



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE ENSINO EM SAÚDE – CES
UNIDADE ACADEMICA DE ENFERMAGEM - UAE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ALBERTO DE OLIVEIRA MENDES

**REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIROS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

CUITÉ
2019

ALBERTO DE OLIVEIRA MENDES

**REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIROS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como cumprimento à disciplina TCC II, do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, como requisito a obtenção do título de Bacharel.

Orientador: Prof.^a. MSc. Magaly Suênya de Almeida Pinto Abrantes

CUITÉ
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Rosana Antônio Pereira – CRB 15 – 791

M538r

Mendes, Alberto de Oliveira.

Rearimação cardiopulmonar: competências de enfermeiros na atenção primária. / Alberto de Oliveira Mendes – Curitiba: CES, 2019.

46 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2019.

Orientadora: MSc. Magaly Suênya de Almeida Pinto Abrantes.

1. Rearimação cardiopulmonar. 2. Parada cardíaca. 3. Assistência ao paciente. 4. Enfermagem. I. Título.

Biblioteca do CES – UFCG

CDU 616-083

ALBERTO DE OLIVEIRA MENEZES

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIROS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como cumprimento à disciplina TCC II,
do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-
UFCG, como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 13/06/2019

Local: Centro de Educação e Saúde – UFCG

BANCA EXAMINADORA

Marysuelene de Almeida Leite Brito

Prof.^a Msc. Marysuelene de Almeida Leite Brito
Orientadora - UANPE/CES/UFCG

Francis de Araújo Feres

Prof.^a Dra. Francis de Araújo Feres
Examinadora - UANPE/CES/UFCG

Luana Carla Soares Ribeiro

Prof.^a Dra. Luana Carla Soares Ribeiro
Examinadora - UANPE/CES/UFCG

Aos meus pais José Luís dos Santos Mendes e Rosa de Oliveira Mendes, por sempre acreditar e defender que para os filhos o estudo seria o melhor caminho.

As minhas filhas, Klyvia Maria e Maria Clara, por serem exemplos, enquanto filhas, e motivos que me faz superar cada desafio.

Aos meus queridos irmãos Izabel e Albério Mendes, que sempre se estiveram presentes em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao pai maior Deus que sempre está presente em minha vida, pela oportunidade e sabedoria para superar os momentos de grandes desafios, por cada vitória alcançada durante esses anos de graduação, por nunca ter me permitido desistir nos momentos mais difíceis, por me permitir a realização deste sonho e pela permissão da vida repleto do seu imenso e incansável amor.

À minha orientadora Mse. Magaly Suênya de Almeida Pinto Abrantes, que desde o primeiro instante me acolheu com muito apoio, responsabilidade, dedicação, incentivos, ensinamentos, paciência e muito profissionalismo nas orientações para a construção deste trabalho que coroa a concretização desta imensurável conquista. Mulher de caráter forte com imenso coração que a cada ensinamento compartilhado conquistou meu respeito e admiração. És uma pessoa impar, serás uma referência para vida.

À Banca Examinadora Dra. Jocelly de Araújo Ferreira e Dra. Luana Carla Santana Ribeiro, pela disponibilidade em participar, avaliar e contribuir para o aperfeiçoamento desta obra.

Aos meus familiares que sempre serão importantes estando perto ou distante.

Aos amigos de turma Fernanda Lúcia, Ianca Augusta, Jessyca Gabriela, José Lindemberg e Alisson Vasconcelos, que ao longo desses cinco anos de curso conquistaram a condição de grandes amigos.

A meu amigo Bruno Fernandes, pessoa iluminada e competente que na condição de líder da turma sempre nos deixava informado de tudo.

Aos demais colegas de sala que não foram citados e a todos que me acompanharam nesta caminhada.

Aos meus amigos em geral e em especial ao amigo Ironaldo (preto de Irineu), que sempre esteve presente em todos os momentos de aperto.

Aos profissionais dos PSF que passei durante os estágios específicos em especial a Edjanclécio que tanto contribuiu para minha formação durante o supervisionado I.

Aos profissionais do Hospital Universitário Alcides Carneiro de todos os setores que estagiei em especial Vanei e Ana Paula enfermeiros (a) da ala D.

A todos que compõe o corpo docente da UFCG Campus Cuité, pessoas admiráveis que contribuíram com o melhor de si para meu processo de formação.

A todos os entrevistados, sem eles não seria possível à construção desta pesquisa.

RESUMO

Introdução: A correta identificação da parada cardiopulmonar, sinais, sintomas e causas, assim como as formas de tratamento em ambiente hospitalar e fora dele, são de extrema importância para a diminuição das mortes súbitas. Julga-se necessário que enfermeiros atuantes na atenção primária estejam seguros quanto à aplicação de suas condutas e manuseio das suas habilidades mediante a uma Parada Cárdio Respiratória (PCR). **Objetivos:** Analisar as condutas dos enfermeiros frente ao reconhecimento da Parada Cardiorrespiratória e realização das manobras de Reanimação Cardiopulmonar; descrever variáveis socioeconômicas e relativas à formação e atuação profissional de enfermeiros (a) da ESF; investigar o tempo de formação dos enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família; averiguar o seguimento do protocolo da reanimação cardiopulmonar por esses enfermeiros; verificar o acesso ao desfibrilador externo automático na Unidade Básica de Saúde e a segurança em sua manipulação do desfibrilador. **Metodologia:** Estudo de caráter exploratório, transversal com abordagem quantitativa, realizado com 24 enfermeiros (a) atuantes na atenção primária de três municípios da região do curimataú paraibano. Foram excluídos profissionais acima de 60 anos e os que recusarem-se a participar da pesquisa. Os dados foram armazenados e analisados mediante uso do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), em que se empregou a estatística inferencial, uso do qui-quadrado, considerando-se significância de $p < 0,05$. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital Alcides Carneiro, sendo aprovada sob o protocolo CAAE 04729218.0.0000.5182. Apenas após a aprovação, iniciou-se a coleta de dados seguindo os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) / Ministério da Saúde (MS), que dispõe sobre as pesquisas com seres humanos. **Resultados:** O estudo revelou uma predominância dos profissionais serem do sexo feminino, terem idade média de 32 anos, estarem em união conjugal estável com presença de filhos e renda média de três salários mínimos. A maioria formou-se em instituições públicas e ainda não possuem pós-graduação. Ao averiguar quanto o manejo e protocolos utilizados em PCR, estes apresentaram um conhecimento insuficiente. Tal condição confirmou a hipótese nula desta pesquisa. Neste sentido entende-se como imprescindível a importância destes profissionais manter-se inseridos, sempre que possível, nos programas e cursos que promova uma educação continuada, com isso conseguirão manter-se atualizados. **Considerações finais:** Espero que este estudo motive a produção de novas publicações já que são escassas na literatura atual, que seja precursor e desperte o desejo nos gestores, não apenas dos municípios estudados, a desenvolver novas ações, além

de condicionar e possibilitar o acesso destes profissionais em programas de desenvolvimento e ascensão profissional. A educação continuada é sem dúvida o principal meio na busca, promoção e melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, visto que o sucesso das intervenções realizadas está diretamente interligado ao nível de preparação destes profissionais no enfrentamento das diversas situações.

Descritores: Reanimação Cardiopulmonar. Parada Cardíaca. Assistência ao Paciente. Enfermagem.

SUMMARY

Introduction: the correct identification of the cardiopulmonary, stop signs, symptoms and causes, as well as the forms of treatment in hospitals and out of it, are of extreme importance to the reduction of sudden deaths. Deems necessary that nurses in primary care are secure regarding the application of their conduct and handling of their abilities by a stop Respiratory Cardio (PCR). **Objectives:** Analyze the conduct of nurses outside the recognition of cardiopulmonary arrest and execution of cardiopulmonary resuscitation maneuvers; describe socioeconomic variables and concerning the formation and professional performance of nurses (a) of the ESF; investigate the time of training for nurses working in family health Strategy; find out the following CPR Protocol for these nurses; Verify access to the automated external defibrillator in the basic unit of health and safety in your handling of the defibrillator. **Methodology:** cross-sectional Study of exploratory character, with a quantitative approach, carried out with 24 nurses (a) active in primary care of three municipalities in the region of Brazil Brazil. Professionals were excluded above 60 years and those who refuse to participate in the research. The data was stored and analysed by using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), in that If employed the inferential statistics, Chi-square, use considering significance of $p < 0.05$. The research project was submitted to the Research Ethics Committee of the hospital Alcides Castro, being approved under the CAAE 04729218.0.0000.5182 Protocol. Only after the approval, began collecting data in accordance with the provisions of resolution No. 466/2012 of the National Health Council (CNS)/Ministry of health (MS), which rules on research with human beings. **Results:** the study showed a prevalence of professionals being female, having an average age of 32 years, being in marital union stable with the presence of children and income average three minimum wages. Most graduated in public institutions and do not have graduate degrees. To find out how the management and protocols used in PCR, these showed an insufficient knowledge. Such a condition confirmed the null hypothesis of this research. In this sense it is understood how essential the importance of these professionals remain inserted, whenever possible, in the programs and courses that promote a continuing education, with it will be able to keep updated. **Final thoughts:** I hope that this study will motivate the production of new publications that are scarce in the current literature, which is a forerunner and awaken the desire in the managers, not just of the studied municipal districts, to develop new actions, in addition to condition and enable the access of these professionals in development programs and professional rise. Continuing education is arguably the primary means in seeking,

promoting and improving the quality of nursing care, since the success of the interventions is directly linked to the level of preparedness of these professionals in the counter of the various situations.

