



EAGS

**ESTÁGIO DE ADAPTAÇÃO À GRADUAÇÃO DE
SARGENTO DA AERONÁUTICA**

ENFERMAGEM - SEF

IE/EA EAGS 2027

CÓD: OP-023JN-26
7908403586486

ÍNDICE

Língua Portuguesa

1. Interpretação de textos literários ou não literários	7
2. Fonética: sílaba; separação silábica; encontros vocálicos; encontros consonantais; tonicidade; acentuação gráfica.....	10
3. Ortografia.....	12
4. Morfologia: processos de formação de palavra; crase; colocação pronominal; verbo: flexão verbal (número, pessoa, modo, tempo, voz), classificação (regulares, irregulares, defectivos, abundantes, auxiliares e principais) e conjugação dos tempos simples	13
5. Conjunções (coordenativas e subordinativas); estilística: figuras de linguagem	18
6. Pronome (classificação e emprego)	23
7. Pontuação	24
8. Sintaxe: períodos simples e composto (termos essenciais, integrantes e acessórios; coordenação e subordinação; orações reduzidas)	30
9. Concordâncias verbal e nominal.....	31
10. Regências verbal e nominal	35
11. Tipos de discurso	37

**Conhecimentos Específicos
Enfermagem - SEF**

1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E TRAUMA. Tipos de choque. Suporte Básico de Vida. Suporte Avançado de Vida. Diretrizes para RCP. Triage. Principais emergências médicas. Conceitos em atendimento em urgência e emergência. Emergências traumáticas e não traumáticas. Fluxos na urgência e emergência. Atendimento inicial. Urgências e Emergências Clínicas	43
2. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Influenza. Rubéola. Sarampo. Síndrome da Rubéola Congênita. Coqueluche. Difteria. Parotidite Infecciosa. Poliomielite. Tétano Acidental. Tétano Neonatal. Varicela. Herpes Zoster. Botulismo. Cólera. Doenças Diarreicas Agudas. Febre Tifóide. Aids. Hepatites Virais. Sífilis Congênita. Sífilis em Gestantes. Hanseníase. Tuberculose. Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose. Coleta de Material Biológico na Tuberculose. Leptospirose. Dengue. Febre Amarela. Corona vírus (Covid-19). Zika vírus. Chikungunya. Malária. Leishmaniose Tegumentar Americana. Leishmaniose Visceral. Febre Maculosa Brasileira. Meningites. Raiva. Acidentes por Animais Peçonhentos e Assistência de Enfermagem. Rotavírus. Notificação Compulsória de Doenças. Febre Purpúrica Brasileira. Oncocercose. Hantavirose. Doenças Sexualmente Transmissíveis	55
3. BIOSSEGURANÇA HOSPITALAR. Prevenção de Acidentes com Material Biológico. Exposição à Material Biológico e Protocolos. Acidentes com materiais biológicos. Profilaxia pós-exposição ao HIV. Controle de Infecção Hospitalar. Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde. Uso de EPI. Precauções	72
4. PRINCÍPIOS DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS. Terapêutica medicamentosa. Noções de farmacoterapia. Farmacocinética. Farmacodinâmica. Principais Vias de Administração das Drogas. Drogas que atuam no sistema nervoso central, Autônomo, Cardiovascular, Digestório, Respiratório, Endócrino, Urinário. Cálculo e Diluição de Medicamentos. Interações Medicamentosas. Incompatibilidade entre Medicamentos. Antineoplásicos. Antimicrobianos. Drogas Vasoativas. Opióides; Administração de medicamentos	78
5. DEONTOLOGIA. Ética: Princípios Básicos de Ética. Regulamentação do Exercício Profissional de Enfermagem e Relações Humanas	84
6. ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM. Aspectos Éticos legais; Prescrições de Enfermagem; Anotações de Enfermagem; Prontuário do Paciente	92
7. ANATOMIA E FISIOLOGIA HUMANA.....	94
8. ENFERMAGEM EM SAÚDE DA MULHER. Doença Hipertensiva Específica da Gravidez. Planejamento familiar, gestação (pré-natal), vacinação da gestante parto e puerpério. Prevenção do câncer de colo de útero e mamas. Vacinação para HPV (Papiloma Vírus Humano); ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL. Assistência de Enfermagem no Pré-Parto, Parto e Puerpério e nas Emergências Obstétricas e Assistência de Enfermagem em Pediatria. Gestão de Alto Risco	115

