

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Maria do Socorro Rodrigues

**Intervenção educativa no conhecimento dos profissionais de enfermagem
em suporte básico e avançado de vida pediátrico**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Maria do Socorro Rodrigues

Intervenção educativa no conhecimento dos profissionais de enfermagem em suporte básico e avançado de vida pediátrico

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência - do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Ms. Lillian Dias Castilho Siqueira

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Intervenção educativa no conhecimento dos profissionais de enfermagem em suporte básico e avançado de vida pediátrico** de autoria da aluna MARIA DO SOCORRO RODRIGUES 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. Lillian Dias Castilho Siqueira
Orientadora do TCC

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

A minha família linda, com muito amor, carinho e gratidão
pela paciência e compreensão que tiveram durante
todo o período de elaboração desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde, projeto UNA-SUS, por ter financiado essa especialização através da parceria com a UFSC

A UFSC que elaborou e ministrou de forma tão eficiente esse curso a distância

Ao meu companheiro Roberto, pelo apoio e incentivo constantes desde o início do curso.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
3 MÉTODO	12
3.1 MATERIAL EDUCATIVO.....	16
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
5 REFERÊNCIAS	26

RESUMO

Há uma carência de estudos de enfermagem específicos para a organização dos serviços de saúde em relação ao atendimentos das urgência e emergência, que configura uma importante área de atuação da enfermagem. A criança em situação de risco em cenário hospitalar necessita de uma assistência de enfermagem qualificada, com treinamento específico, capaz de promover cuidados intensivos de vigilância e da realização de procedimentos técnicos que objetivem diminuir o risco de morte. A educação de profissionais de saúde objetiva melhorar a qualidade da assistência prestada à criança grave ou ferida para um melhor resultado. Este estudo é um projeto com o objetivo de realizar uma intervenção educativa, composta de estratégias recomendadas na literatura, em profissionais de enfermagem, referente à assistência de enfermagem em suporte básico e avançado de vida pediátrico. Metodologia: a intervenção educativa sera realizada no Hospita Giselda Trigueiro (HGT), localizado em Natal (RN), no mês de maio de 2014. Para isso foi elaborado um manual educativo a fim de favorecer o processo educativo dos profissionais. Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

Palavras-chaves: Cuidados de enfermagem; Emergência; Assistência Pré-Hospitalar

1. INTRODUÇÃO

Diante de nossa prática assistencial como enfermeira, é crescente o interesse em ampliar os conhecimentos que possibilitem aos profissionais de enfermagem uma melhor atuação frente aos aspectos mais complexos das urgências e emergências pediátricas. A falta de capacitação e programas de educação continuada tem dificultado a adequada conduta frente às situações de parada cardiorrespiratória (PCR) que ocorrem em nossa prática profissional em emergências pediátricas. Observa-se que não existe a sistematização das ações, a coordenação e interação entre os membros da equipe é ineficaz e essas faltas tem interferido na qualidade da assistência frente às PCR. Há carência de protocolos assistenciais instituídos que orientem e direcionem o atendimento nestas situações.

Há uma grande carência de estudos de enfermagem específicos para a organização dos serviços de saúde em relação ao atendimentos das urgência e emergência, que configura uma importante área de atuação da enfermagem (AZEVEDO et al., 2010).

A prática de enfermagem no contexto nacional tem se apresentado com qualificação profissional deficiente e limitados recursos que permitam a atuação eficaz e segura. Grande parte do tempo dos enfermeiros - que deveria ser destinado à assistência direta aos pacientes e à supervisão de técnicos e auxiliares - é ocupado com a correção de falhas no sistema e em outros setores, além de busca e manutenção de materiais e equipamentos, prescrições e organização de documentos. Poucos profissionais utilizam evidências científicas para a promoção de uma assistência de qualidade, tornando indispensável o desenvolvimento de estratégias que promovam a interligação da teoria à prática, a fim de que haja qualidade no cuidado e as ações sejam centradas no paciente (PEDREIRA, 2009).

A criança em situação de risco em um cenário hospitalar necessita de uma assistência de enfermagem qualificada, com treinamento específico, capaz de promover cuidados intensivos de vigilância e da realização de procedimentos técnicos que objetivem diminuir o risco de morte (WEHBE; GALVÃO, 2001).

A educação de profissionais de saúde objetiva melhorar a qualidade da assistência prestada à criança grave ou ferida para um melhor resultado (PALS 2010).

