

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Kerginaldo Severiano de Melo Junior

**Capacitação em *Advanced Cardiovascular Life Support* (ACLS) para profissionais
da sala vermelha de um hospital público**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Kerginaldo Severiano de Melo Junior

Capacitação em *Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)* para profissionais da sala vermelha de um hospital público

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Larissa Gutierrez de Carvalho Silva

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Capacitação em *Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)* para profissionais da sala vermelha de um hospital público** de autoria do aluno **Kerginaldo Severiano de Melo Junior** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Ms. Larissa Gutierrez de Carvalho Silva
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 OBJETIVOS	04
3 MÉTODO.....	05
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	06
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	07
REFERÊNCIAS.....	08

RESUMO

Para capacitar sobre as novas diretrizes *Advanced Cardiovascular Life Support* (ACLS) – 2010, foi ministrado um curso de 06 horas para todos os profissionais lotados no Hospital Público no Distrito Federal, que atuavam na sala vermelha da clínica médica. A capacitação incluiu sensibilização, concepções teóricas sobre justificativas e finalidades das novas diretrizes de ACLS-2010, manobras de massagem cardíaca, relação compressão-ventilação, sequência de procedimento no Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV), ritmos de Parada Cardiorrespiratória (PCR), terapias elétricas, medicações utilizadas na PCR, cuidados pós-PCR, elos da cadeia de RCP e ainda estudos de casos. Conclui-se que a experiência evidenciou resultados positivos, uma vez que os profissionais de enfermagem se mostraram interessados em melhorar os conhecimentos e a prática em relação a RCP, considerando as novas diretrizes do ACLS - 2010.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no mundo, levando ao óbito o mesmo número de vítimas de câncer, doenças respiratórias crônicas, acidentes e diabetes mellitus combinados (OMS, 2008).

No Brasil, as doenças cardiovasculares possuem taxa de mortalidade ainda mais preocupantes. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam 341 óbitos por 100.000 brasileiros em 2004, correspondendo a mais que o dobro da taxa de mortalidade por câncer no Brasil no mesmo período, e quase o triplo da taxa de mortalidade por DCV nos Estados Unidos (OMS, 2004).

Apesar dos avanços nos últimos anos relacionados à prevenção e ao tratamento de doenças cardiovasculares, muitas são as vidas perdidas anualmente no Brasil associadas à parada cardiorrespiratória - PCR (GONZALES e cols, 2012).

A PCR é uma interrupção súbita das funções cardiopulmonares configurando-se como uma “emergência médica extrema” que pode resultar em lesão cerebral irreversível e a morte, isto, se não forem realizadas com eficiência medidas para reverter a morte clínica (CRISTINA et al, 2008).

Ainda que não haja a exata dimensão do problema em virtude da falta de estatísticas a esse respeito, estima-se algo em torno de 200.000 PCR ao ano no Brasil, sendo metade dos casos em ambiente hospitalar, e a outra metade em ambiente extra-hospitalar. (GONZALES e cols, 2012).

A unidade de emergência é composta por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos usuários. De acordo com o Ministério da Saúde – MS, a proposta de divisão se desenvolve pelo menos em dois eixos: o do paciente grave, com risco de morte, que chamamos de eixo vermelho, e do paciente aparentemente não-grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, que chamamos eixo azul (MS, 2009).

Cada um desses eixos possui diferentes áreas, de acordo com a clínica do usuário e os processos de trabalho que nele se estabelecem.

O Eixo Vermelho está relacionado à clínica do paciente grave, com risco de morte, sendo composto por um agrupamento de três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde. Na área Vermelha, está a sala de emergência ou sala vermelha, para atendimento imediato dos pacientes com risco de morte, e a sala de procedimentos especiais invasivos. Já a área Amarela é composta por uma sala de retaguarda para pacientes já estabilizados, porém que ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semicríticos). A área Verde é composta pelas salas de observação, que devem ser divididas por sexo (feminino e masculino) e idade (crianças e adultos), a depender da demanda (MS, 2009).

