

Curso Completo

Suporte Básico e Avançado

de Vida (aula atualizada)

Lista de Questões

1. (Prefeitura de Americana-SP/Avança SP/2023) Como se sabe, a parada cardiorrespiratória possui alguns sintomas que a precede. Sobre tais sintomas, analise os itens a seguir e, ao final, assinale a alternativa correta:

I - sinais de baixo débito cardíaco.

III - palpitações precordiais.

II - perda da consciência.

IV - sudorese.

a) Apenas os itens I e II são verdadeiros.

d) Apenas os itens II, III e IV são verdadeiros.

b) Apenas os itens III e IV são verdadeiros.

e) Todos os itens são verdadeiros.

c) Apenas os itens I, III e IV são verdadeiros.

2. (Prefeitura de Contagem-MG/IBFC/2022) A parada cardiorrespiratória caracteriza-se pela interrupção súbita da circulação sanguínea e mecanismo ventilatório de um indivíduo. De acordo com as Diretrizes da American Heart Association de 2020, para a ressuscitação cardiopulmonar se efetivar, assinale a alternativa incorreta.

a) É recomendado a desfibrilação sequencial dupla para ritmo chocável refratário.

b) É aconselhável para os profissionais tentarem, primeiro, estabelecer o acesso intravenoso para administração de medicamento em parada cardiorrespiratória, e caso não seja possível, estabelecer, então, acesso intraósseo.

c) O número de compressões adequado deve atingir 100 a 120 compressões por minuto, com profundidade de 5cm, com retorno total do tórax.

d) Adicionado o elo de recuperação na cadeia de sobrevivência intra e extra hospitalar.

3. (Prefeitura de Barra dos Coqueiros-SE/CESPE/2022) Considerando-se os protocolos multiprofissionais de suporte básico de vida validados pelo Ministério da Saúde, é correto afirmar que

a) os esforços na ressuscitação cardiopulmonar devem ser breves em pacientes sob overdose de drogas.

b) o monitoramento da glicemia é um dos cuidados a serem tomados após uma bem-sucedida ressuscitação cardiopulmonar.

c) pacientes em parada cardiorrespiratória devem ser avaliados pela escala de coma de Glasgow antes da decisão de não ressuscitação cardiopulmonar.

d) a conduta mais segura no atendimento a um paciente em choque é considerá-lo como não hemorrágico enquanto não se confirmar a existência de hemorragia.

e) a decisão de não ressuscitação cardiopulmonar é respaldada em caso de sinais de morte evidente, como perda da consciência e abolição do tônus muscular com imobilidade.

4. (Residência Multiprofissional/Hospital Sírio Libanês/FCC/2023) De acordo com American Heart Association, 2020, a equipe de alto desempenho precisa, durante a parada cardiorrespiratória, se concentrar em sincronismo, qualidade, coordenação e administração, sendo que a coordenação corresponde

a) à melhoria contínua da qualidade e número de membros da equipe de ressuscitação participantes.

b) à minimização das interrupções e da alternância de responsáveis pela compressão.

c) à dinâmica da equipe, membros da equipe trabalhando juntos, proficientes em suas funções.

d) ao tempo até a primeira compressão e o tempo até o primeiro choque.

e) ao tempo de resposta inicial do serviço médico de emergência.

5. (Prefeitura de Quadra-SP/CONSULPAM/2019) A parada cardiorrespiratória (PCR) ocorre de forma inesperada, nos mais variados locais (feiras livres, supermercados, shoppings, ônibus, etc.). Existem três fases que caracterizam a PCR. Aponte a alternativa que descreve CORRETAMENTE a fase indicada em cada item e as intervenções adequadas em cada uma:

- a) Fase elétrica: período que vai do momento da parada e se prologa até os próximos cinco minutos; em hipótese nenhuma se deve fazer a desfibrilação nesse período.
- b) Fase circulatória ou hemodinâmica: dura de cinco a aproximadamente dez minutos após a parada cardíaca. Nesta fase a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) é de extrema importância para manutenção da pressão de perfusão coronariana e cerebral por meio de compressões torácicas externas fortes e rápidas de, no máximo, 100 por minuto. As interrupções devem ser evitadas.
- c) Durante a fase circulatória é importante priorizar a RCP com 15 compressões torácicas externas para duas ventilações por cerca de 5 minutos. Existem vários estudos que provam que se utilizando o desfibrilador primeiro nesta fase, o paciente tem mais chances de sobreviver.
- d) Fase metabólica: vai de 10 a 15 minutos após a PCR. Nesta fase a eficácia da desfibrilação e da RCP diminuem drasticamente. O paciente se beneficiaria muito nesta fase com a indução da hipotermia terapêutica à temperatura entre 32°C a 34°C por 12 a 24 horas, o que promoveria possível melhora no fornecimento de oxigênio cerebral. É recomendado se iniciar este procedimento até 6 horas após a PCR, objetivando melhorar o prognóstico neurológico e a sobrevida do paciente.

6. (Prefeitura de João Pessoa-PB/AOCP/2021) Ao chegar em uma cena de acidente, para se realizar os primeiros socorros, várias condutas devem ser seguidas por parte de quem irá prestar o atendimento. Assinale a alternativa correta em relação à primeira conduta a ser tomada ao se chegar ao local do acidente em uma rodovia.

- a) Verificar quantas vítimas têm no local e o estado de consciência delas.
- b) Parar outros condutores e pedir socorro.
- c) Sinalizar o local, a fim de evitar que novos acidentes ocorram.
- d) Iniciar o ABCDE da vida.
- e) Realizar desobstrução de vias aéreas e manobras de massagem cardíaca até a chegada de apoio e/ou do médico.

7. (AL-MG/FUMARC/2023) O enfermeiro deve ter todo o conhecimento técnico científico para atuar mediante situações de urgência e emergência. Considerando as diretrizes da American Heart Association (AHA) do ano de 2020, no manejo da assistência à Parada Cardiorrespiratória (PCR), pode-se considerar CORRETA a afirmativa:

- a) A desfibrilação deve ser feita nos seguintes ritmos cardíacos: Fibrilação Atrial, Fibrilação Ventricular e Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP).
- b) Após a vítima ser intubada, a ventilação e compressão serão de forma assíncrona, com uma compressão torácica contínua maior que 100 bpm, evitando ficar sem a compressão torácica e com uma ventilação acelerada maior que 20 irpm.
- c) As manobras de reanimação no adulto equivalem a 30 compressões para 2 ventilações de forma síncrona; a compressão deve ter uma frequência de 100 a 120 bpm; comprimir o tórax de 5 a 6 cm de forma efetiva; a ventilação deve ser adequada, com boa expansibilidade torácica; a equipe deve ter um equilíbrio emocional durante as manobras.
- d) As manobras de reanimação no adulto equivalem a 30 compressões para 2 ventilações de forma assíncrona; a compressão deve ter uma frequência maior de 120 bpm e de forma efetiva; a ventilação deve ser adequada, com boa expansibilidade torácica.

8. (Prefeitura de Lindóia do Sul-SC/AMAUC/2021) Sobre a Cadeia de elos de sobrevivência diferenciadas, no contexto de uma parada cardiorrespiratória (PCR) intra-hospitalar, observe os itens:

- I - RCP (Reanimação Cardiopulmonar) imediata de alta qualidade.
- II - Rápida desfibrilação, Suporte Avançado de Vida e cuidados pós-PCR, ou uma PCR extrahospitalar.
- III - Vigilância e prevenção.
- IV - Suporte Avançado de Vida e cuidados pós-PCR.
- V - RCP imediata de alta qualidade e rápida desfibrilação.

8. (Prefeitura de Lindóia do Sul-SC/AMAUC/2021)

VI - Serviços médicos básicos e avançados de emergência.

VII - Reconhecimento e acionamento do serviço médico de emergência.

Sequencialmente, esses elos de sobrevivência, devem ser apresentados da seguinte forma:

- a) III - VII - I - II - V - VI - IV. c) VII - I - VI - V - IV - II - III. e) III - II - I - VI - V - VII - IV.
 b) III - I - VII - V - II - IV - VI. d) VII - II - I - IV - V - III - VI.

9. (PAEPE/UNICAMP/VUNESP/2023) Observe a figura a seguir e responda à questão.



Em 2020, a American Heart Association-AHA reformulou a representação da cadeia de sobrevivência na parada cardiorrespiratória extra-hospitalar (PCREH) em adultos, incluindo duas novas representações gráficas. O primeiro elo da cadeia representa o rápido reconhecimento e prevenção precoces da PCR. Em relação ao significado dos demais elos, está correto afirmar que o:

- a) segundo elo indica que a ajuda deve ser solicitada, necessariamente, por um telefone celular.
 b) terceiro elo alerta para a importância de lavar as mãos antes de iniciar o atendimento.
 c) quarto elo representa a identificação do ritmo cardíaco e a realização da desfibrilação quando indicada.
 d) quinto elo indica que o paciente deve submetido a um eletrocardiograma para confirmação diagnóstica.
 e) sexto e último elo representa a importância dos amigos na recuperação pós PCR.

10. (Prefeitura de Fortaleza-CE/IMPARH/2021) De acordo com as atualizações da American Heart Association (AHA) publicadas em 2020, a cadeia de sobrevivência no ambiente extra-hospitalar apresenta 6 etapas, as quais segue a sequência:

- a) Ressuscitação cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade, acionamento do serviço de emergência, ressuscitação avançada, desfibrilação, cuidados pós-PCR (*polimerase chain reaction* - reação em cadeia da polimerase) e recuperação.
 b) acionamento do serviço de emergência, RCP de alta qualidade, desfibrilação, ressuscitação avançada, cuidados pós-PCR e recuperação.
 c) desfibrilação, acionamento do serviço de emergência, RCP de alta qualidade, ressuscitação avançada, recuperação e cuidados pós-PCR.
 d) ressuscitação avançada, desfibrilação, RCP de alta qualidade, acionamento do serviço de emergência, recuperação e cuidados pós-PCR.

11. (AL-MG/FUMARC/2023) Funcionário de 56 anos, masculino, leucodérmico, obeso, sedentário, portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) Tipo II deu entrada na unidade ambulatorial com quadro de mal-estar que teve início há cerca de duas horas. Ao ser avaliado pelo enfermeiro do trabalho, apresentou quadro de dor precordial intensa, seguido de náuseas e vômitos, evoluindo para Parada Cardiorrespiratória (PCR), sendo acionado, imediatamente, o profissional médico, a equipe de Enfermagem, iniciadas as manobras de reanimação e acionado imediatamente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Neste caso, é conduta considerada INCORRETA:

- a) Atentar para os 06 elos da Cadeia de Sobrevivência em ambiente extra hospitalar: Acionamento do Serviço Médico de Emergência; Reanimação Cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade; Desfibrilação; Ressuscitação Avançada; Cuidados pós Parada Cardiorrespiratória (PCR) e Recuperação.
 b) Iniciar as manobras de reanimação, seguindo o protocolo do mnemônico: CAB (Compressão, aberturas de vias aéreas e ventilação), providenciar acesso venoso calibroso e administrar as drogas específicas na assistência à Parada Cardiorrespiratória (PCR), como a epinefrina e amiodarona, indicadas para todos os ritmos cardíacos identificados de PCR.

11. (AL-MG/FUMARC/2023)

c) Iniciar as manobras de reanimação, seguindo o protocolo do mnemônico:

CAB (Compressão, aberturas de vias aéreas e ventilação), atentar para o equilíbrio emocional da equipe e manobras eficazes no manejo assistencial.

d) Posicionar as pás do Desfibrilador Externo Automático (DEA) e seguir as orientações do equipamento, sendo consideráveis ritmos chocáveis de Parada Cardiorrespiratória (PCR): Fibrilação Ventricular e Taquicardia Ventricular sem Pulso.

12. (Prefeitura de Cachoeira Paulista-SP/AGIRH/2019) Assinale a alternativa incorreta sobre a compressão torácica no momento de uma parada cardiorrespiratória:

a) Colocar a região hipotenar da mão sobre o esterno, colocando uma mão sobre a outra com os braços esticados.

b) Comprimir em uma profundidade de 2 cm, sem ultrapassar 3 cm.

c) É importante que o paciente esteja sobre uma superfície rígida (tábua ou chão, se o evento ocorrer no chão).

d) A frequência recomendada para as compressões é de no mínimo 100 e no máximo 120/min.

13. (Residência Multiprofissional/UNICAMP/2023) A obstrução das vias aéreas por corpo estranho/engasgo em crianças é uma das causas mais comuns de parada cardiorrespiratória no ambiente extra hospitalar. Com relação às manobras para desobstrução de vias aéreas em crianças, assinale a alternativa correta:

a) Em bebês até 12 meses deve-se dar cinco pancadas vigorosas entre as escápulas com a região hipotenar da mão, em seguida, realizar cinco compressões torácicas.

b) A manobra de Heimlich deve sempre ser realizada para lactentes e crianças, independentemente da idade.

c) Deve-se sempre executar varreduras às cegas com o propósito de remover o corpo estranho.

d) Se o bebê ou a criança ficarem inconsciente, não interrompa as manobras de desobstrução de vias aéreas adequadas para a idade.

14. (HU-UNIFAP/EBSERH/IBFC/2022) _____ é a técnica de desobstrução de via aérea que consiste na compressão do abdome de uma pessoa com obstrução da via aérea por corpo estranho (OVACE), parcial ou total, com a vítima ainda consciente, podendo ser realizada com a vítima em pé ou deitada. O tratamento para OVACE em lactentes é realizada com golpes fortes no tórax posterior e compressões na porção anterior da caixa torácica. Assinale a alternativa que preencha corretamente a lacuna.

a) Manobra de Heimlich.

c) Posição de Fowler.

e) Manobra de Sellick.

b) Manobra de Thrust.

d) Posição de Babinski.