Keywords: Cardiopulmonary Resuscitation. Cardiac Arrest. Patient care. Nursing.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Perfil Social de Enfermeiros atuantes na atenção primária dos municípios de Barra de Santa Rosa, Cuité e Nova Floresta – Paraíba, fevereiro e março de 2019....	25
TABELA 2- Acertos relacionados à correta aplicação das compressões torácicas e Profundidade, março de 2019, Barra de Santa Rosa, Cuité e Nova Floresta.....	26
TABELA 3 – Identificar ritmos chocáveis que se aplica cardioversão ou desfibrilação e o Protocolo utilizado na PCR, março de 2019, Barra de Santa Rosa, Cuité e Nova Floresta.....	27
TABELA 4 – Existência do DEA na UBS e segurança dos profissionais em seu manuseio, março de 2019, Barra de Santa Rosa, Cuité e Nova Floresta.....	28
TABELA 5 – Total de acertos referente a questões específicas sobre PCR/RCP e SCORE e Score em Tercis, março de 2019, Barra de Santa Rosa, Cuité e Nova Floresta.....	28

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACLS - Advanced Cardiac Life Support
ACE - Acidente Cardiovascular de Emergência
AESP - Atividade Elétrica Sem Pulso
AHA - American Heart Association
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVE - Acidentes Vasculares Encefálicos
C-A-B+D - Compressões Torácicas - Permeabilidade das Vias Aéreas – Ventilação – DEA
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CEPE - Comitê de Ética em Pesquisa
CETSEN - Comissão Nacional de Ressuscitação e Emergências Cardíacas da Sociedade Brasileira de Cardiologia
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
CTI - Centro de Terapia Intensiva
DAC - Doença Arterial Coronariana
DCV - Doenças Cardiovasculares
DEA - Desfibrilador Externo Automático
FV - Fibrilação Ventricular
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PCR - Parada Cardiorrespiratória
PCS - Parada Cardíaca Súbita
RCE - Retorno da Circulação Espontânea
RCP - Reanimação Cardiopulmonar
SAC - Sociedade Americana de Cardiologia
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SOBRAC - Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TV - Taquicardia Ventricular

TVSP - Taquicardia Ventricular Sem Pulso

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UBS - Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 JUSTIFICATIVA.....	16
4 REVISÃO BLIBIOGRÁFICA.....	16
4.1 Histórico da Ressuscitação Cardiopulmonar	16
4.2 A Ressuscitação Cardiopulmonar Pós Modernidade.....	18
4.3 Suporte Básico e Avançado de Vida	20
5 MATERIAL E MÉTODO	22
5.1 Tipo de estudo	22
5.2 Local do estudo	22
5.3 População e Amostra	23
5.4 Coleta de Dados.....	24
5.5 Procedimento de Coleta de Dados.....	24
5.6 Análise e Estatística.....	24
5.7 Aspectos éticos da pesquisa	24
6 RESULTADOS.....	25
7 DISCUSSÃO	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34
APENDICES	37
ANEXOS.....	44

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu Novo Relatório Sobre Doenças Cardiovasculares (DCV) reafirma as evidências que as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no mundo, mais pessoas morrem anualmente por essas enfermidades quando comparado a outras causas (OMS, 2016).

Estima-se que nas Américas 17,7 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2015, representando 31% de todas as mortes em nível global. Desses óbitos, estipula-se que 7,4 milhões ocorreram devido às doenças cardiovasculares e 6,7 milhões consequente de acidentes vasculares encefálicos (AVE). Dentre 17 milhões de mortes prematuras, considerando-se pessoas com menos de 70 anos por doenças crônicas não transmissíveis, 82% acontecem em países de baixa e média renda, sendo as patologias cardiovasculares responsáveis por 37%, é o que informa os dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2017).

Em nível de Brasil registra-se anualmente, que aproximadamente 630 mil pessoas são vítimas de morte súbita ocasionada por arritmias cardíacas e infarto agudo do miocárdio, segundo revela Datasus (2016). Quando se refere a arritmias cardíacas, estas são responsáveis por mais de 320 mil mortes súbitas no decorrer do ano em todo país, conforme dados da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas. (SOBRAC, 2017).

A American Heart Association (AHA) (2015) define Parada Cardiorrespiratória (PCR) como a cessação súbita e imediata da circulação sanguínea, culminando em perda da consciência, responsável por morbidade e mortalidade elevadas, mesmo em situações de atendimento ideal; os autores Canova *et al.* (2015) complementam essa informação quando se refere a ser uma situação de maior emergência entre todas as situações críticas atendidas nos serviços pré-hospitalares e hospitalares.

A morte súbita é uma das principais causas de óbito nos países industrializados e é um importante problema de saúde pública em vários países, aproximadamente 95% das vítimas morrem antes de ingressar em um hospital. Em vítimas dessa natureza existe o risco de lesão cerebral irreversível e as chances de morte aumentam a cada minuto à medida que cessa a circulação para os órgãos vitais, como o cérebro, coração e pulmão (OMS, 2016).

Durante o tempo de ocorrência da morte súbita deverá ser identificada a PCR e posteriormente deverão ser realizadas medidas imediatas para retomar o bombeamento da circulação sanguínea. (ARAÚJO *et al.* 2012). A assistência de urgência no ambiente pré e

intrahospitalar, exige dos profissionais de saúde uma ação imediata e eficaz para a obtenção de sucesso nesse atendimento. Compreende-se que um atendimento rápido, coeso e multidisciplinar pode garantir uma maior sobrevivência ao vitimado. (CANOVA *et al.* 2015).

Destarte Almeida *et al.* (2011), afirmam que é constante o fato das pessoas comuns não conseguirem identificar a PCR em um caso de ocorrência fora do ambiente hospitalar, contudo, é imprescindível a assistência em tempo hábil.

A American Heart Association (2016) em seu manual de suporte básico de vida (SBV 2016) define que o procedimento emergencial padrão para assistência é denominado Reanimação Cardiopulmonar (RCP) e envolve uma série de medidas realizadas com a finalidade de promover a circulação do sangue oxigenado ao coração, cérebro e outros órgãos vitais. Dessa maneira, para a realização desses procedimentos no atendimento de vítimas é preciso que os enfermeiros estejam capacitados, detenham conhecimentos variados e utilizem os equipamentos necessários, sempre objetivando o sucesso no atendimento.

Dentre os equipamentos utilizados destaca-se o Desfibrilador Externo Automático (DEA), o qual conforme parecer normativo do nº 002/2017 emitido pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), torna-se como item obrigatório nas unidades básicas de saúde em locais de grande concentração de público, shoppings, hipermercados, estádios de futebol e outros. Este apresenta uma grande margem de segurança em sua utilização, tem fácil manuseio, não há restrições de uso para leigos, segundo as orientações de fabricantes, basta apenas ter um prévio conhecimento do equipamento.

Gonzalez *et al.* (2013) e Reis e Silva (2012) consideram o papel do enfermeiro de suma importância nesse tipo de ocorrência, afetando diretamente o resultado final quanto ao estado da vítima, sendo certo afirmar que a atuação deste profissional é determinante para o sucesso do atendimento a este tipo de ocorrência. O tempo de constatação e início do atendimento é primordial, pois alterações irreversíveis dos neurônios do córtex cerebral poderão ocorrer. Smeltzer & Bare (2014), complementa essa informação quando afirma que o tempo para avaliar o paciente não deve ser superior a 10 segundos e a ausência de manobras de reanimação não devem ultrapassar cinco minutos. Durante a assistência cada minuto de atraso pode além de diminuir o tempo de sobrevivência, aumentar as chances de sequelas irreversíveis.

A Comissão Nacional de Ressuscitação e Emergências Cardíacas da Sociedade Brasileira de Cardiologia (CETSEN, 2016), explica que as medidas de ressuscitação imediatas e alguns fatores relacionados como o reconhecimento precoce da PCR, acionamento da

equipe de emergência, aplicação de protocolos de uma RCP, desfibrilação ou cardioversão e uso de medicamentos são fundamentais para o sucesso.

Com relação à desfibrilação e cardioversão, se faz necessário esclarecer a importância e função desses procedimentos, como qual também a diferença entre eles. Segundo Bortolotti (2014), em ambas as ações serão administrados choques elétricos no vitimado com a finalidade de restabelecer a atividade normal do coração; Com esta ação pode-se evitar que a fibrilação ou arritmia evolua para um quadro de parada cardíaca súbita (PCS), situação de extrema gravidade, onde o corpo e cérebro recebe aporte sanguíneo insuficiente, consequentemente, a cada minuto transcorrido aumenta o dano e o risco de morte cerebral, posteriormente atinge a condição de óbito (BORTOLOTTI, 2014).

Ao referir desfibrilação, SMELTZER, BARE, (2014), POTTER PERRY (2013) e SAV (2016), explicam que se aplica uma corrente elétrica sem sincronia com o músculo cardíaco, sendo a mais comum de ordem interna ou externa, esta é empregada em situações de fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TVSP). Esta ação pode reverter casos graves. Enquanto que na cardioversão aplica-se a corrente elétrica de forma sincronizada, em que o equipamento utilizado avalia os batimentos cardíacos do vitimado e realiza a sincronização. Este procedimento despolarizará o músculo cardíaco em casos de taquicardia instável e instabilidade hemodinâmica.

Já para situações de assistolia e atividade elétrica sem pulso (AESP), considerados ritmos não chocáveis, a conduta será compressões torácicas e ventilações na tentativa de estabilização da vítima (SBV, 2016).

Os profissionais de enfermagem, em geral, são os primeiros a prestar o atendimento a vítimas de PCR que venham ocorrer em ambiente de Unidades Básicas de Saúde (UBS). São eles quem mais acionam a equipe de atendimento e iniciam as manobras de Suporte Básico de Vida (SBV), enquanto aguardam a chegada da equipe de Suporte Avançado de Vida (SAV). Esses profissionais precisam estar atualizados sobre atendimento de emergência, ter habilidades técnicas, com tomada de decisões rápidas, avaliação de prioridades e estabelecimento de ações imediatas. Esse momento da assistência exige precisão e rapidez, essa conduta pode provocar na equipe muito estresse, cansaço, ansiedade e exaustão. Torna-se necessário que haja uma boa harmonia entre os integrantes da equipe de saúde, a fim de amenizar esse sofrimento laboral, caso ocorra insucesso na reanimação. (GONZALEZ *et al.* 2013).

A automatização e o conhecimento prévio, por parte dos profissionais de enfermagem, na identificação de um paciente infartado poderia potencialmente prevenir uma PCR e atenuar

as barreiras culturais, tornando a vigilância ao paciente um fator fundamental. Nesse contexto, a equipe de enfermagem tem um papel essencial na identificação de sinais e sintomas precursores como também os devidos cuidados durante e após a RCP (Gonçalves *et al.* 2012).

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: As condutas prestadas a vítimas de parada cardiopulmonar nas UBS pelos enfermeiros seguem as diretrizes da AHA? Esses profissionais sentem-se seguros quanto ao uso do DEA? Os mesmos mantem-se atualizados quanto aos protocolos?

