

CURSO DE ENFERMAGEM

Marilton Souto Marques

**ACADÊMICOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E O
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

Santa Cruz do Sul

2015

Marilton Souto Marques

**ACADÊMICOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E O
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, para obtenção do título de Enfermeiro

Orientadora: Prof^a M^a Maristela Soares de Rezende

Santa Cruz do Sul

2015

**ACADÊMICOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E O
SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

Marilton Souto Marques

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Mª Maristela Soares de Rezende
Profª Orientadora

Profª Drª Analídia Rodolpho Petry
Profª Enfª Curso Enfermagem

Profª Mª Luciane Schmidt Alves
Profª Convidada

AGRADECIMENTOS

Ao concluir a graduação é inevitável lembrar de todos que de uma forma ou de outra, participaram de todo o processo;

Aos amigos verdadeiros, aqueles que não medem esforços para ajudar, os quais com um simples gesto já tornam o nosso dia melhor;

Aos colegas do Corpo de Bombeiros, independente de posto ou graduação, especialmente para aqueles que sempre estendiam a mão na hora que mais precisava;

Aos colegas Acadêmicos de Enfermagem, independente de qual semestre em que estejam, não vou nominá-los para não cometer injustiça, os quais em um simples cumprimento, uma conversa ou pergunta, já bastava para perceber o quanto valia a pena estar ali;

Aos Professores Doutores, Mestres e Enfermeiros, os quais estiveram sempre presentes para trocar conhecimento e mostrar o caminho a ser seguido;

Professora Maristela, minha Orientadora, que não mediu esforços para o desenvolvimento deste trabalho de conclusão;

Aos colegas de turma, em especial à “turma do fundão” e aos que por lá passaram, será impossível esquece-los;

Minha Família, vocês foram a motivação maior para enfrentar todo este processo. Foram cinco anos de correria, falta de tempo, noites sem dormir, abnegando de momentos de lazer e convívio. Filhas Stéfany e Melissa, me desculpem pelos momentos de ausência, sei que é difícil para vocês duas compreenderem, mas em futuro próximo tenho a certeza que entenderão.

Bom, foram poucas as palavras, mas espero que sirvam para expressar um pouco do sentimento por estar concluindo mais uma etapa em minha passagem terrena. Agradeço a todos por mais esta caminhada. Muito obrigado.

**"Rebeldia é orgulho impondo cegueira ao coração...
Não há progresso sem esforço,
vitória sem luta,
aperfeiçoamento sem sacrifício,
como não existe tranquilidade sem paciência."**

(Emmanuel, Francisco C. Xavier)

RESUMO

A parada cardiorrespiratória (PCR) resulta em morte, se não houver uma adequada intervenção. O objetivo deste estudo foi identificar conhecimento e habilidade dos acadêmicos do último ano de graduação em Enfermagem, quanto às intervenções necessárias frente a PCR. Estudo de caráter exploratório descritivo com abordagem quantitativa, transversal e observacional, desenvolvido em uma instituição de ensino superior do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Os sujeitos do estudo foram acadêmicos do Curso de graduação em Enfermagem; cursando disciplinas do 9º ou do 10º semestre. Estes foram informados quanto ao tema, objetivos, metodologia do estudo e que sua participação, não implicaria em prejuízos e riscos, respeitando-se a Resolução 466/2012. Para coleta de dados, informou-se os sujeitos que estariam sozinhos frente a um manequim, simulando uma pessoa que apresentou um mal súbito, na recepção de uma Estratégia da Saúde da Família, sem mais informações a respeito. Disponibilizou-se materiais para Suporte Básico de Vida (SBV). Utilizou-se um formulário adaptado para avaliação de habilidade prática, apresentando 26 itens a serem seguidos, conforme as Diretrizes de RCP de 2010, norteando a observação. Houve também um registro em vídeo em plano detalhe, para maior fidedignidade dos dados colhidos, mas mantendo o anonimato do acadêmico. Identificou-se que todos os sujeitos quando atuando sozinhos, não demonstraram conhecimento tampouco habilidade para intervenções de SBV frente a uma parada cardiorrespiratória extra-hospitalar. Evidenciou-se também a despreocupação com a segurança do próprio socorrista. Procedimento importante, como a verificação de pulso carotídeo, embora não obedecendo o momento estipulado pelas diretrizes, foi realizado de forma correta. Entende-se que este estudo tenha possibilitado aos sujeitos uma maior articulação entre a teoria e a prática, e mesmo frente ao erro, há a oportunidade de aprendizagem, permitido instigar reflexões quanto à importância do tema e a ação do enfermeiro em uma RCP, propondo discussões e melhorias.

Palavras-chave: Parada cardiorrespiratória, Enfermagem, Aprendizagem

ABSTRACT

Cardiopulmonary arrest (PCR) results in death, if there isn't an appropriate intervention. The objective of this study was to identify knowledge and skill of the last academic year of undergraduate nursing students, for the interventions required ahead PCR. Descriptive exploratory study with a quantitative, transversal and observational approach, developed in a higher education institution in the interior of Rio Grande do Sul State. The study subjects were students of the undergraduate course in Nursing; studying disciplines of the 9th or the 10th semester. They were informed on the subject, objectives, methodology of the study and that their participation does not imply losses and risks, complying with Resolution 466/2012. For data collection, we would advise that the subjects who were alone front of a dummy simulating a person who had a sudden illness at the reception of the Family Health Strategy, no more information about it. Provided up materials for Basic Life Support (BLS). We used an adapted form for the assessment of practical skills, with 26 items to be followed, according to the 2010 CPR Guidelines, guiding the observation. There was also a video recording in detail plan for increased reliability of the data collected while maintaining the anonymity of the academic. It was identified that all subjects when acting alone, showed no knowledge nor ability to BLS interventions against an extra-hospital cardiac arrest. It also showed a lack of concern with the safety of the rescuer himself. Major procedure such as carotid pulse check, though not obeying the time stipulated by the guidelines, was conducted correctly. It is understood that this study has enabled the subject closer links between theory and practice, and even against the error, there is the opportunity of learning, allowed instigate reflections on the importance of the topic and the nurse's action in CPR, proposing discussions and improvements.

Keywords: Cardiopulmonary arrest, Nursing, Learning.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Abordagem da cena e do paciente pelo acadêmico	23
Tabela 2	Procedimentos relacionados ao reestabelecimento da circulação efetiva	25
Tabela 3	Procedimentos relacionados ao reestabelecimento de via aérea pérvia e ventilação	26
Tabela 4	Procedimentos relacionados à operação do DEA e Desfibrilação	28
Tabela 5	Sequencia estabelecida pelas diretrizes de RCP/2010	29

LISTA DE ABREVIATURAS

ACE	atendimento cardiovascular de emergência
AESP	atividade elétrica sem pulso
AHA	associação americana do coração
CEP	comitê de ética e pesquisa
DAC	doença arterial coronariana
DEA	desfibrilador externo automático
ESF	estratégia de saúde da família
FV	fibrilação ventricular
PCR	parada cardiorrespiratória
RCP	ressuscitação cardiopulmonar
SAV	suporte avançado de vida
SBV	suporte básico de vida
TAUI	termo de autorização do uso de imagem
TCLE	termo de consentimento livre e esclarecido
TV	taquicardia ventricular

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVO GERAL	12
3	REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1	Parada cardiorrespiratória	13
3.2	Histórico da ressuscitação cardiopulmonar	14
3.3	Ressuscitação cardiopulmonar moderna	15
3.4	Suporte Básico de Vida	16
4	METODOLOGIA	19
4.1	Tipo de pesquisa	19
4.2	Local da pesquisa	19
4.3	Sujeitos da pesquisa	20
4.4	Coleta de dados	20
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	22
5.1	Perfil dos sujeitos	22
5.2	Segurança da cena e abordagem do paciente pelo acadêmico	22
5.3	Reestabelecimento da circulação efetiva	24
5.4	Estabelecimento de via aérea pérvia e ventilação	26
5.5	Operação do DEA e desfibrilação	27
5.6	Sequência estabelecida pelas diretrizes de RCP/2010	29
6	CONCLUSÕES	30
	REFERÊNCIAS	32
	ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	35
	APÊNDICE A - Ofício de solicitação junto à Instituição	38
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	40
	APÊNDICE C - Instrumento de avaliação de habilidade	42
	APÊNDICE D - Termo de autorização de uso de imagem	43

1 INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR), uma interrupção súbita e inesperada da circulação sistêmica e das funções respiratórias do indivíduo, resulta na deterioração sistêmica e morte, se não houver uma adequada intervenção profissional (MACHADO; REZENDE, 2013; VENÂNCIO, et al, 2010; KNOPFHOLZ, et al, 2012; SOUZA; OLIVEIRA, 2011). Nessa situação, é essencial colocar em prática um conjunto de técnicas e procedimentos, que constitui o Suporte Básico de Vida (SBV), o qual deve ser realizado por profissionais da saúde ou leigos treinados, seguindo um protocolo mnemônico conhecido como “C-A-B-D”. Neste caso, C significa *circulation* (circulação); A, *airways* (vias aéreas); B, *breathing* (respiração); e D, *defibrillation* (desfibrilação).