15. (PM-AM/FGV/2022) Uma situação de emergência bastante comum é a de pessoas com sinais de obstrução das vias aéreas superiores. Se ela não receber atendimento rápido poderá sofrer hipóxia progressiva, lesão cerebral e até morrer rapidamente, caso a via esteja totalmente obstruída.

Nesse caso, a manobra de Heimlich é um procedimento a ser prontamente executado pela(o) enfermeira(o). Nesse caso, a forma correta de se aplicar essa manobra é

a) dar-se golpes mandibulares em decúbito dorsal.

b) fazer-se pressão nas asas do nariz do paciente com os dedos, ao tempo em que se pede que ele force a saída do ar.

c) colocar-se o paciente sentado, encostar-se seu queixo no peito (flexão) por 1 minuto e rapidamente fazer-se hiperextensão do pescoço, abrindo-se as vias aéreas.

d) colocar-se o paciente sentado com a coluna em ângulo de 90° no meio de uma maca e girar-se a cabeça lateralmente, mantendo-se essa rotação durante toda a manobra.

e) dar-se golpes abdominais subdiafrágmaticos.

16. (Prefeitura de Fortaleza-CE/IMPARH/2018) Sobre as técnicas básicas de manejo das vias aéreas, assinale a afirmativa CORRETA:

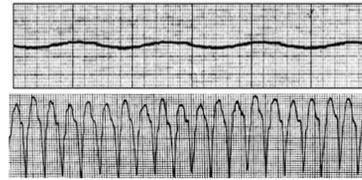
a) a manobra de tração da mandíbula no trauma (jaw thrust) é contraindicada nos casos suspeitos de lesão cervical.

b) a manobra de elevação do mento no trauma (chin lift) está indicada nos casos de colisão com ejeção do veículo.

c) a manobra de inclinação da cabeça com elevação do mento é indicada para todos os casos de manejo das vias aéreas.

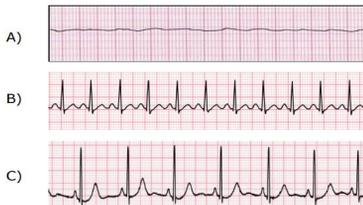
d) a aspiração de secreções e retirada de corpos estranhos só deve ser feita por enfermeiros ou por médicos.

17. (AL-MG/FUMARC/2023) O enfermeiro deve estar embasado nas atualizações acerca da assistência às urgências e emergências. Nesse contexto, é fundamental o seu conhecimento na avaliação dos ritmos cardíacos. Considerando os ritmos do Eletrocardiograma (ECG) abaixo, marque a opção CORRETA dos ritmos de ECG, respectivamente:



- a) Fibrilação Ventricular (FV), Assistolia e Supra desnivelamento do Seguimento ST.
- b) Fibrilação Ventricular (FV), Assistolia e Taquicardia Ventricular sem Pulso (TVSP).
- c) Fibrilação Ventricular, Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP) e Taquicardia Ventricular sem Pulso (TVSP).
- d) Taquicardia Ventricular sem Pulso (TVSP), Taquicardia Sinusal e Fibrilação Ventricular.

18. (Prefeitura de Viamão-RS/FUNDATEC/2022) O eletrocardiograma (ECG) é um exame realizado para avaliar a atividade elétrica do coração, observando o ritmo, a quantidade e a velocidade das suas batidas. É imprescindível ao técnico em enfermagem o reconhecimento das alterações básicas deste exame. Nesse sentido, analise as imagens abaixo e assinale a alternativa que represente uma Bradicardia Sinusal.



19. (Residência Multiprofissional em Saúde/UNIFESP/VUNESP/2022) A parada cardiorrespiratória pode ser causada por quatro ritmos, sendo considerados chocáveis ou não. Assinale a alternativa que apresenta corretamente os ritmos chocáveis.

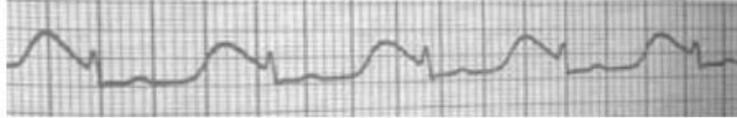
- a) Fibrilação ventricular e Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP).
- b) Fibrilação atrial e Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP).
- c) Fibrilação ventricular e Taquicardia Ventricular sem Pulso (TVSP).
- d) Fibrilação atrial e Assistolia.
- e) Atividade Elétrica sem Pulso (AESP) e Assistolia.

20. (Residência Multiprofissional em Saúde/UNICAMP/2023) Paciente de 73 anos, sexo masculino, com tontura há seis meses, sendo inicialmente feita suspeita clínica de labirintite. Tratada com sintomático, sem melhora. Evoluiu com períodos sincopais, sendo feita suspeita de arritmia (recebendo amiodarona 200 mg 3x por semana). Hoje apresentou quadro de tontura ao levantar da cama e queda da própria altura. No exame neurológico não apresentava sinais de localização, sendo pedida TC de crânio que não mostrou sangramentos ou isquemias agudas. Durante exame clínico na unidade semi-intensiva, ele evoluiu com parada cardiorrespiratória com ritmo abaixo identificado. Qual o ritmo identificado?

- a) Taquicardia Ventricular sem Pulso.
- b) Fibrilação Ventricular.
- c) AESP.
- d) Fibrilação Atrial.

21. (HU-UNIFAP/EBSERH/IBFC/2022) Um paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva está monitorizado e apresenta um ritmo cardíaco, conforme a figura abaixo.

- a) fibrilação ventricular. d) angina estável.
 b) taquicardia ventricular. e) infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento ST.
 c) bradicardia sinusal.



Fonte: Campanharo CRV. Guia de Bolso para Assistência de Enfermagem em Emergência. ED Atheneu. 2017. Fonte: Campanharo CRV. Guia de Bolso para Assistência de Enfermagem em Emergência. ED Atheneu. 2017.

22. (Prefeitura de Americana-SP/Avança SP/2023) Considerando os Protocolos atuais sobre PCR AHA (2020), são drogas que podem ser administradas pelo Tudo Orotraqueal:

- a) Lidocaína e Sulfato de Magnésio. d) Epinefrina e Morfina.
 b) Adrenalina e Amiodarona. e) Atropina e Nitrito de Sódio.
 c) Naloxona e Vasopressina.

23. (Residência multiprofissional em Saúde/A. C Camargo/VUNESP/2023) De acordo com os Destaques da Diretrizes de RCP e ACE (2020), em caso de parada cardiorrespiratória com um ritmo não chocável, é aceitável administrar a epinefrina assim que for possível. Para adultos, a dose (D) desse medicamento e o intervalo entre doses (I), quando indicada a continuidade de sua administração, são:

- a) D = 1 mg; I = 1 a 3 minutos. d) D = 1 g; I = 3 a 5 minutos.
 b) D = 0,001 g; I = 3 a 5 minutos. e) D = 100 mg; I = 3 a 5 minutos.
 c) D = 10 mg; I = 1 a 3 minutos.

24. (Residência Multiprofissional em Saúde/UNIFESP/VUNESP/2022) De acordo com as Diretrizes da American Heart Association, na fase de estabilização inicial do paciente, após o Retorno da Circulação Espontânea (RCE), deve-se

- a) garantir intervenção cardíaca de urgência com eletrocardiograma de 12 derivações, a fim de tomar decisões e solicitar avaliação de especialista.
 b) realizar controle de temperatura direcionado ao paciente que não apresenta resposta aos comandos, garantindo um set point de 30 a 36°C, dependendo da causa da parada.
 c) controlar parâmetros hemodinâmicos com a administração de cristaloides e/ou drogas vasopressoras ou inotrópicos com o objetivo de manter pressão arterial média acima de 65 mmHg.
 d) monitorar continuamente a temperatura central, manutenção de euglicemia, solicitar eletroencefalograma e, quando possível, realizar ventilação mecânica protetora.
 e) garantir intervenção cardíaca de urgência com eletrocardiograma de 12 derivações e realizar controle de temperatura direcionado para o paciente que apresenta resposta aos comandos.

25. (Prefeitura de Andrelândia-MG/IBGP/2022) A desfibrilação e a cardioversão são usadas para tratar taquiarritmias liberando uma corrente elétrica que despolariza uma massa crítica de células miocárdicas. Com relação a essas terapias elétricas, é CORRETO afirmar que:

- a) A liberação da corrente elétrica na cardioversão é sincronizada, enquanto na desfibrilação a liberação da corrente elétrica é imediata.
 b) O paciente deve ser submetido a exame de imagem antes de uma cardioversão sincronizada para detectar se há destrocórdia.
 c) O Desfibrilador Externo Automático (DEA) só deve ser manuseado por profissional de saúde habilitado.
 d) O paciente deve receber a carga máxima do aparelho durante uma parada cardíaca em fibrilação ventricular e assim realizar de forma efetiva a cardioversão elétrica.

26. (Prefeitura de Quadra-SP/CONSULPAM/2019) O uso de corrente elétrica aplicada externamente para tratamento de fibrilação ventricular foi descrito pela primeira vez em 1956. A partir de então, a capacidade dos desfibriladores para reverter ritmos cardíacos apresentou grande progresso. O desfibrilador externo automático (DEA) é utilizado no suporte básico de vida por profissionais habilitados e pode ser operado por pessoa leiga treinada. Assinale a alternativa CORRETA relacionada ao tema exposto:

- a) A desfibrilação é a aplicação de uma corrente elétrica sobre o músculo cardíaco, por um longo período de tempo, a fim de cessar o ritmo anormal.
- b) A desfibrilação não é indicada para fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TV).
- c) Em pacientes portadores de marcapasso ou cardioversor-desfibrilador (CDI), as pás autoadesivas devem ser colocadas distantes do dispositivo implantado, porém a preocupação com o posicionamento preciso não deve retardar a tentativa de desfibrilação.
- d) Os adesivos de medicação que por acaso o paciente possa estar usando não devem ser removidos antes de usar o desfibrilador.

27. (HU-UNIFAP/EBSEH/IBFC/2022) Cerca de 56 a 74% dos ritmos de PCR, no âmbito pré-hospitalar, ocorrem em fibrilação ventricular (FV). O sucesso da ressuscitação está intrinsecamente relacionado a uma desfibrilação precoce, a cada minuto transcorrido do início do evento arritmico súbito sem desfibrilação, as chances de sobrevivência diminuem em 7 a 10%, com a RCP, essa redução é mais gradual, entre 3 e 4% por minuto de PCR. Assinale a alternativa que apresenta o tempo ideal para iniciar a desfibrilação quando indicado.

- a) Dentro dos primeiros 3 a 5 minutos após o colapso.
- b) Dentro dos primeiros 10 minutos após o colapso.
- c) Dentro dos primeiros 10 a 20 minutos após o colapso.
- d) Dentro da primeira hora após o colapso.
- e) Dentro dos primeiros 15 minutos após o colapso.

28. (COREN-SE/CESPE/2021) Um paciente adulto chegou não responsivo e com respiração anormal para atendimento no setor de emergência de um hospital. Seu pulso não foi detectado e as manobras de ressuscitação cardiorrespiratórias foram iniciadas, instalando-se rapidamente o monitor com desfibrilador. Com relação a essa situação hipotética, assinale a opção correta.

- a) No caso de fibrilação ventricular, aplica-se o choque mantendo manobras de ressuscitação por mais dois minutos. Se esse mesmo ritmo permanecer, novo choque deverá ser aplicado.
- b) Se for constada assistolia, deve-se aplicar o choque mantendo manobras por mais de cinco minutos, revertendo para fibrilação atrial, utilizando-se atropina venosa.
- c) Se for constado ritmo sinusal, deve-se aplicar lidocaína na dose de 1 mg/kg e manter manobra na taxa de 30:2 (compressão/ventilação).
- d) No caso de ausência de atividade elétrica, deve-se aplicar o choque com carga inicial de 100 J. Se o ritmo permanecer, é recomendado administrar amiodarona.

29. (Residência Multiprofissional em Saúde/UNIFESP/VUNESP/2022) Durante uma parada cardiorrespiratória, um paciente pode apresentar algumas causas reversíveis, denominadas 5 “Hs”, que são:

- a) hipóxia, hipo/hipermagnesia, hipotermia, hipovolemia e hidrogênio.
- b) hipovolemia, hipóxia, hidrogênio, hipo/hipercalemia e hipotermia.
- c) hipervolemia, hipóxia, hidrogênio, hipo/hipercalemia e hipotermia.
- d) hipovolemia, hiperóxia, hidrogênio, hipo/hipermagnesia e hipotermia.
- e) hipóxia, hipo/hipercalemia, hidrogênio, hipovolemia e hipertermia.

30. (SEMSA/FGV/2022) Considerando as recomendações acerca dos cuidados emergenciais ao recém-nascido, analise as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.

() A American Heart Association recomenda a aspiração endotraqueal de rotina para bebês vigorosos e não vigorosos nascidos com líquido amniótico meconial (LAM).

() Um período razoável para se manter as manobras de ressuscitação em recém-nascidos é de 20 minutos depois do nascimento.

() Para bebês que precisam de acesso vascular no momento do parto, a veia umbilical é a via recomendada.

As afirmativas são, na ordem apresentada, respectivamente,

- a) V - V - V.
- b) F - V - V.
- c) V - F - F.
- d) F - F - F.
- e) V - F - V.

31. (Senado Federal/FGV/2022) De acordo com as diretrizes relacionadas à assistência a pacientes em parada cardiorrespiratória, assinale a afirmativa correta.

