

Suporte básico de vida: conhecimento de enfermeiras (os) que atuam na estratégia de saúde da família

Basic life support: knowledge of nurses working in the family health strategy

Soporte vital básico: conocimiento de las enfermeras que trabajan en la estrategia de salud familiar

Joilton Souza Santos¹, Thiago da Silva Santana², Anderson Reis de Sousa³, Jules Ramon Brito Teixeira²,
Herberte Henrique Nascimento Serra¹, Junilho Santos da Paz¹

Como citar: Santos JS, Santana TS, Sousa AR, Teixeira JRB, Serra HHN, Paz JS. Suporte básico de vida: conhecimento de enfermeiras (os) que atuam na estratégia de saúde da família. REVISA. 2020; 9(1): 40-52. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n1.p40a52>

REVISA

1. Faculdade Maria Milza. Governador Mangabeira, Bahia, Brasil.
2. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
3. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.

Recebido: 15/10/2019
Aprovado: 18/12/2019

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento das enfermeiras (os) da ESF de um município do recôncavo baiano frente ao SBV. **Método:** Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, descritiva, realizada com 14 enfermeiras (os) de Unidades Básicas de Saúde e de Unidades de Saúde da Família em um município do recôncavo baiano, utilizando-se questionário sobre características sociodemográficas, ocupacionais e de formação geral e específica sobre SBV. Os dados foram analisados por meio de análise descritiva das variáveis, calculando-se as frequências absoluta e relativa e medidas de tendência central e dispersão. **Resultados:** a maioria possuía conhecimento de como verificar o pulso da vítima em PCR (92,9%), sobre a frequência das compressões torácicas caso não fosse possível garantir as ventilações (57,1%), quanto a profundidade mínima das compressões torácicas (71,4%). 92,9% não sabia o local adequado para colocação das mãos e realização das compressões torácicas, 50% tinha conhecimento das situações em que pode ser utilizado o DEA; 57,1% conheciam os ritmos de PCR e 57,1% os ritmos chocáveis de PCR. **Conclusão:** Constatou-se que as enfermeiras (os) possuem conhecimento satisfatório sobre a atuação no SBV frente a PCR.

Descritores: Urgência e Emergência; Suporte Básico de Vida; Atenção Básica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the knowledge of FHS nurses from a municipality of Recôncavo de Bahia against SBV. **Method:** This is a descriptive epidemiological research, conducted with 14 nurses from Basic Health Units and Family Health Units in a municipality of Bahia, using a questionnaire on sociodemographic, occupational and educational characteristics and about general and specific SBV education. Data were analyzed through descriptive analysis of variables, calculating absolute and relative frequencies and measures of central tendency and dispersion. **Results:** most had knowledge of how to check the victim's pulse on cardiac arrest (92.9%), the frequency of chest compressions if ventilation could not be guaranteed (57.1%), and the minimum depth of chest compressions (71.4%). 92.9% did not know the proper place for hand placement and chest compressions; 50% were aware of the situations in which AED could be used; 57.1% knew the PCR rates and 57.1% were shockable PCR rates. **Conclusion:** We found that nurses have satisfactory knowledge about the performance of SBV in relation to CRP.

Descriptors: Urgency and emergency; Life Basic Support; Primary care.

RESUMEN

Objetivo: analizar el conocimiento de las enfermeras de FHS de un municipio en el Recôncavo de Bahía contra SBV. **Método:** Esta es una investigación epidemiológica descriptiva, realizada con 14 enfermeras de Unidades Básicas de Salud y Unidades de Salud Familiar en un municipio de Bahía, utilizando un cuestionario sobre características sociodemográficas, ocupacionales y educativas, así como formación general y específica sobre SBV. Los datos se analizaron mediante un análisis descriptivo de variables, calculando frecuencias absolutas y relativas y medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** la mayoría tenía conocimiento de cómo verificar el pulso de la víctima en un paro cardíaco (92,9%), la frecuencia de las compresiones torácicas si no se podía garantizar la ventilación (57,1%) y la profundidad mínima de las compresiones torácicas (71,4%). 92,9% no conocía el lugar adecuado para la colocación de las manos y las compresiones torácicas, 50% estaba al tanto de las situaciones en las que se podía usar el DEA; 57,1% conocía las tasas de PCR y 57,1% eran tasas de PCR impactables. **Conclusión:** se encontró que las enfermeras tienen un conocimiento satisfactorio sobre el desempeño del SBV en relación con la PCR.

Descritores: Urgencia y Emergencia; Soporte vital básico; Atención primaria.