ÍNDICE

9. ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA. Classificação do recém-nascido, assistência de enfermagem em sala de parto. Avaliação da vitalidade do recém-nascido. Cuidados no período inicial pós-parto. Peso, altura e medidas de perímetro do recém-nascido. Avaliação e cuidados iniciais do recém-nascido. Teste do Pezinho. Doença Hemolítica do recém-nascido. Icterícia fisiológica do recém-nascido.....	125
10. FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM; Atenção à Saúde.....	137
11. Sinais Vitais	140
12. O paciente e suas necessidades básicas; Alimentação do paciente; Eliminações Urinárias e Gastrointestinais; Cuidados Nutricionais.....	154
13. Higiene do paciente; Higienização; Preparo do leito	159
14. Medidas de conforto e segurança do paciente.....	167
15. Oxigênio; Oxigenioterapia.....	173
16. Tricotomia; Curativos	179
17. Sondagens.....	184
18. Pressão Venosa Central.....	187
19. Lavagem intestinal	188
20. Colostomia	190
21. Diálise Peritoneal	191
22. Decúbitos	192
23. Coleta de exames; Coleta de materiais para exames.....	193
24. Imobilizações	199
25. Verificações de parâmetros clínicos.....	200
26. Aplicação de calor e frio.....	201
27. Hipertensão Arterial Sistêmica	202

LÍNGUA PORTUGUESA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E TRAUMA. TIPOS DE CHOQUE. SUPORTE BÁSICO DE VIDA. SUPORTE AVANÇADO DE VIDA. DIRETRIZES PARA RCP. TRIAGEM. PRINCIPAIS EMERGÊNCIAS MÉDICAS. CONCEITOS EM ATENDIMENTO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. EMERGÊNCIAS TRAUMÁTICAS E NÃO TRAUMÁTICAS. FLUXOS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. ATENDIMENTO INICIAL. URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS CLÍNICAS

CONCEITOS FUNDAMENTAIS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Ministério da Saúde define como urgência a ocorrência imprevista de agravos à saúde com ou sem risco potencial à vida, que requerem assistência imediata. Já emergência se refere a situações críticas com risco iminente de morte, que exigem intervenção imediata.

Essas definições são fundamentais para a organização dos serviços de saúde e para a estruturação da Rede de Atenção às Urgências, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 1.600/2011.

Além disso, é importante compreender as classificações dos atendimentos de acordo com sua natureza:

- **Clínicos:** como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência respiratória aguda.
- **Traumáticos:** resultantes de acidentes, quedas, agressões, ferimentos.
- **Obstétricos:** como eclâmpsia, trabalho de parto prematuro.
- **Psiquiátricos:** surtos psicóticos, tentativas de suicídio.

As emergências podem ser ainda divididas entre traumáticas (relacionadas a lesões físicas) e não traumáticas (relacionadas a causas clínicas, metabólicas ou neurológicas).

A atuação da enfermagem nesse contexto deve sempre respeitar os princípios éticos e legais da profissão, conforme o Código de Ética da Enfermagem (Resolução COFEN nº 564/2017), garantindo o cuidado integral e centrado no paciente.

ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE GRAVE

O primeiro atendimento ao paciente em situação crítica deve seguir protocolos padronizados que garantam segurança e agilidade no manejo do quadro clínico.

