade mais comum Saúde da Família/Saúde Coletiva (38,5%). Esse dado é semelhante ao diagnosticado em um estudo com enfermeiros da AB da cidade de Campinas (5), mas difere da realidade

encontrada em outro estudo realizado com profissionais de enfermagem atuantes em um hospital público situado no entorno do DF (30).

A maior parte dos profissionais relatou ter concluído seu nível máximo de formação a mais de 10 anos (57,4%) e que trabalham na instituição entre 6 e 10 anos (35,3%), como demonstrado na Tabela 1. O estudo realizado por Araújo (2018) encontrou dados semelhantes em profissionais da AB do DF, porém em outra região de saúde (12).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos profissionais de enfermagem da AB do Recanto das Emas – DF (Período de 16/09/2020 a 06/10/2020)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	59	86,8
Masculino	9	13,2
Idade		
20 a 29 anos	3	4,5
30 a 39 anos	14	20,9
40 a 50 anos	35	52,2
Acima de 50 anos	15	22,4
Cargo que ocupa na instituição:		
Auxiliar de Enfermagem	8	11,8
Técnico de Enfermagem	38	55,9
Enfermeiro	22	32,4
Escolaridade:		
Ensino Médio	22	32,4
Ensino Superior	25	36,8
Pós graduação	21	30,9
Em caso de pós-graduação, especifique.		
Saúde da Família/Saúde Coletiva	10	38,5
Saúde Pública	2	7,7
Urgência e Emergência	1	3,8
Outras	13	50,0
Ano de conclusão do nível máximo de formação:		
Antes de 2010	39	57,4
Entre 2010-2015	16	23,5
Entre 2016-2020	13	19,1
Há quantos anos/meses (especificar) você trabalha nesta instituição?		
0-6 meses	6	8,8
6-12 meses	3	4,4
1-5 anos	15	22,1

Continua...

Variáveis	n	%
6-10 anos	24	35,3
Acima de 10 anos	20	29,4

Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria dos participantes (66,2%) declararam já ter trabalhado em áreas assistenciais críticas, porém, predominantemente, por um período inferior a 5 anos (46,2%) – dado semelhante a este foi encontrado em outro estudo realizado no DF (12) e em Campinas, São Paulo (5); como forma de incentivo para capacitação em urgência e emergência a Política Nacional de AB(PNAB) possibilita que os profissionais atuem em serviços de emergência ou em capacitações/cursos/projetos de educação permanente por até 8 horas da sua jornada de trabalho semanal (12), porém essa não foi uma realidade encontrada no estudo uma vez que nenhum participante respondeu que trabalhava atualmente.

Com relação a jornada semanal de trabalho, 92,6% declararam carga horária igual ou superior a 40 horas por semana. O estudo de Lavich (2014) demonstrou que a carga horária dos profissionais de enfermagem é um fator limitador para o desenvolvimento de atividades de educação permanente em saúde, uma vez que os profissionais estão sobrecarregados com as demandas assistenciais e sentem-se desmotivados para realizar as atividades educacionais (31).

Quando questionados sobre a realização de algum curso de capacitação/atualização sobre PCR, a maior parte (66,2%) declarou que já realizou, sendo que destes 38,5% informou que o curso foi realizado entre 2 ou 4 anos atrás e 25,6% realizaram o curso há 10 anos ou mais. Esses dados corroboram com estudos realizados tanto no DF quanto em outros estados (1 12,32). A maioria dos entrevistados relatou que o curso não foi fornecido pela instituição (61,4%), porém também não foi financiado com recursos próprios para a maioria (70,2%). Esse resultado evidencia tanto a baixa oferta/adesão de capacitações pela própria Secretaria de Estado de Saúde (SES) – o que demonstra uma fragilidade na execução da política que regulamenta a RAU – quanto o baixo interesse em investir recursos próprios para capacitações por parte dos profissionais.

Tabela 2. Caracterização profissional e educacional dos profissionais de enfermagem da AB do Recanto das Emas, DF. (Período de 16/09/2020 a 06/10/2020)

Variáveis	n	%
Você já trabalhou em áreas críticas (UTI, Pronto Socorro, Hemodinâmica, Centro Cirúrgico, etc.)? Se sim, por quanto tempo? (Digitar "trabalho atualmente" se este for o caso).		
Sim	45	66,2
Não	23	33,8
Trabalho atualmente	0	0
Por quanto tempo?		
10 anos ou mais	8	20,5
Entre 5-9 anos	13	33,3
Entre 1-4 anos	18	46,2
Qual a sua carga horária semanal de trabalho na instituição?		
Entre 20-35 horas	5	7,4
40 horas ou mais	63	92,6
Você já realizou algum curso de capacitação/atualização sobre Parada Cardiorrespiratória? Se sim, há quanto tempo?		
Sim	45	66,2
Não	23	33,8
Quanto tempo?		
10 anos ou mais	10	25,6
Entre 9-5 anos	9	23,1
Entre 4-2 anos	15	38,5
Menos de 2 anos	5	12,8
Esse curso foi fornecido pela instituição? Se não, foi financiado com recursos próprios?		
Sim	22	38,6
Não	35	61,4
Recursos próprios?		
Sim	17	29,8
Não	40	70,2

Fonte: Dados da pesquisa.

2.2 PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE O TEMA

A maioria dos participantes (42,6%) considerou seus conhecimentos sobre PCR e RCP como “parcialmente satisfatório” – considerando uma escala tipo Likert que utilizou quatro níveis de respostas: satisfatório, parcialmente satisfatório, parcialmente insatisfatório e insatisfatório – e 88,2% declararam que gostariam de aprimorar seus conhecimentos sobre o tema em questão, sugerindo que, embora esses profissionais não desejem investir recursos

próprios para as capacitações, eles gostariam de participar de cursos/atualizações sobre o tema se estes fossem fornecidos pela instituição.

Um estudo realizado no município de Cajazeiras (Paraíba) apontou que a maioria (62,5%) dos participantes da pesquisa avaliou seu conhecimento em urgência/emergência como muito satisfatório ou satisfatório (6), resultado semelhante aos encontrados neste estudo, onde a maior parte dos profissionais (55,8%) considerou seus conhecimentos sobre a temática como satisfatório ou parcialmente satisfatório.

A maior parte dos profissionais (67,6%) declarou que existem protocolos/guias/diretrizes/manuais sobre o tema na instituição, porém apenas 13,2% referiram que estes estão disponíveis no setor ou que os profissionais têm fácil acesso a esses documentos; ressalta-se que 54,4% relataram que esses documentos não têm acesso facilitado e/ou não estão disponíveis no setor e 32,4% não tem conhecimento da existência desses documentos no setor. Nóbrega *et al* (2015) encontraram realidade semelhante em seu estudo, onde alguns profissionais desconhecem a existência de protocolos/guias/diretrizes para atendimentos de urgência e emergência em suas unidades de serviço (6).

Em situações de urgência/emergência os protocolos são ferramentas de apoio que facilitam a tomada de decisão clínica e proporcionam segurança na abordagem do paciente e, em consequência disto, proporcionando assistência mais qualificada ao usuário (6). Esses dados expressam que esse é um tema tratado como secundário ou pouco relevante no contexto na atenção básica, pois a maioria dos profissionais não tem acesso ou não sabem onde encontrar esses documentos para a prática assistencial – mesmo tendo sido mencionado como uma providência a ser tomada pela SES-DF desde 2016 (10).

Acerca da frequência que os atendimentos da emergência acontecem nos serviços de AB da região analisada, 52,9% dos participantes declararam nunca terem se deparado com nenhuma situação de urgência/emergência e que esses eventos são percebidos como pouco

frequentes na unidade, sendo que 38,2% declararam não saber quando ocorreu o último atendimento de urgência/emergência. Um estudo realizado na região oeste de saúde do DF demonstrou que 44% dos profissionais da AB presenciaram algum episódio de PCR em sua unidade de trabalho (12), o que difere do resultado encontrado neste estudo, porém o estudo de Santos (2018) revelou que essa é uma realidade presente em outras regiões; o autor também enfatiza que o fato desses atendimentos não ocorrerem com frequência nas UBS não quer dizer que esse tipo de atendimento não faça parte de suas atribuições (33).

Uma parcela importante dos profissionais (47,1%) afirmou já ter se deparado com situações de emergência durante sua prática assistencial e, com base nos achados desse estudo (apresentados a seguir), é possível que eles tenham enfrentado dificuldades para a realização de uma assistência adequada.

Esses dados podem sugerir que a AB, da região de estudo, ainda não consegue desempenhar de modo satisfatório, seu papel na RAU como porta de entrada principal e preferencial para os usuários do SUS, incluindo aqueles que procurem o serviço para solucionar problemas urgentes/emergentes (demanda espontânea), que os profissionais não são capazes de identificar/classificar casos urgentes/emergentes, e/ou que a gerência não compartilha as informações/indicadores com os profissionais da assistência – o que explicaria o desconhecimento das informações.

Tabela 3. Percepções dos profissionais de enfermagem da AB do Recanto das Emas - DF sobre PCR, RCP, e RAU. (Período de 16/09/2020 a 06/10/2020)

Variáveis	n	%
Considero meu conhecimento em Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar como:		
Satisfatório	9	13,2
Parcialmente Satisfatório	29	42,6

Continua...

Variáveis	n	%
Parcialmente Insatisfatório	16	23,5
Insatisfatório	14	20,6
Gostaria de aprimorar meus conhecimentos sobre Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar.		
Concordo completamente	60	88,2
Concordo parcialmente	4	5,9
Discordo parcialmente	2	2,9
Discordo	2	2,9
Existem Protocolos/Diretrizes/Manuais/Guias sobre Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar na sua instituição de trabalho?		
Sim	46	67,6
Não	2	2,9
Não sei	20	29,4
Caso esses protocolos/diretrizes/manuais existam, eles estão disponíveis no setor ou têm fácil acesso?		
Sim	9	13,2
Não	37	54,4
Não sei	22	32,4
Durante sua atuação nessa instituição você já se deparou com algum tipo de situação de urgência/emergência – incluindo Parada Cardiorrespiratória?		
Sim	32	47,1
Não	36	52,9
Com que frequência os atendimentos de urgência/emergência acontecem nessa unidade?		
Muito Frequentemente	2	2,9
Frequentemente	11	16,2
Pouco Frequentemente	30	44,1
Raramente	25	36,8
Há quanto tempo ocorreu o último atendimento de urgência/emergência nessa unidade?		
Não sei	26	38,2
1 semana ou menos	8	11,8
Entre 1 semana e 1 ano	20	29,4
Acima de 1 ano	14	20,6
Como você avalia a atuação da equipe dessa unidade nos atendimentos de urgência/emergência?		
Adequado	7	10,3
Parcialmente Adequado	36	52,9
Parcialmente Inadequado	18	26,5
Inadequado	7	10,3
Existe uma estrutura física para os atendimentos de urgência/emergência nesta unidade de saúde?		
Sim	26	38,2
Não	42	61,8

Continua...

Variáveis	n	%
Como você considera a estrutura física existente nesta unidade (incluindo materiais e insumos)?		
Adequada	4	5,9
Parcialmente Adequada	23	33,8
Parcialmente Inadequada	22	32,4
Inadequada	19	27,9

Fonte: Dados da pesquisa.

Apenas 10,3% dos entrevistados avaliaram como adequada a atuação da equipe nos atendimentos de urgência/emergência da UBS onde trabalham. Esse dado evidencia que os próprios profissionais são capazes de identificar as fragilidades existentes nos atendimentos de urgência/emergência que ocorrem na AB. A maioria dos participantes (61,8%) relatou não existir estrutura física para os atendimentos de urgência/emergência nas UBS e apenas 5,9% avaliou como adequada a estrutura física (incluindo materiais e insumos) existente. Um estudo realizado em Santa Catarina mostrou que 43% dos profissionais de enfermagem relataram que as UBS não dispõem de equipamentos para atender PCR (34).

Estudos realizados em outras Unidades Federativas do Brasil (Minas Gerais e Pará) apontam o baixo financiamento/investimento para a RAU como uma das principais dificuldades encontradas para a implementação da política. Torres *et al* expressam que o subfinanciamento para a política mitiga a atuação dos gestores e dificulta o pagamento, a manutenção e o investimento em qualificação profissional, o que acarreta em descontinuidade do tratamento ofertado ao cliente (35,36).

Faria *et al* critica que a PNAU desconsiderou a estrutura pré-existente nos municípios, em especial da AB que é considerada porta de entrada do usuário e, embora a política contemple todos os níveis de atenção, a capacidade instalada e estrutura da rede são insuficientes para atender a demanda (36).

A portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 – que trata das normas sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde

do SUS – não prevê fundos de investimento específico para o atendimento às urgências na AB (37), ainda que estes façam parte do rol de atendimentos ofertados pelas UBS. Percebe-se, então, que este é um ponto contraditório na legislação vigente, pois, é requerido que a AB tenha alta resolutividade (incluindo os casos de situações emergenciais), porém não há recurso previsto para essas ações – diferentemente das UPA que possuem portaria específica para tratar do modelo assistencial e do seu financiamento (38).

No âmbito do DF, há evidências que o financiamento inadequado produz desabastecimento de insumos/medicamentos, ausência de manutenção de equipamentos, ambientes pouco salubres e sem estrutura adequada para atendimento ao usuário, acarretando em desmotivação dos profissionais dado as condições precárias de trabalho (10).

Olhando por uma perspectiva do funcionamento em rede de atenção à saúde, o funcionamento precário da AB, somado ao desempenho insuficiente das UPAs, sobrecarrega os pontos de atenção hospitalares, perpetuando um ciclo de desassistência e superlotação nos serviços (10).

Em 2016 o Governo do Distrito Federal (GDF) anunciou um conjunto de ações – denominado Brasília Saudável - alinhadas e coordenadas pela Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF) para o fortalecimento da APS, com a proposta de articular e otimizar os serviços de urgência e emergência, reestruturar os equipamentos assistenciais locais, aumentar a resolutividade do sistema, ampliando a capacidade de resolutividade das demandas o mais próximo do domicílio dos usuários, elaborar/formalizar protocolos de atenção no âmbito da APS, identificar as necessidades de conhecimento dos profissionais e ofertar processos educativos direcionados, dentre outras ações (10).

De acordo com o Relatório de Atividade Quadrimestral (RAQ), referente ao primeiro quadrimestre do ano de 2020, a maior despesa autorizada no período foi referente ao

objetivo específico de atenção especializada, estando a APS com a penúltima menor despesa autorizada dentre os objetivos específicos (39).

Com relação ao fortalecimento da APS, o relatório divulga que a ação estratégica de “equipar as UBS com equipamentos adequados para atender à carteira de serviços da APS” apresenta *status* com “andamento normal”; foi autorizado recurso de R\$ 17.739.326 para qualificação da APS, entretanto o *status* da atividade está como “sem execução neste programa de trabalho” e o valor empregado está de 0%. Quanto ao objetivo de “fortalecer a Rede de Urgência e Emergência nos diferentes níveis de atenção com fortalecimento das linhas de cuidado prioritárias e as ações voltadas para a promoção, prevenção e vigilância relacionadas a acidentes e violências” não existe evidência no documento de nenhum indicador específico para a qualificação da AB como porta de entrada para as situações de urgência (39).