Introdução

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte em homens e mulheres no Brasil, e são responsáveis por mais de 29,4% das mortes no país a cada ano, isso significa que mais de 308 mil pessoas morrem, principalmente de infarto decorrentes de parada cardiorrespiratória (PCR), no Brasil todo ano.¹

A PCR permanece como um problema mundial de saúde pública. Apesar de avanços nos últimos anos relacionados à prevenção e tratamento, muitas são as vidas perdidas anualmente no Brasil relacionado à PCR, ainda que não se tenha a exata dimensão do problema pela falta de estatísticas robustas a este respeito.²

Os avanços também se estendem à legislação sobre acesso público à desfibrilação e obrigatoriedade de disponibilização de DEA (desfibrilador externo automático), bem como no treinamento em reanimação cardiopulmonar (RCP), missão está em que a Sociedade Brasileira de Cardiologia apresenta, há muitos anos.³

As PCRs têm uma posição de destaque. Pode-se estimar algo ao redor de 200.000 PCRs ao ano, no Brasil, sendo metade dos casos ocorrendo em ambiente hospitalar, e a outra metade em ambientes como residências, shopping centers, aeroportos, estádios, etc.²

Estima-se que a maioria das PCRs em ambiente extra-hospitalar sejam em decorrências de ritmos como fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso. A PCR é um evento que reflete uma deterioração clínica progressiva, súbita e devida, em grande parte, a arritmias decorrentes de quadros isquêmicos agudos ou a problemas elétricos primários.⁴

Sabe-se que o coração é um órgão vital e de extrema importância para a vida, a sua ineficiência pode acarretar diversos problemas à saúde; dentre eles, se inclui a PCR. Quando isso acontece, o coração para e com ele a respiração e o transporte de oxigênio ao cérebro e para os outros órgãos, trazendo prejuízos à vida, podendo evoluir ao óbito se não houver intervenção rápida e adequada nos seus primeiros minutos.⁵

Os sinais e sintomas da PCR podem ser observados sem exames laboratoriais e podem surgir de várias formas podendo ser identificada rapidamente por profissionais de saúde ou por pessoas leigas que receberam treinamentos especializados em suporte básico de vida ou BLS- Basic Life Support.⁴

Os protocolos da “American Heart Association” (AHA) são responsáveis pela publicação científica das diretrizes da ressuscitação cardiopulmonar, que são a base dos protocolos de salvamentos utilizados pelos profissionais de saúde nos Estados Unidos e no mundo.⁴

Desse modo, é extremamente importante o treinamento e a capacitação dos profissionais da Atenção Básica (AB), tendo em vista sua grande utilidade, uma vez que a chegada do Suporte Avançado de Vida (SAV), que no Brasil é conhecido como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), demora um tempo até chegar ao local, sendo assim, a atuação dos profissionais da AB executando o suporte básico de vida com qualidade e precisão, oferece maiores possibilidades de sobrevivência ao paciente.⁶

A AB é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes

multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos, e na manutenção da saúde desta comunidade.⁷

Diante disto, faz-se necessário o treinamento de todos os profissionais, sobretudo a enfermeira (o), em identificar, reconhecer e atuar frente a uma PCR. Sabendo-se que os protocolos de RCP são essenciais e que sua aplicação é de grande importância para manutenção da vida de pacientes que sofrem uma PCR e que já salvaram milhares de vidas quando aplicados corretamente, é imprescindível que na rede básica os profissionais também, saibam atuar frente a essa situação.⁸

Assim, como socorrista do SAMU, baseado nos atendimentos realizados pelo serviço, em hospitais, nas ruas e, também, em unidades básicas de saúde, despertou-me o interesse pelo estudo e a motivação em conhecer o entendimento dos profissionais de saúde da AB, especificamente da ESF, sobre SBV e PCR, pois pude perceber, ao longo da minha experiência acadêmica e profissional, que ao se depararem com tal situação alguns profissionais ficam inseguros para iniciar as manobras, e a primeira iniciativa é ligar para o SAMU, através do 192, e esperarem a chegada da equipe para que se tenha alguma intervenção no caso, mesmo sabendo que os primeiros minutos após a parada são cruciais para a vida, o que reflete em desconhecimento sobre esta temática.

Nessa perspectiva, o estudo buscou responder a seguinte questão de investigação: qual o conhecimento de enfermeiras (os) que atuam na ESF, sobre o SBV, frente a PCR?

Este artigo tem como objetivo analisar o conhecimento de enfermeiras (os) que atuam na ESF, sobre o SBV, frente a PCR.

