

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Tamara Espíndola de Moraes

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Brasília

2022

Tamara Espíndola de Moraes

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Trabalho de Conclusão de Programa
apresentado à Escola Fiocruz de Governo como
requisito parcial para obtenção do título de
especialista em Atenção Básica.

Orientador: Prof. Jonatas Reis Bessa da
Conceição.

Coorientador: Prof. Ferdinan José do Lago.

Brasília

2022

Tamara Espíndola de Morais

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado à Escola de Governo Fiocruz
como requisito para obtenção do título de
Especialista em Atenção Primária à
Saúde do Programa de Residência
Multiprofissional em Atenção Básica.

Aprovado em 09/03/2022.

BANCA EXAMINADORA

Kellen C Gasque

Dr^a Kellen Cristina da Silva Gasque

Membro 1

Aline

Dr^a Aline de Oliveira Costa

Membro 2

JONATAS REIS BESSA DA CONCEIÇÃO

Me. Jonatas Reis Bessa da Conceição

Orientador

FJ

Esp. Ferdinan José do Lago

Co-Orientador

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento teórico dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal sobre Parada Cardiorrespiratória. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva e quantitativa que foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal. A coleta de dados se deu através de um questionário previamente elaborado e validado de acordo com o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), objetivo e de múltipla escolha, direcionado aos profissionais da saúde atuantes nesse local que consentiram com a pesquisa. **Resultados:** Identificou-se um déficit de conhecimento referente ao entendimento dessa amostra sobre Parada Cardiorrespiratória e Suporte Básico de Vida. O despreparo dos profissionais sobre a temática é um aspecto preocupante para a saúde pública e para o cuidado ao paciente e comunidade. Os resultados expostos fundamentam a necessidade de uma providência referente à educação continuada e treinamento sobre o atendimento de PCR.

Palavras-chave: Parada Cardíaca. Reanimação Cardiopulmonar. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To assess the theoretical knowledge of professionals from a Basic Health Unit in Distrito Federal about Cardiopulmonary Arrest. **Methods:** This is a descriptive and quantitative research that was carried out in a Basic Health Unit in Distrito Federal. The data were collected through an objective, multiple-choice questionnaire previously prepared and validated according to the Content Validity Coefficient (CVC), aimed at health professionals working in this location who consented to the research. **Results:** A knowledge deficit was identified regarding this sample's understanding about Cardiopulmonary Arrest and Basic Life Support. The professionals' unpreparedness on the subject is a worrying aspect for public health and for patient and community care. The results shown support the need for action regarding continuing education and training on CPR.

Keywords: Heart Arrest. Cardiopulmonary Resuscitation. Primary Health Care. Health Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Gráfico comparativo de IVC dentre Juízes e População Alvo.....	13
Ilustração 2 – Gráfico de Categorias da Amostra.....	14
Ilustração 3 – Gráfico Comparativo de Médias e Medianas.....	15

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Porcentagem de erros e acertos de cada questão.....17

Tabela 2 – Porcentagem das questões de opinião e informações dos participantes.....18

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 MÉTODO	11
2.1 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	11
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	22
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	26

1 INTRODUÇÃO

Os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, foram elaborados para melhorar o contato direto dos usuários com os serviços de saúde, sendo a principal porta de entrada do sistema e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (1). Segundo o Ministério da Saúde, entende-se como APS o conjunto de ações de saúde individuais ou coletivas, incluindo a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (2).

Na APS, a equipe básica recomendada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) e, dependendo do município, conta também com o apoio de profissionais da equipe de saúde bucal, saúde mental e reabilitação (3).

De acordo com a Portaria nº 1.600 do Ministério da Saúde (MS) de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), é garantido o acesso e acolhimento de casos agudos por todas as portas de entrada do sistema, monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção, além da qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS (4).

É de ciência comum que os eventos de urgência e emergência chegam a qualquer nível de atenção da rede de atenção à saúde, seja por incidentes no domicílio ou em vias públicas (2). Segundo esse contexto, foi estabelecido como elemento de atendimento pré-hospitalar fixo, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatórios especializados e unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências (5).

Parada cardiorrespiratória (PCR) é uma situação clínica de emergência na qual se, não revertida em tempo, pode acarretar a morte do indivíduo. Trata-se de um episódio decorrente de uma alteração na função elétrica do coração, dessa forma, bombeando de maneira insuficiente, promovendo fibrilação e taquicardia ventriculares, assistolia ou atividade elétrica sem pulso (AESP) (6).

Utiliza-se de manobras de Reanimação Cardiopulmonar (RCP) para a reversão da PCR, sendo o conjunto de medidas destinadas a preservar a circulação de sangue oxigenado ao cérebro e a outros órgãos vitais, proporcionando a manutenção transitória das funções sistêmicas até que o retorno da circulação espontânea permita o restabelecimento da homeostase. Além do mais, o tempo é um fator de grande importância, estima-se que, a cada minuto em PCR, 10% da probabilidade de reversão da situação é perdida (7).

O Suporte Básico de Vida (SBV) é a base para salvar vidas em uma PCR e sua eficácia depende da instituição de uma ordem de ações conhecida como “cadeia de sobrevivência”, que compreendem: reconhecimento da PCR e acionamento do serviço médico de emergência, reanimação cardiopulmonar imediata de alta qualidade, rápida desfibrilação, suporte avançado de vida eficaz e cuidados pós-PCR adequados (1).

Ainda com todo o progresso no que diz respeito a prevenção e ao tratamento, anualmente no Brasil, inúmeras vidas são perdidas decorrentes de parada cardiorrespiratória. Conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia, ocorrem aproximadamente 200.000 casos por ano, dos quais metade acontecem em ambiente intra-hospitalar e a outra metade em ambientes extra-hospitalar (2).