A ação estratégica “publicar a Linha de Cuidado de Emergência Pediátrica” está atrasada, “qualificar as equipes em todos os níveis de atenção nas linhas de cuidado Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Trauma e Emergência pediátrica” está definida como “andamento normal” e “publicar nova edição do Protocolo de Classificação de Risco das portas fixas de emergência da SES/DF” está com *status* concluído (39), ainda que alguns profissionais deste estudo relatem que não participaram de qualificações acerca deste tema e, quando participaram, essa capacitação não foi fornecida pela instituição – na maior parte dos casos.

A Tabela 4 apresenta que, para os participantes da pesquisa, os fatores que impedem/dificultam a atuação dos profissionais nas situações de emergência nas UBS são: recursos insuficientes/inadequados (26,6%), falta de conhecimento teórico-prático (26,6%), inexperiência dos profissionais (22,3%), insegurança (13%) e outros (11,4%). Os dados

encontrados assemelham-se com os dados evidenciados por Nóbrega *et al* (2015), onde os profissionais relataram as mesmas dificuldades (6).

Andrade (2014) realizou um estudo que avaliou a estrutura física das UBS de uma RA do DF e evidenciou que nenhuma das unidades avaliadas estava totalmente adequada às recomendações do MS quanto aos itens necessários aos atendimentos de urgência e emergência (1,40). Embora o presente estudo não tenha avaliado a presença ou não e/ou a adequação da estrutura física (se existente), e levando em consideração apenas as respostas dos participantes e publicações que apresentem resultados semelhantes com os informados pelos participantes da pesquisa, pode-se concluir que há uma necessidade de adequação da estrutura física para que os atendimentos de urgência e emergência ocorram com segurança nas UBS.

Sobre a falta de conhecimento teórico-prático, inexperiência e insegurança dos profissionais como fator limitante para a atuação dos profissionais da AB em situações de emergência, o estudo de Araújo (2018) evidenciou resultados semelhantes: mais da metade dos profissionais não se consideraram confiantes quanto ao domínio teórico-prático capaz de permitir assistência segura em situações de urgência e emergência e 56% declararam-se com autoconfiança insuficiente para reconhecimento e identificação destas situações (12).

Um dos fatores determinantes para a reversão da PCR é o preparo do profissional no reconhecimento, organização e realização de manobras de reanimação e a necessidade de capacitação dos profissionais da AB é prevista na portaria precursora da RAU, onde descreve como insuficiente o processo de formação para urgências e fomenta a necessidade de qualificação como condição essencial para a efetividade do cuidado prestado em qualquer nível de assistência (40,41).

Tabela 4. Opinião dos profissionais de enfermagem do Recanto das Emas sobre os atendimentos de urgência e emergência na atenção básica.

Variáveis	n	%
Em sua opinião, quais fatores impedem/dificultam a atuação dos profissionais nas situações de emergência nas unidades básicas de saúde? Assinale quantas alternativas achar necessário.		
Insegurança	24	13,0
Inexperiência	41	22,3
Falta de conhecimento teórico-prático	49	26,6
Recursos Insuficientes/inadequados	49	26,6
Outros	21	11,4
Em sua opinião, os atendimentos de urgência/emergência devem acontecer nessas unidades? Se não, por quê?		
Sim	23	34,3
Não	44	65,7

Fonte: Dados da pesquisa.

A maioria dos participantes (65,7%) declara que os atendimentos de urgência e emergência não deveriam ocorrer nas UBS; esse dado revela um desconhecimento sobre o papel da AB na RAU. Esse fator pode estar relacionado com a baixa resolutividade da APS no que diz respeito aos atendimentos da demanda espontânea. Alguns dos motivos, pelos quais os profissionais declaram se os atendimentos devem ou não ocorrer nas UBS, estão organizados por categorias, conforme demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 1. Opinião dos profissionais de enfermagem sobre a possibilidade da ocorrência ou não dos atendimentos de urgência e emergência em UBS.

Categoria	Resposta do participante
Estrutura física e recursos insuficientes/inadequados	<p>“Porque não há estrutura física e nem conhecimento por parte dos profissionais” (P.51)</p> <p>“Exatamente pela falta de estrutura e insumos” (P. 52)</p> <p>“Não temos ambientes adequados e nem treinamento para tal” (P.7)</p>
Despreparo da equipe para atendimentos de urgência e emergência	<p>“Deveria ter uma equipe específica para atender demanda espontânea e emergência, estabilizar até conseguir o transporte. Tendo essa equipe treinada e preparada para emergência seria melhor para a comunidade” (P. 42)</p> <p>“Só se tivesse um lugar e pessoas ou seja profissionais para esse tipo de atendimento” (P. 65)</p>
Existência da possibilidade de ocorrência de situações de urgência na atenção básica	<p>“Não devem, mas podem acontecer” (P. 48)</p> <p>“Não devem acontecer, porém pode acontecer” (P.49)</p> <p>“Não devemos ser referência mas devemos estar capacitados para as</p>

	<i>exceções” (P.17) “Mesmo que são mais raros, devemos sempre estar preparados com recursos e experiência, porque qualquer atendimento simples pode se tornar uma urgência/emergência” (P. 31)</i>
Atendimento inicial e estabilização	<i>“Toda e qualquer UBS tem que saber suporte básico, pois faz diferença para saber salvar vidas” (P.66) “Porque o paciente deve receber os primeiros socorros de imediato e se for em uma UBS melhor, pois apesar de não termos muito suporte, mas conseguimos estabilizar e chamar suporte avançado” (P. 67) “Se acontecer de ocorrer as emergências tem que fazer no momento e depois encaminhá-lo para o hospital” (P. 59)</i>
Existência de outros pontos de atendimento às urgências na rede	<i>“As urgências devem acontecer nas UPAs”(P. 49) “porque tem outros serviços que oferecem esse tipo de atendimento” (P. 12)</i>
Proximidade da UBS para a comunidade	<i>“Porta de entrada e proximidade para a comunidade” (P.45) “Trata-se de porta de entrada e muitas vezes por proximidade é a referência da comunidade” (P.40) “Eu acho que não, portanto na urgência/emergência o usuário não tem noção e traz para o local mais próximo do acontecido” (P. 26)</i>

Fonte: Dados da pesquisa.

Dos 51 profissionais que responderam o porquê, em sua opinião, os atendimentos de urgência e emergência deveriam ou não ocorrer em UBS, 54,9% apontou que o motivo de sua resposta foi ausência de estrutura física ou recursos inadequados para os atendimentos; 43,3% justificaram sua opinião devido à falta de preparo da equipe para os atendimentos de urgência/emergência; 19,6% reconheceram que a AB deve estar preparada para realizar esse atendimento visto que este pode ocorrer em qualquer local e que a agilidade no primeiro atendimento fornece melhores desfechos para o paciente; e, apenas 0,7% reconheceram em suas respostas o papel da AB como porta de entrada para o usuário, realizando o primeiro atendimento e estabilização do paciente até transporte para outro ponto da rede.

Algumas respostas evidenciam que os profissionais da atenção básica, muitas vezes, não se sentem parte da RAU e nem responsáveis por esse tipo de atendimento. Um participante justificou sua resposta de que os atendimentos de urgência/emergência não deveriam acontecer nas UBS com a resposta *“Porque o espaço físico é inadequado e falta conhecimento teórico-prático da equipe, causando insegurança na aplicação dos procedimentos necessários” (P.28)*. Essa resposta revela que os profissionais podem sentir-se

inseguros pelo déficit de conhecimento teórico-prático e também pela inadequação dos recursos físicos – o que poderia ser mitigado com maior financiamento em estrutura e em educação continuada.

Um estudo, publicado em 2012, evidenciou que os profissionais da AB demonstram muita resistência em realizar os atendimentos de urgência e emergência, pois consideram que esses casos devem ser encaminhados para serviços de maior complexidade por sentirem-se despreparados devido a condições estruturais para os atendimentos (42).

Para que ocorra o reconhecimento da AB como componente da RAU é preciso romper com esse paradigma de que “local de urgência é no pronto socorro ou na UPA” e empreender esforços para fornecer a esse nível de atenção a infraestrutura e os recursos necessários para o seu funcionamento adequado (1).

Em contrapartida, alguns participantes expressam em suas respostas que entendem o papel da AB como porta de entrada e acreditam que os profissionais da APS devem estar capacitados para atender todos os casos com os quais se depararem – reforçando a ideia de resolutividade da AB; tais ideias podem ser evidenciadas nas respostas a seguir: “*É porta de entrada para a comunidade; tempo para socorro seria menor.*” (P. 53); “*Devemos estar preparados para atender a todos que chegarem.*” (P. 19); “*Em alguns casos sim. Podemos contornar a emergência como um pico hipertensivo, uma glicemia muito alta, febre alta, um processo alérgico. Casos de emergência que não precisem de equipamentos mais sofisticados ou muito invasivo.*” (P.43); “*Toda e qualquer UBS tem que saber suporte básico, pois faz diferença para saber salvar vidas*” (P. 66).

Os dados encontrados convergem com os apontados por Nóbrega *et al* (2015), onde alguns profissionais de enfermagem também reconheceram o papel da AB como porta de entrada no usuário, independentemente do tipo de necessidade do paciente, por desconhecimento dos níveis de atenção à saúde (6).

Um estudo realizado na cidade de Santa Maria (Rio Grande do Sul) apontou como o segundo principal motivo levado em consideração para a escolha do serviço de saúde para onde o usuário iria se encaminhar seria a localização próxima da residência deste (43), confirmando a hipótese levantada pelos participantes da pesquisa.

2.3 AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO ESPECÍFICO

2.3.1 SUPORTE BÁSICO DE VIDA

2.3.1.1 IDENTIFICAÇÃO DA PCR

A maioria dos participantes respondeu corretamente às questões sobre identificação de PCR em adulto – 97,1% reconhecem os sinais de PCR e 64,7% sabem por quanto tempo deve-se fazer a verificação do pulso em pacientes com sinais de PCR; porém uma parcela importante (35,3%) não soube responder corretamente. A verificação do pulso em um período menor que 5 e maior que 10 segundos pode acarretar em uma falsa avaliação (18). Esse dado converge para os resultados encontrados em outro estudo realizado também no DF (30) e em Campinas (44).

A maior parte dos profissionais (52,9%) identificou, dentre as opções, o melhor local para verificação de pulso em caso de paciente pediátrico, porém uma parcela expressiva (47,1%) não respondeu corretamente a questão. A maioria (66,2%) não soube relatar a frequência cardíaca limítrofe para iniciar as compressões cardíacas, também nos pacientes pediátricos. Esses dados revelam que existe maior fragilidade na identificação de PCR na população pediátrica (Tabela 5).

Tabela 5. Questões sobre identificação de PCR no SBV.

Variáveis	n	%
-----------	---	---

Continua...

Variáveis	n	%
(Adaptada de Prefeitura de Rolim de Moura – Técnico em Enfermagem - 2017) Quando ocorre a Parada Cardiorrespiratória (PCR) a vítima deve ser socorrida no menor espaço de tempo possível para evitar danos irreversíveis e, até mesmo, a morte. Assinale a alternativa que apresenta sinais da Parada Cardiorrespiratória.		
Inconsciência, ausência de pulso, ausência de movimentos ventilatórios (apneia) ou respiração agônica (<i>gasping</i>).	66	97,1
Dor aos movimentos respiratórios.	1	1,5
Hematoma palpebral e anisocoria.	1	1,5
(Adaptada de TRT/RJ – Técnico Judiciário - 2017) A checagem do pulso faz parte da avaliação da vítima em situação que indica parada cardiorrespiratória e deve ser realizada com a finalidade de reduzir o tempo até a primeira compressão torácica. Neste caso e de acordo com as diretrizes atuais, o pulso central deverá ser checado em até:		
3 segundos.	10	14,7
5 segundos.	10	14,7
10 segundos.	44	64,7
20 segundos.	4	5,9
(CISSUL/MG – Técnico de Enfermagem - 2017) Em um atendimento por profissionais de saúde a situação de parada cardiorrespiratória em CRIANÇA, o pulso MAIS indicado para ser verificado é o:		
Poplíteo.	14	20,6
Braquial.	36	52,9
Radial.	10	14,7
Cefálico.	8	11,8
(Prefeitura de Patos de Minas/MG – Enfermeiro - 2015) Diretrizes indicam realizar compressões torácicas nas manobras de reanimação cardiorrespiratória em CRIANÇAS E LACTENTES com pulso palpável com sinais de hipoperfusão, quando a frequência cardíaca for menor que:		
40 bpm.	33	48,5
50 bpm.	7	10,3
60 bpm.	23	33,8
70 bpm.	5	7,4

Dados: Fonte da pesquisa.

Para análise estatística das dimensões, optou-se por consolidar as respostas e realizar um cálculo da média, desvio padrão e mediana destas e realizar o cruzamento desses valores com as variáveis sociodemográficas e profissionais. A Tabela abaixo evidencia que houve predominância de acertos no grupo do sexo feminino, porém esse resultado isolado não é capaz de produzir nenhum tipo de inferência.

Tabela 6. Cruzamento do domínio “Identificação da PCR” da categoria SBV com as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Variáveis	n	Média	DP	Mediana	p-valor
Unidade de Saúde					
GSAP Alfa	10	0,60	0,27	0,50	0,082*
GSAP Bravo	19	0,57	0,18	0,50	
GSAP Charlie	17	0,76	0,24	0,75	
GSAP Delta	7	0,50	0,25	0,50	
GSAP Echo	15	0,60	0,23	0,50	
Sexo					
Feminino	59	0,64	0,24	0,75	0,029**
Masculino	9	0,47	0,15	0,50	
Faixa etária					
20 a 29 anos	3	0,58	0,14	0,50	0,640*
30 a 39 anos	14	0,64	0,27	0,75	
40 a 50 anos	35	0,64	0,25	0,50	
Acima de 50 anos	15	0,57	0,20	0,50	
Cargo que ocupa na instituição:					
Auxiliar de Enfermagem	8	0,63	0,23	0,63	0,602*
Técnico de Enfermagem	38	0,65	0,24	0,50	
Enfermeiro	22	0,57	0,23	0,50	
Escolaridade:					
Ensino Médio	22	0,61	0,25	0,50	0,354*
Ensino Superior	25	0,67	0,24	0,75	
Pós graduação	21	0,57	0,23	0,50	
Pós graduação					
Saúde da Família/Saúde Coletiva	10	0,65	0,24	0,63	0,722*
Saúde Pública	2	0,38	0,18	0,38	
Urgência e Emergência	1	0,75		0,75	
Outras	13	0,60	0,28	0,50	
Ano de conclusão do nível máximo de formação:					
Antes de 2010	39	0,58	0,22	0,50	0,054*
Entre 2010-2015	16	0,75	0,24	0,75	
Entre 2016-2020	13	0,58	0,26	0,50	
Você já realizou algum curso de capacitação/atualização sobre Parada Cardiorrespiratória? Se sim, há quanto tempo?					
Sim	45	0,64	0,25	0,50	0,394**
Não	23	0,59	0,22	0,50	
Quanto tempo?					
10 anos ou mais	10	0,65	0,27	0,75	0,527*
Entre 9-5 anos	9	0,58	0,28	0,50	
Entre 4-2 anos	15	0,68	0,27	0,75	
Menos de 2 anos	5	0,55	0,11	0,50	

Continua...