Nesse sentido, a hipótese nula será: a equipe de enfermeiros (a) atuantes nas unidades básicas de saúde não são aptos a aplicar o protocolo de reanimação cardiopulmonar conforme as diretrizes da American Heart Association (AHA), bem como se sentem inseguros quanto ao uso do DEA, enquanto a hipótese alternativa será: os enfermeiros (a) terão conhecimento do protocolo e segurança no manuseio do DEA.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

-Analisar as condutas dos enfermeiros frente ao reconhecimento da Parada Cardiorrespiratória e realização das manobras de Reanimação Cardiopulmonar.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever variáveis socioeconômicas e relativas à formação e atuação profissional de enfermeiros (a) da ESF;
- Investigar o tempo de formação dos enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família;
- Averiguar o seguimento do protocolo da reanimação cardiopulmonar por esses enfermeiros;
- Verificar o acesso ao desfibrilador externo automático na Unidade Básica de Saúde e a segurança em sua manipulação do desfibrilador.

3 JUSTIFICATIVA

A correta identificação da parada cardiopulmonar, sinais, sintomas e causas, assim como as formas de tratamento em ambiente hospitalar e fora dele, são de suma importância para a diminuição das mortes súbitas. Torna-se crucial o domínio de enfermeiros acerca das técnicas essenciais no tratamento da parada cardiorrespiratória com habilidade e destreza, bem como os cuidados de enfermagem após esse evento.

Nesse sentido, julga-se necessário que enfermeiros atuantes na atenção primária estejam seguros quanto à aplicação de suas condutas e manuseio das suas habilidades mediante uma PCR.

O interesse em desenvolver este estudo surgiu a partir da inquietação em identificar melhor como as ações de enfermagem voltadas para essas ocorrências são ofertadas na rede de atenção primária de três municípios da região do Curimataú Paraibano e descobrir a existência de Desfibrilador Externo Automático (DEA) nessas UBS, além da eficiência desses profissionais frente ao seu manuseio.

Trata-se de um tema de extrema relevância que exige dos enfermeiros constante aperfeiçoamento e interesse em manter-se atualizados frente aos protocolos existentes, o que pode refletir numa resposta positiva na assistência prestada a comunidade atendida.

A partir desse estudo, haverá a real possibilidade de apresentar dados que retratem a necessidade de capacitações e até a criação de núcleos de educação continuada voltada para os cuidados imediatos na PCR pelos enfermeiros atuantes nas UBS, além disso, busca-sensibilizar gestores quanto a real necessidade em obter equipamentos como DEA para as UBS.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 Histórico da Ressuscitação Cardiopulmonar

Apresenta-se aqui, um breve relato histórico sobre a Ressuscitação Cardiopulmonar, a Comissão Nacional de Ressuscitação e Emergências Cardíacas da Sociedade Brasileira de Cardiologia CETSEN, (2016), baseado na obra história da ressuscitação cardiopulmonar de Guimarães *et al.* (2009), traz em seus escritos uma sequência de métodos utilizados na reanimação cardíaca, os quais inicialmente eram realizados através do conhecimento empírico e ao passar dos tempos passaram a ser aplicados conforme fundamentação científica.

Os primeiros métodos a serem aplicados foram: O método da flagelação, sendo este, o primeiro adotado na antiguidade, o qual se valia do uso da estimulação da dor para acordar a

vítima de um sono profundo, também nesta época, posteriormente, valia-se do método do calor, onde a aplicação de cinzas, água e excreta quente de animais eram os meios utilizados na intensão de restaurar calor e vida ao corpo frio da vítima.

Existem achados que detalham historicamente a evolução das práticas até a atual técnica de Reanimação Cardiopulmonar, estes foram encontrados descritos no artigo de Guimarães (2015), que discorre a partir de Paracelsus, que foi o idealizador do método de fole (1530), sendo o primeiro a colocar ar para dentro dos pulmões da vítima com fole de lareira.

Já no século XVII foram utilizados três novos métodos. O método da fumigação, (1711) aplicados por índios americanos, que tentavam reviver pessoas, jogando fumaça dentro da bexiga de um animal e de lá para dentro do reto da vítima. O método de inversão (1770), muito empregados para afogados, este consistia em suspender a vítima pelas pernas e posteriormente deitá-la, acreditava-se que a pressão sobre os pulmões ajudava a expelir o ar e a pressão removida resultava na inspiração. O método do barril (1773) dava-se através do movimento de rolagem do barril sobre o tórax no sentido superior o qual permitia a inspiração da vítima e o movimento em sentido inferior resultava na expiração devido à pressão exercida do barril sobre o tórax.

No século XVIII são desenvolvidos outros métodos, o trote do cavalo (1812) acreditava-se que o contato da vítima com o lombo do cavalo comprimia seu tórax, sendo neste momento expelido o ar e quando o seu corpo salta em cima do dorso do cavalo o tórax se expande e o ar entraria. O método de Dalrymple (1831) deu início às práticas usando dois socorristas, os quais circulavam o tórax da vítima com um tecido comprido e ao tracionar o tecido, comprimia o tórax assim forçando o ar a sair dos pulmões, quando alivia a pressão o tórax se expande e o ar pode entrar. No método de Marshall Hall (1856), o socorrista puxa a vítima que está em decúbito ventral e tórax elevado para o seu lado e após algum tempo segurando-a, volta à posição inicial, esse movimento gera uma pressão no tórax e resulta na exalação do ar.

Já na segunda metade do século XVIII, o método de Sylvester (1861) já entende que a capacidade inspiratória é maior com a vítima em decúbito dorsal e braços acima da cabeça, os braços são colocados dobrados sobre o tórax pressionando-o para saída do ar. O método de Howard (1871) foi desenvolvido para vítima de afogamento, onde primeiramente era colocada em decúbito ventral e o socorrista aplicava uma pressão sobre o dorso para expelir água, em segundo momento em decúbito dorsal, com o socorrista fazendo uma pressão no abdômen e tórax para o ar ser expelido. O método de Prochownick (1894), também ficou

conhecido como método de inversão sendo o primeiro aplicado em bebês, este gerava uma pressão criada por compressão do tórax através da gravidade induzindo a expiração.

Chegando ao século XIX surge o método de Pressão em pronação de Schafer (1903), no qual se aplicava uma compressão sobre o dorso da vítima a qual forçava o abdome contra o diafragma, comprimindo os pulmões e causando a expiração e ao aliviar produzia a inspiração. O método de Eisenmenger (1926) foi o primeiro a utilizar equipamentos elétricos, o ar era bombeado com auxílio de uma bomba diafragmática elétrica com pressão (expiração) e sucção (inspiração), causando uma pressão positiva e negativa alternadamente para induzir a respiração (GUIMARÃES *et al.* 2015).

4.2 A Ressuscitação Cardiopulmonar Pós Modernidade

A ressuscitação cardíaca da atualidade sofreu mudanças importantes em sua concepção no ano de 1960, a partir da observação feita por Kouwenhoven, Jude e Knickerbocker citadas por Tomiosso (2016), de que a compressão realizada adequadamente sobre o terço inferior do esterno fornecia uma circulação artificial razoável para manter a vida em animais e seres humanos com parada cardíaca. Referido por Guimarães (2015), os estudos de Safar confirmados por Jude, ainda motivaram as recomendações para a necessidade de associar a compressão cardíaca externa com a respiração artificial nas manobras de RCP, sendo uma das recomendações mais importantes do International Symposium on Emergency Resuscitation, realizado em Stavanger, Noruega, em agosto de 1961.

Em nível mundial, American Heart Association (AHA, 2015), ao detectar o imenso potencial da RCP, criou um Comitê de Ressuscitação em 1961, que mais tarde se transformou no Comitê on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Care, assumindo a frente de esforços para pesquisas, programas de treinamento e a padronização da RCP, sendo que, até os dias atuais, mantém essa práxis, incluindo todos os aspectos dos SBV e dos SAV. (TOMIOSSO, 2016).

Quanto à realidade brasileira, a CETSEM (2016) baseado na obra História da ressuscitação cardiopulmonar de (Guimarães *et al.* 2009), referencia John Cook Lane ao considerar o pioneiro da RCP no Brasil, o qual despertou seu interesse e estudos pelo tema na década de 60, quando estava no último ano de residência cirúrgica nos Estados Unidos da América (EUA). Ao retornar para o Brasil, não encontrou profissionais com habilidades técnicas na área de reanimação, esta precariedade motivou o início dos seus trabalhos de busca e habilitação, onde já em seu primeiro estudo comparou os métodos de respiração

artificial existente e da compressão torácica externa, comprovando a superioridade da ventilação boca a boca sobre os demais métodos.

A Parada Cardiopulmonar comumente está relacionada à Doença Arterial Coronariana (DAC), como também tem relação direta com distúrbios metabólicos, problemas respiratórios, choques e traumas levando às disritmias graves, isquemia miocárdica e alterações súbitas da pressão arterial sistêmica. Anualmente esta é responsável por 40% das mortes de forma repentina, o que acontece muitas vezes, em sua primeira manifestação (BORTOLOTTI, 2014; CORRÊA *et al.* 2014).

Segundo Bartolotti (2014) e Correia et al. (2014), uma PCR se manifesta em quatro ritmos cardíacos sendo: Taquicardia Ventricular (TV), Fibrilação Ventricular (FV), Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP) e Assistolia, estes apresentam inconsciência, apneia e ausência do pulso central como sinais clínicos de maior gravidade, os quais caracterizam uma situação de emergência, a qual requer imediatamente, manobras de SBV (CORRÊA, *et al.* 2014).

No ambiente extra-hospitalar, cerca de 80 a 85% das paradas cardíacas ocorrem nos ritmos TV e FV, estes só podem ser controlados com desfibrilação ventricular e para tais deve-se utilizar o DEA (SOBRAC, 2017). No adulto e nos dois primeiros minutos, a FV é a principal causa de PCR, esse distúrbio do ritmo cardíaco ocasiona contrações desordenadas e inefetivas das células cardíacas, evoluindo rapidamente para assistolia caso não sejam estabelecidas medidas de SBV. (BOAVENTURA; MIYADAHIRA, 2012).

Quanto à AESP, esta agrupa todos os outros possíveis ritmos cardíacos, que podem ser identificados numa PCR, excluídos apenas FV/TV sem pulso e a assistolia. No que diz respeito à assistolia, esta é a ausência total de qualquer ritmo cardíaco e, na maioria das vezes é o resultado final de uma FV ou consequência de hipóxia prolongada, necrose miocárdica ou acidose respiratória. (BORTOLOTTI, 2014).