De acordo com o MS, o cenário encontrado na atenção às urgências, no atual contexto do SUS, expõe um baixo investimento na qualificação e educação permanente dos profissionais

de saúde, ocasionando um descompromisso e desqualificação profissional progressivo (5).

A APS é caracterizada como a principal porta de entrada para os usuários, dessa forma ressalta a necessidade da capacitação dos profissionais de saúde que a compõe para prestar os cuidados imediatos ainda no local da emergência, até a chegada do suporte avançado de vida (6).

A última atualização da *American Heart Association 2020*, expressa que todos os profissionais da saúde devem concluir um curso de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC) para adultos ou equivalente, enfatizando a importância de um reconhecimento precoce e compressões de qualidade, sendo necessário e de relevância, avaliar o conhecimento dos profissionais lotados em UBS mediante uma situação de PCR, já que são consideradas porta de entrada principal na rede de atenção e muitas vezes acabam lidando com situações de urgência e emergência.

A partir dessas considerações, este estudo pretende avaliar se os profissionais da APS possuem o conhecimento teórico necessário para uma intervenção correta e eficaz mediante à uma situação PCR.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e quantitativa que foi realizada numa UBS do Distrito Federal (DF). A coleta de dados se deu através de um questionário previamente elaborado e validado, objetivo e com questões de múltipla escolha (Apêndice A), direcionado aos profissionais da saúde atuantes nesse local que consentiram com a pesquisa. Foram incluídos todos os profissionais de saúde que estavam presente na unidade no momento da coleta de dados. Foram excluídos da pesquisa os profissionais de saúde que se encontravam ausentes do local da coleta de dados, seja por abono, férias, atestado médico e afins.

Os participantes foram entrevistados, elucidados quanto a pesquisa e os que desejaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em conformidade com a Resolução nº466/2012 (Apêndice B) e tiveram o tempo de 20 a 30 minutos para responder o questionário sem utilizar qualquer meio de consulta.

Essa pesquisa foi previamente submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa CEP/FEPECS, com Parecer de número: 5.146.480, aprovado em 05/12/2021.

2.1 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

Foi desenvolvido um questionário como instrumento de avaliação, composto de 15 questões objetivas, sendo 12 questões embasadas nas diretrizes da *American Heart Association 2020* com ênfase no atendimento extra-hospitalar adulto e 3 questões referentes à opinião dos participantes sobre a relevância do tema, se já haviam realizado algum curso relacionado ao SBV e, se sim, há quanto tempo ocorreu o curso.

Primeiramente, questionário foi submetido à avaliação de 3 juízes especialistas composto por uma Enfermeira especialista em ESF, um Enfermeiro especialista do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do DF (SAMU-DF) e uma Médica especialista em ESF e do Corpo de Bombeiros Militar do DF (CBMDF). Os juízes avaliaram cada questão, julgando-as de 1 a 5, onde 1 correspondia a péssima, 2- ruim, 3- regular, 4- bom e 5- excelente em relação à Clareza, Pertinência e Relevância de cada alternativa. Os juízes também tiveram espaço para julgar as alternativas corretas, opinar sobre as questões e sugerir alterações. A partir disso, foi realizado o cálculo do Índice de Validade do Conteúdo (IVC) dos juízes, utilizando a fórmula de IVC = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de respostas "3", "4" ou "5"}}{\text{n}^\circ \text{ total de respostas}}$, segundo Coluci (8).

O segundo passo foi aplicar o instrumento como pré-teste em uma população alvo, população essa composta por indivíduos com características similares da amostra da UBS onde, de fato, o questionário foi utilizado para avaliação. O pré-teste contou com 15 participantes aleatórios, dentre eles enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, cirurgiões dentistas e profissionais de educação física. Os participantes da população alvo responderam ao questionário julgando as alternativas corretas e também puderam qualificar quanto a Clareza, Pertinência e Relevância.