O acolhimento com classificação de risco, previsto na Política Nacional de Humanização (PNH), organiza o fluxo de pacientes conforme a gravidade do quadro, priorizando aqueles em risco de vida. Um dos sistemas utilizados é o Protocolo de Manchester, que classifica os casos por cores: vermelho (emergência), laranja (muito urgente), amarelo (urgente), verde (pouco urgente) e azul (não urgente).

Após a triagem, inicia-se a avaliação primária, com base no protocolo ABCDEX:

- A – vias aéreas com controle da coluna cervical
- B – respiração e ventilação
- C – circulação e controle de hemorragias
- D – estado neurológico (escala de Glasgow, resposta motora)
- E – exposição e controle do ambiente (hipotermia, lesões ocultas)
- X - hemorragias graves

A avaliação secundária ocorre após a estabilização, e inclui exame físico completo, histórico e exames complementares. A equipe de enfermagem desempenha papel crucial nesse processo, realizando intervenções imediatas, monitorizando sinais vitais e acompanhando a evolução clínica.

Nos serviços de urgência, os fluxos assistenciais são organizados para garantir o encaminhamento adequado desde o atendimento pré-hospitalar até a internação hospitalar, com suporte da Rede de Atenção às Urgências e do SAMU 192.

TIPOS DE CHOQUE

O choque é uma síndrome clínica caracterizada por perfusão inadequada dos tecidos, resultando em hipóxia celular e falência orgânica, se não tratado rapidamente. Os principais tipos de choque são:

Choque hipovolêmico: Ocorre por perda de volume intravascular, seja por hemorragias (traumas, hemorragias digestivas) ou por desidratação intensa. Manifesta-se com taquicardia, hipotensão, palidez, sudorese e confusão mental.

Choque cardiogênico: Resulta da falência da bomba cardíaca, geralmente por infarto extenso. Há congestão pulmonar, hipotensão, cianose e sinais de baixo débito.

Choque distributivo: Envolve a vasodilatação periférica excessiva com hipoperfusão. Divide-se em três subtipos principais:

- **Séptico:** decorrente de infecção grave e liberação de mediadores inflamatórios.
- **Anafilático:** reação alérgica aguda com broncoespasmo, edema e colapso circulatório.
- **Neurogênico:** causado por lesão medular que interrompe a inervação simpática.

Choque obstrutivo: Causado por obstruções mecânicas da circulação, como tamponamento cardíaco, embolia pulmonar maciça e pneumotórax hipertensivo.

A atuação da enfermagem é determinante para a identificação precoce do choque, monitoramento contínuo, acesso venoso, administração de fluidos e drogas vasoativas (quando prescritas), além do suporte emocional ao paciente.

AMOSTRA

SUORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)

O Suporte Básico de Vida (SBV) compreende as medidas iniciais aplicadas por profissionais treinados e leigos para manter a circulação e a respiração de vítimas em parada cardiorrespiratória até a chegada do suporte avançado.

A cadeia da sobrevivência envolve cinco elos:

1. Reconhecimento precoce da emergência e ativação do sistema de emergência (192 – SAMU).
2. Início imediato da RCP de alta qualidade.
3. Desfibrilação rápida com uso do DEA.
4. Suporte avançado de vida.
5. Cuidados pós-parada.

A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) deve iniciar-se com compressões torácicas vigorosas, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto e profundidade de 5 a 6 cm em adultos. A relação compressão-ventilação padrão é de 30:2 para atendimento com apenas um socorrista.

Em crianças e lactentes, as técnicas variam em função da idade e do número de socorristas, com menor profundidade e uso de dois dedos ou ambas as mãos no caso de crianças maiores.

O DEA (Desfibrilador Externo Automático) deve ser utilizado assim que disponível em casos de ritmos chocáveis, como fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TVSP). A utilização precoce do DEA aumenta significativamente a taxa de sobrevivência.