A pesquisa justifica-se por sua contribuição para o fortalecimento de discussões acerca da temática para a ciência, bem como colabora para reavaliação da prática em situações de urgência e emergência dentro da Atenção Básica, sobretudo nas USF e UBS; oferece possibilidades de mudanças no âmbito da assistência para os profissionais de saúde, incentivando a qualidade e eficiência da ressuscitação cardiorrespiratória; e para a sociedade, implicam na melhora da qualidade dos serviços, mudanças no modelo de assistência e possibilidade de promover uma maior sobrevivência às vítimas.

Método

Estudo de caso, epidemiológico, descritivo, realizado em Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde de um município da região do recôncavo baiano. No que se refere aos serviços de AB de Saúde, tem-se: duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 21 Unidades de Saúde da Família, com dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), responsáveis por uma cobertura maior que 80% de Saúde da Família do referido município.

Participaram do estudo 14 enfermeiras (os) que atuavam nos referidos serviços da AB, com pelo menos um ano na função ocupada. Faziam parte do território estudado, enfermeiras (os) cadastradas nas unidades de saúde do município. Não foram incluídas na pesquisa, profissionais que se encontravam de licença médica, férias e/ou afastamento do trabalho durante o período da coleta de dados. Os (as) profissionais foram acessados (as) por pesquisador treinado, sendo convidados(as) a participar do estudo mediante a apresentação

e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para fornecimento da anuência.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e maio de 2018, através da aplicação de um questionário previamente elaborado por docentes e especialistas experts na área, em convergência com as determinações das diretrizes internacionais da *American Heart Association* (2015). A mesma foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, autorizado através do parecer de número 2.623.818, e posterior autorização de entrada ao campo conferida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município em questão.

Para o alcance do público alvo, realizou-se um mapeamento prévio das UBS e USF do município, seguido da identificação dos (as) enfermeiras (os) responsáveis para gestão das referidas unidades, a partir de visitas, que se deram após agendamento prévio, de modo a apresentar o projeto de pesquisa e, posteriormente, aplicação do instrumento de coleta dos dados.

O questionário foi autoaplicado e supervisionado por um pesquisador treinado, que controlou a contagem do tempo para a resolução das questões, e a seguir, procedeu com o recolhimento dos mesmos. Verificou-se recusa de sete enfermeiras (os), em atuação em sete unidades de saúde, pois os (as) profissionais alegaram não ser relevante participar da pesquisa, visto que não era de obrigação do serviço o atendimento de emergência na unidade.

O instrumento de coleta de dados foi composto por variáveis organizadas em dois blocos: perfil socioeconômico e profissional, incluindo-se idade, sexo, raça/cor autorreferida, formação profissional, pós-graduação, tempo de atuação, vínculos empregatícios; e a abordagem específica relativa às condutas a serem adotadas no SBV. As questões específicas seguiram as determinações da AHA (2015).

Após a tabulação, os dados foram exportados e processados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, (IBM Corp.[®], Armonk, Estados Unidos). Para o tratamento estatístico foi realizada a análise descritiva das variáveis, calculando-se as frequências absoluta e relativa e medidas de tendência central e dispersão, a depender da distribuição dos dados.

Resultados

Foram entrevistadas 14 enfermeiras (os), predominando entre as características sociodemográficas: sexo feminino (78,6%), faixa etária de 18 a 24 anos (35,7%) e negros (78,6%) (Tabela 1).

No que se refere às características de formação, a maioria das (os) enfermeiras (os) possuía mais de um vínculo empregatício (60%), metade não possuía nenhum tipo de pós-graduação e, entre as (o)s que tinham, predominaram aquelas com pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem na Urgência, Emergência e UTI (57,1%). Sobre o tempo de formação profissional, pouco mais da metade das participantes do estudo tinham até três anos de formação (53,8%), com tempo de atuação inferior a um ano (75,0%) e realização do curso de SBV (85,7%) (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição percentual das (os) enfermeiras (os), segundo características sociodemográficas e de formação. Bahia, Brasil. (N=14)

Variáveis	n	%
Características sociodemográficas		
Sexo		
Feminino	11	78,6
Masculino	3	21,4
Faixa Etária		
18-24 anos	5	35,7
25-59 anos	1	7,1
60 anos ou mais	8	57,2
Raça/Cor		
Não negros	3	21,4
Negros	11	78,6
Características ocupacionais e de formação		
Mais de um vínculo empregatício (n=5)		
Não	2	40,0
Sim	3	60,0
Pós-Graduação		
Sim	7	50,0
Não	7	50,0
Qual Pós-Graduação? (n=7)		
Gestão	2	28,6
Saúde Coletiva	1	14,3
Urgência e Emergência	4	57,1
Tempo de Formação (n=13)		
Até 3 anos	7	53,8
Acima de 3 anos	6	46,2
Tempo de Atuação (n=8)		
Até um ano	6	75,0
Acima de um ano	2	25,0
Curso de Suporte Básico de Vida		
Sim	12	85,7
Não	2	14,3