Variáveis	n	Média	DP	Mediana	p-valor
Considero meu conhecimento em Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar como:					
Satisfatório	9	0,53	0,34	0,75	
Parcialmente Satisfatório	29	0,65	0,22	0,50	
Parcialmente Insatisfatório	16	0,66	0,27	0,50	0.761**
Insatisfatório	14	0,59	0,16	0,50	

*Teste Kruskal-Wallis **Teste U de Mann Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

2.3.1.2 ALGORÍTMO DE RCP

Os profissionais identificaram, em sua maioria (85,3%), os procedimentos adequados a serem realizados após a suspeita de um paciente vítima de PCR. Porém 58,9% dos participantes não apontaram a sequência correta de atendimento, que compreende em Compressões, Abertura de vias aéreas e Ventilação (C-A-B). Esse dado pode estar relacionado ao fato de que quase metade dos participantes que declararam ter realizado capacitação sobre o tema (42,2%), o fizeram em um período maior de 5 anos – período superior ao sugerido para repetição de treinamentos; há evidências de que após seis meses sem treinamento o conhecimento adquirido retorna ao conhecimento pré-treinamento (44); ainda há de considerar-se que 33,8% dos participantes referiram que nunca realizaram treinamento sobre o assunto.

A sequência de atendimento foi alterada de Abertura de vias aéreas, Ventilação e Compressões (A-B-C) para C-A-B desde a diretriz publicada em 2010, após estudos evidenciarem que a maior parte das paradas cardiopulmonares são decorrentes de FV ou TVSP e, na sequência A-B-C, as compressões torácicas, muitas vezes, são retardadas enquanto o socorrista abre a via aérea para aplicar respiração boca a boca, recupera um dispositivo de barreira ou reúne e monta o equipamento de ventilação (18,42).

Tabela 7. Questões sobre o algoritmo de RCP.

Variáveis	n	%
(Adaptada de ALE/MS – Auxiliar de Enfermagem - 2016) O auxiliar/técnico de enfermagem da unidade básica de saúde foi solicitado para cuidar de uma usuária que perdeu a consciência, sentada na cadeira aguardando atendimento médico. Suspeita-se de parada cardiorrespiratória (PCR). Chegando ao local, as ações imediatas do auxiliar de enfermagem para identificação da PCR são:		
Verificar se o local é seguro para o socorrista e vítima; avaliar a resposta e, simultaneamente, observar a ausência ou anormalidade na respiração, e sentir o pulso em até 10 segundos.	58	85,3
Retirar a vítima do local, encaminhando-a para o ambulatório; aplicar dois choques com o uso do desfibrilador externo automático, observando sua resposta, e avaliar a respiração realizando a manobra de flexão do pescoço.	1	1,5
Abrir as vias aéreas com a vítima sentada, fazer uma ventilação, verificar-lhe a elevação do tórax, sentir o pulso em até 10 segundos e aplicar o choque se houver desfibrilador disponível no local.	1	1,5
Verificar pulso em até 10 segundos; avaliar a responsividade da vítima; retirá-la do local e, na ambulância, realizar duas ventilações de resgate.	8	11,8
A sequência de atendimento ao suporte básico de vida deve ser:		
Compressões, Abertura de Vias aéreas e Ventilações.	28	41,2
Abertura de Vias aéreas, Ventilação e Compressões.	28	41,2
Compressões, Ventilações e Abertura de Vias aéreas.	8	11,8
Avaliação de pulso periférico, compressões e imobilização cervical.	4	5,9

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação a esse domínio, os testes estatísticos apontaram para significância com relação à idade; os profissionais com idade entre 20 e 39 anos, apresentaram rendimento superior ao grupo de profissionais com idade superior a 40 anos (Tabela 8). Essa diferença pode estar relacionada ao fato de que, geralmente, pessoas mais jovens possuem um intervalo menor entre a última formação e a realização do estudo.

Uma pesquisa, consultada para o presente trabalho, confirmou a existência de relação entre o tempo de formação e o conhecimento dos profissionais quanto à urgência e emergência, comprovando que o conhecimento teórico sobre o tema tende a diminuir a medida que se aumenta o tempo decorrente da formação (30).

Tabela 8. Cruzamento do domínio “Algoritmo de RCP” da categoria SBV com as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Variáveis	n	Média	DP	Mediana	p-valor
Unidade de Saúde (onde você trabalha):					
GSAP Alfa	10	0,70	0,42	1,00	0,597*
GSAP Bravo	19	0,58	0,34	0,50	
GSAP Charlie	17	0,71	0,36	1,00	
GSAP Delta	7	0,64	0,24	0,50	
GSAP Echo	15	0,57	0,32	0,50	
Sexo					
Feminino	59	0,64	0,33	0,50	0,937**
Masculino	9	0,61	0,42	0,50	
Idade (em anos completos):					
20 a 29 anos	3	0,83	0,29	1,00	0,006*
30 a 39 anos	14	0,82	0,25	1,00	
40 a 50 anos	35	0,64	0,36	0,50	
Acima de 50 anos	15	0,40	0,28	0,50	
Cargo que ocupa na instituição:					
Auxiliar	de	8	0,69	0,26	0,50
Enfermagem					
Técnico	de	38	0,62	0,34	0,50
Enfermagem					
Enfermeiro		22	0,64	0,38	0,50
5. Escolaridade:					
Ensino Médio		22	0,59	0,33	0,50
Ensino Superior		25	0,62	0,33	0,50
Pós graduação		21	0,69	0,37	1,00
Pós graduação					
Saúde	da	10	0,70	0,42	1,00
Família/Saúde					
Coletiva					
Saúde Pública		2	0,50	0,71	0,50
Urgência	e	1	1,00	1,00	0,382*
Emergência					
Outras		13	0,77	0,33	1,00
Ano de conclusão do nível máximo de formação:					
Antes de 2010		39	0,55	0,34	0,50
Entre 2010-2015		16	0,72	0,36	1,00
Entre 2016-2020		13	0,77	0,26	1,00
Você já realizou algum curso de capacitação/atualização sobre Parada Cardiorrespiratória? Se sim, há quanto tempo?					
Sim		45	0,69	0,32	0,50
Não		23	0,52	0,35	0,50
Quanto tempo?					
10 anos ou mais		10	0,80	0,35	1,00
Entre 9-5 anos		9	0,67	0,35	0,50
Entre 4-2 anos		15	0,70	0,25	0,50
Menos de 2 anos		5	0,60	0,42	0,50

Continua...

Variáveis	n	Média	DP	Mediana	p-valor
Considero meu conhecimento em Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar como:					
Satisfatório	9	0,67	0,35	0,50	
Parcialmente Satisfatório	29	0,64	0,32	0,50	
Parcialmente Insatisfatório	16	0,72	0,26	0,50	0,515*
Insatisfatório	14	0,50	0,44	0,50	

*Teste Kruskal-Wallis **Teste U de Mann Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

2.3.1.3 TÉCNICA CORRETA DE RCP

Acerca da técnica correta de RCP, 69,1% dos profissionais souberam identificar a técnica correta de compressão descrita na questão e 80,9% souberam apontar a relação compressão-ventilação correta. Porém 25% e 10% dos profissionais assinalou a questão que continha relação compressão-ventilação incorreta nas questões número 20 e 21, respectivamente. Os dados encontrados divergem dos dados encontrados no estudo de Lima *et al* (2020), onde a maior parte dos profissionais não souberam indicar a técnica correta de RCP (30).

A maioria dos participantes (66,2%) assinalou respostas incorretas a respeito da técnica correta de RCP em paciente pediátrico (Tabela 9) – reforçando a fragilidade evidenciada da população para atendimentos dessa natureza.

Tabela 9. Questões referentes a técnica correta de RCP

Variáveis	N	%
(UFTM – Técnico de Enfermagem – 2018) Quanto à Reanimação Cardiopulmonar (RCP) no Suporte Básico de Vida (SBV) no adulto assinale a alternativa correta:		
Durante a RCP manual o socorrista deve aplicar compressões torácicas até uma profundidade de, pelo menos, 2 polegadas (5 cm) para um adulto médio, evitando excesso na profundidade das compressões torácicas superiores a 2,4 polegadas (6 cm).	47	69,1

Continua...

Variáveis	n	%
Se o socorrista puder realizar ventilações de resgate, as compressões e as ventilações devem ser aplicadas na proporção de 30 compressões para cada 1 ventilação.	17	25
É sensato que os socorristas leigos e profissionais da saúde realizem compressões torácicas a uma frequência mínima de 80 compressões por minuto.	1	1,5
(Adaptado de TJ/SC – Enfermeiro – 2018) José, 35 anos, fumante, compareceu à unidade básica de saúde pois não estava se sentindo bem. Antes de ser atendido sofreu uma parada cardiorrespiratória. Foi prontamente socorrido pelos profissionais de saúde presentes, que iniciaram, adequadamente, a reanimação cardiopulmonar por meio de:		
30 compressões torácicas seguidas de 2 ventilações;	55	80,9
2 ventilações seguidas de 30 compressões torácicas;	5	7,4
15 compressões torácicas seguidas de 5 ventilações;	7	10,3
5 ventilações seguidas de 15 compressões torácicas;	1	1,5
(Adaptado de SEJUDH/MT – Enfermeiro – 2017) No atendimento a um bebê com quadro de parada cardiorrespiratória, a técnica considerada mais eficiente para realização da compressão cardíaca é:		
Utilizar técnica de 2 dedos, abaixo do esterno na linha entre os mamilos quando tem 2 socorristas.	25	36,8
Utilizar a técnica de 2 polegares com relação compressão: ventilação de 15:2 com 2 socorristas.	23	33,8
Utilizar técnica de 1 dedo na metade superior do esterno, acima da linha mamilar.	3	4,4
Utilizar técnica de 2 polegares no terço inferior do esterno, abaixo da linha mamilar.	17	25

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados estatísticos evidenciaram que o desempenho no domínio “Técnica correta de RCP” foi melhor nos níveis de educação mais altos (graduação e pós graduação).

Tabela 10. Cruzamento do domínio “Técnica correta de RCP” da categoria SBV com as variáveis sociodemográficas e profissionais

Variáveis	N	Média	DP	Mediana	p-valor
Unidade de Saúde (onde você trabalha):					

Continua...

Variáveis	n	Média	DP	Mediana	p-valor
GSAP Alfa	19,00	0,53	0,28	0,33	
GSAP Bravo	17,00	0,67	0,26	0,67	
GSAP Charlie	7,00	0,67	0,38	0,67	0,238*
GSAP Delta	15,00	0,56	0,24	0,67	
GSAP Echo					
Sexo					
Feminino	59,00	0,60	0,29	0,67	0,327**
Masculino	9,00	0,70	0,26	0,67	
Idade (em anos completos):					
20 a 29 anos	3,00	0,89	0,19	1,00	
30 a 39 anos	14,00	0,64	0,33	0,67	0,249*
40 a 50 anos	35,00	0,62	0,24	0,67	
Acima de 50 anos	15,00	0,53	0,33	0,67	
Cargo que ocupa na instituição:					
Auxiliar de Enfermagem	8,00	0,54	0,31	0,33	
Técnico de Enfermagem	38,00	0,64	0,27	0,67	0,527*
Enfermeiro	22,00	0,59	0,31	0,67	
Escolaridade:					
Ensino Médio	22,00	0,52	0,29	0,50	
Ensino Superior	25,00	0,68	0,23	0,67	0,038*
Pós graduação	21,00	0,63	0,33	0,67	
Pós graduação					
Saúde da Família/Saúde Coletiva	10,00	0,60	0,34	0,67	
Saúde Pública	2,00	0,67	0,00	0,67	0,927*
Urgência e Emergência	1,00	1,00		1,00	
Outras	13,00	0,67	0,30	0,67	
Ano de conclusão do nível máximo de formação:					
Antes de 2010	39,00	0,56	0,27	0,67	
Entre 2010-2015	16,00	0,71	0,24	0,67	0,109*
Entre 2016-2020	13,00	0,67	0,36	0,67	
Você já realizou algum curso de capacitação/atualização sobre Parada Cardiorrespiratória? Se sim, há quanto tempo?					
Sim	45,00	0,64	0,28	0,67	0,203**
Não	23,00	0,55	0,29	0,67	
Quanto tempo?					
10 anos ou mais	10,00	0,70	0,29	0,67	
Entre 9-5 anos	9,00	0,67	0,17	0,67	0,391*
Entre 4-2 anos	15,00	0,56	0,33	0,67	
Menos de 2 anos	5,00	0,80	0,30	1,00	
Considero meu conhecimento em Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar como:					
Satisfatório	9,00	0,56	0,29	0,67	
Parcialmente Satisfatório	29,00	0,69	0,25	0,67	0,361*
Parcialmente Insatisfatório	16,00	0,56	0,32	0,50	
Insatisfatório	14,00	0,55	0,31	0,67	

*TesteKruskal-Wallis **Teste U de Mann Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

2.3.1.3 MATERIAIS E DISPOSITIVOS UTILIZADOS EM RCP

Com relação aos materiais e dispositivos utilizados em RCP, a maior parte dos profissionais (66,2%) soube descrever os materiais necessários para realizar uma intubação orotraqueal, porém uma quantidade importante (33,8%) respondeu incorretamente à questão. Embora esse não seja um procedimento de enfermagem, a equipe de enfermagem auxilia a equipe médica na execução do procedimento e, portanto, deve ter noção dos materiais essenciais para a execução do procedimento (45).

A maioria dos participantes (55,9%) identificou que, durante uma PCR, não é indicado utilizar a via nasogástrica para administração de medicamentos, porém 29,4% dos profissionais demonstraram não ter ciência da possibilidade da utilização da via intraóssea para administração de medicações. A via intraóssea foi descrita pela primeira vez em 1934 e, após um período em desuso devido aos avanços dos dispositivos de acesso venoso, ganhou evidência novamente com sua inserção nos protocolos atuais de RCP como substituta à via endovenosa (46). A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 0648/2020 confere aos enfermeiros a normatização para realização deste procedimento em situações de emergência como via alternativa à via endovenosa (47). Esse dado se aproxima dos resultados obtidos em estudos semelhantes a este (48,49).

Apenas 23,5% dos profissionais referiu que a medida imediata após desfibrilação é reiniciar as compressões torácicas. A maioria (70,6%) respondeu que a primeira conduta seria verificar a frequência e o pulso do paciente. O papel da desfibrilação é interromper a atividade elétrica – que nas indicações para uso (FV e TVSP), é uma atividade incapaz de produzir perfusão adequada dos órgãos/tecidos – para que o nodo sinoatrial possa voltar a conduzir os estímulos elétricos cardíacos de maneira ordenada (50); nesse contexto, após a desfibrilação, o paciente não apresentará pulso e realizar a checagem nesse momento, atrasa as compressões – que são as medidas mais eficazes nesse cenário.

A maioria dos profissionais (82,4%) demonstrou conhecimento sobre os cuidados na utilização do Desfibrilador Externo Automático (DEA), conforme demonstrado na Tabela 11. O DEA é um dispositivo que permite o tratamento das arritmias, por meio de descarga elétrica dessincronizada, assim como os desfibriladores convencionais, apresentando vantagem sobre estes pois pode ser operado por leigos ou profissionais não habilitados para realizar interpretação do ritmo cardíaco apresentado nos monitores convencionais (50). Estudos comprovam o aumento da sobrevivência em pacientes que sofreram PCR relacionada à utilização precoce do DEA e a importância deste em locais com serviço de emergência pouco desenvolvido e/ou com grande circulação de pessoas (51,52).