As diretrizes mais recentes da American Heart Association (AHA) e do ILCOR enfatizam a importância da RCP de alta qualidade, com mínima interrupção das compressões e ventilação adequada.

Suporte Básico de Vida no Adulto (BLS ou SBV)

O BLS é o primeiro socorro de emergência que enfoca a identificação de parada respiratória e cardíaca e fornece RCP (reanimação cardiopulmonar) até que a vítima responda ou o próximo tipo de suporte de vida seja iniciado¹.

São procedimentos emergenciais que não necessitam de um profissional de saúde pra realizá-lo. Podem, e devem ser executados por qualquer pessoa, desde que devidamente treinada e capacitada.

Daí a grande importância do treinamento da população. Existe toda uma sequência a ser seguida, visando priorizar as causas de maior morbimortalidade.

Uma das maiores causas de óbito na população de todo o mundo está relacionada a acontecimentos cardiovasculares que numa grande maioria pode evoluir para parada cardiorrespiratória. Esta é provavelmente uma das causas de maior aplicação do SBV.

O atendimento pré-hospitalar é um conjunto de medidas e procedimentos técnicos (Suporte Básico e Avançado de Vida) que objetivam permitir a vítima receber abordagem momentânea, visando o não agravamento de lesões já existentes ou geração de novas lesões.

Parada Cardiorrespiratória – PCR

A Parada Cardiorrespiratória é a cessação súbita da atividade ventricular associada à ausência da atividade respiratória. Deve ser identificada pela ausência de pulso central.

¹ <http://www.ifcursos.com.br/sistema/admin/arquivos/09-43-33-su-p0retebasic0devida-apostila.pdf>

A identificação da PCR pode ser feita por leigos através da ausência dos seguintes sinais: vítima irresponsiva; ausência de respiração ou respiração anormal (isto é, apenas com *gaspings*¹). Uma vez identificada a PCR, deve-se imediatamente ser iniciada a reanimação cardiopulmonar (RCP), visando o mínimo de sequelas que podem ser causadas pela falta de oxigenação cerebral.

A parada cardíaca acontece quando o coração para de produzir pulso e circulação sanguínea efetivos. Ela pode ser decorrente de um evento elétrico cardíaco, como ocorre quando a FC (frequência cardíaca) é muito rápida (especialmente na taquicardia ventricular ou fibrilação ventricular) ou muito lenta (bradicardia ou bloqueio AV), ou quando não há frequência cardíaca de todo (assistolia).

Outras causas da parada cardíaca são: infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, choque, afogamento, descarga elétrica, drogas, parada respiratória, dentre outras. A parada cardíaca sempre é acompanhada de parada respiratória, sendo que esta última se não tratada desencadeará a parada cardíaca.

A parada cardíaca também pode acontecer quando a atividade elétrica está presente, mas não existe contração cardíaca ou volume circulante ineficaz, o que é denominado de atividade elétrica sem pulso (PEA). Originalmente chamada de dissociação eletromecânica (EM), a PEA pode ser causada por hipovolemia (por exemplo: sangramento excessivo), tamponamento cardíaco, hipotermia, embolia pulmonar, e infarto agudo do miocárdio.

Danos graves podem ocorrer ao cérebro caso seja a hipóxia cerebral persistente, porém a RCP precoce minimiza esta situação. Observe abaixo, que quanto mais precoce a intervenção, menores danos ocorrerão:

- 0 - 4 minutos: danos cerebrais praticamente evitáveis;
- 4 - 6 minutos: danos cerebrais mais prováveis;
- 6 - 10 minutos: danos cerebrais praticamente inevitáveis;
- Acima de 10 minutos: danos cerebrais inevitáveis.

Manifestações clínicas

A consciência, o pulso e a pressão arterial são perdidos de imediato. O esforço respiratório ineficaz pode ocorrer.

As pupilas dos olhos começam a dilatar dentro de 45 segundos. As convulsões podem ocorrer ou não.

O risco de lesão cerebral irreversível e morte aumentam a cada minuto, a partir do momento em que cessa a circulação. O intervalo varia com a idade e com a condição subjacente do paciente. Durante este período o diagnóstico de parada cardíaca deve ser feito e as medidas devem ser empreendidas para restaurar a circulação.

O sinal mais confiável de parada cardíaca é a ausência de um pulso. No adulto e na criança, o pulso carotídeo é avaliado.

Em um lactente, o pulso braquial é avaliado. Não se deve perder tempo valioso verificando-se a pressão arterial, auscultando o batimento cardíaco ou verificando o contato adequado dos eletrodos.

¹ A Respiração Agônica, também chamada de "Gaspings", como o nome indica, ocorre como uma última medida que o corpo adota para se salvar, apresentando movimentos respiratórios assíncronos não efetivos, caracterizado por altas amplitudes de curta duração com períodos de apneias subsequentes, indicando mau prognóstico.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E TRAUMA. TIPOS DE CHOQUE. SUPORTE BÁSICO DE VIDA. SUPORTE AVANÇADO DE VIDA. DIRETRIZES PARA RCP. TRIAGEM. PRINCIPAIS EMERGÊNCIAS MÉDICAS. CONCEITOS EM ATENDIMENTO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. EMERGÊNCIAS TRAUMÁTICAS E NÃO TRAUMÁTICAS. FLUXOS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. ATENDIMENTO INICIAL. URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS CLÍNICAS

CONCEITOS FUNDAMENTAIS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Ministério da Saúde define como urgência a ocorrência imprevista de agravos à saúde com ou sem risco potencial à vida, que requerem assistência imediata. Já emergência se refere a situações críticas com risco iminente de morte, que exigem intervenção imediata.

Essas definições são fundamentais para a organização dos serviços de saúde e para a estruturação da Rede de Atenção às Urgências, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 1.600/2011.

Além disso, é importante compreender as classificações dos atendimentos de acordo com sua natureza:

- **Clínicos:** como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência respiratória aguda.
- **Traumáticos:** resultantes de acidentes, quedas, agressões, ferimentos.
- **Obstétricos:** como eclâmpsia, trabalho de parto prematuro.
- **Psiquiátricos:** surtos psicóticos, tentativas de suicídio.

As emergências podem ser ainda divididas entre traumáticas (relacionadas a lesões físicas) e não traumáticas (relacionadas a causas clínicas, metabólicas ou neurológicas).

A atuação da enfermagem nesse contexto deve sempre respeitar os princípios éticos e legais da profissão, conforme o Código de Ética da Enfermagem (Resolução COFEN nº 564/2017), garantindo o cuidado integral e centrado no paciente.

ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE GRAVE

O primeiro atendimento ao paciente em situação crítica deve seguir protocolos padronizados que garantam segurança e agilidade no manejo do quadro clínico.

O acolhimento com classificação de risco, previsto na Política Nacional de Humanização (PNH), organiza o fluxo de pacientes conforme a gravidade do quadro, priorizando aqueles em risco de vida. Um dos sistemas utilizados é o Protocolo de Manchester, que classifica os casos por cores: vermelho (emergência), laranja (muito urgente), amarelo (urgente), verde (pouco urgente) e azul (não urgente).

Após a triagem, inicia-se a avaliação primária, com base no protocolo ABCDEX:

- A – vias aéreas com controle da coluna cervical
- B – respiração e ventilação
- C – circulação e controle de hemorragias
- D – estado neurológico (escala de Glasgow, resposta motora)
- E – exposição e controle do ambiente (hipotermia, lesões ocultas)
- X - hemorragias graves

A avaliação secundária ocorre após a estabilização, e inclui exame físico completo, histórico e exames complementares. A equipe de enfermagem desempenha papel crucial nesse processo, realizando intervenções imediatas, monitorizando sinais vitais e acompanhando a evolução clínica.