Este protocolo foi criado para organizar as condutas e garantir um fluxo sanguíneo para o cérebro e coração da vítima, permitindo condições mínimas de sobrevivência ao indivíduo em PCR, até o mesmo receber um Suporte Avançado de Vida (SAV) (PIEGAS, et al, 2009; BORTOLOTTI, 2014; AHA, 2010; NOLAN, et al, 2010; MACHADO, 2006).

Há a estimativa de que a cada minuto que passa, o indivíduo em PCR perde de 7 a 10% de chance de sobrevivência, portanto, é imprescindível que alguém assuma o SBV o mais breve possível, seguindo o protocolo mnemônico C-A-B-D, pois ao obedecer esta sequência, as compressões torácicas iniciarão mais cedo, e o atraso na ventilação será insignificante, sendo iniciado tão logo acabe o primeiro ciclo de 30 compressões torácicas (AHA, 2010; NOLAN, et al, 2010).

No Brasil, estima-se que ocorram 200.000 PCR anualmente, sendo metade delas no ambiente extra-hospitalar, logo o profissional da saúde necessita de uma constante atualização, devendo estar preparado para atender estes eventos. A capacitação em Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) foi avaliada como aquela de maior importância dentre as necessidades na educação do enfermeiro, por 91,4% dos participantes em estudo realizado na Austrália. Enquanto que em estudo realizado no Distrito Federal, apresentou desempenho insuficiente entre os 19 enfermeiros participantes, sendo a falta de capacitação em RCP um dos agravantes para a vivência de sentimento negativo pelos enfermeiros (ANDRADE, 2014).

Como os enfermeiros são profissionais de referência à sua equipe e à comunidade em geral, principalmente em uma situação inesperada, como a PCR, precisam demonstrar domínio dos passos de SBV, determinados pelos *Guidelines* atualizados, para o êxito do atendimento e evitar sequelas. Mesmo não trabalhando na área hospitalar ou pré-hospitalar o enfermeiro, como membro de uma equipe multidisciplinar e elemento atuante na prestação de

cuidados, deve estar preparado e ter capacitação em RCP (ANDRADE, 2014; OLIVEIRA, et al, 2013).

Entre as competências do enfermeiro está a tomada de decisão como algo primordial para um bom resultado no atendimento ao paciente e essencial em uma RCP. Envolve, porém, aspectos individuais e sociais, bem como requer consciência da situação como um todo, exercendo o controle dos aspectos técnicos de seu trabalho (DA SILVA, et al, 2013).

Na vida acadêmica, são apresentadas ao futuro profissional da Enfermagem inúmeras situações onde o mesmo atuará, sendo o SBV uma delas. Contudo, cabe ao futuro profissional se conscientizar da importância do conhecimento em SBV para poder atuar com segurança e tranquilidade em uma RCP.

Diante do exposto, este estudo objetivou identificar o conhecimento e a habilidade dos acadêmicos do último ano do curso de graduação em Enfermagem nas intervenções necessárias frente a uma de PCR. Para tanto, os dados foram coletados a partir de um roteiro de observação sistematizada, em uma Universidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul, no período de agosto a novembro de 2015.

As evoluções das técnicas de reanimação através dos tempos as tornaram comprovadamente mais eficazes quando realizadas com qualidade e de forma precoce, necessitando, porém de profissionais bem treinados e atualizados para o desenvolvimento das técnicas (GUIMARÃES, et al, 2015).

A ineficiência no atendimento a uma PCR está ligada ao desconhecimento e a falta de habilidade dos envolvidos, a desorganização no atendimento, à insuficiência de materiais e equipamentos. A redução da morbimortalidade associada à RCP pode ser conseguida com atualização e capacitação, seguindo as recomendações das Diretrizes de RCP. É primordial instigar as escolas superiores e entidades de saúde a abordarem mais profundamente em seu currículo e treinamento, conteúdos relacionados ao atendimento de emergência (DA SILVA, et al, 2013; OLIVEIRA, et al, 2013).

Na PCR, a ação do enfermeiro é imprescindível para organizar a equipe de atendimento e garantir o SBV. Neste contexto, é preciso haver uma reflexão quanto à formação do enfermeiro, principalmente, em eventos críticos como as emergências cardiológicas (BOAVENTURA; MIYADAHIRA, 2012; DA SILVA, et al, 2013).

2 OBJETIVO GERAL

Identificar o conhecimento e a habilidade dos acadêmicos do último ano do curso de graduação em Enfermagem quanto às intervenções necessárias frente a uma simulação de Parada Cardiorrespiratória.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Parada cardiorrespiratória

Parada Cardiorrespiratória normalmente está relacionada à Doença Arterial Coronariana (DAC), levando às disritmias graves, isquemia miocárdica e alterações súbitas da pressão arterial. As doenças cardíacas são responsáveis por 40% das mortes de forma repentina e, muitas vezes, na sua primeira manifestação. Distúrbios metabólicos, problemas respiratórios, choques e traumas também são causas que levam a PCR (KNOPFHOLZ, et al, 2012; BORTOLOTTI, 2014; CORRÊA, et al, 2014).

Entre os sinais de uma PCR está a ausência de responsividade, dos movimentos respiratórios e do pulso central (carotídeo), o que caracteriza uma situação de emergência, devendo ser iniciadas, imediatamente, manobras de SBV (KNOPFHOLZ, et al, 2012; VENÂNCIO, et al, 2010; PAZIN-FILHO, et al, 2003; CORRÊA, et al, 2014).

Uma PCR se apresenta em quatro ritmos cardíacos que são: Taquicardia Ventricular (TV), Fibrilação Ventricular (FV), Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP) e Assistolia. No ambiente extra-hospitalar, cerca de 80 a 85% das paradas cardíacas ocorrem nos dois ritmos cardíacos em que se deve utilizar o Desfibrilador Externo Automático (DEA) para efetuar uma desfibrilação ventricular, ou seja, na TV e FV (PAZIN-FILHO, et al, 2003; PIEGAS, et al, 2009; BORTOLOTTI, 2014).

A FV, assim como a TV, só pode ser controlada com desfibrilação ventricular. No adulto e nos dois primeiros minutos, a FV é a principal causa de PCR. Esse distúrbio do ritmo cardíaco ocasiona contrações desordenadas e inefetivas das células cardíacas. Evolui, rapidamente, para assistolia, caso não sejam estabelecidas medidas de SBV. Destaca-se que, além das cardiopatias isquêmicas, as miocardiopatias oriundas da doença de Chagas podem desencadear a TV.

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

3.2 Histórico da ressuscitação cardiopulmonar

Os termos ressuscitação e reanimação podem ser considerados sinônimos por muitos, pois, ressuscitar significa restabelecer a vida, a qual só existe na presença de movimentos respiratórios e batimentos cardíacos. Quanto à reanimação, termo originário do latim, tanto significa sopro, respiração, como vida e alma. Costuma-se empregar o termo reanimação em lugar de ressuscitação, nos casos de parada cardíaca, em função da conotação mágico-religiosa que adquiriu o termo ressuscitação. Porém, o termo ressuscitação é o preferido nos Descritores das Ciências da Saúde da BIREME (BORTOLOTTI, 2014; GUIMARÃES, et al, 2009a).

Em uma breve avaliação dos registros históricos de RCP, verifica-se que, inicialmente, qualquer tentativa de trazer a vida aquele que se foi, era considerada uma heresia (GUIMARÃES, et al, 2009a; GUIMARÃES, et al, 2015). Muitos historiadores consideram como primeiro relato de manobras de ressuscitação a descrição contida no livro bíblico dos Reis, onde narra a reanimação do jovem filho de uma viúva sunamita, realizada pelo profeta Eliseu. Nos registros destas tentativas, os antigos deixaram inúmeros métodos e experimentos de ressuscitação. Acreditavam que, ao nascer, entrava no corpo um fluido que era um verdadeiro princípio vital. Dentre os vários métodos descritos, estão os denominados fumigação e flagelação, com a sugestão do uso de objetos e fluidos aquecidos no peito e pescoço da vítima. Chicotadas com urtigas picantes eram usadas por alguns povos, assim como a queima de ervas consideradas medicinais e estrume seco no abdome no sentido de trazer de volta o calor aos corpos frios (GUIMARÃES, et al, 2009a).

Paracelsus, primeiro a usar foles para introduzir ar nos pulmões, evidenciando as primeiras tentativas de ventilação artificial. Esse método foi usado por cerca de três séculos, tendo hegemonia na Inglaterra por volta de 1820. Após 1740, a insuflação começa a ser usada na França. Entre os anos de 1700 a 1767, quando começa a ser implantado na Inglaterra, outros povos, tais como índios navajos americanos, maias, incas peruanos, empregavam um grosseiro método de reanimação que era baseado na introdução de fumaça quente acondicionada em uma bexiga de animal, através do reto da vítima (GUIMARÃES, et al, 2009a).