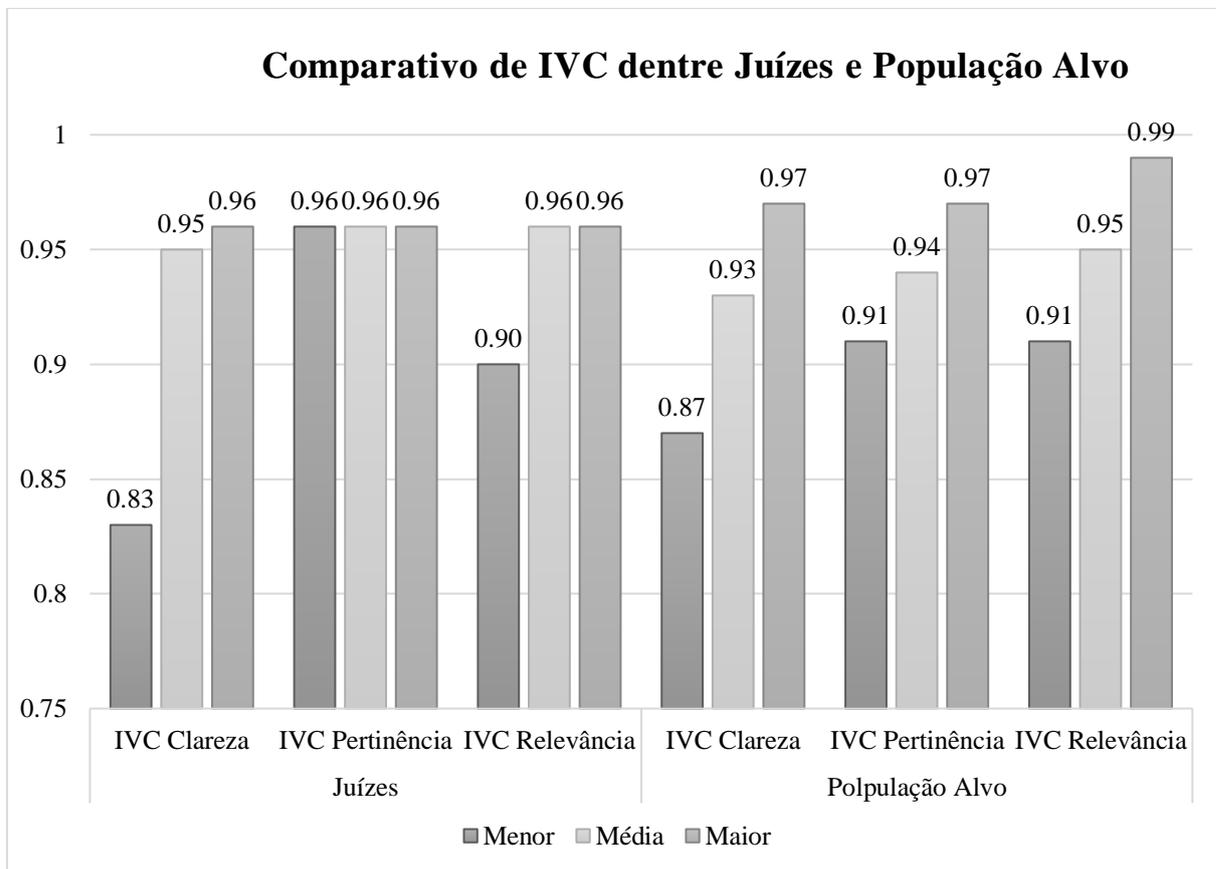
Conforme a avaliação dos Juízes, a concordância da Clareza apresentou IVC de 0,95, variando como nota mínima 0,83 e ainda sim, se mantendo acima da nota mínima aceitável de 0,80 segundo Coluci (8) e nota máxima de 0,96. Sobre Pertinência, a concordância demonstrou IVC de 0,96 sem variações. Por fim, a concordância da Relevância apresentou IVC de 0,96 com nota mínima de 0,90 e máxima de 0,96.

Segundo o julgamento da População Alvo, a concordância da Clareza apresentou IVC de 0,93 com variação entre 0,87 a 0,97. Pertinência mostrou concordância de IVC de 0,94

com variação entre 0,91 a 0,97, e a concordância da Relevância demonstrou IVC de 0,95 variando entre 0,91 e 0,99.

De acordo com a Ilustração 1, a relação do IVC dos juízes com a população alvo, evidencia todos os índices acima de 0,80 portanto, o instrumento se demonstrou valido em termos de conteúdo usado e dispôs dos atributos psicométricos adequados para aplicação e avaliação do conhecimento de profissionais da APS sobre PCR e RCP.

Ilustração 1. Gráfico Comparativo de IVC dentre Juízes e População Alvo

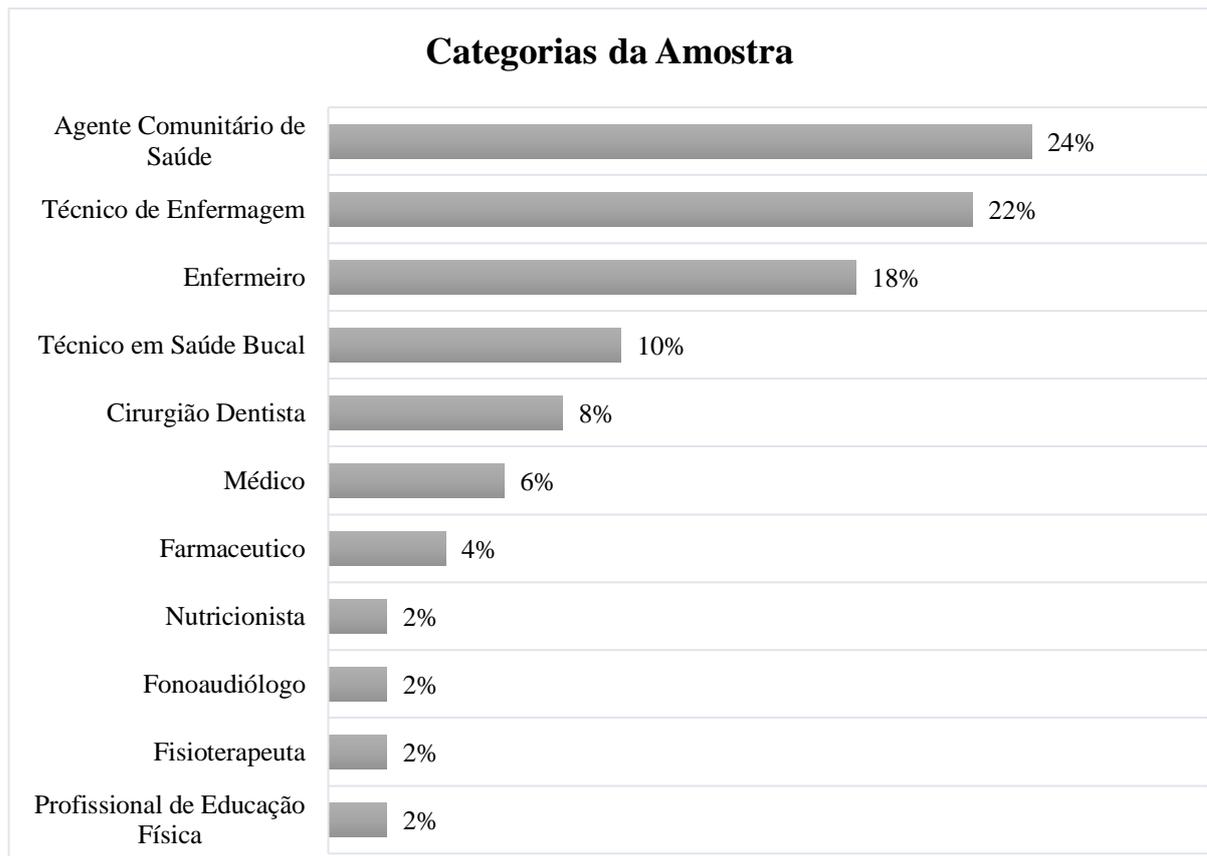


Fonte: elaborado pela autora.