Nos serviços de urgência, os fluxos assistenciais são organizados para garantir o encaminhamento adequado desde o atendimento pré-hospitalar até a internação hospitalar, com suporte da Rede de Atenção às Urgências e do SAMU 192.

TIPOS DE CHOQUE

O choque é uma síndrome clínica caracterizada por perfusão inadequada dos tecidos, resultando em hipóxia celular e falência orgânica, se não tratado rapidamente. Os principais tipos de choque são:

Choque hipovolêmico: Ocorre por perda de volume intravascular, seja por hemorragias (traumas, hemorragias digestivas) ou por desidratação intensa. Manifesta-se com taquicardia, hipotensão, palidez, sudorese e confusão mental.

Choque cardiogênico: Resulta da falência da bomba cardíaca, geralmente por infarto extenso. Há congestão pulmonar, hipotensão, cianose e sinais de baixo débito.

Choque distributivo: Envolve a vasodilatação periférica excessiva com hipoperfusão. Divide-se em três subtipos principais:

- **Séptico:** decorrente de infecção grave e liberação de mediadores inflamatórios.
- **Anafilático:** reação alérgica aguda com broncoespasmo, edema e colapso circulatório.
- **Neurogênico:** causado por lesão medular que interrompe a inervação simpática.

Choque obstrutivo: Causado por obstruções mecânicas da circulação, como tamponamento cardíaco, embolia pulmonar maciça e pneumotórax hipertensivo.

A atuação da enfermagem é determinante para a identificação precoce do choque, monitoramento contínuo, acesso venoso, administração de fluidos e drogas vasoativas (quando prescritas), além do suporte emocional ao paciente.

AMOSTRA

SUORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)

O Suporte Básico de Vida (SBV) compreende as medidas iniciais aplicadas por profissionais treinados e leigos para manter a circulação e a respiração de vítimas em parada cardiorrespiratória até a chegada do suporte avançado.

A cadeia da sobrevivência envolve cinco elos:

1. Reconhecimento precoce da emergência e ativação do sistema de emergência (192 – SAMU).
2. Início imediato da RCP de alta qualidade.
3. Desfibrilação rápida com uso do DEA.
4. Suporte avançado de vida.
5. Cuidados pós-parada.

A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) deve iniciar-se com compressões torácicas vigorosas, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto e profundidade de 5 a 6 cm em adultos. A relação compressão-ventilação padrão é de 30:2 para atendimento com apenas um socorrista.

Em crianças e lactentes, as técnicas variam em função da idade e do número de socorristas, com menor profundidade e uso de dois dedos ou ambas as mãos no caso de crianças maiores.

O DEA (Desfibrilador Externo Automático) deve ser utilizado assim que disponível em casos de ritmos chocáveis, como fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TVSP). A utilização precoce do DEA aumenta significativamente a taxa de sobrevivência.

As diretrizes mais recentes da American Heart Association (AHA) e do ILCOR enfatizam a importância da RCP de alta qualidade, com mínima interrupção das compressões e ventilação adequada.

Suporte Básico de Vida no Adulto (BLS ou SBV)

O BLS é o primeiro socorro de emergência que enfoca a identificação de parada respiratória e cardíaca e fornece RCP (reanimação cardiopulmonar) até que a vítima responda ou o próximo tipo de suporte de vida seja iniciado¹.

São procedimentos emergenciais que não necessitam de um profissional de saúde pra realizá-lo. Podem, e devem ser executados por qualquer pessoa, desde que devidamente treinada e capacitada.

Daí a grande importância do treinamento da população. Existe toda uma sequência a ser seguida, visando priorizar as causas de maior morbimortalidade.

Uma das maiores causas de óbito na população de todo o mundo está relacionada a acontecimentos cardiovasculares que numa grande maioria pode evoluir para parada cardiorrespiratória. Esta é provavelmente uma das causas de maior aplicação do SBV.