Com o passar dos tempos, vários outros métodos foram surgindo, como o método de inversão que era muito empregado para afogados, consistindo em suspender a vítima pelas pernas e posterior deitá-la, o método do barril, onde as vítimas eram colocadas deitadas sobre o barril, fazendo com que o mesmo rolasse sob elas, provocando compressões alternadas no

tórax e abdome, permitindo a entrada e saída de ar dos pulmões. Ainda em 1812, os chineses e europeus usavam o método do trotar do cavalo, deitando a vítima sobre o mesmo fazendo com que os movimentos ritmados do trote estimulassem o retorno da respiração (ALVES, 1978; GUIMARÃES, et al, 2009a; GUIMARÃES, et al, 2015).

A abordagem da morte súbita também tem sido reavaliada com o passar dos tempos, sendo que esse fenômeno era reconhecido por eventos de inalação de fumaça, afogamento ou trauma e, nos tempos atuais, a FV decorrente de eventos isquêmicos no coração (GUIMARÃES, et al, 2009a).

3.3 Ressuscitação cardiopulmonar moderna

A ressuscitação moderna, em 1960, sofreu mudanças importantes em sua concepção, a partir da observação feita por Kouwenhoven, Jude e Knickerbocker de que a compressão realizada adequadamente, sobre o terço inferior do esterno, fornecia uma circulação artificial razoável para manter a vida em animais e seres humanos com parada cardíaca. Estudos realizados por Safar e confirmados por Jude, ainda motivaram as recomendações para a necessidade de associar a massagem cardíaca externa com a respiração artificial para a RCP, sendo uma das recomendações mais importantes do *International Symposium on Emergency Resuscitation*, realizado em Stavanger, Noruega, em agosto de 1961 (ALVES, 1978; GUIMARÃES, et al, 2009a; GUIMARÃES, et al, 2015).

A Associação Americana do Coração “*American Heart Association-AHA*”, detectando o grande potencial da RCP, criou um Comitê de Ressuscitação em 1961, que mais tarde transformou-se no *Committee on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Care*, assumindo a frente de esforços para pesquisas, programas de treinamento e a padronização da RCP, sendo que, até os dias atuais, mantém essa práxis, incluindo todos os aspectos dos SBV e dos SAV.

O brasileiro John Cook Lane, nascido em São Sebastião do Paraíso, MG, graduou-se na escola Paulista de Medicina em 1954, considerado o pioneiro da RCP no Brasil, despertou seu interesse e estudos pela RCP, em 1960, no último ano de residência cirúrgica nos EUA. Ao retornar para o Brasil, não encontrou profissionais focados na área de reanimação, instigando-o para iniciar seus trabalhos de busca e habilitação. Suas primeiras edições na área foram em 1963, e seu primeiro estudo comparou os métodos de respiração artificial existente e da compressão torácica externa, comprovando a superioridade da ventilação boca a boca sobre os demais métodos (GUIMARÃES, et al, 2009b).

A Associação Americana do Coração (AHA) atualiza a cada cinco anos os *guidelines* referentes à RCP. Seu objetivo principal é gerar atualizações referentes ao tema e criar um Consenso Internacional para que todos que atuam frente a um quadro de PCR, acreditem que os procedimentos implantados resultaram de uma discussão rigorosa por especialistas da área (ROCHA, 2012).

A “cadeia de sobrevivência” ou “corrente de sobrevivência”, metáfora criada pela Sociedade Americana de Cardiologia, em 1992, era formada por um conjunto de quatro elos para representar a sequência de eventos que devem idealmente ocorrer para aumentar as taxas de sucesso durante o atendimento à PCR (MIYADAHIRA, et al, 2008). Porém, nas Diretrizes da AHA de 2010, surge uma nova etapa, “Cuidados Pós-PCR”, um quinto elo na cadeia da sobrevivência de adultos em Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE) (AHA, 2010; NOLAN, et al, 2010).

3.4 Suporte básico de vida

O SBV é um conjunto de técnicas e procedimentos que obedece a um protocolo, conhecido como “C-A-B-D”, cujo objetivo é manter as funções circulatórias e oxigenação, ainda quando um DEA disponível realizar a desfibrilação, aumentando as chances de salvar a vida de uma vítima de PCR, até a chegada do SAV (AHA, 2010; NOLAN, et al, 2010; BORTOLOTTI, 2014).

Contudo, segundo Gonzales (2013) ao atender uma vítima que se encontra em colapso súbito, é preciso seguir a sequência instituída pelas diretrizes, expostas abaixo:

Avaliação da Segurança do Local: Em um primeiro momento, a prioridade é a avaliação da segurança do local, identificando e eliminando os possíveis riscos existentes, para não se tornar uma próxima vítima. Se o local estiver seguro, prosseguir o atendimento.

Avaliação da responsividade e respiração da vítima: É importante estimular a vítima verbalmente e tocando-a pelos ombros. Apresentar-se e perguntar se precisa de ajuda. No caso de vítima não responsiva, é preciso identificar os sinais de respiração, observando se há elevação do tórax, em menos de 10 segundos. Se a vítima respira, permanecer ao seu lado e aguardar sua evolução. Se a vítima não respirar ou tiver somente com *gaspings*, deve ser chamada ajuda imediatamente.

Chamar ajuda: Em ambiente extra-hospitalar, é preciso acionar um serviço de atendimento de emergência e solicitar um DEA. Quando disponível no local, buscar ou pedir para que alguém o traga, informar ao serviço de atendimento de emergência a presença do

DEA no local, pois receberá orientações enquanto continua o atendimento à vítima. É fundamental identificar e designar alguém para realizar essas funções.

Dessa forma, o protocolo que tem uma sequência definida como “C-A-B-D”, estabelece ações para cada momento. Assim, na primeira ação, designada como “C”, que significa Circulação, deve ser realizado o controle de hemorragias, checar sinais de circulação e pulso carotídeo, na ausência de pulso, realizar compressões torácicas de alta qualidade. Ao avaliar o pulso, este deve ser o de acesso mais fácil, mas principalmente de uma artéria calibrosa, ou seja, o pulso carotídeo, e em menos de 10 segundos. Caso apresente pulso, uma ventilação a cada 5 a 6 segundos deve ser realizada, mantendo uma frequência de 10 a 12 ventilações por minuto e verificando o pulso a cada dois minutos. Em caso de ausência de pulso ou dúvida quanto à existência de pulsação, deve ser iniciada imediatamente a RCP com ciclos de 30 compressões e duas ventilações. Estudos revelaram a dificuldade que tanto profissionais da saúde quanto socorristas leigos têm em detectar o pulso, sendo que os primeiros acabam por levar muito tempo para realizá-lo, e assim, não é enfatizada a checagem de pulso para leigos e profissionais sem treinamento específico (AHA, 2010; GONZALES, et al. 2013).

Quanto às compressões torácicas, estas só devem ser realizadas com a vítima sobre uma superfície dura. O socorrista precisa expor o tórax da vítima, e posicionar-se de tal forma, que possibilite que suas mãos fiquem sobrepostas e sobre o esterno da vítima, comprimindo o tórax, mantendo os braços estendidos e fazendo um ângulo de 90° com a linha do tórax. As compressões devem respeitar uma profundidade mínima de 5 cm, com uma frequência mínima de 100 por minuto, de maneira efetiva e sem interrupções. Frente à impossibilidade de realizar as ventilações, realiza-se somente compressões torácicas para manter um fluxo sanguíneo e a perfusão coronariana e cerebral (AHA, 2010; GONZALES, et al. 2013).

Na etapa seguinte, “A”, referente às vias aéreas, é preciso realizar a proteção da coluna cervical, quando for vítima de trauma, manter a permeabilidade das vias aéreas para garantir a possibilidade de ventilação. No entanto, para evitar o atraso no início das compressões torácicas, as diretrizes orientam a abertura das vias aéreas somente após o primeiro ciclo de 30 compressões torácicas (AHA, 2010; GONZALES, et al. 2013).

A etapa “B” diz respeito à respiração, sendo que a ventilação artificial é realizada, garantindo um mínimo de oxigenação. As ventilações precisam de uma duração de 1 segundo, mas com pressão suficiente para que ocorra elevação do tórax, levando em conta a existência de um dispositivo de barreira *pocket mask* ou outro equipamento para realizar as ventilações,

devendo ser evitada a hiperventilação, pois aumentará a pressão intratorácica, tendo como consequência a redução do débito cardíaco e a sobrevida (AHA, 2010; GONZALES, et al. 2013).

Na última etapa, “D”, ocorre a Desfibrilação, realizada com o equipamento DEA, o qual interpreta o ritmo cardíaco e indica ou não, a aplicação do tratamento com choque, associado às manobras de reanimação (AHA, 2010; KNOPFHOLZ, et al, 2012; NOLAN, et al, 2010; CANESIN, TIMERMAN, NAZIMA, 2013). O objetivo é reorganizar a atividade elétrica do coração. Geralmente, nos primeiros 5 minutos, período em ocorre o ritmo de FV grosseira, aumentam as possibilidades de êxito na RCP. Contudo, se a vítima estiver em PCR a mais de 5 minutos, deve ser realizada uma série completa de RCP, antes de desfibrilar (AHA, 2010; NOLAN, et al, 2010; GONZALES, et al. 2013).

