



AMANDA BROSDA PACKER

ANA LUIZA DE ARAÚJO BOCHIO

BRUNA BIELA GABRIEL

NATALIA SOARES RUEDA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA PARA PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Umuarama, PR
2025

AMANDA BROSDA PACKER
ANA LUIZA DE ARAÚJO BOCHIO
BRUNA BIELA GABRIEL
NATALIA SOARES RUEDA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA PARA PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Paranaense, como requisito parcial para aprovação no Estágio Supervisionado em Saúde da Família e Comunidade I/Saúde Coletiva I.

Orientador: Jeanderson Rodrigo de Oliveira
Coorientador: Leonardo Sandri

Umuarama, PR
2025

AMANDA BROSDA PACKER
ANA LUIZA DE ARAÚJO BOCHIO
BRUNA BIELA GABRIEL
NATALIA SOARES RUEDA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA PARA
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Paranaense, como requisito parcial para aprovação no Estágio Supervisionado em Saúde da Família e Comunidade I/Saúde Coletiva I, avaliado pela seguinte banca examinadora:

Dr. Jeanderson Rodrigo de Oliveira
Docente de Urgência e Emergência pelo Curso de Medicina da Universidade
Paranaense

Dr. Leonardo Sandri
Preceptor pelo Curso de Medicina da Universidade Paranaense

Dr. Ricardo Marcelo Abrão
Docente pelo Curso de Medicina da Universidade Paranaense

Umuarama, 23 de setembro de 2025.

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste projeto de intervenção representa não apenas o encerramento de uma importante etapa acadêmica, mas também a realização de um sonho construído ao longo de anos de dedicação, esforço e aprendizado. Por isso, é com profundo respeito e gratidão que registramos aqui nossos agradecimentos.

Agradecemos, primeiramente, a Deus, pela força, saúde e sabedoria concedidas ao longo desta caminhada.

Às nossas famílias, nosso alicerce inabalável, agradecemos pelo amor incondicional, apoio constante e incentivo diário. Em especial, aos nossos pais, que sempre acreditaram no nosso potencial e estiveram ao nosso lado em todos os momentos, oferecendo suporte emocional e encorajamento nos períodos mais desafiadores.

Aos professores do curso de Medicina, expressamos nossa sincera gratidão pelo conhecimento transmitido, pela dedicação ao ensino e pela inspiração constante. Cada aula, orientação e palavra de incentivo foram fundamentais para nossa formação pessoal e profissional.

Aos colegas e amigos que caminharam conosco durante esta jornada, deixamos nosso agradecimento pelo companheirismo, pelas trocas de conhecimento, pela parceria nos estudos e, sobretudo, pela amizade que tornou essa trajetória mais leve e significativa.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho e para nossa formação como médicas, nosso muito obrigada!

"A missão do médico não é apenas curar, mas também manter viva a dignidade da vida até o seu último instante." (Willian Osler, 1892)

PACKER, Amanda Brosda; BOCHIO, Ana Luiza de Araújo; GABRIEL, Bruna Biela; RUEDA, Natalia Soares. **Educação permanente em parada cardiorrespiratória para profissionais da Atenção Primária à Saúde**. Orientador: Jeanderson Rodrigo de Oliveira. Coorientador: Leonardo Sandri. 2025. 26 f. Projeto de Intervenção do Curso de Graduação em Medicina - Universidade Paranaense, Umuarama, 2025.

RESUMO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma das situações clínicas mais graves em saúde pública, exigindo resposta imediata e qualificada das equipes de saúde. Embora, frequentemente, associada ao ambiente hospitalar, eventos de PCR também ocorrem na Atenção Primária à Saúde (APS), onde ainda são identificadas fragilidades no reconhecimento precoce e no manejo inicial. Este projeto de intervenção surgiu da necessidade de capacitar profissionais da APS para atuarem com segurança e eficácia diante dessas emergências, contribuindo para a redução da morbimortalidade e para o fortalecimento de uma cultura de cuidado e educação permanente nas Unidades Básicas de Saúde. O projeto tem como objetivo qualificar os profissionais para o reconhecimento precoce e o atendimento inicial à PCR, com base nas diretrizes atualizadas de suporte básico de vida. Serão considerados fatores como lacunas no preparo técnico, no conhecimento teórico e na confiança das equipes, além da carência de ações educativas sistemáticas sobre o tema. A intervenção consistirá em uma capacitação teórico-prática bienal, associada a aulas de reforço bimestrais, integradas às reuniões institucionais e conduzidas por multiplicadores locais previamente formados. O público-alvo incluirá médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com destaque ao papel dos ACS na identificação precoce de riscos durante visitas domiciliares. A metodologia abrangerá simulações práticas e uso de metodologias ativas. Espera-se, ao término do projeto, observar melhora significativa no conhecimento técnico, no nível de autoconfiança e na capacidade de resposta da equipe às emergências, além da consolidação da educação permanente como prática institucional. A avaliação ocorrerá por meio da comparação dos dados coletados antes e após a intervenção, permitindo mensurar o impacto e a efetividade das ações propostas.