Seguindo para a aplicação do instrumento na UBS, no total, a amostra por conveniência foi de 50 profissionais de saúde, onde 24 % correspondem a ACS, 22% Técnicos

de Enfermagem, 18% Enfermeiros, 10% Técnicos em Saúde Bucal, 8% Cirurgiões Dentistas, 6% Médicos, 6% Farmacêuticos, 2% Profissionais de Educação Física, 2% Fisioterapeutas, 2% Fonoaudiólogo e 2% Nutricionistas, como demonstra a Ilustração 2.

Ilustração 2. Gráfico das Categorias da Amostra



Fonte: elaborado pela autora.

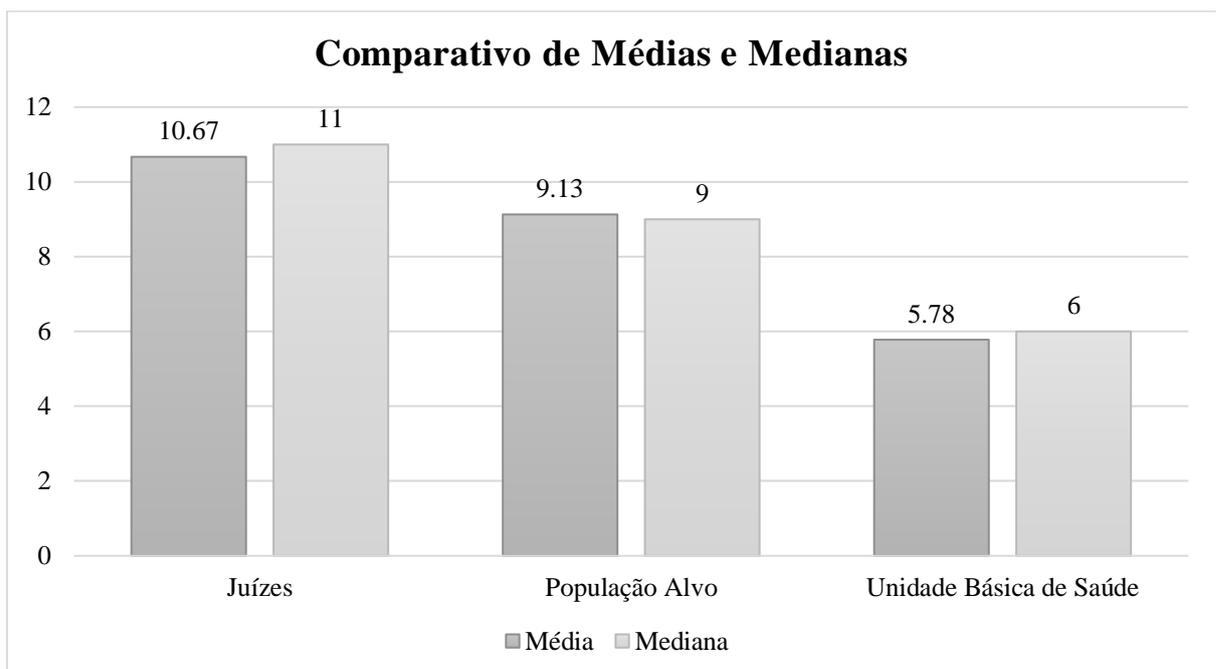
Após a coleta de dados, as informações foram tabuladas no *Microsoft Excel 2019* de forma aleatória e anônima, atribuindo a letra “P” e enumerando de 1 a 50 cada questionário. Foi dado nota 1 para cada acerto e 0 para cada alternativa incorreta. Em seguida, realizou-se a somatória de acertos de cada participante, considerando “aprovado” aqueles que apresentaram nota igual ou superior a 6 e “reprovado” os que apresentaram nota igual ou inferior a 5. Apenas 27 participantes (54%) foram considerados aprovados e 23 (46%) reprovados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao calcular a média e mediana dos participantes, obteve-se média de 5,78 e mediana de 6, indicando que a média dos participantes se manteve abaixo da nota de corte esperada. Ainda que a mediana apresentada seja igual a nota de corte, considera-se um valor aquém do esperado para profissionais da saúde, ainda mais quando confrontado com a média e mediana dos Juízes e População Alvo.

Esse cálculo também foi realizado com os Juízes e População alvo a título de comparação de médias e medianas, conforme a Ilustração 3, os Juízes especialistas apresentaram média de 10,67 e mediana de 11, a População Alvo apresentou média de 9,13 e mediana de 9, mantendo-se assim, acima da nota de corte esperada e consequentemente projetando perspectivas sobre os valores esperados na aplicação do instrumento de fato, que não foram alcançadas.

Ilustração 3. Gráfico Comparativo de Médias e Medianas



Fonte: elaborado pela autora

Avaliando cada questão do instrumento isoladamente, na primeira questão, 66% dos participantes julgaram que sua primeira conduta mediante uma situação de PCR seria avaliar a segurança do local e sua.