No que diz respeito ao Suporte Avançado de Vida consiste no socorro básico com RCP de alta qualidade e emprego de técnicas especializadas como a via aérea avançada; monitorização e interpretação eletrocardiográfica e reconhecimento das arritmias; disposição de marca-passo temporário; cardioversão e desfibrilação elétrica; via para infusão e administração de medicamentos específicos; procedimentos complementares após estabilização do paciente; remoção do paciente em condições adequadas para um centro de terapia especializada (AHA, 2010; NOLAN, et al, 2010; GONZALEZ, et al. 2013).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

No intuito de alcançar os objetivos propostos, optou-se por um estudo de caráter exploratório descritivo com abordagem quantitativa transversal e observacional. O estudo quantitativo centra-se nos critérios de objetividade, validade e confiabilidade que são satisfeitos por meio de padronização de coleta de dados, sendo criada uma situação para a pesquisa em que as influências de outras circunstâncias possam ser excluídas. A linguagem matemática é usada para descrever as causas de um fenômeno (FICK, 2012). Nesse tipo de pesquisa, as informações são tratadas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples às mais complexas, onde tudo pode ser estimado e transformado em números, opinião e dados possíveis de serem categorizados e especificados. O intuito é garantir resultados e evitar distorções de análise e de interpretação, permitindo uma margem de segurança maior (BEUREN, et al, 2014; FERREIRA, 2011).

Quanto à pesquisa exploratória, esta se caracteriza pela busca de esclarecimento em um assunto proposto, o qual até o momento não foi contemplado de maneira satisfatória, empregando geralmente procedimentos sistemáticos de coleta de dados, como entrevista, observação sistematizada (BEUREN, et al, 2014). A pesquisa descritiva busca descrever o fenômeno, fato ou comportamento do indivíduo ou grupo de indivíduos investigado, estabelecendo uma ligação ou vínculo entre as variáveis, caracterizando-se pela forma padronizada com que os dados são coletados (BEUREN, et al, 2014).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa desenvolveu-se em uma instituição de ensino superior do interior do Estado do Rio Grande do Sul, com mais de 13 mil estudantes e 600 professores e que oferece o curso de graduação em Enfermagem composto por um corpo docente próximo a 20 integrantes e mais de 500 acadêmicos. Na infraestrutura básica do curso de graduação em Enfermagem, destacam-se os laboratórios de semiologias para aulas práticas, que disponibilizam manequins e outros equipamentos necessários para o desenvolvimento das aulas práticas e momentos extra-aula para estudos acadêmicos, bem como possibilitam aos estudantes desenvolverem maior habilidade e destreza na realização de procedimentos.

As disciplinas práticas também ocorrem em espaços hospitalares e na rede básica de saúde da região. Para realizar a coleta de dados, foram utilizados os espaços de um dos Laboratórios de Semiologia e de salas de aula, nas dependências da instituição, mas sempre propiciando a privacidade do sujeito investigado.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Nesta pesquisa, foram determinados os seguintes critérios de inclusão dos sujeitos: ser acadêmico do Curso de Enfermagem; estar cursando disciplinas do 9º ou do 10º semestre do curso de graduação em Enfermagem da instituição eleita; aceitar participar do estudo; aceitar o registro em vídeo; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e o Termo de Autorização de Uso de Imagem (TAUI) (APÊNDICE D).

4.4 Coleta de dados

Para iniciar a pesquisa, primeiramente foi necessária uma profunda revisão bibliográfica e o encaminhamento formal de uma solicitação para o desenvolvimento deste estudo à Coordenação do Curso de Enfermagem da instituição eleita (APÊNDICE A). Assim, além de expor os objetivos do estudo, foram explicadas a justificativa, a relevância e a metodologia a serem empregadas. Ressaltou-se, ainda, que seria mantido o anonimato dos sujeitos, da instituição e do município. A partir desta autorização, encaminhou-se o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisas (CEP) para apreciação, o qual o aprovou sob parecer número 1.186.211. Uma vez aprovado por este comitê, iniciou-se a coleta dos dados junto aos acadêmicos de enfermagem.

No mês de setembro do ano de 2015, os acadêmicos foram selecionados conforme os critérios pré-estabelecidos e convidados para participarem da pesquisa. Neste momento, estes foram informados quanto ao tema, os objetivos, a justificativa e a forma de coleta dos dados do estudo, sendo que estas informações não influenciaram em suas ações durante a coleta, ou seja, em suas atitudes. Estes foram comunicados também que sua participação e colaboração, nesta pesquisa, não implicariam em prejuízos e riscos, ao mesmo tempo em que foram respeitados os princípios, costumes, religiões e conceitos morais; como disposto na Resolução 466/2012, que se refere às pesquisas com seres humanos (2015, <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>).

Ao confirmar a participação, foi apresentado e lido, a cada um dos sujeitos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitando que o assinassem em duas vias, pois uma via ficou de posse do acadêmico e a outra com o pesquisador que a guardará em local seguro por cinco anos. Salientou-se aos sujeitos que, para sua identidade ser mantida no anonimato, determinou-se um codinome numérico que foi colocado no formulário do roteiro de observação.

Para coleta de dados os sujeitos foram informados que estariam sozinhos frente a um manequim, simulando uma pessoa que apresentou um mal súbito, com queda da própria altura, na recepção de uma Estratégia da Saúde da Família (ESF), sem mais informações a respeito. Disponibilizou-se, no local, materiais para suporte básico como: luvas de procedimentos, dispositivo bolsa-valva-máscara, cilindro de oxigênio, cânula orofaríngea e DEA.

Utilizou-se como instrumento para a coleta de dados, um formulário de avaliação de habilidade prática (APÊNDICE C), norteando a observação para atingir o objetivo da investigação. Esse instrumento em formato de tabela, continha uma sequência de 26 itens a serem seguidos, conforme estabelecido nas Diretrizes de RCP atualizadas em 2010 (AHA, 2010; NOLAN, et al, 2010; CANESIN, TIMERMAN, NAZIMA, 2013). Tal instrumento de avaliação de habilidade foi adaptado a partir do instrumento utilizado nos estudos de Boaventura (BOAVENTURA, 2010).

A coleta ocorreu de forma individual, utilizando-se também um registro em vídeo em plano detalhe (enquadramento do antebraço do avaliado e o manequim torso de RCP) com o intuito de rever e obter uma fidedignidade dos dados colhidos, mas primando pela privacidade do acadêmico. Antes da coleta efetiva de dados, o instrumento de avaliação foi validado junto a cinco sujeitos, que obedeceram aos critérios de inclusão pré-determinados, sendo necessária a inclusão de dados para melhor perfilar os sujeitos e que permitissem avaliar a sequência do atendimento.

Para devolução dos resultados aos sujeitos, será agendado um encontro, onde realizaremos uma capacitação com demonstração de RCP. Além disso, será entregue o relatório do estudo ao coordenador do curso de enfermagem.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Uma vez coletados os dados, os mesmos foram contados, agrupados e expostos em tabelas, apresentando a frequência e seu percentual. Assim, os dados foram submetidos a uma análise quantitativa e descritiva, permitindo relacioná-los entre si e com referencial teórico que aborda esta temática. Antes de expor os dados relativos aos procedimentos realizados pelos sujeitos no atendimento simulado à vítima de PCR, apresenta-se a seguir o perfil desses sujeitos.

Para facilitar a compreensão e interpretação dos dados, os mesmos foram apresentados, respeitando cinco momentos distintos quanto ao desempenho dos acadêmicos. O primeiro momento constitui a análise da segurança da cena e abordagem do paciente pelo acadêmico; o segundo momento, relativo ao reestabelecimento de circulação efetiva; o terceiro, quanto ao estabelecimento de via aérea pérvia e ventilação; o quarto, relacionado à desfibrilação; e o quinto, a obediência da sequência preconizada pelas Diretrizes de RCP/2010.

5.1 Perfil dos sujeitos

Todos os 67 acadêmicos do último ano de graduação em enfermagem constituíram a população deste estudo, porém com quatro desses sujeitos não se obteve êxito no contato para o convite, e 25 não compareceram para a coleta de dados, apresentando como justificativa a falta de tempo disponível. Sendo assim, a amostra foi composta por 37 sujeitos, dos quais oito do sexo masculino e 29 do sexo feminino. As idades oscilaram entre 21 e 44 anos, sendo a faixa etária predominante de 22 a 26 anos, com 23 participantes. A grande maioria (26) dedica-se exclusivamente aos estudos de graduação; sete são profissionais da saúde e quatro exercem outras profissões. Identificou-se que 12 já haviam realizado algum tipo de curso e, ou treinamento que abordou as manobras de RCP.