- a) Durante a ressuscitação cardiopulmonar em pacientes com ritmo chocável, a primeira dose de adrenalina deve ser administrada o mais rápido possível, antes da primeira desfibrilação.
- b) Para pacientes adultos, caso seja necessário administrar lidocaína, a primeira dose deve ser de 0,75 mg/kg e a segunda dose, de 1,5 mg/kg.
- c) Em grávidas com mais de 30 semanas de gestação, o alívio da compressão aortocaval deve ser realizado lateralizando a gestante e não apenas o útero.
- d) Tanto em adultos como em crianças acima de 5 anos, recomenda-se a desfibrilação sequencial dupla para ritmo chocável refratário.
- e) Para bebês e crianças com pulso, mas esforço respiratório ausente ou inadequado, é aconselhável fornecer uma respiração a cada 2 ou 3 segundos (20 a 30 respirações por minuto).

32. (Prefeitura de João Pessoa-PB/AOCP/2021) Na reanimação neonatal, em sala de parto, havendo necessidade de administração de adrenalina, é correto afirmar que

- a) no máximo duas doses de adrenalina em tubo orotraqueal (TOT) podem ser realizadas.
- b) a dose de adrenalina em TOT é no máximo de 1ml/kg da solução 1:1.000.
- c) a dose da adrenalina endovenosa é de 0,1 a 0,3 ml/kg da solução 1:10.000.
- d) obtém-se a solução 1:10.000 ao misturar 1ml de adrenalina 1:1.000 com 10 ml de solução fisiológica.
- e) a adrenalina deve ser repetida a cada 2 minutos.

33. (TCE-TO/FGV/2022) Funcionária gestante, 35 anos, 32 semanas de gestação, diabética e hipertensa, sentiu-se mal durante o expediente de trabalho e foi encaminhada ao serviço médico da instituição. Enquanto aguardava atendimento sofreu uma parada cardiorrespiratória (PCR), sendo prontamente socorrida.

Acerca das diretrizes que norteiam esse tipo de atendimento, analise as afirmativas a seguir, considerando V para a(s) verdadeira(s) e F para a(s) falsa(s).

() Nesse caso, pela idade gestacional e histórico de diabetes, é contraindicado o deslocamento uterino lateral contínuo.

() Recomenda-se administrar oxigênio a 100% e evitar ventilação excessiva.

() Em caso de via aérea avançada, deve-se administrar 10 ventilações/minuto e compressões torácicas contínuas.

A sequência correta é:

- a) V - V - V. b) F - V - V. c) F - F - F. d) V - F - V. e) F - V - F.

34. (Prefeitura de Fortaleza-CE/IMPARH/2021) De acordo com Atualizações de Reanimação cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência (AHA, 2020), julgue a assertivas a seguir como verdadeiras (V) ou falsas (F).

() O acesso intravenoso (IV) é a via preferida de administração de medicação durante a ressuscitação no Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (SAVC). Acesso intraósseo (IO) é aceitável se o acesso IV não estiver disponível.

() O tratamento da PCR na gravidez é focado em ressuscitação materna, com a preparação para uma cesariana de emergência, se necessário, para salvar o bebê e melhorar as chances de ressuscitação bem-sucedida da mãe.

() O atendimento ao paciente após o retorno da circulação espontânea (RCE) requer muita atenção à oxigenação, controle da pressão arterial, exclusivamente.

() O sexto elo das cadeias de sobrevivência na PCR extra e intra-hospitalar é a recuperação e é uma novidade da última atualização publicada em 2020.

Assinale o item que corresponde à sequência correta, de cima para baixo.

- a) V, V, V, V.
- b) F, F, F, F.
- c) V, V, F, V.
- d) F, F, V, V.

Esquemas da aula

Suporte Básico e Avançado de Vida

Parada Cardiorrespiratória (CRUZ; REGO; LIMA, 2018)

A parada cardiorrespiratória é uma intercorrência inesperada que constitui grave ameaça à vida, pois a interrupção súbita das funções cardíaca e pulmonar pode resultar em lesão cerebral irreversível, seguida de óbito, caso não sejam realizadas as condutas necessárias para reverter o quadro.

Os principais sinais e sintomas que precedem uma PCR são: dor torácica, **sudorese**, **palpitações precordiais**, tontura, escurecimento visual, **perda de consciência**, alterações neurológicas, **sinais de débito cardíaco diminuído** e parado de sangramento prévio, quando não provocados por uma causa súbita, como um choque elétrico.

1. (Prefeitura de Americana-SP/Avança SP/2023) Como se sabe, a parada cardiorrespiratória possui alguns sintomas que a precede. Sobre tais sintomas, analise os itens a seguir e, ao final, assinale a alternativa correta:

I - sinais de baixo débito cardíaco.

III - palpitações precordiais.

II - perda da consciência.

IV - sudorese.

a) Apenas os itens I e II são verdadeiros.

d) Apenas os itens II, III e IV são verdadeiros.

b) Apenas os itens III e IV são verdadeiros.

e) Todos os itens são verdadeiros.

c) Apenas os itens I, III e IV são verdadeiros.

2. (Prefeitura de Contagem-MG/IBFC/2022) A parada cardiorrespiratória caracteriza-se pela interrupção súbita da circulação sanguínea e mecanismo ventilatório de um indivíduo. De acordo com as Diretrizes da American Heart Association de 2020, para a ressuscitação cardiopulmonar se efetivar, assinale a alternativa incorreta.

a) É recomendado a desfibrilação sequencial dupla para ritmo chocável refratário.

b) É aconselhável para os profissionais tentarem, primeiro, estabelecer o acesso intravenoso para administração de medicamento em parada cardiorrespiratória, e caso não seja possível, estabelecer, então, acesso intraósseo.

c) O número de compressões adequado deve atingir 100 a 120 compressões por minuto, com profundidade de 5cm, com retorno total do tórax.

d) Adicionado o elo de recuperação na cadeia de sobrevivência intra e extra hospitalar.

Considerando-se os protocolos multiprofissionais de suporte básico de vida validados pelo Ministério da Saúde, é correto afirmar que

a) os esforços na ressuscitação cardiopulmonar devem ser breves em pacientes sob overdose de drogas.

b) o monitoramento da glicemia é um dos cuidados a serem tomados após uma bem-sucedida ressuscitação cardiopulmonar.

3. (Prefeitura de Barra dos Coqueiros-SE/CESPE/2022)

- c) pacientes em parada cardiorrespiratória devem ser avaliados pela escala de coma de Glasgow antes da decisão de não ressuscitação cardiopulmonar.
- d) a conduta mais segura no atendimento a um paciente em choque é considerá-lo como não hemorrágico enquanto não se confirmar a existência de hemorragia.
- e) a decisão de não ressuscitação cardiopulmonar é respaldada em caso de sinais de morte evidente, como perda da consciência e abolição do tônus muscular com imobilidade.

4. (Residência Multiprofissional/Hospital Sírio Libanês/FCC/2023) De acordo com American Heart Association, 2020, a equipe de alto desempenho precisa, durante a parada cardiorrespiratória, se concentrar em sincronismo, qualidade, coordenação e administração, sendo que a coordenação corresponde

- a) à melhoria contínua da qualidade e número de membros da equipe de ressuscitação participantes.
- b) à minimização das interrupções e da alternância de responsáveis pela compressão.
- c) à dinâmica da equipe, membros da equipe trabalhando juntos, proficientes em suas funções.
- d) ao tempo até a primeira compressão e o tempo até o primeiro choque.
- e) ao tempo de resposta inicial do serviço médico de emergência.

Fisiopatologia da Ressuscitação

O paradigma atual do tratamento da parada cardíaca baseia-se em um modelo fisiopatológico onde se propõe a existência de 3 fases tempos-sensíveis. A denominação de tais fases descreve também a terapêutica mais efetiva no período. São elas (SEMENSATO, 2009):

Fase Elétrica: ocorre nos primeiros 4 minutos pós-parada cardíaca. O advento dos desfibriladores implantáveis mostrou que a desfibrilação entre 15-20 segundos após o início da fibrilação ventricular (FV) é altamente eficaz na reversão da arritmia.

Fase Circulatória: Ocorre entre o 4º e o 10º minuto da parada cardíaca. Nessa etapa o mais importante parece ser o fornecimento de oxigênio através da compressão torácica e ventilação, seguido de desfibrilação após 1 – 3 minutos.

Fase Metabólica: acima de 10 minutos de parada cardiorrespiratória (PCR). Nessa etapa tanto a desfibrilação precoce quanto a ressuscitação cardiopulmonar seguida de desfibrilação tem eficácia diminuta e os índices de sobrevivência são baixos. Estudos mostram que nessa fase ocorrem tanto danos secundários à isquemia corporal global como à reperfusão. Estudos promissores têm sido realizados com hipotermia e reperfusão controlada com o uso de *bypass* circulatório, no entanto ainda sem aplicabilidade clínica ampla.

5. (Prefeitura de Quadra-SP/CONSULPAM/2019) A parada cardiorrespiratória (PCR) ocorre de forma inesperada, nos mais variados locais (feiras livres, supermercados, shoppings, ônibus, etc.). Existem três fases que caracterizam a PCR. Aponte a alternativa que descreve CORRETAMENTE a fase indicada em cada item e as intervenções adequadas em cada uma:.

5. (Prefeitura de Quadra-SP/CONSULPAM/2019)

- a) Fase elétrica: período que vai do momento da parada e se prologa até os próximos cinco minutos; em hipótese nenhuma se deve fazer a desfibrilação nesse período.
- b) Fase circulatória ou hemodinâmica: dura de cinco a aproximadamente dez minutos após a parada cardíaca. Nesta fase a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) é de extrema importância para manutenção da pressão de perfusão coronariana e cerebral por meio de compressões torácicas externas fortes e rápidas de, no máximo, 100 por minuto. As interrupções devem ser evitadas.
- c) Durante a fase circulatória é importante priorizar a RCP com 15 compressões torácicas externas para duas ventilações por cerca de 5 minutos. Existem vários estudos que provam que se utilizando o desfibrilador primeiro nesta fase, o paciente tem mais chances de sobreviver.
- d) Fase metabólica: vai de 10 a 15 minutos após a PCR. Nesta fase a eficácia da desfibrilação e da RCP diminuem drasticamente. O paciente se beneficiaria muito nesta fase com a indução da hipotermia terapêutica à temperatura entre 32°C a 34°C por 12 a 24 horas, o que promoveria possível melhora no fornecimento de oxigênio cerebral. É recomendado se iniciar este procedimento até 6 horas após a PCR, objetivando melhorar o prognóstico neurológico e a sobrevida do paciente.

Suporte Básico de Vida

RCP de alta qualidade para profissionais do SBV (AHA, 2020; BERNOCHE *et al.*, 2019; TIMERMAN; GUIMARÃES, 2020)

C	<i>Circulation</i> (circulação)
A	<i>Airway</i> (via aérea)
B	<i>Breathing</i> (respiração)
D	<i>Defibrillation</i> (desfibrilação)

Nessa sequência, a abordagem inicial deve avaliar

Segurança do local	certificar se o local é seguro para o socorrista e para a vítima. Se o local estiver seguro, o profissional devidamente paramentado deve prosseguir o atendimento.
Responsividade da vítima	avaliar a vítima chamando-a e tocando-a vigorosamente pelos ombros. Se ela responder, apresente-se e converse com ela perguntando se precisa de ajuda. Caso não responda, chame ajuda imediatamente.
Acionar o serviço de emergência	em ambiente extra-hospitalar, ligar para o número local de emergência e, se um desfibrilador externo automático (DEA) estiver disponível no local, ir buscá-lo. Se não estiver sozinho, pedir para uma pessoa ligar e conseguir um DEA, enquanto continua o atendimento à vítima.
Checar a respiração e o pulso	checar o pulso carotídeo e o movimento ventilatório simultaneamente, observando se há elevação do tórax da vítima e se há pulso, em até 10 segundos (no mínimo 5 e no máximo 10 segundos). Se a vítima não respirar ou apresentar gasping e o pulso estiver ausente, iniciar a RCP.

6. (Prefeitura de João Pessoa-PB/AOCP/2021) Ao chegar em uma cena de acidente, para se realizar os primeiros socorros, várias condutas devem ser seguidas por parte de quem irá prestar o atendimento. Assinale a alternativa correta em relação à primeira conduta a ser tomada ao se chegar ao local do acidente em uma rodovia.

- Verificar quantas vítimas têm no local e o estado de consciência delas.
- Parar outros condutores e pedir socorro.
- Sinalizar o local, a fim de evitar que novos acidentes ocorram.
- Iniciar o ABCDE da vida.
- Realizar desobstrução de vias aéreas e manobras de massagem cardíaca até a chegada de apoio e/ou do médico.

Compressões torácicas e ventilações sem via aérea avançada

Compressões e ventilações

- **adultos e adolescentes:** 1 ou 2 socorristas (30:2);
- **crianças e bebês:** 1 socorrista (30:2); 2 ou mais socorristas (15:2);

Frequência das compressões

de 100 a 120 por minuto;

Profundidade das compressões

- **adultos e adolescentes:** entre 2 polegadas (5 cm) até 2,4 polegadas (6 cm);
- **crianças e bebês:** no mínimo, 1/3 do diâmetro anteroposterior (AP) do tórax*.

A interrupção nas compressões torácicas deve ser minimizada. Mas, quando necessária, deve ser de **até 10 segundos**.

* **crianças:** equivale a cerca de 2 polegadas (5 cm); **bebês:** equivale a cerca de 1,5 polegada (4 cm).