Profissionais de saúde que atuam em serviços de emergência, em especial na sala vermelha, deparam-se rotineiramente com grande número de vítimas de PCR, devendo estes agirem rapidamente na identificação da mesma, realizando de forma adequada e efetiva a abordagem inicial e as manobras de Reanimação Cardiorespiratória (RCP).

Em 1960, um grupo de pioneiros estudiosos da ressuscitação combinou respiração boca a boca com compressões torácicas para criar a ressuscitação cardiopulmonar, a ação de salvamento que hoje chamamos de RCP, quando fornecida imediatamente após uma parada cardíaca súbita, pode duplicar – até mesmo triplicar – a chance de sobrevivência da vítima (FALCÃO et al 2011). Visando aprimorar o tratamento das emergências cardiovasculares, a *American Heart Association* (AHA), desenvolveu nos Estados Unidos na segunda metade da década de 1970, os cursos de suporte avançado de vida (SAV), conhecido mundialmente pela sigla ACLS (*Advanced Cardiac Life Support*) e de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia em ambiente hospitalar para profissionais da área da saúde.

Em 1992, foi criado o *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR), que se reúne duas vezes por ano com o objetivo de proporcionar um fórum de discussão e de coordenação de todos os aspectos da ressuscitação cardiopulmonar. Em 18 de outubro de 2010 foi publicada as novas recomendações para o atendimento de paciente em parada cardiorrespiratória e atendimento cardiovascular de urgência. Frente ao exposto, questiona-se: A equipe multidisciplinar atuante na sala vermelha de

um Serviço de Emergência do Distrito Federal possui preparo teórico para atuar diante da PCR?

No que se refere à RCP, ainda há muito para aprender, pois o sucesso no procedimento decorre de um atendimento de qualidade em tempo hábil e de uma equipe bem treinada (MENEZES et al, 2009). O treinamento das manobras de RCP deve estar voltado para a aquisição de conhecimento teórico, habilidades práticas e atitudes dos profissionais, trabalhados concomitantemente, e dentro do contexto da prática dos participantes para facilitar sua atuação (MURPHY, 2004). A padronização das condutas na RCP ajuda na adoção de linguagem única dos profissionais de saúde para executar as manobras com eficácia (SILVA, 2006).

O trabalho da equipe pode contribuir nos índices de sucesso na RCP e no prognóstico positivo para o paciente, quando este prioriza a divisão de tarefas, dinamismo, domínio de habilidades e boa comunicação entre o grupo (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2008).

A padronização no manejo da RCP é ponto fundamental na sobrevivência de pacientes pós-PCR, dessa forma o profissional da saúde deverá estar atualizado quanto às novas diretrizes publicadas.

1.1 JUSTIFICATIVA

Buscando uma forma de oferecer a qualidade na assistência prestada aos pacientes em PCR atendidos na sala vermelha de um Serviço de Emergência do Distrito Federal e fornecer dados aos gestores hospitalares sobre os principais fatores que influenciam no atendimento ao paciente em PCR, deu-se a necessidade de melhorar o preparo teórico destes profissionais atuantes na unidade de emergência, fornecendo curso de preparação profissional assim ajudando a reverter as falhas no processo do cuidar do paciente em PCR, haja visto que as diretrizes - AHA 2010 foram publicadas recentemente e existem poucos trabalhos publicados versando sobre o tema.

Sendo assim, torna-se extremamente necessário atualizar o preparo teórico da equipe de saúde que atua em sala vermelha em relação às diretrizes AHA 2010 a fim de contribuir com a busca pela qualificação das equipes que atendem na emergência, melhoria do ambiente de trabalho dos mesmos e conseqüente avanço na qualidade da assistência prestada ao usuário.