Na segunda alternativa, apenas 40% dos participantes consideraram identificar a responsividade de uma vítima de PCR tocando-a realizando estímulo doloroso a nível dos ombros, chamando-a de forma alta e clara. Na terceira pergunta, 38% dos profissionais verificariam o pulso carotídeo e respiração simultaneamente em até 10 segundo na identificação de uma PCR. Em seguida na quarta questão, 80% dos participantes acionariam o serviço médico de urgência e iniciariam as compressões após a confirmação de uma PCR. Na quinta alternativa, apenas 48% dos profissionais julgaram corretamente a relação compressão x ventilação de 30 compressões torácicas para 2 ventilações.

Em seguida, somente 38% dos participantes julgaram corretamente a frequência por minuto das compressões, de 100 a 120 compressões por minuto. Na sétima pergunta, 50% acertaram a profundidade adequada das compressões de qualidade, de pelo menos 5cm, não ultrapassando 7cm. Na oitava alternativa, apenas 48% julgaram permitir o retorno total do tórax em relação ao retorno da parede torácica pela descompressão na reanimação cardiopulmonar.

Na sequência, supondo a presença do Desfibrilador Externo Automático, 56% dos profissionais afirmaram ligar o equipamento e esperar por instruções enquanto alguém continua com as compressões. Na décima questão, 48% dos participantes acertaram os ritmos chocáveis indicados pelo DEA, sendo eles Fibrilação Ventricular e Taquicardia Ventricular sem Pulso. Em seguida, apenas 32% julgaram corretamente a próxima conduta quando o DEA não indica choque, que seria uma nova avaliação do pulso e respiração da vítima.

Por fim, apenas 30% dos participantes julgaram corretamente a sequência da cadeia

de sobrevivência estipulada pela AHA 2020 para PCR extra-hospitalar em adultos, sendo o Acionamento do serviço médico de emergência, RCP de alta qualidade, Desfibrilação, Ressuscitação avançada, Cuidados pós-PCR e Recuperação. Ainda, evidenciando essa questão com a menor porcentagem de acertos no geral.

Na Tabela 1, é possível visualizar a porcentagem erros e acertos em cada questão e o Apêndice A demonstra o questionário que foi utilizado como instrumento de forma íntegra.

Tabela 1. Porcentagem de erros e acertos de cada questão.

Questão 1- Numa situação em que se encontra uma possível vítima de parada cardiorrespiratória, qual deveria ser a sua primeira conduta?	66% de acertos	34% de erros
Questão 2- Como você identificaria a responsividade de uma possível vítima de PCR?	40% de acertos	60% de erros
Questão 3- Como deve ser feita a avaliação do pulso e respiração na identificação da PCR?	38% de acertos	62% de erros
Questão 4- Após a identificação da PCR, qual deverá ser a sua próxima conduta?	80% de acertos	20% de erros
Questão 5- Qual deverá ser a relação Compressão X Ventilação quando há outro socorrista e o dispositivo de ventilação bolsa-valva-máscara (BVM)?	48% de acertos	52% de erros
Questão 6- Qual a frequência por minuto das compressões torácicas?	38% de acertos	62% de erros
Questão 7- Qual deve ser a profundidade adequada das compressões de qualidade?	50% de acertos	50% de erros
Questão 8- Em relação ao retorno da parede torácica pela decompressão na ressuscitação cardiopulmonar (RCP), o profissional deve:	48% de acertos	52% de erros
Questão 9- Na presença do desfibrilador externo automático (DEA), qual deverá ser a primeira conduta?	56% de acertos	44% de erros
Questão 10- Quais são os ritmos cardíacos indicados para choque pelo DEA?	48% de acertos	52% de erros
Questão 11- Quando o desfibrilador externo automático não indica choque, qual conduta deve ser seguida?	32% de acertos	68% de erros
Questão 12- Qual é a sequência correta da cadeia de sobrevivência estipulada pela AHA 2020 para parada cardiorrespiratória extra hospitalar em adultos?	30% de acertos	70% de erros

Fonte: elaborado pela autora.

As 3 últimas questões do instrumento, visavam coletar informações e opiniões dos participantes, apenas 40% afirmaram realização de algum curso relacionado ao SBV. Dentre esses 40%, 85% realizaram o curso há mais de 4 anos, presumivelmente possuem alguns conhecimentos desatualizados, já que as Diretrizes da *American Heart Association* são revisadas e atualizadas periodicamente a cada 5 anos. Do total da amostra, 98% julgaram o tema abordado relevante e manifestaram interesse em cursos e educação permanente sobre o levantamento, como é possível visualizar na Tabela 2.

Tabela 2. Porcentagem das questões de opinião e informações dos participantes.

Questão 13- Você já fez algum curso relacionado à Suporte Básico de Vida?		
60% Sim		40% Não
Questão 14- Se resposta anterior “SIM”, há quanto tempo foi realizado esse curso?		
85% há mais de 4 anos	10% há mais de 3 anos	5% há 1 ano
Questão 15- Você possui interesse e julga relevante realizar cursos e educação permanente sobre o tema abordado nesse questionário?		
98% Sim		2% Não

Fonte: elaborado pela autora.

Baseado nas assertivas apreciadas, pôde-se observar um resultado abaixo do esperado (ponto de corte) no conhecimento referente ao entendimento dessa amostra sobre PCR e SBV. O despreparo dos profissionais sobre a temática é um aspecto preocupante para a saúde pública e para o cuidado ao paciente e comunidade. Os resultados expostos podem sugerir a necessidade de uma providência referente à educação permanente e treinamento sobre o atendimento de PCR (7).