7. (AL-MG/FUMARC/2023) O enfermeiro deve ter todo o conhecimento técnico científico para atuar mediante situações de urgência e emergência. Considerando as diretrizes da American Heart Association (AHA) do ano de 2020, no manejo da assistência à Parada Cardiorrespiratória (PCR), pode-se considerar CORRETA a afirmativa:

- A desfibrilação deve ser feita nos seguintes ritmos cardíacos: Fibrilação Atrial, Fibrilação Ventricular e Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP).
- Após a vítima ser intubada, a ventilação e compressão serão de forma assincrônica, com uma compressão torácica contínua maior que 100 bpm, evitando ficar sem a compressão torácica e com uma ventilação acelerada maior que 20 irpm.
- As manobras de reanimação no adulto equivalem a 30 compressões para 2 ventilações de forma sincrônica; a compressão deve ter uma frequência de 100 a 120 bpm; comprimir o tórax de 5 a 6 cm de forma efetiva; a ventilação deve ser adequada, com boa expansibilidade torácica; a equipe deve ter um equilíbrio emocional durante as manobras.
- As manobras de reanimação no adulto equivalem a 30 compressões para 2 ventilações de forma assincrônica; a compressão deve ter uma frequência maior de 120 bpm e de forma efetiva; a ventilação deve ser adequada, com boa expansibilidade torácica.

Cadeias de sobrevivência para PCRIH e PCREH para adultos

PCRIH



PCREH



8. (Prefeitura de Lindóia do Sul-SC/AMAUC/2021) Sobre a Cadeia de elos de sobrevivência diferenciadas, no contexto de uma parada cardiorrespiratória (PCR) intra-hospitalar, observe os itens:

I - RCP (Reanimação Cardiopulmonar) imediata de alta qualidade.

II - Rápida desfibrilação, Suporte Avançado de Vida e cuidados pós-PCR, ou uma PCR extrahospitalar.

III - Vigilância e prevenção.

IV - Suporte Avançado de Vida e cuidados pós-PCR.

V - RCP imediata de alta qualidade e rápida desfibrilação.

VI - Serviços médicos básicos e avançados de emergência.

VII - Reconhecimento e acionamento do serviço médico de emergência.

Sequencialmente, esses elos de sobrevivência, devem ser apresentados da seguinte forma:

a) III - VII - I - II - V - VI - IV. c) VII - I - VI - V - IV - II - III. e) III - II - I - VI - V - VII - IV.

b) III - I - VII - V - II - IV - VI. d) VII - II - I - IV - V - III - VI.

9. (PAEPE/UNICAMP/VUNESP/2023) Observe a figura a seguir e responda à questão.



Em 2020, a American Heart Association-AHA reformulou a representação da cadeia de sobrevivência na parada cardiorrespiratória extra-hospitalar (PCREH) em adultos, incluindo duas novas representações gráficas.

9. (PAEPE/UNICAMP/VUNESP/2023)

O primeiro elo da cadeia representa o rápido reconhecimento e prevenção precoces da PCR. Em relação ao significado dos demais elos, está correto afirmar que o:

- segundo elo indica que a ajuda deve ser solicitada, necessariamente, por um telefone celular.
- terceiro elo alerta para a importância de lavar as mãos antes de iniciar o atendimento.
- quarto elo representa a identificação do ritmo cardíaco e a realização da desfibrilação quando indicada.
- quinto elo indica que o paciente deve submetido a um eletrocardiograma para confirmação diagnóstica.
- sexto e último elo representa a importância dos amigos na recuperação pós PCR.

Cadeia de sobrevivência da AHA para PCRIH e PCREH para crianças

PCRIH



PCREH



10. (Prefeitura de Fortaleza-CE/IMPANH/2021) De acordo com as atualizações da American Heart Association (AHA) publicadas em 2020, a cadeia de sobrevivência no ambiente extra-hospitalar apresenta 6 etapas,

as quais segue a sequência:

- Ressuscitação cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade, acionamento do serviço de emergência, ressuscitação avançada, desfibrilação, cuidados pós-PCR (polimerase chain reaction - reação em cadeia da polimerase) e recuperação.
- acionamento do serviço de emergência, RCP de alta qualidade, desfibrilação, ressuscitação avançada, cuidados pós-PCR e recuperação.
- desfibrilação, acionamento do serviço de emergência, RCP de alta qualidade, ressuscitação avançada, recuperação e cuidados pós-PCR.
- ressuscitação avançada, desfibrilação, RCP de alta qualidade, acionamento do serviço de emergência, recuperação e cuidados pós-PCR.

Vejam, abaixo, o posicionamento das mãos nas manobras de RCP recomendado pelas diretrizes da *American Heart Association* (AHA).



A: posicionamento para a realização das compressões torácicas em crianças de 1 ano até a puberdade (posicionar as duas mãos ou uma mão (opcional para crianças muito pequenas) sobre a metade inferior do esterno).



B: posicionamento para a realização das compressões torácicas no adulto: colocar a região hipotenar das duas mãos sobrepostas sobre a metade inferior do esterno, manter os braços esticados e em posição perpendicular à vítima, formando um ângulo de 90°.



Posicionamento para a realização da compressões torácicas e ventilação para lactentes:

C: 2 dedos no centro do tórax, logo abaixo da linha mamilar (**1 socorrista**).

D: técnica dos 2 polegares no centro do tórax, logo abaixo da linha mamilar (**2 socorristas**). Veja que a mão do socorrista deve circundar o tórax.

O que fazer e o que não fazer no SBV para obter uma RCP de alta qualidade para adultos (AHA, 2015, 2020):

Os socorristas devem

realizar compressões torácicas a uma frequência de 100 a 120/min;

comprimir a uma profundidade de pelo menos duas polegadas (5 cm);

permitir o retorno total do tórax após cada compressão;

minimizar as interrupções nas compressões;

ventilar adequadamente (2 respirações após 30 compressões, cada respiração administrada em 1 segundo, provocando uma sensível elevação do tórax).

Os socorristas não devem

comprimir a uma frequência inferior a 100/min ou superior a 120/min;

comprimir a uma profundidade inferior a 2 polegadas (5 cm) ou superior a 2,4 polegadas (6 cm);

apoiar-se sobre o tórax entre as compressões;

interromper as compressões por mais de 10 segundos;

aplicar ventilações excessiva, ou seja, uma quantidade excessiva de respirações ou respirações com força excessiva.

11. (AL-MG/FUMARC/2023) Funcionário de 56 anos, masculino, leucodérmico, obeso, sedentário, portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) Tipo II deu entrada na unidade ambulatorial com quadro de mal-estar que teve início há cerca de duas horas. Ao ser avaliado pelo enfermeiro do trabalho, apresentou quadro de dor precordial intensa, seguido de náuseas e vômitos, evoluindo para Parada Cardiorrespiratória (PCR), sendo acionado, imediatamente, o profissional médico, a equipe de Enfermagem, iniciadas as manobras de reanimação e acionado imediatamente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Neste caso, é conduta considerada INCORRETA:

a) Atentar para os 06 elos da Cadeia de Sobrevivência em ambiente extra hospitalar: Acionamento do Serviço Médico de Emergência; Reanimação Cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade; Desfibrilação; Ressuscitação Avançada; Cuidados pós Parada Cardiorrespiratória (PCR) e Recuperação.

b) Iniciar as manobras de reanimação, seguindo o protocolo do mnemônico: CAB (Compressão, aberturas de vias aéreas e ventilação), providenciar acesso venoso calibroso e administrar as drogas específicas na assistência à Parada Cardiorrespiratória (PCR), como a epinefrina e amiodarona, indicadas para todos os ritmos cardíacos identificados de PCR.

c) Iniciar as manobras de reanimação, seguindo o protocolo do mnemônico: CAB (Compressão, aberturas de vias aéreas e ventilação), atentar para o equilíbrio emocional da equipe e manobras eficazes no manejo assistencial.

d) Posicionar as pás do Desfibrilador Externo Automático (DEA) e seguir as orientações do equipamento, sendo consideráveis ritmos chocáveis de Parada Cardiorrespiratória (PCR): Fibrilação Ventricular e Taquicardia Ventricular sem Pulso.

12. (Prefeitura de Cachoeira Paulista-SP/AGIRH/2019) Assinale a alternativa incorreta sobre a compressão torácica no momento de uma parada cardiorrespiratória:

a) Colocar a região hipotenar da mão sobre o esterno, colocando uma mão sobre a outra com os braços esticados.

b) Comprimir em uma profundidade de 2 cm, sem ultrapassar 3 cm.

c) É importante que o paciente esteja sobre uma superfície rígida (tábua ou chão, se o evento ocorrer no chão).

d) A frequência recomendada para as compressões é de no mínimo 100 e no máximo 120/min.

Desobstrução de vias aéreas

A obstrução das vias aéreas por corpo estranho (OVACE) é desencadeada por **causas extrínsecas** (alimento ou objeto) ou **intrínsecas**, ou seja, do próprio organismo (queda de língua ou edema de glote).



Em linhas gerais, as condutas em relação à desobstrução de vias aéreas devem considerar a situação clínica do paciente/da vítima:

Obstrução leve em paciente responsivo

- acalmar o paciente;
- estimular a tosse;

Obstrução grave em paciente responsivo

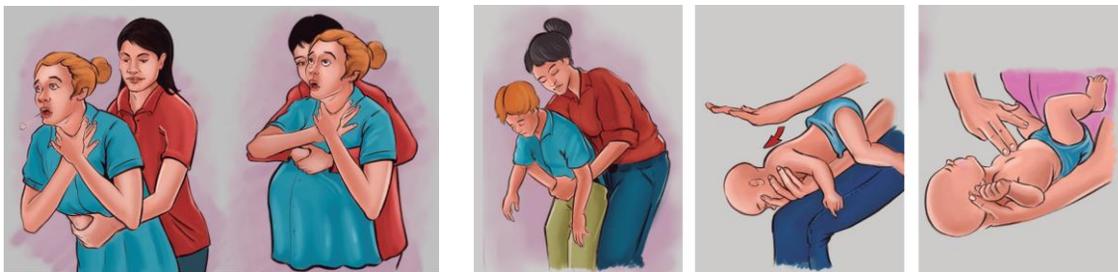
- fazer a manobra de Heimlich;

Obstrução grave em paciente irresponsivo

- realizar RCP de alta qualidade e remover o corpo estranho se possível*.

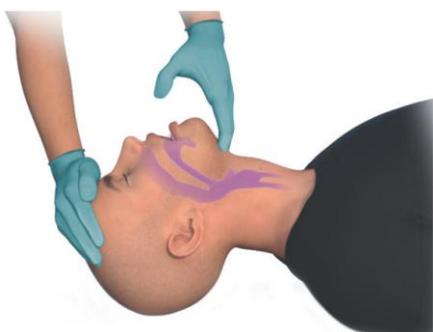
*Na situação apresentada, deve-se fazer uma RCP de alta qualidade e observar as vias aéreas, nas pausas de compressão, a fim de saber se o corpo estranho pode ser removido com segurança.

A manobra de Heimlich é indicada quando ocorre obstrução grave em paciente responsivo.



Manobras manuais da via aérea

Vejamos as principais manobras e suas técnicas e características (BRASIL, 2016):



Nos agravos **clínicos**, utiliza-se a manobra de **inclinação da cabeça e elevação do mento** (*head tilt and chin lift*), conforme descrição a seguir:

- indicada para vítima **sem** suspeita de lesão cervical;
- deve-se posicionar uma das mãos sobre a testa e os dedos indicador e médio da outra mão na região submentoniana do paciente;
- em seguida, realizar o movimento de elevação do mento do paciente e, simultaneamente, efetuar uma leve extensão do pescoço.



A manobra de **tração da mandíbula no trauma** e suas alternativas (**jaw thrust**) é indicada para vítima **com** suspeita de lesão cervical, de acordo com a explicação abaixo:

- deve-se manter a boca do paciente aberta, posicionar-se à cabeceira do paciente, realizar o controle manual da coluna cervical para alinhamento e a estabilização em posição neutra;
- em seguida, posicionar os dedos polegares próximos ao mento e os demais ao redor do ângulo da mandíbula do paciente e, simultaneamente, enquanto mantém o alinhamento com as mãos, aplicar uma força simétrica para elevar a mandíbula.

A manobra de **elevação do mento no trauma (chin lift no trauma)** é outra alternativa para vítima **com** suspeita de lesão cervical, segundo a explicação a seguir:



- são necessários 2 profissionais (ideal);
- o 1º profissional se posiciona à cabeceira do paciente e executa o alinhamento manual da cabeça em posição neutra, estabilizando a coluna;
- o 2º profissional se posiciona ao lado do paciente, olhando para sua cabeça e, com ambas as mãos, pinça a mandíbula externamente;
- com os dedos posicionados, o profissional traciona o queixo anteriormente e levemente para baixo, elevando a mandíbula enquanto abre a boca do paciente.

13. (Residência Multiprofissional/UNICAMP/2023) A obstrução das vias aéreas por corpo estranho/engasgo em crianças é uma das causas mais comuns de parada cardiorrespiratória no ambiente extra hospitalar. Com relação às manobras para desobstrução de vias aéreas em crianças, assinale a alternativa correta:

- Em bebês até 12 meses deve-se dar cinco pancadas vigorosas entre as escápulas com a região hipotenar da mão, em seguida, realizar cinco compressões torácicas.
- A manobra de Heimlich deve sempre ser realizada para lactentes e crianças, independentemente da idade.
- Deve-se sempre executar varreduras às cegas com o propósito de remover o corpo estranho.
- Se o bebê ou a criança ficarem inconsciente, não interrompa as manobras de desobstrução de vias aéreas adequadas para a idade.

14. (HU-UNIFAP/EBSERH/IBFC/2022) _____ é a técnica de desobstrução de via aérea que consiste na compressão do abdome de uma pessoa com obstrução da via aérea por corpo estranho (OVACE), parcial ou total, com a vítima ainda consciente, podendo ser realizada com a vítima em pé ou deitada. O tratamento para OVACE em lactentes é realizada com golpes fortes no tórax posterior e compressões na porção anterior da caixa torácica. Assinale a alternativa que preencha corretamente a lacuna.