Tabela 11. Questões acerca dos dispositivos e materiais utilizados em RCP/PCR

Variáveis	n	%
(Adaptada de UEM – Técnico de Enfermagem – 2017) Durante o atendimento a uma parada cardiorrespiratória na unidade básica de saúde, o técnico de enfermagem deve assistir ao enfermeiro e à equipe multidisciplinar nas ações de Suporte Avançado de Vida (SAV). Dentre os materiais e/ou equipamentos necessários, são indispensáveis nesse momento:		
kit para entubação orotraqueal: laringoscópio, cânulas de entubação de calibres variados, otoscópio, seringa de 20 ml.	16	23,5
desfibrilador, monitor multiparamétrico, régua antropométrica, aparelho de eletrocardiograma.	1	1,5
kit para entubação orotraqueal: laringoscópio, cânulas de entubação de calibres variados, seringa de 20 ml.	45	66,2
desfibrilador, monitor multiparamétrico, tábua para massagem, aparelho de eletroencefalograma.	6	8,8
(Adaptada de EBSEH – Enfermeiro – 2015) Diante de uma PCR (parada cardiorrespiratória) são utilizadas vias de administração para medicamentos. Qual é a via de administração que NÃO se utiliza em uma PCR?		
Sonda Nasogástrica	38	55,9
Acesso Venoso Periférico	0	0
Tubo Orotraqueal.	10	14,7
Intraóssea.	20	29,4
(SAVC – AHA 2015) Que medida você deve tomar IMEDIATAMENTE depois de administrar um choque com desfibrilador ou DEA?		
Continua...		

Variáveis	n	%
Preparar para administrar um segundo choque.	3	4,4
Reiniciar as compressões torácicas.	16	23,5
Iniciar ventilações de resgate.	1	1,5
Ao utilizar o Desfibrilador Externo Automático (DEA), o profissional deve:		
posicionar as pás do desfibrilador na base lateral do tórax, uma à direita e a outra à esquerda.	7	10,3
certificar-se de que ninguém esteja tocando o paciente/cliente ou o leito.	56	82,4
suspender seu uso se o paciente estiver em fibrilação ventricular.	1	1,5
aplicar três choques, com intervalo mínimo de 1 minuto entre eles, caso o paciente/cliente não apresente sinais de recuperação.	4	5,9

Fonte: Dados da pesquisa.

A análise estatística revelou significância para as variáveis sexo, presença ou não de cursos de atualização e tempo decorrido desde a última atualização. Foi comprovado que os profissionais que declararam ter realizado curso de capacitação sobre o tema tiveram melhor desempenho nas questões referentes aos materiais e dispositivos utilizados em RCP (Tabela 12).

Estudos realizados no município de Suzano e de Campinas (São Paulo) também demonstraram que profissionais com experiência hospitalar ou que possuem conhecimento teórico-prático em PCR e RCP atingiram melhor desempenho com relação aos demais (42,44).

Tabela 12. Cruzamento do domínio “Materiais e dispositivos utilizados em RCP” da categoria SBV com as variáveis sociodemográficas e profissionais

Variáveis	N	Média	DP	Mediana	p-valor
Unidade de Saúde (onde você trabalha):					
GSAP Alfa	10	0,63	0,21	0,63	
GSAP Bravo	19	0,50	0,29	0,50	
GSAP Charlie	17	0,68	0,23	0,75	0,156*
GSAP Delta	7	0,57	0,19	0,50	
GSAP Echo	15	0,50	0,19	0,50	
Sexo					
Feminino	59	0,54	0,24	0,50	0,015**
Masculino	9	0,75	0,18	0,75	
Idade (em anos completos):					
20 a 29 anos	3	0,83	0,29	1,00	
30 a 39 anos	14	0,64	0,19	0,75	0,159*
40 a 50 anos	35	0,53	0,24	0,50	

Continua...

Variáveis	N	Média	DP	Mediana	p-valor
Acima de 50 anos	15	0,57	0,24	0,50	
Cargo que ocupa na instituição:					
Auxiliar de Enfermagem	8	0,44	0,29	0,25	
Técnico de Enfermagem	38	0,59	0,21	0,50	0,217*
Enfermeiro	22	0,59	0,26	0,50	
Escolaridade:					
Ensino Médio	22	0,50	0,23	0,50	
Ensino Superior	25	0,62	0,23	0,75	0,073*
Pós graduação	21	0,58	0,25	0,50	
Pós graduação					
Saúde da Família/Saúde Coletiva	10	0,60	0,27	0,63	
Saúde Pública	2	0,38	0,18	0,38	0,543*
Urgência e Emergência	1	0,50		0,50	
Outras	13	0,56	0,29	0,50	
Ano de conclusão do nível máximo de formação:					
Antes de 2010	39	0,51	0,22	0,50	
Entre 2010-2015	16	0,64	0,24	0,75	0,086*
Entre 2016-2020	13	0,65	0,26	0,75	
Você já realizou algum curso de capacitação/atualização sobre Parada Cardiorrespiratória? Se sim, há quanto tempo?					
Sim	45	0,63	0,22	0,75	0,002**
Não	23	0,45	0,24	0,50	
Quanto tempo?					
10 anos ou mais	10	0,68	0,21	0,75	
Entre 9-5 anos	9	0,67	0,13	0,75	0,026*
Entre 4-2 anos	15	0,52	0,26	0,50	
Menos de 2 anos	5	0,85	0,14	0,75	
Considero meu conhecimento em Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar como:					
Satisfatório	9	0,58	0,25	0,50	
Parcialmente Satisfatório	29	0,59	0,23	0,50	0,293*
Parcialmente Insatisfatório	16	0,61	0,20	0,75	
Insatisfatório	14	0,46	0,29	0,50	

*TesteKruskal-Wallis **Teste U de Mann Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

2.3.2 SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

2.3.2.1 ALGORÍTMO DE RCP EM SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

Embora o papel da APS na rede de urgência seja de prestar os primeiros cuidados, estabilizar o paciente e encaminhá-lo a outro ponto de atenção da rede de maior complexidade (15), a adoção de medidas de SAV é um fator favorável ao melhor prognóstico do paciente (18). Um estudo identificou que as chances de ocorrer retorno espontâneo da circulação é sete

vezes menor para os pacientes que receberam SBV do que para aqueles que receberam SAV (53). Outro esboço analítico demonstrou que a presença de ao menos um profissional treinado em SAV aumenta a sobrevivência do paciente a curto e longo prazo após RCE (32).

A maioria dos profissionais não soube indicar qual o tempo máximo que cada socorrista deve realizar manobras de compressão cardíaca. A AHA preconiza que as trocas devem ser realizadas a cada 2 minutos ou sempre que houver fadiga – a fim de reduzir a diminuição na qualidade das compressões (18).

Embora uma parte dos profissionais (38,2%) soube indicar a sequência de RCP para vítimas de afogamento, a maior parte (61,8%) não assinalou a questão corretamente; 35,3% dos profissionais indicaram que a relação compressão-ventilação com um socorrista seria de 15:2. Esse dado sugere que, embora a maioria dos profissionais tenham acertado a questão que tratava desse assunto (Tabela 9), os profissionais não estão seguros quanto à informação, pois, quando questionado de modo diferente, eles tenderam a responder de forma equivocada.

A maioria dos participantes (61,8%) respondeu corretamente sobre a frequência das compressões cardíacas, porém uma parcela dos profissionais (30,9%) apontou como correta a conduta de realizar ventilações rápidas, em uma frequência de 30 insuflações por minuto – procedimento que pode provocar distensão gástrica, aumentando o risco de broncoaspiração, e diminuição do retorno venoso, ocasionando hipoperfusão cerebral, devido a aumento da pressão intra abdominal (18).

Ainda sobre o fluxograma de atendimento para pacientes em PCR (considerando o SAV), a maior parcela dos participantes (73,5%) demonstrou ter conhecimento sobre a primeira conduta a ser realizada em caso de parada cardiopulmonar: início imediato de compressões torácicas.

A maior parte dos profissionais (52,9%) não soube indicar que, após retorno da administração das compressões, a primeira conduta a ser adotada – principalmente em casos de assistolia, como foi descrito na questão número 31 (Tabela 13), onde a prioridade para reversão da PCR seria tratar as possíveis causas que levaram à parada (18) – é estabelecer, o mais precocemente possível, uma via de administração de medicações. Conforme ilustrado na Tabela 11, a via intraóssea ainda é pouco difundida entre os profissionais e talvez esse seja um dos motivos pelos quais os profissionais hesitaram em assinalar a questão correta.

Tabela 13. Questões sobre algoritmo de atendimento à PCR em SAV

Variáveis	n	%
(CLDF – Enfermeiro – 2018) Dois socorristas realizam Reanimação Cardiopulmonar (RCP) em um homem de 42 anos. De acordo com as recomendações vigentes do Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS), a fim de minimizar a fadiga, os socorristas que realizam compressões torácicas devem trocar entre si a cada:		
5 minutos.	29	42,6
2 minutos.	32	47,1
3 minutos.	4	5,9
8 minutos.	3	4,4
Uma mulher, de 40 anos, que estava nadando em um córrego no Recanto das Emas, foi vítima de afogamento e apresentou Parada Cardiorrespiratória (PCR). De acordo com a American Heart Association para Reanimação Cardiopulmonar (RCP) a prioridade é:		
Usar o DEA/DAE primeiramente e após realizar compressões torácicas.	4	5,9
Aplicar compressões torácicas com ventilação de resgate por cerca de 5 ciclos (aproximadamente 2 minutos) antes de acionar o serviço de emergência/urgência.	26	38,2
Chamar o serviço médico de urgência e aguardar orientações para iniciar os procedimentos.	14	20,6
Iniciar a RCP com ventilações, sendo que a relação ventilação-compressão deve ser de 15:2 com um socorrista.	24	35,3
HRTN – Técnico de Enfermagem – 2015) O atendimento da parada cardiorrespiratória (PCR) envolve duas etapas: suporte básico de vida e suporte avançado de vida. Considerando os procedimentos desenvolvidos nessas etapas, assinale a alternativa correta.		

Continua...

Variáveis	n	%
Durante a parada cardiorrespiratória, o suporte básico de vida e a desfibrilação precoce são de importância secundária e a administração de drogas é de mínima importância.	3	4,4
Na PCR, inicia-se a reanimação efetuando compressões torácicas, que devem ser realizadas continuamente na frequência entre 100 e 120 por minuto.	42	61,8
A máscara laríngea como dispositivo de via aérea avançada não é uma alternativa para a ventilação na reanimação cardiopulmonar (RCP).	2	2,9
Na reanimação cardiopulmonar (RCP), após a intubação, são necessárias ventilações mais rápidas, com 30 insuflações por minuto e com maior volume corrente para promover melhor oxigenação para os órgãos nobres.	21	30,9
No atendimento a pacientes em parada cardiorrespiratória (PCR), a reanimação cardiopulmonar (RCP) envolve duas etapas: suporte básico de vida (SBV) e suporte avançado de vida (SAVC). A respeito das referidas etapas, é correto afirmar que:		
o SBV visa a reanimação com o uso de bolsa de ventilação, desfibrilador e drogas.	6	8,8
ao avaliar a vítima, se o técnico de enfermagem constatar a ausência de pulso, deve iniciar a RCP realizando compressões torácicas.	50	73,5
deve ser utilizado o DEA (desfibrilador externo automático) como último recurso no atendimento da PCR.	3	4,4
a abertura das vias aéreas deve ser feita com a técnica de hiperextensão cervical para todos os pacientes em PCR.	9	13,2
(SAVC – AHA 2015) Você está atendendo um paciente em PCR na unidade básica de saúde. O DEA já havia indicado “nenhum choque recomendado”. Uma verificação de ritmo identifica então assistolia. Depois de voltar a administrar compressões de alta qualidade, que medida você deverá tomar em seguida?		
Solicitar uma verificação de pulso.	36	52,9
Estabelecer acesso intravenoso ou Intraósseo.	9	13,2
Estabelecer via aérea avançada com tubo orotraqueal.	2	2,9
<u>Aguardar o médico da equipe delegar as próximas funções.</u>	21	30,9

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme demonstrado na Tabela 14, não houve correlação significativa das variáveis analisadas com o domínio acima descrito.

Tabela 14. Cruzamento do domínio “Algoritmo de RCP” da categoria Suporte Avançado de Vida com as variáveis sociodemográficas e profissionais

Variáveis	n	Média	DP	Mediana	p-valor
Unidade de Saúde (onde você trabalha):					
GSAP Alfa	10	0,48	0,23	0,50	0,807*
GSAP Bravo	19	0,46	0,25	0,60	
GSAP Charlie	17	0,51	0,27	0,60	
GSAP Delta	7	0,49	0,25	0,60	
GSAP Echo	15	0,41	0,22	0,40	
Sexo					
Feminino	59	0,45	0,25	0,40	0,304**
Masculino	9	0,56	0,13	0,60	
Idade (em anos completos):					
20 a 29 anos	3	0,53	0,31	0,60	0,649*
30 a 39 anos	14	0,51	0,28	0,60	
40 a 50 anos	35	0,44	0,24	0,40	
Acima de 50 anos	15	0,48	0,24	0,60	
Cargo que ocupa na instituição:					
Auxiliar de Enfermagem	8	0,38	0,20	0,30	0,438*
Técnico de Enfermagem	38	0,48	0,24	0,60	
Enfermeiro	22	0,48	0,27	0,60	
Escolaridade:					
Ensino Médio	22	0,38	0,25	0,40	0,088*
Ensino Superior	25	0,50	0,23	0,60	
Pós graduação	21	0,51	0,24	0,60	
Pós graduação					
Saúde da Família/Saúde Coletiva	10	0,60	0,16	0,60	0,073*
Saúde Pública	2	0,20	0,28	0,20	
Urgência e Emergência	1	0,60		0,60	
Outras	13	0,52	0,30	0,60	
Ano de conclusão do nível máximo de formação:					
Antes de 2010	39	0,41	0,23	0,40	0,068*
Entre 2010-2015	16	0,55	0,20	0,60	
Entre 2016-2020	13	0,54	0,29	0,60	
Você já realizou algum curso de capacitação/atualização sobre Parada Cardiorrespiratória? Se sim, há quanto tempo?					
Sim	45	0,49	0,24	0,60	0,247**
Não	23	0,42	0,25	0,40	
Quanto tempo?					
10 anos ou mais	10	0,46	0,28	0,60	0,741*
Entre 9-5 anos	9	0,49	0,18	0,40	
Entre 4-2 anos	15	0,45	0,23	0,40	
Menos de 2 anos	5	0,56	0,33	0,60	
Considero meu conhecimento em Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar como:					
Satisfatório	9	0,44	0,33	0,40	0,433*
Parcialmente Satisfatório	29	0,52	0,22	0,60	

Continua...

Variáveis	n	Média	DP	Mediana	p-valor
Parcialmente Insatisfatório	16	0,41	0,25	0,40	
Insatisfatório	14	0,43	0,23	0,50	

*TesteKruskal-Wallis **Teste U de Mann Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

2.3.2.2 MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA RCP

A respeito das medicações utilizadas na RCP, a maior parte dos profissionais (52,9%) assinalou a opção que contemplava a dose correta da epinefrina – principal medicação utilizada na RCP; todavia, uma expressiva parcela (47,1%) marcou opção incorreta, demonstrando importante lacuna do conhecimento dos profissionais acerca do tema.