Para se obter sucesso na ressuscitação cardiopulmonar é extremamente importante e necessário que todos os profissionais estejam habilitados para reconhecer e atuar nos primeiros sinais de falência cardiorrespiratória, evitando a evolução para a PCR (TACSI; VENDRUSCULO, 2004).

O atendimento pediátrico e neonatal para a PCR foi padronizado na década de 80 e denominado Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de vida Pediátrico (SBV/SAVP). Eles foram introduzidos em 1998 pela Sociedade Brasileira de Cardiologia em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria, que priorizaram a capacitação médica e, posteriormente, os profissionais de enfermagem (TACSI; VENDRUSCULO, 2004).

O suporte básico de vida pediátrico, composto por avaliações sequenciais e habilidades motoras para manter ou restaurar a ventilação e a circulação efetivas, pode ser executado por qualquer pessoa treinada e é muito importante para a recuperação da criança (PALS 2010). Verifica-se o nível de consciência, ausência de pulsos, apnéia ou respiração agônica. Na ocorrência da PCR, recomenda-se a sequência C-A-B: compressões torácicas, abertura das vias aéreas e respiração (PALS 2010).

Em seguida, é instituído o Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP), o qual é executado pelas equipes médicas no atendimento pré-hospitalar e no ambiente intra-hospitalar (AZEVEDO et al. 2010). Este inclui o emprego de equipamento, drogas e técnicas durante a PCR com o objetivo de obter e manter a oxigenação, a ventilação e a perfusão efetivas, a monitorização do paciente, a obtenção do acesso venoso e a identificação e o tratamento das causas da PCR (KLEINMAN et al 2010).

Atualmente, é consenso internacional a utilização do protocolo do SAVP ou PALS (Pediatrics Advance Life Support) nas urgências pediátricas hospitalares, o qual deve ser atualizado a cada dois anos. Esses treinamentos produzem conhecimentos e habilidades para que a equipe atue de forma integrada e organizada (SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013). O uso de protocolos e rotinas atualizadas contribuem para a qualificação da equipe de enfermagem e o desenvolvimento de uma assistência segura e especializada.

Para a obtenção de uma assistência qualificada por meio da capacitação dos profissionais, é necessária uma programação de educação continuada, com a finalidade de

diminuir as dificuldades observadas na prática e promova uma formação adequada das equipes que deverão prestar cuidados terapêuticos de qualidade, humanizados, éticos e sustentados por tecnologias (AZEVEDO et al. 2010), bem como adquirir conhecimento científico para orientar o cuidado, de modo que os procedimentos tenham uma padronização, completamente articulada com a realidade local (JESUS et al. 2011).

A educação continuada permite mudanças em todo o processo de trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que se adquire habilidades e competências continuamente, tendo em vista a necessidade do cenário hospitalar (JESUS et al. 2011). Nesse momento, deve ser considerada como uma estratégia para a qualificação da equipe de enfermagem da pediatria.

O planejamento dessa assistência que ainda não está sistematizada deve contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e de todo o processo de trabalho de enfermagem, possibilitando que a equipe com capacitação, detecte os primeiros sinais de PCR, planeje, intervenha com ações coordenadas e avalie seus resultados.

O sucesso da reanimação cardíopulmonar depende de fatores como a prevenção, educação e treinamento de leigos e profissionais de saúde no reconhecimento da parada cardíaca e das situações de risco na aplicação do Suporte Avançado de Vida Pediátrico (WEHBE; GALVÃO, 2001).

Considerando a deficiência de atendimento às urgências e emergências no setor de pediatria, para garantir uma assistência de qualidade, deve haver o aprimoramento da prática profissional, a partir do estímulo da competência técnico-científica dos trabalhadores. A equipe de enfermagem precisa adquirir um conhecimento amplo relacionado às situações de emergências pediátricas, visto que a atuação deve ser rápida. Assim, é imprescindível que a enfermagem desenvolva habilidades técnicas e científicas suficientes para detectar e desempenhar um plano de assistência imediata nessas situações. Por isso a relevância do tema proposto, que auxiliará ainda no direcionamento de uma assistência mais sistematizada, qualificando todo o cuidado prestado.

Diante desse contexto, esse estudo tem como objetivo realizar uma intervenção educativa, composta de estratégias recomendadas na literatura, em profissionais de enfermagem, referente à assistência de enfermagem em suporte básico e avançado de vida pediátrico.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A capacitação e treinamento em Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP), cuja meta é melhorar a qualidade do tratamento e da assistência para crianças gravemente doentes e feridas, segue as recomendações de protocolos internacionais baseados nas melhores evidências científicas (PALS 2010).