- Manobra de Heimlich.
- Manobra de Thrust.
- Posição de Fowler.
- Posição de Babinski.
- Manobra de Sellick.

15. (PM-AM/FGV/2022) Uma situação de emergência bastante comum é a de pessoas com sinais de obstrução das vias aéreas superiores. Se ela não receber atendimento rápido poderá sofrer hipóxia progressiva, lesão cerebral e até morrer rapidamente, caso a via esteja totalmente obstruída.

Nesse caso, a manobra de Heimlich é um procedimento a ser prontamente executado pela(o) enfermeira(o). Nesse caso, a forma correta de se aplicar essa manobra é

- a) dar-se golpes mandibulares em decúbito dorsal.
- b) fazer-se pressão nas asas do nariz do paciente com os dedos, ao tempo em que se pede que ele force a saída do ar.
- c) colocar-se o paciente sentado, encostar-se seu queixo no peito (flexão) por 1 minuto e rapidamente fazer-se hiperextensão do pescoço, abrindo-se as vias aéreas.
- d) colocar-se o paciente sentado com a coluna em ângulo de 90º no meio de uma maca e girar-se a cabeça lateralmente, mantendo-se essa rotação durante toda a manobra.
- e) dar-se golpes abdominais subdiafrágmaticos.

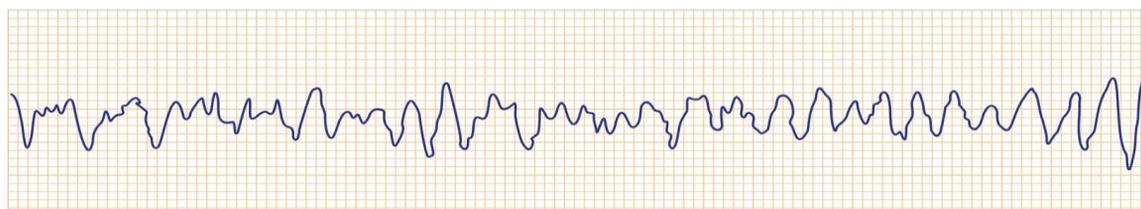
16. (Prefeitura de Fortaleza-CE/IMPARH/2018) Sobre as técnicas básicas de manejo das vias aéreas, assinale a afirmativa CORRETA:

- a) a manobra de tração da mandíbula no trauma (jaw thrust) é contraindicada nos casos suspeitos de lesão cervical.
- b) a manobra de elevação do mento no trauma (chin lift) está indicada nos casos de colisão com ejeção do veículo.
- c) a manobra de inclinação da cabeça com elevação do mento é indicada para todos os casos de manejo das vias aéreas.
- d) a aspiração de secreções e retirada de corpos estranhos só deve ser feita por enfermeiros ou por médicos.

Suporte Avançado de Vida (SAV)

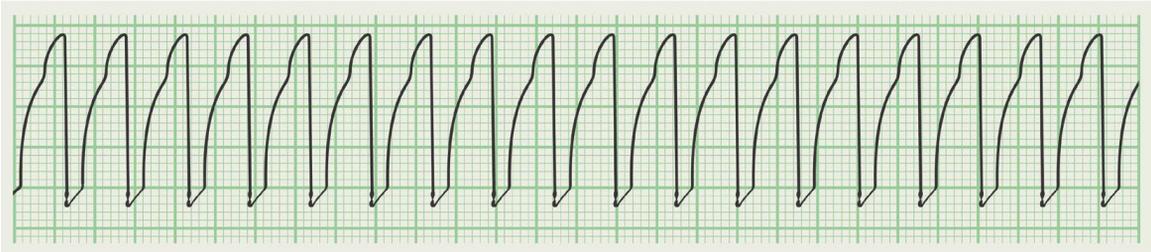
Modalidades de ritmos da parada cardiorrespiratória (AEHLERT, 2018; TIMERMAN; GUIMARÃES, 2020):

A **fibrilação ventricular (FV)** é uma atividade elétrica desorganizada. Esse quadro provoca contração incoordenada do miocárdio, que resulta na ineficiência total do coração para proporcionar a sístole adequada. O eletrocardiograma (ECG) apresenta ondas absolutamente irregulares, de amplitude e duração variáveis.



Timerman e Guimarães (2020) conceituam a **TVSP** como a sequência rápida de batimentos ectópicos ventriculares ($FC > 100$ bpm), sem pulso arterial palpável, com complexos QRS alargados (maiores que 0,12 segundo) não precedidos de onda P.

Vejamos abaixo o traçado de uma TV sem pulso monomórfica.



A **atividade elétrica sem pulso (AESP)** é caracterizada pela ausência de pulso na atividade elétrica organizada. Nesse cenário, o ECG pode apresentar desde ritmo normal até ritmo idioventricular com frequência baixa.



Principais ritmos identificados no SAVC

Vamos revisar!

Fibrilação Ventricular

Fibrilação atrial

Assistolia

Taquicardia Ventricular sem Pulso (TVSP)

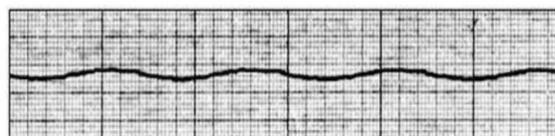
Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP)

Supra desnivelamento do Seguimento ST

Taquicardia Sinusal

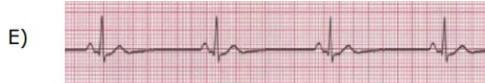
Bradicardia Sinusal

17. (AL-MG/FUMARC/2023) O enfermeiro deve estar embasado nas atualizações acerca da assistência às urgências e emergências. Nesse contexto, é fundamental o seu conhecimento na avaliação dos ritmos cardíacos. Considerando os ritmos do Eletrocardiograma (ECG) abaixo, marque a opção CORRETA dos ritmos de ECG, respectivamente:



- a) Fibrilação Ventricular (FV), Assistolia e Supra desnivelamento do Seguimento ST.
- b) Fibrilação Ventricular (FV), Assistolia e Taquicardia Ventricular sem Pulso (TVSP).
- c) Fibrilação Ventricular, Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP) e Taquicardia Ventricular sem Pulso (TVSP).
- d) Taquicardia Ventricular sem Pulso (TVSP), Taquicardia Sinusal e Fibrilação Ventricular.

18. (Prefeitura de Viamão-RS/FUNDATEC/2022) O eletrocardiograma (ECG) é um exame realizado para avaliar a atividade elétrica do coração, observando o ritmo, a quantidade e a velocidade das suas batidas. É imprescindível ao técnico em enfermagem o reconhecimento das alterações básicas deste exame. Nesse sentido, analise as imagens abaixo e assinale a alternativa que represente uma Bradicardia Sinusal.



19. (Residência Multiprofissional em Saúde/UNIFESP/VUNESP/2022) A parada cardiorrespiratória pode ser causada por quatro ritmos, sendo considerados chocáveis ou não. Assinale a alternativa que apresenta corretamente os ritmos chocáveis.

- a) Fibrilação ventricular e Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP).
- b) Fibrilação atrial e Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP).
- c) Fibrilação ventricular e Taquicardia Ventricular sem Pulso (TVSP).
- d) Fibrilação atrial e Assistolia.
- e) Atividade Elétrica sem Pulso (AESP) e Assistolia.

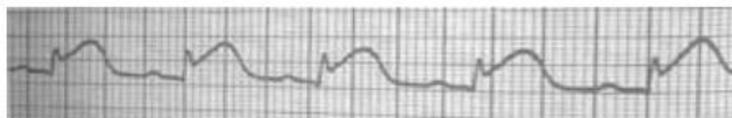
20. (Residência Multiprofissional em Saúde/UNICAMP/2023) Paciente de 73 anos, sexo masculino, com tontura há seis meses, sendo inicialmente feita suspeita clínica de labirintite. Tratada com sintomático, sem melhora. Evoluiu com períodos sincopais, sendo feita suspeita de arritmia (recebendo amiodarona 200 mg 3x por semana). Hoje apresentou quadro de tontura ao levantar da cama e queda da própria altura. No exame neurológico não apresentava sinais de localização, sendo pedida TC de crânio que não mostrou sangramentos ou isquemias agudas. Durante exame clínico na unidade semi-intensiva, ele evolui com parada cardiorrespiratória com ritmo abaixo identificado. Qual o ritmo identificado?



- a) Taquicardia Ventricular sem Pulso. c) AESP.
b) Fibrilação Ventricular. d) Fibrilação Atrial.

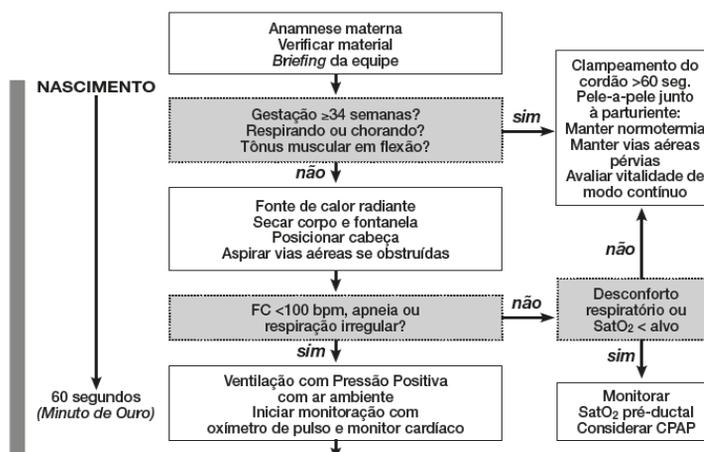
21. (HU-UNIFAP/EBSERH/IBFC/2022) Um paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva está monitorizado e apresenta um ritmo cardíaco, conforme a figura abaixo.

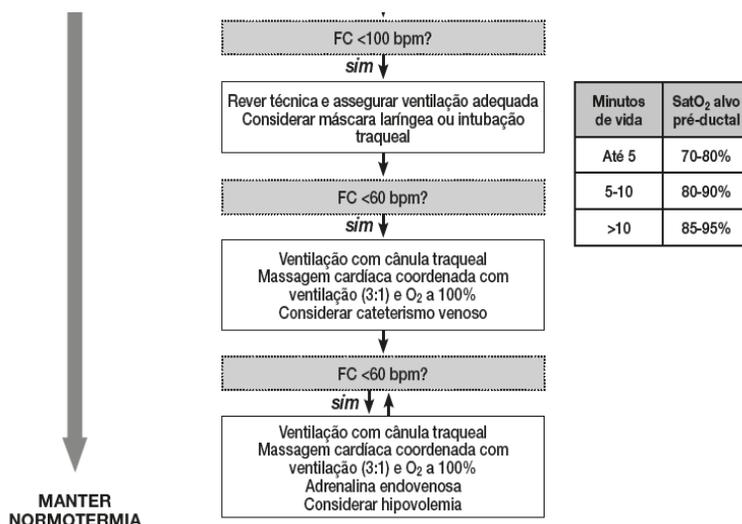
- a) fibrilação ventricular. d) angina estável.
b) taquicardia ventricular. e) infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento ST.
c) bradicardia sinusal.



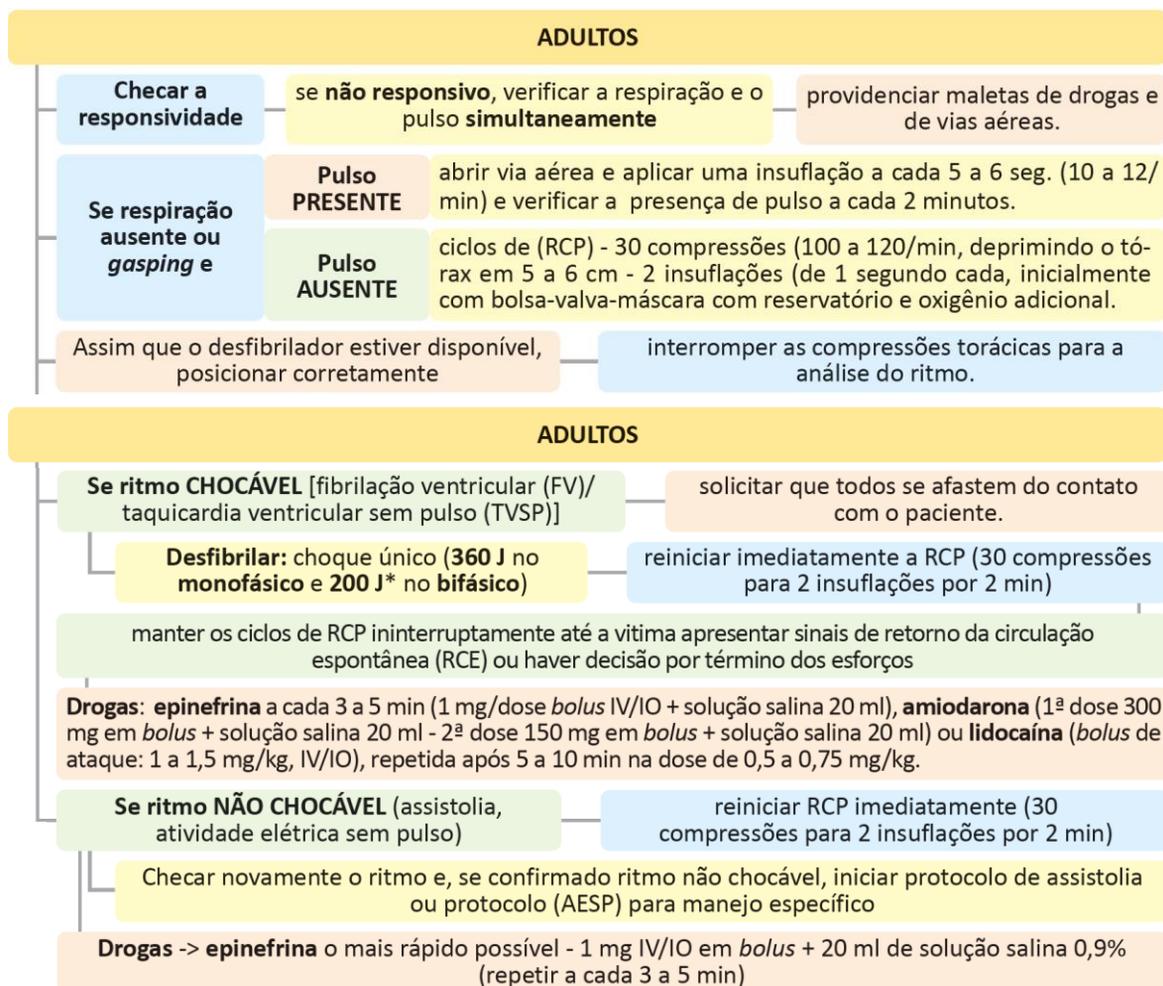
Fonte: Campanharo CRV. Guia de Bolso para Assistência de Enfermagem em Emergência. ED Atheneu. 2017. Fonte: Campanharo CRV. Guia de Bolso para Assistência de Enfermagem em Emergência. ED Atheneu. 2017.