Com relação à utilização da lidocaína como substituta à amiodarona, a maioria dos profissionais (61,8%) não demonstrou conhecimento sobre essa alternativa. Desde a atualização da AHA, em 2018, a lidocaína pode ser utilizada como substituta à amiodarona – não mais como opção aos casos de FV/TVSP refratária ao uso da amiodarona (54).

A maior parte dos participantes (61,8%) soube indicar o uso da epinefrina na RCP como alternativa à primeira desfibrilação e 66,2% soube identificar a possibilidade da utilização da amiodarona (dose de ataque de 300 mg) em caso de TVSP refratária a duas desfibrilações e uma dose de epinefrina, conforme demonstrado na Tabela 15. Outro estudo realizado no DF também demonstrou déficit de conhecimento a respeito de medicações utilizadas na RCP (1).

Tabela 15. Questões acerca dos principais medicamentos utilizados em RCP

Variáveis	n	%
Segundo as atualizações propostas pela American Heart Association 2015, para RCP (Reanimação cardiopulmonar) assinale a assertiva correta sobre a terapia medicamentosa indicada.		
Lidocaína – Dose 2 a 3,5 mg/Kg IV/IO.	4	5,9

Continua..

Variáveis	n	%
Atropina: 1 mg - Dose EV / IO após cinco doses de Epinefrina.	16	23,5
Amiodarona - Dose EV / IO, primeira dose: bolus de 300 mg e segunda dose: 200 mg.	12	17,6
Epinefrina: 1 mg - Dose EV / IO a cada 3 a 5 minutos.	36	52,9
A lidocaína pode ser uma alternativa à Amiodarona nos casos de Parada Cardiorrespiratória ocasionada por Fibrilação Ventricular e Taquicardia Ventricular sem pulso, podendo ser utilizada nas vias intravenosa, intraóssea e endotraqueal.		
Verdadeiro	26	38,2
Falso	42	61,8
(SAVC – AHA 2015) Um paciente está em PCR. A Fibrilação Ventricular é refratária a um segundo choque. Que medicamento deverá ser administrado primeiro?		
Atropina 1mg IV/IO.	19	27,9
Epinefrina 1mg IV/IO	42	61,8
Lidocaína 1mg/Kg IV/IO.	5	7,4
Bicarbonato de Sódio 50 mEq IV/IO.	2	2,9
(SAVC – AHA 2015) Um paciente apresenta taquicardia ventricular sem pulso. Foram administrados dois choques e uma dose de epinefrina. Que medicamento deverá ser administrado em seguida?		
Adenosina 6mg.	8	11,8
Amiodarona 300mg.	45	66,2
Epinefrina 3mg.	10	14,7
Lidocaína 0,5 mg/Kg.	5	7,4

Fonte: Dados da pesquisa.

Nesse domínio, houve significância estatística, demonstrando desempenho superior entre os técnicos e enfermeiros comparados aos auxiliares de enfermagem e também os profissionais com nível superior obtiveram resultado superior e pós-graduação quando comparado com os profissionais que possuíam apenas nível médio, reforçando a relação direta entre nível de conhecimento técnico e melhores práticas profissionais (Tabela 16).

Tabela 16. Cruzamento do domínio “Medicamentos utilizados na RCP” da categoria SAV com as variáveis sociodemográficas e profissionais

Variáveis	n	Média	DP	Mediana	p-valor
Unidade de Saúde (onde você trabalha):					
GSAP 1	10	0,63	0,18	0,75	
GSAP 2	19	0,47	0,29	0,50	0,277*

Continua...

Variáveis	n	Média	DP	Mediana	
GSAP 3	17	0,65	0,27	0,75	
GSAP 4	7	0,46	0,27	0,50	
GSAP 5	15	0,52	0,26	0,50	
Sexo					
Feminino	59	0,52	0,26	0,50	0,048
Masculino	9	0,72	0,23	0,75	
Idade (em anos completos):	3	0,75	0,25	0,75	
20 a 29 anos	14	0,55	0,22	0,63	
30 a 39 anos	35	0,57	0,26	0,50	0,309
40 a 50 anos	15	0,45	0,30	0,50	
Acima de 50 anos					
Cargo que ocupa na instituição:					
Auxiliar de Enfermagem	8	0,41	0,19	0,38	0,036**
Técnico de Enfermagem	38	0,51	0,26	0,50	
Enfermeiro	22	0,66	0,26	0,75	
Escolaridade:					
Ensino Médio	22	0,43	0,23	0,50	
Ensino Superior	25	0,61	0,27	0,75	0,017**
Pós-graduação	21	0,60	0,26	0,75	
Pós-graduação					
Saúde da Família/Saúde Coletiva	10	0,80	0,16	0,75	
Saúde Pública	2	0,38	0,18	0,38	0,298
Urgência e Emergência	1	0,75		0,75	
Outras	13	0,54	0,29	0,50	
Ano de conclusão do nível máximo de formação:					
Antes de 2010	39	0,52	0,27	0,50	
Entre 2010-2015	16	0,63	0,22	0,75	0,370
Entre 2016-2020	13	0,54	0,30	0,50	
Você já realizou algum curso de capacitação/atualização sobre Parada Cardiorrespiratória? Se sim, há quanto tempo?					
Sim	45	0,57	0,26	0,50	0,265
Não	23	0,50	0,26	0,50	
Quanto tempo?					
10 anos ou mais	10	0,63	0,27	0,63	0,779
Entre 9-5 anos	9	0,58	0,31	0,75	
Entre 4-2 anos	15	0,58	0,20	0,50	
Menos de 2 anos	5	0,50	0,18	0,50	
Considero meu conhecimento em Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar como:					
	9	0,61	0,31	0,75	
Satisfatório	29	0,58	0,30	0,75	0,498
Parcialmente Satisfatório	16	0,52	0,21	0,50	
Parcialmente Insatisfatório	14	0,48	0,21	0,50	
Insatisfatório					

*Teste Kruskal-Wallis **Teste U de Mann Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

2.3.2.3 RITMOS DE PCR

Os pacientes que evoluem para PCR apresentam quatro principais ritmos evidenciados no eletrocardiograma: assistolia, AESP, FV e TVSP (18). Essa seção aborda as questões que correspondem aos principais ritmos de PCR e seus tratamentos.

Apenas um quarto (25%) dos profissionais respondeu corretamente a questão sobre o algoritmo de SAV em FV; a maioria dos participantes (75%) não assinalou a questão que indicava o uso de amiodarona na dose de 150 mg como manutenção a dose inicial de 300 mg. Destes, 41,2% indicaram o uso de infusão do antiarrítmico na dose de 1 a 2 mg/min – padrão não contemplado nas diretrizes de RCP da AHA (18).

Somente 20,6% dos participantes responderam corretamente a questão que aborda o tratamento em casos de AESP. Entre os 79,4% que assinalaram opções incorretas, 36,8% respondeu que o ritmo descrito era passível de tratamento com desfibrilação, 30,9% afirmou que em casos de via aérea avançada as ventilações eram sincronizadas com as compressões cardíacas, e 11,8% indicou o uso de atropina – droga retirada do protocolo desde 2010, devido a evidências científicas que apontam para pouco/nenhum benefício (55).

A respeito dos procedimentos adequados para reversão dos quadros de FV/TVSP, 51,5% dos participantes identificaram as condutas a serem adotadas, porém 48,5% incluíram na resposta a desfibrilação postergada – quando um dos elos da cadeia de sobrevivência é desfibrilação precoce (18), demonstrando pouco domínio das diretrizes vigentes sobre o tema.

Uma parte importante dos profissionais (30,9%) assinalou a questão que afirmava que após obtenção de via aérea avançada, as ventilações deveriam permanecer sincronizadas com as compressões, revelando baixo conhecimento a respeito do que é indicado no protocolo

para essas situações; resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas realizadas no DF (1,30). A tabela 17 apresenta as informações detalhadas.

Tabela 17. Questões acerca dos ritmos de PCR e suas condutas

Variáveis	n	%
(SAVC – AHA 2015) Um paciente apresenta fibrilação ventricular refratária e recebeu vários choques apropriados de desfibrilação, duas doses de 1mg de Epinefrina IV e uma dose de Amiodarona 300 mg IV. O que melhor representa a segunda dose de Amiodarona para esse paciente?		
Bolus IV de 1mg.	9	13,2
Infusão de 1 a 2 mg/min.	28	41,2
Bolus IV de 150 mg.	17	25
Bolus IV de 300 mg.	14	20,6
(EBSERH – Enfermeiro – 2015) Na parada cardiorrespiratória (PCR) em adulto com Atividade Elétrica sem Pulso (AESP), é correto afirmar:		
iniciar desfibrilando o paciente com choque único na potência máxima do aparelho (360 J).	25	36,8
iniciar procedimento de abertura de vias aéreas e instalação de via aérea avançada, oferecendo de 10 a 12 insuflações por minuto, sincronizadas com as compressões torácicas.	21	30,9
administrar atropina intravenosa 0,02mg/kg e repetir duas vezes até dose máxima de 20 mg.	8	11,8
administrar epinefrina 1 mg intravenosa/ intraóssea em bólus, seguida de 20 ml de solução salina 0,9% e elevação do membro (repetir a cada 3 a 5 minutos).	14	20,6
Na Fibrilação Ventricular e/ou Taquicardia Ventricular Sem Pulso, devemos realizar os seguintes procedimentos:		
I. Desfibrilação postergada com carga máxima de 200 J bifásico ou 360 J monofásico. II. Afastar todos para a segurança do choque. III. Desconectar as fontes de oxigênio. IV. Desfibrilação imediata com carga máxima de 200 J bifásico ou 360 J monofásico. V. Retomar imediatamente as compressões após o choque. Assinale a alternativa que contempla os procedimentos a serem executados.		
I, II, III e V.	9	13,2
II, III, IV e V.	35	51,5
I, II, III e IV.	9	13,2
I e V.	15	22,1

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação à análise estatística desse domínio, a Tabela 18 evidencia que os profissionais acima de 40 anos obtiveram pior desempenho com relação às outras categorias e os profissionais com último ano de conclusão do nível máximo de formação anterior à 2010

obtiveram, também, desempenho pior com relação às demais classes, o que reforça a necessidade de capacitação constante da equipe.

Tabela 18. Cruzamento do domínio “Ritmos de PCR” da categoria SAV com as variáveis sociodemográficas e profissionais

Variáveis	N	Média	DP	Mediana	p-valor
Unidade de Saúde (onde você trabalha):					
GSAP Alfa	10	0,57	0,35	0,67	0,069
GSAP Bravo	19	0,35	0,32	0,33	
GSAP Charlie	17	0,29	0,16	0,33	
GSAP Delta	7	0,29	0,23	0,33	
GSAP Echo	15	0,18	0,21	0,00	
Sexo					
Feminino	59	0,31	0,27	0,33	0,203
Masculino	9	0,44	0,33	0,33	
Idade (em anos completos):					
20 a 29 anos	3	0,56	0,19	0,67	0,049**
30 a 39 anos	14	0,43	0,33	0,33	
40 a 50 anos	35	0,24	0,26	0,33	
Acima de 50 anos	15	0,36	0,23	0,33	
Cargo que ocupa na instituição:					
Auxiliar de Enfermagem	8	0,21	0,25	0,17	0,129
Técnico de Enfermagem	38	0,30	0,29	0,33	
Enfermeiro	22	0,41	0,27	0,33	
Escolaridade:					
Ensino Médio	22	0,24	0,23	0,33	0,364
Ensino Superior	25	0,32	0,28	0,33	
Pós graduação	21	0,41	0,31	0,33	
Pós graduação					
Saúde da Família/Saúde Coletiva	10	0,50	0,28	0,50	0,428
Saúde Pública	2	0,17	0,24	0,17	
Urgência e Emergência	1	1,00		1,00	
Outras	13	0,36	0,29	0,33	
Ano de conclusão do nível máximo de formação:					
Antes de 2010	39	0,26	0,28	0,33	0,022**
Entre 2010-2015	16	0,42	0,23	0,33	
Entre 2016-2020	13	0,41	0,31	0,33	
Você já realizou algum curso de capacitação/atualização sobre Parada Cardiorrespiratória? Se sim, há quanto tempo?					
Sim	45	0,36	0,30	0,33	
Não	23	0,26	0,25	0,33	
Quanto tempo?					
10 anos ou mais	10	0,37	0,33	0,33	0,235
Entre 9-5 anos	9	0,33	0,33	0,33	

Continua...

Variáveis	n	Média	DP	Mediana	
Entre 4-2 anos	15	0,33	0,31	0,33	
Menos de 2 anos	5	0,53	0,18	0,67	
Considero meu conhecimento em Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar como:					
Satisfatório	9	0,22	0,24	0,33	
Parcialmente Satisfatório	29	0,40	0,29	0,33	0,475
Parcialmente Insatisfatório	16	0,29	0,30	0,33	
Insatisfatório	14	0,26	0,27	0,33	

*TesteKruskal-Wallis **Teste U de Mann Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

2.3.2.4 CUIDADOS PÓS PCR

Embora os cuidados pós PCR sejam realizados em unidades de terapia intensiva, a última pergunta do questionário contemplou o tema devido à presença deste no protocolo.

A maioria dos participantes (52,3%) demonstrou conhecer a indicação do controle direcionado de temperatura em pacientes inconscientes pós PCR, entretanto 47,7% dos profissionais julgaram a questão como incorreta – demonstrando desconhecimento do procedimento indicado pelas diretrizes atuais da AHA (18).

Desde 2010 o ILCOR estabeleceu a hipotermia terapêutica dentre os cuidados após retorno da circulação espontânea (RCE), recomendando temperatura entre 32 e 36°C por um período de 24 horas; essa intervenção demonstrou eficácia na recuperação neurológica dos pacientes comatosos após RCE (56).

Conforme descrito na Tabela 19, não houve significância de nenhuma das variáveis analisadas com o domínio “Cuidados pós PCR”.

Tabela 19. Cruzamento do domínio “Cuidados pós PCR” da categoria SAV com as variáveis sociodemográficas e profissionais

Variáveis	n	Média	DP	Mediana	p-valor
Unidade de Saúde (onde você trabalha):					
GSAP Alfa	10	0,70	0,48	1,00	0,892*
GSAP Bravo	19	0,42	0,51	0,00	
GSAP Charlie	17	0,24	0,44	0,00	
GSAP Delta	7	0,57	0,53	1,00	
GSAP Echo	15	0,73	0,46	1,00	
Sexo					
Feminino	59	0,47	0,50	0,00	0,287**
Masculino	9	0,67	0,50	1,00	
Idade (em anos completos):					
20 a 29 anos	3	0,33	0,58	0,00	0,654*
30 a 39 anos	14	0,64	0,50	1,00	
40 a 50 anos	35	0,46	0,51	0,00	
Acima de 50 anos	15	0,53	0,52	1,00	
4. Cargo que ocupa na instituição:					
Auxiliar de Enfermagem	8	0,50	0,53	0,50	0,730*
Técnico de Enfermagem	38	0,55	0,50	1,00	
Enfermeiro	22	0,41	0,50	0,00	
5. Escolaridade:					
Ensino Médio	22	0,45	0,51	0,00	0,726*
Ensino Superior	25	0,48	0,51	0,00	
Pós graduação	21	0,57	0,51	1,00	
Pós graduação					
Saúde da Família/Saúde Coletiva	10	0,40	0,52	0,00	0,497*
Saúde Pública	2	0,50	0,71	0,50	
Urgência e Emergência	1	1,00	-	1,00	
Outras	13	0,62	0,51	1,00	
Ano de conclusão do nível máximo de formação:					
Antes de 2010	39	0,46	0,51	0,00	0,760*
Entre 2010-2015	16	0,56	0,51	1,00	
Entre 2016-2020	13	0,54	0,52	1,00	
Você já realizou algum curso de capacitação/atualização sobre Parada Cardiorrespiratória? Se sim, há quanto tempo?					
Sim	45	0,49	0,51	0,00	0,799**
Não	23	0,52	0,51	1,00	
Quanto tempo?					
10 anos ou mais	8	0,38	0,52	0,00	0,290*
Entre 5-9 anos	13	0,46	0,52	0,00	
Entre 1-4 anos	18	0,56	0,51	1,00	
Considero meu conhecimento em Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar como:					

Continua...