O atendimento pré-hospitalar é um conjunto de medidas e procedimentos técnicos (Suporte Básico e Avançado de Vida) que objetivam permitir a vítima receber abordagem momentânea, visando o não agravamento de lesões já existentes ou geração de novas lesões.

Parada Cardiorrespiratória – PCR

A Parada Cardiorrespiratória é a cessação súbita da atividade ventricular associada à ausência da atividade respiratória. Deve ser identificada pela ausência de pulso central.

¹ <http://www.ifcursos.com.br/sistema/admin/arquivos/09-43-33-su-p0retebasic0devida-apostila.pdf>

A identificação da PCR pode ser feita por leigos através da ausência dos seguintes sinais: vítima irresponsiva; ausência de respiração ou respiração anormal (isto é, apenas com *gaspings*¹). Uma vez identificada a PCR, deve-se imediatamente ser iniciada a reanimação cardiopulmonar (RCP), visando o mínimo de sequelas que podem ser causadas pela falta de oxigenação cerebral.

A parada cardíaca acontece quando o coração para de produzir pulso e circulação sanguínea efetivos. Ela pode ser decorrente de um evento elétrico cardíaco, como ocorre quando a FC (frequência cardíaca) é muito rápida (especialmente na taquicardia ventricular ou fibrilação ventricular) ou muito lenta (bradicardia ou bloqueio AV), ou quando não há frequência cardíaca de todo (assistolia).

Outras causas da parada cardíaca são: infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, choque, afogamento, descarga elétrica, drogas, parada respiratória, dentre outras. A parada cardíaca sempre é acompanhada de parada respiratória, sendo que esta última se não tratada desencadeará a parada cardíaca.

A parada cardíaca também pode acontecer quando a atividade elétrica está presente, mas não existe contração cardíaca ou volume circulante ineficaz, o que é denominado de atividade elétrica sem pulso (PEA). Originalmente chamada de dissociação eletromecânica (EM), a PEA pode ser causada por hipovolemia (por exemplo: sangramento excessivo), tamponamento cardíaco, hipotermia, embolia pulmonar, e infarto agudo do miocárdio.

Danos graves podem ocorrer ao cérebro caso seja a hipóxia cerebral persistente, porém a RCP precoce minimiza esta situação. Observe abaixo, que quanto mais precoce a intervenção, menores danos ocorrerão:

- 0 - 4 minutos: danos cerebrais praticamente evitáveis;
- 4 - 6 minutos: danos cerebrais mais prováveis;
- 6 - 10 minutos: danos cerebrais praticamente inevitáveis;
- Acima de 10 minutos: danos cerebrais inevitáveis.

Manifestações clínicas

A consciência, o pulso e a pressão arterial são perdidos de imediato. O esforço respiratório ineficaz pode ocorrer.

As pupilas dos olhos começam a dilatar dentro de 45 segundos. As convulsões podem ocorrer ou não.

O risco de lesão cerebral irreversível e morte aumentam a cada minuto, a partir do momento em que cessa a circulação. O intervalo varia com a idade e com a condição subjacente do paciente. Durante este período o diagnóstico de parada cardíaca deve ser feito e as medidas devem ser empreendidas para restaurar a circulação.

O sinal mais confiável de parada cardíaca é a ausência de um pulso. No adulto e na criança, o pulso carotídeo é avaliado.

Em um lactente, o pulso braquial é avaliado. Não se deve perder tempo valioso verificando-se a pressão arterial, auscultando o batimento cardíaco ou verificando o contato adequado dos eletrodos.

¹ A Respiração Agônica, também chamada de "Gaspings", como o nome indica, ocorre como uma última medida que o corpo adota para se salvar, apresentando movimentos respiratórios assíncronos não efetivos, caracterizado por altas amplitudes de curta duração com períodos de apneias subsequentes, indicando mau prognóstico.