Os termos ressuscitação e reanimação podem ser considerados sinônimos, pois, ressuscitar significa restabelecer a vida, a qual só existe na presença de movimentos respiratórios e batimentos cardíacos. Quanto à reanimação, termo originário do latim, tanto significa sopro, respiração, como vida e alma, costuma-se empregar o termo reanimação em lugar de ressuscitação, nos casos de parada cardíaca (GUIMARÃES *et al.* 2015).

A American Heart Association atualiza a cada cinco anos os guidelines referentes à RCP, tendo sua última versão em 2015, mantendo o objetivo principal de gerar atualizações referentes ao tema e criar um Consenso Internacional para que todos os profissionais que atuam frente a um quadro de PCR, apliquem os procedimentos implantados na certeza que

estes resultaram de uma discussão rigorosa por especialistas da área. (GUIMARÃES *et al.* 2015).

4.3 Suporte Básico e Avançado de Vida

O Suporte básico de vida (SBV) é um conjunto de técnicas e procedimentos que obedece a um protocolo conhecido como “C-A-B-D” e tem por objetivo a manutenção das funções circulatórias e oxigenação, ainda quando um DEA disponível realizar a desfibrilação, aumentando as chances de salvar a vida de uma vítima de PCR, até a chegada do SAV (BORTOLOTTI, 2014).

Contudo, Guimarães *et al.* (2015) afirma que ao atender uma vítima que se encontra em colapso súbito, é preciso seguir a sequência instituída pelas diretrizes dos protocolos de SBV, SAV e AHA 2015. Desta forma, ao prestar atendimento inicial deve-se avaliar a segurança da cena e somente após verificar a responsividade e respiração da vítima, destacando a importância de estimular a mesma verbalmente e tocando-a pelos ombros, apresentar-se e ofertar ajuda, em caso de vítima não responsiva, é preciso identificar os sinais de respiração, observando se há elevação do tórax em menos de 10 segundos, caso a respiração esteja presente, permanecer ao seu lado e aguardar sua evolução, nos casos de apneia ou gasping em ambiente extra-hospitalar é preciso acionar um serviço de atendimento de emergência e solicitar um DEA, enquanto continua o atendimento à vítima (ANDRADE, 2014).

É fundamental identificar e designar alguém para realizar essas funções. Neste sentido, o protocolo que tem uma sequência definida como C-A-B+D, estabelece ações para cada momento. Assim, na primeira ação, o C este refere à circulação, nesta etapa deve ser realizado o controle de hemorragias, checar sinais de circulação e pulso carotídeo que será palpado por não mais que 10 segundos, caso apresente pulso, deve realizar uma ventilação com intervalos de 5 a 6 segundos, mantendo uma frequência de 10 a 12 ventilações por minuto e verificando o pulso a cada dois minutos. Em caso de ausência de pulso ou dúvida quanto à existência de pulsação, deve proceder imediatamente a RCP com ciclos de 30 compressões e duas ventilações. (SBV, 2016).

Quando se refere às compressões torácicas, estas só devem ser realizadas com a vítima sobre uma superfície dura, com exposição do tórax, as mãos do socorrista devem estar sobrepostas e sobre o esterno pouco abaixo da linha intra mamilar, comprimindo o tórax e mantendo os braços estendidos em um ângulo de 90° (SBV, 2016). As compressões devem respeitar uma profundidade de pelos menos 2 polegadas (5 cm), mais não superior a 2,4 polegadas (6 cm), acima desses parâmetros podem tornar-se prejudiciais a vítima, conforme

recomendado pelo protocolo do (SBV, 2016), com uma frequência de 100 a 120 por minuto, de maneira efetiva e sem interrupções, contudo, mediante a impossibilidade de realizar as ventilações, aplicar somente compressões torácicas para manter um fluxo sanguíneo e a perfusão coronariana e cerebral. (AHA, 2015).

Na etapa seguinte, A refere-se à permeabilidade das vias aéreas, controle e proteção da coluna cervical, no entanto, para evitar o atraso no início das compressões torácicas, as diretrizes orientam a abertura das vias aéreas somente após o primeiro ciclo de 30 compressões torácicas (SBV, 2016; SAV, 2016).

A etapa B refere à respiração, esta deve ser ofertada através de ventilação artificial, as quais precisam ter duração de 1 segundo e com pressão suficiente para que ocorra elevação do tórax garantindo assim um mínimo de oxigenação pulmonar. Deve-se considerar também o uso de dispositivo de barreira ou outro equipamento para realizar as ventilações, de forma a ser evitada a hiperventilação, pois, esta aumentará a pressão intratorácica acarretando como consequência a redução do débito cardíaco e a sobrevida (SBV, 2016, AHA, 2015).

Na última etapa, “D”, ocorre a Desfibrilação, a qual deve ser preferencialmente efetuada com o equipamento DEA, tendo por finalidade interpretar o ritmo cardíaco e indicar ou não, a aplicação do tratamento com choque, associado às manobras de reanimação. (CANESIN, TIMERMAN E NAZIMA, 2013).

De forma breve, no que diz respeito ao Suporte Avançado de Vida, consiste na RCP de alta qualidade e emprego de técnicas especializadas como a via aérea avançada, monitorização e interpretação eletrocardiográfica e reconhecimento das arritmias, disposição de marca-passo temporário, cardioversão e desfibrilação elétrica, via para infusão e administração de drogas específicas, procedimentos complementares após estabilização do paciente e remoção em condições adequadas para um centro de terapia especializada (GONZALEZ, *et al* 2015; AHA, 2015). Destaca-se também a cadeia de sobrevivência ou corrente de sobrevida, metáfora criada pela Sociedade Americana de Cardiologia (SAC) em 1992, era formada por um conjunto de quatro elos para representar a sequência de eventos que devem idealmente ocorrer para aumentar as taxas de sucesso durante o atendimento à PCR. (ROCHA, 2012).

Já AHA em sua edição de 2010, decidiu incluir os cuidados pós (PCR) na cadeia da sobrevivência de adultos em Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE), tornando-se o quinto elo nas etapas do atendimento no ACLS (Advanced Cardiac Life Support). Essa etapa além de mantida foi atualizada e reforçada na AHA 2015, mediada pelas seguintes evidências: Os primeiros minutos após o retorno da circulação espontânea (RCE) são de alto

risco para uma nova parada; o paciente com frequência está comatoso, ventilando mal e hipotenso, com necessidade de intervenção imediata, além disso, a PCR pode ocorrer fora do ambiente da terapia intensiva em setores que nem sempre estão com protocolos preparados para lidar com paciente crítico, a partir desse contexto poderia ocorrer o erro de se priorizar o transporte ao Centro de Terapia Intensiva (CTI) ao invés de priorizarem a estabilização clínica. (CALLAWAY, SOAR, AIBIKI *et al*, 2017).

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Estudo transversal analítico com abordagem quantitativa. O estudo transversal analítico trata-se de uma pesquisa com a formação de um grupo controle que serve para a comparação dos resultados, onde a relação exposição-doença em uma população é investigada em um determinado espaço de tempo, esta avaliação permite retratar a situação naquele momento, e, fazer o delineamento já que o fator e o efeito foram observados em um mesmo momento histórico (GIL, 2010).

O estudo quantitativo centra-se nos critérios de objetividade, validade e confiabilidade que são satisfeitos por meio de padronização de coleta de dados, sendo criada uma situação para a pesquisa em que as influências de outras circunstâncias possam ser excluídas. Nesse tipo de pesquisa, as informações são tratadas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples às mais complexas, onde tudo pode ser estimado e transformado em números, opinião e dados possíveis de serem categorizados e especificados (FLICK, 2012). O intuito da pesquisa quantitativa é garantir resultados e evitar distorções de análise e de interpretação, permitindo uma margem de segurança maior (BEUREN *et al*, 2014).

5.2 Local do estudo

A pesquisa ocorreu no município de Barra de Santa Rosa, Cuité e Nova Floresta, sendo os três municípios situados na região do Curimataú Paraibano, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2010), o município de Barra de Santa Rosa apresenta população estimada em 2017 de 15.421 habitantes, os quais 51.3% residem em domicílios com esgotamento sanitário adequado, 95% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 9.2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

A rede de atenção primária é composta por uma Unidade Mista de saúde e seis Unidades Básicas de Saúde (UBS). Sendo três na zona urbana e três na zona rural, além de

ofertar serviços especializados em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Ao referir o município de Cuité, este apresenta população estimada em 2017 de 20.348 habitantes, destes 15% possui domicílios com esgotamento sanitário adequado, 80.5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 2.6% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada. A rede de atenção primária é composta por um Hospital de médio porte e nove Unidades Básicas de Saúde (UBS). Sendo, cinco na zona urbana e quatro na zona rural as quais dispõe de três unidades âncoras como suporte, também oferta serviços especializados em CAPS, NASF, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), melhor em casa, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e SAMU.

Quanto ao município de Nova Floresta, este possui população estimada em 2017 de 10.639 habitantes, apenas 2.2% dos domicílios apresenta esgotamento sanitário adequado, 91.9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 0.5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada. A rede de atenção básica é composta por cinco UBS.

Os três municípios juntos apresentam aproximadamente uma população de 50 mil habitantes, que a sua infraestrutura básica oferta satisfatória rede de atenção primária totalizando um quantitativo de dezoito UBS e três unidades âncoras. A coleta de dados foi realizada nos espaços dos consultórios de enfermagem das respectivas UBS, esses sempre proporcionam a privacidade do sujeito investigado.

5.3 População e Amostra

Foram considerados todos os profissionais de enfermagem atuantes em atenção primária dos municípios de Barra de Santa Rosa, Cuité e Nova Floresta. Como critérios de inclusão foram considerados os profissionais graduados e que atuam no serviço há pelo menos 01 (um) ano. Critério de exclusão adotado foi profissionais com idade maior ou igual a 60 (APÊNDICE A).

A população foi composta por todos os profissionais graduados em enfermagem que atuam há mais de um ano na atenção primária, totalizando 24 profissionais, sendo que após aplicação dos critérios de exclusão, 06 (25%) deles se encaixaram em algum dos critérios de exclusão, onde quatro dos participantes recusaram responder o questionário alegando terem sofrido algum tipo de constrangimento em pesquisas anteriores, um apresentou idade acima dos 60 anos e o outro estava de atestado médico no período da coleta. A amostra ficou composta por 18 (75%) dos profissionais identificados nos referidos municípios.