Basicamente, o processo educativo preconizado pela American Heart Association (AHA) para o SBV e para o PALS, promove ênfase ao trabalho de equipe eficaz, ao desenvolvimento de habilidades cognitivas, psicomotoras e a integração entre os profissionais. Os conceitos educativos simplificam o conteúdo de forma que facilita a memorização e a demonstração por meio do uso vídeo e do método *debriefing* (Melo et al. 2011).

O *debriefing* é uma ferramenta de aprendizagem e de aprimoramento contínuo conhecido como “revisão e reflexão pós-ação”. Ele possibilita que o profissional compreenda o que ocorreu e o porquê, e aprenda com essa experiência e, conseqüentemente, melhore a eficácia e o desempenho. Ele promove também a aprendizagem compartilhada, reforça o espírito de equipe e o aprimoramento contínuo de pessoas e processos. As práticas são contextualizadas e baseadas em competências a serem desenvolvidas por cada membro da equipe. A certificação é válida por dois anos, pois existe a possibilidade de perda de habilidade e diminuição da memória dos conceitos fundamentais para a assistência (MELO et al, 2011).

O curso de SAVP para os profissionais de saúde, visando atingir esses objetivos, conta com um teste de competência para Suporte Básico de vida, estações de práticas de habilidades, discussões e simulações de casos básicos, estações de testes de casos básicos e um exame escrito (PALS 2010).

A proposta de intervenção está completamente articulada com o processo educativo descrito e com a realidade observada no cenário da pediatria do Hospital Giselda Trigueiro. Ao adquirirmos as habilidades e competências necessárias para atuarmos de maneira segura e eficaz, poderemos mudar a realidade da assistência atual.

3. MÉTODO

O Hospita Giselda Trigueiro (HGT), localizado em Natal (RN) é um hospital público estadual de médio porte especializado em doenças infecto-contagiosas de referência para o estado do Rio Grande do Norte. Possui os serviços de ambulatório especializado das diversas doenças infecto-contagiosas, pronto-socorro adulto, hospital-dia para pacientes com AIDS, UTI adulto, e quatro enfermarias para internação clínica. Dentre estas enfermarias, a unidade de pediatria possui 24 leitos, com apenas 15 leitos disponíveis, de acordo com determinação da direção do hospital, devido a problemas como número insuficiente de poltronas para as mães acompanhantes e falta de UTI e pronto-socorro pediátricos. O HGT recebe crianças referenciadas e/ou encaminhadas por outras unidades de saúde ou serviços hospitalares, através da regulação de leitos hospitalares pelas Unidade Gerenciadoras de Vagas (UGV).

No setor de pediatria existem enfermarias (quartos) com um leito, utilizados para situações de isolamento e enfermarias com dois e quatro leitos. Quando necessário, as crianças mais graves ficam nas enfermarias mais próximas ao posto de enfermagem, para maior vigilância. Não existe uma enfermaria ou sala de reanimação exclusiva para a criança grave ou em parada cardiorrespiratória (PCR) e nem equipamentos de suporte de vida, como ventiladores artificiais e desfibriladores infantis.

Habitualmente, o setor Pediatria recebe crianças com doenças infecciosas potencialmente graves e/ou com o estado geral/nutricional comprometidas. Diante do agravamento dos casos, e pela falta de UTI pediátrica, é providenciada a transferência das crianças para outras unidades da rede de saúde com este serviço, após devidamente estabilizadas para um transporte seguro.

A assistência nas PCR é realizada sempre por mais de um profissional, iniciando-se mais frequentemente pela equipe de enfermagem, pelo SBV (reconhecimento dos sinais da PCR e início da manobras de ressuscitação), em seguida é chamado o médico de plantão no pronto socorro e juntos iniciarão as manobras do SAVP.

A equipe multidisciplinar que assiste a pediatria é composta por seis médicos, seis enfermeiras, um terapeuta ocupacional, dois brinquedistas e 23 técnicas de enfermagem que cumprem escala de 40 horas semanais em regime de plantão de 12 horas. Devido a uma

prolongada reforma, o setor de pediatria esteve fechado por cerca de 10 anos e foi reinaugurado há 3 anos. A equipe de enfermagem atual é formada por pessoal recém contratado pela Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESAP) ou remanejada de outros setores do hospital.

Desde a reabertura do setor de pediatria não houve capacitação/treinamento algum em suporte básico e suporte avançado de vida pediátrico (SBV/SAVP) para os profissionais médicos e de enfermagem, que tenha sido promovido pelo próprio hospital ou outra instituição.