5.2 Segurança da cena e abordagem do paciente pelo acadêmico

No primeiro momento, que constitui a análise da segurança do local e a abordagem do paciente, destaca-se a inobservância da segurança do local por todos os participantes. Ainda, 20 (54,1%) não realizaram a abordagem tocando nos ombros e 21 (56,8%) não chamando o paciente em voz alta. Quanto à liberação das vias aéreas, conforme exposto na Tabela 1,

abaixo, 24(64,9%) não a realizaram, e somente 12 (32,4%) solicitaram ou fizeram uso do DEA disponibilizado na cena.

Tabela 1 - Abordagem da cena e do paciente pelo acadêmico (n=37).

	PASSO	SIM		NÃO	
		F	%	F	%
1	Segurança do local	0	0	37	100
2	Estimular a vítima tocando nos ombros	17	45,9	20	54,1
3	Chamar em voz alta “você está bem?”	16	43,2	21	56,8
4	Abrir vias aéreas hiperextensão cabeça	13	35,1	24	64,9
5	Avaliar sinais de respiração (menos 10’’)	18	48,6	19	51,4
6	Pedir ajuda, ligar para o 192 ou 193	19	51,4	18	48,6
7	Pedir o DEA	12	32,4	25	67,6

Fonte: dados da pesquisa, 2015

A segurança do local ou da cena é algo que está instituído pela literatura que versa sobre atendimento pré-hospitalar há mais de 20 anos. A atual diretriz da SBC contemplou este item, visando à segurança do profissional que vai realizar o atendimento, minimizando os riscos a fim de evitar que o mesmo torne-se também uma vítima (GONZALES, et al. 2013).

Diariamente, a segurança está presente, tornando-se algo instintivo e de certa forma imperceptível. Assim deve ser no APH e, neste caso, no atendimento a uma PCR extra-hospitalar, por conseguinte, existem chances reais dos sujeitos tornarem-se uma vítima, ao depararem-se com uma cena insegura. Todavia, essa premissa foi desconsiderada por todos os sujeitos investigados. Acredita-se que os acadêmicos não perceberam a necessidade de estabelecer uma segurança para o local, pois além de não visualizarem riscos no local, tratava-se de uma simulação centrada na RCP.

Abordar o paciente tocando e estimulando ou chamando-o em voz alta são procedimentos que garantem a avaliação inicial do estado de consciência. Não obtendo resposta, o profissional da saúde deve dar sequência na avaliação, realizando a liberação da via aérea, hiperextensão ou manobra modificada, observando a presença de expansão torácica, sinal de respiração, tendo o cuidado para não confundir o *gasping* com uma tosse. É importante acionar um serviço de emergência e transmitir informações precisas, para agilizar o atendimento desta equipe, bem como para receber orientações por telefone sobre os próximos passos a serem seguidos, solicitando que tragam um DEA ou fazendo uso, se tiver disponível na cena (CANESIN, TIMERMAN, NAZIMA, 2013).

Os dados apontados na Tabela 1, acima, deixam evidente que a avaliação da consciência, a permeabilização da via aérea e a solicitação de um DEA, não ficaram claros aos futuros enfermeiros como procedimentos imprescindíveis na condução do atendimento à uma possível vítima de PCR.

Conduta que deveria ser comum a todos os participantes, foi realizada por somente um dos 37 participantes. Este deixou claro que ligaria para 192 a fim de solicitar ajuda e seguir as orientações pelo telefone. Neste momento, o pesquisador serviu de interlocutor, como um regulador do SAMU, repassando todas as orientações, as quais foram seguidas de maneira satisfatória pelo avaliado, excetuando-se a falta de habilidade e técnica no manuseio do dispositivo bolsa-válvula-máscara e do DEA.

5.3 Reestabelecimento de circulação efetiva

No segundo momento, que compreende o reestabelecimento de circulação efetiva através das compressões torácicas externas, verificou-se que 30 (81,1%) dos sujeitos preocuparam-se em verificar o pulso carotídeo, embora não o tenham realizado no momento correto. De acordo com a Tabela 2, abaixo, destaca-se que um percentual significativo dos sujeitos executou três condutas de forma correta nessa etapa de RCP. São elas: Ajoelhar-se próximo ao ombro da vítima, mantendo pernas afastadas (91,9%); posicionar os braços estendidos (91,9%); e manter as mãos sobrepostas no tórax da vítima para as compressões (89,2%). Pontua-se que nem todos os sujeitos que executaram um desses procedimentos corretos também o fizeram com os demais.

Evidenciou-se que 26 (70,3%) dos sujeitos não despiu o tórax da vítima, sendo que 21 (56,8%) não executaram a massagem cardíaca no local correto. As Diretrizes para RCP recomendam despir o tórax a fim de localizar o ponto correto para as compressões torácicas.

Tabela 2 – Procedimentos relacionados ao reestabelecimento da circulação efetiva (n=37).

PASSO	SIM		NÃO	
	F	%	F	%
8 Verificar o pulso carotídeo (5 a 10seg)	30	81,1	7	18,9
9 Ajoelhar-se próximo ao ombro da vítima mantendo pernas afastadas	34	91,9	3	8,1
10 Despir o tórax da vítima	11	29,7	26	70,3
11 Localizar o ponto de compressão no tórax	16	43,2	21	56,8
12 Posicionar as mãos sobrepostas para iniciar compressões	33	89,2	4	10,8
13 Posicionar os braços estendidos	34	91,9	3	8,1
14 Comprimir o tórax mínimo 5 cm profundidade 30 vezes	25	67,6	12	32,4
15 Permitir o relaxamento do tórax entre as compressões	29	78,4	8	21,6
16 Comprimir na frequência 100/minuto	26	70,6	11	29,7

Fonte: dados da pesquisa, 2015

A verificação do pulso carotídeo não deve ser algo prioritário nos primeiros instantes. Justifica-se devido os profissionais da saúde, por falta de habilidade necessária ou por estar em uma situação de estresse, levarem tempo superior aos 10 segundos recomendados pelas diretrizes. Ajoelhar-se próximo ao ombro da vítima e manter as pernas afastadas, garante um contato mais próximo e uma maior estabilidade ao socorrista. Desta forma, durante as compressões torácicas, a projeção do seu corpo sobre o corpo do paciente, mantendo os braços estendidos sem flexionar e com as mãos sobrepostas, transforma o peso do socorrista em energia para que as compressões tornem-se eficazes. Cabe destacar que o coração da vítima será comprimido entre duas superfícies rígidas, esterno e coluna torácica, permitindo uma maior efetividade na expulsão do sangue do seu interior (CANESIN, TIMERMAN, NAZIMA, 2013).

Estabelecendo-se um paralelo dessas ações com as Diretrizes de RCP, observou-se que, quanto ao posicionamento das mãos, dos braços e a qualidade das compressões torácicas realizadas foram corretas. Além disso, características importantes dessas ações como: profundidade exercida pela compressão, retorno do tórax e frequência das compressões foram realizadas de maneira satisfatória (AHA, 2010).

Destaca-se que apenas 11(29,7%) dos sujeitos preocuparam-se em “despir o tórax da vítima”. Esta ação é necessária para permitir uma melhor expansão torácica, uma visualização de possíveis lesões e deformidades e a identificação de movimentos respiratórios (GONZALES, et al. 2013). São de suma importância à identificação do ponto correto de compressão no tórax, o cruzamento da linha intermamilar e o esterno, estabelecido nas

Diretrizes RCP-2000 e reafirmado nas posteriores, a fim de não causar mais danos a vítima e permitir a efetivação do bombeamento sanguíneo.

5.4 Estabelecimento de via aérea pérvia e ventilação

Quanto ao terceiro momento, observaram-se os procedimentos relacionados ao reestabelecimento de via aérea pérvia e ventilação, sendo que somente quatro (10,8%) dos participantes mantiveram a via aérea aberta e selaram a máscara na face da vítima, durante a ventilação, e, destes, três ventilaram a vítima com uma cânula orofaríngea. Além disso, 21 (56,8%) não iniciaram esse processo com duas ventilações (1" cada); e 23 (62,2%) não realizaram o primeiro ciclo de RCP com 30 compressões e 02 ventilações, como mostram os itens 18 e 19 da Tabela 3. Alguns justificaram não realizar as ventilações porque estavam sozinhos, conforme as declarações a seguir:

"... se eu tivesse ajuda ... eu faria trinta ventilações, TRINTA COMPRESSÕES! ... e duas ventilações ... como não tem ninguém, eu fico só comprimindo ..." (E 03).

"... como não tem ninguém pra me ajudar, eu não vou usar o ambú, ... tá! ... não vou usar, vou dar prioridade práaa massagem ..." (E 05).

"... até chegar outra pessoa, eu vou fazendo só massagem cardíaca, até chegar alguém prá ventilar ele. O que eu aprendi foi que, ... se tu tá sozinho tu não precisa ventilá ... só faz as 100 compressões por minuto ..." (E 32).

As justificativas apresentadas para não realizar as ventilações, demonstram a falta de conhecimento técnico e habilidade no manuseio do dispositivo bolsa-válvula-máscara, deixando transparecer insegurança e nervosismo frente a essa prática, sendo ainda perceptível a frustração de alguns que tentaram realizá-la, não obtendo sucesso. Ficou evidente que o enfermeiro, ao longo de sua graduação, vê-se inserido em uma equipe, gerenciando e assistindo junto com a equipe. Quando solitário frente a uma emergência, fica desarticulado.