2 . OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Atualizar o conhecimento teórico de profissionais de saúde que atuam na sala vermelha de um Serviço de Emergência do Distrito Federal – DF sobre as Diretrizes da *American Heart Association* 2010 para PCR.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde que atuam na sala vermelha de um Serviço de Emergência do Distrito Federal – DF quanto as novas recomendações da AHA 2010 referente à: reconhecimento da PCR, sequência correta de procedimentos utilizadas para o atendimento à PCR, frequência e profundidade da compressão torácica, relação compressão-ventilação, sequência de procedimento no Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV), Ritmos de PCR, Terapias elétricas, Medicamentos utilizados na PCR, Cuidados pós-PCR.
- Identificar os principais fatores que influenciam no atendimento ao paciente em PCR, de acordo com a percepção dos profissionais de saúde que atuam na sala vermelha de um Serviço de Emergência do Distrito Federal – DF.

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, sendo que o produto consistiu em uma tecnologia de cuidado.

A abordagem quantitativa consiste em investigações mais concretas, com finalidade mais restrita das características dos fatos ou fenômenos analisados, utilizando métodos formais, caracterizados pela precisão e controle estatístico, tendo por objetivo a coleta de dados sobre uma determinada população (Marconi e Lakatos, 2009).

O estudo foi realizado em um hospital geral, localizado no Distrito Federal – DF, administrado pela esfera distrital, conveniado ao Sistema Único de Saúde, que presta atendimento de média e alta complexidade a pacientes adultos graves em sala vermelha de uma unidade de emergência clínica.

A população alvo foi constituída por 11 enfermeiros, 43 auxiliares de enfermagem, 10 cardiologistas e 14 clínicos gerais atuantes nos turnos matutino (6 horas), vespertino (6 horas) e noturno (12 horas) que formavam a equipe multidisciplinar da sala vermelha e que atenderam aos critérios de inclusão.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão neste estudo: todos os profissionais atuantes em sala vermelha da unidade de emergência clínica do Hospital Regional do Gama que estiveram trabalhando nos meses de maio, junho e agosto de 2013.

Os critérios de exclusão da pesquisa foram: colaboradores afastados por férias, licença maternidade, doença e os que não aceitaram participar da pesquisa.

Para atualização e capacitação no novo protocolo do ACLS, foi ministrado pelo pesquisador em parceria com residentes de enfermagem em urgência e emergência, um curso de 06 horas, para todos os enfermeiros da lotados na sala vermelha de clinica medica. Houve a adesão de 04 enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem, não havendo adesão médica, pois a participação era livre.

Para participação dos profissionais, obteve-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos participantes.

A capacitação incluiu sensibilização, concepções teóricas sobre parada cardiorrespiratória, justificativas e finalidades das novas diretrizes de ACLS-2010, manobras de massagem cardíaca, relação compressão-ventilação, sequência de procedimento no Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV), ritmos de Parada Cardiorrespiratória (PCR), terapias elétricas, medicações utilizadas na PCR, cuidados pós-PCR, elos da cadeia de RCP e ainda estudos de casos.

Após o curso foi realizada avaliação com os participantes para conferir o conhecimento adquirido e sanar as dúvidas restantes.

4 RESULTADO E ANÁLISE

A capacitação foi realizada no período vespertino com duração de 6 horas, em parceria com a residência de enfermagem em urgência e emergência, para a equipe de enfermagem lotada na sala vermelha da clínica médica, com apenas 1 encontro. Houve a adesão de 04 enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem, sendo 25 % dos enfermeiros e 20% dos técnicos de enfermagem, não havendo participação dos médicos.

A capacitação foi realizada por meio de exposição oral, com duração de seis horas, em apenas um encontro, com discussões clínicas e aula prática com simuladores cedidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Participaram da capacitação quatro enfermeiros e doze técnicos de enfermagem, o que equivale a vinte e cinco por cento dos enfermeiros e vinte por cento de técnicos em enfermagem, do número total profissionais de enfermagem lotados na sala vermelha daquela unidade, não havendo adesão de profissionais médicos na capacitação.