Anexo 1. Fluxograma da Reanimação Neonatal do RN ≥ 34 semanas
Programa de Reanimação Neonatal
Sociedade Brasileira de Pediatria - 2022

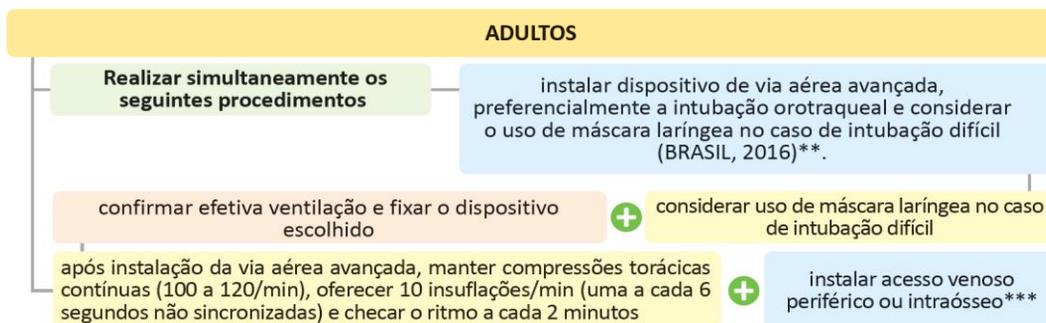




Resumo das condutas de RCP no SAV

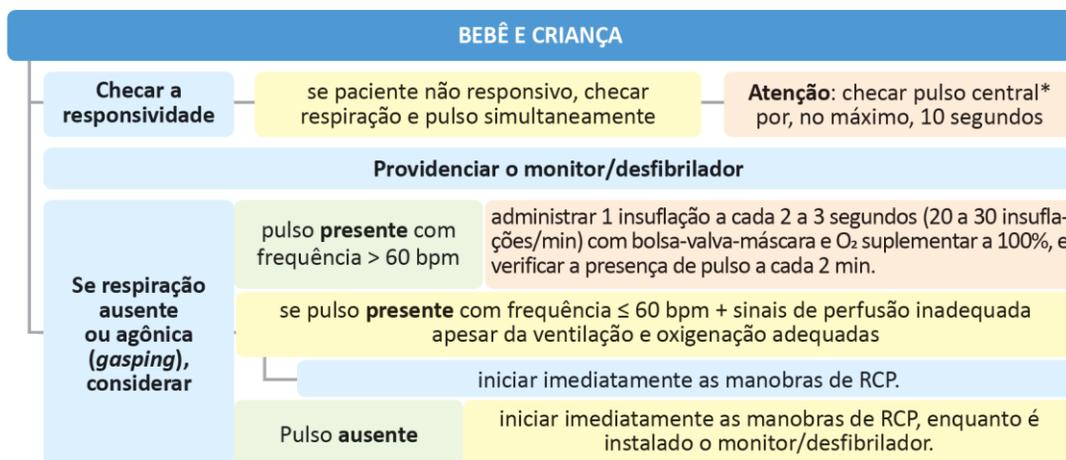


* Na realidade do SAMU, os DEAs (bifásicos) são utilizados na carga de 200 J, mas os protocolos da AHA descrevem a opção de 120 J ou 200 J, a depender do modelo do equipamento (depende da recomendação do fabricante).

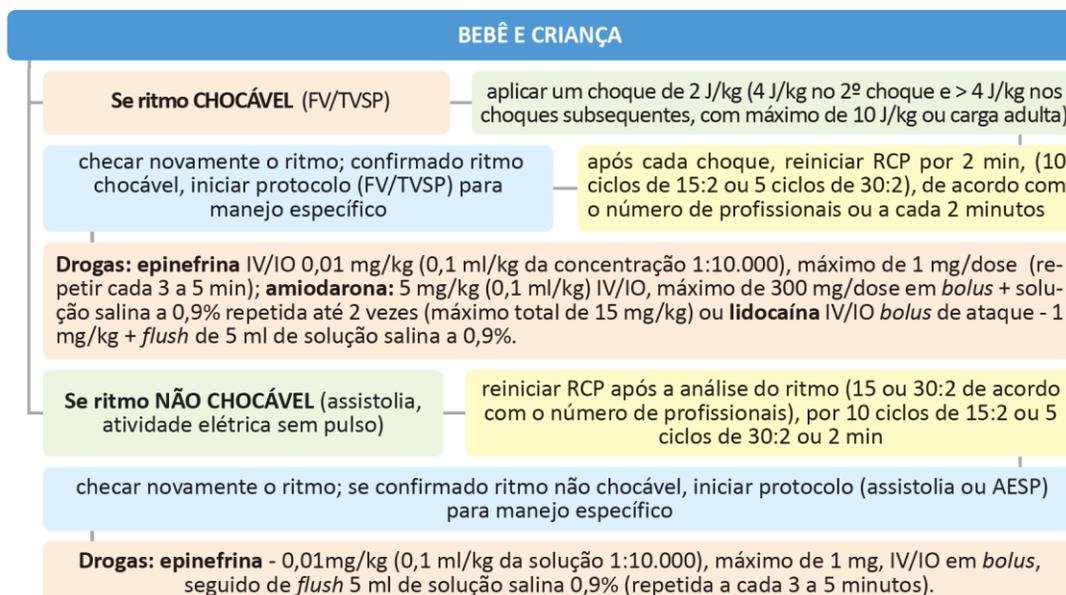


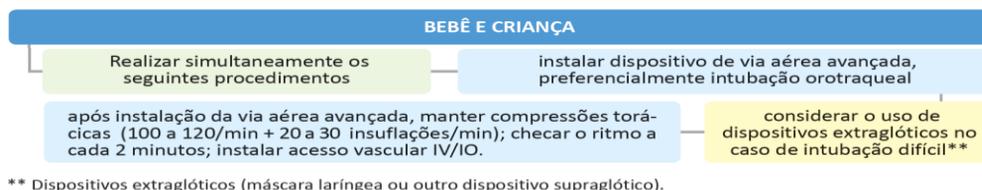
** De acordo com os Destaques das atualizações direcionadas nas Diretrizes de 2019 da *American Heart Association* para RCP e ACE, durante uma RCP por parada cardíaca em adultos, em qualquer contexto, pode-se considerar tanto a ventilação com bolsa-máscara quanto uma estratégia de via aérea avançada. Se for utilizada uma via aérea avançada, **pode ser usada via aérea extraglótica** para adultos com parada cardíaca extra-hospitalar em contextos de baixa taxa de **sucesso da intubação traqueal ou limitação de formação profissional**. Ademais, se for utilizada uma via aérea avançada em um contexto intra-hospitalar por profissionais especializados com formação nesses procedimentos, pode-se usar uma via aérea extraglótica ou um tubo endotraqueal (AHA, 2019).

*** Além dos procedimentos mencionados, os diagnósticos diferenciais devem ser cogitados, com o objetivo de identificar as causas reversíveis da PCR (5H/5T), tanto no intra quanto no extra-hospitalar.



* O pulso central no bebê (até 1 ano) é o braquial; na criança, é o carotídeo ou o femoral.





Medicamentos administrados durante a ressuscitação cardiopulmonar

Principais medicamentos administrados durante a RCP (BRASIL, 2016; SBC, 2019; AHA, 2015, 2018)

Epinefrina (adrenalina) primeira **droga de escolha** a ser utilizada em qualquer modalidade de PCR. Por ser alfa e beta-agonista, tem papel inotrópico, cronotrópico e vasoconstritor (altas doses).

Adulto: 1 mg IV/IO em *bolus* seguido de 20 ml de solução salina 0,9% e elevação do membro (repetir a cada 3 a 5 minutos)

indicada para todos os ritmos de PCR.

Pediátrica: 0,01 mg/kg (0,1 ml/kg da concentração 1:10.000), máximo de 1 mg/dose; repetir cada 3 a 5 min (IV/IO)

indicada para todos os ritmos de PCR.

Amiodarona antiarrítmico da classe III que age prolongando a duração do potencial de ação e o período refratário efetivo.

Adulto: administrar IV/IO a 1ª dose de 300 mg em *bolus* seguido de solução salina de 20 ml e elevação do membro. A 2ª dose será de 150 mg em *bolus* seguido de solução salina de 20 ml e elevação do membro. **Usada em FV/TVSP refratárias ao choque e à administração de adrenalina.**

Pediátrica: 5 mg/kg (máximo de 300 mg/dose) em *bolus*; repetida até 2 vezes para **FV/TVSP refratária ao choque e à administração de adrenalina (IV/IO).**

Lidocaína antiarrítmico da classe IB que age aumentando o limiar de estimulação elétrica do ventrículo e do sistema Hiss-Purkinje, estabilizando a membrana cardíaca e reduzindo a automaticidade.

Adulto: até 2018, a orientação era administrar lidocaína se a amiodarona não estivesse disponível, mas essa recomendação mudou, agora **pode ser amiodarona ou lidocaína** pelo algoritmo

bolus de ataque: 1 a 1,5 mg/kg, IV/VO; pode ser repetida após 5 a 10 min na dose de 0,5 a 0,75 mg/kg.

Pediátrica: *bolus* de ataque: 1 mg/kg. Manutenção: sucessiva ao *bolus*, 20 a 50 mcg/kg/min. Repetir *bolus* se a infusão contínua iniciar mais de 15 minutos após o *bolus* inicial - IV/IO.

Outras drogas importantes do atendimento cardiovascular de emergência (BERNOCHE *et al.*, 2019)

Medicamentos para a manutenção do débito cardíaco adequado

Dopamina

é uma catecolamina endógena que age como pré-requisito para produção de noradrenalina; indicada para choque cardiogênico, choque distributivo (séptico) e hipotensão em RN prematuros.

Dose: IV/IO 2 a 20 mcg/kg/minuto em infusão, titulados até efeito desejado.

Dobutamina

é uma catecolamina sintética que age melhorando o inotropismo cardíaco, com pouco efeito cronotrópico; é útil no tratamento do choque cardiogênico e da insuficiência cardíaca congestiva.

Dose: IV/IO 2 a 20 mcg/kg/minuto em infusão, titulados até efeito desejado.

Norepinefrina

é uma catecolamina endógena indicada no choque com vasodilatação não responsivo à dopamina ou epinefrina.

Dose: IV/IO 0,1 a 2 mcg/kg/minuto, titulados até efeito desejado.

Outras drogas importantes do atendimento cardiovascular de emergência (BERNOCHE *et al.*, 2019)

Miscelânea*

Naloxona

é antagonista dos receptores opioides; age competindo em seus sítios receptores, revertendo seus efeitos; exerce alguns efeitos analgésicos.

- Dose para a reversão não total: 1 a 5 mcg/kg IV/IO/IM/SC titulada até obtenção do efeito;
- Dose para reversão total: 0,1 mg/kg IV/IO/IM/SC em bolus a cada 2 min, se necessário (dose máxima: 2 mg).

* Outros medicamentos são indicados para o tratamento de **situações específicas** de PCR por causas reversíveis (5H/5T), como: bicarbonato de sódio (ex.: acidose e hipercalcemia grave), gluconato de cálcio (ex.: hipercalcemia), sulfato de magnésio (ex.: TV polimorfa refratária ao choque); alteplase (ex.: tromboembolismo pulmonar), entre outros.

22. (Prefeitura de Americana-SP/Avança SP/2023) Considerando os Protocolos atuais sobre PCR AHA (2020), são drogas que podem ser administradas pelo Tudo Orotraqueal:

- a) Lidocaína e Sulfato de Magnésio. c) Naloxona e Vasopressina. e) Atropina e Nitrito de Sódio.
 b) Adrenalina e Amiodarona. d) Epinefrina e Morfina.

23. (Residência multiprofissional em Saúde/A. C Camargo/VUNESP/2023) De acordo com os Destaques da Diretrizes de RCP e ACE (2020), em caso de parada cardiorrespiratória com um ritmo não chocável, é aceitável administrar a epinefrina assim que for possível. Para adultos, a dose (D) desse medicamento e o intervalo entre doses (I), quando indicada a continuidade de sua administração, são:

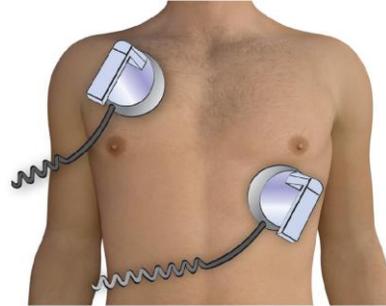
- a) D = 1 mg; I = 1 a 3 minutos. d) D = 1 g; I = 3 a 5 minutos.
 b) D = 0,001 g; I = 3 a 5 minutos. e) D = 100 mg; I = 3 a 5 minutos.
 c) D = 10 mg; I = 1 a 3 minutos.

24. (Residência Multiprofissional em Saúde/UNIFESP/VUNESP/2022) De acordo com as Diretrizes da American Heart Association, na fase de estabilização inicial do paciente, após o Retorno da Circulação Espontânea (RCE), deve-se

- a) garantir intervenção cardíaca de urgência com eletrocardiograma de 12 derivações, a fim de tomar decisões e solicitar avaliação de especialista.
 b) realizar controle de temperatura direcionado ao paciente que não apresenta resposta aos comandos, garantindo um set point de 30 a 36°C, dependendo da causa da parada.
 c) controlar parâmetros hemodinâmicos com a administração de cristaloides e/ou drogas vasopressoras ou inotrópicos com o objetivo de manter pressão arterial média acima de 65 mmHg.
 d) monitorar continuamente a temperatura central, manutenção de euglicemia, solicitar eletroencefalograma e, quando possível, realizar ventilação mecânica protetora.
 e) garantir intervenção cardíaca de urgência com eletrocardiograma de 12 derivações e realizar controle de temperatura direcionado para o paciente que apresenta resposta aos comandos.

Cardioversão e desfibrilação

Desfibrilação



Desfibrilação
(AHA, 2020;
BRASIL, 2016;
HINKLE;
CHEEVER,
2020)

é a corrente elétrica administrada para interromper a arritmia, não sincronizada com o complexo QRS do paciente.

é utilizada em situações de emergência como o tratamento de escolha para a FV/TVSP.

Configuração de energia

Desfibrilador monofásico

360 joules.

Desfibrilador bifásico

120 a 200 joules*.

Quanto mais precoce a desfibrilação for aplicada, melhor será a taxa de sobrevivência e terá um melhor prognóstico.

a epinefrina é administrada depois da desfibrilação inicial, em casos de insucesso da terapia elétrica, para facilitar a conversão da arritmia em um ritmo normal com a próxima desfibrilação e fica sendo administrada durante toda a PCR a cada 3 a 5 min na dose de 1 mg.

Corrente elétrica

→ pode ser aplicada externamente através da pele por meio de pás ou almofadas condutoras.

→ As pás ou almofadas podem ser posicionadas à frente do tórax (posicionamento padrão) ou uma pá pode ser posicionada à frente do tórax e a outra sob as costas do paciente, logo à esquerda da coluna (posicionamento anteroposterior).

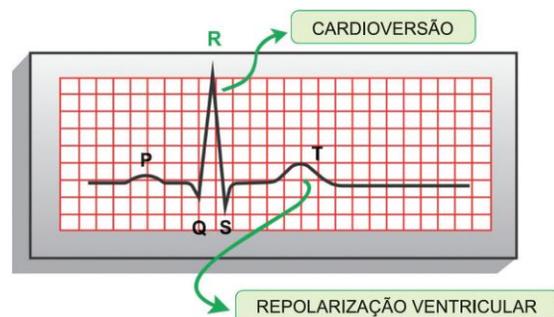
Configuração de energia para desfibrilação pediátrica

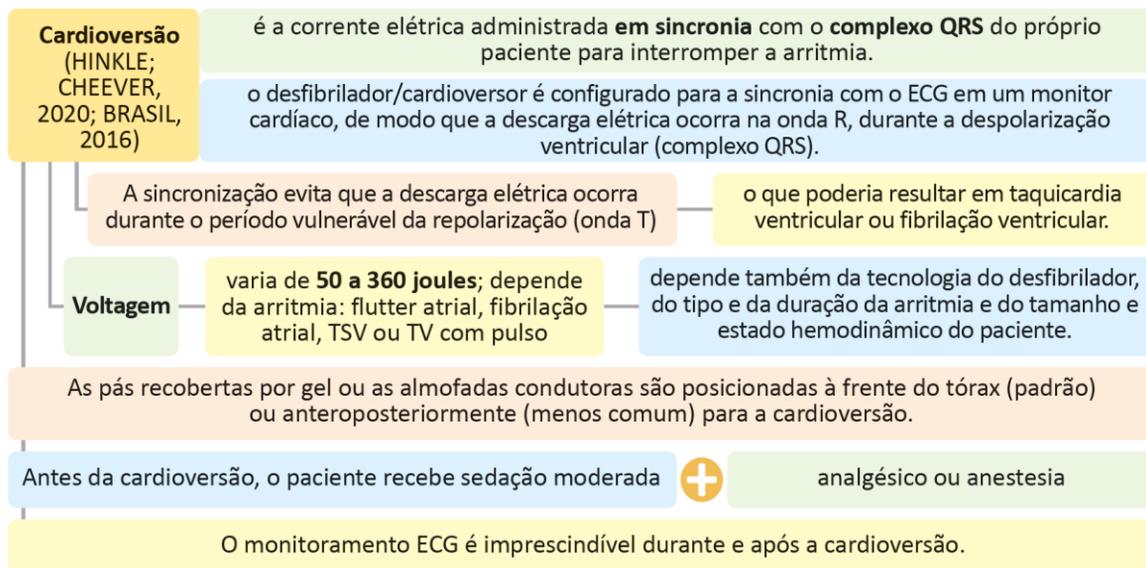
dose inicial: 2 a 4 J/kg para desfibrilação, tanto monofásica como bifásica, na PCR por fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso.

para choque refratário: doses subsequentes de **4 J/kg** devem ser consideradas, podendo ser utilizados aumentos gradativos nos níveis de energia nas doses subsequentes, não excedendo 10 J/kg ou a dose máxima de adultos.

*A depender da recomendação do fabricante (se a carga for desconhecida, deve-se usar o máximo disponível, e as doses seguintes devem ser equivalentes).

Cardioversão sincronizada





Vejamos, no quadro abaixo, as principais diferenças entre cardioversão e desfibrilação:

Principais Diferenças entre a Cardioversão e a Desfibrilação		
	Cardioversão	Desfibrilação
Procedimento	- geralmente eletivo; mas pode ser emergencial;	- emergência;
Sincronia com a onda R	- sim;	- não;
Necessidade de sedação	- sim;	- não;
Indicação	- arritmias que não são PCR: fibrilação atrial (FA), flutter atrial, taquicardia paroxística supraventricular e taquicardias com complexo largo e com pulso; - precisa estar conectado ao monitor e apertar o botão de sincronia.	- taquicardia ventricular sem pulso (TVSP), fibrilação ventricular (FV); - possibilita ao nó sinusal retornar a geração e o controle do ritmo cardíaco.

Durante o auxílio com a desfibrilação ou a cardioversão externa, o enfermeiro deve lembrar estes pontos principais (HINKLE; CHEEVER, 2020):

São utilizadas almofadas ou pás condutoras multifuncionais para conduzir entre as pás e a pele.

As pás ou almofadas devem ser posicionadas de modo que não toquem nas roupas do paciente ou na roupa de cama, nem fiquem perto de adesivos (patches) medicamentosos ou na fonte de O₂, que deve ser afastada no momento da descarga elétrica.

Mulheres com mamas grandes devem ter a almofada ou pá esquerda posicionada sob a mama esquerda ou lateralmente a ela (linha hemiaxilar anterior).

Se necessário, deve-se realizar tricotomia no local de posicionamento das pás;

Durante a cardioversão, as derivações do monitor devem estar anexadas ao paciente para configurar o desfibrilador para o modo sincronizado.

Em caso do uso de pás, devem ser aplicados 9 a 11 kg de pressão com a finalidade de assegurar o bom contato com a pele.

No momento da desfibrilação, a pessoa que vai aplicar a carga elétrica deve falar em voz alta para todos se afastarem e informar a quantidade de joules.

O profissional deve assegurar-se visualmente de que todas as pessoas estão afastadas do paciente e que nada esteja tocando nele.

A energia administrada e o ritmo resultante devem ser registrados.

A RCP deve ser retomada imediatamente após a administração da carga de desfibrilação, iniciando com as compressões torácicas.

25. (Prefeitura de Andrelândia-MG/IBGP/2022) A desfibrilação e a cardioversão são usadas para tratar taquiarritmias liberando uma corrente elétrica que despolariza uma massa crítica de células miocárdicas. Com relação a essas terapias elétricas, é CORRETO afirmar que:

- A liberação da corrente elétrica na cardioversão é sincronizada, enquanto na desfibrilação a liberação da corrente elétrica é imediata.
- O paciente deve ser submetido a exame de imagem antes de uma cardioversão sincronizada para detectar se há destrocardia.
- O Desfibrilador Externo Automático (DEA) só deve ser manuseado por profissional de saúde habilitado.
- O paciente deve receber a carga máxima do aparelho durante uma parada cardíaca em fibrilação ventricular e assim realizar de forma efetiva a cardioversão elétrica.

26. (Prefeitura de Quadra-SP/CONSULPAM/2019) O uso de corrente elétrica aplicada externamente para tratamento de fibrilação ventricular foi descrito pela primeira vez em 1956. A partir de então, a capacidade dos desfibriladores para reverter ritmos cardíacos apresentou grande progresso. O desfibrilador externo automático (DEA) é utilizado no suporte básico de vida por profissionais habilitados e pode ser operado por pessoa leiga treinada. Assinale a alternativa CORRETA relacionada ao tema exposto:

- A desfibrilação é a aplicação de uma corrente elétrica sobre o músculo cardíaco, por um longo período de tempo, a fim de cessar o ritmo anormal.
- A desfibrilação não é indicada para fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TV).
- Em pacientes portadores de marcapasso ou cardioversor-desfibrilador (CDI), as pás autoadesivas devem ser colocadas distantes do dispositivo implantado, porém a preocupação com o posicionamento preciso não deve retardar a tentativa de desfibrilação.
- Os adesivos de medicação que por acaso o paciente possa estar usando não devem ser removidos antes de usar o desfibrilador.

27. (HU-UNIFAP/EBSERH/IBFC/2022) Cerca de 56 a 74% dos ritmos de PCR, no âmbito pré-hospitalar, ocorrem em fibrilação ventricular (FV). O sucesso da ressuscitação está intrinsecamente relacionado a uma desfibrilação precoce, a cada minuto transcorrido do início do evento arritmico súbito sem desfibrilação, as chances de sobrevivência diminuem em 7 a 10%, com a RCP, essa redução é mais gradual, entre 3 e 4% por minuto de PCR. Assinale a alternativa que apresenta o tempo ideal para iniciar a desfibrilação quando indicado.

- Dentro dos primeiros 3 a 5 minutos após o colapso.
- Dentro dos primeiros 10 minutos após o colapso.
- Dentro dos primeiros 10 a 20 minutos após o colapso.
- Dentro da primeira hora após o colapso.
- Dentro dos primeiros 15 minutos após o colapso.

28. (COREN-SE/CESPE/2021) Um paciente adulto chegou não responsivo e com respiração anormal para atendimento no setor de emergência de um hospital. Seu pulso não foi detectado e as manobras de ressuscitação cardiopulmonares foram iniciadas, instalando-se rapidamente o monitor com desfibrilador.

Com relação a essa situação hipotética, assinale a opção correta.

- No caso de fibrilação ventricular, aplica-se o choque mantendo manobras de ressuscitação por mais dois minutos. Se esse mesmo ritmo permanecer, novo choque deverá ser aplicado.
- Se for constada assistolia, deve-se aplicar o choque mantendo manobras por mais de cinco minutos, revertendo para fibrilação atrial, utilizando-se atropina venosa.
- Se for constatado ritmo sinusal, deve-se aplicar lidocaína na dose de 1 mg/kg e manter manobra na taxa de 30:2 (compressão/ventilação).
- No caso de ausência de atividade elétrica, deve-se aplicar o choque com carga inicial de 100 J. Se o ritmo permanecer, é recomendado administrar amiodarona.

Possíveis causas de PCR (AHA, 2020)

Causas associadas potencialmente reversíveis de PCR (5H e 5T)	
5H	5T
- Hipóxia	- Toxinas
- Hipovolemia	- Tamponamento cardíaco
- Hidrogênio (acidose)	- Trombose coronariana
- Hiper/hipocalemia	- Tromboembolismo Pulmonar (TEP)
- Hipotermia	- Tensão no tórax (pneumotórax hipertensivo)

29. (Residência Multiprofissional em Saúde/UNIFESP/VUNESP/2022) Durante uma parada cardiopulmonar, um paciente pode apresentar algumas causas reversíveis, denominadas 5 “Hs”, que são:

- hipóxia, hipo/hipermagnesia, hipotermia, hipovolemia e hidrogênio.
- hipovolemia, hipóxia, hidrogênio, hipo/hipercalemia e hipotermia.
- hipervolemia, hipóxia, hidrogênio, hipo/hipercalemia e hipotermia.
- hipovolemia, hiperóxia, hidrogênio, hipo/hipermagnesia e hipotermia.
- hipóxia, hipo/hipercalemia, hidrogênio, hipovolemia e hipotermia.

Ressuscitação neonatal

Os tópicos mais importantes para a avaliação das evidências e para a atualização das diretrizes de ressuscitação neonatal incluem os seguintes (AHA, 2015, 2019):

A ordem das 3 perguntas de avaliação mudou para (1) gestação a termo? (2) bom tônus? e (3) respira ou chora?

A marca do minuto de ouro (60 segundos) para concluir os passos iniciais, reavaliar e iniciar a ventilação (se necessária) foi mantida.

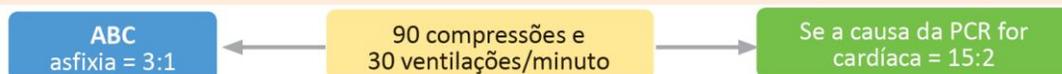
A temperatura de RNs não asfisiados deve ser mantida entre **36,5 °C** e **37,5 °C** após o nascimento, desde a admissão até a estabilização.

A hipertermia (temperatura superior a 38 °C) deve ser evitada, pois apresenta possíveis riscos associados.

A intubação de rotina para aspiração traqueal não é indicada.

A avaliação da FC continua sendo fundamental durante o primeiro minuto de ressuscitação. O uso de um ECG de 3 derivações é aconselhável.

Iniciar a **ressuscitação** de bebês prematuros com menos de 35 semanas de gestação com pouco oxigênio (21 a 30%).



O oxigênio a 100% não deve ser usado para iniciar a ressuscitação, pois isso está associado ao aumento de mortalidade.

As recomendações sobre o uso de epinefrina seguem mantidas.

30. (SEMSA/FGV/2022) Considerando as recomendações acerca dos cuidados emergenciais ao recém-nascido, analise as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.

() A American Heart Association recomenda a aspiração endotraqueal de rotina para bebês vigorosos e não vigorosos nascidos com líquido amniótico meconial (LAM).

() Um período razoável para se manter as manobras de ressuscitação em recém-nascidos é de 20 minutos depois do nascimento.

() Para bebês que precisam de acesso vascular no momento do parto, a veia umbilical é a via recomendada.

As afirmativas são, na ordem apresentada, respectivamente,

a) V - V - V.

b) F - V - V.

c) V - F - F.

d) F - F - F.

e) V - F - V.

31. (Senado Federal/FGV/2022) De acordo com as diretrizes relacionadas à assistência a pacientes em parada cardiorrespiratória, assinale a afirmativa correta.

a) Durante a ressuscitação cardiopulmonar em pacientes com ritmo chocável, a primeira dose de adrenalina deve ser administrada o mais rápido possível, antes da primeira desfibrilação.

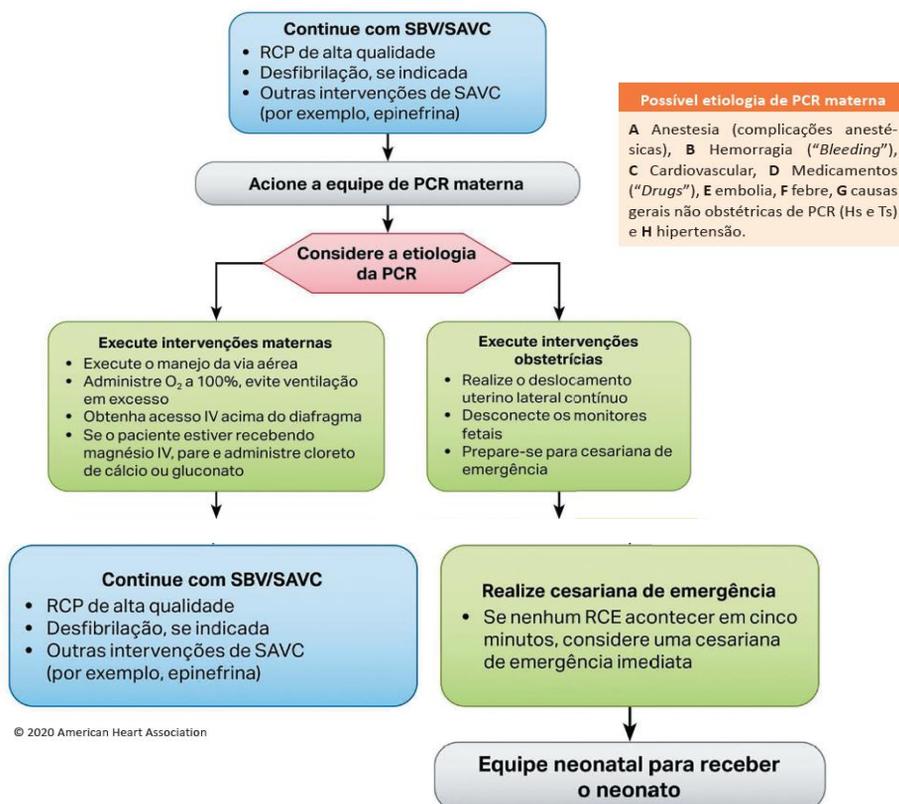
b) Para pacientes adultos, caso seja necessário administrar lidocaína, a primeira dose deve ser de 0,75 mg/kg e a segunda dose, de 1,5 mg/kg.

31. (Senado Federal/FGV/2022)

- c) Em grávidas com mais de 30 semanas de gestação, o alívio da compressão aortocaval deve ser realizado lateralizando a gestante e não apenas o útero.
- d) Tanto em adultos como em crianças acima de 5 anos, recomenda-se a desfibrilação sequencial dupla para ritmo chocável refratário.
- e) Para bebês e crianças com pulso, mas esforço respiratório ausente ou inadequado, é aconselhável fornecer uma respiração a cada 2 ou 3 segundos (20 a 30 respirações por minuto).

32. (Prefeitura de João Pessoa-PB/AOCP/2021) Na reanimação neonatal, em sala de parto, havendo necessidade de administração de adrenalina, é correto afirmar que

- a) no máximo duas doses de adrenalina em tubo orotraqueal (TOT) podem ser realizadas.
- b) a dose de adrenalina em TOT é no máximo de 1ml/kg da solução 1:1.000.
- c) a dose da adrenalina endovenosa é de 0,1 a 0,3 ml/kg da solução 1:10.000.
- d) obtém-se a solução 1:10.000 ao misturar 1ml de adrenalina 1:1.000 com 10 ml de solução fisiológica.
- e) a adrenalina deve ser repetida a cada 2 minutos.

Algoritmo de SAVC intra-hospitalar para PCR na gravidez

PCR materna

- As prioridades para as gestantes em PCR devem incluir a administração de RCP de alta qualidade e o alívio da compressão aortocaval com deslocamento uterino lateral.
- O objetivo da cesariana de emergência é melhorar os resultados para a mãe e para o feto.
- Idealmente, realiza-se a cesariana de emergência em 5 minutos, a depender dos recursos e dos conjuntos de habilidades do profissional.

Via aérea avançada

- Na gravidez, uma via aérea difícil é comum. Recomenda-se escolher o profissional mais experiente.
- Realizar intubação endotraqueal ou via aérea extraglottica avançada.
- Realizar capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET.
- Quando houver via aérea avançada, administrar 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas.

33. (TCE-TO/FGV/2022) Funcionária gestante, 35 anos, 32 semanas de gestação, diabética e hipertensa, sentiu-se mal durante o expediente de trabalho e foi encaminhada ao serviço médico da instituição. Enquanto aguardava atendimento sofreu uma parada cardiorrespiratória (PCR), sendo prontamente socorrida.

Acerca das diretrizes que norteiam esse tipo de atendimento, analise as afirmativas a seguir, considerando V para a(s) verdadeira(s) e F para a(s) falsa(s).

() Nesse caso, pela idade gestacional e histórico de diabetes, é contraindicado o deslocamento uterino lateral contínuo.

() Recomenda-se administrar oxigênio a 100% e evitar ventilação excessiva.

() Em caso de via aérea avançada, deve-se administrar 10 ventilações/minuto e compressões torácicas contínuas.

A sequência correta é:

- a) V - V - V. b) F - V - V. c) F - F - F. d) V - F - V. e) F - V - F.

Outros pontos importantes

Controle direcionado da temperatura

Redução do ETCO₂

RCP extracorpórea

Mudanças nas diretrizes de RCP e ACE da AHA (AHA, 2020):

A importância do início imediato da RCP por socorristas leigos tem sido reenfatizada.

As recomendações anteriores sobre a administração de epinefrina foram reafirmadas, com ênfase em sua administração mais precoce, principalmente nos ritmos não chocáveis.

O uso de dispositivos de feedback visual em tempo real é recomendado como forma de manter a qualidade da RCP.

O tratamento da PCR na gravidez é focado em ressuscitação materna, com a preparação para uma cesariana de emergência, se necessário, para salvar o bebê e melhorar as chances de ressuscitação bem-sucedida da mãe.

Mudanças nas diretrizes de RCP e ACE da AHA (AHA, 2020):

O acesso intravenoso (IV) é a via preferida de administração de medicação durante a ressuscitação no SAVC. O acesso intraósseo (IO) é aceitável se o acesso IV não estiver disponível.

Um sexto elo, Recuperação, foi adicionado às cadeias de sobrevivência da PCRIH e PCREH.

34. (Prefeitura de Fortaleza-CE/IMPARH/2021) De acordo com Atualizações de Reanimação cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência (AHA, 2020), julgue a assertivas a seguir como verdadeiras (V) ou falsas (F).

() O acesso intravenoso (IV) é a via preferida de administração de medicação durante a ressuscitação no Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (SAVC). Acesso intraósseo (IO) é aceitável se o acesso IV não estiver disponível.

() O tratamento da PCR na gravidez é focado em ressuscitação materna, com a preparação para uma cesariana de emergência, se necessário, para salvar o bebê e melhorar as chances de ressuscitação bem-sucedida da mãe.

() O atendimento ao paciente após o retorno da circulação espontânea (RCE) requer muita atenção à oxigenação, controle da pressão arterial, exclusivamente.

() O sexto elo das cadeias de sobrevivência na PCR extra e intra-hospitalar é a recuperação e é uma novidade da última atualização publicada em 2020.

Assinale o item que corresponde à sequência correta, de cima para baixo.

a) V, V, V, V. b) F, F, F, F. c) V, V, F, V. d) F, F, V, V.

Situações especiais em ressuscitação (administração da Naloxona) (AHA, 2015, 2020).

Em pacientes com suspeita ou diagnóstico de overdose de opioides que tenham pulso presente, mas sem respiração normal ou somente com *gasping* (ou seja, uma parada respiratória),

além de prestar os cuidados convencionais, os socorristas adequadamente treinados devem administrar **naloxona intramuscular (IM) ou intranasal (IN)** em pacientes com emergência respiratória associada a opioides.

Sobre as principais disposições pediátricas das diretrizes de 2020, para fins de concursos e residências em Enfermagem, merecem destaque (AHA, 2020):

Com base em dados recentemente disponíveis de ressuscitações pediátricas, a taxa de ventilação assistida recomendada tem sido aumentada para uma ventilação a cada 2 a 3 segundos (20 a 30 ventilações por minuto) para todos os casos de ressuscitação pediátrica.

Em relação à ventilação de resgate, para bebês e crianças **com pulso**, mas **esforço respiratório ausente ou inadequado**, é aconselhável fornecer uma respiração a cada 2 ou 3 segundos (20 a 30 respirações por minuto).

Sobre a taxa de ventilação durante a RCP **com via aérea avançada**, ao executar RCP em bebês e crianças, pode ser aconselhável objetivar um intervalo de frequência respiratória de 1 ventilação a cada 2 a 3 segundos (20 a 30/min), de acordo com a idade e a condição clínica.

TETs com *cuff* são sugeridos para reduzir o vazamento de ar e a necessidade de trocar tubos para pacientes de qualquer idade que precisam de intubação.

O uso rotineiro de pressão cricoide durante a intubação não é mais recomendado.

Para maximizar as chances de bons resultados da ressuscitação, a epinefrina deve ser administrada o quanto antes, sendo o ideal em até 5 minutos, depois do início da PCR de um ritmo não chocável (assistolia e atividade elétrica sem pulso).

Para os pacientes com acessos arteriais, usar o feedback de mensuração contínua da pressão arterial pode melhorar a qualidade da RCP.

Depois do RCE, os pacientes devem ser avaliados em relação a convulsões e ao estado epilético, e qualquer crise convulsiva deve ser tratada.

Como a recuperação da RCP continua muito tempo depois da hospitalização inicial, os pacientes devem ter avaliação e suporte formais para suas necessidades físicas, cognitivas e psicossociais.

Uma abordagem de titulação para controle de fluido, com infusões de epinefrina ou sem infusões de epinefrina se forem necessários vasopressores é adequada na ressuscitação de choque séptico.

Depois do RCE, os pacientes devem ser avaliados sobre as convulsões e o estado epilético, e qualquer crise convulsiva deve ser tratada.

Com base, principalmente, na extrapolação de dados de adultos, a ressuscitação equilibrada com derivados do sangue é aceitável para bebês e crianças com choque hemorrágico.

O tratamento da overdose de opioides inclui RCP e a administração de naloxona no momento certo por socorristas leigos ou socorristas treinados.

Crianças com miocardite aguda acompanhadas de arritmias, bloqueio cardíaco, alterações do segmento ST ou baixo débito cardíaco têm alto risco de PCR. A transferência rápida para uma unidade de terapia intensiva é importante e alguns pacientes podem precisar de suporte circulatório mecânico ou suporte de vida extracorpóreo (SVE).

Bebês e crianças com doença cardíaca congênita ou fisiologia funcional de ventrículo único que estão em processo de estadiamento para reconstrução requerem considerações especiais no SAVP.

O tratamento da hipertensão pulmonar pode incluir o uso de óxido nítrico inalatório, prostaciclina, analgesia, sedação, bloqueio neuromuscular, indução de alcalemia ou terapia de resgate com SVE.

Uma nova cadeia de sobrevivência pediátrica foi criada para PCRIH em bebês, crianças e adolescentes.

Um sexto elo, Recuperação, foi adicionado à cadeia de sobrevivência de PCREH pediátrica e está incluído na nova cadeia de sobrevivência de PCRIH pediátrica.

A COLEÇÃO MAIS COMPLETA DO BRASIL