Tabela 3 – Procedimentos relacionados ao reestabelecimento de via aérea pérvia e ventilação (n=37).

PASSO	SIM		NÃO	
	F	%	F	%
17 Manter via aérea aberta, selar a máscara na face da vítima	4	10,8	33	89,2
18 Aplicar duas ventilações (1seg cada) observar elevação tórax	16	43,2	21	56,8
19 Aplicar primeiro ciclo 30 comp. e 02 vent.	14	37,8	23	62,2

Fonte: dados da pesquisa, 2015

Para manter a via aérea pérvia, antes de realizar as ventilações com o dispositivo bolsa-válvula-máscara, o profissional deverá inserir a cânula orofaríngea ou realizar a hiperextensão da mandíbula, garantindo assim que a base da língua não obstrua a via aérea. Ao executar a hiperextensão da mandíbula, ao mesmo tempo em que, veda a máscara na face da vítima, fazendo uso da técnica “C” “E” (não sendo necessária com o uso da cânula orofaríngea), com a outra mão, comprime a bolsa do dispositivo, insuflando os pulmões, observando a elevação do tórax para certificar-se da efetividade da ventilação. No entanto, quando não se presencia o momento da PCR, e, portanto, não se pode precisar o tempo que a vítima está em PCR, é necessário que o profissional realize o primeiro ciclo de 30 compressões e duas ventilações e, logo após, instalar o DEA (CANESIN, TIMERMAN, NAZIMA, 2013).

A não realização das ventilações, mas somente compressões, é indicação para o público leigo ou profissional sem os equipamentos necessários, ou ainda na presença de trauma de face que impossibilite o procedimento (AHA, 2010). Entretanto, tal conduta não é justificada nesta simulação, pois o DEA estava disponível e o socorrista, nesse caso, não poderia ser considerado um leigo.

5.5 Operação do DEA e desfibrilação

No que tangem ao momento da desfibrilação e o procedimento em si, evidencia-se, na Tabela 4 abaixo, que 12 sujeitos (32,4%) fizeram o uso do desfibrilador disponibilizado e conseguiram, em sua grande maioria, respeitar a sequência de atendimento, mesmo sem um contato anterior com o dispositivo ou utilizado em outra oportunidade. Contudo, quanto aos demais, que não fizeram uso do DEA, percebeu-se que havia um desconhecimento quanto ao equipamento ou a operação do mesmo, conforme declarações a seguir:

“... eu vou no manual, eu não vou, eu não vou utilizar aquele ... porque eu não sei ligar!” (E 07).

*“... eu não utilizei o ..., aquele é a o ... esqueci o nome daquele negócio ali é o ... **DEA desfibrilador** ... isso! desfibrilador, porque no meu conhecimento eu não tenho conhecimento pra isso, ... Enfim, prá mim era isso, não tenho muito o que fazer...”* (E 88).

Tabela 4 – Procedimentos relacionados à operação do DEA e Desfibrilação (n=37).

	PASSO	SIM		NÃO	
		F	%	F	%
20	Ligar o DEA	12	32,4	25	67,6
21	Conectar as pás no DEA após a mensagem “CONECTAR OS ELETRODOS”	11	29,7	26	70,3
22	Colar as pás corretamente no tórax da vítima	7	18,9	30	81,1
23	Afastar-se da vítima para análise após mensagem do DEA	10	27	27	73
24	Pressionar o botão “choque” após mensagem “CHOQUE INDICADO”	11	29,7	26	70,3
25	Reiniciar RCP após o choque e a mensagem “INICIE RCP”	10	27	27	73

Fonte: dados da pesquisa, 2015

O DEA é um equipamento eletroeletrônico, de fácil operação, onde basta o operador seguir as orientações em áudio do próprio dispositivo, o qual após ser ligado orientará para que sejam conectados os eletrodos auto adesivos no tórax despido do paciente. Dessa forma, assim instalado, logo após, iniciará a análise do ritmo cardíaco pelo aparelho, momento em que o socorrista será alertado pelo DEA para não se encostar no paciente a fim de que sua atividade elétrica não interfira na análise. Assim, o DEA identificará o ritmo cardíaco, informando a necessidade de disparar a descarga elétrica ou não, quando frente a AESP ou Assistolia. Na presença de um ritmo chocável, como a FV ou TV, o equipamento orientará para que aperte o botão piscante. Neste momento, o socorrista não deve encostar-se na vítima, e não deixar que ninguém encoste, sob o risco de receber a descarga elétrica junto com a vítima. Imediatamente à desfibrilação, deverão ser reiniciadas as manobras de compressões torácicas associadas com as ventilações, respeitando uma série completa que compreende cinco ciclos de 30 compressões e duas ventilações, totalizando um tempo de dois minutos, tempo em que o *timer* do DEA disponibiliza para o operador realizar RCP (GONZALES, et al. 2013).

Portanto, o dispositivo é de fácil utilização e manuseio, desde que seja realizado o procedimento com calma e atentando para as orientações do equipamento. Entretanto, verificou-se que dentre aqueles que utilizaram o DEA, o posicionamento das pás ou eletrodos no tórax foi inadequado. Cabe destacar que, o DEA apenas informa por áudio quanto a necessidade de colocar as pás no tórax, mas apresenta uma ilustração sobre as mesmas, orientando o local de sua aplicação.

5.6 Sequencia estabelecida pelas diretrizes de RCP/2010

Quanto à obediência da sequência preconizada pelas diretrizes de RCP, verificou-se que 100% dos acadêmicos do último ano do curso de graduação em enfermagem, participantes da investigação, não a respeitou, conforme exposto na Tabela 5 abaixo. Pautando-se nos resultados descritos anteriormente, entende-se que os mesmos a desconhecem.

Tabela 5 – Sequencia estabelecida pelas diretrizes de RCP/2010¹ (n=37).

PASSO	SIM		NÃO	
	F	%	F	%
26 Obedeceu a sequência correta	0	0	37	100

Fonte: dados da pesquisa, 2015

A reanimação cardiopulmonar, atualmente, é um consenso internacional, em que especialistas em emergência cardiológica reúnem-se presencial ou virtualmente para discutir e avaliar incansavelmente os procedimentos. Após um consenso, as atualizações das Diretrizes de RCP são publicadas. A sequência pré-estabelecida, denominada cadeia da sobrevivência, é resultado destes estudos e discussões (AHA, 2010). Portanto, visa um melhor resultado para a vítima, sendo que cada passo, quando realizado com qualidade e no momento correto, contribui para o êxito do resultado final, ou seja, o retorno da circulação e da ventilação, sem sequelas ou, caso presentes, que sejam atenuadas ou em um quantitativo reduzido, garantindo sobretudo um reestabelecimento com qualidade de vida (SOUZA; OLIVEIRA, 2011).

¹ No mês de outubro, entrou em vigor as Diretrizes RCP/2015. Não houve alterações na sequência de SBV estabelecida em 2010. Novamente foi dado ênfase a RCP de alta qualidade. Como nova recomendação, limita o ritmo em 120/min (100 a 120/min) e profundidade não superior a 6cm (5 a 6cm).

6 CONCLUSÕES

Identificou-se que os sujeitos participantes do estudo, acadêmicos do último ano do curso de graduação em enfermagem, quando atuando sozinhos, não demonstraram nem conhecimento tampouco habilidade para intervenções de SBV necessárias frente a uma parada cardiorrespiratória extra-hospitalar. Esse estudo também denunciou que além da vítima não sofrer um atendimento adequado, o próprio socorrista poderia sofrer danos, uma vez que não houve uma preocupação com a segurança do local.

Procedimento importante, como a verificação de pulso carotídeo, embora não obedecendo o momento estipulado pelas diretrizes, foi realizada de forma correta. Porém, frente ao desempenho geral desse grupo de acadêmicos, surgiram alguns questionamentos: Em uma situação real, de estresse, esses sujeitos identificariam a presença do pulso em menos de 10 segundos? Estariam os cursos de graduação em enfermagem instigando e demonstrando a RCP nos espaços extra-hospitalar? A Rede Básica de Saúde possui uma estrutura para uma RCP?

As técnicas e habilidades adquiridas em treinamentos podem ser esquecidas em muito pouco tempo, principalmente, se o indivíduo não vivenciá-las rotineiramente. Por isso a necessidade de atualizações e treinamento permanente em RCP. Acredita-se que alguns acadêmicos possam ter ficado impactados pela cena apresentada, por não estarem habituados a este tipo de metodologia em pesquisa ou em aula. Contudo, espera-se que o estudo tenha alertado que o enfermeiro poderá deparar-se com uma vítima de PCR e não estar acompanhado por uma equipe formada e treinada. Nessa situação, como um profissional da saúde, deverá ter iniciativa e prestar um atendimento igualmente adequado.