De acordo com o conhecimento das (os) enfermeiras (os) sobre o atendimento de SBV diante de uma situação de PCR, verificou-se que a maioria tinha o conhecimento sobre os sinais clínicos que devem ser avaliados pelo socorrista no ambiente pré-hospitalar (78,6%); não sabia a sequência padronizada da cadeia de sobrevivência para RCP (70,3%); conhecia a avaliação adequada do nível de consciência da vítima em PCR (71,7%), a sequência de procedimentos/ações, após a avaliação inicial (57,1%) e sequência da RCP em adultos caso fosse possível garantir ventilações (72,9%).

Identificou-se ainda que a maioria possuía conhecimento de como verificar o pulso da vítima em PCR (92,9%), sobre a frequência das compressões torácicas caso não fosse possível garantir as ventilações (57,1%), quanto a profundidade mínima das compressões torácicas no adulto (71,4%). A maior parte das (os) enfermeiras (os) não sabia o local adequado para colocação das mãos e realização das compressões torácicas em adultos (92,9%); metade tinha

conhecimento das situações em que pode ser utilizado o DEA (50%); e pouco mais da metade conhecia os ritmos de PCR (57,1%) e os ritmos chocáveis de PCR (57,1%) (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição percentual das (os) enfermeiras (os), segundo conhecimento sobre Suporte Básico de Vida. Bahia, Brasil. (N=14)

Características	n	%
Sinais clínicos de PCR avaliados por um socorrista no ambiente pré-hospitalar		
Acertos	11	78,6
Erros	3	21,4
Sequência da Cadeia de sobrevivência para RCP no ambiente extra-hospitalar		
Acertos	05	29,7
Erros	09	70,3
A avaliação do nível de consciência da vítima em PCR		
Acertos	09	71,7
Erros	05	29,3
Sequência de procedimentos/ações, após a avaliação inicial		
Acertos	8	57,1
Erros	6	42,9
Sequência da RCP em adultos caso fosse possível garantir ventilações		
Acertos	10	72,9
Erros	04	27,1
Verificação do pulso da vítima em PCR		
Acertos	13	92,9
Erros	01	7,1
Frequência das compressões torácicas, quando não fosse possível garantir as ventilações		
Acertos	8	57,1
Erros	6	42,9
Profundidade mínima das compressões torácicas no adulto		
Acertos	10	71,4
Erros	4	28,6
Local para colocação das mãos e realização das compressões torácicas em adultos		
Acertos	1	7,1
Erros	13	92,9
Situações em que pode ser utilizado o DEA		
Acertos	07	50
Erros	07	50
Ritmos de PCR		
Acertos	08	57,1
Erros	06	42,9
Ritmos de PCR chocáveis		
Acertos	8	57,1
Erros	6	42,9

SBV: Suporte Básico de Vida; PCR: parada cardiorrespiratória. (n=14); RCP: reanimação cardiopulmonar; Desfibrilador Externo Automático: DEA.

Discussão

A análise do conhecimento de enfermeiras (os) que atuam na ESF, sobre o SBV, permitiu identificar que há por parte dessas profissionais, o reconhecimento precoce dos sinais clínicos evidenciados em uma pessoa em PCR, em ambiente pré-hospitalar.

A identificação desses sinais implica em aumento da sobrevida das pessoas após uma PCR, com variação estimada entre 2 a 49%. Acerca desses valores, há relação direta entre a identificação da PCR e a precoce RCP, o que significa dizer que as estratégias de tratamento aumentam a taxa de sobrevida, quando esses sinais são identificados antecipadamente por parte dos profissionais, superando cenários passados, em que o conhecimento deficiente era corresponsável pela diminuição da taxa de sobrevivência.⁹ Contudo, atualmente, com a elevação das estratégias de ampliação do conhecimento e acesso público a desfibrilação, os índices de sobrevida chegam a ultrapassar 70%, durante a prestação de um socorro precoce e eficiente.³⁻⁴

Na ESF a enfermeira (o) está presente durante todo o período de funcionamento e, em geral, é a primeira profissional a responder às PCRs. Portanto, é fundamental que ela (o) possua conhecimento atualizado em SBV, permitindo a rápida tomada de decisões e o estabelecimento de ações imediatas com adequada avaliação de prioridades.¹⁰