Palavras-chave: Emergência cardiorrespiratória, Educação em Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Saúde Pública, Cardiologia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cronograma de execução do projeto de intervenção sobre capacitação em parada cardiorrespiratória na Atenção Primária à Saúde.....21

Tabela 2 – Recursos necessários e estimativa orçamentária para a execução do projeto.....22

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. JUSTIFICATIVAS.....	10
3. OBJETIVOS.....	11
3.1 OBJETIVO GERAL.....	11
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	12
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
4.1 CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA E DIRETRIZES TÉCNICAS.....	12
4.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE E CAPACITAÇÃO PARA EMERGÊNCIAS.....	14
4.3 SEGURANÇA DO PACIENTE, CULTURA DO CUIDADO E A INTEGRALIDADE COMO FUNDAMENTO ÉTICO NO SUS.....	16
5. METODOLOGIA.....	17
5.1. LOCAL DA INTERVENÇÃO.....	17
5.2. SUJEITOS DA INTERVENÇÃO.....	18
5.3. ESTRATÉGIAS E AÇÕES.....	18
5.4 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	19
6. RESULTADOS ESPERADOS.....	20
7. CRONOGRAMA.....	21
8. VIABILIDADE E RECURSOS NECESSÁRIOS.....	21
9. REFERÊNCIAS.....	23

1. INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) constitui uma das emergências médicas de maior letalidade no Brasil, caracterizando-se pela cessação súbita e inesperada da circulação sanguínea eficaz e da ventilação espontânea (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Embora, frequentemente, associada ao ambiente hospitalar, situações de PCR podem ocorrer em qualquer nível de atenção, inclusive na Atenção Primária à Saúde (APS). Nesses episódios, a resposta imediata e tecnicamente adequada por parte da equipe multiprofissional pode evitar desfechos fatais e reduzir sequelas neurológicas irreversíveis (UCHIMURA *et al.*, 2024).

O tempo entre o colapso e o início das manobras de RCP tem impacto direto na sobrevida e no prognóstico neurológico da vítima. A cada minuto sem intervenções satisfatórias, as chances de sobrevivência reduzem-se em, aproximadamente, 10%. Portanto, não apenas a presença de equipamentos como desfibriladores externos automáticos (DEA), mas também a capacitação contínua dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, assume papel determinante na resposta efetiva à PCR (CHAY *et al.*, 2024).

Apesar da importância do tema, há falhas no conhecimento e na segurança dos especialistas da APS diante da parada cardiorrespiratória. A falta de atualização, treinamentos práticos e domínio da cadeia de subsistência prejudicam a atuação das equipes. Essas limitações comprometem a efetividade da APS, especialmente por ser a principal porta de entrada do SUS e manter vínculo permanente com a população (COELHO GUIMARÃES *et al.*, 2024).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela Portaria nº 198/2004 e reforçada pela PNAB, reconhece a qualificação contínua dos trabalhadores do SUS como essencial para a melhoria do cuidado (BRASIL, 2004; BRASIL, 2017). Nesse contexto, a capacitação para atendimento à PCR representa um imperativo técnico, ético e organizacional para assegurar a segurança do paciente e a atenção integral. Estratégias de educação continuada, como simulações realísticas, oficinas interativas e metodologias ativas baseadas em evidências, elevam o conhecimento e a autoconfiança dos profissionais. Quando incorporadas à rotina da atenção primária, fortalecem a autonomia, o trabalho em equipe e promovem uma cultura de cuidado focada na prevenção de agravos e na resposta eficaz a emergências (ELENDU *et al.*, 2024).

Diante dessa realidade, propõe-se o desenvolvimento de um projeto de intervenção educativa voltado à atualização dos profissionais da atenção primária no atendimento inicial da parada cardiorrespiratória, com base nas diretrizes da *American Heart Association* (AHA) e do *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR, 2025). A proposta visa não apenas fortalecer as competências clínicas dos profissionais, mas também formar multiplicadores capacitados para difundir o conhecimento de forma estruturada e contínua dentro das equipes. Espera-se, com isso, ampliar o alcance das boas práticas de reanimação, promover respostas mais ágeis e eficazes nas emergências e, sobretudo, reduzir a morbimortalidade associada a eventos críticos no âmbito da atenção primária. Tal iniciativa está em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que valoriza a educação permanente como ferramenta essencial para a qualificação da assistência e a garantia da segurança, equidade e resolutividade no cuidado oferecido aos usuários em todos os níveis.

2. JUSTIFICATIVAS

A parada cardiorrespiratória (PCR) configura-se como um das intercorrências clínicas mais críticas e com alta letalidade no contexto da saúde pública, demandando que os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) estejam devidamente capacitados para uma atuação rápida e eficaz. Embora a APS exerça função estratégica como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo acompanhamento contínuo e integral dos indivíduos, ainda são evidentes as deficiências na formação continuada voltada à abordagem inicial da PCR. Nesse cenário, a qualificação técnica das equipes se revela imprescindível para assegurar agilidade e precisão nas condutas emergenciais, elevando a efetividade das intervenções e promovendo a segurança assistencial (Silva, 2017).