5.4 Coleta de Dados

Para a coleta dos dados utilizou-se um instrumento único (questionário) contendo três partes: parte A - dados de identificação pessoal; B - caracterização profissional; parte C – questões abordando o conteúdo sobre PCR/RCP. Segundo Gil (2010), o instrumento questionário é definido como a técnica de investigação por meio de questionamentos escritos, tendo por objetivo o conhecimento de uma determinada problemática, opiniões, etc...

5.5 Procedimento de Coleta de Dados

O instrumento foi um questionário estruturado, com perguntas objetivas e de múltipla escolha (APÊNDICE C). Sendo este material construído pelo pesquisador.

A aplicação do questionário deu-se por meio de convite verbal aos profissionais, em sequência à apresentação do estudo pelo pesquisador e concordância dos profissionais mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) pelos profissionais (APÊNDICE A).

Para a entrevista, foi considerada a disponibilidade prevista do profissional em horário comercial, livre do movimento de clientes e de interrupções. Os dados foram coletados nos meses de fevereiro e março de 2019.

5.6 Análise e Estatística

Para a digitação, armazenamento dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos foi empregado o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão.22.

Os dados foram analisados conforme teste de Shapiro-Wilk, indicado em situações de $n < 30$ ou 50, aponta para dados normais com p-valor de 0,105. Nessa situação, a medida de tendência central é a média, de modo que a distribuição do quantitativo de acertos foi dada por tercís que classificaram os acertos em insuficientes, regulares e suficientes. Considerou-se um intervalo de confiança de 95%.

5.7 Aspectos éticos da pesquisa

No que se refere às considerações éticas, esta investigação foi norteadas pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, no cenário brasileiro, contemplados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) / Ministério da Saúde (MS), que dispõe sobre as pesquisas com seres humanos (Brasil, 2012). Assim, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Universitário

Alcides Carneiro sob (CEPE) CAAE 04729218.0.0000.5182 e, apenas após a aprovação inicia-se a coleta de dados. Na fase empírica da pesquisa, os colaboradores foram esclarecidos sobre a possibilidade de desistirem de fazer parte do estudo em qualquer etapa do seu desenvolvimento, sem que isso lhes acarretasse prejuízo ou constrangimento e que suas identidades seriam mantidas no anonimato, mediante a assinatura do TCLE, e do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE C) o qual informa as características da pesquisa no momento em que foi realizada a coleta dos dados.

6 RESULTADOS

Por se tratar de uma pesquisa quantitativa com caráter analítico, optou-se por descrever os resultados apresentando uma predominância da frequência em percentual dos dados referente às variáveis, destacando o perfil pessoal e profissional dos enfermeiros atuantes na atenção primária, conforme descrito na (TABELA) 1 N (18).

TABELA 1- Perfil Social de Enfermeiros atuantes na atenção primária dos municípios de Barra de Santa Rosa, Cuité e Nova Floresta – Paraíba, fevereiro e março de 2019.

Variáveis	Constantes	N	%
Gênero	Feminino	15	83,3
	Masculino	03	16,7
Estado civil	Solteira	14	77,8
	Casada	03	16,3
	Outro	01	5,6
Filhos	Sim	11	61,1
	Não	07	38,9
Renda mensal	2 a < 3 salario mínimo	06	33,3
	3 a < 5 salario mínimo	08	44,4
	Outro	04	22,3
Instituição que graduou	Publica	11	61,1
	Privada	07	38,9
Tempo de formação	0 a 2 anos	01	5,6
	> 2 < 5anos	05	27,8
	> 5 a <10 anos	08	44,4
	> 10 anos	04	22,2
Possui pós graduação	Sim	03	16,7
	Não	15	83,3
Tempo de atuação na UBS	> 1 < 2anos	06	33,3
	> 2 a <5 anos	05	27,8
	>5 anos	07	38,9
Tipo de vinculo empregatício	Efetivo	10	55,6
	Contrato	08	44,4
Atua e reside no mesmo município	Sim	09	50
	Não	09	50

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Foram analisados 18 questionários aplicados a enfermeiros atuantes na estratégia de Saúde da família. Observou-se uma predominância do sexo feminino 15 (83,3%), com variação de idades entre 26 e 52 anos. A média de idade foi de 32 anos 10 (55,6%). Considerando o estado civil, 14 (77,8%) deles eram casados e dentre estes, 11 (61,1%) tem filhos, numa média de 1,5 filhos por casal. A renda mensal é de 06 (33,3%) para até três (03) salários mínimos, 08 (44,4%) para até dois (02) salários mínimos, e 04 (22,3%) ganham outros valores, TABELA 1.

Ainda na TABELA 1, ao referir o local de residência e de atuação, 09 (50%) dos profissionais, residem e atuam no mesmo município, enquanto 09 (50%) em municípios distintos. Quanto ao tempo de formação, 08 (44,4%) tem entre cinco a dez anos de formados e 05 (27,8%) entre três e cinco, apenas 01 (5,6%) esta apenas com um ano de graduação. Obtiveram seu título de graduação em instituições públicas e privadas, 11 (61,1%) e 07 (38,9%), respectivamente. Ao avaliar quantos destes possuíam algum título de pós-graduação, 15 (83,3%) destes afirmaram não haver realizado. Destaca-se que 07 (38,9%) atuam na Estratégia de Saúde da Família há mais de cinco anos, seguidos de 05 (27,8%) que atuam entre dois e quatro anos e 06 (33,3%) deste ainda não atingiram 02 anos. No total, 10 (55,6%) foram efetivados nos municípios por meio de concurso público.

A Tabela 2 descreve as competências desses profissionais, no que se refere à correta aplicação das compressões torácicas em vítimas de PCR, bem como sua profundidade para que se obtenha um resultado eficaz, conforme descrito na (TABELA) 2 N (18).

TABELA 2- Acertos relacionados à correta aplicação das compressões torácicas e Profundidade, março de 2019, Barra de Santa Rosa, Cuité e Nova Floresta.

Variáveis	N	%
Compressões torácicas		
70 a 100 p/ min.	03	16,7
80 a 110 p/ min.	02	11,1
100 a 120 p/min.	13	72,2
100 a 200 p/ min.	0	0,0
Profundidade das Compressões Torácicas		
1 a 2 cm	04	22,2
2 a 2½ cm	01	5,6
3 a 4 cm	03	16,7
5 a 6 cm	10	55,6

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Ao analisar a aplicabilidade adequada referente a compressões torácicas por minuto, verificou-se que 13 (72,2%) assinalaram a assertiva adequada e 05 (27,8%) escolheram alternativas, que embora divergentes, não são as corretas. Ainda na tabela 2, quando

questionados, sobre a profundidade das compressões torácicas para obter-se um resultado eficiente, 55,6% demonstraram conhecimento e segurança ao responder a assertiva 5 a 6 cm de profundidade. Outra questão avaliada foi à relação compressões torácica e ventilações conforme protocolo, representada por uma maioria de 61,1% que afirmaram acertadamente de 10 a 12 ventilações com intervalo de 5 a 6 segundos entre elas considerando situações com 2 socorristas.

Ao referir PCR, logo, se remete aos ritmos que esta apresenta, bem como qual o protocolo devem ser seguido. Nesse contexto ao questionar os profissionais enfermeiros (a) atuantes na atenção primária, quais ritmos tem indicação de choque e qual o protocolo de escolha, evidenciou-se os resultados especificados na TABELA 3 N (18).

TABELA 3 – Identificar ritmos chocáveis que se aplica cardioversão ou desfibrilação e o Protocolo utilizado na PCR, março de 2019, Barra de Santa Rosa, Cuité e Nova Floresta.

Varáveis Ritmos Chocáveis	N	%
Constantes		
Taquicardia Ventricular e Fibrilação Ventricular TV/FV	07	38,9
Atividade Elétrica Sem Pulso AESP/ Assistolia	07	38,9
Taquicardia Ventricular TV/ Atividade Elétrica Sem Pulso AESP	0	0,0
Fibrilação Ventricular TV / Atividade Elétrica Sem Pulso AESP	04	22,2
Sequência do Protocolo Utilizado em PCR.		
ABDCE	08	44,4
ADCBE	03	16,7
CABD	03	16,7
CADEB	02	11,1
NDA	02	11,1

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Em relação aos ritmos chocáveis indicados por cardioversão/desfibrilação, observou-se que 07 (38,9%) dos profissionais responderam acertadamente TV/FV, enquanto, 11 (61,1%) optaram por respostas errôneas, com prevalência de 07 (38,9%) para AESP/ Assistolia. Sobre os protocolos de sequenciamento na PCR, podemos concluir uma prevalência de 15 (83,3%) no que concerne ao número de erros, evidenciado ao assegurarem que o ABCDE do trauma seria a sequência de escolha em situações de PCR, sendo que apenas 03 (16,7%) destes profissionais demonstraram ser detentor da resposta correta.

Ao referir quanto à monitorização e avaliação de ritmos cardíacos que se apresenta em vítimas acometidas por PCR em ambientes extra hospitalar, destaca-se o DEA como instrumento de escolha para esta ação. Ao indagar sobre a existência deste instrumento na UBS e segurança no manuseio do mesmo por enfermeiros (a), segue TABELA 4 N(18).

TABELA 4 – Existência do DEA na UBS e segurança dos profissionais em seu manuseio, março de 2019, Barra de Santa Rosa, Cuité e Nova Floresta.

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Existência do DEA	00	100	18	100	18	100
Segurança em manuseio o DEA	08	44,4	10	55,6	18	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Quanto à presença do DEA nas UBS observou-se uma total inexistência deste instrumento, e, ao questionar sobre a segurança destes profissionais quanto a seu manuseio, uma maioria de 10 (55,6%) afirmou não sentir-se apto. Tal resultado evidencia que mesmo os profissionais conhecendo a técnica de manuseio, sentem-se inseguros em operacionalizá-lo por não ter acesso.

Na curiosidade de saber quantas e quais questões específicas da temática PCR e RCP, cada participante acertou foi realizado uma análise referente aos acertos, segue TABELA 5 N (18).

TABELA 5 – Total de acertos referente a questões específicas sobre PCR/RCP e SCORE e Score em Tercis, março de 2019, Barra de Santa Rosa, Cuité e Nova Floresta.