Os temas discutidos foram: concepções teóricas sobre PCR, justificativas e finalidades das novas diretrizes de ACLS-2010, manobras de massagem cardíaca, relação compressão-ventilação, sequência de procedimento no Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV), ritmos de Parada Cardiorrespiratória (PCR), terapias elétricas, medicações utilizadas na PCR, cuidados pós-PCR, elos da cadeia de RCP.

Os principais pontos de discussão nas capacitações foram:

1. De acordo as novas diretrizes de ACLS-2010, as vítimas de PCR podem apresentar um curto período de atividade semelhante à convulsão ou GASP agônico, que podem confundir os possíveis socorristas. Desta forma, os atendentes / operadores devem ser especificamente treinados para identificar tais manifestações de PCR para melhorar o reconhecimento da PCR.
2. Os atendentes / operadores devem instruir socorristas leigos não treinados a aplicar a RCP somente com as mãos em adultos com PCR súbita.

3. Foram feitos refinamentos nas recomendações para o reconhecimento do acionamento imediatos do serviço de emergência / urgência tão logo o profissional de saúde identifique que a vítima adulta não responde, está sem respiração ou apresenta respiração anormal (isto é, apenas gasping). O profissional de saúde deve verificar rapidamente se não há respiração ou se a mesma é anormal (isto é, não respirando ou gasping) ao verificar a capacidade de resposta da vítima. Em seguida o profissional deve acionar o serviço de emergência / urgência e buscar o DEA / DAE (Desfibrilador Externo Automático). O profissional de saúde não deve levar mais de 10 segundos verificando o pulso e, caso não sinta o pulso em 10 segundos, deve iniciar a RCP e usar o DEA / DAE, se possível.
4. O procedimento “ ver, ouvir e sentir se há respiração” foi removido do algoritmo assim minimizando interrupções nas compressões e evitando. Tem-se dado maior ênfase na RCP de alta qualidade (com frequência e profundidade de compressão torácicas adequadas, permitindo retorno total do tórax entre as compressões, ventilações excessivas).
5. O uso da pressão cricoide entre as ventilações não é recomendado.
6. Os socorristas devem iniciar as compressões torácicas antes de aplicar ventilações de resgate (C – A – B, em vez de A – B – C). Iniciar a RCP em 30 compressões, em vez de 2 ventilações. Diminuir a demora em aplicar a primeira compressão.
7. A frequência das compressões deverão manter aproximadamente 100 batimentos cardíacos por minuto.
8. A profundidade de compressão em adultos foi ligeiramente alterada para, no mínimo, 2 polegadas (cerca de 5 cm), em lugar da faixa antes recomendada de cerca de 1 a 2 polegadas (4 a 5 cm).
9. Tem- se dado ênfase permanentemente na necessidade de reduzir o tempo entre a última compressão e a administração do choque e o tempo entre a administração do choque e o reinício imediato das compressões.
10. Há um maior foco na aplicação da RCP em equipes, e como cuidados pós-PCR.

Durante a capacitação, os participantes mencionaram que a falta de conhecimento e habilidade prática foi o maior grau de empecilho para o sucesso da RCP. Esses dados foram passados para os gestores a fim de poder programar uma educação continuada para capacitar toda equipe e sensibilizar a classe médica da importância desses cursos de educação continuada.

Após o curso foi realizada avaliação com os participantes para conferir o conhecimento adquirido e sanar as dúvidas restantes.

A experiência evidenciou resultados positivos, uma vez que os profissionais da enfermagem se mostraram interessados em melhorar os conhecimentos e a prática em relação a RCP, considerando as novas diretrizes do ACLS - 2010. Durante o curso foram bastante participativos, trazendo relatos de experiências, sugeriram novos treinamentos sobre parada cardiorrespiratória e se colocaram disponíveis para construção de uma ferramenta/formulários para registro de dados do cliente e evolução do tratamento no pós PCR, que será ainda redigido com a participação de equipe, assim atingindo os objetivos da pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O curso de atualização foi realizado como uma forma de melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes em PCR atendidos na sala vermelha de um Serviço de Emergência do Distrito Federal e fornecer dados aos gestores hospitalares sobre os principais fatores que influenciam no atendimento ao paciente em PCR, sendo de grande valia e aproveitamento, pois contribuiu com necessidade de melhorar o preparo teórico destes profissionais atuantes na unidade de emergência.

