

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO DE EDUCADORES EM SAÚDE**

RENATA CASTRO MENDES

**CAPACITAÇÃO EM RESSUCITAÇÃO CARDIOPULMONAR PARA A EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE APOIO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

**BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS
2019**

RENATA CASTRO MENDES

**CAPACITAÇÃO EM RESSUCITAÇÃO CARDIOPULMONAR PARA A EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE APOIO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista

Orientador: Dr.Roosevelt da Silva Bastos.

**BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS
2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

MENDES, RENATA CASTRO

CAPACITAÇÃO EM RESSUCITAÇÃO
CARDIOPULMONAR PARA A EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE APOIO DO SERVIÇO DE
ATENÇÃO DOMICILIAR [manuscrito] /RENATA CASTRO
MENDES - 2019.

38 p.

Orientador: Roosevelt da Silva Bastos.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação de Educadores em Saúde.

1.Parada cardiorrespiratória. 2.Ressuscitação cardiopulmonar.
3.Assistência Domiciliar. I.Bastos, Roosevelt da Silva.
II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.
III.Título.

Renata Castro Mendes

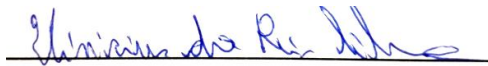
**CAPACITAÇÃO EM RESSUCITAÇÃO CARDIOPULMONAR PARA A EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE APOIO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - CEFES, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Roosevelt da Silva Bastos (Orientadora)



Prof. Vinicius dos Reis Silva

Data de aprovação: **14/12/2019**

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por serem o motor que move todos os projetos da minha vida.

Aos meus familiares que me apoiaram e estiveram ao meu lado em muitos momentos.

Aos meus amigos que entenderam minha ausência nesta caminhada.

Ao meu orientador(a) que me auxiliou e me ajudou a construir este trabalho.

*“O segredo de qualquer conquista é a coisa mais simples
do mundo: saber o que fazer com ela.”*

Autor Desconhecido

RESUMO

Introdução: Este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto intervenção com ações educativas para o atendimento a Parada Cardiorrespiratória (PCR), destacando as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) para os profissionais da equipe multiprofissional de apoio (EMAP) da atenção domiciliar do município de Belo Horizonte. Tendo em vista que estes profissionais são de diversas áreas que incluem: nutricionista, fonoaudióloga, assistente social, fisioterapeuta, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional, alguns destes profissionais não possuem formação na atuação da RCP, a necessidade deste conhecimento para tais profissionais torna-se importante, pois realizam atendimento a pacientes que possuem algum tipo de problema de saúde com critérios para a atenção domiciliar e pressupondo que em algum atendimento possa acontecer uma PCR, os mesmos precisam saber atuar para realizar as condutas iniciais das manobras. **Objetivos:** Elaborar um projeto intervenção com ações educativas para o atendimento a PCR, destacando as manobras de RCP para os profissionais da EMAP da atenção domiciliar do município de Belo Horizonte. **Metodologia:** Este projeto intervenção tem o propósito de formar os profissionais do EMAP da atenção domiciliar de Belo Horizonte, realizando um curso sobre a RCP e PCR, com um total de 15 integrantes, onde o curso terá partes práticas e teóricas, com duração de 5 horas, acrescentando no final uma avaliação pós-teste para verificação do conhecimento do assunto abordado e avaliação sobre o curso realizado, após serão avaliados os profissionais da equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) sobre o conhecimento da RCP e PCR com a mesma avaliação utilizada no curso para os profissionais que participaram do curso, realizando uma comparação sobre o conhecimento destes profissionais. Este curso será realizado durante o período de um ano com quatro turmas integrantes do EMAP. **Resultados esperados:** Espera-se que com este projeto de intervenção os profissionais da equipe multiprofissional de apoio tenham um melhor conhecimento sobre a parada cardiorrespiratória e saibam como atuar no momento da ressuscitação cardiopulmonar.

Palavras chaves: Parada cardiorrespiratória, Ressuscitação cardiopulmonar, Assistência Domiciliar.

ABSTRACT

Introduction: This paper aims to elaborate an intervention project with educational actions for the care of cardiopulmonary arrest (CRP), highlighting the maneuvers of cardiopulmonary resuscitation (CPR) for professionals of the multiprofessional support team (EMAP) of home care in the city of Belo Horizonte. . Given that these professionals are from several areas that include: nutritionist, speech therapist, social worker, physiotherapist, dentist, psychologist, pharmacist and occupational therapist, some of these professionals are not trained in CPR performance, the need for this knowledge for such professionals makes It is important, because they provide care to patients who have some kind of health problem with criteria for home care and assuming that in some care can happen a CRP, they need to know how to perform the initial maneuver conducts.**Objectives:** To elaborate an intervention project with educational actions for the care of cardiopulmonary arrest, highlighting the maneuvers of cardiopulmonary resuscitation for professionals of the multiprofessional home care support team of the city of Belo Horizonte.**Methodology:** This intervention project aims to train EMAP professionals in home care in Belo Horizonte, taking a course on CPR and PCR, with a total of 15 members, where the course will have practical and theoretical parts, lasting 5 hours, adding at the end a post-test assessment to verify the knowledge of the subject and evaluation of the course, after which will be evaluated professionals of the multiprofessional home care team (EMAD) on knowledge of CPR and PCR with the same assessment used in the course. for the professionals who participated in the course, making a comparison on the knowledge of these professionals. This course will be held over a one-year period with four EMAP member classes.**Expected Outcomes:** It is hoped that with this intervention project, professionals from the multiprofessional support team will have a better understanding of cardiopulmonary arrest and know how to act at the time of cardiopulmonary resuscitation.

Keywords: Cardiopulmonary arrest, Cardiopulmonary resuscitation, Home care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1 – Pirâmide Etária dos anos 2000 a 2010.....	14
Figura 2 – Gráfico da expectativa de vida ao nascer, 1991 e 2010.....	14
Figura 3 - Linha histórica de implantação dos serviços de Atenção Domiciliar em Minas Gerais, Brasil.....	15
Quadro 1 – Modalidades do Atendimento Domiciliar.....	17
Figura 4 – Manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar.....	20
Quadro 2 – Apresentação dos problemas e construção de estratégias de intervenção.....	26
Quadro 3 – Plano de Ensino do Curso de Reanimação Cardiopulmonar aos profissionais do EMAP.....	27
Quadro 4 – Quadro de Cronograma do projeto.....	28
Quadro 5 – Orçamento do projeto.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS

AHA – *American Heart Association*

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

MG – Minas Gerais

NASF – Núcleo de Apoio da Saúde da Família

PCR – Parada Cardiorrespiratória

RCP – Ressuscitação Cardiopulmonar

SAD- Serviço de Atenção Domiciliar

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SBV – Suporte Básico de Vida

SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Caracterização do município de Belo Horizonte.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1 Atenção domiciliar	16
2.2 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar e Equipe Multiprofissional Apoio.....	17
2.3 Ressuscitação cardiopulmonar	18
3 JUSTIFICATIVA	22
4 OBJETIVOS	23
4.1 Objetivo Geral	23
4.2 Objetivos Específicos.....	23
5 METODOLOGIA.....	24
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	26
6.1 Identificação e categorização dos problemas.....	26
6.2 Elaboração do Plano de Ensino do Curso de Ressuscitação Cardiopulmonar	27
7 CRONOGRAMA.....	26
8. ORÇAMENTO	27
9 RESULTADOS ESPERADOS.....	28
REFÊRENCIAS	29
ANEXO 1 – PRÉ E PÓS TESTE	32
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CURSO	34

1 INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é considerada um dos maiores problemas de saúde pública, devido a seu grande número de mortes, ocorrendo em média 200 mil hab./ano (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013). Apesar dos avanços tecnológicos em saúde e da criação de consensos e protocolos para a reanimação cardiopulmonar (RCP) observa-se que muitas vidas ainda são perdidas (KOCHHAN et al. 2015).

A PCR consiste na “cessação abrupta das funções circulatória, respiratória e cerebral”. (SOUZA; SILVA, 2013, p.144). Trata-se de uma ocorrência imprevisível de grande complexidade, podendo gerar uma grave emergência clínica (SANTOS; SIMÃO; LIMA, 2014).

A ocorrência da PCR pode acontecer em ambiente intra ou extra-hospitalar, no ambiente extra-hospitalar as dificuldades para atendimento podem ser devido a várias causas, sendo tanto a nível de desconhecimento sobre as ações para a realização de RCP como a falta de habilidades dos indivíduos inseridos (MORAIS; CARVALHO; CORREA, 2014). Os autores Luzia e Lucena (2009) já descrevem que a PCR no ambiente intra-hospitalar a complexidade do atendimento é devido a comorbidade e gravidade da doença do paciente dificultando a sobrevida, não tendo haver tanto com a habilidade dos profissionais.

Um dos locais extra hospitalares que podem ser destacados é o domicilio sendo também considerado um espaço de cuidado para o paciente, tornando-se uma opção de forma a propiciar ao paciente um menor período de internação hospitalar (SILVA *et al*, 2012). Estes pacientes que estão em internação domiciliar possuem fragilidades relacionados a tratamento de suas doenças que apesar de ter um quadro estável pode acontecer piora do seu estado e até mesmo evoluir para uma PCR repentinamente, necessitando assim de uma equipe preparada.

A introdução do serviço de atenção domiciliar (SAD) coloca o ambiente domiciliar como um cenário de cuidado com melhores prognósticos de melhora do paciente, onde a família e os profissionais são inseridos no ambiente do lar (GALASSI *et al*, 2014). No Brasil em 2011 o programa Melhor em Casa foi criado com esta intenção de ressignificar os cuidados no domicilio com a inclusão dos profissionais de saúde realizando os cuidados e ensinando os familiares a realizar tais cuidados (GALASSI *et al*, 2014).

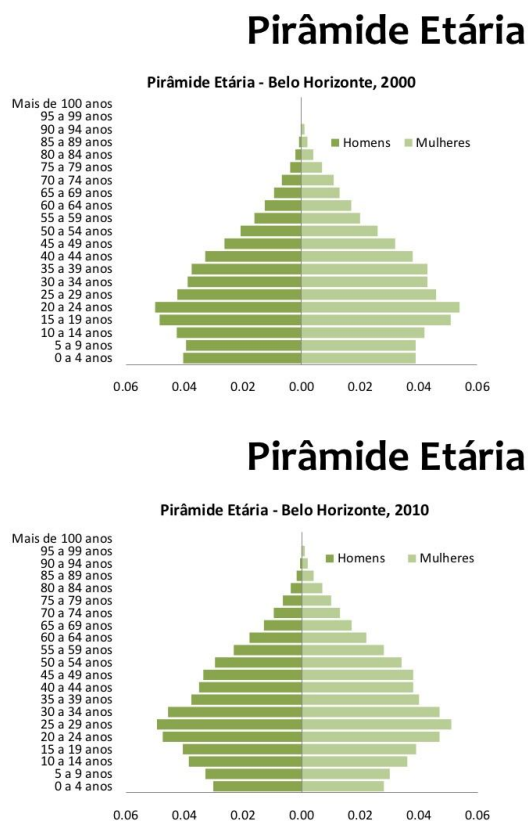
A equipe de atenção domiciliar é composta por uma equipe multiprofissional de saúde domiciliar (EMAD) 1 composta por médico, enfermeira com carga horária de 40 horas semanais, fisioterapeuta e/ou assistente social carga horária de 30 horas semanais, auxiliares e técnicos de enfermagem com carga horária de 120 horas semanais para a equipe. A EMAD tipo 2 constitui os mesmos profissionais da EMAD tipo 1 no entanto a carga horária é menor para as categorias de médico 20 horas semanais e enfermeiro 30 horas semanais. Para a complementação dos cuidados quando necessário clinicamente é acionada a equipe multidisciplinar de apoio (EMAP) composta por três profissionais de ensino superior, podendo ser: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional com carga horária para cada profissional de 20 horas semanais não excedendo as 90 horas semanais (ARAUJO *et al*, 2018).

Os profissionais inseridos no cuidado domiciliar mais precisamente os profissionais de apoio (EMAP), alguns destes profissionais não tiveram ensino relacionado a RCP e não sabem como devem atuar no suporte básico de vida, para tanto a importância de se estudar sobre o atendimento do suporte básico de vida por estes profissionais é relevante por que os mesmos são atuantes na área da saúde.

1.1 Caracterização do município de Belo Horizonte

Belo Horizonte é a capital mineira composta segundo o censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) por uma população estimada de 2.375.151 habitantes, onde destes 46,88% são homens e 53,12% são mulheres. Em relação a idade da população conforme os dados da pirâmide etária de Belo Horizonte figura 1, observou-se mudanças significativas no período de 2000 a 2010 com diminuição da população infantil e aumento da população adulta e idosa (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE BELO HORIZONTE,2018).

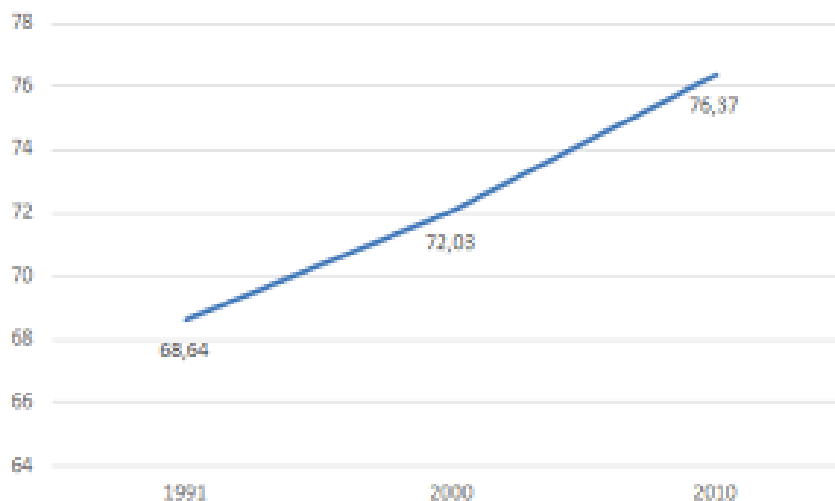
Figura 1 – Pirâmide Etária dos anos 2000 a 2010 – Belo Horizonte, 2018.



Fonte: IBGE, 2000 e 2010.

A partir dos dados da pirâmide etária o aumento da expectativa de vida ao nascer aumentou também em conjunto com o envelhecimento da população, evidenciou-se que a taxa da expectativa de vida no ano de 1991 era de 4,69 e no ano de 2010 foi para 8,67 conforme figura 2.

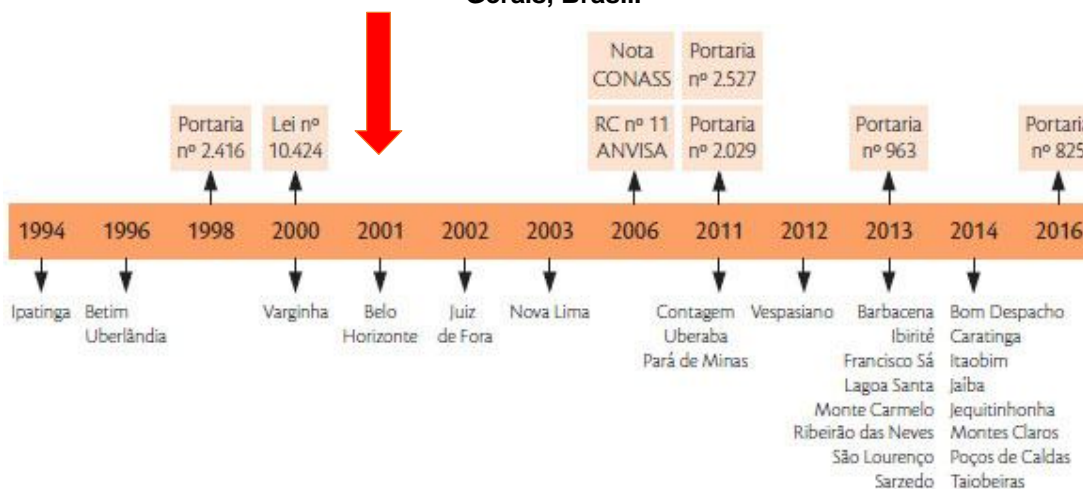
Figura 2 – Gráfico da expectativa de vida ao nascer, 1991 e 2010.



Fonte: ATLAS BRASIL, 2013.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Belo Horizonte é destacado por compreender as ações que realizam cuidados intermediários aos pacientes, integrando os centros de saúde e hospitais, substituindo as internações hospitalares e incluindo o cuidado em casa pela equipe do EMAP e quando necessário do EMAP.

Figura 3 - Linha histórica de implantação dos serviços de Atenção Domiciliar em Minas Gerais, Brasil.



Fonte: dados da pesquisa

A figura3 descreve sobre os serviços do SAD implantados em Belo Horizonte apresentados em uma linha histórica com sua abrangência até o ano de 2016, destacando também as portarias que adaptaram tal serviço, para que fosse regido conforme os princípios do SUS (BELO HORIZONTE, 2019).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Atenção domiciliar

A história da atenção domiciliar (AD) no Sistema Único de Saúde do Brasil teve a sua primeira versão em 1949, com o cuidado em domicílio realizado pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) com vínculo do Ministério do Trabalho, sendo este incorporado em 1967 pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (BRAGA *et al*, 2016).

A partir deste contexto em 1990 houve expansão dos serviços de AD, no entanto não existiam políticas públicas neste período que norteasse o cuidado domiciliar, mas em 2011 criou-se a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) pela portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011), sendo regida atualmente pela portaria nº825, de 2016 (SILVA *et al*, 2019).

Braga e colaboradores (2016) complementaram que a AD no SUS visa alcançar os cuidados voltados ao usuário no que tange a integralidade, universalidade, equidade, participação da comunidade, a descentralização, regionalização e hierarquização. Tais princípios devem estar inseridos no contexto do cuidado ao paciente em AD, para que seja feito um atendimento coerente com as suas demandas de saúde.

A AD passa a ser uma estratégia que coloca o domicílio em um local de cuidado, desospitalizando o usuário, sendo cuidado no seu âmbito familiar, sentindo mais protegido e cercado de seus familiares, denotando em um ambiente como espaço mais favorável a humanização da atenção à saúde com vias a descongestionar também os hospitais com uma nova lógica de atenção (PAIVA *et al*, 2016).

Os serviços de AD ofertados são descritos por Braga e colaboradores (2016) em um estudo que realizaram sobre a oferta e a demanda de serviço domiciliar são basicamente: serviços de gerenciamento de casos de doenças crônicas, reabilitação de domicílio, monitoramento telefônico para pacientes pós-cirúrgicos, serviço de modalidade de Telessaúde e serviço de acompanhamento das condições agudas. Complementando tais serviços destaca-se também a relação da educação em

saúde, onde os profissionais também auxiliam os familiares ensinando os cuidados ao paciente com demandas crônicas.

2.2 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar e Equipe Multiprofissional Apoio

Após a análise sobre a lógica do AD que possui um enfoque centrado no atendimento baseado na integralidade do paciente, para tanto um equipe multiprofissional faz o atendimento ao paciente para suprir suas demandas de saúde, tal equipe é denominada EMAD e também tem a EMAP, tais equipes trabalham conforme foi descrito anteriormente mediante as necessidades do paciente, que vão nortear conforme o grau de complexidade e as visitas que serão necessárias.

Conforme o Ministério da Saúde as modalidades de atenção domiciliar consiste no ordenamento dos tipos de pacientes que serão acompanhados em cada modalidade, como pode ser observado na Tabela 1.

Quadro 1 – Modalidades do Atendimento Domiciliar

MODALIDADE	EQUIPE RESPONSÁVEL	PERFIL DO USUÁRIO	PERMANÊNCIA E VÍNCULO
AD1	ESF+NASF	Crônico, estável, pouco complexo	Longo prazo
AD2	EMAD + EMAP	Agudo, crônico em estado de agudização	Curto prazo, podendo ser transitório
AD3	EMAD + EMAP	Crônico complexo e necessidade de tecnologias	Longo prazo, podendo ser definitivo ou transitório.

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

A portaria nº825 de 25 de abril de 2016 do Ministério da Saúde que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas, tal portaria estabelece que o AD1 é uma modalidade de responsabilidade das equipes de atenção básica, devido a necessidade de um

acompanhamento que seja realizado de forma regular no domicílio, esta modalidade prevê que o paciente acompanhado seja aquele que possua menor necessidade de atendimento de uma equipe multiprofissional. As equipes de ESF para o acompanhamento deste paciente na modalidade AD1 deve contar com o apoio e também o encaminhamento do NASF, ambulatórios de especialidades e centro de reabilitação (BRASIL, 2016).

A modalidade AD2 são para pacientes com afecções agudas ou crônicas, que tenham necessidade de cuidado de tratamentos parenterais ou reabilitação, também são incluídos pacientes com doenças crônico-degenerativas e em cuidados paliativos, com cuidados no mínimo semanais e prematuros ou recém-nascidos de baixo peso para acompanhamento de peso. Na modalidade AD3 abrange a modalidade AD2 com a necessidade de realização de procedimentos mais complexos como, paracentese, transfusão de sangue, dentre outros com necessidade de um maior acompanhamento. Estes dois tipos de modalidade tanto AD2 e AD3 são de responsabilidade do Serviço de Atendimento Domiciliar (BRASIL, 2016).

A EMAD é composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou assistente social e auxiliares ou técnicos de enfermagem, sendo distribuídos em EMAD tipo 1 ou 2, que vão variar em relação da carga horária, sendo a 1 com carga horária maior, como foi explicado anteriormente e a tipo 2 com menor carga horária, não sendo menor que 20 horas semanais (BRASIL, 2016).

A EMAP conta com profissionais de ensino superior de diversas áreas, sendo: assistente social e fisioterapeuta (profissional que também pode atuar no EMAD: fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional, estes profissionais não podem ter carga horária inferior a 20 horas de trabalho e cada EMAP pode ter uma composição mínima de 3 profissionais (BRASIL, 2016).

2.3 Ressuscitação cardiopulmonar

A RCP são manobras que consistem em reverter o quadro de parada cardiorrespiratória (PCR) na tentativa de reestabelecer a circulação (MORAIS, 2014).

A história sobre o início das manobras de RCP foram descritos na bíblia no livro II de Reis, cap. 4 versículo 31 a 36, quando o filho de uma mulher *sunamita* que estava morto, foi visitado pelo profeta Eliseu, onde ele fechou a porta do quarto, deitando sobre o menino em sua cama e colocando sua boca sobre a dele, quando sentiu a carne do menino aquecida, fazendo isso novamente e o menino espirrou sete vezes e abriu os olhos. Este fato descrito na bíblia abre as discussões sobre o início da RCP (MÁSSIMO *et al*, 2009). Outro fato descrito anterior a este também é sobre Deus ter soprado na boca de Adão e dado ele a vida (BIBLIA SAGRADA, 1994).

Guimarães e colaboradores (2015) descreveram também sobre a RCP nos primórdios da época do fim do império romano com a aplicação de calor no corpo inerte, também relaciona em 1530 sobre a introdução de ar nos pulmões de indivíduos aparentemente mortos pelo Cientista Paracelsus e Andreas Valsalius realizando a tentativa de RCP em corações de porcos e cachorros.

Máximo e colaboradores (2009) enfatizaram que a RCP tem como princípios reestabelecimento dos sistemas vitais que se referem a circulação e a respiração, com a utilização do processo terapêutico que consiste nas compressões e também na ventilação, na tentativa de que o organismo volte a atuar sozinho.

A importância da RCP em dados epidemiológicos é traduzido pelo grande número de PCR's ocorridas que chegam no Brasil a um montante de 200.000 PCR's ao ano, onde metade de sua ocorrência é no ambiente hospitalar e a outra metade fora (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2015),

Os profissionais atuantes na área da saúde realizam treinamentos e estudos sobre a realização da RCP, para que os mesmos estejam aptos a fazê-la, no entanto a necessidade de se manter atualizado sobre as mudanças de protocolo e a realização de educação permanente para atualização dos profissionais ainda se encontra falha. Tal preocupação é descrita na Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia descrevem que a necessidade de estudos e continuidade da educação de uma RCP de qualidade devem ser realizadas para que não se perca quando não praticadas ou utilizadas (BERNOCHE *et al*, 2019).

O conhecimento sobre as práticas da RCP devem inicialmente ser realizadas baseadas no conhecimento inicial da PCR, descrito no protocolo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de emergências clínicas, elaborado

conforme o *American Heart Association* (AHA) iniciando baseado na suspeita de paciente inconsciente, com respiração ausente ou em *gasping*, sem pulso central palpável (BRASIL, 2016).

Filho e colaboradores (2015) descreveram que as condutas para a realização da RCP, devem ser condizentes com uma abordagem sistemática estabelecidas pelos cinco elos da cadeia de sobrevivência, onde conforme descrito no parágrafo anterior o reconhecimento da PCR, posteriormente solicitar a ajuda especializada, iniciando a RCP com as compressões, abertura de via aérea e oferta de oxigênio.

A Atualização da Diretriz da Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia de 2019, traduzem que uma RCP imediata em uma vítima de PCR, mesmo sendo iniciada somente as compressões torácicas já aumentam as taxas de sobrevivência desta vítima, considerando que os minutos iniciais de atendimento são os mais críticos (BERNOCHE *et al*, 2019).

Lyra e colaboradores (2012) relacionaram em seu estudo que muitas vezes as pessoas não realizam as manobras iniciais, devido à falta de conhecimento sobre as mesmas e também com receio de adquirir doenças infectocontagiosas.

Os autores Santos, Oliveira e Machado (2014) descreveram que as manobras de RCP devem ser realizadas pelas compressões torácicas, de forma a continuar o bombeamento do sangue, para que seja possível manter a oxigenação dos tecidos, tal ação vai permitir que ocorra a compressão do ventrículo para a ejeção do sangue em todo o corpo.

Na abordagem prática da RCP o Protocolo do SAMU de Emergências Clínicas estabelecem na cadeia de atendimento ao paciente em PCR, para início da RCP, deve-se checar a sua responsividade, no caso de não estar responsivo, deve-se verificar a respiração e o pulso simultaneamente, em caso de estar ausente informar a regulação médica e iniciar a RCP, com 30 compressões na frequência de 100 a 120/min, deprimindo o tórax em 5 a 6 cm, no qual tenha o seu completo retorno e a seguir 2 ventilações, conforme figura 4 (BRASIL, 2016).

Figura 4 – Manobras de RCP



Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013.

Para uma melhor atuação das compressões torácicas a Atualização da I Diretriz da Ressuscitação Cardiopulmonar da Sociedade Brasileira de Cardiologia, estabelece que o socorrista deve-se posicionar-se do lado da vítima, os joelhos com certa distância um do outro para que proporcione melhor estabilidade; deixar o tórax do paciente desnudo se possível afastando a roupa ou no caso de ter uma tesoura cortar as roupas para ter esse acesso; colocar a região hipotênar de uma mão sobre o esterno da vítima e a outra mão em cima da primeira, entrelaçando-a; comprimir com no mínimo 100 compressões/minuto; realizar o revezamento se possível com outro socorrista para que não ocorra a fadiga pelo movimento repetitivo e que possa prejudicar as compressões (BERNOCHE *et al*, 2019).

3 JUSTIFICATIVA

O presente plano de intervenção se justifica pela necessidade de habilitar os profissionais do EMAP na atuação da RCP, garantindo um cuidado integral ao paciente em caso de qualquer intercorrências no momento do atendimento, visto que a PCR é uma ocorrência abrupta e os pacientes em acompanhamento do serviço de atendimento domiciliar não estão livres de tais complicações.

A introdução do conhecimento da RCP aos profissionais do EMAP no atendimento da PCR é imprescindível, pois os mesmos possuem formações diferenciadas, necessitando compreender o que devem fazer quando ocorrer uma PCR (SANTANA; LOPES; QUEIROZ, 2014).

Para tanto a realização de um curso para estes profissionais será uma ferramenta que possibilitará o conhecimento teórico-prático sobre a RCP, sabendo como devem se portar se por alguma eventualidade presenciarem a ocorrência da PCR, atuando de forma condizente acerca de situações emergenciais que exigem intervenções em tempo hábil.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Realizar uma intervenção, por meio de ações educativas, para preparação de profissionais de saúde quanto ao atendimento de pacientes com parada cardiorrespiratória.

4.2 Objetivos Específicos

- Apresentar de forma destacada as manobras de ressuscitação cardiopulmonar à equipe multiprofissional de apoio do município de Belo Horizonte, Minas Gerais;
- Demonstrar plano de estudo e metodologias utilizadas para a abordagem do curso de RCP para os profissionais do EMAP.

5 METODOLOGIA

A primeira etapa foi realizada uma revisão bibliográfica de literatura, tal revisão provém de busca de informações e dados disponíveis em publicações que foram realizados por outros autores (MORESI, 2003). As buscas foram feitas nas bibliotecas virtuais em saúde *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), abrangendo publicações entre 2009 a 2019, utilizando os seguintes descritores em saúde: parada cardiorrespiratória, ressuscitação cardiopulmonar, assistência domiciliar.

A segunda etapa é a apresentação dos problemas mais comuns “nós críticos”, elaborando-se quadros destacando: O nó crítico; área de atuação, intervenção, resultados esperados, atividades a serem realizadas; os profissionais, recursos necessários, ação estratégica, cronograma/prazo, acompanhamento e avaliação.

Após esta etapa objetiva-se a elaboração do cronograma estabelecido no QUADRO 3 e plano de ensino (QUADRO 2) para o curso de RCP para os profissionais do EMAP, a elaboração destes vão ser baseadas a partir dos nós críticos apresentados, para que se alcance êxito no plano de intervenção proposto.

Tal projeto de intervenção ira compor-se de profissionais do EMAP Belo Horizonte, que compareçam em todas as etapas do curso sobre a ressuscitação cardiopulmonar, para avaliação será realizado um questionário pré e pós-teste para a avaliação do desempenho do curso. Serão realizados pequenos grupos de participantes com no máximo 15 vagas, para que seja possível alcançar o melhor aproveitamento do curso.

Em relação ao conhecimento pré-teste será entregue um questionário com 10 questões de múltipla escolha, conforme ANEXO 1, apresentando quatro a cinco opções de resposta avaliando o conhecimento sobre a PCR e RCP, no final do curso para aplicação do pós-teste será realizado novamente o mesmo teste para que verifique a absorção do assunto do curso.

A nível de comparação sobre o entendimento do curso para tais profissionais e a efetividade do mesmo, será proposto uma avaliação entre dois grupos sendo os participantes do EMAP o grupo intervenção que passaram pelo curso de qualificação e o grupo controle que consiste nos profissionais do EMAD composta por

profissionais médicos, fisioterapeutas e enfermeiros, tal grupo controle já possui o conhecimento prévio sobre a RCP, portanto não irão participar do curso. Todos vão passar por uma avaliação conforme ANEXO 1 sobre os conhecimentos de PCR e RCP.

Finalizando, após o curso será entregue a avaliação de satisfação, conforme ANEXO 2 questionando sobre o cronograma do curso, clareza do palestrante sobre o assunto abordado, as práticas foram bem formuladas? entre outros. Utilizando as seguintes respostas 4. Para excelente, 3. Bom, 2. Satisfatório e 1. Insatisfatório.

Este curso será realizado com quatro turmas durante o período de um ano, para que se consiga realizar o acompanhamento necessário, para que possam ser feitas novas abordagens sobre o curso após o período de 90 dias que será feito em cada turma uma triagem de conhecimento para fixação do conteúdo e também a inclusões de atualizações que podem ocorrer nos protocolos de RCP.

Após a apresentação da proposta de intervenção este projeto será submetido ao comitê de ética conforme a resolução nº 466/2012 e após sua aprovação será realizada a elaboração dos devidos Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE) para os profissionais do EMAP e EMAD de Belo Horizonte participantes do estudo e seguir fielmente todas as propostas metodológicas.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação e categorização dos problemas

A identificação dos problemas são apresentados conforme o Quadro 1. Este quadro tem o objetivo de apresentar os problemas visualizados e a composição para a realização da intervenção, os resultados que se esperam alcançar, quais atividades serão realizadas, os profissionais atuantes, bem como o cronograma de realização.

Quadro 2 – Apresentação dos problemas e construção de estratégias de intervenção

Nó Crítico	“Falta de conhecimento dos profissionais do EMAP sobre a RCP”
Área de atuação	Educação em saúde
Intervenção	Realizar o planejamento de conteúdo voltado a RCP para os profissionais do EMAP.
Resultados Esperados	Conhecimento sobre o processo da RCP e identificação da PCR, com vistas a saber atuar de forma eficiente.
Atividades a serem realizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Teoria sobre a PCR e RCP; - Realização de grupos para simulação de situações que envolvam a RCP; - Avaliação do conhecimento dos profissionais do EMAP que participaram do curso.
Profissionais participantes	Profissionais do EMAP: - psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, odontólogo, nutricionista e farmacêutico.
Recursos necessários	- Sala de aula; computador; retroprojeter, materiais para aula pratica (manequim próprio para a realização das manobras de RCP).
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> - Profissionais participantes com datas compatíveis para o dia do curso; - Adesão do curso; - Local adequado para a realização do curso;
Ação estratégica	-Utilização de recursos teóricos e práticos com interação dos participantes na realização das atividades
Cronograma/Prazo	- A primeira parte do curso teórico serão 2 horas e a parte prática também de 2 horas, finalizando com o pós teste para avaliação do curso, sendo realizado em até 1 hora. A duração do curso é de 5 horas. Estimativa de realização para o mês de novembro.
Acompanhamento e avaliação e metas	- Proposta de triagem do conhecimento sobre a RCP a cada 90 dias. Realização de quatro

turmas no período de um ano.

Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

6.2 Elaboração do Plano de Ensino do Curso de Ressuscitação Cardiopulmonar

A elaboração do plano de Ensino tem como propósito nortear sobre o planejamento do curso e de proporcionar ao aluno conhecimento sobre o que vai ser abordado será de seu interesse e o que espera-se deste curso.

O curso de PCR e RCP deseja proporcionar uma fácil aprendizagem e execução, pois quanto maior o conhecimento da PCR e o atendimento realizando uma RCP eficiente, tanto pelo profissional ou por pessoas leigas verificará melhora das estatísticas e redução do número de mortes devido a estes eventos (COSTA *et al*, 2018).

Quadro 3 – Plano de Ensino do Curso de Reanimação Cardiopulmonar aos profissionais do EMAP.

PLANO DE ENSINO
Nome do Curso: Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar
Carga horária (total, teórica e prática): 5 horas
Número de profissionais por curso: 15 profissionais do EMAP por curso
Ementa: O curso trata-se de ensino aos profissionais do EMAP ao reconhecimento da PCR e como atuar na RCP de forma a garantir o paciente em PCR, aumento da sobrevivência, propiciando ao profissional o conhecimento para prestar este primeiro atendimento.
Objetivos: Capacitar o profissional do EMAP no primeiro atendimento quando se depara com uma PCR, utilizando o seu conhecimento da RCP.
Conteúdo: - Definição da PCR; - Epidemiologia da PCR; - Atendimento da PCR, conforme a cadeia de sobrevivência. - Vigilância e prevenção; - Reconhecimento e acionamento imediato do serviço médico de emergência;

- RCP imediata e de alta qualidade;
- Posicionamento correto para as compressões torácicas;
- Relação ventilação-compressão adequada;

Método:

O curso será ofertado na terceira semana de novembro, constando em três partes:

1° parte: Teórico, com carga horaria de 2 horas apresentadas em slides sobre o tema do curso. Com propostas de realizar reflexões sobre casos para o entendimento do assunto.

2° parte: Prática, utilização de manequins para a realização da correta compressão para a RCP e também realização de situações para que os profissionais possam fazer simulações sobre o seu cotidiano de trabalho.

3° parte: Avaliação do curso, observando o conhecimento adquirido dos profissionais e o grau de satisfação do curso baseado no conteúdo, profissional que realizou o curso e sua efetividade no dia a dia.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília. **Ministério da Saúde**. 2016.

GONZALEZ, M.M, et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.101, n.2, supl.3, p.1-221, ago.2013. Disponível em: <

Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

A partir deste plano de ensino, foram também elaborados os conteúdos teóricos organizados em Power point, apresentado em slides claros pouco carregados, de fácil entendimento do participante do curso, interagindo com situações-problema e como atuar.

A parte prática consiste em grupos de 5 participantes em cada manequim para que ocorra o rodizio da realização da RCP, realizando a verificação da PCR, início da cadeia de sobrevivência e simulações de chamada para o atendimento de urgência e início das compressões e ventilações. Tal atividade vai propiciar o entendimento na pratica da forma correta de realizar as manobras sem que cause riscos ao paciente em atendimento.

Finalizando a proposta de intervenção a realização de uma avaliação do curso sobre o assunto e também sobre o cronograma do curso, são de grande importância para verificar o entendimento dos profissionais e também a organização do curso verificando-se o que pode ser melhorado.

7 CRONOGRAMA

Quadro 4 – Quadro de Cronograma do projeto

ATIVIDADES/PERÍODOS	2019												2020				
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	
Revisão de literatura																	
Elaboração do projeto																	
Elaboração da programação e conteúdo didático.																	
Entrega do convite aos profissionais do EMAP																	
Início dos Cursos																	
Avaliação do Curso																	
Análise dos dados																	
Discussão de dados																	
Redação e revisão do estudo																	

Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

8. ORÇAMENTO

Quadro 5 – Orçamento do projeto.

ELEMENTOS	DE	Valor Especifico	Valor Geral
DESPESA			
Material de Consumo		R\$100,00	
Remuneração de serviços pessoais		R\$500,00	
Outros serviços e encargos		R\$200,00	
SUBTOTAL	DE		R\$800,00
CUSTEIO			
Equipamentos e material permanente		R\$2000,00	
Material bibliográfico		R\$200,00	
SUBTOTAL	DE		R\$2200,00
CAPITAL			
TOTAL			R\$3000,00

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

9 RESULTADOS ESPERADOS

Ao realizar este projeto de intervenção primeiramente verifiquei que os profissionais no qual eu atuo no EMAP não tinham conhecimento sobre como deveriam se portar na ocorrência de uma PCR e a partir deste contexto, criou-se uma inquietação, pois eu como fisioterapeuta e alguns outros profissionais como médicos e enfermeiros possuíamos tal conhecimento e por que não os profissionais de outras categorias inseridos na Atenção domiciliar?

Tal projeto consistiu em uma busca intensa sobre os conceitos da Atenção Domiciliar e de seus componentes, bem como as definições de PCR e RCP, além de evidenciar o problema referente ao déficit de conhecimento deste tema para os outros profissionais e a partir deste problema elaborar um curso que propicia-se tal conhecimento a estes profissionais.

Espera-se que ao final desta intervenção capacitar todos os profissionais do EMAP do município de Belo Horizonte, no atendimento da PCR e o conhecimento das manobras de RCP. Com a realização do curso a equipe do EMAP terá o conhecimento teórico e prático para o início das condutas iniciais da realização da RCP.

Estima-se que após a realização do primeiro curso, será realizado uma triagem do conhecimento adquirido no curso, dentro de um período de 90 dias, tal fato é descrito na I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia que estabelece a necessidade da continuidade do aprendizado e de reciclagem deste assunto para que os profissionais mantenham-se atualizados.

REFÊRENCIAS

ARAUJO, Reila Campos Guimarães, et al. Programa Melhor em Casa: processo de trabalho da equipe multiprofissional. **Revista Eletrônica Graduação/Pós-Graduação em Educação UFG/REJ**, v.14, n.4, p.1-23, 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/rir/article/view/53988/26777>>. Acesso em: 07 mai. 2019.

BERNOCHE, Claudia et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia-2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 3, p. 449-663, 2019. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2019000900449&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso: 20 nov. 2019.

BIBLIA SAGRADA, Genesis 2:7 O sopro da vida. Almeida Corrigida Fiel. Novo Testamento com salmos e provérbios. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 963, 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília. Ministério da Saúde. 2016.

BRAGA, Patrícia Pinto, et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.21, n.3, p. 903-912, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0903.pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2019.

COSTA, Isabel Karolyne Fernandes, et al. Construção e validação de Curso de Suporte Básico de Vida à distância. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio Grande do Norte, v.71, suppl6, p. 2858-2866, 2018. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2698.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2019.

FILHO, Clairton Marcos Citonilho, et al. Fatores que comprometem a qualidade da ressuscitação cardiopulmonar em unidades de internação: percepção do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n.6, p. 908-914, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000600907&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 07 mai.2019.

GALASSI, Caio Vaciski, et al. Atenção Domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, ABCS, Health Sci.**, v.39, n.3, p. 177-185, 2014. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/653/652> >. Acesso em 07 mai. 2019.

GUIMARÃES, Maressa Ribeiro, et al. Revisão de Literatura: Reanimação Cardiopulmonar. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio**

Verde, Três Corações, v.5, n.1, p. 3-12, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/2359/1922>>. Acesso em: 07 mai. 2019.

KAWAKAME, Patrícia Mota Garcia; MIYADAHIRA, Ana Maria Kazue. Avaliação do processo ensino-aprendizagem de estudantes da área da saúde: manobras de ressuscitação cardiopulmonar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.49, n.4, p.657-664, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400657&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 07 mai. 2019.

LIMA, Sandro Gonçalves de, et al. Educação permanente em SBV e SAVC: Impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.93, n.6, p.630-636, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001200012>. Acesso em: 07 mai. 2019.

LYRA, Priscila Fiusa et al. Programa de Educação em Reanimação Cardiorrespiratória: Ensinando a salvar vidas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Fortaleza, v.36, n.4, p.570-573, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n4/18.pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2019.

MASSIMO, Érika de Azevedo Leitão et al. Evolução histórica da ressuscitação cardiopulmonar: Estudo de Revisão. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v.3, n.2, p. 709-714, set., 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/5656/4876>>. Acesso em: 07 mai. 2019.

METELSKI, Fernanda Carla, et al. Educação Permanente em Unidade de Pronto Atendimento 24 horas: Abordagem sobre a ressuscitação cardiopulmonar. **Revista Uningá**, Santa Catarina, v.22, n.3, p.12-15, abr./jun., 2015. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1634>>. Acesso em: 07 mai. 2019.

MORAIS, Daniela Aparecida Moraes; DACLÉ, Vilma Carvalho; CORRÊA, Allana dos Reis. Parada cardíaca extra-hospitalar: fatores determinantes da sobrevida imediata após manobras de ressuscitação cardiopulmonar. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.22, n.4, p.562-568, jul/ago, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00562.pdf> Acesso em: 07 mai. 2019.

PAIVA, Patricia Alves, et al. Serviços de Atenção Domiciliar: Critérios de Elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 29, n.2, p.244-252, abr./jun., 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4651/pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2019.

SANTANA, Lidiane Silva; LOPES, Wisma Silva; QUEIROZ, Vanessa. A equipe multidisciplinar na atenção a pessoa em parada cardiorrespiratória: uma revisão de literatura. **Ciência et Praxis**, v.7,n.13, p.49-54, 2014. Disponível em: <

<http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/viewFile/2139/1131>> Acesso em: 07 de mai. 2019.

SANTOS, Éldina Rodrigues dos; OLIVEIRA, Lauro César de; MACHADO, Regimar Carla. Análise retrospectiva dos treinamentos de reanimação cardiorrespiratória. **Enfermagem Brasil**, v.13, n.1, p.34-41, jan./fev., 2014. Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2919/pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2019.

SILVA, Kenia Lara, *et al.* Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. **Acta Paulista Enfermagem**, v.25, n.3, p.408-414, mai/nov, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a14>> Acesso em: 07 mai. 2019.

SILVA, Kenia Lara, *et al.* Atuação do enfermeiro nos serviços de atenção domiciliar: implicações para o processo de formação. **Ciência Cuidado Saúde**, v.13, n.3, p. 503-510, jul/set, 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Paloma_Silva2/publication/287744129_bAtuacao_do_enfermeiro_nos_servicos_de_atencao_domiciliar_implicacoes_para_o_processo_de_formacao_DOI_104025cienccuidsaudev13i319227/links/578fba2508ae64311c0c74ca/bAtuacao-do-enfermeiro-nos-servicos-de-atencao-domiciliar-implicacoes-para-o-processo-de-formacao-DOI-104025-cienccuidsaudev13i319227.pdf> Acesso em: 07 mai. 2019.

SILVA, Kênia Lara. Trajetória política da atenção domiciliar em Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem – Reme**, v.23, n.e-1155, p. 1-10, 2019. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1296>> Acesso em: 07 mai. 2019.

ANEXO 1 – PRÉ E PÓS TESTE

- 1- Ao atender uma vítima, a primeira preocupação é:
 - a) A segurança da vítima
 - b) A do circundante
 - c) A vida da vítima
 - d) Sua própria segurança

- 2- A ordem correta da avaliação inicial da vítima é:
 - a) Checar sangramento, respiração e consciência
 - b) Checar consciência, respiração, checar se tem ferimentos
 - c) Checar consciência, via aérea, respiração
 - d) Checar respiração, consciência, abrir vias aéreas

- 3- Em um atendimento a um idoso acamado, em Parada Cardiorrespiratória (PCR), a sequência para fazer a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) deverá ser:
 - a) 30 compressões torácicas para 2 ventilações
 - b) 15 compressões para 2 ventilações
 - c) 5 compressões para 2 ventilações
 - d) 5 compressões para 1 ventilação

- 4- Quais são os telefones de emergência:
 - a) 911(emergência)
 - b) 192 (SAMU), 156 (CET) , 195 (Bombeiro)
 - c) 192 (SAMU), 193(BOMBEIRO), 190(POLÍCIA)
 - d) 199 (emergência)

- 5- Como se deve checar a respiração de uma vítima?
 - a) Colocar um espelho no nariz
 - b) Colocar um paninho no nariz
 - c) Jogar água no rosto
 - d) Olhando se o tórax se eleva, ouvir e sentir o ar sair.

- 6- Em relação ao Suporte Básico de Vida (SBV) é incorreta, afirmar:
 - a) O SBV deve ocorrer precocemente, após a PCR, pois cada minuto de retardo diminui 10% a possibilidade de recuperação.
 - b) O SBV visa manter um mínimo de oferta de oxigênio tecidual até que seja iniciado o suporte avançado de vida (SAV), que deve ocorrer idealmente dentro de até 15 minutos após o início do SBV.
 - c) As massagens cardíacas devem ser realizadas na frequência de 100 por minuto, e as ventilações na frequência de 6-8 por minuto.
 - d) Quanto mais cedo for realizada a desfibrilação, através de desfibrilador externo automático, maior será a possibilidade de recuperação da vítima.
 - e) O treinamento para a intubação orotraqueal é fundamental para um ótimo SBV.

- 7- De acordo com as novas diretrizes, 2015 da American Heart Association a respeito do suporte básico de vida (SBV) ao realizar a reanimação cardiopulmonar de um adulto o profissional de saúde deve:
 - a) A aplicar a sequência universal de A-B-C (via aérea, respiração, compressões);
 - b) Garantir a segurança do local de atendimento e, em seguida, ligar para o resgate, que dará por telefone as orientações que deverão ser seguidas.

- c) Realizar compressões cardíacas na taxa de oitenta e cem por minuto.
 - d) Alternar, a cada dez compressões, uma ventilação intensa, interrompendo-a para a verificação do pulso.
 - e) Checar a respiração e o pulso ao mesmo tempo e iniciar as compressões torácicas caso seja detectada a parada cardiorrespiratória.
- 8- Qual a relação de ventilações/compressões cardíaca realizada em um caso de PCR em adultos, com 2 socorristas?
- a) 1/30.
 - b) 1/5.
 - c) 2/10.
 - d) 2/30.
 - e) 1/15.
- 9- Em relação as compressões torácicas sobre a profundidade no adulto, são respectivamente:
- a) No mínimo 2 polegadas que corresponde a 5 cm e não passar ou exceder de 2,4 polegadas ou a 6cm.
 - b) No máximo 2 polegadas que correspondem a 4 cm e não exceder a 6 polegadas ou seja 6 cm.
 - c) No mínimo 2 polegadas e no máximo 6 polegadas.
 - d) No máximo 6 polegadas ou 6 cm.
- 10- Os socorristas não devem, exceto:
- a) Comprimir a uma frequência inferior a 100/min ou superior a 120/min.
 - b) Comprimir a uma profundidade inferior a duas polegadas (5cm) ou superior a 2,4 polegadas (6cm).
 - c) Apoiar-se sobre o tórax do paciente entre as compressões.
 - d) Ventilar adequadamente (duas respirações após 30 compressões cada respiração administrada em 1 segundo, provocando a elevação do tórax).

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CURSO

4	3	2	1
EXCELENTE	BOM	SATISFATÓRIO	INSATISFATÓRIO

Conteúdo	Avaliação
Colaborou para realidade do trabalho	
Traz novos conhecimentos	
Adequado a realidade	
O programa desenvolvido atendeu as suas expectativas	
O programa desenvolvido responde a necessidade	
Metodologia	
Aula Expositiva	
Estações Práticas	
Troca de experiências entre participantes	
Prova Teórica	
Instrutores	
Conhecimento e domínio do Assunto	
Segurança na abordagem dos temas	
Clareza ao transmitir conhecimentos	
Objetividade na condução dos temas	
Capacidade de motivar o grupo	
Capacidade de coordenar o grupo	
Recursos Instrucionais	
Manual de Prevenção e Primeiros Socorros	
Slides	
Tarefa sobre local de Trabalho	
Exercícios com Bonecos	
Carga Horária	
Tempo para aulas Teóricas	
Tempo para Estações Práticas	
Administração do Tempo	
Pontualidade do Instrutor	
Condições de Aprendizagem	
Local	
Instalações Físicas	
Avaliação	
Prova Teórica	
Prova Prática	
Instrumento de Avaliação	

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES: _____