A educação permanente em saúde é reconhecida como ferramenta fundamental para a melhoria da qualidade dos processos assistenciais e para a diminuição de riscos aos usuários, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização e demais normativas do Ministério da Saúde (Brasil, 2009). De acordo com Silva (2017), a instrução técnica dos profissionais das unidades básicas no manejo da PCR é determinante para garantir respostas rápidas e assertivas frente às urgências, fortalecendo a efetividade clínica e ampliando a proteção do paciente.

Entretanto, os desafios de implementar treinamentos práticos, atualizados e frequentes nas equipes da APS persistem, exigindo o desenvolvimento de intervenções educativas inovadoras, baseadas em metodologias ativas que promovam a fixação do conhecimento e a prática eficaz das manobras de reanimação (Maia *et al.*, 2023).

Nesse cenário, o projeto de intervenção (PI) proposto visa não apenas atualizar os profissionais da APS no atendimento inicial à PCR, mas também formar multiplicadores, o que pode contribuir para a sustentabilidade da capacitação dentro das equipes. A adoção dessa abordagem se alinha com os objetivos globais de segurança do paciente, reforçados pela Organização Mundial da Saúde, que recomenda a capacitação contínua dos profissionais da saúde para reduzir os danos evitáveis em assistência (WHO, 2021). Dessa forma, o PI tem potencial para fortalecer a cultura de cuidado e a capacidade resolutiva da APS frente às emergências, promovendo respostas mais ágeis e eficazes.

Assim, este projeto justifica-se pela relevância de reduzir a morbimortalidade associada à PCR na APS, por meio da qualificação técnica e do empoderamento das equipes de saúde, alinhado aos princípios do SUS de integralidade, equidade e resolutividade. Além disso, contribuirá para o avanço da produção científica e da prática profissional na área, incentivando a disseminação de boas práticas e a continuidade da educação em saúde no âmbito comunitário.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver uma intervenção educativa voltada à capacitação de profissionais da Atenção Primária à Saúde no atendimento inicial à parada cardiorrespiratória, com base nas diretrizes da American Heart Association (AHA) e do International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), a fim de ampliar o domínio técnico, fortalecer a resposta rápida a emergências, reduzir a morbimortalidade associada à PCR e consolidar uma cultura de cuidado qualificado e seguro no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Revisar e analisar diretrizes nacionais e internacionais atualizadas, relacionadas ao atendimento à parada cardiorrespiratória, incluindo protocolos da AHA e ILCOR;
- Levantar dados sobre o nível de conhecimento, preparo técnico e segurança dos profissionais da APS frente a situações de PCR em Unidades Básicas de Saúde;
- Identificar as principais falhas na cadeia de sobrevivência observadas no contexto da atenção primária e seus impactos na qualidade do atendimento emergencial;
- Mapear os recursos disponíveis (como desfibriladores externos automáticos - DEA) nas unidades de APS e sua adequação ao atendimento a emergências cardiorrespiratórias;
- Planejar e implementar uma intervenção educativa baseada em metodologias ativas, promovendo atualização prática e teórica sobre o atendimento à PCR;
- Formar multiplicadores locais capacitados a replicar treinamentos e difundir boas práticas de reanimação cardiopulmonar entre os membros das equipes de saúde da APS;
- Avaliar os resultados da intervenção educativa quanto ao aumento do conhecimento, autoconfiança e capacidade técnica dos profissionais no manejo inicial da PCR;
- Contribuir para a consolidação da educação permanente como prática institucionalizada na APS, conforme os princípios da PNEPS e da PNAB, promovendo cuidado contínuo, seguro e resolutivo à população.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA E DIRETRIZES TÉCNICAS

A cadeia de sobrevivência representa um conjunto sistematizado de ações interdependentes, descritas em protocolos internacionais, que orientam a resposta imediata à parada cardiorrespiratória (PCR) com o objetivo de maximizar a chance

de sobrevivência e preservar funções neurológicas. Desenvolvida inicialmente pela *American Heart Association* (AHA), essa estrutura foi adotada e aprimorada por organizações internacionais como o *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR), configurando-se como referência global para condutas clínicas em situações de PCR, independentemente do cenário onde ocorrem (ILCOR, 2020; AHA, 2020).

A versão mais recente da cadeia de sobrevivência contempla seis elos fundamentais no contexto do suporte básico de vida em adultos: o reconhecimento precoce da PCR e ativação do sistema de emergência, início imediato da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com ênfase em compressões torácicas de alta qualidade, rápida desfibrilação quando indicada, suporte avançado de vida eficaz, cuidados pós-parada direcionados à estabilização clínica e recuperação funcional do paciente (AHA, 2020; GIL *et al.*, 2025). Quando aplicada com fidelidade às recomendações, essa sequência coordenada de ações tem demonstrado impacto significativo na redução da mortalidade por causas cardíacas e melhora da recuperação neurológica (SOAR *et al.*, 2021).