Variáveis	n	Média	DP	Mediana	p-valor
Satisfatório	9	0,56	0,53	1,00	
Parcialmente Satisfatório	29	0,52	0,51	1,00	0,942*
Parcialmente Insatisfatório	16	0,44	0,51	0,00	
Insatisfatório	14	0,50	0,52	0,50	

*TesteKruskal-Wallis **Teste U de Mann Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a Política Nacional de RAU no SUS pontue que os indivíduos devem ser atendidos em qualquer ponto da rede de saúde e que estes pontos devem estar preparados e equipados para um atendimento ágil com qualidade e segurança, essa não é, ainda, a realidade encontrada nos pontos de atenção pré-hospitalar fixos – que ainda apresentam várias fragilidades discutidas neste estudo.

Há evidências de que quanto mais precoce e de maior qualidade são as manobras de RCP maior é a chance de estabelecer o RCE.

Mediante os dados expostos, conclui-se que a atenção primária necessita assumir sua responsabilidade na coordenação do cuidado e ordenação do paciente na rede – incluindo os pacientes em situação de urgência/emergência; para tal é necessária capacitação aos profissionais, investimento em infraestrutura e recursos e implementação, de fato, da política.

Cabe à SES-DF promover cursos de capacitação aos atendimentos de urgência para os profissionais desse nível de atuação em ação articulada junto ao Núcleo de Educação em Urgências (NEU).

Os resultados deste estudo demonstraram, ainda, que as unidades de saúde possuem materiais para os atendimentos de urgência, porém, de acordo com o relato dos participantes, esses insumos são insuficientes.

A gestão dos serviços de saúde da APS no DF deve adequar, em caráter de urgência, sua infraestrutura às demandas de urgência e emergência; aos gestores compete realizar um plano estratégico situacional de suas unidades, identificando as adequações necessárias nas UBS sob sua gestão.

Compete também aos profissionais buscarem atualização constante pois são deveres, previstos no Código de ética dos profissionais de Enfermagem, prestar assistência de enfermagem livre de imperícia, negligência ou imprudência, bem como aprimorar os

conhecimentos técnicos-científicos em benefício da pessoa, família, coletividade e do desenvolvimento da profissão.

No relatório quadrimestral de atividades da SES-DF existe um indicador específico sobre o percentual de profissionais da atenção primária qualificados, porém não foi prevista nenhuma ação específica no primeiro quadrimestre do ano de 2020. Os resultados desse estudo apontam para a necessidade de qualificação nessa amostra a respeito das diretrizes para atendimentos em casos de PCR, diante disso, a autora sugere que a SES-DF inclua essa pauta nas ações estratégicas de educação permanente no próximo ano.

De acordo com o RAQ, discutidos no presente estudo, foi autorizado um valor de R\$ 18.112.209,00 para aquisição de equipamentos/materiais permanentes, porém nenhum valor foi empenhado no período. Sugere-se utilizar o recurso autorizado pela emenda parlamentar para adequação da estrutura física das UBS para melhor atendimento das situações de urgência e emergência.

O despreparo dos profissionais de saúde da APS e o investimento em ações de infraestrutura são fatores cruciais para o bom desempenho da AB em seu papel descrito na política de urgência e emergência como ponto de atendimento pré-hospitalar fixo.

Os resultados apontam para a necessidade de treinamento da equipe de enfermagem da AB acerca do tema, incluindo conscientização destes sobre seu papel na RAU, e maior investimento em estrutura física, equipamentos e insumos para realizar esse tipo de atendimento nas UBS.

Uma limitação do estudo foi a ocorrência da coleta de dados durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pelo novo coronavírus. Muitos profissionais de saúde estavam afastados de suas funções devido a adoecimento por COVID 19 ou preventivamente por pertencimento ao grupo de risco, o que ocasionou sobrecarga aos outros profissionais de saúde que estavam trabalhando na linha de frente do

combate a ESPII; o novo contexto gerou a necessidade de elaborar e implantar novos fluxos de rotinas para realizar a atenção à saúde com segurança para si e para a população, (re) organizar a gestão do cuidado, (re) estabelecendo um plano de cuidados de forma a incluir e ampliar a atenção aos pacientes suspeitos/confirmados da Covid-19 , o que diminuiu a disponibilidade dos profissionais em participarem da pesquisa devido aumento da demanda de trabalho concomitante com a redução de recursos humanos.

Outro fator limitador relacionado à ESPII foi o decreto do governo local adotando medidas de isolamento social e circulação de pessoas para a contenção da propagação do vírus, que retardou a aplicação do questionário nas UBS e, conseqüentemente, diminuiu o período da coleta de dados – o que pode ter reduzido o número de participantes.

Este mesmo fator, que limitou a participação de alguns profissionais na pesquisa apresentada, também revelou a possibilidade de situações de emergência serem direcionadas aos serviços de AB – em especial em um contexto pandêmico que extrapola a capacidade de resposta dos serviços de saúde.

Mesmo diante dos desafios, apresentados pelo estado de emergência enfrentado por tantos postos de atendimento em saúde, até o período de fechamento desta pesquisa (no ano de 2020) foi possível avaliar o conhecimento das equipes de enfermagem, acerca do protocolo de RCP, proposto pela AHA , respondendo de modo satisfatório os questionamentos aqui levantados. Um dos objetivos deste estudo era construir e validar um instrumento que fosse capaz de responder à pergunta de pesquisa, e este objetivo foi alcançado de maneira plena.

Através dos resultados obtidos, constatou-se que a maneira mais assertiva de diminuir as fragilidades encontradas é o constante investimento em aperfeiçoar e especializar o grupo envolvido nestes atendimentos. Os pontos onde esta fragilidade pode ser percebida, foram discutidos no decorrer deste trabalho, elencando as porcentagens nos itens mais

relevantes, porém é importante trazê-los como consulta prática, resumidamente. São eles: indisponibilidade de manuais/protocolos/guias diretrizes nos setores; atendimento à PCR na população pediátrica; estrutura física inadequada nas UBS; pouco entendimento dos profissionais sobre o papel da AB dentro da RAU; a maioria não identificou a frequência correta do atendimento (C-A-B); quase metade realizou capacitação a mais de 5 anos e 1/3 nunca realizou; importância do início imediato de compressões após desfibrilação; tempo máximo de revezamento dos socorristas (2 minutos); conhecimento insuficiente do algoritmo de RCP em afogamento; estabelecimento precoce de via de administração de medicamentos; desconhecimento sobre lidocaína como opção a amiodarona; desconhecimento da dose de manutenção da amiodarona; a maioria dos profissionais não sabe algoritmo de RCP em casos de AESP; alguns profissionais indicaram utilização de droga retirada do protocolo a 10 anos; e quase metade não soube indicar controle direcionado de temperatura pós RCE;

Em face dos pontos trazidos, é necessário que se reconheça ainda, as fortalezas existentes e que puderam ser listadas através da amostra deste estudo, sobre conhecimentos específicos e ainda saberes complexos que ultrapassam os requisitos das urgências, momento que a equipe acaba rememorando práticas e aperfeiçoando suas vivências sobre os procedimentos aqui discutidos, como por exemplo: a identificação de PCR em adultos; o algoritmo de PCR em SBV; a técnica correta de RCP em SBV; a relação compressão-ventilação correta em SBV; a identificação dos materiais necessários para intubação orotraqueal; conhecimento das vias de administração de medicamentos na PCR; o conhecimento sobre utilização do DEA; a frequência das compressões cardíacas; a dose correta da epinefrina (principal medicamento do protocolo); e os procedimentos adequados para reversão de FV/TVSP.

Todos estes pontos comprovam que o cuidado com o recurso humano que está a frente de procedimentos de urgência e emergência é um esforço coletivo dos gestores de

equipe e do poder capacitador, que pode/deve preceder o investimento em equipamentos. Afinal, uma vez que a estrutura ganha novas possibilidades de manejo no trato com o paciente, a equipe que opera estes equipamentos e presta o socorro em situações extremas, deve ter seu potencial de atendimento e aplicação dos conhecimentos adquiridos e valorizados na mesma medida.

REFERÊNCIAS

1. Andrade AR. *A Ressuscitação Cardiopulmonar no contexto do enfermeiro da atenção primária*. Universidade de Brasília; 2014.
2. Soares EP. *Análise da inserção do hospital de base na rede de atenção às urgências e emergências do Distrito Federal*. Universidade de Brasília; 2014.
3. Soares SS. *O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas*. Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013.
4. Barbosa MAF, Marra VR, Horta NDC, Rodrigues ES. Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na atenção primária. *Rev APS*. 2011;14(2):233–8.
5. Moraes, Talita Polinana Roveroni; Paiva EF de. Enfermeiros da Atenção Primária em suporte básico de vida. *Rev Ciênc Méd*. 2017;26(1):9–18.
6. Nóbrega, Danielly Monteiro; Bezerra, André Luiz Dantas; Sousa MNA de. Conhecimentos, atitudes e práticas em urgência e emergência na atenção primária à saúde. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*. 2015;8(December):141–57.
7. Oliveira KC de J. *Conhecimentos da equipe de enfermagem diante da parada cardiorrespiratória: revisão integrativa*. Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
8. Silva VM dos S. *A importância da capacitação no atendimento a parada cardiorrespiratória da equipe de uma unidade básica de saúde*. Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
9. Paulino EDP. *Avaliação do conhecimento sobre parada e reanimação cardiopulmonar da equipe de enfermagem atuante em um hospital do interior paulista*. Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium; 2016.
10. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL G. *Brasília Saudável: Fortalecimento da*

- Atenção Primária à Saúde no DF. 2016. p. 1–29.
11. Bernarda L, Gottems D, Santana L, Raquel M, Maia G, Campo J. Contratualização regionalizada de serviços públicos de saúde no Distrito Federal: relato de experiência. *Rev Eletrônica Gestão Saúde*. 2016;07(Nº. 01):282–08.
 12. Araújo LM. *Conhecimento e Autoconfiança da Equipe de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde sobre Parada Cardiopulmonar*. Brasília: Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia; 2018. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7556065><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC394507><http://dx.doi.org/10.1016/j.humpath.2017.05.005><https://doi.org/10.1007/s00401-018-1825-z><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27157931>
 13. Portela FF. *Construção e validação de instrumento para avaliação da qualidade dos processos e resultados do serviço de atendimento móvel de urgência relacionados ao acidente vascular cerebral*. Universidade Federal do Paraná; 2017.
 14. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Brasília; 2010.
 15. Brasil. Portaria nº 1.600, de 7 de Julho de 2011. Brasília; 2011.
 16. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Brasília; 2011.
 17. Vieira CRS de P. *A formação do enfermeiro para atenção às urgências e emergências na Atenção Básica em Saúde*. Universidade Federal de São Carlos; 2017.
 18. Association AH. *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular*. 2018. 1–8 p.
 19. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas. Brasília; 1988. 1–496 p. doi: 10.4304/jcp.6.9.1903-1912
 20. Federal D. Plano Distrital de Saúde 2016 - 2019. 2016;I:103. Available from: https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/DF_PDS_2016-

2019_OFICIAL_Parte_I.pdf

21. Federal S de E de S do D. *Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento de Rede*. I. Brasília; 2018. 59 p. Available from: Manual de parâmetros mínimos da força de trabalho para o dimensionamento da rede. 1ª Edição. Brasília, 2018.
22. GIL C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5ª Ed. Atlas, editor. São Paulo; 2008.
23. Rodrigues AJ. *Metodologia Científica*. Avercamp, editor. São Paulo; 2006.
24. Rouquayrol MZ. *Epidemiologia e Saúde*. 5ª Ed. Medsi, editor. Rio de Janeiro; 1999.
25. Diehl AA. *Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas*. Hall P, editor. São Paulo; 2004.
26. Almeida D, Santos Maar dos, Costa AFB. *Aplicação do Coeficiente Alfa um Questionário para Avaliação de desempenho da Saúde Pública*. Encontro Nac Eng Produção. 2010;
27. THOMPSON SK. *Sampling*. Wiley J, editor. New York; 1992. 343 p.
28. COOPER, D. R.; SCHINDLER PS. *Métodos de Pesquisa em Administração*. Bookman, editor. Porto Alegre; 2011. 784 p.
29. BRASIL. Resolução nº 466. Brasília; 2012.
30. Lima LV de, Moraes TE de, Nogueira MS. O conhecimento da enfermagem acerca do protocolo de reanimação cardiopulmonar. *Rev Recien - Rev Científica Enferm*. 2020;10(29):64–74. DOI: 10.24276/rrecien2358-3088.2020.10.29.64-74
31. Lavich CRP. *Atuação dos enfermeiros do Núcleo de Educação Permanente em enfermagem em um hospital de ensino*. Universidade Federal de Santa Maria; 2014.
32. Diaz FBB de S, Novais MEF, Alves KR, Cortes LP, Moreira TR. Conhecimento dos enfermeiros sobre o novo protocolo de ressuscitação cardiopulmonar. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min*. 2017;7. DOI: 10.19175/recom.v7i0.1822

33. SANTOS JR dos. A Abordagem da Equipe de Enfermagem do Protocolo de Parada Cardiorrespiratória na Unidade Básica de Saúde. *Rev Recien*. 2018;8:34–41.
34. Alves RL, Laurentino V de B, Luchtemberg MN, Prado SS do. Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde Sobre Reanimação Cardiopulmonar em Adulto. *Rev Inova Saúde*. 2017;6(n.2):6–8.
35. Torres SF de S, Belisário SA, Melo EM. *A Rede de urgência e emergência da macrorregião norte de Minas Gerais: Um estudo de caso*. Saude e Soc. 2015;24(1):361–73. DOI: 10.1590/S0104-12902015000100028
36. Faria TLM, Nascimento DM, Farias Filho MC, Nunes SF. *A política nacional de urgência e emergência sob a coordenação federativa em Municípios Paraenses*. Saude e Soc. 2017;26(3):726–37. DOI: 10.1590/s0104-12902017170063
37. Brasil M da S. Portaria de Consolidação N° 6, de 28 de setembro de 2017. 2017 p. 328.
38. Brasil M da S. Portaria N° 10 de 3 de Janeiro de 2017. 2017 p. 17.
39. Federal S de E de S do D. Relatório de Atividade Quadrimestral - RAQ. Brasília; 2020. p. 176.
40. Brasil M da S. Portaria n° 2.048 de 5 de novembro de 2002. Brasil; 2002 p. 72.
41. Tobase L, Peres HHC, Tomazini EAS, Teodoro SV, Ramos MB, Polastri TF. Suporte básico de vida: Avaliação da aprendizagem com uso de simulação e dispositivos de feedback imediato. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25. DOI: 10.1590/1518-8345.1957.2942
42. Amador SDLT, Silva KCPC, Cunha DDL, Pissinatti YCP, Santos VA dos. O conhecimento sobre parada cardiorrespiratória dos enfermeiros que atuam na atenção básica. *Rev Recien - Rev Científica Enferm*. 2012;2(4):16. DOI: 10.24276/rrecien2177-157x.2012.2.4.16-20
43. Kneipp MM, Cardoso CM, Beatriz S, Lima S De. *Serviços de urgência e emergência:*

- quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? Saúde (Santa Maria). 2015;41(1):195–200.
44. MORAES TPR, PAIVA EF de. Enfermeiros da Atenção Primária em suporte básico de vida. *Rev Ciências Médicas*. 2017;26(1):9. DOI: 10.24220/2318-0897v26n1a3783
 45. SMELTZER SC, BARE BG. Brunner & Suddarth: *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 12ª. Koogan G, editor. Rio de Janeiro; 2012.
 46. Lane JC, Guimarães HP. Acesso venoso pela via intra-óssea em urgências médicas. *Rev bras ter intensiva*. 2008;20(nº 1):63–7.
 47. ENFERMAGEM CF DE. Resolução COFEN nº 0648/2020. 2020 p. 5. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/Resolucao-Cofen-648-2020.pdf>
 48. Almeida AO, Araújo IEM, Dalri MCB, Araújo S. Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. *Rev Latino-Americana Enfermagem*. 2011;19(2).
 49. Lima SG, Macedo LA, Vidal ML, Sá MPBO. *Educação Permanente em SBV e SAVC: Impacto no Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem*. Arq Bras Cardiol. 2009;93(6):630–6.
 50. Oliveira NS. *Efetividade do desfibrilador externo automático no suporte básico e avançado de vida intra-hospitalar*. [Dissertação] Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro; 2018. Available from: <http://www.unirio.br/ppgenf/dissertacoes/dissertacoes-ppgenf-unirio-ano-2018/dissertacao-norival-santolin>
 51. Marengo JP, Wang PJ, Link MS, Homoud MK. *Improving Survival from sudden cardiac arrest: the role of the automated external defibrillator*. JAMA. 2001;285(9):1193–200.

52. Aehlert B. *Advanced Cardiac Life Support*. 3ª Ed. Elsevier, editor. Rio de Janeiro; 2007. 591 p.
53. Morais DA, Carvalho DV, Correa A dos R. Out-of-hospital cardiac arrest: determinant factors for immediate survival after cardiopulmonary resuscitation. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(4):562–8. DOI: 10.1590/0104-1169.3453.2452
54. Association AH. *Destaque das atualizações focadas em recomendações de 2018 da American Heart Association para PCR e ACE: Suporte Avançado de Vida Cardiovascular e Suporte Avançado de Vida em Pediatria*. 2018. p. 8.
55. Falcão LF dos R, Ferez D, Amaral JLG do. Atualização das Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar de Interesse ao Anestesiologista. *Rev Bras Anesthesiol*. 2011;61(5):624–40.
56. Cardiologia SB de. *Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019*. Rio de Janeiro: Arq Bras Cardiol.; 2019. p. 215. Available from: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2019/v11303/pdf/11303025.pdf>
57. ENFERMAGEM CF DE. Resolução COFEN nº 564/2017. 2017 p. 1–15.
58. Ferreira SRS, Mai S, Périco LAD, Micheletti VCD. O processo de trabalho da enfermeira, na atenção primária, frente à pandemia da COVID-19. In: Teodósio SS-C da S, Leandro SS, editors. *Enfermagem na Atenção Básica no Contexto da Covid-19*. Brasília; 2020. p. 19–26.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) senhor (a), está sendo convidado a participar do projeto “avaliação do conhecimento dos profissionais de enfermagem da Atenção Básica acerca da Parada Cardiorrespiratória” e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Larissa Felix de Moura Marques, do programa de pós-graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas de Saúde da Escola Fiocruz de Governo, sob a orientação da professora Ieda Maria Vargas.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). A sua participação será através de um questionário que você deverá responder na unidade de saúde onde você trabalha e em seu horário de trabalho, durante os meses de setembro a outubro do ano de 2020, com o tempo estimado de 40 minutos para a sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são desconforto/constrangimento no momento do preenchimento do questionário e a demanda de tempo para responder o questionário, pelos quais será garantido ao participante esclarecimentos sobre o estudo em qualquer tempo da pesquisa, sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, liberdade de recusar-se a participar como participante da pesquisa ou se retirar do estudo a qualquer momento, tendo a garantia de que não sofrerá qualquer penalização ou prejuízo de sua função no serviço e liberdade em recusar-se a responder quaisquer perguntas que julgar constrangedora. A liberação das atividades laborais para o preenchimento do questionário será pactuada entre o pesquisador e o seu gestor, que indicará o melhor momento para a participação na pesquisa, não acarretando prejuízo ao servidor nem a população assistida.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para trazer à luz informações que podem amparar estratégias de melhoria nas políticas e serviços que fazem interface com a Rede de Atenção às Urgências.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em defesa oral na Escola Fiocruz de Governo em data previamente divulgada, podendo ser publicados posteriormente em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Larissa Felix de Moura na Escola Fiocruz de Governo por meio do telefone (61) 98514 7268 em horário comercial, disponível inclusive para ligação a cobrar, ou por e-mail larissamoura.enf@gmail.com.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Fiocruz de Governo. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 2017 2132 ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Assinatura do pesquisador responsável

Considerando que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Brasília, ____ de _____ de 20____

Assinatura do participante ou representante legal

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Este questionário faz parte da pesquisa “avaliação do conhecimento dos profissionais de enfermagem da Atenção Básica acerca da Parada Cardiorrespiratória” conduzida pela pesquisadora Larissa Felix de Moura discente do Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas de Saúde da Escola Fiocruz de Governo sob a orientação da Dr. Ieda Dias, aprovada pelo CEP (FEPECS/Fiocruz) pelo parecer nº CAAE 21265219.3.0000.8027.

Siga as orientações abaixo para responder adequadamente o questionário:

1. Ao responder o questionário não utilize nenhuma fonte de consulta.
2. Responda a **todas** as questões mesmo que não tenha certeza das respostas.
3. Nas perguntas de múltipla escolha (onde há mais de uma opção de resposta) marque **apenas uma** alternativa circulando em volta da letra correspondente como no exemplo abaixo:

Exemplo:

1- Qual é o primeiro mês do ano no calendário gregoriano?

- a) Março
- b) Julho
- c) Janeiro 
- d) Maio
- e) Dezembro

Agradecemos a disponibilidade em participar da pesquisa!

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, PROFISSIONAIS E PERCEPÇÕES SOBRE O TEMA

1. **Unidade Básica de Saúde (onde você trabalha):**

2. **Sexo:** () Feminino () Masculino

3. **Idade (em anos completos):** _____

4. **Cargo que ocupa na instituição de pesquisa:**

() Auxiliar de Enfermagem () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro

5. **Escolaridade:**

Ensino fundamental completo Ensino médio completo Ensino Superior Completo

Pós graduação Completa

5.1. Em caso de pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado, etc.), especifique.

5.2. Ano de conclusão do nível máximo de formação: _____

6. Há quantos anos você trabalha nesta unidade básica de saúde?

0-6 meses Entre 6 meses e 1 ano Entre 1 e 5 anos Entre 5 a 10 anos Acima de 10 anos

6.1. Você já trabalhou em áreas críticas (UTI, Pronto Socorro, Hemodinâmica, Centro Cirúrgico, etc.)?

Não Sim. **Se sim, por quanto tempo?** _____

Trabalho atualmente

6.2. Qual a sua carga horária semanal de trabalho na atenção básica? _____ horas.

7. Você já realizou algum curso de capacitação/atualização sobre Parada Cardiorrespiratória?

Não Sim. **Se sim, há quanto tempo?**

7.1. Esse curso foi fornecido pela instituição? Sim Não.

Se não, foi financiado com recursos próprios? Sim Não.

8. Considero meu conhecimento em Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar como:

Satisfatório Parcialmente Satisfatório Parcialmente Insatisfatório

Insatisfatório

8.1. Gostaria de aprimorar meus conhecimentos sobre Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar.

Concordo Completamente Concordo Parcialmente Discordo Parcialmente

Discordo

9. Existem Protocolos/Diretrizes/Manuais/Guias sobre Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar na Secretaria de Estado de Saúde?

Sim Não Não sei

9.1. Esses Protocolos/Diretrizes/Manuais/Guias estão disponíveis no setor ou têm fácil acesso?

Sim Não Não sei

10. Durante sua atuação na atenção primária você já se deparou com algum tipo de situação de urgência/emergência – incluindo Parada Cardiorrespiratória?

() Sim () Não

10.1. Com que frequência os atendimentos de urgência/emergência acontecem nessa unidade?

() Muito Frequentemente () Frequentemente () Pouco Frequentemente

() Raramente

10.2. Há quanto tempo ocorreu o último atendimento de urgência/emergência nessa unidade?

_____ () dias () semanas () meses () anos () Não sei

10.3. Como você avalia a atuação da equipe dessa unidade nos atendimentos de urgência/emergência?

() Adequado () Parcialmente Adequado () Parcialmente Inadequado

() Inadequado

11. Existe uma estrutura física para os atendimentos de urgência/emergência nesta unidade de saúde?

() Sim () Não

11.1. Como você considera a estrutura física existente nesta unidade (incluindo materiais e insumos)?

() Adequada () Parcialmente Adequada () Parcialmente Inadequada

() Inadequada

12. Em sua opinião, quais fatores impedem/dificultam a atuação dos profissionais nas situações de emergência nas unidades básicas de saúde? Assinale quantas alternativas achar necessário.

() Insegurança () Inexperiência () Falta de conhecimento teórico-prático

() Recursos Insuficientes/Inadequados

() Outros. _____

13. Em sua opinião, os atendimentos de urgência/emergência devem acontecer nas unidades básicas de saúde? () Sim () Não. Por que?

14
Q
m
A
a)

CONHECIMENTOS SOBRE SUPORTE BÁSICO E
AVANÇADO DE VIDA EM PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA E REANIMAÇÃO

respiração agônica (gasping).

- b) Dor aos movimentos respiratórios.
- c) Hematoma palpebral e anisocoria.
- d) Cefaléia, tontura e zumbidos.

15. (Adaptada de TRT/RJ – Técnico Judiciário - 2017) A checagem do pulso faz parte da avaliação da vítima em situação que indica parada cardiorrespiratória e deve ser realizada com a finalidade de reduzir o tempo até a primeira compressão torácica. Neste caso e de acordo com as diretrizes atuais, o pulso central deverá ser checado em até:

- a) 3 segundos.
- b) 5 segundos.
- c) 10 segundos.
- d) 20 segundos.

16. (CISSUL/MG – Técnico de Enfermagem - 2017) Em um atendimento por profissionais de saúde a situação de parada cardiorrespiratória em CRIANÇA, o pulso MAIS indicado para ser verificado é o:

- a) Poplíteo.
- b) Braquial.
- c) Radial.
- d) Cefálico.

17. (Prefeitura de Patos de Minas/MG – Enfermeiro - 2015) Diretrizes indicam realizar compressões torácicas nas manobras de reanimação cardiorrespiratória em CRIANÇAS E LACTENTES com pulso palpável com sinais de hipoperfusão, quando a frequência cardíaca for menor que:

- a) 40 bpm.
- b) 50 bpm.
- c) 60 bpm.
- d) 70 bpm.

18. (Adaptada de ALE/MS – Auxiliar de Enfermagem - 2016) O auxiliar/técnico de enfermagem da unidade básica de saúde foi solicitado para cuidar de uma usuária que

perdeu a consciência, sentada na cadeira aguardando atendimento médico. Suspeita-se de parada cardiorrespiratória (PCR). Chegando ao local, as ações imediatas do auxiliar de enfermagem para identificação da PCR são:

- a) verificar se o local é seguro para o socorrista e vítima; avaliar a resposta e, simultaneamente, observar a ausência ou anormalidade na respiração, e sentir o pulso em até 10 segundos.
- b) retirar a vítima do local, encaminhando-a para o ambulatório; aplicar dois choques com o uso do desfibrilador externo automático, observando sua resposta, e avaliar a respiração realizando a manobra de flexão do pescoço.
- c) abrir as vias aéreas com a vítima sentada, fazer uma ventilação, verificar-lhe a elevação do tórax, sentir o pulso em até 10 segundos e aplicar o choque se houver desfibrilador disponível no local.
- d) verificar pulso em até 10 segundos; avaliar a responsividade da vítima; retirá-la do local e, na ambulância, realizar duas ventilações de resgate.

19. A sequência de atendimento ao suporte básico de vida deve ser:

- a) Compressões, Abertura de Vias aéreas e Ventilações (C-A-B).
- b) Abertura de Vias aéreas, Ventilação e Compressões (A-B-C).
- c) Compressões, Ventilações e Abertura de Vias aéreas (C-B-A).
- d) Avaliação de pulso periférico, compressões e imobilização cervical.

20. (UFTM – Técnico de Enfermagem – 2018) Quanto à Reanimação Cardiopulmonar (RCP) no Suporte Básico de Vida (SBV) no adulto assinale a alternativa correta:

- a) Durante a RCP manual o socorrista deve aplicar compressões torácicas até uma profundidade de, pelo menos, 2 polegadas (5 cm) para um adulto médio, evitando excesso na profundidade das compressões torácicas superiores a 2,4 polegadas (6 cm).
- b) O socorrista deve interromper a RCP várias vezes até a chegada e preparação de um Desfibrilador Externo Automático (DEA) para uso, ou até que os profissionais do Serviço Médico de Emergência (SME) assumam o cuidado da vítima ou que a vítima comece a se mover.
- c) Se o socorrista puder realizar ventilações de resgate, as compressões e as ventilações devem ser aplicadas na proporção de 30 compressões para cada 1 ventilação.
- d) É sensato que os socorristas leigos e profissionais da saúde realizem compressões torácicas a uma frequência mínima de 80 compressões por minuto.

21. (Adaptado de TJ/SC – Enfermeiro – 2018) José, 35 anos, fumante, compareceu à unidade básica de saúde pois não estava se sentindo bem. Antes de ser atendido sofreu

uma parada cardiorrespiratória. Foi prontamente socorrido pelos profissionais de saúde presentes, que iniciaram, adequadamente, a reanimação cardiopulmonar por meio de:

- a) 30 compressões torácicas seguidas de 2 ventilações;
- b) 2 ventilações seguidas de 30 compressões torácicas;
- c) 15 compressões torácicas seguidas de 5 ventilações;
- d) 5 ventilações seguidas de 15 compressões torácicas;

22. (Adaptado de SEJUDH/MT – Enfermeiro – 2017) No atendimento a um bebê com quadro de parada cardiorrespiratória, a técnica considerada mais eficiente para realização da compressão cardíaca é:

- a) utilizar técnica de 2 dedos, abaixo do esterno na linha entre os mamilos quando tem 2 socorristas.
- b) utilizar a técnica de 2 polegares com relação compressão:ventilação de 15:2 com 2 socorristas.
- c) utilizar técnica de 1 dedo na metade superior do esterno, acima da linha mamilar.
- d) utilizar técnica de 2 polegares no terço inferior do esterno, abaixo da linha mamilar.