Em destaque para o conhecimento das enfermeiras (os), sobre os sinais clínicos evidenciados em uma PCR, ressalta-se a adequada avaliação do nível de consciência das pessoas em situação de PCR. Além disso, as enfermeiras (os) conhecem o pulso a ser checado para a verificação da circulação das pessoas, durante uma identificação de instabilidade e risco para o estabelecimento de uma PCR. A avaliação da consciência é feita por meio de estimulação tátil e sonora. O profissional deve tocar os ombros da vítima/paciente e perguntar em voz alta: “você está bem?”. Simultaneamente deve-se avaliar a respiração e o pulso carotídeo, por no máximo 10 segundos. Se o paciente não estiver respirando ou apresentar respirações ineficazes (p.ex agônicas, superficiais, muito lentas) e ausência de pulso central, deve-se acionar o SAMU (192), e que tragam um DEA.^{4,11}

É fundamental que a enfermeira (o) esteja apta para prestar cuidados emergências por meio de estratégias de atendimento. As ações descritas fazem parte das recomendações da Atualização das Diretrizes 2015, com destaque para execução simultânea das etapas - verificar se há respiração e pulso ao mesmo tempo - na tentativa de reduzir o tempo até a primeira compressão torácica (AHA, 2015). Estudo desenvolvido com enfermeiras (os) de UBS município de Campinas, localizado no interior do estado de São Paulo-Brasil com o objetivo de avaliar o conhecimento teórico sobre a mesma temática também identificou um elevado índice de satisfação para a detecção de uma PCR, no qual 69,8% das profissionais indicaram uma adequada avaliação do referido quadro clínico.¹⁰

Segundo o Guideline da AHA, no tocante as estratégias de tratamento, especificamente as ações realizadas durante os primeiros minutos de atendimento a uma emergência são críticas em relação à sobrevivência de uma vítima em PCR.⁴ Nesse sentido, as enfermeiras que atuam na ESF, devem

conhecer a cadeia de sobrevivência bem como estar habilitadas para identificar uma PCR a fim de prestar atendimento rápido e de qualidade a essas vítimas no contexto em que estão inseridas. O conhecimento e a habilidade no SBV são extremamente importantes para prevenir a PCR e devolver a vida do paciente subitamente colapsado.¹²

Quando analisados os percentuais de erros, identifica-se que a maioria das enfermeiras (os), não conheciam a sequência da cadeia de sobrevivência para a RCP em ambiente extra-hospitalar, proposta mundialmente pela AHA. Tal resultado corrobora com um estudo desenvolvido com 70 enfermeiras (os) em um hospital-escola de Curitiba-PR, quando questionadas (os) sobre a ordem correta da cadeia da sobrevivência a uma vítima adulta de PCR, apenas 30% das enfermeiras (os) sabiam a resposta exata.¹³

Segundo a AHA é recomendado o uso de cadeias de sobrevivência para o atendimento eficaz a uma vítima de PCR. A sequência de ações críticas da cadeia de sobrevivência do SBV compreende no reconhecimento rápido das situações de emergência cardiovascular e instituição de medidas para evitar a parada respiratória e PCR; ação rápida diante de qualquer vítima que subitamente se torne inconsciente; esforços de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) imediata de alta qualidade e desfibrilação rápida da fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TVSP) utilizando um Desfibrilador Externo Automático (DEA).³⁻⁴

É de fundamental importância que as enfermeiras (os) adotem em suas práticas sistemas de linguagem padronizada, tais como diretrizes clínicas com níveis de evidência e acurácia elevadas para a garantia da qualidade assistencial, com vistas à segurança do paciente e melhoria da resposta (tempo de ouro).¹⁴ Portanto, é recomendado o uso de cadeia de sobrevivência, como parte desse aparato, que identifique as vias de cuidado dos pacientes que sofrem PCR fora do hospital, uma vez que os elementos da estrutura e os processos necessários são de extrema importância para atuação da enfermeira (o) no contexto onde está inserida.

Em sequência de acertos, identificados na análise dos testes, as enfermeiras demonstraram conhecimento sobre a profundidade mínima a ser empregada durante a realização das compressões torácicas. Este conhecimento se faz essencial para que profissionais executem com exatidão as manobras de RCP, em especial às compressões, que conforme aponta a AHA, se mostram prioritárias no SBV.¹⁵

Para que a avaliação e os esforços empregados em uma RCP sejam eficazes, a vítima deverá ser posicionada em decúbito dorsal sobre uma superfície plana e rígida. Se a equipe estiver diante de uma vítima politraumatizada a movimentação deverá ser cuidadosamente realizada, preservando a estabilização da coluna cervical.¹⁵ Além disso, se às manobras de RCP, foram realizadas por enfermeiras treinadas, com garantia da qualidade, a sobrevivida pode dobrar ou até mesmo triplicar.²