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), os desafios para a implementação efetiva dessa cadeia são múltiplos. A primeira barreira refere-se ao reconhecimento clínico precoce da PCR, uma vez que os profissionais nem sempre possuem preparo técnico suficiente para identificar os sinais característicos do evento, como ausência de pulso central, inconsciência súbita e apneia (MESSIAS *et al.*, 2024). O acionamento imediato de serviços de emergência pode ser dificultado por barreiras logísticas, como a ausência de rede de comunicação ágil ou demora na resposta de unidades móveis (NASCIMENTO *et al.*, 2024).

A iniciação precoce da RCP por leigos ou profissionais de saúde treinados constitui o segundo elo da cadeia e é considerado um dos principais determinantes da sobrevivência. Estudos apontam que a qualidade das compressões torácicas, com frequência adequada, profundidade suficiente e mínima interrupção, exerce papel determinante na manutenção da perfusão coronariana e cerebral (OLIVEIRA *et al.*, 2022; ELENDO *et al.*, 2024). A capacitação contínua dos profissionais da APS, aliada à prática por meio de simulação realística, tem se mostrado eficaz na padronização técnica desses procedimentos, contribuindo para melhor desempenho em situações reais (TREVI *et al.*, 2024).

O emprego oportuno do desfibrilador externo automático (DEA), quando clinicamente indicado, constitui outro componente da cadeia de sobrevivência, cuja incorporação na APS é frequentemente restrita. Apesar da disponibilidade de modelos portáteis e de fácil manuseio, a presença desses dispositivos em Unidades Básicas de Saúde ainda é irregular no Brasil, o que compromete a efetividade das intervenções em casos de arritmias potencialmente reversíveis, como a fibrilação ventricular e a taquicardia ventricular sem pulso. A ausência de protocolos locais, que regulam o uso do DEA e sua conferência rotineira por parte das equipes, tende a agravar esse cenário (GIL *et al.*, 2025; EIRI *et al.*, 2025).

O suporte avançado de vida e os cuidados pós-ressuscitação, embora realizados em ambiente hospitalar, devem ser articulados com as ações da APS, principalmente no que tange à estabilização inicial, referenciamento adequado e acompanhamento longitudinal dos sobreviventes. A literatura destaca que falhas na articulação entre os níveis de atenção comprometem a continuidade do cuidado e aumentam o risco de complicações pós-PCR (UCHIMURA *et al.*, 2024).

As diretrizes da AHA e do ILCOR (2020) destacam a importância de treinamentos periódicos com metodologias ativas, integração da cadeia de sobrevivência nas rotinas da atenção primária e padronização das condutas. A familiarização com algoritmos de RCP e a abordagem multiprofissional devem ser contínuas. Treinamentos com simulação aumentam a confiança e a competência técnica, alinhando as equipes da APS às recomendações internacionais (DOMINGUES *et al.*, 2021).

4.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE E CAPACITAÇÃO PARA EMERGÊNCIAS

A Educação Permanente em Saúde (EPS) representa uma estratégia pedagógica e política fundamental para a qualificação contínua dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), pautada na reflexão crítica e na transformação das práticas cotidianas a partir das necessidades concretas dos serviços e dos territórios (SILVA; SANTOS, 2021). Diferente de modelos pontuais e descontextualizados, a EPS promove uma aprendizagem situada, dialógica e participativa, envolvendo profissionais, gestores e usuários em um processo coletivo de construção do conhecimento (JESUS; RODRIGUES, 2022).

No Brasil, a EPS foi institucionalizada por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), formalizada pela Portaria nº 198/GM em 2004 e reafirmada em políticas subsequentes, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 (BRASIL, 2004; 2017). Fundamentada em princípios freireanos de autonomia e problematização da realidade (FREIRE, 2014), a EPS articula saberes científicos e empíricos, promovendo mudanças concretas na gestão e no cuidado em saúde (SAMPAIO, 2016).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a implementação da EPS ganha relevância especial diante dos desafios complexos impostos pelo manejo de situações emergenciais, como a parada cardiorrespiratória (PCR). Tradicionalmente focada na promoção da saúde e no cuidado de condições crônicas, a APS tem ampliado suas atribuições para incluir o enfrentamento de eventos agudos, muitas vezes sendo o único ponto de atenção disponível no território (CUNHA et al., 2024; GIL et al., 2025). Contudo, estudos apontam que a ausência de preparo específico e a distância entre a formação inicial e as exigências do cotidiano dos serviços geram insegurança e falhas na execução das manobras de suporte básico de vida, impactando negativamente a resolutividade da APS (MESSIAS et al., 2024; Nascimento et al., 2024).

A capacitação tradicional, muitas vezes pontual e desvinculada das demandas locais, tem efeito limitado na aquisição de competências duradouras. Em contrapartida, a adoção de metodologias ativas, como simulações realísticas, oficinas, rodas de conversa e estudos de caso, favorece o aprendizado situado e o desenvolvimento de habilidades técnicas, cognitivas e comportamentais essenciais ao atendimento de emergências (OLIVEIRA et al., 2021; ELENDU et al., 2024). A simulação realística, em especial, tem sido amplamente utilizada na capacitação para PCR, permitindo a reprodução de cenários clínicos complexos em ambiente controlado e seguro. Essa estratégia favorece a fixação de conteúdos, o treinamento das manobras de RCP e o fortalecimento do trabalho em equipe, aumentando a autoconfiança e a assertividade dos profissionais durante situações reais (SANTOS et al., 2021; ALLAN et al., 2023).