A partir deste estudo, apesar dessa temática estar inserida nos conteúdos das disciplinas da grade curricular, sugere-se que esta seja abordada com maior ênfase e que as discussões e práticas sejam fortalecidas ao longo do curso de graduação, permitindo aos acadêmicos de enfermagem expressar suas dificuldades, aperfeiçoar seus conhecimentos e desenvolver habilidades de forma efetiva. Sabe-se, contudo, que não é salientada a conduta de um enfermeiro frente a uma PCR no espaço extra-hospitalar, bem como, a forma de conduzir uma situação de emergência junto apenas ao público leigo. Entende-se que as instituições de ensino tem o dever de instigar e dar condições para que o futuro enfermeiro trilhe sua formação. Não basta abordar o tema em uma única oportunidade, devendo este ser reforçado sempre que for oportuno.

Por outro lado, essas práticas de Atendimento Pré-Hospitalar, mais especificamente SBV, são disponibilizadas, frequentemente, na forma de cursos teórico-práticos por instituições de ensino e saúde a profissionais e acadêmicos da área, cabendo a esses a iniciativa de buscar conhecimento além do pré-estabelecido nos cursos de graduação. A ampliação do mercado de trabalho para a enfermagem exige dos profissionais uma qualificação mais específica para exercer sua prática com tanta qualidade quanto àqueles profissionais já inseridos no mercado.

Por fim, espera-se que este estudo tenha possibilitado aos sujeitos uma maior articulação entre a teoria e a prática, sendo que, mesmo frente ao erro, há a oportunidade de aprendizagem, bem como permitido instigar reflexões quanto à importância do tema e a ação do enfermeiro em uma RCP, propondo discussões e melhorias para as instituições de ensino superior.

REFERENCIAS

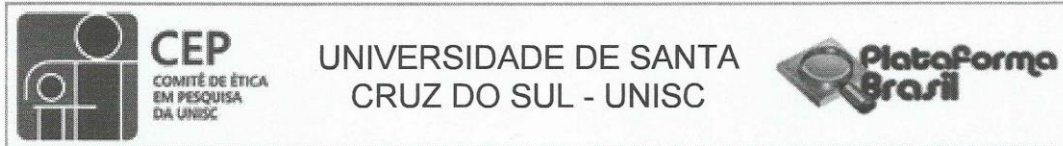
- ALVES, Orlando José. *Noções de primeiros socorros*. 5ª ed atualizada, gráfica Universidade Santa Úrsula – Rio de Janeiro RJ, 1978.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION - AHA. Destaques das diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. Guidelines CPR e ECC, 2010.
- ANDRADE, André Rodrigues de. *A ressuscitação cardiopulmonar no contexto do enfermeiro de atenção primária*. 2014. 71 f., il. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Ceilândia-DF, 2014.
- BEUREN, I. M. et al. *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: Teoria e Prática*. 3. ed – 9. Reimpr. – São Paulo: Atlas, 2014.
- BOAVENTURA, Ana Paula. *Avaliação do processo ensino aprendizagem das manobras de ressuscitação cardiorrespiratória (RCP) utilizando o desfibrilador externo automático (DEA): alunos de graduação da área da saúde*. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- BOAVENTURA, A. P.; MIYADAHIRA, A. M. K. Programa de capacitação em ressuscitação cardiorrespiratória com uso do desfibrilador externo automático em uma universidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 33, n. 1, p. 191-194, 2012.
- BORTOLOTTI, Fábio. *Manual do socorrista – 3. ed. atualizada – Porto Alegre: Expansão, 2014*
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em 19 set. 2015.
- CANESIN, M. F.; TIMERMAN, S.; NAZIMA, W. *Treinamento em emergências cardiovasculares avançado da Sociedade Brasileira de Cardiologia - Barueri (SP): Manole, 2013*.
- CORRÊA, A. R. et al. Atendimentos a vítimas de parada cardíaca extra-hospitalar com desfibrilador externo automático em unidades de suporte básico/Victims attendances of out-of-hospital cardiac arrest with automatic external defibrillator in basic support units. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 13, n. 4, p. 600-607, 2014.
- DA SILVA, D. A. F. et al. Ensino em enfermagem e tomada de decisão: guideline 2015-2010. *Ensino, Saúde e Ambiente*, v. 6, n. 3, 2013.
- FERREIRA, Haroldo da Silva. *Redação de trabalhos acadêmicos nas áreas das ciências biológicas e da saúde*. Rio de Janeiro: Ed Rubio, 2011.
- FLICK, Uwe. *Introdução à Metodologia de Pesquisa: Um Guia Para Iniciantes*. Penso Editora, 2012.

- GONZALEZ, M. M., et al. *I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da sociedade brasileira de cardiologia*. Arq Bras Cardiol. 2013; 101(2Supl.3): 1-221.
- GUIMARÃES, H. P. et al. Uma breve história da ressuscitação cardiopulmonar. *Rev Bras Clin Med*, v. 7, n. 3, p. 177-87, 2009a.
- GUIMARÃES, H. P. et al. A história da ressuscitação cardiopulmonar no Brasil. *Rev Bras Clin Med*, v. 7, n. 4, p. 238-44, 2009b.
- GUIMARÃES, M. R. et al. Revisão de Literatura: Reanimação Cardiopulmonar. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*, v. 5, n. 1, 2015.
- KNOPFHOLZ, J. et al. Manuseio de emergências cardiológicas em hospitais gerais do estado do Paraná. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, v. 10, n. 6, p. 499-502, 2012.
- MACHADO, Eliana Cacia de Melo. *Assistência de enfermagem a pacientes em parada cárdio-respiratória: momentos que antecedem a presença e a intervenção médica*. 2007. 82 f. Monografia (Graduação) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2006.
- MACHADO, E. C. M.; REZENDE, M. S. Sentimentos expressos pelos profissionais de enfermagem frente a uma parada cárdio-respiratória. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, v. 4, n. 2, p. 130-141, 2013.
- MIYADAHIRA, A. M. K., et al; Ressuscitação cardiopulmonar com a utilização do desfibrilador externo semi-automático: avaliação do processo ensino-aprendizagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 42, n. 3, 2008.
- NOLAN, J.P., et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010/ Resuscitation 81 (2010) 1219–1276.
- OLIVEIRA, A. D. S., et al. Estratégia saúde da família: atendimento do enfermeiro à vítima em parada cardiorrespiratória. *Revista Interdisciplinar*, v. 6, n. 4, p. 68-74, 2013.
- PAZIN-FILHO, A. et al. *Parada cardiorrespiratória (PCR)*. Medicina, Ribeirão Preto, v. 36, n. 2/4, p. 163-178, 2003.
- PIEGAS, L.S. et al. *Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST*. Arq Bras Cardiol.2009;93(6 supl.2):e179-e264.
- ROCHA, F. A. S. et al. Atuação da equipe de enfermagem frente a parada cardiorrespiratória intra-hospitalar. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2012.
- SOUZA, J. C. S.; OLIVEIRA, V. L. M. O conhecimento do profissional de enfermagem no atendimento algoritmo em reanimação cardiopulmonar na unidade de internação (ui) adulta. *Anuário de produção científica discente* – Faculdade Anhanguera, Taboão da Serra, v14, nº27, 2011.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições diferenças e seus objetos de pesquisa. *Ver saúde pública* 2005; 39(3):507-14.

VENÂNCIO, K. et al. Avaliação do conhecimento do protocolo BLS por alunos concluintes de graduação em enfermagem. Evaluation Of The Knowledge Of The Students Of Graduation In Nursing On The Protocol BLS. *Science*, v. 1, n. 3, p. 121-7, 2010.

ANEXO A: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acadêmicos de graduação em Enfermagem e o Suporte Básico de Vida

Pesquisador: Maristela Soares de Rezende

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47136915.7.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.186.211

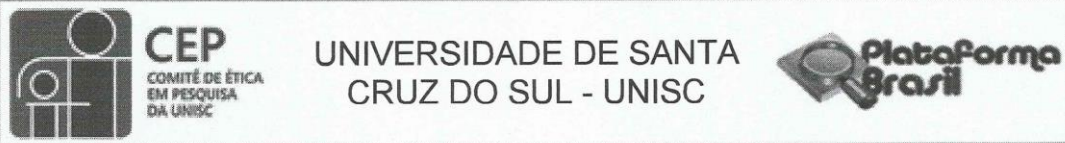
Data da Relatoria: 18/08/2015

Apresentação do Projeto:

A parada cardiorrespiratória (PCR) consiste em uma interrupção súbita e inesperada da circulação sistêmica e das funções respiratórias do indivíduo, resulta na deterioração sistêmica e morte, se não houver uma adequada intervenção profissional. Nessa situação, é essencial colocar em prática um conjunto de técnicas e procedimentos, que constitui o Suporte Básico de Vida. Desta forma, este projeto de pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem tem como objetivo identificar o conhecimento e a habilidade dos acadêmicos do último ano do curso de graduação em Enfermagem quanto às intervenções necessárias frente a uma simulação de Parada Cardiorrespiratória. Para tanto, os dados serão coletados nas dependências de um curso de graduação em Enfermagem de uma instituição de ensino superior do interior do Estado do Rio Grande do Sul, em um dos Laboratórios de

Semiologia ou uma das salas de aula dessa instituição, nos meses de agosto e setembro do ano de 2015. A forma de coleta será através de um formulário de avaliação de habilidade prática e observação sistematizada, acrescido de um registro em vídeo em plano detalhe (enquadramento do antebraço do avaliado e o manequim torso de Reanimação Cardiorrespiratória) com o intuito de obter uma fidedignidade dos dados colhidos, mas primando pela privacidade do acadêmico de graduação em Enfermagem.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 1.186.211

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

identificar o conhecimento e a habilidade dos acadêmicos do último ano do curso de graduação em Enfermagem quanto às intervenções necessárias frente a uma simulação de Parada Cardiorrespiratória

Objetivo Secundário:

NÃO HÁ

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco pode ser a quebra do anonimato tanto dos sujeitos quanto da instituição a partir de comentários entre os mesmos ou por não participantes do estudo, mas cientes do processo de coleta e que correlacionem o pesquisador com o estudo.