A assistência às urgências, inclusive à PCR, está intrínseca na prática profissional de saúde e carece de treinamento periódico. Prover capacitação aos profissionais da APS para uma abordagem adequada e RCP de qualidade é reconhecer o verdadeiro valor do fornecimento de uma assistência integral, independentemente do ambiente de cuidado ou do nível de atenção.

Na ausência de ciência e treinamento mínimo para a sistematização de um atendimento efetivo a uma PCR, as falhas tornam-se crescentes, acompanhadas de iatrogenias como consequência (9).

É fato que o coeficiente tempo é determinante para o prognóstico de uma vítima de PCR, juntamente com a implementação hábil e eficaz das compressões de qualidade, fortalecendo ainda mais a imprescindibilidade do preparo técnico e psicológico dos profissionais de saúde, para que a abordagem inicial seja tomada de forma eficiente, podendo reduzir os impactos negativos na sobrevivência da vítima.

A APS é a base da assistência à saúde. Os casos PCR não são recorrentes nesses locais, mas apresentam risco de vida eminente. Uma resposta rápida e apropriada para esses eventos é crucial para a sobrevivência da vítima. Essa resposta inclui possuir o conhecimento, complacência e preparo para realizar uma RCP apropriada. É imprescindível a tomada de providências para retificar esta situação (10).

Quanto as limitações desse estudo, é notório que as alternativas de múltipla escolha puderam induzir o participante ao “chute” e ao não fornecimento de respostas precisas. E, por mais que haja a diferenciação entre as categorias da amostra por conveniência entre profissionais de nível médio e superior, todos são considerados profissionais da saúde e devem deter esse tipo de conhecimento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As UBS são tidas como portas de entrada do sistema de saúde. As situações de urgência surgem e demandam preparo dos profissionais ali lotados, profissionais esses que muitas das vezes não se encontram devidamente preparados para prestar tal assistência.

Mesmo que essas situações não sejam cotidianas, o profissional atuante na APS tem o compromisso de prestar um atendimento apropriado às vítimas de PCR, já que o seu manejo adequado interfere significativamente no prognóstico da vítima, e esta é uma atividade que está intrínseca em sua prática profissional.

Os resultados deste estudo sugerem a implementação de cursos e treinamentos para aprimorar o conhecimento e as habilidades dos profissionais da APS sobre PCR e RCP, uma vez que a própria amostra julgou o tema relevante e se mostrou interessada em realizar capacitações.

Também se espera que este estudo possa contribuir para novas pesquisas sobre a temática, já que houve dificuldade tanto na busca de artigos nacionais atualizados referentes a APS e PCR, quanto para encontrar um instrumento atual para a avaliação, uma vez que as diretrizes da *American Heart Association* são revisadas e atualizadas a cada 5 anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Moraes TPR, Paiva EF. Enfermeiros da Atenção Primária em suporte básico de vida. *Revista de Ciências Médicas Campinas*, [Internet]. 2017 [Acesso em 8 abr 2021], 26(1):9-18. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/3783>

- 2 Santos JR. A abordagem da equipe de enfermagem do protocolo de para cardiorrespiratória na unidade básica de saúde. *Revista Científica de Enfermagem*, [Internet]. 2018 [Acesso em 8 abr 2021], 8(22):34-41. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/151>

- 3 Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [Internet]. 2010 [Acesso em 28 de mai 2021], 44(4):956-61. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pHqBHKf7rKPzgzgrqcD9tt/?format=pdf&lang=pt>

- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.600 de 7 de julho de 2011. *Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html

- 5 Amador SLT, Silva KCPC, Cunha DL, Pissinatti YCP, Santos VA. O conhecimento sobre parada cardiorrespiratória dos enfermeiros que atuam na atenção básica. *Revista Científica de Enfermagem*, [Internet]. 2012 [Acesso em 8 abr 2021], 1(4):16-20. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/33>

- 6 Ferreira MGA, Menezes NGA, Nascimento MNB, Santos RDO, Diniz FR. Importância da capacitação da equipe de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória na Atenção Básica. *Congresso Internacional de Enfermagem Universidade Tiradentes*, [Internet]. 2017 [Acesso em 8 de abr 2021], 1(1):9-12. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/5575>

- 7 Cavalcanti MRRL, Oliveira ADS, Amorim FCM, Almeida CAPL, Morais EJS. Parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar: conhecimento teórico dos enfermeiros da atenção básica. *Brazilian Journal of Development*. (09 out 2019), 05(10): 18682-18694. DOI:10.34117/bjdv5n10-115

- 8 Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. (2015), 20 (3):925-936. DOI: 10.1590/1413-81232015203.04332013

- 9 Junior LEM, Souza FM, Almeida LC, Veloso GGV, Caldeira AP. Avaliação de treinamento em suporte básico de vida para médicos e enfermeiros da atenção primária. *Revista Brasileira de medicina de família e comunidade*. (2016), 11 (38):1-10. DOI: 10.5712/rbmfc11(38)1231

- 10 Einav S, Wacht O, Kaufman N, Alkalay E. Cardiopulmonary arrest in primary care clinics: more holes than cheese: a survey of the knowledge and attitudes of primary care physicians regarding resuscitation. *Israel Journal of Health Policy Research* (2017), 6 (22). DOI: 10.1186/s13584-017-0148-

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Participante, esse questionário foi elaborado com base nas recomendações da *American Heart Association* 2020, com ênfase no atendimento extra-hospitalar **ADULTO**. Após o preenchimento do TCLE, você poderá responder as questões abaixo num período de 20 a 30 minutos sem utilizar qualquer meio de consulta. O entrevistador estará apto a esclarecer quaisquer dúvidas sobre o questionário, TCLE e sobre a pesquisa em que estás participando.