A qualificação da equipe deve adaptar protocolos à realidade epidemiológica e estrutural local. Em regiões com menor cobertura de urgência, a APS pode ser a única intervenção imediata, exigindo planejamento formativo descentralizado e contextualizado. Isso envolve gestores e equipes, fortalecendo a governança

participativa e a corresponsabilidade no cuidado (BRASIL, 2018; MOTTA et al., 2022). Outro elemento estratégico é a formação de lideranças e multiplicadores dentro das equipes, capazes de promover a continuidade e a replicação das capacitações no cotidiano dos serviços. Essa lógica de formação em cascata amplia o alcance das ações educativas, favorece a adaptação contínua dos conteúdos e consolida uma cultura organizacional orientada à segurança do paciente e à qualidade do cuidado (DE ARAÚJO et al., 2022; CUNHA et al., 2024).

A EPS, articulada aos processos de capacitação para emergências, constitui uma prática estruturante da APS, integrando-se ao planejamento da assistência e ao cuidado centrado no usuário. Programas de formação baseados em metodologias ativas e planejados de forma participativa têm contribuído para ampliar a resolutividade da APS e reduzir os riscos associados às emergências no primeiro nível de atenção (FERNANDES et al., 2025; PEREIRA et al., 2025).

4.3 SEGURANÇA DO PACIENTE, CULTURA DO CUIDADO E A INTEGRALIDADE COMO FUNDAMENTO ÉTICO NO SUS

A segurança do paciente e a cultura do cuidado integram-se ao princípio da integralidade, orientando práticas e decisões no Sistema Único de Saúde (SUS). Essas dimensões éticas buscam reconhecer o sujeito em sua totalidade e prevenir danos evitáveis, sobretudo em contextos vulneráveis como a Atenção Primária à Saúde (APS) (BARRETO; SERVO, 2025). A segurança do paciente visa reduzir riscos no cuidado, promovendo ambientes seguros e práticas baseadas em evidências (World Health Organization, 2021). No Brasil, a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituída pela Portaria nº 529/2013, estabelece diretrizes para prevenir danos, ressaltando o papel da APS na identificação precoce de riscos e na adoção de medidas preventivas (Brasil, 2013).

A parada cardiorrespiratória (PCR) representa um evento crítico que desafia a segurança e a integralidade do cuidado. Sua adequada abordagem requer equipes capacitadas, recursos disponíveis e protocolos institucionais bem estruturados. A ausência desses elementos aumenta o risco de desfechos adversos. Na Atenção Primária à Saúde (APS), treinamentos periódicos, simulações e atualização de protocolos ampliam a eficácia técnica e reduzem erros (SOUZA et al., 2019; MESSIAS et al., 2024). A segurança do paciente está vinculada à formação

contínua das equipes e ao fortalecimento institucional dos processos educativos. A cultura do cuidado humanizado é sustentada pela escuta ativa, respeito à singularidade e corresponsabilidade no processo saúde-doença. Essa perspectiva ética e sensível à complexidade humana é fundamental tanto na prevenção quanto na resposta a emergências (RAIMONDI; BERNAL; MATSUDA, 2019).

O princípio da integralidade propõe um cuidado contínuo e articulado, baseado nas necessidades reais das pessoas, indo além da simples oferta de procedimentos. Na APS, isso abrange tanto a promoção da saúde quanto a resposta a situações agudas, como a PCR, com responsabilidade e ética (DA SILVA *et al.*, 2018). A resposta à PCR na APS exemplifica a integralidade, demonstrando preparo para prevenir e agir em urgências. Quando há equipes capacitadas, fluxos organizados e recursos disponíveis, a APS fortalece seu papel como coordenadora do cuidado, contribuindo para um sistema de saúde mais justo e comprometido com a vida (DE ARAÚJO *et al.*, 2022; TURRA *et al.*, 2024).

Apesar dos desafios estruturais, da sobrecarga e das desigualdades regionais, experiências em diversas regiões do Brasil demonstram avanços por meio da valorização dos trabalhadores, da formação de lideranças e da adoção de metodologias ativas e políticas institucionais que priorizam a segurança e a integralidade do cuidado (GIL *et al.*, 2025; CUNHA *et al.*, 2024). Na APS, fortalecer a articulação entre segurança, cultura do cuidado e integralidade, especialmente em emergências como a PCR, favorece práticas mais justas e efetivas (JÚNIOR *et al.*, 2016; BAUGHMAN *et al.*, 2023).

5. METODOLOGIA

5.1. LOCAL DA INTERVENÇÃO

A intervenção será desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da rede pública, situada em área urbana, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). A UBS conta com equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe administrativa. Trata-se de um ambiente onde há um fluxo constante de atendimentos e ações comunitárias, o que a torna um espaço estratégico para a promoção de educação permanente em saúde, especialmente voltada à abordagem

inicial de emergências clínicas, como a parada cardiorrespiratória. A escolha desse local se justifica por sua capilaridade no território, sua vinculação direta com a população adscrita e seu papel de porta de entrada do sistema de saúde.