Benefícios:

Como benefício para os sujeitos, está a oportunidade de uma maior articulação entre a teoria e a prática, bem como poderá instigar reflexões quanto à importância do tema, propondo discussões e melhorias na própria instituição, configurando, assim, um benefício para a mesma.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos solicitados quando da primeira submissão foram providenciados a contento.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

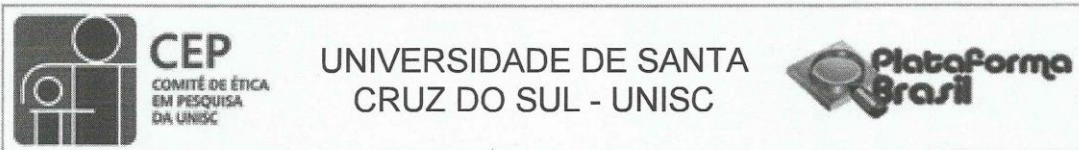
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 1.186.211

SANTA CRUZ DO SUL, 14 de Agosto de 2015

Assinado por:
Ingo Paulo Kessler
(Coordenador)

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

APÊNDICE A – Ofício de solicitação junto à instituição

Sr. Coordenador do Curso de Enfermagem

Cumprimentando cordialmente, solicitamos autorização para desenvolver um estudo monográfico, do acadêmico Marilton Souto Marques, orientado pela Prof^a Enf^a Ms. Maristela Soares de Rezende, referente ao tema “Acadêmicos de graduação em Enfermagem e o Suporte Básico De Vida”, que será o trabalho de conclusão do curso.

A parada cardiorrespiratória (PCR) consiste em uma interrupção súbita e inesperada da circulação sistêmica e das funções respiratórias do indivíduo, resulta na deterioração sistêmica e morte, se não houver uma adequada intervenção profissional. Nessa situação, é essencial colocar em prática um conjunto de técnicas e procedimentos, que constitui o Suporte Básico de Vida. Desta forma, este projeto de pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem tem por objetivo identificar o conhecimento e a habilidade dos acadêmicos do último ano do curso de graduação em Enfermagem quanto às intervenções necessárias frente a uma simulação de Parada Cardiorrespiratória.

Para tanto, pretende-se coletar os dados nas dependências desse curso de graduação em Enfermagem e em um dos Laboratórios de Semiologia ou uma das suas salas de aula, nos meses de agosto e setembro do ano de 2015. A forma de coleta será através de um formulário de avaliação de habilidade prática e observação sistematizada, acrescido de um registro em vídeo em plano detalhe (enquadramento do antebraço do avaliado e o manequim torso de Reanimação Cardiorrespiratória) com o intuito de obter uma fidedignidade dos dados colhidos, mas primando pela privacidade do acadêmico de graduação em Enfermagem.

Acredita-se que esse estudo, além de instigar reflexões quanto ao tema, possa através de sua metodologia de pesquisa e também prática pedagógica, estimular uma revisão didática à luz de um modelo diferente de formação e capacitação, contribuir na formação dos estudantes dos cursos de graduação.

Comprometemo-nos em manter o anonimato do município, da instituição e dos acadêmicos, garantindo que não terão riscos e que serão mantidos todos os preceitos éticos, legais, estabelecidos pela Resolução 466/12, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, durante e após o término do trabalho, respeitando valores culturais, morais, sociais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes.

Assim, após o seu consentimento formal, o protocolo de projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para apreciação. Uma vez aprovado pelo CEP será iniciado a coleta de dados. Salientamos, no entanto, que estaremos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir.

Certos de sua compreensão, desde já agradecemos,

Atenciosamente,

Marilton Souto Marques
Acadêmico do Curso de Graduação
de Enfermagem - UNISC

Maristela Soares de Rezende
Prof^ª. Orientadora

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: “**ACADÊMICOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E O SUPORTE BÁSICO DE VIDA**”.

A parada cardiorrespiratória (PCR) consiste em uma interrupção súbita e inesperada da circulação sistêmica e das funções respiratórias do indivíduo, resulta na deterioração sistêmica e morte, se não houver uma adequada intervenção profissional. Nessa situação, é essencial colocar em prática um conjunto de técnicas e procedimentos, que constitui o Suporte Básico de Vida. Desta forma, este projeto de pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem tem como objetivo identificar o conhecimento e a habilidade dos acadêmicos do último ano do curso de graduação em Enfermagem quanto às intervenções necessárias frente a uma simulação de Parada Cardiorrespiratória.

Para tanto, os dados serão coletados nas dependências de um curso de graduação em Enfermagem de uma instituição de ensino superior do interior do Estado do Rio Grande do Sul, em um dos Laboratórios de Semiologia ou uma das salas de aula dessa instituição, nos meses de agosto e setembro do ano de 2015. A forma de coleta será através de um formulário de avaliação de habilidade prática e observação sistematizada, acrescido de um registro em vídeo em plano detalhe (enquadramento do antebraço do avaliado e o manequim torso de Reanimação Cardiorrespiratória) com o intuito de obter uma fidedignidade dos dados colhidos, mas primando pela privacidade do acadêmico de graduação em Enfermagem. Acredita-se que esse estudo, além de instigar reflexões quanto ao tema, possa contribuir na formação e capacitação dos estudantes do curso de graduação.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;

- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- de que não existirão gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Prof^a Enf^a Ms. Maristela Soares de Rezende (Fone: 51 21090932),

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data __ / __ / ____

Nome e Ass Voluntario

Pesquisador Acadêmico

Pesquisador Responsável

APÊNDICE C - Instrumento de avaliação de habilidade

Nome (codinome):

Curso:

Início:

Termino:

Data:

Profissão:

Sexo:

Idade:

Já realizou algum treinamento de RCP/SBV? _____ Quando? _____

ITEM	PASSO	SIM	NÃO	OBS
1	Segurança do local			
2	Estimular a vítima tocando nos ombros			
3	Chamar em voz alta “você esta bem?”			
4	Abrir vias aéreas hiperextensão cabeça			
5	Avaliar sinais de respiração (menos de 10seg)			
6	Pedir ajuda, ligar para o 192 ou 193			
7	Pedir o DEA			
8	Verificar o pulso carotídeo (5 a 10seg)			
9	Ajoelhar-se próximo ao ombro da vítima mantendo pernas afastadas			
10	Despir o tórax da vítima			
11	Localizar o ponto de compressão no tórax			
12	Posicionar as mãos sobrepostas para iniciar compressões			
13	Posicionar os braços estendidos			
14	Comprimir o tórax mínimo 5cm profundidade 30 vezes			
15	Permitir o relaxamento do tórax entre as compressões			
16	Comprimir na frequência 100/minuto			
17	Manter via aérea aberta, selar a máscara na face da vítima			
18	Aplicar duas ventilações (1seg cada) observar elevação tórax			
19	Aplicar primeiro ciclo 30 comp. e 02 vent.			
20	Ligar o DEA			
21	Conectar as pás no DEA após a mensagem “CONECTAR OS ELETRODOS”			
22	Colar as pás corretamente no tórax da vítima			
23	Afastar-se da vítima para análise após mensagem do DEA			
24	Pressionar o botão “choque” após mensagem “CHOQUE INDICADO”			
25	Reiniciar RCP após o choque e a mensagem “INICIE RCP”			
26	Obedeceu a sequência correta			

APÊNDICE D - Termo de Autorização de uso de Imagem

Neste ato, _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador da Cédula de identidade RG nº. _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente à Av/Rua _____, nº. _____, município de _____/Rio Grande do Sul. AUTORIZO o uso de minha imagem a partir de vídeo para ser utilizada na elaboração do trabalho de conclusão do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul. Este material é destinado à análise dos dados desse trabalho acadêmico, orientado pela Professora Maristela Soares de Rezende. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada. Os pesquisadores, Maristela Soares de Rezende e Marilton Souto Marques comprometem-se a respeitar sempre os fins aqui estipulados. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

_____, dia ____ de _____ de _____.

(assinatura)

Nome:

Telefone p/ contato: