



PPG ESA UEPA  
ENSINO EM SAÚDE  
NA AMAZÔNIA  
MESTRADO E DOUTORADO



Bianca Blois Pinheiro Camboim  
Vera Lúcia Gomes de Oliveira  
Ilma Pastana Ferreira

# SEQUÊNCIA DIDÁTICA PARA O ENSINO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PARA ALUNOS DE ENFERMAGEM



Bianca Blois Pinheiro Camboim  
Vera Lúcia Gomes de Oliveira  
Ilma Pastana Ferreira

**SEQUÊNCIA DIDÁTICA PARA O ENSINO DE SUPORTE AVANÇADO DE  
VIDA PARA ALUNOS DE ENFERMAGEM**



Belém/PA  
2024

# FICHA CATALOGRÁFICA

C176a

Camboim, Bianca Blois Pinheiro

Sequência didática para o ensino de suporte avançado de vida para alunos de enfermagem / Bianca Blois Pinheiro Camboim, Ilma Pastana Ferreira, Vera Lúcia Gomes de Oliveira. – Belém: Neurus, 2024.

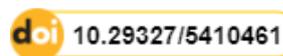
Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde na Amazônia, Universidade do Estado do Pará

Produto educacional em PDF  
37 p.

ISBN 978-65-544-6181-8

[10.29327/5410461](https://doi.org/10.29327/5410461)

<https://doi.org/10.29327/5410461>



1. Enfermagem - Ensino. 2. Enfermagem de emergência. I. Camboim, Bianca Blois Pinheiro. II. Ferreira, Ilma Pastana. III. Oliveira, Vera Lúcia Gomes de. IV. Título.

CDD 610.7

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) elaborada por Editora Neurus –  
Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

O conteúdo, os dados, as correções e a confiabilidade são de inteira responsabilidade dos  
autores

A *Editora Neurus* e os respectivos autores desta obra autorizam a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e de pesquisa, desde que citada a fonte. Os conteúdos publicados são de inteira responsabilidade de seus autores. As opiniões neles emitidas não exprimem, necessariamente, o ponto de vista da *Editora Neurus*

Editora Neurus  
Belém/PA  
2024

# CORPO EDITORIAL

## Editor-Chefe

### **Tassio Ricardo Martins da Costa**

Enfermeiro, Mestrado em andamento, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Editor-chefe, Editora Neurus. Professor Universitário. Consultor em Desenvolvimento de Pesquisa em Ciências da Saúde. Belém, Pará, Brasil.

## Editora-Executiva

### **Ana Caroline Guedes Souza Martins**

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), Universidade do Estado do Pará (UEPA). Doutoranda, Programa de Doutorado Acadêmico Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas, Instituto Nacional de Infectologia da Fundação Oswaldo Cruz (INI-FIOCRUZ-RJ). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UEPA. Belém, Pará, Brasil.

## Editora-Técnica

### **Niceane dos Santos Figueiredo Teixeira**

Enfermeira, Universidade da Amazônia (UNAMA). Mestranda no Programa de Pós-graduação em Criatividade e Inovação em Metodologias de Ensino Superior, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Unidade de Terapia Intensiva adulto e em Estomaterapia, Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI). Belém, Pará, Brasil.

## Conselho Editorial

### **Sting Ray Gouveia Moura**

Fisioterapeuta. Mestre em Gestão de Empresas, Faculdade Pitágoras em Marabá. Doutor em Educação Física, Universidade Católica de Brasília (UCB), Marabá, Pará, Brasil.

### **Adriana Letícia dos Santos Gorayeb**

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutora, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Universidade do Estado do Pará (UEPA). Reitora do Centro Universitário da Amazônia (UniFAMAZ), Pará, Brasil.

### **Simone Aguiar da Silva Figueira**

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutora, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus Santarém, Pará, Brasil.

### **Selma Kazumi da Trindade Noguchi**

Fisioterapeuta. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutora, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

### **Sarah Lais Rocha**

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutora, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA), Campus Marabá. Coordenadora do curso de Enfermagem da Faculdade Carajás, Pará, Brasil.

### **Suanne Coelho Pinheiro Viana**

Enfermeira. Mestre em Políticas de Saúde, Universidade Federal do Pará (UFPA). Responsável Técnica pelo curso de Enfermagem, Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC/PA), Belém, Pará, Brasil.

### **Anne Caroline Gonçalves Lima**

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Centro Cirúrgico, CME e RPA (CGESP). Especialista em Enfermagem Obstétrica. Belém, Pará, Brasil.

### **Isis Ataíde da Silva**

Enfermeira. Mestre em Saúde da Amazônia. Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Oncologia na Modalidade Residência Uniprofissional em Saúde. Hospital Ophir Loyola/Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

### **Daniel Figueiredo Alves da Silva**

Fisioterapeuta. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutor, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente no Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UniFAMAZ), Belém, Pará, Brasil.

### **Elcilane Gomes Silva**

Médica, Doutora, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

### **Alfredo Cardoso Costa**

Biólogo, Doutor, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil.

### **Renata Campos de Sousa Borges**

Enfermeira. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Doutora, Programa de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA). Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA). Tucuruí, Pará, Brasil.

### **Nathalie Porfirio Mendes**

Enfermeira, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Saúde do Idoso, modalidade residência. Coordenadora de Centro Cirúrgico HPSM-MP, SESMA. Docente no Centro Universitário FIBRA. Belém, Pará, Brasil.

### **Leopoldo Silva de Moraes**

Enfermeiro. Biólogo, Doutor, Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*. Doutorado em Neurociências e Biologia Celular, Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, Pará, Brasil.

### **David José Oliveira Tozetto**

Médico intensivista. Doutor no Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*. Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), Universidade do Estado do Pará (UEPA). Coordenador Adjunto do curso de medicina, UEPA, Marabá, Pará, Brasil.

### **Elisângela Claudia de Medeiros Moreira**

Psicóloga, Doutora em Doenças Tropicais, Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, Pará, Brasil.

### **Benedito do Carmo Gomes Cantão**

Bacharel em Direito pela Faculdade Gamaliel. Graduado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Cirurgia e Pesquisa experimental pelo Programa de Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CI-PE) da UEPA. Especialista em Enfermagem Oncológica e Terapia Intensiva. Coordenador da Clínica Cirúrgica e Oncológica do Hospital Regional de Tucuruí. Professor auxiliar IV, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Tucuruí, Pará, Brasil.

### **Vanessa Costa Alves Galúcio**

Biomédica, Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutora e Mestre em Biotecnologia e Recursos Naturais, Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Especialista em Análises Clínicas e Microbiologia, em Gestão Ambiental e em Gestão da Segurança de Alimentos. Atualmente ministra aula na Faculdade Cosmopolita para os cursos de Fisioterapia, Enfermagem, Farmácia e Biomedicina. Belém, Pará, Brasil.

### **Ilza Fernanda Barboza Duarte Rodrigues**

Doutorado em andamento pelo Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia (RENORBIO). Pós-Graduação em Farmacologia e Farmácia Clínica com ênfase em Prescrição Farmacêutica/IBRAS. Professora voluntária do Instituto de Ciências Farmacêuticas (ICF) na Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Ciências Farmacêuticas/UFAL. Farmacêutica graduada pela Universidade Federal de Alagoas. Especialista em Terapia Floral de Bach. Técnica em Química Industrial formada pelo Instituto Federal de Alagoas.

# INFORMAÇÕES SOBRE OS AUTORES



**Bianca Blois Pinheiro Camboim**

Enfermeira, Universidade da Amazônia (UNAMA). Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatologia; em Enfermagem Urgência e Emergência; em Enfermagem em UTI Adulto, ESAMAZ. Mestranda do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde na Amazônia - Modalidade Mestrado Profissional (PPGESA/UEPA). Preceptora da Universidade Paulista e da Faculdade Maurício de Nassau. *Advanced Cardiovascular Life Support* (ACLS / CUREM - Jan/2024), Instrutora do Curso Bleeding Control Basic (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONSCOMMITTEE ON TRAUMA/2024). Atualmente é professora

adjunta da Universidade da Amazônia da Liga Acadêmica de Cardiologia (LAMCARD). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em ensino, atuando principalmente nos seguintes temas: preceptoria, ensino, produto educacional, urgência e emergência e sistema de informação em saúde. Pará, Brasil.



**Ilma Pastana Ferreira**

Enfermeira, Escola de Enfermagem Magalhães Barata da Fundação Educacional do Estado do Pará. Especialista em Enfermagem do Trabalho; Especialista em Administração Hospitalar à distância pelo Ministério da Saúde e Especialista em Processos Educacionais pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês. cursou Mestrado e Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Atuou como Enfermeira do Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará. É Professora Adjunta I da Universidade do Estado do Pará, atuando nas disciplinas, Metodologia da Pesquisa e Enfermagem

Cirúrgica. É Professora-orientadora do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Ensino na Saúde na Amazônia (PPGESA) e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade do Estado do Pará e Professora Colaboradora no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Gestão dos Serviços de Saúde da Fundação Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará (FHSCMPA). Atualmente é Vice-reitora da UEPA e Presidente da ABEn, Seção Pará. Pará, Brasil.



**Vera Lúcia Gomes de Oliveira**

Enfermeira, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Habilitação em Enfermagem Médico-cirúrgica. Especialista em Metodologia do Ensino Superior na Área da Saúde; em Gestão em Emergência em Saúde Pública pelo Hospital Sírio Libanês; em Terapia Corporal. Mestrado em Enfermagem no Programa de Pós-graduação Associado em Enfermagem UEPA/UFAM. Atualmente é professor Assistente I da Universidade do Estado do Pará. Docente do Curso de Enfermagem da UEPA; Administra o Componente Curricular Enfermagem em Urgência e Emergência Membro do Núcleo Docente Estruturante e do Colegiado do Curso de Enfermagem da UEPA. Coordenadora de Curso de Laboratório de

Graduação em Enfermagem da UEPA - EEMB - Biênio. Atualmente Coordenadora de registro e controle acadêmico - CRCA UEPA - Escola de Enfermagem Magalhães Barata. Pará, Brasil.

# DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PRODUTO

<b>Origem do produto</b>	Produto educacional resultante do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (PPGESA), intitulado: “Sequência didática para o ensino de suporte avançado de vida para alunos de enfermagem”.
<b>Autora</b>	Bianca Blois Pinheiro Camboim
<b>Orientador da pesquisa</b>	Prof <sup>a</sup> . Dr <sup>a</sup> . Ilma Pastana Ferreira
<b>Coorientadora da pesquisa</b>	Profa. Msc. Vera Lúcia Gomes de Oliveira
<b>Área do conhecimento</b>	Ensino.
<b>Público-alvo</b>	Docentes, Discentes do 9º semestre do curso de enfermagem e profissionais da área da saúde.
<b>Finalidade</b>	Conduzir a realização de um Curso em Suporte Avançado de Vida para acadêmicos de Enfermagem, proporcionando melhor formação aos discentes do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem, de modo a enriquecer os componentes curriculares do curso e a formação dos discentes.
<b>Estruturação do produto</b>	Estruturado a partir da apresentação da temática principal, sumário, metodologia do curso a ser desenvolvido, manual de orientação, casos clínicos a serem aplicados e questionário aplicados por meio do <i>Google forms</i> .
<b>Registro</b>	Padrão Internacional de Numeração de Livro ISBN
<b>Disponibilidade</b>	Irrestrita, preservando-se os direitos autorais, bem como a proibição do uso comercial do produto.
<b>Divulgação</b>	Em formato digital e em plataformas digitais e impresso
<b>Instituições envolvidas</b>	Universidade do Estado do Pará.
<b>Idioma</b>	Português
<b>Cidade</b>	Belém – Pará.
<b>País</b>	Brasil
<b>Editora</b>	Neurus
<b>Ano</b>	2024

# SUMÁRIO

<b>AO DOCENTE .....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>14</b>
<b>MOMENTOS A SEREM DESENVOLVIDOS COM OS DISCENTES .....</b>	<b>16</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>22</b>
<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO PRÉVIO DOS DISCENTES .....</b>	<b>25</b>
<b>APÊNDICE B – MANUAL DE ORIENTAÇÃO .....</b>	<b>30</b>
<b>APÊNDICE C – CASOS CLÍNICOS .....</b>	<b>34</b>



Esta Sequência Didática (SD) é um Produto Educacional (PE) referente à dissertação do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (PPGESA), da Universidade do Estado do Pará, elaborado por Bianca Blois Pinheiro Camboim, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Ilma Pastana Ferreira e coorientação da Prof<sup>a</sup>. Msc. Vera Lúcia Gomes de Oliveira.

Esta SD tem o objetivo proporcionar uma melhor formação aos discentes do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem no atendimento das emergências cardiorrespiratórias, utilizando a abordagem sistemática do protocolo em Suporte Avançado de Vida (SAV), podendo ser aplicado as demais áreas da saúde, dependendo na necessidade e do modo aplicação. Diante das evidências científicas, existem lacunas para serem preenchidas em relação a esta temática, relacionadas à ausência de recursos didáticos e obstáculos na compreensão do protocolo de SAV.

Desse modo, esta SD subsidia e orienta o docente no processo de ensino-aprendizagem sobre a temática em questão no âmbito educacional. Nesse sentido, as atividades desta SD estão relacionadas ao manual de SAV, atualizado *pelo American Heart Association (AHA)* em 2020, tendo em vista que a cada cinco anos a AHA atualiza o manual de SAV (AHA, 2020).

Esta SD segue a seguinte ordem de estruturação das atividades a serem desenvolvidas com os discentes: título, tempo de duração, programação de conteúdo, objetivos, manual de orientação e recursos didáticos para o docente executar as atividades acadêmicas. O público-alvo são discentes a partir da 5ª série, 9º semestre, Turma A e Turma B, manhã e tarde, respectivamente. Ao elaborar esta SD, propõe-se ao docente instruir e coordenar os discentes em cada atividade, para que haja entusiasmo e engajamento, contribuindo para o processo de ensino-aprendizado. Ao docente, espera-se que esse material sirva de orientação para a ministração de suas aulas de modo proveitoso, potencializando o aprendizado.



# INTRODUÇÃO

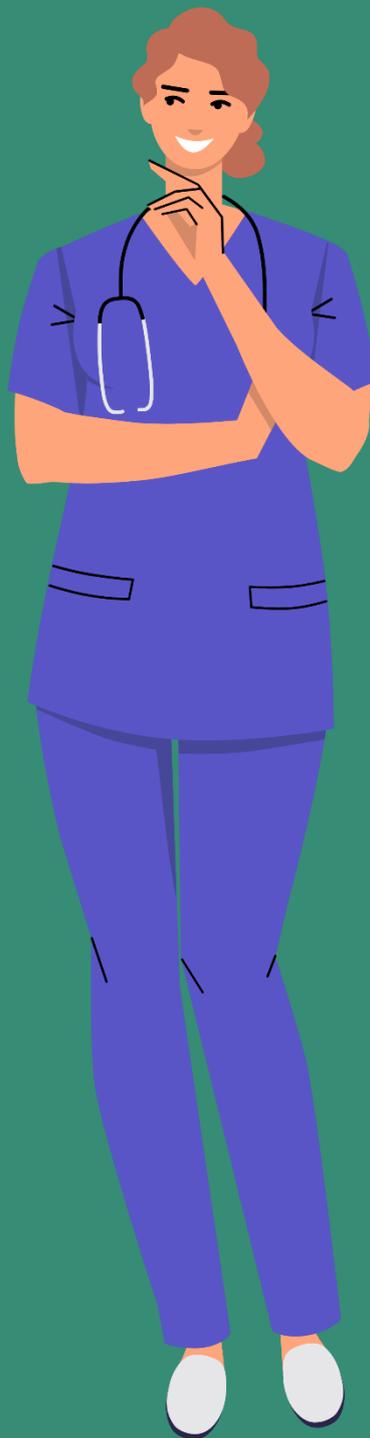
A Parada Cardiorrespiratória (PCR) apresenta como conceito “o súbito cessar da atividade miocárdica ventricular útil, associada à ausência de respiração”, sendo considerada a emergência em saúde mais grave, levando em consideração que sem a devida reanimação, as taxas de sobrevivência caem 10% a cada minuto. Por conseguinte, segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia, aproximadamente 61.316 indivíduos foram vítimas de Doenças Cardiovasculares (DCV) no Brasil até o dia 25 de fevereiro de 2024 (Santos *et al.*, 2023; SBC, 2024).

Nesse contexto, os profissionais de enfermagem devem estar cada vez mais qualificados para identificar indivíduos em parada cardiorrespiratória e realizar o manejo correto, incluindo a aplicação do SAV. Dessa maneira, torna-se essencial inserir novos métodos de ensino-aprendizado sobre SAV na graduação, para que os discentes obtenham conhecimentos concretos a serem aplicados em sua prática profissional (Camboim *et al.*, 2023).

Para tanto, o uso da SD para direcionar o ensino em SAV potencializa o processo de construção de saberes, uma vez que a SD é caracterizada pelo conjunto de atividades, que objetivam ensinar um conteúdo, etapa por etapa, organizadas conforme os objetivos estabelecidos pelo docente. Dessa maneira, a SD engloba atividades teóricas e/ou práticas de aprendizagem e avaliação, não apresentando restrições aos níveis de escolaridade (Lopes; Amaral, 2020).

Nesse processo, o docente é auxiliado pela SD, pois, ela media o processo de ensino-aprendizagem, estabelecendo os caminhos a serem seguidos e os objetivos a alcançar (Castro; Nehring; Frantz, 2020). Assim, a SD viabiliza o desenvolvimento das habilidades e competências pedagógicas no docente, capacitando-lhe para aplicar as atividades de ensino de forma didática e coesa, para efetivar o entendimento dos discentes acerca do conteúdo ministrado em sala de aula (Freitas, 2021).

Portanto, o docente estabelece um percurso de conhecimentos com os discentes embasado nas evidências científicas, de acordo com as necessidades de aprendizado e os recursos disponíveis. Posto isso, promove-se a participação conjunta dos discentes no processo de empoderamento teórico-prático dos conteúdos, mediados pelos fatores socioculturais e as experiências de cada indivíduo, integralizando o saber (Machado, Gondin Wiziack, 2021).



# JUSTIFICATIVA

No processo de ensino-aprendizagem, torna-se essencial adotar estratégias metodológicas para estabelecer diálogo efetivo e facilitado entre o aluno e o professor, de maneira a fomentar a produção de conhecimentos. Nesse contexto, inserem-se os PE, a exemplo das SD, como ferramentas de auxílio ao processo pedagógico de ensino, ajudando o docente na elaboração de suas atividades e colaborando no aprendizado do discente (Machado; Gondin; Wiziack, 2021).

A SD é caracterizada como um instrumento orientador das práticas docentes em sala de aula. Desse modo, para que a SD seja eficaz, determina-se como primordial realizar um planejamento das atividades, estabelecendo os seguintes pontos: organização, sequência lógica, objetivos da aprendizagem, metodologias variadas e avaliação. Esses fatores serão fundamentais para promover a aprendizagem significativa, favorecendo a autonomia dos alunos, o trabalho em equipe e desenvolvimento de habilidades essenciais à prática profissional (Lopes; Amaral, 2020).

No planejamento e na confecção de uma SD as atividades são estruturadas com finalidades específicas. Nessa perspectiva, a SD deve ser produzida de modo claro e objetivo, para que, ao ler, os indivíduos tenham compreensão das atividades a serem desenvolvidas e o modo de aplicação das mesmas. Com isso, enfatiza-se que o docente precisa destinar atenção e precisão na elaboração de sua SD, para criar um processo de ensino-aprendizagem produtivo. Portanto, justifica-se a necessidade criação deste PE, tendo em vista os benefícios concedidos ao docente, discente, à instituição de ensino e enfermagem.



# MOMENTOS A SEREM DESENVOLVIDOS COM OS DISCENTES

**Quadro 1 – 1º Momento: Avaliação do conhecimento prévio dos Discentes.**

1º Momento: Avaliação do conhecimento prévio dos Discentes	
<b>Método:</b>	Online.
<b>Público-alvo:</b>	Discentes a partir da 5ª série, 9º semestre, Turma A e Turma B, manhã e tarde.
<b>Número de participantes:</b>	40 discentes.
Atividade Desenvolvida	
<b>15 dias anteriores ao Encontro Presencial:</b>	Entrega do manual de orientação sobre o SAV (enviado via e-mail dos discentes) para preparação dos discentes em relação aos estudos de casos clínicos que serão ministrados em sala de aula no 1º encontro presencial.
<b>Objetivo:</b>	Avaliar o conhecimento dos discentes do Curso de Enfermagem sobre o SAV.
<b>Duração:</b>	16 horas, tendo em vista a entrega do formulário, via link do <i>Google Forms</i> , contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o aceite de participação na pesquisa e avaliação do conhecimento acerca das manobras e ações sobre o SAV. O Formulário será produzido por meio de questionários validados por Bellan (2006). Com esse formulário, será possível obter o conhecimento prévio dos discentes sobre o SAV.

**Fonte:** Autoria própria.

**Três momentos presenciais:** divididos em Turma A e Turma B.

**Quadro 2 – 2º Momento: 1º dia de aula presencial.**

2º Momento: 1º dia de aula presencial.	
<b>Método:</b>	Presencial.
<b>Público-alvo:</b>	Discentes a partir da 5ª série, 9º semestre.
<b>Número de participantes:</b>	40 discentes.
Atividade Desenvolvida	
<b>Objetivo:</b>	Incentivar análise crítica de casos clínicos e a implementação de estratégias de atendimento.
<b>Duração:</b>	8 horas.
<b>Recursos didáticos:</b>	Manual de orientação (Apêndice B); Casos Clínicos (Apêndice C); Os casos clínicos foram elaborados pela mestranda, tendo seis questões subjetivas para que os discentes possam responder, tendo embasamento do estudo prévio com o manual entregue; Análise das respostas referente aos estudos de casos.
Cronograma	
<b>Turma A (MANHÃ)</b>	08:00 as 08:30hrs: Boas-Vindas e Apresentação do Plano de Ensino.
	08:30 as 08:40hrs: Subdividir a turma em grupo de 10 discentes.
	08:40 as 12:00hrs: Atividades dos discentes (estudo de casos clínicos em urgência e emergência sobre o Protocolo de SAV – Apêndice C): 1) leitura dos casos clínicos; 2) análise; e 3)

	proposição de estratégia de atendimento (discutir os casos clínicos com os subgrupos).
	12:00 as 12:15hrs: Encerramento com feedback do público-alvo.
<b>Turma B (TARDE)</b>	13:00 as 13:30hrs: Boas-Vindas e Apresentação do Plano de Ensino.
	13:30 as 13:40hrs: Subdividir a turma em grupo de 10 discentes.
	13:40 as 17:00hrs: Atividades dos discentes (estudo de casos clínicos em urgência e emergência sobre o Protocolo de SAV – Apêndice C): 1) leitura dos casos clínicos; 2) análise; e 3) proposição de estratégia de atendimento (discutir os casos clínicos com os subgrupos).
	17:00 as 17:15hrs: Encerramento com feedback do público-alvo.

**Fonte:** Autoria própria.

**Quadro 3 – 3º Momento: 2º dia de aula presencial.**

<b>3º Momento: 2º dia de aula presencial.</b>	
<b>Método:</b>	Presencial.
<b>Público-alvo:</b>	Discentes a partir da 5ª série, 9º semestre.
<b>Número de participantes:</b>	40 discentes.
<b>Atividade Desenvolvida</b>	
<b>Objetivo:</b>	Demonstrar Prática do SAV para Enfermagem de acordo com as Diretrizes AHA 2020.
<b>Duração:</b>	8 horas.
<b>Recursos didáticos:</b>	Simulador; Apresentação das Medicções (Molde); Unidade Manual de Respiração Artificial (AMBU); Desfibrilador Externo Automático (DEA); Cateter Tipo óculos; Oxigênio.
<b>Cronograma</b>	
<b>Turma A (MANHÃ)</b> Estações Práticas:	<b>08:00 as 12:00hrs</b>
	1) Identificação de Parada Cardiorrespiratória (PCR);
	2) Reanimação Cardiorrespiratória: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle de hemorragia;</li> <li>• Permeação das vias aéreas;</li> <li>• Respiração/circulação;</li> <li>• Disfunção neurológica;</li> <li>• Exposição/controle de hipotermia;</li> <li>• Transporte;</li> <li>• Suporte medicamentos utilizadas na PCR.</li> </ul>
	<b>12:00 as 12:30hrs</b>
	3) Cuidado Pós-parada: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encerramento com feedback do público-alvo.</li> </ul>
<b>Turma B (TARDE)</b> Estações Práticas:	<b>13:00 as 17:00hrs</b>
	Identificação de Parada Cardiorrespiratória (PCR);
	4) Reanimação Cardiorrespiratória: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle de hemorragia;</li> <li>• Permeação das vias aéreas;</li> <li>• Respiração/circulação;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfunção neurológica;</li> <li>• Exposição/controlado de hipotermia;</li> <li>• Transporte;</li> <li>• Suporte medicamentos utilizadas na PCR.</li> </ul>
	<b>17:00 as 17:30hrs</b>
	5) Cuidado Pós-parada: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encerramento com feedback do público-alvo.</li> </ul>

**Fonte:** Autoria própria.

**Quadro 04 – 4º Momento: 3º dia de aula presencial.**

<b>4º Momento: 3º dia de aula presencial.</b>	
<b>Método:</b>	Presencial.
<b>Público-alvo:</b>	Discentes a partir da 5ª série, 9º semestre.
<b>Número de participantes:</b>	40 discentes.
<b>Atividade Desenvolvida</b>	
<b>Objetivo:</b>	Desenvolver a prática de Suporte Avançado de Vida com os discentes.
<b>Duração:</b>	8 horas.
<b>Recursos didáticos:</b>	Simulador; Apresentação das medicações (molde); Unidade Manual de Respiração Artificial (AMBU); Desfibrilador Externo Automático (DEA); Cateter tipo óculos.
<b>Cronograma</b>	
<b>Turma A (MANHÃ)</b> Estações Práticas:	08:00 as 11:00hrs: Devolução, de acordo com os estudos de casos, referente ao 1º dia. Subdividir a turma em 02 grupos, cada grupo 10 discentes.
	11:00 as 11:15hrs: Encerramento com feedback do público-alvo.
<b>Turma B (TARDE)</b> Estações Práticas:	13:00 as 16:00hrs: Devolução, de acordo com os estudos de casos, referente ao 1º dia. Subdividir a turma em 02 grupos, cada grupo 10 discentes.
	16:00 as 16:15hrs: Encerramento com feedback do público-alvo.

**Fonte:** Autoria própria.



# CONCLUSÃO

O docente tem função primordial na estruturação de uma SD, implementando metodologias ativas de ensino. Com isso, faz-se necessário que os conhecimentos teórico-práticos sejam atualizados e integralizados de forma sistemática em relação ao tema. Na área da enfermagem, encontram-se lacunas de saberes, habilidades e atitudes nos discentes a serem preenchidas diante da SAV. Nesse sentido, a produção e aplicação de SD no ensino é relevante para maximizar o aprendizado do discente, mediante a orientação e capacitação pedagógica do docente para ministração de aulas.



# REFERÊNCIAS

MAGID, D. J. et al. Evidence evaluation and guidelines development: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *AHA Journals*, v. 142, n. 16, 2020.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Destaques das Diretrizes da American Heart Association: atualização das diretrizes de RCP e ACE. 2015.

BELLAN, M. C. Capacitação do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. 2006. Dissertação (Mestrado) - Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

CAMBOIM, B. B. P. et al. Ensino no suporte avançado de vida para estudantes e profissionais de enfermagem. *Revista Eletrônica acervo saúde*. v. 23, n. 12, 2023.

CASTRO, M. B de; NEHRING, C. M.; FRANTZ, W. O PAPEL DO PROFESSOR NO PROCESSO DO ENSINO E DA APRENDIZAGEM DOS SUJEITOS. *Salão do Conhecimento*, v. 6, n. 6, 2020.

CORDEIRO, J. C. et al. O ensino de ressuscitação cardiopulmonar para jovens: quais os benefícios e as metodologias empregadas?. *Rev Med Minas Gerais* 2022; 32: e32207.

CRUZ NETO, M. S. et al. Parada cardiorrespiratória: atuação da equipe de enfermagem em centro de terapia intensiva. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. ed. 03, vol. 04, p. 145-158. 2022.

FREITAS, R. Produtos educacionais na área de ensino da capes: O que há além da forma? *Educação Profissional e Tecnológica em Revista*, v. 5, n. 2, p. 5-20, 2021.

JIA, T. et al. Emerging Trends and Hot Topics in Cardiopulmonary Resuscitation Research: A Bibliometric Analysis from 2010 to 2019. *Medical Science Monitor*. v.26, e926815. p. 1-14, 2020.

LIMA M. F. de; ARAÚJO, J. F. S. de. A utilização das tecnologias de informação e comunicação como recurso didático-pedagógico no processo de ensino e aprendizagem. *Revista Educação Pública*, v. 21, n. 23, 2021.

LOPES, M. L. M.; AMARAL, L C. do. Sequências didáticas e possibilidades de uma prática pedagógica interdisciplinar. *Caderno Marista de Educação*, v. 10, n. 1, e39611, p. 200-211 2020.

MACHADO, M. V.; GONDIN, C. M. M.; WIZIACK, S. R. C. Formação de professores de ciências com sequências didáticas: Estudos, experiências e reflexões. ed. 1, Campo Grande: Ed. UFMS, 2021.

SANTOS, A. O. et al. Avaliação do registro de enfermagem sobre parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar comparado ao modelo Utstein. *Revista de Atenção a Saúde*, v. 21, e20238562, p. 1 - 11, 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). 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.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Cardiômetro. Cardiômetro, 2024. Disponível em: <http://www.cardiometro.com.br/default.asp>. Acesso em: 22 fev. 2024.



# APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO PRÉVIO DOS DISCENTES



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - UEPA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE NA  
AMAZÔNIA – ESA

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO PRÉVIO DOS DISCENTES

Nome completo.

---

### Parte 01 – Identificação e caracterização do participante:

1.1 Idade:

---

1.2 Gênero:

---

1.2 Naturalidade (Cidade em que nasceu):

---

1.3 - Estado em que reside:

---

1.4 - Turno em que estuda:

---

1.6 - Como você se mantém informado?

( ) TV.

( ) Jornal.

( ) Internet.

( ) Outros.

1.7 - Você trabalha?

( ) Sim.

( ) Não.

1.8 - Possui outra formação na área da saúde?

Sim.

Não.

1.8.1 - Se sim, qual?

---

1.9 - Você já recebeu alguma atualização em Suporte Avançado de Vida?

Sim.

Não.

1.9.1 - Se sim, há quanto tempo?

---

1.9.2 - Através de:

Leitura de livros.

Leitura de periódicos.

Palestras.

Cursos.

Aulas.

Outros. Especificar.

---

## **Parte 02 – Conhecimento sobre Suporte Avançado de Vida:**

### **1 - Como você detecta uma parada cardiorrespiratória (PCR)?**

Ausência de consciência.

Ausência de movimentos respiratórios.

Ausência de pulsos carotídeos e/ou femorais.

Não sei.

### **2 - Caso você presencie uma pessoa ficar inconsciente, qual seria sua atitude?**

Verificar se a pessoa responde e respira.

Chamar por ajuda imediatamente.

Verificar se ela tem pulso (carotídeos e ou femorais).

Não sei.

**3 - Após constatar que a pessoa não responde e não respira o que deve ser feito imediatamente?**

- Iniciar respiração boca a boca.
- Chamar por ajuda e pedir um desfibrilador.
- Iniciar compressões torácicas.
- Não sei.

**4 - No que consiste o Suporte Avançado de Vida?**

- Terapêutica farmacológica.
- Manutenção do Suporte Avançado de Vida.
- Desfibrilação precoce.
- Equipamentos especiais para oxigenação e ventilação.
- Monitorização cardíacas.
- Obtenção e manutenção de acesso venoso.
- Não sei.

**5 - Quais as maneiras possíveis que você pode utilizar para ventilar o paciente durante as manobras de ressuscitação cardiorrespiratória (RCR), num ambiente intra-hospitalar? No paciente intubado:**

- Ressuscitador manual enriquecido com O<sub>2</sub> (Ambú).
- Apenas aumenta a FiO<sub>2</sub> para 1,0 (100%) se estiver no respirador artificial.
- Outros.
- Não sei.

**6- Quais as vias que podem ser utilizadas para a administração de fármacos durante a PCR?**

- Via endovenosa periférica.
- Via endovenosa central.
- Via intra-óssea.
- Não sei.

**Parte 03 – Análise dos 04 (quatro) ritmos cardíacos: Fibrilação Ventricular, Taquicardia Ventricular, AESP, Assístolia.**

**Monitorização Cardíaca / Acesso Venoso / Administração de Fármacos:**

**a) Administrar adrenalina 1mg ev:**

( ) Sim.

( ) Não.

**b) Fixar os cabos condutores do monitor de três ou cinco cabos em DI:**

( ) Sim.

( ) Não.

**c) Realizar “flush” com 20 ml de solução salina a 0,9% ou água destilada:**

( ) Sim.

( ) Não.

**d) Elevar o membro:**

( ) Sim.

( ) Não.

**e) Realiza um minuto de RCR:**

( ) Sim.

( ) Não.

**Desfibrilação/Manobra:**

**a) Colocar substância condutora nas pás:**

( ) Sim.

( ) Não.

**b) Regular a voltagem da carga para 360 joles:**

( ) Sim.

( ) Não.

**c) Solicitar que as pessoas se afastem:**

( ) Sim.

( ) Não.

**d) Observar o ritmo:**

( ) Sim.

( ) Não.

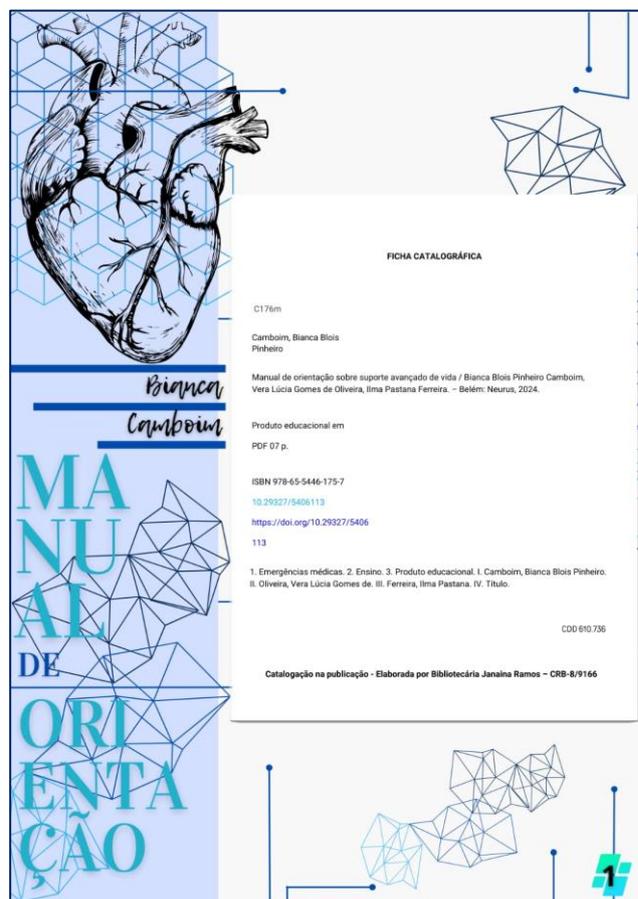


# APÊNDICE B - MANUAL DE ORIENTAÇÃO



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - UEPA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE NA  
AMAZÔNIA – ESA

## APÊNDICE B – MANUAL DE ORIENTAÇÃO





**PRINCIPAIS CONHECIMENTOS E HABILIDADES PARA UM SAV:**

1. Reconhecer uma PCR
2. Conhecer os principais medicamentos no SAV;
3. Habilidades da equipe de alta qualidade para evitar complicações

**A OBTENÇÃO DE VIA AÉREA AVANÇADA É MUITO SEGURA QUANDO REALIZADA POR PROFISSIONAIS TREINADOS E CAPACITADOS MAS, TEM O POTENCIAL DE CRIAR COMPLICAÇÕES COMO:**

1. Piora da oxigenação durante o procedimento;
2. Interrupções das compressões;
3. Inserção inadequada;
4. Sangramento ou Aspiração

**FORMAS DE VENTILAR UM PACIENTE EM AMBIENTE INTRA-HOSPITALAR:**

- > Ventilação com pressão positiva intermitente assistida e/ou controlada
- > Ventilação ciclada a volume ou pressão (IPPV)
- > Ventilação a pressão controlada (PCV)
- > Ventilação mandatória intermitente sincronizada (SIMV)
- > Ventilação com suporte pressórico (PSV)
- > Pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP)
- > Associações: SIMV + PSV; PSV + CPAP; SIMV + CPAP

**VIAS UTILIZADAS PARA ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACOS:**

**INTRAVENOSA (IV)**  
**INTRAÓSSEA (IO)**

**1. Introdução:**  
O Suporte Avançado de Vida (SAV) é a manutenção da via aérea aberta, em algum momento da RCP, para obtenção de uma ventilação satisfatória a fim de propiciar uma ventilação adequada, podendo ser realizado de 3 diferentes formas:

- VENTILAÇÃO COM DISPOSITIVO BOLSA-VÁLVULA-MÁSCARA ACOPLADO AO OXIGÊNIO
- VIA AÉREA AVANÇADA COM INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (OT)
- VIA AÉREA AVANÇADA COM DISPOSITIVO EXTRA-GLÓTICO (DEG)



**VIA INTRAVENOSA (IV)**  
Não é incomum a dificuldade de conseguir um acesso venoso no cenário de uma PCR. Dessa forma, a via ENDOTRAQUEAL é uma possibilidade na tentativa de administrar medicamentos importantes para a reanimação cardiopulmonar.

**VIA INTRAÓSSEA (IO)**  
A canulação intratecal consiste na introdução de uma agulha na cavidade da medula óssea possibilitando a infusão de fluidos e medicações à circulação sistêmica venosa através da cavidade medular. Essa infusão só se torna possível pelo fato de a medula óssea ser ricamente vascularizada.

**VIA ENDOTRAQUEAL**



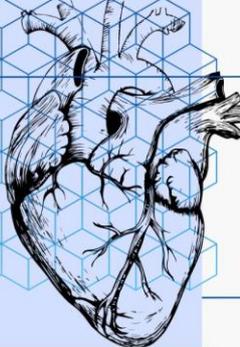
**VIA INTRAÓSSEA**



**SEIS PONTOS IMPORTANTES ENVOLVIDOS NO SAV**

1. RCP de alta qualidade
2. Desfibrilação
3. Dispositivos de via aérea avançada e oxigênio
4. Acesso venoso e fármacos
5. Dispositivos de compressão mecânica
6. Dispositivos de oxigenação por membrana extracorpórea

**MANUAL DE ORIENTAÇÃO**



**MEDICAÇÕES**

**EPINEFRINA OU ADRENALINA**  
Cada minuto de PCR sem a administração de vasopressores parece diminuir em 4% a chance de circulação espontânea (RCE), sendo a dose recomendada pela American Heart Association (AHA) de 1 mg, endovenoso, a cada 3 a 5 minutos. Em ritmos choqueláveis é utilizada após segundo choque sem sucesso.

**VASOPRESSINA**  
A vasopressina havia sido incluída em diretrizes anteriores como alternativa à primeira ou segunda dose de epinefrina. Porém, não apresentou benefício, quando comparada a epinefrina, em relação à RCE e sobrevivência a alta hospitalar, além de ser uma droga com um custo maior. A combinação de epinefrina com vasopressina também não mostrou benefício comparada à epinefrina isolada.

**CORTICOSTEROIDES**  
Sabe-se que os níveis de Cortisol são baixos durante a PCR e após. Alguns estudos mostraram benefício em associar epinefrina-corticoide-vasopressina (ECV). Entretanto, os dados ainda são conflitantes e insuficientes para que seja recomendado ou não o uso de corticosteroide de forma isolada.

**AMIODARONA**  
Seu uso é reservado para os casos de Fibrilação Ventricular e Taquicardia Ventricular em pulso após falha da desfibrilação e após o uso de Adrenalina. O seu uso visa auxiliar a desfibrilação e restaurar o ritmo da perfusão do coração de forma organizada. Deve ser usada na dose de 300 mg endovenosa, em bolus, seguida por 150 mg, se necessário. A PCR é a única situação em que se faz amiodarona em bolus.

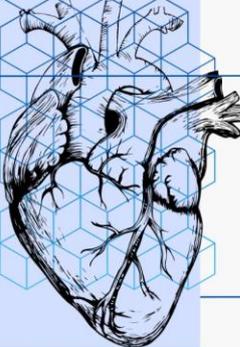
**LIDOCAÍNA**  
A Lidocaína é considerada pela AHA uma droga de segunda linha, devendo ser usada somente na indisponibilidade da Amiodarona. Dose: 1 a 1,5 mg/kg EV na primeira dose ou aproximadamente 3 a 5 mL EV em um paciente de 70 kg com lidocaína a 20%. A segunda dose é de 0,5 a 0,75 mg/kg.

**MAGNÉSIO**  
Nos casos de TV polimórfica, o uso Intramuscular de Magnésio se mostrou eficaz. Assim, nos casos em que a TV polimórfica é sustentada e indicada a desfibrilação, seguida de um bolus de 1 a 2 g IV de sulfato de magnésio em 10 mL de soro glicosado 5% administrado em 1 minuto.

**BICARBONATO DE SÓDIO**  
Não é usado de rotina, sendo seu uso recomendado nos casos de PCR por hipercalemia, acidose metabólica ou intoxicação por antidepressivos tricíclicos.

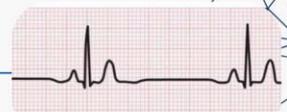
**MONITORIZAÇÃO**  
Parâmetros fisiológicos são utilizados com a finalidade de medir os resultados da PCR, torná-la mais eficiente, bem como guiar a terapia venosa e detectar RCE. Alguns desses parâmetros são:  
- Díóxido de carbono ao final da expiração (ETCO2)  
- Pressão de perfusão coronária (PPC)  
- Pressão arterial diastólica (PAD)

**MANUAL DE ORIENTAÇÃO**

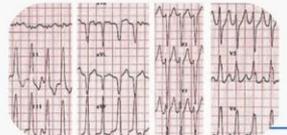


**RITMOS CARDÍACOS**

**Bradicardia**  
A bradicardia é um tipo de arritmia cardíaca, é caracterizada por ritmo cardíaco lento ou irregular, quando o coração bate menos de 60 vezes por minuto. As causas mais comuns da bradicardia são um problema com o nó sinusal ou um problema nas vias elétricas do coração que resultam em batimentos cardíacos anormais administrados em bolus por via intravenosa durante a ressuscitação. Se forem necessários doses adicionais de drogas antiarrítmicas, 150 mg de amiodarona podem ser administrados ou 1 mg/kg a 3 mg/kg de lidocaína podem ser administrados. Se forem necessárias doses adicionais de drogas antiarrítmicas, 150 mg de amiodarona podem ser administrados em bolus por via intravenosa durante a ressuscitação. Se forem necessárias doses adicionais de drogas antiarrítmicas, 150 mg de amiodarona podem ser administrados ou 1 mg/kg a 3 mg/kg de lidocaína podem ser administrados. De acordo com as diretrizes da AHA, epinefrina e amiodarona são preferíveis a lidocaína, combinados extra de que preciso para fazer uma canulação rápida.



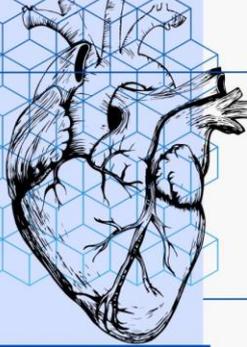
**Taquicardia**  
É a aceleração dos batimentos cardíacos originada nas câmaras inferiores do coração (ventriculo). A taquicardia ventricular pode, em algumas situações, prejudicar o funcionamento do coração, resultando em sensação de batadeira, tontura e até desmaios, requerendo atendimento imediato.



**Fibrilação**  
A taquicardia ventricular sem pulso nada mais é do que uma sequência rápida de batimentos ectópicos ventriculares, levando a uma deterioração hemodinâmica chegando a ausência de pulso arterial.



**MANUAL DE ORIENTAÇÃO**



**DESFIBRILAÇÃO INTRA-HOSPITALAR**

De maneira geral, no ambiente intra-hospitalar, as providências diante de uma parada cardiorrespiratória são muito mais breves que no ambiente extra-hospitalar. Assim, é costumeiramente o desfibrilador usado não é automático, e os choques aplicados são avaliados pelo médico. O fato que pode levar a uma conduta precoce no ambiente hospitalar é a não monitorização do paciente, tornando o evento de PCR não tão chamativo. As compressões torácicas são continuadas enquanto os eletrodos são colocados no tórax do paciente e o monitor/desfibrilador é ligado. Caso o ritmo seja passível de choque (FV/TVsp), as compressões torácicas são mantidas até o desfibrilador estar carregado. Nesse momento, as compressões são interrompidas brevemente e o choque é aplicado. As compressões são retomadas imediatamente, sem reavaliar o ritmo, que só será checado após 2 minutos de RCP. O choque pode ser aplicado com o uso de pás autocarregáveis desenvolvidas para cardioversão ou desfibrilação. Os locais habituais para sua fixação são: ápice cardíaco e região infraclavicular direita ou anteroposterior (precórdio e dorso, logo abaixo da escápula).

**COMO DEVE SER FEITA A PREPARAÇÃO PARA USO DO DESFIBRILADOR ELÉTRICO?**

As pás do desfibrilador são colocadas no tórax, com uma pá colocada ao longo da borda esternal superior direita e a outra no ápice cardíaco. Alternativamente, eletrodos desfibriladores "mãos livres" podem ser usados. Os eletrodos são colocados no mesmo local das pás; alternativamente, eles podem ser colocados em uma configuração anteroposterior. Em seguida, o monitor cardíaco/desfibrilador é então colocado no modo de desfibrilação e o capacitor do desfibrilador é carregado. O fabricante pré-configura o nível de energia inicial para desfibriladores manuais básicos. As diretrizes de 2015 da American Heart Association (AHA) para desfibrilação afirmam que é razoável usar a dose recomendada pelo fabricante.

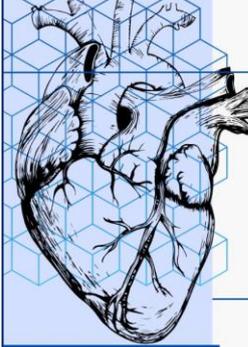
**APLICAÇÃO DE CHOQUE NA DESFIBRILAÇÃO**

Uma vez totalmente carregada, a carga é verificada para garantir que ninguém esteja tocando o paciente. Isso é importante porque qualquer contato não apenas com o paciente, mas o que esteja tocando ele deve ser afastado. Em um desfibrilador bifásico, isso geralmente está entre 100 Joules a 200 Joules. Em um desfibrilador monofásico, isso geralmente é de 360 Joules. Se a dose recomendada pelo fabricante não estiver disponível, a AHA recomenda administrar a dose máxima disponível. O botão "choque" é então pressionado, permitindo que a carga armazenada seja entregue no peito de pá para pá ou de estimulada para estimulada de mãos livres.

**Bianca Camboim**

**MANUAIS DE ORIENTAÇÃO**

**6**



**QUANDO A RCP DEVE SER CONTINUADA**

Após a aplicação do choque, a RCP é imediatamente retomada por 2 minutos. Após 2min de RCP de alta qualidade após a desfibrilação inicial, o pulso do paciente é palpado e o ritmo elétrico é verificado. O objetivo dessa avaliação é determinar se a FV ou a TV sem pulso foram encerradas e se o pulso foi restaurado. Se a FV ou a TV sem pulso persistirem, a RCP é imediatamente retomada e o paciente pode receber choque novamente. É importante lembrar que cada dose sucessiva de desfibrilação elétrica deve ter valor igual ou maior até que a dose máxima disponível seja atingida. Além disso, recomenda-se um aumento gradual na dose de desfibrilação de acordo com as diretrizes do fabricante.

**COMO DEVE SER FEITA A ADMINISTRAÇÃO DE DROGAS DURANTE A DESFIBRILAÇÃO?**

De acordo com o algoritmo ACLS VF/TV sem pulso descrito pela AHA, 1 mg de epinefrina deve ser administrado por via intravenosa a cada 3 a 5 minutos durante a ressuscitação após a primeira desfibrilação malsucedida. A RCP de alta qualidade é retomada imediatamente após o segundo choque por 2 minutos. Se a FV ou a TV sem pulso persistirem na próxima verificação de pulso e ritmo, o algoritmo ACLS permite que 300 mg de amiodarona sejam administrados em bolus por via intravenosa durante a ressuscitação. Se forem necessárias doses adicionais de drogas antiarrítmicas, 150 mg de amiodarona podem ser administrados ou 1 mg/kg a 1,5 mg/kg de lidocaína podem ser administrados. De acordo com as diretrizes da AHA, epinefrina e amiodarona são preferíveis à lidocaína.

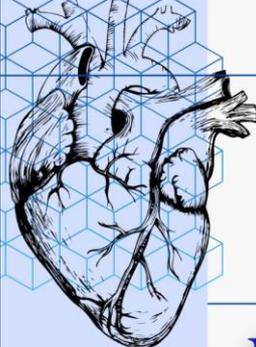
**Bianca Camboim**

**MANUAIS DE ORIENTAÇÃO**

**REFERÊNCIAS**

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Manual do Profissional. 2021. CAMBOIM Bianca Blois Pinheiro et al. Ensino no suporte avançado de vida para estudantes e profissionais de enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* Vol.23 (12), 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/articler/view/14702/8281>

**7**



**Bianca Camboim**

**MANUAIS DE ORIENTAÇÃO**

**BONS ESTUDOS**



# APÊNDICE C – CASOS CLÍNICOS



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - UEPA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE NA  
AMAZÔNIA – ESA**

## APÊNDICE C – CASOS CLÍNICOS

### GRUPO A – 01: TURMA A

#### Caso Clínico 01

Paciente, I.T.F. sexo masculino, 58 anos, hipertenso há 30 anos, faz uso irregular de captopril, deu entrada na Urgência e Emergência acompanhado pela esposa queixando-se de astenia generalizada, palpitações, náuseas e vômitos há 6 horas. Na Classificação de Risco, sua esposa relata a enfermeira que o paciente não sente vontade de se alimentar, e que durante a noite levanta diversas vezes para ir ao banheiro urinar. Durante o atendimento o paciente fica inconsciente e sem pulso. Ao exame físico :Mau estado geral e nutricional; descorado, anictérico; afebril; Sinais Vitais: FC = 47 bpm; FR = 13 ipm; PA = 110x70 mmHg., Neurológico: Pupilas simétricas e fotoreagentes; Força muscular grau 3; Glasgow = 14, AC: Ritmo cardíaco irregular. Bulhas arrítmicas, normofonéticas, em 3 tempos sem sopros, AP: Tórax simétrico, ausência de lesões cutâneas, retrações ou abaulamentos. Expansibilidade preservada. Som claro pulmonar à percussão. Murmúrio vesicular bem distribuído sem ruídos adventícios, ABD: Plano e levemente distendido; ruídos hidroaéreos diminuídos globalmente; timpânico; indolor a palpação; ausência de visceromegalias; Extremidades: Pulsos fracos e arrítmicos. Ausência de edema e cianose.

1. Qual a condição clínica apresentada pelo paciente?
2. Quais as condutas a serem tomadas assim que o paciente fica inconsciente?
3. Quais são os principais ritmos no ECG que indicam a condição clínica apresentada pelo paciente?

4. Quais as principais drogas utilizadas para a reversão do quadro clínico desse paciente?
5. Qual a causa mais provável dessa condição clínica no paciente do caso?
6. Qual a conduta terapêutica mais apropriada?
7. Caso haja reversão dessa condição clínica, quais condutas devem ser tomadas?

## GRUPO A – 02: TURMA A

### Caso Clínico 02

Senhora, idosa, 65 anos, C.B.D, sofreu acidente de motocicleta, não fazendo uso de capacete, chegou ao hospital de Urgência e Emergência pelo Suporte Básico, sem uso colar cervical e com dispositivo de Bolsa-Válvula – Máscara (AMBU), apresentando otorragia, epistaxe, desacordada, pele fria e pegajosa. Ao adentrar no hospital os socorristas informaram os seguintes parâmetros PA:90x30 mmHg, Fc: 155 bpm; FR:40 ipm, Spo2:78%, após a paciente ir para sala de Urgência, a paciente apresentou uma Assistolia.

1. Qual a condição clínica apresentada pelo paciente?
2. Quais as condutas a serem tomadas assim que o paciente fica inconsciente?
3. Quais as principais drogas utilizadas para a reversão do quadro clínico desse paciente?
4. Qual a causa mais provável dessa condição clínica no paciente do caso?
5. Qual a conduta terapêutica mais apropriada?
6. Caso haja reversão dessa condição clínica, quais condutas devem ser tomadas?

## GRUPO B – 01: TURMA B

### Caso Clínico 3

M.F.V., sexo masculino 39 anos, ajudante de obra de construção civil na manhã do dia 19/12/22, foi vítima de choque elétrico após contato com fio de alta tensão. A corrente teve entrada da região hipotenar esquerda e saída na região calcânea de mesmo lado, levando à perda de consciência e à PCR. Os socorristas constataram fibrilação ventricular no monitor cardíaco.

1. Você como enfermeiro utilizaria algum protocolo?
2. Quais as condutas a serem tomadas assim que o paciente fica inconsciente?
3. Quais as principais drogas utilizadas para a reversão do quadro clínico desse paciente?
4. Qual a causa mais provável dessa condição clínica no paciente do caso?
5. Qual a conduta terapêutica mais apropriada?
6. Caso haja reversão dessa condição clínica, quais condutas devem ser tomadas?

## GRUPO B – 02: TURMA B

### Caso Clínica 04

M.L.A.B., 90 anos, sexo feminino, preta, deu entrada no Hospital das Clínicas Gaspar Viana com queixa de dor precordial com 2h de duração. Paciente, hipertensa e diabética, refere que a dor foi intensa, irradiou para o membro superior esquerdo e que chegou a ter um episódio de vômito e sudorese fria. Relata ainda que já vinha sentindo dor torácica aos esforços, mas que dessa vez tinha acabado de acordar. Nega histórico familiar de doenças cardiovasculares. Alega que faz uso irregular de losartana (50mg), anlodipino (5mg) e metformina (850mg).

1. Qual a condição clínica apresentada pelo paciente?
2. Quais as condutas a serem tomadas assim que o paciente fica inconsciente?

3. Quais as principais drogas utilizadas para a reversão do quadro clínico desse paciente?
4. Qual a causa mais provável dessa condição clínica no paciente do caso?
5. Qual a conduta terapêutica mais apropriada?
6. Caso haja reversão dessa condição clínica, quais condutas devem ser tomadas?

