

**SUORTE BÁSICO DE VIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA****BASIC LIFE SUPPORT IN PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW****SOPORTE VITAL BÁSICO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA**Angélica de Cássia Bitencourt<sup>1</sup>, Giseli Mendes Rennó<sup>2</sup>

**Como citar este artigo:** Bitencourt AC, Rennó GM. Suporte básico de vida na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2023 [acesso em: \_\_\_\_]; 12(1):e202363. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v12i1.5288>

**RESUMO**

**Objetivo:** Conhecer a produção científica sobre o Suporte Básico de Vida na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Revisão integrativa da literatura; foram incluídos artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, que abordassem a temática Suporte Básico de Vida na Atenção Primária à Saúde, disponíveis em português, inglês ou espanhol, publicados entre os anos de 2000 e 2020, disponíveis online nas bases de dados: LILACS, BDNF e MEDLINE. **Resultados:** As buscas levaram ao encontro de 14 artigos. Os artigos evidenciaram o conhecimento insatisfatório dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, além de falta de habilidade prática para a assistência. Vários estudos apontaram para a necessidade de disponibilização de educação permanente em Reanimação Cardiopulmonar. Constatou-se a falta de vários materiais e equipamentos para o Suporte Básico de Vida. **Conclusões:** É necessária a capacitação dos profissionais da saúde, além de melhor fornecimento e adequado armazenamento dos insumos necessários para a reanimação cardiopulmonar.

**Descritores:** Suporte Básico de Vida; Reanimação Cardiopulmonar; Atenção Primária à Saúde.

<sup>1</sup> Enfermeira pela Faculdade Wenceslau Braz (2020), Itajubá, MG. Residente do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas de Itajubá, Minas Gerais. E-mail: [angelicabitencourt@gmail.com](mailto:angelicabitencourt@gmail.com) Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3516-9688>

<sup>2</sup> Enfermeira pela Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (2008). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (2016), docente na Faculdade Wenceslau Braz (FWB), Itajubá, MG, Brasil. E-mail: [giselirenn@hotmail.com](mailto:giselirenn@hotmail.com) Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-7359-4239>

## ABSTRACT

**Objective:** To know the scientific production on Basic Life Support in Primary Health Care. **Method:** Integrative literature review, including articles published in national and international journals that addressed the theme Basic Support of Life in Primary Health Care, available in Portuguese, English or Spanish, published between the years 2000 and 2020, available online in the databases: LILACS, BDNF and MEDLINE. **Results:** The searches led to 14 articles. The articles showed the unsatisfactory knowledge of Primary Health Care professionals, in addition to a lack of practical skills for assistance. Several studies have pointed to the need to provide permanent education in Cardiopulmonary Resuscitation. There was a lack of various materials and equipment for Basic Life Support. **Conclusion:** It is necessary to train health professionals, in addition to better supply and adequate storage of the necessary supplies for cardiopulmonary resuscitation.

**Descriptors:** Basic Life Support; Cardiopulmonary resuscitation; Primary Health Care.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la producción científica sobre Soporte Vital Básico en Atención Primaria de Salud. **Método:** Revisión integrativa de la literatura, se incluyeron artículos publicados en revistas científicas nacionales e internacionales que abordaron el tema Soporte Vital Básico en Atención Primaria de Salud., Disponible en Portugués, Inglés o español, publicado entre 2000 y 2020, disponible online en las bases de datos: LILACS, BDNF y MEDLINE. **Resultados:** Las búsquedas dieron lugar a 14 artículos. Los artículos evidenciaron el conocimiento insatisfactorio de los profesionales de Atención Primaria de Salud, además de una falta de habilidades prácticas para la asistencia. Diversos estudios han señalado la necesidad de impartir formación permanente en Reanimación Cardiopulmonar. Faltaban varios materiales y equipos para el soporte vital básico. **Conclusión:** Es necesario capacitar a los profesionales de la salud, además de un mejor suministro y almacenamiento adecuado de los insumos necesarios para la reanimación cardiopulmonar.

**Descriptor:** Apoyo Vital Básico; Reanimación Cardiopulmonar; Atención Primaria de Salud.

## INTRODUÇÃO

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva de rede de atenção é uma estratégia de superação do modelo fragmentado de operar a assistência e a gestão da saúde.<sup>1</sup>

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) dizem respeito aos serviços e ações que intervêm nos processos de saúde-doença com o auxílio de recursos tecnológicos, logísticos e de gestão para assegurar a integralidade do cuidado e melhorar o

acesso, a equidade e a eficácia proposta no SUS.<sup>2</sup>

Portanto, os níveis de atenção estruturam-se por meio de arranjos produtivos ajustados segundo as densidades tecnológicas, variando do nível de menor, intermediária e maior densidade tecnológica, os quais consecutivamente: Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção secundária à saúde e Atenção terciária à saúde.<sup>3</sup>

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica foi estruturada para ser

a porta de entrada do Sistema de Saúde, intervindo a partir de um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que abrangem a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Nesse contexto, é importante mencionar também que é a responsável pelo primeiro atendimento às urgências/emergências.<sup>4</sup>

A Política Nacional de Atenção às Urgências surgiu em 2003 com o intuito de organizar as redes locais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, estruturando-as em seus diversos componentes: Pré-Hospitalar Fixo, Pré-Hospitalar Móvel, Hospitalar e Pós-hospitalar. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências fazem parte do componente Pré-Hospitalar Fixo.<sup>5</sup>

Os profissionais inseridos na APS podem em qualquer momento se deparar com a demanda de atenção ao usuário em situação de risco iminente de morte, como a PCR, por isso é imprescindível que a equipe possua conhecimento, atitude e habilidades para atuarem nessa situação.<sup>6</sup>

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) consiste na interrupção súbita das atividades do sistema cardíaco e do sistema respiratório ocasionando a perda da consciência, com ausência de pulso ou sinais de circulação, o que pode resultar em lesões cerebrais irreversíveis.<sup>6,7</sup>

Calcula-se que a cada ano ocorram por volta de 200 mil pessoas por PCR no Brasil e metade dos casos são registrados no ambiente pré-hospitalar.<sup>7,8</sup>

A maior taxa das PCR extra-hospitalares tem etiologia cardíaca, sendo a cardiopatia isquêmica a principal responsável, estima-se que menos de 6% das vítimas sobrevivem.<sup>9,8</sup>

Em relação ao ritmo de PCR em ambiente extra-hospitalar, a fibrilação ventricular (FV) e a taquicardia ventricular sem pulso (TVSP) são tidas como as principais causas, chegando a quase 80% dos episódios, com boa taxa de sucesso na reversão, se forem imediatamente tratadas. Quando a desfibrilação é executada em até 3 a 5 minutos do início da PCR, o índice de sobrevida é aproximadamente de 50% a 70%.<sup>9</sup>

A reanimação cardiopulmonar (RCP) diz respeito ao conjunto de ações padronizadas que se propõe sustentar artificialmente o fluxo sanguíneo ao encéfalo e aos outros órgãos vitais, até o retorno da circulação espontânea por meio do funcionamento adequado da bomba

cardíaca. A RCP é executada mediante o Suporte Básico de Vida (SBV) e do Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (SAVC).<sup>6</sup>

O SBV no adulto preconiza as seguintes ações: reconhecimento imediato da PCR, acionamento do serviço de emergência, início da RCP de alta qualidade e utilização do desfibrilador externo automático (DEA), assim que disponível. O atendimento eficaz às vítimas também inclui o SAV e cuidados pós-PCR. Essa sequência de atendimento é conhecida como corrente de sobrevivência, pois se todos os elos funcionarem adequadamente a chance de sobrevivência se eleva significativamente.<sup>9,8</sup>

A chance de sobrevivência resulta em grande parte do período entre o acontecimento da PCR e o início das manobras de RCP. O rápido reconhecimento dos sinais clínicos e a execução das manobras de RCP, com a implementação de compressões torácicas efetivas, podem elevar de duas a três vezes o índice de sobrevivência das vítimas em ambiente extra-hospitalar.<sup>6,7</sup> A cada minuto sem RCP a probabilidade de sobrevivência reduz de 7 a 10% em uma vítima com PCR.<sup>9,8</sup>

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) Fixo é a assistência efetuada no primeiro nível de atenção aos usuários portadores de quadros agudos, de caráter

clínico, traumático ou psiquiátrico que possa desencadear o sofrimento, sequelas ou mesmo a morte. Todavia, embora a APS faça parte da rede de atenção às urgências, é frequente que os profissionais da saúde ao enfrentarem uma situação de urgência com maior gravidade, tenham o impulso de encaminhá-la rapidamente para unidade de maior complexidade, sem que tenha realizado ao menos uma avaliação prévia e estabilização do quadro, por insegurança e desconhecimento de como atuar.<sup>10</sup>

Estudo realizado com enfermeiros inseridos na rede de Atenção Primária de um município da região Norte do Espírito Santo identificou fragilidades no conhecimento, habilidades e atitudes no atendimento a PCR. Dos participantes, 87,5% tiveram dificuldades de identificar a sequência correta do atendimento, 70,8% tiveram dificuldades em identificar os ritmos indicativos de desfibrilação, 70,8% não reconhecem as técnicas empregadas na administração de medicação na PCR e 62,5% referiram não possuir segurança quanto a todos os passos a serem realizados no atendimento à PCR.<sup>6</sup>

Por isso é fundamental que os profissionais estejam capacitados para este enfrentamento. Além disso, todas essas unidades devem dispor de um espaço adequadamente provido de materiais e medicamentos essenciais à estabilização de

urgências que acontecem em sua área de abrangência e/ou sejam encaminhadas para elas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário.<sup>10</sup>

Diante da atuação da APS mencionada na Política Nacional de Atenção às Urgências, emergiu a seguinte questão problema: Qual a produção científica existente sobre o SBV nas Unidades de Atenção Primária à Saúde?

O estudo contribuirá para que os profissionais da APS repensem a sua atuação no âmbito do SBV. Além disso, os enfermeiros das unidades poderão embasar a prática gerencial em políticas de saúde e evidências científicas, provendo a capacitação frequente dos colaboradores, fornecimento de insumos materiais, equipamentos e estrutura compatíveis com o atendimento às urgências. Os gestores da esfera municipal poderão ser sensibilizados para melhorar a oferta de recursos às unidades.

Este estudo teve como objetivo conhecer a produção científica sobre o Suporte Básico de Vida na Atenção Primária à Saúde.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que agrupa os resultados

obtidos em pesquisa sobre a temática SBV na APS.

A revisão integrativa é constituída por seis etapas, nas quais se sintetizam estudos anteriores sobre o tema em estudo, com uma análise do conhecimento já produzido e apontamentos sobre questões que podem ser respondidas com novos estudos.<sup>11</sup>

A primeira etapa da revisão diz respeito à identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa, onde ocorre a definição do problema, estratégias de busca, definição de palavras-chaves e descritores. A segunda etapa abrange a definição dos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Na terceira etapa é realizada a identificação dos estudos pré-selecionados por meio da leitura dos resumos, palavras-chaves e títulos das publicações, e organização dos estudos. A quarta etapa compreende a categorização dos estudos selecionados. A quinta etapa efetua a análise e interpretação dos resultados. A sexta e última etapa representa a apresentação da revisão e síntese do conhecimento por meio da elaboração de um documento que retrata com detalhes a revisão e as propostas de novos estudos.<sup>11</sup>

A questão que norteou a esta pesquisa foi: Qual a produção científica existente sobre o SBV nas unidades de APS?

Para o refinamento da pesquisa, foram utilizados os critérios de inclusão: artigos publicados em inglês, português e espanhol. Os critérios de exclusão foram: estudos definidos como relato de casos e casos clínicos; estudos definidos como relatos de experiência; dissertações; teses; artigos repetidos nas Bases de Dados e artigos não disponíveis na íntegra, pois se priorizou a manutenção do rigor metodológico para esse tipo de estudo.

Foram incluídos os artigos publicados em periódicos científicos nacionais e internacionais, que abordassem a temática SBV na APS, encontrados na íntegra e publicados entre os anos de 2000 e 2020. As publicações deveriam estar disponíveis online nas Bases de Dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base Dados em Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

Para a localização das publicações, foi utilizado o critério de duas buscas para atender a pergunta da pesquisa por meio dos Descritores das Ciências da Saúde (DeCs) acompanhados pelo *booleano and*: Suporte Básico de Vida and Atenção Primária à Saúde e Reanimação Cardiopulmonar and Atenção Primária à Saúde, por serem os que mais se adequaram aos objetivos.

A coleta de dados ocorreu no mês de abril de 2020 e foi subsidiada por um formulário denominado Instrumento para Coleta de Dados dos estudos selecionados. O instrumento contempla os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados.<sup>12,13</sup>

Para a análise dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi empregado um quadro sinóptico especialmente construído para esse fim utilizando o programa Microsoft Excel 2010 contendo variáveis que respondem à questão norteadora do estudo, contemplando os seguintes aspectos, considerados pertinentes: título, ano, autores, objetivos, resultados e nível de evidência.

O nível de evidência consiste em uma classificação realizada mediante o tipo de metodologia que responde uma pergunta de pesquisa com a menor quantidade de erro e gere o máximo de achados confiáveis. Os artigos foram classificados quanto aos seguintes níveis de evidência<sup>14</sup>:

- a) Nível 1: revisões sistemáticas ou metanálise de relevantes ensaios clínicos;
- b) Nível 2: evidências derivadas de pelo menos um ensaio

- clínico randomizado controlado bem delineado;
- c) Nível 3: ensaios clínicos bem delineados sem randomização;
- d) Nível 4: estudos de coorte e de caso-controle bem delineados;
- e) Nível 5: revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
- f) Nível 6: evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo;
- g) Nível 7: opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas.

As buscas levaram ao encontro de 122 artigos (100%), sendo 100 (82%) para os seguintes descritores “Suporte Básico de Vida and Atenção Primária à Saúde” e 22 (18%) para os seguintes descritores “Reanimação Cardiopulmonar and Atenção Primária à Saúde”, que passaram por uma análise inicial, com a leitura de títulos e resumos, para a seleção de pesquisas que respondessem ao objetivo. Após a primeira leitura, os artigos selecionados foram lidos na íntegra, 19 (15,6%) artigos apareceram em ambos os critérios de busca, 89 (72,9%) não atenderam aos critérios do trabalho e 14 (11,5%) compuseram a amostra final, conforme apresentado na Tabela 1 e 2.

## RESULTADOS

**Tabela 1** - Distribuição dos artigos por Base de Dados de acordo com o primeiro critério de busca “Suporte Básico de Vida and Atenção Primária à Saúde”, Itajubá, Minas Gerais, Brasil, 2020, N: 100

Base de dados	Encontrados	Não atenderam os critérios de inclusão	Selecionados para o trabalho
<b>BDENF</b>	12	12	0
<b>LILACS</b>	25	19	6
<b>MEDLINE</b>	63	56	7
<b>Total</b>	<b>100 (100%)</b>	<b>87 (87%)</b>	<b>13 (13%)</b>

Fonte: da autora

**Tabela 2** - Distribuição dos artigos por Base de Dados de acordo com o segundo critério de busca “Reanimação Cardiopulmonar and Atenção Primária à Saúde”, Itajubá, Minas Gerais, Brasil, 2020, N: 22

Base de dados	Encontrados	Repetidos	Não atenderam os critérios de inclusão	Selecionados para o trabalho
<b>BDENF</b>	0	0	0	0
<b>LILACS</b>	6	4	1	1
<b>MEDLINE</b>	16	15	1	0
<b>Total</b>	<b>22 (100%)</b>	<b>19 (86,4%)</b>	<b>2 (9,1%)</b>	<b>1 (4,5%)</b>

Fonte: das autoras

Para a análise dos artigos, utilizaram-se as variáveis: título, ano, autores, objetivos, resultados, nível de evidência e país. Os itens título, ano, autores e nível de evidência são descritos na Tabela 3.

**Tabela 3** - Distribuição dos artigos da revisão integrativa quanto ao título, ano, autores e nível de evidência, Itajubá, Minas Gerais, Brasil, 2020

Título	Ano	Autores	Objetivos	Nível de evidência
A1. Conocimientos teóricos de los Médicos de Familia sobre reanimación cardiopulmonar	2002	Díaz <i>et al.</i> <sup>15</sup>	Conhecer os níveis teóricos do treinamento em RCP entre médicos de família do município Quemado de Güines.	6
A2. Preparedness for cardiopulmonary resuscitation in primary care	2004	Nurmi e Castrén <sup>16</sup>	Avaliar o preparo para a ressuscitação de pacientes em parada cardíaca na atenção primária.	6
A3. Principles of resuscitation in primary care	2006	Jevon e Halliwell <sup>17</sup>	Descrever a ação que os profissionais de saúde devem tomar quando ocorre uma parada cardíaca na comunidade.	7

A4. Out-of-hospital cardiac arrests occurring in primary health care facilities in Singapore	2007	Ong <i>et al.</i> <sup>18</sup>	Estudar as paradas cardíacas extra-hospitalares que ocorrem em unidades básicas de saúde em Singapura e compará-las com as que ocorrem na comunidade.	4
A5. Preparedness of Primary Healthcare Centers for Critical Emergency Situations in Southwest Turkey	2008	Yorganci e Yaman <sup>19</sup>	Avaliar a disponibilidade de equipamentos de emergência e o conhecimento do pessoal que trabalha nos centros de saúde primária.	6
A6. Test Raval Sud para medir habilidades de suporte vital básico y desfibrilación en médicos y enfermeras de atención primaria.	2010	Abril <i>et al.</i> <sup>20</sup>	Desenvolver e validar um instrumento para medir as habilidades de SBV e desfibrilação semiautomática adaptadas aos profissionais de saúde nas equipes de atenção primária.	6
A7. Avaliação de treinamento em suporte básico de vida para médicos e enfermeiros da atenção primária	2016	Meira Júnior <i>et al.</i> <sup>21</sup>	Avaliar conhecimentos e habilidades técnicas de reanimação cardiopulmonar antes e após um curso de capacitação em SBV para médicos e enfermeiros que atuam na ESF.	6
A8. Enfermeiros da Atenção Primária em suporte básico de vida	2017	Moraes e Paiva <sup>22</sup>	Analisar o conhecimento teórico de enfermeiros atuantes na APS sobre as medidas de SBV no atendimento de PCR em adultos e sua relação com idade e outros fatores.	6
A9. Out of hospital Cardio-pulmonary arrest – Is there a role for the primary healthcare teams?	2017	Vinker <sup>23</sup>	-	7
A10. Self-perceived limitations and difficulties by Primary Health Care Physicians to assist emergencies	2018	Martínez <i>et al.</i> <sup>24</sup>	Identificar o treinamento recebido em medicina de emergência por médicos da atenção primária à saúde, e as limitações e dificuldades percebidas por esses médicos para auxiliar em emergências.	6
A11. Avaliação dos conhecimentos e habilidades em ressuscitação cardiopulmonar assimilados por profissionais da atenção primária em saúde	2018	Nogueira <i>et al.</i> <sup>25</sup>	Avaliar a retenção do conhecimento teórico e da habilidade assimilada por profissionais da APS, um ano após a participação em um curso de capacitação sobre SBV.	6

A12. Avaliação da estrutura na atenção primária em saúde para o suporte básico de vida	2019	Cassinelli <i>et al.</i> <sup>26</sup>	Descrever a estrutura das UBS no atendimento os usuários para o SBV.	6
A13. Conhecimentos e habilidades dos profissionais da atenção primária à saúde sobre suporte básico de vida	2019	Santos <i>et al.</i> <sup>27</sup>	Avaliar o conhecimento teórico e as habilidades práticas dos profissionais da APS sobre o SBV no atendimento de adultos em PCR antes e após uma intervenção educativa.	6
A14. Suporte básico de vida: conhecimento de enfermeiras (os) que atuam na estratégia de saúde da família	2020	Santos <i>et al.</i> <sup>28</sup>	Analisar o conhecimento de enfermeiras (os) que atuam na ESF, sobre o SBV, frente à PCR.	6

Fonte: das autoras

Nota: RCP, Reanimação cardiopulmonar; SBV, Suporte Básico de Vida; ESF, Estratégia Saúde da Família; APS, Atenção Primária à Saúde; PCR, parada cardiorrespiratória; UBS, Unidade Básica de Saúde

Dos artigos encontrados, seis (42,9%) foram desenvolvidos no Brasil<sup>21,22,25,26,27,28</sup>, dois (14,3%) na Espanha<sup>20,24</sup>, um (7,1%) na Turquia<sup>19</sup>, um (7,1%) em Cuba<sup>15</sup>, um (7,1%) na Finlândia<sup>16</sup>, um (7,1%) em Singapura<sup>18</sup> e dois (14,4%) não envolveram pesquisa em campo.<sup>17,23</sup>

Em relação aos estudos desenvolvidos no Brasil, as regiões foram: três (50%) em São Paulo<sup>22,25,26</sup>, dois (33%) em Minas Gerais<sup>21,27</sup> e um (17%) na Bahia.<sup>28</sup> Em relação ao idioma, seis (43%) foram publicados em português<sup>21,22,25,26,27,28</sup>, seis (43%) em inglês<sup>16,27,18,19,20,23</sup> e dois (14%) em espanhol.<sup>15,20</sup>

Quanto ao método, onze (78,6%) estudos são de nível de evidência 6, dois (14,3%) com nível de evidência 7 e um

(7,1%) com nível de evidência 4. Dos estudos com nível de evidência 6, dez (90,9%) são de abordagem quantitativa<sup>15,16,19,21,22,24,25,26,27,28</sup> e um (9,1%) de validação de instrumento de medida.<sup>20</sup> Os estudos com nível de evidência 7 referem-se à opinião de autoridade<sup>23</sup> e relatório de comitê de especialista.<sup>17</sup> O estudo com nível de evidência 4 é do tipo prospectivo e observacional.<sup>18</sup>

## DISCUSSÃO

Os profissionais da APS investigados nos estudos possuem conhecimento quanto à identificação dos sinais clínicos presentes em uma pessoa com PCR em ambiente pré-hospitalar. O conhecimento teórico satisfatório foi associado à avaliação do nível de consciência e verificação do pulso

da vítima.<sup>22,28</sup>

Contudo, o reconhecimento de uma PCR foi item de dificuldade em estudo realizado no interior de Minas Gerais.<sup>27</sup>

Também se observou um conhecimento suficiente relacionado à profundidade mínima a ser aplicada durante a execução das compressões torácicas e sequência da RCP em adulto caso fosse possível garantir ventilações.<sup>28</sup>

Em outro artigo, verificou-se que 70% dos profissionais sabem apontar a importância da realização das manobras de ressuscitação.<sup>22</sup> Estudo realizado em Cuba constatou que os médicos da família têm nível teórico aceitável quanto à temática RCP.<sup>15</sup>

Por outro lado, foi identificado com maior frequência conhecimento insatisfatório dos profissionais nos artigos analisados. Os profissionais da APS apresentam lacunas nos conhecimentos e habilidades do atendimento ao paciente em PCR. Esses resultados mostram um cenário crítico em relação ao potencial de recuperação dos usuários assistidos durante uma parada por tais equipes.<sup>27, 21</sup>

A sequência da cadeia de sobrevivência para a RCP em ambiente extra-hospitalar foi alvo de desconhecimento teórico. Esse achado é preocupante, pois a implementação da sequência de ações após o reconhecimento de uma PCR é determinante na sobrevivida

com bom prognóstico neurológico das vítimas em PCR.<sup>22, 28, 25</sup>

Contatou-se escasso conhecimento dos profissionais quanto ao manuseio do DEA e cuidados a serem implementados ao se utilizar o desfibrilador no paciente em PCR.<sup>22,27</sup>

Identificou-se ainda nível teórico abaixo do desejado em relação ao local adequado para a posição das mãos durante a realização das compressões torácicas em indivíduos adultos.<sup>28</sup>

Os médicos de Cuba apresentaram baixo percentual de acertos nos questionamentos relacionados ao manejo das vias aéreas.<sup>15</sup> A maioria dos profissionais não souberam distinguir parada respiratória de uma PCR.<sup>27</sup>

Os profissionais que atuam na ESF apresentaram falhas em prestar o atendimento de forma adequada à vítima de PCR, sobretudo quanto ao posicionamento correto das mãos, profundidade e frequência das compressões, posicionamento para ventilações e, especialmente, o manuseio do DEA.<sup>21</sup>

Os profissionais não souberam executar as manobras de SBV de forma adequada antes do treinamento prático. Os participantes tiveram avaliação inadequada nos seguintes itens: local da compressão, postura durante a compressão, velocidade da compressão, abertura das vias aéreas,

posicionamento da bolsa-válvula-máscara, manuseio da bolsa-máscara-válvula, ventilação efetiva e manuseio do DEA.<sup>27</sup>

Um dos estudos que identificou os conhecimentos e habilidades dos profissionais como insatisfatórios, também constatou que a maioria dos participantes nunca havia realizado qualquer capacitação sobre a temática.<sup>27</sup>

Pesquisa realizada em cidade rural na Turquia apresentou resultado semelhante, pois foi identificado que os centros de APS não estavam preparados para oferecer o SBV. A pontuação de conhecimento apontou que a equipe necessita de treinamento, e os mesmos profissionais afirmaram que teriam maior competência se pudessem participar de treinamento em SBV.<sup>19</sup>

Em estudo realizado na cidade de Campinas identificou melhor desempenho entre os profissionais que tiveram contato pregresso com o tema, seja por meio de cursos, atualizações, pós-graduação ou experiência profissional recente (menor que cinco anos) em setores como Pronto Atendimento, Pronto-Socorro (PS), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e APH.<sup>22</sup>

Em artigo de especialista israelense sugeriu que a chance de ocorrer uma PCR em uma unidade de APS é muito baixa. Por isso o impacto das paradas que ocorrem na atenção primária sobre a

sobrevida da população geral é baixo. Mas, embora o impacto seja pequeno, os profissionais da saúde devem estar familiarizados com o SBV, número de telefone do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e manuseio do DEA.<sup>23</sup>

Em Singapura as paradas que ocorrem em unidades de APS correspondem a 6% de todas as PCR extra-hospitalares ao longo do ano. Os autores consideram este como um percentual expressivo e comentam que os prestadores de cuidados têm uma função importante no gerenciamento das paradas cardíacas fora do hospital.<sup>18</sup>

Estudos realizados no Brasil e na Finlândia identificaram que existe uma carência de treinamento regular em SBV para os profissionais que atuam na APS.<sup>22, 16</sup> Por isso, vários autores apontam para a necessidade de disponibilização de educação permanente em RCP.<sup>22, 28, 15, 20</sup>

A educação permanente em saúde é uma estratégia para aumentar a continuidade da formação dos profissionais da saúde, assegurando acesso a conhecimentos, desenvolvimento de habilidades para a prática, atualização e fortalecimento de competências importantes para o trabalho.<sup>29</sup>

A intervenção educativa foi executada por alguns autores. Em pesquisa com implementação de capacitação em

SBV com as equipes de saúde da APS averiguou que os profissionais classificaram o próprio conhecimento como ruim no pré-teste e como ótimo no pós-teste.<sup>27</sup>

Estudo realizado em Montes Claros, Minas Gerais, obteve o impacto positivo da capacitação. Também foi sugerido os treinamentos com utilização de simulações realísticas para melhorar o conhecimento e habilidades dos profissionais.<sup>21</sup>

Contudo, foi analisada a retenção do conhecimento dos profissionais sobre SBV e constatou-se queda considerável do número médio de acertos após um ano de treinamento. Ou seja, houve uma redução do conhecimento ao longo do tempo.<sup>25</sup>

Diante da possibilidade de declínio do conhecimento teórico e prático dos profissionais ao longo do tempo, enfatiza-se a necessidade da capacitação permanente, inclusive com treinamentos que incluam estratégias teórico-prático.<sup>25, 24</sup>

Estudo realizado em município do interior Paulista constatou a não adequação de grande parte das UBS aos requisitos estruturais mínimos para o atendimento de SBV, 92,3% das unidades adaptaram suas salas para atendimento de urgência, utilizando espaço improvisado.<sup>26</sup>

A quantidade insuficiente de materiais e equipamentos é mencionada como limitação para o atendimento

adequado ao usuário em PCR nas unidades.<sup>24</sup> Em cidade rural da Turquia somente 9,5% dos centros de APS estavam munidos de todos os insumos para atendimento ao SBV.<sup>19</sup>

Dos materiais considerados básicos, apenas as luvas de procedimentos e bolsa-válvula-máscara adulto foram encontradas em todas as unidades estudadas em um Município do Interior Paulista.<sup>26</sup>

Constatou-se também a falta de vários materiais e equipamentos necessários para o SBV. A prancha rígida foi observada em apenas uma unidade (7,7%). Os elementos: máscara simples, óculos de proteção e aventais também foram classificadas como insatisfatório, pois não estavam presentes em todas as unidades.<sup>24</sup>

Nos estudos analisados foi identificado que o DEA não foi item encontrado em todas as unidades.<sup>28,18</sup> Além disso, o DEA também não é usualmente utilizado nos centros de saúde de atenção primária da Finlândia e Singapura.<sup>16,18</sup> É recomendado a realização da RCP e o uso do DEA pelo socorrista por elevar a probabilidade de sobrevivência em casos de PCR extra-hospitalar.<sup>30</sup>

A desfibrilação precoce é um dos principais motivos que influenciam na sobrevivência, visto que a fibrilação ventricular é a causa mais comum de morte cardíaca e seu tratamento consiste na

fibrilação. Quando a desfibrilação é realizada dentro de 3 minutos após a PCR, taxas de sobrevivência chegam até 74%. Por este motivo, deve haver fornecimento de desfibriladores nas unidades e os profissionais devem conhecer seu manuseio.<sup>18, 17</sup>

Foi verificado também divergência no armazenamento, padronização e checagem dos materiais. A maioria dos materiais estava ordenada em locais que apresentavam algum obstáculo no acesso, 53,8% não utilizam protocolos para a checagem dos materiais e 69,2% não atribuem um profissional fixo para a execução da tarefa de checagem dos materiais.<sup>26</sup>

É mencionada então a importância de revisar as condições e quantidade dos materiais e equipamentos com maior frequência, a fim de elevar a qualidade da assistência. Ressalta-se a relevância da elaboração de protocolos de materiais e equipamentos, assim como a manutenção da conferência e funcionamento dos mesmos.<sup>24, 26</sup>

## CONCLUSÕES

O estudo permitiu evidenciar a produção científica existente sobre o SBV na APS. A metade das PCR ocorre em ambiente extra-hospitalar e as unidades da atenção básica atuam como porta de

entrada do sistema único de saúde. Portanto, é de extrema importância o fortalecimento da atenção primária, através da capacitação e treinamento dos profissionais que integram a equipe, além do fornecimento de insumos.

O presente estudo desencadeou algumas reflexões. As lacunas de conhecimento teórico-prático, falta de educação permanente e carência de recursos materiais, equipamentos e estrutura, ocorrem devido aos gestores municipais, enfermeiros das unidades básicas de saúde e demais profissionais que integram a equipe não enxergarem a atenção à PCR como integrante da sua função?

É importante afirmar que a APS, seja ESF e UBS, fazem parte da rede de atenção às urgências enquanto componente Pré-Hospitalar fixo. Por isso, as unidades devem dispor de atendimento resolutivo quando a estabilização da vítima até a chegada do SAMU.

Sugere-se, portanto, a realização de estudo com gestores municipais e enfermeiros gerentes para se determinar o nível de conhecimento deles quanto à Política Nacional de atenção às Urgências.

## REFERÊNCIAS

1. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de

- serviços. *Rev Latinoam Enferm*. [Internet]. 2013 [citado em 10 out 2020]; 21(Spec):131-39. doi:/10.1590/S0104-11692013000700017
2. Moll MF, Goulart MB, Caprio AP, Ventura CAA, Ogoshi AACM. O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 [citado em 12 out 2020]; 11(1):86-93. doi:/10.5205/1981-8963-v11i1a11881p86-93-2017
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [citado em 12 out 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 15 set 2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003 [citado em 07 jul 2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863\\_26\\_09\\_2003.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html)
6. Claudiano MS, Lopes NNL, Santos MVF, Lopes AB, Fiorin BH. Conhecimento, atitudes e prática dos enfermeiros da atenção primária em relação a parada cardiorrespiratória. *Revista Nursing* [Internet]. 2020 [citado em 06 jul 2020]; 23(260):3502-06. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/260/pg26.pdf>
7. Resende RT, Barbosa ACS, Luiz FS, Santos KB, Frank DBP, Motta DS, Tony ACC, Carbogim FC. Conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre suporte básico de vida. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2019 [citado em 08 jul 2020]; 13(5):1231-36. doi:/10.5205/1981-8963-v13i05a238984p1231-1236-2019
8. Zandomenighi RC, Martins EAP. Parada cardiorrespiratória pré-hospitalar: avaliação dos atendimentos segundo o Utstein Style. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2019 [citado em 06 jul 2020]; 13:e241559. doi:/10.5205/1981-8963.2019.241559
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2019 [citado em 14 jun 2020]; 113(3):449-663. doi:/10.5935/abc.20190203
10. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002 [citado em 10 jul 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)
11. Lemos CS, Peniche ACG. Assistência de enfermagem no procedimento anestésico: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2016 [citado em 23 mar 2020]; 50(1):154-62. doi:/10.1590/S0080-623420160000100020
12. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latinoam Enferm*. [Internet]. 2006 [citado em 25 mar 2020]; 14(1):124-31. doi:/10.1590/S0104-11692006000100017
13. Ursi, ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação] [Internet]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005 [citado em 22 mar 2020]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22>