Marque com um “X” a alternativa que julgar correta.

1. Numa situação em que se encontra uma possível vítima de parada cardiorrespiratória, qual deveria ser a sua primeira conduta?

- (A) Gritar por socorro.
- (B) Tirar a vítima do local do acidente.
- (C) Avaliar a segurança do local e a sua.
- (D) Procurar por um desfibrilador externo automático.

2. Como você identificaria a responsividade de uma possível vítima de PCR?

- (A) Tocar levemente na vítima e a chamar pelo nome.
- (B) Tocar a vítima realizando estímulo doloroso a nível dos ombros, chamando-a de forma alta e clara.
- (C) Tocar a vítima com estímulo doloroso a nível dos ombros, não sendo necessário chamá-la.
- (D) Chacoalhar a vítima e gritar pelo nome.

3. Como deve ser feita a avaliação do pulso e respiração na identificação da PCR?

- (A) Verificar o pulso braquial por 5 segundos, em seguida, a respiração por mais 5 segundos.
- (B) Verificar o pulso carotídeo por 10 segundos, em seguida, a respiração por mais 10 segundos.
- (C) Verificar o pulso carotídeo e respiração simultaneamente em até 10 segundos.
- (D) Verificar o pulso braquial e respiração simultaneamente em menos de 5 segundos.

4. Após a identificação da PCR, qual deverá ser a sua próxima conduta?

- (A) Acionar o serviço médico de urgência e iniciar as compressões.
- (B) Iniciar as compressões torácicas.
- (C) Procurar por parentes da vítima.
- (D) Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo.

5. Qual deverá ser a relação Compressão X Ventilação quando há outro socorrista e o dispositivo de ventilação bolsa-valva-máscara (BVM)?

- (A) 30 compressões torácicas/2 ventilações.
- (B) 15 compressões/2 ventilações.
- (C) 30 compressões/1 ventilações.
- (D) 15 compressões/1 ventilação.

6. Qual a frequência por minuto das compressões torácicas?

- (A) 120 a 150 compressões por minuto.
- (B) 100 a 120 compressões por minuto.
- (C) 90 a 100 compressões por minuto.
- (D) Superior a 120 compressões por minuto.

7. Qual deve ser a profundidade adequada das compressões de qualidade?

- (A) De pelo menos 5cm, não ultrapassando 7cm.
- (B) De pelo menos 4cm, não ultrapassando 5cm.
- (C) De pelo menos 6 cm, não ultrapassando 7 cm.
- (D) De exatos 7cm.

8. Em relação ao retorno da parede torácica pela descompressão na ressuscitação cardiopulmonar (RCP), o profissional deve:

- (A) Manter leve compressão no tórax.
- (B) Manter o tórax sempre pressionado.
- (C) Permitir o retorno total do tórax.
- (D) Retirar as mãos do tórax para esperar o retorno do mesmo.

9. Na presença do desfibrilador externo automático (DEA), qual deverá ser a primeira conduta?

- (A) Posicionar as pás no tórax da vítima.
- (B) Ligar o equipamento e esperar por instruções enquanto alguém continua com as compressões.
- (C) Encerrar as compressões.
- (D) Interromper as compressões e manusear o DEA.

10. Quais são os ritmos cardíacos indicados para choque pelo DEA?

- (A) Fibrilação Ventricular e assistolia.
- (B) Assistolia e Atividade Elétrica sem Pulso.
- (C) Fibrilação Ventricular e Taquicardia Ventricular sem Pulso.
- (D) Atividade Elétrica sem Pulso e Taquicardia Ventricular sem Pulso.

11. Quando o desfibrilador externo automático não indica choque, qual conduta deve ser seguida?

- (A) Continuar com as compressões.
- (B) Interromper a Ressuscitação cardiopulmonar.
- (C) Reavaliar o ritmo cardíaco.
- (D) Avaliação do pulso e respiração da vítima.

12. Qual é a sequência correta da cadeia de sobrevivência estipulada pela AHA 2020 para parada cardiorrespiratória extra hospitalar em adultos?

- (A) Acionamento do serviço médico de emergência, RCP de alta qualidade, Desfibrilação, Ressuscitação avançada, Cuidados pós-PCR e Recuperação.
- (B) RCP de alta qualidade, Acionamento do serviço médico de emergência, Desfibrilação, Ressuscitação avançada, Recuperação e Cuidados pós-PCR.
- (C) Ressuscitação avançada, RCP de alta qualidade, Acionamento do serviço médico de emergência, Desfibrilação, Cuidados pós-PCR e Recuperação.
- (D) Acionamento do serviço médico de emergência, RCP de alta qualidade, Ressuscitação avançada, Desfibrilação, Recuperação e Cuidados pós-PCR.

13. Você já fez algum curso relacionado à Suporte Básico de Vida?

- (A) Sim.
- (B) Não.

14. Se resposta anterior “SIM”, há quanto tempo foi realizado esse curso?

- (A) Menos de um ano ou há um ano.
- (B) Há dois anos.
- (C) Há três anos.
- (D) Há mais de 4 anos.
- (E) Não se aplica.

15. Você possui interesse e julga relevante realizar cursos e educação permanente sobre o tema abordado nesse questionário?

- (A) Sim
- (B) Não.

Gabarito

1	C
2	B
3	C
4	A
5	A
6	B
7	A
8	C
9	B
10	C
11	D
12	A

Fonte: Questionário elaborado pela autora baseado nas diretrizes da *American Heart Association 2020*.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



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



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto “AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA APS SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO DF”, sob a responsabilidade da pesquisadora Tamara Espíndola de Moraes, Enfermeira residente no Programa de residência multiprofissional em Atenção Básica pela escola Fiocruz de Governo, da Fundação Oswaldo Cruz (EFG/DIREB/FIOCRUZ), Brasília – DF

O nosso objetivo é avaliar o conhecimento teórico dos profissionais de uma UBS sobre parada cardiorrespiratória por meio de um questionário, tabular os dados, identificar as fragilidades e dificuldades desses profissionais e propor intervenções plausíveis e acessíveis mediante as adversidades analisadas.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará através da assinatura desse termo e preenchimento do questionário, composto por 15 questões objetivas, não sendo permitido a utilização de qualquer meio de consulta. O preenchimento desse questionário será realizado na própria UBS, com tempo disponível de 20 a 30 minutos para realização. A pesquisa será feita no melhor momento tanto para o pesquisador, quanto para o entrevistado, contanto que não choque com os atendimentos e serviços habituais da unidade.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). O seu tratamento seguirá de acordo com o previsto em protocolos da instituição, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, caso não concorde ou desista de participar da pesquisa.

O(A) Senhor(a) pode pensar o tempo que for necessário se deseja ou não participar desta pesquisa, inclusive pode levar este documento para sua casa, para poder decidir. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo nos encontros para responder o questionário. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

O(A) Senhor(a) tem direito a buscar indenização em caso de danos provocados pela pesquisa, ainda que sejam danos não previstos na mesma, porém a ela relacionados.

Considerando que toda pesquisa que envolve seres humanos expressa riscos, esta pesquisa também poderá apresentar, mesmo que em chances mínimas, tais como: invasão de privacidade e quebra do anonimato, discriminação e estigmatização a partir do conteúdo abordado, riscos psicológicos e/ou emocionais,

extravasamento de dados e violação da confidencialidade. Serão tomadas as devidas precauções para minimizar potenciais riscos.

A aplicação do questionário acontecerá em uma sala reservada da unidade, de forma individual, garantindo a liberdade e privacidade do participante durante a coleta de dados. Não haverá nenhum tipo de identificação nominal, nem mesmo de iniciais, no questionário, com o intuito de garantir o anonimato do participante.

É direito do participante ter todas as suas dúvidas esclarecidas sobre a pesquisa conforme a Resolução nº466/2012 e expresso no termo de consentimento livre e esclarecido. Antes da aplicação do questionário, o mesmo será novamente informado e terá eventuais dúvidas elucidadas e reforçadas. A pesquisadora responsável estará durante todo o processo da coleta de dados junto ao participante, se for de sua vontade, afim de evitar qualquer desconforto, para sanar quaisquer dúvidas, além do contato via e-mail, telefone e WhatsApp estarem disponíveis no TCLE. O participante também será informado que o questionário passará por um processo de validação do conteúdo através do IVC (Índice de Validade do Conteúdo), pré-teste com população alvo e será submetido à avaliação das atividades psicométricas, garantindo assim a sua validade, praticabilidade, responsividade, confiabilidade, sensibilidade e interpretabilidade, assim sendo uma forma de minorar a taxa de desconforto ou estigmatização da temática.

Ainda conforme à Resolução nº466/2012, em caso de complicações e danos direto e/ou indiretos decorrentes da pesquisa, o participante tem direito à assistência integral imediata. Porventura de riscos psicológicos e/ou emocionais, a pesquisadora possui obrigação de fornecer o suporte necessário e arcará com as despesas de assistência e indenizações, se forem necessários. O participante também poderá ser direcionado ao suporte psicológico da rede, de preferência à sua Unidade Básica de Saúde de referência, ou, se preferir, também poderá ser encaminhado ao suporte voluntário de psicologia das universidades do Distrito Federal, se for assim sua vontade. Assim como consta no TCLE, o estudo será suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente à mesma, não previsto no termo de consentimento.

Os dados da pesquisa serão analisados e monitorados apenas pela pesquisadora principal, onde serão mantidos em arquivo físico e digital (pen-drive), sob posse da pesquisadora pelo período de 5 após o término da pesquisa. Nenhum dado será armazenado em plataformas virtuais, ambientes compartilhados ou “nuvem”. O computador onde os dados serão processados também são de posse única da pesquisadora. Assim, assegura-se que não haverá qualquer compartilhamento de dados e ainda garante o sigilo das respostas, endossa a confidencialidade e os dados serão utilizados apenas para fins científicos, além da divulgação pública dos resultados.

Por fim, caso ocorra alguma situação fora do previsto pelo TCLE, o sistema CEP/CONEP será acionado.

Os principais benefícios deste trabalho serão as contribuições para a evolução e complemento educacional de todos os participantes desta pesquisa, profissionais da saúde e a população, além de incentivar mais pesquisas voltadas à essa temática.

Os resultados da pesquisa serão divulgados escola Fiocruz de Governo, da Fundação Oswaldo Cruz (EFG/DIREB/FIOCRUZ), Brasília - DF podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Tamara Espíndola de Moraes, telefone: 61981531215 e e-mail: tamara.morais.espindola@gmail.com, ou para Ferdinan José do Lago, telefone: 61992853332 e e-mail: ferdinanlago@hotmail.com ou Jonatas Reis Bessa da Conceição, telefone: 7191748919 e e-mail: jonatas.reisbessa@gmail.com, no horário das 08:00 às 19:00 horas, disponível inclusive, para WhatsApp e para ligação a cobrar.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da

pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS por e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com ou por contato telefônico: (61) 2017 2132 ramal 6878.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará sob a responsabilidade da pesquisadora Tamara Espíndola de Moraes e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, 24 de novembro de 2021