5.2. SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

Os sujeitos da intervenção serão os profissionais que compõem a equipe da APS da unidade, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e, especialmente, os Agentes Comunitários de Saúde. Este público será beneficiado diretamente por meio da qualificação de suas competências clínicas e operacionais frente aos eventos de PCR. Haverá atenção especial aos ACS, dada sua atuação nas visitas domiciliares e sua potencialidade para identificar sinais precoces de deterioração clínica nos usuários. A intervenção também contemplará os médicos da unidade, com foco na valorização de seu papel na organização dos fluxos de emergência e na responsabilidade pela conferência regular do carrinho de emergência, garantindo sua disponibilidade e funcionalidade. A inclusão de todos os membros da equipe busca favorecer o trabalho colaborativo, a fluidez da comunicação e a resposta integrada diante das situações de urgência.

5.3. ESTRATÉGIAS E AÇÕES

A intervenção ocorrerá em diferentes momentos, por meio da capacitação inicial e ações educativas contínuas. Em seguida, será promovida uma qualificação intensiva teórico-prática, com carga horária estimada entre 8 e 12 horas, a ser ministrada por profissional externo com certificação atualizada nas diretrizes da *American Heart Association* (AHA) ou do *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR). Esta formação contemplará atividades expositivas e oficinas práticas com simulação realística, abordando conteúdos como: identificação dos sinais clínicos de PCR, acionamento de rede de emergência, execução da RCP de alta qualidade e utilização adequada do DEA. Serão utilizadas metodologias ativas para favorecer a aprendizagem e a retenção dos conteúdos, com foco em situações reais da prática em APS.

Com o objetivo de garantir a continuidade do processo educativo, serão implantadas aulas de reforço com frequência bimestral, inseridas nas reuniões de equipe já existentes na UBS. Essas aulas, com duração entre 20 e 30 minutos, serão conduzidas por um profissional da própria unidade, previamente capacitado como multiplicador. Serão abordados conteúdos variados, como atualização de protocolos, discussão de casos clínicos, orientações operacionais e revisões práticas sobre os procedimentos de RCP. A técnica das aulas breves e periódicas será adotada por sua viabilidade operacional e por favorecer o processo de educação permanente no contexto institucional.

Durante a capacitação inicial, será realizada a seleção de um ou dois multiplicadores locais, com perfil técnico e comunicativo, que assumirão a responsabilidade pelas ações educativas internas e articulação com os profissionais externos responsáveis pela atualização dos conteúdos. Os multiplicadores também apoiarão a gestão da UBS na implementação de melhorias na organização dos recursos de emergência e no fortalecimento das rotinas assistenciais.

5.4 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento contínuo será realizado por meio de registros sistemáticos das aulas de reforço, controle de frequência, aplicação de *feedback* qualitativo e avaliação prática informal durante as reuniões da equipe. Os multiplicadores deverão manter uma agenda com os temas abordados em cada sessão, os pontos fortes observados e as dificuldades identificadas na equipe, de forma a orientar os ajustes necessários nas ações futuras.

Ao final do ciclo de implementação, será organizada uma reunião de avaliação coletiva com os profissionais da UBS, possibilitando um espaço de escuta, reflexão e planejamento das próximas etapas. A continuidade da proposta dependerá do fortalecimento do compromisso institucional com a educação permanente, da incorporação das ações ao cronograma da unidade e da atualização periódica dos conteúdos com base em evidências científicas recentes.

6. RESULTADOS ESPERADOS

Com a implantação das ações propostas neste projeto de intervenção, espera-se promover um aumento significativo no nível de conhecimento teórico e prático dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre o reconhecimento precoce e o manejo inicial da parada cardiorrespiratória (PCR). Pretende-se que os participantes desenvolvam maior segurança, agilidade e precisão na identificação de sinais clínicos sugestivos de PCR, na execução das manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) e no uso correto dos dispositivos de emergência, como o desfibrilador externo automático (DEA). Também se espera ampliar a capacidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para detectar precocemente situações de risco durante as visitas domiciliares, favorecendo uma resposta mais célere da equipe multiprofissional.

A efetividade da intervenção será verificada a partir da comparação entre os dados obtidos no diagnóstico inicial e os resultados pós-capacitação, especialmente quanto à evolução do conhecimento, à autopercepção de competência técnica e à frequência de participação nas atividades de reforço. Espera-se, ainda, o fortalecimento da rotina de conferência dos equipamentos de emergência, sobretudo do carrinho de parada, consolidando práticas seguras no cotidiano da unidade. A institucionalização das aulas de reforço, conduzidas por multiplicadores locais, deverá contribuir para a sustentabilidade da proposta, garantindo que o conhecimento seja constantemente revisitado, atualizado e compartilhado entre os membros da equipe.