- 132/tde-18072005-095456/publico/URSI\_ES.pdf
14. Melnyk BM, Fineout-overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Pippincot Williams & Wilkins; 2011 [citado em 21 mar 2020].
15. Díaz AA, Berrio TS, Hermida DC, Cabrera JPA. Conocimientos teóricos de los médicos de familia sobre reanimación cardiopulmonar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [Internet]. 2002 [citado em 10 abr 2020]; 18(2):126-31. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200004)
16. Nurmi J, Castrén M. Preparedness for cardiopulmonary resuscitation in primary care. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2004 [citado em 12 abr 2020]; 22(2):87-90. doi./10.1080/02813430410006477
17. Jevon P, Halliwell D. Principles of resuscitation in primary care. *Nurs Times* [Internet]. 2006 [citado em 10 abr 2020]; 102(30). Disponível em: <https://www.nursingtimes.net/archive/principles-of-resuscitation-in-primary-care-21-11-2006/>
18. Ong MEH, Yan X, Lau G, Tan EH, Panchalingham A, Leong BSH, et al. Out-of-hospital cardiac arrests occurring in primary health care facilities in Singapore. *Resuscitation* [Internet]. 2007 [citado em 16 abr 2020]; 74(1):38-43. doi./10.1016/j.resuscitation.2006.11.004
19. Yorganci M, Yaman H. Preparedness of primary healthcare centers for critical emergency situations in southwest Turkey. *Prehosp Disaster Med.* [Internet]. 2008 [citado em 18 abr 2020]; 23(4):343-45. doi./10.1017/s1049023x00005987
20. Abril BC, Tintorer DL, Gironella TC, Bratescu AP, Ortega MDG, Pla AA, et al. Test Raval Sud para medir habilidades de soporte vital básico y desfibrilación en médicos y enfermeras de atención primaria. *Aten Prim.* [Internet]. 2010 [citado em 13 abr 2020]; 42(1):7-13. doi./10.1016/j.aprim.2009.03.006
21. Meira Júnior LE, 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 Fam Comunidade* [Internet]. 2016 [citado em 09 abr 2020]; 11(38):1-10. doi./10.5712/rbmfc11(38)1231
22. Moraes TPR, Paiva EF. Enfermeiros da Atenção Primária em suporte básico de vida. *Rev Ciênc Méd.* [Internet]. 2017 [citado em 10 abr 2020]; 26(1):9-18. doi./10.24220/2318-0897v26n1a3783
23. Vinker S. Out of hospital cardio-pulmonary arrest - Is there a role for the primary health care teams? *Isr J Health Policy Res.* [Internet]. 2017 [citado em 11 abr 2020]; 6(36):1-3. doi./10.1186/s13584-017-0161-4
24. Martínez JAC, Delgado RC, González PA. Self-perceived limitations and difficulties by Primary Health Care Physicians to assist emergencies. *Medicine* [Internet]. 2018 [citado em 08 abr 2020]; 97(52):1-4. doi./10.1097/MD.00000000000013819
25. Nogueira LS, Wilson AMMM, Karakhanian ACM, Parreira EV, Machado VMP, Mira VL. Avaliação dos conhecimentos e habilidades em ressuscitação cardiopulmonar assimilados por profissionais da atenção primária em saúde. *Sci Med.* [Internet]. 2018 [citado em 10 abr 2020]; 28(1):1-9. doi./10.15448/1980-6108.2018.1.28843
26. Cassinelli F, Melo ES, Costa CRB, Reis RK. Avaliação da estrutura na atenção primária em saúde para o suporte básico de vida. *Saúde e Pesqui.* [Internet]. 2019 [citado em 10 abr 2020]; 12(2):317-22. doi./10.17765/2176-9206.2019v12n2p317-322
27. Santos APM, Santana MMR, Tavares FL, Toledo LV, Moreira TR, Ribeiro L, et al. Conhecimentos e habilidades dos profissionais da atenção primária à saúde sobre suporte básico de vida. *HU Rev.* [Internet]. 2019 [citado em 10 abr 2020]; 45(2):177-84. doi./10.34019/1982-8047.2019.v45.26815

28. 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. REVISIA [Internet]. 2020 [citado em 10 abr 2020]; 9(1):40-52. doi./10.36239/revisa.v9.n1.p40a52
29. Jesus MC, Silva VA, Mota RS, Costa JCB, Mendes AS, Oliveira MJ. Repercussões da educação permanente nas práticas assistenciais dos profissionais de enfermagem. Rev Baiana Enferm. [Internet]. 2019 [citado em 20 set 2020]; 33:e27555. doi./10.18471/rbe.v33.27555
30. American Heart Association. Atualização das Diretrizes de RCP e ACE [Internet]. Dallas, Texas, EUA: AHA; 2015 [citado em 15 ago 2020]. Disponível em: <http://www.bombeiros.ms.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-das-Diretrizes-de-RCP-e-ACE-2015.pdf>

RECEBIDO: 23/02/21  
APROVADO: 09/12/22  
PUBLICADO: 03/2023