Numero de acerto	N		%		
Compressões torácicas p/min	13		72,2		
Ritmos cardíacos chocáveis	07		38,9		
Profundidade das compressões torácicas	10		55,6		
Sequência dos protocolos de SBV e SAV (2016) em PCR.	02		11,1		
Compressões torácicas e frequência de ventilações	11		61,1		
Drogas vasoativas e antiarrítmicas usadas na PCR.	18		100		
ESCORE					
Acertos Insuficientes (1 a 2)	Acertos Regulares (3 a 4)		Acertos Suficientes (5 a 6)		
N	%	N	%	N	%
07	38,9	06	33,3	05	27,8

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Para obter sucesso na reversão de um quadro de PCR é preciso seguir corretamente cada etapa do protocolo CABD, contudo, observou-se que apenas 05 (27,8%) dos profissionais apresentam conhecimento suficiente para o atendimento e manejo de pessoas acometidas por uma PCR. Ao avaliar os resultados referentes ao número de acertos das questões específicas sobre PCR, aplicando-se a classificação por tercis uma maioria de 13

(72,2%) obteve resultado considerado insuficiente, tendo em vista que um erro em quaisquer das etapas compromete todo o processo da RCP. TABELA 5.

Considerando o quantitativo de 06 questões que abordavam as competências de enfermeiros (a) em situações de PCR, os participantes obtiveram uma média de $3,4 \pm 1,6$, com mínimo de 01 e máximo de 06 acertos.

Ao comparar o tempo de formação, pós-graduação e instituição de formação ao total de acertos a partir do teste One-Way ANOVA, não se obteve significância estatística, evidenciada pelos respectivos, p-valores: 0,865; 0,201 e 0,368. Esse resultado reflete a importância da educação continuada, bem como a necessidade de constantes atualizações, pois, embora a experiência seja de grande relevância, sozinha não é sinônimo de eficácia.

7 DISCUSSÃO

Na pós modernidade a enfermagem mantém sua característica profissional moldada na força de trabalho feminina. Esses dados podem ser verificados por Ferreira *et al.* (2013), e corroboram com nossos achados. Estudo semelhante desenvolvido por Torquato *et al.* (2012), aponta em seus resultados uma maioria de profissionais enfermeiros ser do sexo feminino (88,6%), com relação conjugal estável (51,4%) e média de idade $\pm 33,14$ anos. Além disso, 38,6% referiram apresentar formação profissional mínima de sete anos. O que vem a ratificar nossos achados frente ao predomínio em sexo, estado civil e idade, respectivamente.

A profissão de enfermagem não dispõe de um piso salarial unificado e válido para o território brasileiro. Em dias atuais, existem apenas projetos de Lei em tramitação na câmara dos deputados que propõe teto mínimo de dez salários mínimos para profissionais graduados. Para tanto, o que se pode observar é uma média salarial brasileira de R\$ 3.092 (CATHO, 2019), dados que não diferem da realidade encontrada em nossa região.

Vítimas de PCR necessitam de um atendimento emergencial por se tratar de um acontecimento crítico que em sua grande maioria produz sequelas irreversíveis ou leva a morte. Em situações ocorridas em ambiente extra hospitalar são os profissionais da enfermagem os responsáveis pela assistência inicial ao paciente na maioria dos casos. Neste sentido, é de competência do enfermeiro uma participação imediata e eficaz, tendo como finalidade a maior sobrevida do paciente com o mínimo de danos possível (LOMBA, 2006).

Mesmo com a literatura científica ofertando diversas atualizações no que se refere à prevenção, abordagem e manejo em situações de PCR, no Brasil, ainda se perde diversas vidas devido à falta de atendimento eficaz (JÚNIOR LEM *et al.* 2016).

Conforme Diretrizes da American Heart Association (2015), as recomendações sobre o manejo para RCP, bem como o Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE), deve-se considerar cadeias de Sobrevivência distintas entre ambientes intra e extra hospitalar visando à oferta de cuidados intensivos intra-hospitalar pós-PCR, enquanto no extra hospitalar obedece ao protocolo com sequência de C – A – B + D em situações de ritmo chocáveis.

Ao referir o protocolo C-A-B+D, temos: C para início das compressões torácicas. A refere-se à permeabilidade das vias aéreas, B à ventilação com AMBU (bolsa-valva-máscara) e D uso do DEA para monitorização e aplicação de choque quando indicado (SBV, 2016). É preciso realizar intervenções que contribuam efetivamente para a estabilização e posteriormente salvamento dessas vidas ameaçadas por uma PCR, para isso, o profissional deve apresentar qualificação suficiente no manejo do paciente, além de um olhar clínico.

Destarte, percebeu-se um profundo desconhecimento do protocolo a ser aplicado em PCR, pois a maioria destes profissionais citaram a sequência utilizada para vítimas de trauma, (ABCDE). Embora de forma positiva, a maioria tenha demonstrado conhecimento suficiente quanto ao número de compressões a ser aplicada, falharam no saber em relação à profundidade dessas compressões. Essa informação reafirma resultados apresentados por Torquato et al. (2012), ao revelar um baixo nível de conhecimento dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem, quando apenas 37,2% responderam corretamente ao questionamento. Tal condição não apresentará resultado satisfatório, bem como produzirá danos irreversíveis em caso de sobrevida da vítima, sendo necessário para obtenção de um resultado eficaz a sequência precisa de cada etapa.

A American Heart Association (2015), em seu guideline de suporte avançado de vida (2016), enfoca que as arritmias cardíacas apresentam-se por uma alteração no ritmo ou padrão da velocidade da atividade elétrica no músculo cardíaco. É importante salientar que nem todas se manifestam em ritmos de parada, sendo apenas consideradas aquelas que comprometem a circulação sistêmica, das quais se destacam fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular (TV) sem pulso como ritmos chocáveis. Ao serem questionados sobre esses ritmos, a maioria dos profissionais entrevistados demonstraram desconhecimento de quais teriam indicação de choque.

Conforme o suporte avançado de vida (2016), a desfibrilação precoce é o único tratamento eficaz em situações de PCR que apresentem FV/TV sem pulso. Esta deve ser realizada com auxílio do DEA, o qual poderá ser utilizado por qualquer pessoa de forma mais precoce possível. É importante frisar quanto aos cuidados que devem ser tomados pela equipe antes de aplicar o choque elétrico, entre eles o de maior relevância é afastar-se da vítima, o

outro é o ajuste para o modo eletrocardiograma (ECG), este tem o objetivo de aplicar choque de forma direta e sincronizada para que ocorra a despolarização do miocárdio.

A inserção do DEA em programas da atenção básica garantindo o acesso dos profissionais e a utilização precoce em situações de PCR, o reconhecimento da PCR, início das compressões torácicas, são ações que contribuem diretamente no aumento das chances de sobrevivência das vítimas acometidas por este agravo.

A abordagem acerca da segurança que o profissional tem no atendimento à PCR permite mostrar um lado distinto do saber/agir, relacionado à presença do enfermeiro nos atendimentos. Para tanto, infelizmente a existência do DEA nas UBS não é uma realidade na região estudada, esse dado reflete a realidade brasileira, principalmente quando nos referimos a regiões distantes dos grandes centros, conforme aponta estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2018).

Ausência total do DEA nas UBS, a falta de acesso e insegurança dos profissionais em seu manuseio são achados nesta pesquisa que contradizem as recomendações dos protocolos e afetam diretamente a eficácia no atendimento final a vítimas de PCR.

No tocante à administração de drogas necessárias durante a RCP, Nardino *et al.* (2014), alerta que enfermeiros devem buscar um complemento de conhecimento acerca destas, embora, a prescrição seja de competência médica, a administração e manejo é feita pelos enfermeiros, para tanto é de crucial importância que haja facilidade na identificação. Neste sentido, de forma favorável, o estudo identificou que em sua totalidade os participantes apresentam conhecimento suficiente ao citarem adrenalina e amiodarona como drogas vasoativas de primeira escolha utilizada na PCR em ambiente extra hospitalar.

A correta aplicação das manobras torna eficiente o atendimento no SBV e SAV, sendo condutas primordiais para o sucesso da RCP. Para tanto, os achados comprovaram um conhecimento insuficiente, ancorado à insegurança dos profissionais no manejo desse tipo de situação, uma vez que almejamos do profissional enfermeiro, o reconhecimento do seu papel, domínio de suas emoções, habilidade e raciocínio imediato como a importância que estes representam no atendimento à PCR.

Estudos apresentados por Ladeira (2007) corroboram para esta pesquisa ao evidenciar um enorme número de profissionais que apresentam despreparo no atendimento a vítimas de PCR. Este despreparo profissional pode influenciar diretamente no prognóstico final da vítima. Para isto, o profissional deve estar munido de conhecimento teórico/prático, viabilizando um atendimento eficaz livre de danos e agravos, ressalta-se ainda a importância do conhecimento/experiência do profissional como um fator importante na eficácia do

trabalho por ele realizado. São muitas as dificuldades e desafios vivenciados por estes profissionais em seu cotidiano, as quais interferem diretamente na sua condição de obter uma educação continuada e, conseqüentemente, manter-se atualizados em temas de total importância pra sua prática diária.

Estudo realizado por Almeida (2011), Torquato, Menezes, Nogueira et al (2012), também evidenciam insuficiência de conhecimentos na detecção precoce de PCR, na aplicação da sequência do suporte básico de vida e na relação ventilação/compressão. Estes autores concluíram que os enfermeiros atuantes em atenção básica dispõem de conhecimento parcial e insuficiente quanto às diretrizes disponíveis na literatura.

É visível a deficiência de conhecimentos dos profissionais entrevistados ao referir atendimento de PCR; são diversos os fatores envolvidos que podem estar interferindo diretamente na adequada forma de proceder. Desse modo, é preciso direcionar todos para uma questão primordial: a atualização profissional, para que seja ofertado um atendimento de qualidade, efetivo e respeitando os protocolos.