Esses resultados permitirão avaliar se a intervenção foi bem-sucedida, tanto sob a perspectiva formativa quanto na perspectiva organizacional. A melhoria da resposta da equipe frente a situações de PCR poderá ser confirmada por meio de indicadores como a diminuição do tempo de reação inicial, a utilização adequada dos equipamentos disponíveis e o relato de experiências práticas exitosas no atendimento a emergências. A consolidação da educação permanente como prática integrada à rotina institucional será outro indicativo relevante do impacto positivo e da viabilidade de replicação da intervenção em outras unidades da APS.

7. CRONOGRAMA

A seguir, apresenta-se a organização do tempo e das etapas necessárias para execução do projeto de intervenção, prevendo um período de março a novembro de 2026, com base no calendário de capacitações da APS da SMS de Umuarama.

Tabela 1 – Cronograma de execução do projeto de intervenção sobre capacitação em parada cardiorrespiratória na Atenção Primária à Saúde.

Período	Etapas/Ação	Local	Responsáveis
Março 2026	Planejamento detalhado da capacitação e elaboração do material didático	Unipar	Acadêmicos de Medicina, Orientador do Projeto, chefe da APS e responsável da UBS
Abril 2026	Capacitação sobre atendimento à PCR	UBS	Profissional externo com capacitação atualizada da AHA ou ILCOR
Junho / Agosto / Outubro 2026	Realização das aulas de reforço bimestrais nas reuniões de equipe	UBS	Multiplicadores Locais
Novembro 2026	Apresentação dos resultados e planejamento de continuidade na unidade	UBS	Acadêmicos de Medicina, Orientador do Projeto, chefe da APS e responsável da UBS

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

8. VIABILIDADE E RECURSOS NECESSÁRIOS

A viabilidade do presente Projeto de Intervenção será analisada em três dimensões: política, operacional e de sustentabilidade. No aspecto político, a proposta encontra respaldo nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que defendem a formação continuada como estratégia de qualificação da assistência e fortalecimento das equipes. A iniciativa se alinha aos compromissos assumidos pelas gestões municipais com a segurança do paciente e com a ampliação da resolutividade da Atenção Primária à Saúde, especialmente no que se refere ao preparo das equipes

para emergências clínicas como a parada cardiorrespiratória (PCR). Assim, há viabilidade política e institucional para a implementação do projeto no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

No que diz respeito à viabilidade operacional, o projeto será executado com a estrutura física e humana já existente nas UBS. As capacitações iniciais e os encontros de reforço poderão ocorrer nas próprias unidades, aproveitando salas de reunião e espaços multiusos, otimizando os recursos locais. A seleção de multiplicadores internos permitirá a continuidade das ações educativas, sem necessidade de aporte financeiro permanente, garantindo, assim, a sustentabilidade da proposta no médio e longo prazo. A incorporação das aulas de reforço à rotina das reuniões institucionais da UBS contribuirá para consolidar a educação permanente como prática regular e sistemática.

Tabela 2 – Recursos necessários e estimativa orçamentária para a execução do projeto.

Recursos	Qtd	Preço (R\$)
Profissional externo com capacitação atualizada da AHA ou ILCOR	-	R\$ 250,00 / R\$ 400,00
Kit de primeiros socorros para demonstração (empréstimo institucional)	1	-
Manequim de RCP adulto (empréstimo institucional)	1	-
DEA de treinamento (empréstimo institucional)	1	-
Projetor multimídia (empréstimo institucional)	1	-
Total estimado	-	R\$ 250 - 400

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

9. REFERÊNCIAS

ALLAN, Katherine S. et al. Methods to teach schoolchildren how to perform and retain cardiopulmonary resuscitation (CPR) skills: A systematic review and meta-analysis. **Resuscitation Plus**, v. 15, p. 100439, 2023.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. *Highlights of the 2020 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC*. Dallas: AHA, 2020.

BARRETO, Rejane Santos; SERVO, Maria Lúcia Silva. Patient safety in Primary Health Care: a bibliometric study of the Brazilian scientific production. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 35, p. e350102, 2025.

BAUGHMAN, Derek et al. Defining comprehensiveness in primary care: a scoping review. **Journal of Primary Health Care**, v. 15, n. 3, p. 253-261, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 13 fev. 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: Acolhimento e gestão do trabalho e da educação na saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_acolhimento_gestao_trabalho_educacao_saude.pdf. Acesso em: 07 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS, 2017. (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017). Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CUNHA, Ana Letícia Proença et al. Educação Permanente em Parada Cardiorrespiratória: uma Revisão Integrativa. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 15, n. Especial, p. 78-81, 2024.

CHAY, Junxing et al. Cost-effectiveness of a multicomponent primary care intervention for hypertension. **Journal of the American Heart Association**, v. 13, n. 8, p. e033631, 2024.

COELHO GUIMARÃES, Millena et al. Urgency and emergency in primary care: perceptions of health professionals. **Saúde e Pesquisa**, v. 17, n. 2, 2024.

DA SILVA, Mônica de Fátima Freires et al. Integralidade na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 1, p. 394-400, 2018.

DE ARAÚJO, José César et al. The Teaching leadership for health professionals in the context of cardiorespiratory arrest: an integrative review. **Revista Española de Educación Médica**, v. 3, n. 3, 2022.