O Guideline da AHA orienta que durante a RCP manual, a enfermeira (o) deve executar as compressões torácicas de, no mínimo 5 cm de profundidade para um adulto, e no máximo 6 cm, com retorno total da parede do tórax e justifica que a profundidade das compressões está associada a uma maior probabilidade de desfechos favoráveis.⁴

O local adequado para a colocação das mãos junto à pessoa em situação de PCR, afim de que seja realizada as compressões torácicas em

indivíduos adultos, foi alvo de desconhecimento das (os) enfermeiras (os). Segundo Guideline da AHA (2015), deverão ser posicionadas duas mãos (região hipotenar) sobre a metade inferior do esterno, para que se obtenha eficiência e melhor eficácia na compressão, durante à RCP.¹⁶

Observou-se que pouco mais da metade das (os) profissionais, conheciam a sequência de procedimentos/ações a serem adotados, após uma avaliação inicial, bem como a sequência da PCR em adultos, caso fosse possível garantir as ventilações. As recomendações internacionais determinam que se o pulso e os sinais de circulação estiverem ausentes, ou se houver dúvidas, as compressões torácicas devem ser iniciadas imediatamente. Neste sentido, se faz necessário adotar uma sequência de ações, que convergem com a realização de 30 compressões torácicas, seguida de duas ventilações, representando um ciclo de 30x2, em uma velocidade mínima de 100 a 120 compressões/minuto. Deve-se ainda, comprimir cerca de 5cm a 6cm, permitindo o retorno total do tórax à posição inicial. Seguindo essa diretriz, as compressões devem ser aplicadas de forma rápida, forte e rítmica, a fim de gerar um fluxo sanguíneo por aumento da pressão intratorácica ou por compressão direta ao coração. A localização correta da região de compressão torácica é muito importante para garantir sua eficiência.³⁻⁴

Considerando-se que a realização da sequência de ações após a identificação de uma PCR são determinantes na sobrevida com bom prognóstico neurológico das vítimas em PCR, os dados encontrados neste estudo são alarmantes, uma vez que quase metade não conhecia a sequência correta de atendimento após a identificação de uma PCR. Estudo realizado por Moraes e Paiva¹⁰ demonstrou que cerca de 70% dos profissionais da ESF são capazes de identificar adequadamente uma PCR, contudo foram identificadas falhas significativas na sequência de atendimento.

No que diz respeito à oferta de ventilações à pessoa em situação de PCR, após a realização das trinta compressões, duas ventilações pulmonares devem ser realizadas, contudo as pausas para para realização das ventilações não devem exceder 10segundos. A duração de cada ventilação deve ser de um segundo e observar a elevação torácica. As ventilações artificiais podem ser aplicadas boca a boca, boca-dispositivo de barreira ou por um dispositivo bolsa-válvula-máscara (Ambu).¹⁷

Esse mesmo percentual reduzido de acertos, foi identificado quanto ao conhecimento das (os) enfermeiras (os) sobre o reconhecimento dos ritmos cardíacos evidenciados em uma PCR, tais como as situações específicas a serem operadas frente à utilização de um DEA e os ritmos cardíacos considerados sensíveis ao choque por um desfibrilador, durante uma PCR.¹⁸

De acordo com o Guideline da AHA⁴ os ritmos que podem ocasionar uma PCR incluem: fibrilação ventricular (FV), taquicardia ventricular sem pulso (TVSP), atividade elétrica sem pulso (AESP) e assistolia. Nesse estudo a predominância de assertivas, corrobora com o resultado encontrado no estudo desenvolvido com 11 enfermeiras (os) de um hospital municipal de São Paulo, que demonstrou que 66% tinham conhecimento adequado sobre a identificação dos ritmos de PCR.⁵

A maioria das vítimas de PCR apresenta ritmo cardíaco de FV ou TVSP. Para essas vítimas, os elementos iniciais do SBV são as compressões torácicas e a desfibrilação precoce. Entretanto, assim que do DEA estiver disponível, este

passa a ser a prioridade de uso, uma vez que estes ritmos exigem a administração de choques, ou seja, cargas de desfibrilação de alta energia não sincronizadas.^{4,15}

No que diz respeito ao uso do Desfibrilador Externo Automático (DEA), é evidenciado que em hospitais ou instituições com DEA, a RCP deve ser iniciada imediatamente e realizada a desfibrilação assim que o aparelho estiver disponível. A maioria dos monitores cardíacos portáteis apresenta multifuncionalidade, permitindo a monitoração do ritmo cardíaco, a desfibrilação, a cardioversão sincronizada e ainda a estimulação elétrica por meio de marca-passo transcutâneo.³⁻⁴ No entanto, nem todas as unidades estão equipadas com esse dispositivo, a exemplo das unidades de saúde que foram pesquisadas, nas quais atuam as enfermeiras (os) deste estudo.