Neste sentido, estudo de Canova et al. (2015), apresenta como alternativa de direcionamento para o quesito atualização das práticas em saúde, a educação permanente, regulamentada pela portaria MS/GM n. 198/2004, é o viés estratégico amplamente utilizado pelo SUS para a formação, desenvolvimento e atualizações dos profissionais em saúde. Esta é fundamentada no aprendizado e na possibilidade de transformação das práticas profissionais com finalidade de ofertar qualidade nos serviços prestados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços de saúde ofertados pela atenção primária atendem em sua grande maioria as necessidades básicas da comunidade, como também deve estar apta a acolher casos de urgências e emergências, em que o profissional deve manter um padrão no atendimento diferenciado em situações que apresentem risco na falência das funções vitais ou risco iminente de morte, dentre elas encontra-se PCR.

O enfermeiro destaca-se como um profissional qualificado e capacitado no atendimento, desenvolvimento, planejamento e execução de ações durante o atendimento a PCR. Ao manter um contato direto com equipes multiprofissionais lhe permite ofertar um atendimento de qualidade, a fim de que se obtenha êxito. É preciso enfatizar a importância e existência de um protocolo de atendimento à PCR implantado e atualizado, como também, oferecer capacitação multiprofissional de forma periódica e sistemática.

A literatura analisada destaca a importância das intervenções dos profissionais da enfermagem nas condutas de salvamento das inúmeras vidas ameaçadas por situações de PCR. Neste sentido considera-se que os enfermeiros e sua equipe necessitem manter um controle na influência de seus sentimentos, preparo físico adequado e ampla capacidade de raciocínio.

É esperado que enfermeiros demonstrem completa aptidão ao realizar métodos de RCP durante a assistência direta ao paciente que se encontra em colapso súbito. Faz-se necessário uma busca incansável por capacitações e medidas de aprimoramento do trabalho desses enfermeiros e que não esgote o desejo de novos estudos que contemplem essa temática. Que estas explicações sejam entendidas como uma reflexão benéfica acerca da importância de capacitar-se profissionalmente, como no sentido na forma que a repercute a qualidade na oferta da assistência de enfermagem no cuidado prestado à comunidade.

É esperado que este estudo motive a produção de novas publicações já que são escassas na literatura atual, que seja precursor e desperte o desejo nos gestores, não apenas dos municípios estudados, a desenvolver novas ações, além de condicionar e possibilitar o acesso destes profissionais em programas de desenvolvimento e ascensão profissional. A educação continuada é sem dúvida o principal meio na busca da promoção e na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, visto que o sucesso das intervenções realizadas está diretamente interligado ao nível de preparação destes profissionais no enfrentamento das diversas situações.

Durante a produção desta pesquisa diversas dificuldades foram enfrentadas, embora, superadas, não foi fácil. Dentre os desafios vencidos, destaco o deslocamento para zona rural e outros municípios em tempos da coleta dos dados, receber negação de profissionais em participar da pesquisa, a escassez de publicações da temática relacionada à área, para tanto, a superação destes obstáculos possibilitou atingir resultados inéditos, os quais poderão servir de base para novos estudos. Dentre eles destaco a adesão de DEA para toda rede de atenção primária do município de Cuité, a proposta de implantação, gratuita, de cursos de atualização de forma periódica, ofertada pela secretária de saúde do município de Barra de Santa Rosa para todos os profissionais de saúde. Neste sentido compreende-se que os objetivos dessa pesquisa foram alcançados de forma positiva ao contribuir diretamente na qualidade de oferta das práticas em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, a.o; Araújo, iem; Dalri, m.c.b, Araujo s. Conhecimento Teórico dos Enfermeiros Sobre Parada e Ressuscitação Cardiopulmonar, em Unidades Não Hospitalares de Atendimento à Urgência e Emergência. Ribeirão Preto: **Rev. Latino-Am Enferm.** 2011;
- ANDRADE, André rodrigues de. **A ressuscitação cardiopulmonar no contexto do enfermeiro de atenção primária.** Monografia (Bacharelado em Enfermagem) Universidade de Brasília, Ceilândia-DF, 2014.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION.** Destaques da American Heart Association 2015. Atualização da Diretrizes de RCP a ACE. [periódico na internet]. Edição em português: Hélio Penna Guimarães, FAHA, Equipe do Projeto de Destaques das Diretrizes da AHA. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2018/05/2018-AHA-GuidelinesHighlights-Portuguese.pdf>. Acesso em 5 maio de 2018.
- ARAÚJO, Layana Pachêco et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o protocolo Ressuscitação Cardiopulmonar no setor de emergência de um hospital público. **Revista Univap**, v. 18,n. 32, 2012
- BERTOGLIO vm, Azzolin k, Souza en, Rabelo er. Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enfermagem.** Porto Alegre (RS) Disponível em: http://ser.ufrgs.br/index.php/Revista_Gaucha_de_Enfermagem/article/view/6774/4077. Acesso em outubro de 2018.
- BEUREN, I. M. et al. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade:** Teoria e Prática. 3. ed. – 9. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2014.
- BOAVENTURA, a. p.; Miyadahira, a. m. k. Programa de capacitação em ressuscitação cardiorrespiratória com uso do desfibrilador externo automático em uma universidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1 2012.
- BORTOLOTTI, Fábio. **Manual do socorrista 3. ed. atualizada Porto Alegre: Expansão, 2014 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.** Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.
- BRASIL. governamental. **Organização Pan-Americana da Saúde: doenças cardiovasculares.** 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php>. Acesso em 24 outubro de 2018.
- BRASIL. **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Contagem Populacional. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>. Acesso em: 12 jul. de 2018.
- CALLAWAY c, Soar j, Aibiki m et al. Part 4: Advanced Life Support. 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. **Circulation.** 2015;
- CANESIN, m. f.; Timerman, s.; Nazima, w. **Treinamento em emergências cardiovasculares avançado da Sociedade Brasileira de Cardiologia - Barueri (SP):** Manole, 2013.
- CANOVA, Jocilene de Carvalho Miraveti et al. Parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar: vivências da equipe de enfermagem sob o olhar da técnica do incidente crítico. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN:** 1981-8963, v. 9, n. 3, 2015.

Catho consultoria 2019. Acesso maio de 2019. Disponível em: <https://www.catho.com.br/>

CORRÊA, a. r. et al. Atendimentos a vítimas de parada cardíaca extra-hospitalar com desfibrilador externo automático em unidades de suporte básico/. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 600-607, 2014.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS/MS. Morbidade Hospitalar do SUS por causas externas** - por local de residência – Brasil [online]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em 10 dez 2018

FERREIRA et al. Ressuscitação pulmonar: uma abordagem atualizada. **Rev Enferm Contemp.** 2013.

FLICK, uwe. **Introdução à Metodologia de Pesquisa: Um Guia Para Iniciantes.** Penso Editora, 2012.

GONZÁLES pds, Polessi ja, Bass lm, Santos gpd, Yokota pko, Laselva crl . **Redução de paradas cardiorrespiratórias por times de resposta rápida.** Einstein (São Paulo) [periódico na internet]. 2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. dec. [acesso em 2018 maio 03].

GONZALEZ, mm et al. **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia.** Arq. Bras. Cardiol, v. 101, n. 2, supl. 3

GONZALEZ mmc, Timerman s. Suporte avançado de vida adulto: inserindo uma nova corrente de sobrevivência. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo** 2018.

GIL, a. c. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUIMARÃES m. r. et al. Revisão de literatura: Reanimação Cardiopulmonar. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde.** v.5, n.1, 3- 12p. Três Corações: 2015.

GUIMARÃES h. p. et al. Uma breve história da ressuscitação cardiopulmonar. **Rev. Bras. Clín. Med., 2009;**7:177-187 6. SOARES L. S. Parada Cardiorrespiratória no Pronto Socorro: comorbidades e desfecho.

JENTZER Jacob c., Clements Casey m., Murphy Joseph g. et al. Recent Developments in the Management of Patients Resuscitated From Cardiac Arrest, **Journal of Critical Care (2017).**

JÚNIOR Lem, Souza fm, Almeida, lc, Veloso ggv, Caldeira ap. Avaliação de treinamento em suporte básico de vida para médicos e enfermeiros da atenção primária. **Rev Bras Med Família Comunidade.** 2016.

LADEIRA JP. **Ressuscitação Cardiopulmonar.** in: Martins hs, Brandão neto ra, Scalabrini neto a, Velasco it. **Emergências clínicas: abordagem prática.** 3 ed. São Paulo: Manole; 2007.

LIMA sg, et al. Os carros de emergência e o suporte avançado de vida. **Rev. bras. Clín. Med.** São Paulo. [periódico na internet]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/006.pdf>. Acesso em maio de 2018.

LIMA sg de, Macedo la de, Vidal ml, sá m.p.b.o. **Educação Permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem.** Arq. Bras. Cardiol. 2009. Acesso em maio de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

LOMBA, Marcos. **Objetivo Saúde: Emergências e Atendimento Pré-Hospitalares/** Marcos Lomba, André Lomba. 3. ed. Olinda: Edição dos Autores, 2006.

MACHADO, e. c. m.; Rezende, m. s. Sentimentos expressos pelos profissionais de enfermagem frente a uma parada cardiorrespiratória. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 4, n. 2, 2013

NARDINO J, Pellenz nlk, Müller la, Andrade a, arboit él, Camponogara s. Conhecimento de enfermeiros sobre arritmias cardíacas. **Rev Enferm FW**. 2014

ROCHA, f. a. s. et al. Atuação da equipe de enfermagem frente a parada cardiorrespiratória intra-hospitalar. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2012.

KNOPFHOLZ, J. et al. Manuseio de emergências cardiológicas em hospitais gerais do estado do Paraná. **Rev. Bras. Clín. Med. São Paulo**, v. 10, n. 6, p. 499-502, 2012.

SMELTZER sc, Bare bg. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 12 ed.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. vol. I e II.

TOMIOSSO, Raylton Análise das ações de enfermagem na ressuscitação cardiopulmonar em função das diretrizes da American Heart Association. **Dissertação de Mestrado em Enfermagem**. Disponível em: <http://tede.ung.br/bitstream/TOMIOSSO> 2016. Acesso em 14 de agosto de 2018.

TORQUATO im, Menezes abr de, Nogueira mf et al (2012). Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da reanimação cardiopulmonar um enfoque para o suporte básico de vida **Revista de Enfermagem da UFPE**.

APÊNDICE A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Reanimação Cardiopulmonar: habilidades de enfermeiros na atenção primária.