DOMINGUES, Isabella et al. Contribuições da simulação realística no ensino-aprendizagem da enfermagem: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e55710212841-e55710212841, 2021.

EIRI, Giovanna Natsumi et al. Local DEA app: Saving lives with accessible and well-located automated external defibrillators. **PloS one**, v. 20, n. 2, p. e0318065, 2025.

ELENDU, Chukwuka et al. The impact of simulation-based training in medical education: A review. **Medicine**, v. 103, n. 27, p. e38813, 2024.

FERNANDES, Claudia Maria Baroni et al. Performance evaluation in pediatric cardiopulmonary resuscitation after clinical simulation: A quasi-experimental study. **Educación Médica**, v. 26, n. 2, p. 100997, 2025.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Editora Paz e terra, 2014.

ILCOR – INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION. *Consensus on Science with Treatment Recommendations – 2020*. Disponível em: <https://www.ilcor.org>. Acesso em: 15 maio 2025.

GIL, Amanda Borges et al. Educação Continuada na Ressuscitação Cardiopulmonar como estratégia qualificadora para Enfermagem–Hospital de Referência do Distrito Federal. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 8, n. 18, p. e181823-e181823, 2025.

GUIMARÃES, Nathalia Sernizon et al. Increased home death due to cardiopulmonary arrest in times of covid-19 pandemic. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, p. 266-271, 2021.

JESUS, Josefa Maria de; RODRIGUES, Waldecy. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. e001312201, 2022.

JÚNIOR, Luiz Ernani Meira et al. Avaliação de treinamento em suporte básico de vida para médicos e enfermeiros da atenção primária. **Revista Brasileira de medicina de família e comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-10, 2016.

MESSIAS, BARBARA KATHLYN COSTA et al. PARADA CARDIORESPIRATÓRIA: HABILIDADES E COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO

PRIMÁRIA À SAÚDE. **REVISTA DE TRABALHOS ACADÊMICOS-CENTRO UNIVERSO JUIZ DE FORA**, v. 1, n. 20, 2024.

MOTTA, Daniela De Souza et al. Development and validation of technology for teaching basic life support in cardio-respiratory arrest. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, p. e84170, 2022.

OLIVEIRA, D. A. et al. Simulação realística no ensino de RCP na atenção primária: revisão integrativa. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, v. 5, n. 1, p. 41-50, 2021.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de et al. Cardiovascular Statistics–Brazil 2021. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 118, p. 115-373, 2022.

PEREIRA, Susi Cristalino et al. Effect of active teaching strategies on interprofessional clinical judgment: a quasi-experiment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, n. 1, p. e20240148, 2025.

RAIMONDI, Daiane Cortêz; BERNAL, Suelen Cristina Zandonadi; MATSUDA, Laura Misue. Patient safety culture from the perspective of workers and primary health care teams. **Revista de saude publica**, v. 53, p. 42, 2019.

SAMPAIO, Ana Tânia Lopes. Formação e educação permanente em saúde: desafios pedagógicos para um modelo de atenção integral no Brasil. **CASTRO, JL; VILAR, RLA; OLIVEIRA, NHS As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde. Natal: UMA**, 2016.

SANTOS, Emílio Carlos Alves dos et al. Simulation for teaching cardiorespiratory resuscitation by teams: setting and performance assessment. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 29, p. e3406, 2021.

SILVA, Andresa Lira; SANTOS, Juliana Siqueira. A potencialidade da educação permanente em saúde na gestão da atenção básica em saúde. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 2, p. 53-66, 2021.

SILVA, Naedja Naira Dias de Lira. **Educação permanente e caracterização de uma unidade básica de saúde acerca do suporte básico de vida no município de Caicó/RN**. 2025. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

SILVA, Vanessa Moreira dos Santos et al. A importância da capacitação no atendimento a parada cardiorrespiratória da equipe de uma unidade básica de saúde. 2017.

SOAR, Jasmeet et al. European resuscitation council guidelines 2021: adult advanced life support. **Resuscitation**, v. 161, p. 115-151, 2021.

SOUZA, Marina Mazzuco de et al. Patient safety culture in the Primary Health Care. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 72, p. 27-34, 2019.

TREVI, Roberto et al. Virtual reality for cardiopulmonary resuscitation healthcare professionals training: a systematic review. **Journal of Medical Systems**, v. 48, n. 1, p. 50, 2024.

TURRA, Luana et al. Knowledge of the nursing team about cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation: mixed methods studies. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 45, n. spe1, p. e20230280, 2024.

UCHIMURA, Liza Yurie Teruya; DA SILVA, Andréa Tenório Correia; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Integration between primary health care and emergency services in brazil: Barriers and facilitators. **International journal of integrated care**, v. 18, n. 4, p. 8, 2018.

UCHIMURA, Liza Yurie Teruya et al. Brazilian Policies and Programs in Urgent and Emergency Care Services in the Context of Cardiovascular Diseases: A Scoping Review. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 37, p. e20240056, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: WHO, 2021.