Dessa forma, compreende-se que a enfermeira (o) é uma profissional extremamente importante no atendimento frente a uma PCR, sobretudo na Atenção Primária a Saúde (APS), sem medir esforços para reanimar o indivíduo com parada, devendo estar apta para reconhecer quando o indivíduo está evoluindo para PCR e rapidamente avaliar e reanimar. Para tanto, é indispensável o investimento em cursos, tanto teórica e práticos.¹⁰

Observou-se nesse estudo que a maioria das enfermeiras possuíam curso de SBV. O Curso de SBV é o conjunto de medidas e procedimentos técnicos que objetivam o suporte de vida à vítima. O SBV é vital até a chegada do SAMU. O objetivo principal é não agravar lesões já existentes ou gerar novas lesões iatrogênicas. Um rápido e adequado atendimento proporciona até 80% de chance de sobrevivência.³⁻⁴

Por isso se faz tão importantes cursos na área, pois a diferença entre vida e morte muitas das vezes está na mão da enfermeira (o), fazer essa diferença é um dever de todo profissional de saúde, aprimorar a técnica e está sempre se atualizando é de vital importância em um atendimento a uma vítima de PCR.

Em suma, as enfermeiras (os) devem procurar se atualizar e capacitar por meio de cursos direcionados para esta temática. Os cursos de SBV e SAV são oferecidos regularmente no Brasil, sob a permissão e supervisão da AHA. Eles propiciam conhecimento com tecnologia adequada e certificação da atuação dos profissionais. Fornecem a padronização das condutas na Reanimação Cardiopulmonar, favorecendo assim, a adoção de linguagem única dos profissionais de saúde para executar as manobras com eficácia.¹⁹ Contudo, Kardon-Edgren et al²⁰ descrevem que, como a parada cardíaca é um evento incomum na maioria dos ambientes, a utilização das habilidades é pouco frequente, o que acentua a perda de conhecimento teórico e de habilidades práticas por parte das enfermeiras que atuam na APS.

Conclusão

Este artigo analisou o conhecimento de enfermeiras (os) que atuam na ESF, sobre o SBV, frente a PCR. Em suma, o conhecimento teórico satisfatório foi relacionado ao reconhecimento de sinais clínicos a serem avaliados por um socorrista em ambiente pré-hospitalar. Reconheceram adequadamente a avaliação do nível de consciência de uma vítima em PCR, verificação do pulso da vítima, sequência da RCP em adultos caso fosse possível garantir ventilações e a profundidade mínima das compressões.

Apresentaram conhecimento teórico abaixo do desejado no que tange a sequência padronizada da cadeia de sobrevivência a ser estabelecida no caso de

uma PCR e o local adequado da posição das mãos e realização das compressões torácicas em indivíduos adultos.

Pouco mais da metade das profissionais, conheciam a sequência de procedimentos/ações a serem adotados, após uma avaliação inicial; o reconhecimento dos ritmos cardíacos evidenciados em uma PCR; as situações específicas a serem operadas frente à utilização de um DEA e os ritmos cardíacos considerados sensíveis ao choque por um desfibrilador, durante uma PCR.

O estudo identificou a produção do cuidado primário em situações de urgência e emergência está abaixo do esperado, embora a maioria tenha tido acesso a algum curso de capacitação é possível afirmar que o número reduzido de acertos em alguns pontos do questionário esteja relacionado à diminuição do número de PCR neste cenário.

Após a aplicação dos questionários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF), pode-se perceber a necessidade constante de treinamentos voltado para o suporte básico de vida (SBV) para enfermeiras (os) que atuam na porta de entrada do SUS, uma vez que mesmo sendo capazes de identificar uma PCR, não conseguem proceder corretamente o protocolo instituído pela AHA.

Dar maior probabilidade de vida a um paciente em PCR e conhecer os protocolos de SBV é função de todo profissional de saúde, independente do cenário em que esteja atuando, havendo maior necessidade de investimento por parte dos gestores para oferecer recursos e treinamentos em simulação realística a estes profissionais com vistas a qualidade no atendimento aos usuários do SUS.

O cuidado adequado a uma pessoa em situação de PCR é inerente a atuação de toda enfermeira (o) que atua na ESF; quais as ações realizadas diante de uma PCR e se é oferecido educação continuada em relação ao SBV na APS, levando em consideração a visão e subjetividade das profissionais que realizam a assistência, é função de todos que estão envolvidos no cuidado seguro ao paciente.