23. (Adaptada de UEM – Técnico de Enfermagem – 2017) Durante o atendimento a uma parada cardiorrespiratória na unidade básica de saúde, o técnico de enfermagem deve assistir ao enfermeiro e à equipe multidisciplinar nas ações de Suporte Avançado de Vida (SAV). Dentre os materiais e/ou equipamentos necessários, são indispensáveis nesse momento:

- a) kit para entubação orotraqueal: laringoscópio, cânulas de entubação de calibres variados, otoscópio, seringa de 20 ml.
- b) desfibrilador, monitor multiparamétrico, régua antropométrica, aparelho de eletrocardiograma.
- c) kit para entubação orotraqueal: laringoscópio, cânulas de entubação de calibres variados, seringa de 20 ml.
- d) desfibrilador, monitor multiparamétrico, tábua para massagem, aparelho de eletroencefalograma.

24. (Adaptada de EBSEH – Enfermeiro – 2015) Diante de uma PCR (parada cardiorrespiratória) são utilizadas vias de administração para medicamentos. Qual é a via de administração que NÃO se utiliza em uma PCR?

- a) Sonda Nasogástrica.
- b) Acesso Venoso Periférico.
- c) Tubo Orotraqueal.

d) Intraóssea.

25. (SAVC – AHA 2015) Que medida você deve tomar IMEDIATAMENTE depois de administrar um choque com desfibrilador ou DEA?

- a) Verificar a frequência e o pulso.
- b) Preparar para administrar um segundo choque.
- c) Reiniciar as compressões torácicas.
- d) Iniciar ventilações de resgate.

26. Ao utilizar o Desfibrilador Externo Automático (DEA), o profissional deve:

- a) posicionar as pás do desfibrilador na base lateral do tórax, uma à direita e a outra à esquerda.
- b) certificar-se de que ninguém esteja tocando o paciente/cliente ou o leito.
- c) suspender seu uso se o paciente estiver em fibrilação ventricular.
- d) aplicar três choques, com intervalo mínimo de 1 minuto entre eles, caso o paciente/cliente não apresente sinais de recuperação.

27. (CLDF – Enfermeiro – 2018) Dois socorristas realizam Reanimação Cardiopulmonar (RCP) em um homem de 42 anos. De acordo com as recomendações vigentes do Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS), a fim de minimizar a fadiga, os socorristas que realizam compressões torácicas devem trocar entre si a cada:

- a) 5 minutos.
- b) 2 minutos.
- c) 3 minutos.
- d) 8 minutos.

28. Uma mulher, de 40 anos, que estava nadando em um córrego no Recando das Emas, foi vítima de afogamento e apresentou Parada Cardiorrespiratória (PCR). De acordo com a American Heart Association para Reanimação Cardiopulmonar (RCP) a prioridade é:

- a) Usar o DEA/DAE primeiramente e após realizar compressões torácicas.
- b) Aplicar compressões torácicas com ventilação de resgate por cerca de 5 ciclos (aproximadamente 2 minutos) antes de acionar o serviço de emergência/urgência.
- c) Chamar o serviço médico de urgência e aguardar orientações para iniciar os procedimentos.
- d) Iniciar a RCP com ventilações, sendo que a relação ventilação-compressão deve ser de 15:2 com um socorrista.

29. (HRTN – Técnico de Enfermagem – 2015) O atendimento da parada cardiorrespiratória (PCR) envolve duas etapas: suporte básico de vida e suporte avançado de vida. Considerando os procedimentos desenvolvidos nessas etapas, assinale a alternativa correta.

- a) Durante a parada cardiorrespiratória, o suporte básico de vida e a desfibrilação precoce são de importância secundária e a administração de drogas é de mínima importância.
- b) Na PCR, inicia-se a reanimação efetuando compressões torácicas, que devem ser realizadas continuamente na frequência entre 100 e 120 por minuto.
- c) A máscara laríngea como dispositivo de via aérea avançada não é uma alternativa para a ventilação na reanimação cardiopulmonar (RCP).
- d) Na reanimação cardiopulmonar (RCP), após a intubação, são necessárias ventilações mais rápidas, com 30 insuflações por minuto e com maior volume corrente para promover melhor oxigenação para os órgãos nobres.

30. No atendimento a pacientes em parada cardiorrespiratória (PCR), a reanimação cardiopulmonar (RCP) envolve duas etapas: suporte básico de vida (SBV) e suporte avançado de vida (SAVC). A respeito das referidas etapas, é correto afirmar que:

- a) o SBV visa a reanimação com o uso de bolsa de ventilação, desfibrilador e drogas.
- b) ao avaliar a vítima, se o técnico de enfermagem constatar a ausência de pulso, deve iniciar a RCP realizando compressões torácicas.
- c) deve ser utilizado o DEA (desfibrilador externo automático) como último recurso no atendimento da PCR.
- d) a abertura das vias aéreas deve ser feita com a técnica de hiperextensão cervical para todos os pacientes em PCR.

31. (SAVC – AHA 2015) Você está atendendo um paciente em PCR na unidade básica de saúde. O DEA já havia indicado “nenhum choque recomendado”. Uma verificação de ritmo identifica então assistolia. Depois de voltar a administrar compressões de alta qualidade, que medida você deverá tomar em seguida?

- a) Solicitar uma verificação de pulso.
- b) Estabelecer acesso intravenoso ou Intraósseo.
- c) Estabelecer via aérea avançada com tubo orotraqueal.
- d) Aguardar o médico da equipe delegar as próximas funções.

32. Segundo as atualizações propostas pela American Heart Association 2015, para RCP (Reanimação cardiopulmonar) assinale a assertiva correta sobre a terapia medicamentosa indicada.

- a) Lidocaína – Dose 2 a 3,5 mg/Kg IV/IO.
- b) Atropina: 1 mg - Dose EV / IO após cinco doses de Epinefrina.
- c) Amiodarona - Dose EV / IO, primeira dose: bolus de 300 mg e segunda dose: 200 mg.
- d) Epinefrina: 1 mg - Dose EV / IO a cada 3 a 5 minutos.

33. A lidocaína pode ser uma alternativa à Amiodarona nos casos de Parada Cardiorrespiratória ocasionada por Fibrilação Ventricular e Taquicardia Ventricular sem pulso, podendo ser utilizada nas vias intravenosa, intraóssea e endotraqueal.

() Verdadeiro () Falso

34. (SAVC – AHA 2015) Um paciente está em PCR. A Fibrilação Ventricular é refratária a um segundo choque. Que medicamento deverá ser administrado primeiro?

- a) Atropina 1mg IV/IO.
- b) Epinefrina 1mg IV/IO.
- c) Lidocaína 1mg/Kg IV/IO.
- d) Bicarbonato de Sódio 50 mEq IV/IO.

35. (SAVC – AHA 2015) Um paciente apresenta taquicardia ventricular sem pulso. Foram administrados dois choques e uma dose de epinefrina. Que medicamento deverá ser administrado em seguida?

- a) Adenosina 6mg.
- b) Amiodarona 300mg.
- c) Epinefrina 3mg.
- d) Lidocaína 0,5 mg/Kg.

36. (SAVC – AHA 2015) Um paciente apresenta fibrilação ventricular refratária e recebeu vários choques apropriados de desfibrilação, duas doses de 1mg de Epinefrina IV e uma dose de Amiodarona 300 mg IV. O que melhor representa a segunda dose de Amiodarona para esse paciente?

- a) Bolus IV de 1mg.
- b) Infusão de 1 a 2 mg/min.
- c) Bolus IV de 150 mg.
- d) Bolus IV de 300 mg.

37. (EBSERH – Enfermeiro – 2015) Na parada cardiorrespiratória (PCR) em adulto com Atividade Elétrica sem Pulso (AESP), é correto afirmar:

- a) iniciar desfibrilando o paciente com choque único na potência máxima do aparelho (360 J).
- b) iniciar procedimento de abertura de vias aéreas e instalação de via aérea avançada, oferecendo de 10 a 12 insuflações por minuto, sincronizadas com as compressões torácicas.

c) administrar atropina intravenosa 0,02mg/kg e repetir duas vezes até dose máxima de 20 mg.

d) administrar epinefrina 1 mg intravenosa/ intraóssea em bólus, seguida de 20 ml de solução salina 0,9% e elevação do membro (repetir a cada 3 a 5 minutos).

38. (IF/PE – Enfermeiro – 2016) Na Fibrilação Ventricular e/ou Taquicardia Ventricular Sem Pulso, devemos realizar os seguintes procedimentos:

I. Desfibrilação postergada com carga máxima de 200 J bifásico ou 360 J monofásico.

II. Afastar todos para a segurança do choque.

III. Desconectar as fontes de oxigênio.

IV. Desfibrilação imediata com carga máxima de 200 J bifásico ou 360 J monofásico.

V. Retomar imediatamente as compressões após o choque.

Assinale a alternativa que contempla os procedimentos a serem executados.

a) I, II, III e V.

b) II, III, IV e V.

c) I, II, III e IV.

d) I e V.

39. Com o Retorno da Circulação Espontânea (RCE) após Reanimação Cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade os profissionais de saúde devem considerar a realização do controle direcionado de temperatura para otimizar a sobrevivência e a recuperação neurológica, mantendo a temperatura corporal entre 32°C e 36°C por, no mínimo, 24 horas.

() Verdadeiro () Falso

**APÊNDICE C -TERMO DE CONCORDÂNCIA COM AUTORIZAÇÃO DO
DIRETOR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA REGIÃO SUDOESTE – DF**



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



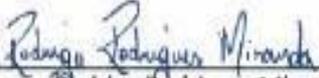
TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

AUTORIZAÇÃO

Eu, Rodrigo Rodrigues Miranda, Diretor de Atenção Primária à Saúde da Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal, estou ciente de minhas responsabilidades como instituição coparticipante no cumprimento da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, na realização do projeto de pesquisa "Avaliação do conhecimento dos profissionais de enfermagem da Atenção Básica de uma Região Administrativa do Distrito Federal acerca da Parada Cardiorrespiratória", de responsabilidade do(a) pesquisador(a) Dra. Ieda Maria Vargas Dias, para avaliar o conhecimento da equipe de Enfermagem da Atenção Básica de uma Região Administrativa do Distrito Federal sobre as Diretrizes da American Heart Association para atendimentos à Parada Cardiorrespiratória (PCR), a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS/FHB/SES como instituição co-participante.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos *participantes de pesquisa* nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Chefia responsável pela Direção de Atenção Primária à Saúde


 Rodrigo Rodrigues Miranda
 Assinatura/Carimbo

Rodrigo R. Miranda
Diretor de APS/SES/SSO
Mat. 140.374-5

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do conhecimento dos profissionais de enfermagem da Atenção Básica de uma Região Administrativa do Distrito Federal acerca da Parada Cardiorrespiratória.

Pesquisador: Larissa Felix de Moura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21265219.3.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.696.521

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. tem como objetivo avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca do protocolo de Reanimação Cardiopulmonar (RCP) proposto pela American Heart Association de uma região administrativa do Distrito Federal por meio da construção e validação de um questionário autoaplicável sobre o tema, avaliando a presença de infraestrutura nas unidades básicas de saúde para atendimentos à parada cardiorrespiratória (PCR), realizando diagnóstico das principais fragilidades da população com relação ao tema de pesquisa, caracterizando sociodemograficamente a população investigada, analisando o desempenho da atenção básica nos atendimentos de PCR na localidade do estudo bem como o cumprimento da Rede de Atenção às Urgências no que tange o papel da atenção primária em saúde (APS) na política e na capacitação profissional, propondo melhorias com base nos dados encontrados

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o conhecimento da equipe de Enfermagem da Atenção Básica de uma Região Administrativa do Distrito Federal sobre as Diretrizes da American Heart Association para atendimentos à Parada Cardiorrespiratória.

Objetivos Secundários:

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 3.696.521

- Construir um instrumento de avaliação de conhecimento acerca das Diretrizes da AHA e validá-lo.
- Avaliar a presença de infraestrutura nas UBS para o atendimento de PCR;
- Realizar um diagnóstico das principais fragilidades da população com relação ao tema de pesquisa;
- Caracterizar sociodemograficamente a população de estudo;
- Propor estratégias de melhoria com base nos dados encontrados;
- Analisar o desempenho da Atenção Básica nos atendimentos à PCR na localidade do estudo bem como o cumprimento da Rede de Atenção às Urgências no que tange o papel da APS na política e na capacitação profissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

A pesquisadora reconhece a possibilidade de riscos como desconfortos ou constrangimentos quando do preenchimento dos formulários. Assegura, porém, que serão observados todos os cuidados éticos para explicitar aos participantes o papel que lhes cabe no estudo, conforme Resolução nº 466/2012, de pesquisas com seres humanos.

Benefícios

O estudo, segundo a pesquisadora, contribuirá para a produção de conhecimento sobre a implementação da rede de atenção às urgências no que tange à educação continuada e capacitação da atenção primária como um ponto de acesso à rede.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo concentrará seus esforços em uma das dimensões mais relevantes e estratégicas para o SUS – a Atenção Primária em Saúde. Além, portanto, de revelar sua pertinência, o projeto é apresentado dentro dos enquadramentos e do rigor científico, deixando claros seus referenciais teóricos, objetivos e métodos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atende a todas as exigências do CEP

Endereço: Av L3 Norte - Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3329-4746 E-mail: cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 3.698.521

Recomendações:

Não há novas considerações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Uma vez que não restam mais pendências quanto à proposta apresentada, este CEP a considera devidamente aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com as Resoluções do CNS 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e 510/16 c, Capítulo VI - V, os pesquisadores responsáveis deverão enviar ao CEP relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1421330.pdf	05/11/2019 18:47:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento.docx	05/11/2019 18:45:40	Larissa Felix de Moura	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	05/11/2019 18:45:02	Larissa Felix de Moura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Plataforma_Brasil_pronto.docx	09/09/2019 18:16:21	Larissa Felix de Moura	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	09/09/2019 18:09:47	Larissa Felix de Moura	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Curriculo_Lattes_Larissa.pdf	09/09/2019 18:07:58	Larissa Felix de Moura	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Curriculo_Lattes_leda.pdf	09/09/2019 18:07:48	Larissa Felix de Moura	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso.pdf	09/09/2019 18:06:35	Larissa Felix de Moura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_concordancia_2.pdf	09/09/2019 18:06:17	Larissa Felix de Moura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_concordancia.pdf	09/09/2019 18:05:55	Larissa Felix de Moura	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	09/09/2019 18:05:15	Larissa Felix de Moura	Aceito
Cronograma	cronograma_plataforma.docx	09/09/2019	Larissa Felix de	Aceito

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, 80 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3329-4746 E-mail: cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 3.896.521

Cronograma	cronograma_plataforma.docx	18:01:03	Moura	Aceito
------------	----------------------------	----------	-------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 11 de Novembro de 2019

Assinado por:

BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Av L3 Norte - Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, 3C 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3329-4746 E-mail: cepbrasil@focruz.br