Desta forma, o curso de preparação profissional ajudou a reverter as falhas no processo do cuidar do paciente em PCR, haja visto que as diretrizes - ACLS 2010 foram publicadas recentemente e existem poucos trabalhos publicados versando sobre o tema.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Suporte Avançado de Vida em Cardiologia. Livro do Profissional de Saúde. Produção. São Paulo: Prous Science, 2008. p. 11-17

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. International Consensus on Science, 2010. Disponível em: <http://www.Heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm317343.pdf>. Acessado em : 06 de abril de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de urgência. Brasília, 2009. Ministério da Saúde, 2009. p. 30-33. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>. Acessado em: 07 de abril de 2013.

BRITISH HEART FOUNDATION. Coronary Heart Disease Statistics [Internet]. 15th ed. 2007. [cited 2008 Jun 16]. Available from: Disponível em: http://www.bhf.org.uk/search/results.aspx?m=simple&q=Coronary+Heart+Disease+Statistics+2007+&subcon=BHF_main_site. Acessado em: 07 de abril de 2013.

CRISTINA, J. A. *et al.* Vivências de uma Equipe Multiprofissional de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel em Suporte Avançado de Vida na Assistência ao Adulto em Situação de Parada Cardiorrespiratória., 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=558535&indexSearch=ID>. Acessado em: 07 de abril de 2013.

FALCÃO LFR, FERREZ D, AMARAL JLG – Atualização das Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar de Interesse ao Anestesiologista. Rev Bras Anestesiol 2011; p. 624-640. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=600956&indexSearch=ID>. Acessado em: 07 de abril de 2013.

MARCONE, N. A & LAKATOS, E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. 6. Ed. – 7. Reimpr. – São Paulo: Atlas, 2009. p. 188-189.

M. G. B. Menezes, R. D. Abreu, T. M. V. de Faria. M. S. Rios, F. F. Cardoso, M. P. Silva. O conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre atendimento de reanimação cardiopulmonar em Pará de Minas, Papagaios e Pitangui / MG.; 2009. Revista Digital

FAPAM, Pará de Minas, n.1,2009. Disponível em:
http://www.fapam.edu.br/revista/upload/8092009182430artigo_PCR-MARISA.pdf.
Acessado em: 08 de abril de 2012.

MURPHY M, FITZSIMONS D. Does attendance at an immediate life support course influence nurses' skill deployment during cardiac arrest? Resuscitation 2004; p. 49-54. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000090&pid=S0104-1169200900010000700010&lng=en. Acessado em: 07 de abril de 2013.

M. M. Gonzalez, S. Timerman, R. G. Oliveira, T. F. Polastri, L. A. P. Dallan, S. A. S. G. Lage, A. Schmidt, Claudia San Martín de Bernoche, Manoel Fernandes Canesin, F. J. N. Mancuso, M. H. Favarato. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Resumo Executivo. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ – Brasil. Arq Bras Cardiol. 2013; p.105-113. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=667950&indexSearch=ID>. Acessado em: 07 de abril de 2013.

SILVA AR. Parada cardiorrespiratória em unidades de internação. Vivências do enfermeiro [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006. Disponível em:
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18082006-160807/pt-br.php>.
Acessado em: 09 de abril de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health statistics 2008. Geneva: World Health Organization; 2008. 110 p. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/>.
Acessado em: 07 de abril de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The atlas of heart disease and stroke. Geneva: World Health Organization; 2004. 112p. Disponível em:
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/. Acessado em 07 de abril de 2013