Pesquisador responsável: Prof.^a Ma. Magaly Suênya de Almeida Pinto Abrantes

Orientando: Alberto de Oliveira Mendes

Prezado (a) Senhor (a), Esta pesquisa **intitulada Reanimação Cardiopulmonar: habilidades de enfermeiros na atenção primária**. Tem como objetivo geral: Identificar as condutas dos enfermeiros frente ao reconhecimento da Parada Cardiorrespiratória e realização das manobras de Reanimação Cardiopulmonar. Objetivos específicos: Analisar condições socioeconômicas, identificar o tempo de formação dos enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família, investigar a participação e área de cursos de aperfeiçoamento e pós-graduação, averiguar o seguimento do protocolo da reanimação cardiopulmonar por esses enfermeiros, verificar o acesso ao desfibrilador externo automático na Unidade Básica de Saúde, indagar sobre a segurança na manipulação do desfibrilador.

Solicitamos sua colaboração para realizar uma entrevista com os enfermeiros atuantes na atenção primária através de um questionário acerca da Reanimação Cardiopulmonar: habilidades de enfermeiros na atenção primária.

Solicito o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, garantindo o seu anonimato nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros), que o pesquisador achar conveniente. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa pode oferecer riscos e/ou desconfortos, do tipo constrangimento e resgate de momentos que podem ser tristes a você.

Nesse sentido, o questionário aplicado será definido em horário pré-estabelecido com antecedência, conforme acertado por meio de contato prévio do pesquisador. A mesma pode ocorrer em seu ambiente de trabalho que seja livre de interferências, conforme a sua preferência.

Caso ocorra um dano não previsível decorrente da pesquisa o pesquisador irá indenizá-lo (a), conforme o que for necessário. Além disso, caso ocorra alguma despesa de sua parte, você será ressarcido (a) no mesmo valor gasto.

Assim, esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não receberá pagamento para isto, não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Caso o (a) Sr. (a) consinta, será necessário assinar este termo de acordo com a Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional De Saúde (CNS)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

A pesquisadora responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa. Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos sua colaboração.

Contato com o pesquisador responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre a pesquisa, favor ligar para a pesquisadora:

Pesquisadora responsável: Magaly Suênya de Almeida Pinto Abrantes

Endereço profissional: Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité; Sítio Olho D'água da Bica, S/N, Cuité-PB. CEP: 58.175-000

Telefone: (83)3372-1960

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – Hospital Universitário Alcides Carneiro. Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. CEP: 58.401-490. Campina Grande-PB. Telefone: (83) 2101 -5545.

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

CONSENTIMENTO

Diante do exposto, declaro que estou sendo convidado a participar da referida pesquisa e fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que estou recebendo uma via desse documento.

Cuité ____/____/____

Assinatura do (a) voluntário (a) da pesquisa

Prof.^a Ma. Magaly Suênya de Almeida Pinto Abrantes
Orientadora da Pesquisa

Alberto de Oliveira Mendes
Orientando da pesquisa

Obs.: O colaborador da pesquisa e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

APÊNDICE B-TERMO DE RESPONSABILIDADE DOS PESQUISADORES



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

Por esse termo de responsabilidade, nós, abaixo assinados, respectivamente pesquisadora responsável e orientando da pesquisa intitulada: **Reanimação Cardiopulmonar: habilidades de enfermeiros na atenção primária**. Assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, a nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo as informações referentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo dos questionários correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após seu término.

Apresentaremos sempre que solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), ou pela comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ou ainda, as curadorias envolvidas na presente pesquisa, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ao CEP qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS PESSOAIS		
Iniciais do Nome:	_____	Idade: _____
Gênero:	1. () F 2. () M	
Estado Civil:	1. () solteira 2. () casada 3. () divorciada	
	4. () separada 5. () união estável 6. Outro ()	
Filhos:	1. () não 2. Sim () 3. () quantos	

<p>Renda Mensal: 1. () Um salário mínimo 2. () Dois salários mínimos 3. () Três salários mínimos 4. () Quatro salários mínimos 5. () Cinco salários mínimos 6. () Acima de seis salários mínimos</p> <p>Município que Reside:..... Município que você atua:.....</p>	
DADOS PROFISSIONAIS	
<p>1. Quanto tempo de formação acadêmica?</p> <p>1. () 1 ano 2. () 1 ano a 3anos 3. () 3 a 5 anos 4. () 5 a 10 anos 5. () mais de 10 anos</p>	<p>2. Tempo de trabalho nesta UBS?</p> <p>1. () 1 a 2 Anos 2. () 2 a 5 Anos 3. () mais de 5 Anos</p>
<p>3. Em qual tipo de instituição realizou sua graduação?</p> <p>1. () Publica 2. () Privada</p>	<p>4. Qual seu vinculo de trabalho com a instituição?</p> <p>1. () Efetivo 2. () Contrato</p>
<p>5. Pós-Graduação?</p> <p>1. () Especialização 2. () Mestrado 3. () Residência 4. () Doutorado</p>	<p>6. Deslocamento para o trabalho</p> <p>1. () Carro 2. () moto 3. () Outros</p>
PERGUNTAS ESPECÍFICAS DA TEMÁTICA	
<p>7. Conforme o protocolo de suporte básico de vida SBV 2016, quantas compressões torácicas devem ser feitas por minuto em vitima de parada cardiorrespiratória PCR?</p> <p>1. () 70 a 100 p/min. 2. () 80 a 110 p/min 3. () 100 a 120 p/min. 4. () 100 a 200 5. () NDA</p>	<p>8. Segundo Bortolotti (2014), uma PCR se manifesta em quatro ritmos cardíacos: Taquicardia Ventricular (TV), Fibrilação Ventricular (FV), Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP) e Assistolia. Quais desses têm indicação de choque?</p> <p>1. () TV/FV 2. () AESP/ Assistolia 3. () TV/AESP 4. () FV/AESP 5. () NDA</p>
<p>9. Conforme American Heart Association (AHA, 2015), qual deve ser a profundidade das compressões torácicas para que si tenha um resultado eficiente?</p> <p>1. () 1 a 2 cm 2. () 2 a 2½ cm</p>	<p>10. Ao atender uma vítima que se encontra em colapso súbito, é preciso seguir a sequência instituída pelas diretrizes dos protocolos de SBV e SAV (2016), qual é a sequência correta destes protocolos?</p>

<p>3. () 3 a 4 cm 4. () 5 a 6 cm</p> <p>5. () NDA</p>	<p>1. () ABDCE 2. () ADCBE 3. () CABD</p> <p>4. () CADEB 5. () NDA</p>
<p>11. O SBV (2016) ao referir as compressões torácicas, qual é a relação entre a frequência das ventilações e os intervalos entre elas respectivamente?</p> <p>1. () 10 a 12 ventilações a cada 5 a 6 segundos.</p> <p>2. () 12 a 20 ventilações a cada 5 a 10 segundos.</p> <p>3. () 15 a 25 ventilações a cada 10 segundos.</p> <p>4. () 20 ventilações a cada 15 segundos</p> <p>5. () NDA</p>	<p>12. De acordo com Gonsalves (2015) durante a PCR faz-se necessário administrar drogas vasoativas e antiarrítmicas em ciclos alternados de 2 a 3 minutos, quais são as drogas de escolha ?</p> <p>1. () Fentanil e lazix</p> <p>2. () Noradrenalina e Diazepan</p> <p>3. () Adrenalina e Amiodarona</p> <p>4. () Nitroglicerina e Tramal</p> <p>5. () NDA</p>
<p>13. A Unidade Básica de Saúde em que você atua possui desfibrilador externo automático DEA?</p> <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>15. Você enquanto enfermeiro (a) sente se seguro em manusear um DEA?</p> <p>1. () Sim 2. () Não</p>

APÊNDICE D - TERMO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM ENFERMAGEM
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Por este termo de declaração de divulgação de resultados, eu, pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada: **Reanimação Cardiopulmonar: habilidades de enfermeiros na atenção**. Assumo a responsabilidade de divulgar os resultados da pesquisa, sejam eles favoráveis ou não, com os devidos créditos aos autores, conforme regulamenta a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares.

Cuité, 28, Maio de 2018.

Magaly Suênya de Almeida Pinto Abrantes
Orientadora Responsável pela Pesquisa

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA - CUITÉ**PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ
ESTADO DA PARAÍBA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****CARTA DE ANUÊNCIA**

Eu, Adriana Selis de Sousa, Secretária de Saúde do município de Cuité, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada **REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: HABILIDADES DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**, que terá como cenário para coleta de dados às unidades básicas de saúde deste município. Os responsáveis pela pesquisa serão: Prof.^a Ma. Magaly Suênya de Almeida Pinto Abrantes – Pesquisadora responsável (Orientadora da pesquisa e Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité) e Alberto de Oliveira Mendes – Pesquisador participante (Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité).

Cuité, _____ de _____ de 2018.

ADRIANA SELIS DE SOUSA
Secretária Municipal de Saúde
Cuité/PB

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA - BARRA DE SANTA ROSA**PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DE SANTA ROSA
ESTADO DA PARAÍBA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****CARTA DE ANUÊNCIA**

Eu, Gabriella Santos Nepomuceno Secretária de Saúde do município de Barra de Santa Rosa, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada **REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: HABILIDADES DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA** que terá como cenário para coleta de dados às unidades básicas de saúde deste município. Os responsáveis pela pesquisa serão: Prof.^a Ma. Magaly Suênya de Almeida Pinto Abrantes – Pesquisadora responsável (Orientadora da pesquisa e Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité) e Alberto de Oliveira Mendes – Pesquisador participante (Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité).

Cuité, _____ de _____ de 2018.

GABRIELLA SANTOS NEPOMUCENO
Secretária Municipal de Saúde
Barra de Santa Rosa /PB

ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA – NOVA FLORESTA**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA FLORESTA
ESTADO DA PARAÍBA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****CARTA DE ANUÊNCIA**

Eu, Theany de Andrade Azevedo Secretária de Saúde do município de Nova Floresta, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada **REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: HABILIDADES DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA** que terá como cenário para coleta de dados às unidades básicas de saúde deste município. Os responsáveis pela pesquisa serão: Prof.^a Ma. Magaly Suênya de Almeida Pinto Abrantes – Pesquisadora responsável (Orientadora da pesquisa e Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité) e Alberto de Oliveira Mendes – Pesquisador participante (Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité).

Cuité, _____ de _____ de 2018.

Theany de Andrade Azevedo
Secretária Municipal de Saúde
Nova Floresta /PB