Referências

1. Ministério da Saúde. Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no País- Portal Brasil. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>>. Acesso em: 07 janeiro 2020.
2. Gonzalez MM. et al. Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol., v. 101, n. 2, São Paulo Aug., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013003600001>. Acesso em: 10 dezembro 2019.
3. Bernoche C, Timerman S, Polastri TF, Giannetti NS, Siqueira AWS, Piscopo A et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. Arq Bras Cardiol. 2019; 113(3):449-663. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2019/atualizacao-da-diretriz-de-ressuscitacao-cardiopulmonar-e-cuidados-cardiovasculares-de-emergencia-da-sociedade-brasileira-de-cardiologia-2019.asp>. Acesso em: 08 janeiro 2020.
4. AHA- American Heart Association. Destaques do American Heart Association 2015, Atualização das Diretrizes de RPC e ACE, 2015. Disponível em:

- < <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf> >. Acesso em: 15 dezembro 2019.
5. Silva RM, Silva BA, Silva FJ, Amaral CF. Ressuscitação cardiopulmonar de adultos com parada cardíaca intra-hospitalar utilizando o estilo Utstein. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 2016;28(4):427-435. Acesso em 07 janeiro 2020.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf >. Acesso em: 08 janeiro 2020.
 7. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> >. Acesso em: 08 novembro 2019.
 8. Barra PV, et al. O papel do enfermeiro diante de uma parada cardiorrespiratória em ambiente de trabalho. *Rev Eletr Enferm*. 2011; 2(2):1-9.
 9. Rosa MR. Atuação e desenvolvimento do enfermeiro frente ao cliente/paciente vítima de parada cardiorrespiratória (PCR): revisão de literatura. *Rev Saúde Foco*. 2014; 136-148. Disponível em: http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2014/atua_e_desen_do_e_nfermeiro.pdf. Acesso em 08 jan 2020
 10. Moraes TPR, Paiva EF. Enfermeiros da Atenção Primária em suporte básico de vida. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*, 26(1):9-18, jan./abr., 2017. Doi: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v26n1a3783>.
 11. Vancini-Campanharo CR, et al. Estudo de coorte dos fatores associados à sobrevivência pós-parada cardiorrespiratória. *Sao Paulo Med. J.* [online]. 2015, vol.133, n.6, pp.495-501. Epub Oct 20, 2015. ISSN 1516-3180. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2015.00472607>.
 12. Kelkay MM, Kassa H, Birhanu Z, et al. A cross sectional study on knowledge, practice and associated factors towards basic life support among nurses working in amhara region referral hospitals, northwest Ethiopia, 2016. *Hos Pal Med Int Jnl*. 2018;2(2):123–130. Doi: 10.15406/hpmij.2018.02.00070.
 13. Kleinman ME, Goldberger ZD, Rea T, Swor RA, Bobrow BJ, Brennan EE, Terry M, Hemphill R, Gazmuri RJ, Hazinski MF, Travers AH. 2017 American Heart Association Focused Update on Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2018 Jan 2;137(1):e7-e13. doi: 10.1161/CIR.0000000000000539.
 14. Barros, FRB, Neto ML. Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimento do enfermeiro baseado nas diretrizes da American Heart Association 2015. *Enferm. Foco* 2018; 9 (3): 13-18.
 15. Gianotto-Oliveira R, Gonzalez MM, Vianna CB, Monteiro Alves M, Timerman S, Kalil Filho R, et al. Survival after ventricular fibrillation cardiac arrest in the Sao Paulo metropolitan subway system: first successful targeted automated external defibrillator (AED) program in Latin America. *J Am Heart Assoc*. 2015;4(10):e002185.
 16. Zuercher M, Hilwig RW, Ranger-Moore J, Nysaether J, Nadkarni VM, Berg MD, et al. Leaning during chest compressions impairs cardiac output and left

ventricular myocardial blood flow in piglet cardiac arrest. *Crit Care Med.* 2010;38(4):1141-6.

17. Almeida A, et al. Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. *Rev Latinoam Enferm.* 2011; 19(2): 261-8.

18. Silva RM, Silva BA, Silva FJ, Amaral CF. Silva RM, Silva BA, Silva FJ, Amaral CF. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2016;28(4):427-435. Doi: 10.5935/0103-507X.20160076

19. Bellan MS, Araujo IIM, Araujo S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. *Rev bras enferm [online].* 2010; 63(6): 1019-27. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600023>

20. Kardong-Edgren SE, Oermann MH, Odom-Maryon T, Ha Y, et al. Comparison of two instructional modalities for nursing student CPR skill acquisition. *Resuscitation.* 2010;81(8):1019-24. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.04.022>.

Autor de Correspondência

Anderson Reis de Sousa

Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. R. Basílio da Gama, 241.CEP: 40110-907. Canela. Salvador, Bahia, Brasil.

son.reis@hotmail.com