Este estudo é um projeto relacionado à proposta de uma intervenção educativa a ser realizada na sala de aula do HGT, no período de um mês (Maio de 2014), em três turmas semanais para SBVP, sendo uma matutina, uma vespertina e uma noturna, para oito técnicas de enfermagem e seis enfermeiras. E ainda, uma turma diurna (SAVP) para seis enfermeiras. Cada turma terá uma carga horária de 4 horas-aula (teóricas e práticas) para SBVP e de 8 horas-aula (teóricas e práticas) para SAVP.

Para isso foi elaborado um manual educativo, a partir de revisões bibliográficas, buscando favorecer o processo educativo no ambiente hospitalar. Os instrumentos e documentos (vídeos, textos e materiais complementares) encontram-se listados na bibliografia, e a metodologia a ser utilizada está descrita nos planos de aula 1 e 2. As capacitações serão realizadas através de uma parceria HGT / NEP (Núcleo de Educação Permanente) do SAMU de Natal, que será responsável por fornecer todos os equipamento de simulação utilizado nas aulas práticas.

Após a realização da capacitação dos profissionais, será distribuída a cartilha e um folder educativo com as orientações básicas sobre SBVP e SAVP e que também ficará disponível para todos, no setor da pediatria.

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

Plano de aula 1 - SBVP

PLANO DE AULA*

Assunto: Suporte Básico de Vida em Pediatria*

Instrutor: SMS – NEP – SAMU

Participantes: Enfermeiras e técnicas de enfermagem do setor de pediatria do Hospital Giselda Trigueiro

Carga horária: 04 horas Local: Sala de aula - HGT

Objetivos	Conteúdo		tempo	Procedimentos de ensino	Recursos didáticos	Avaliação
	Genêr	Específicos				
<p>Capacitar enfermeiras e técnicas de enfermagem em Suporte Básico de Vida pediátrico.</p>	<p>1. Reconhecimento da parada respiratória e cardiorrespiratória</p> <p>2. Realizar Suporte Básico de Vida frente as paradas respiratória (PR) e cardiorrespiratória (PCR) por meio da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade, com uso do desfibrilador automático (DEA) quando indicado.</p>	<p>1. Reconhecimento da parada respiratória e cardiorrespiratória no bebê e na criança</p> <p>2. Atuação frente à PR e PCR: prioridade de abordagem em SBV – ABC da RCP</p> <p>3. Memórias de reanimação cardiorrespiratória em SBV no bebê e na criança</p> <p>4. Indicações e forma de utilização do DEA</p>	<p>Conteúdo 1 - 15 minutos</p> <p>Conteúdo 2 - 30 minutos</p> <p>Conteúdo 3 - 10 minutos</p> <p>Conteúdo 4 - 120 minutos</p>	<p>1. O Tutor informa o tema da aula, promove uma discussão sobre as situações reconhecidas de parada respiratória e cardiorrespiratória em pediatria e as dificuldades apresentadas na abordagem dos casos</p> <p>2. Exibiu os vídeos da aula, solicitando atenção as demonstrações das técnicas de atendimento no bebê e a criança em PCR.</p> <p>3. Ao término da exibição da aula, o Tutor questiona sobre dúvidas e necessidade de maiores esclarecimentos, o tutor leva consigo as principais dúvidas abordadas e informa que este tema terá como atividade complementar a seguinte prática de simulação</p> <p>4. Aula Prática de Simulação: Os participantes deverão se dividir em grupos de 6 a 8 alunos para cada instrutor, para que sejam treinados os manobras de ressuscitação cardiopulmonar no bebê e na criança e o uso do D. Desfibrilador Externo Automático (DEA) (60 minutos para cada fase clínica)</p>	<p>PCR/RCP</p> <p>Vídeos de simulação de atendimento de PCR no bebê e na criança</p> <p>Texto disponibilizado na biblioteca do platforma: American Heart Association. Aspectos mais relevantes dos Diretrizes da American Heart Association sobre Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiorrespiratório de Emergência. Currents in Emergency Cardiovascular Care 2016; 1(64):1-28. Disponível em: www.hombdmsemergencia.com.br/arquivos%20PDF/Sidmehicrca.pdf</p> <p>Para as aulas práticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manequins infantis (bebê e criança) • Dispositivo bolsa valva máscara • Cilindro portátil de oxigênio • Máscaras faciais de diferentes tamanhos • Cálculo omlingua de diferentes tamanhos • Caixa para ser colocado sob dorso se necessário <p>DEA</p> <p>Vídeos de simulação de uso de DEA no bebê e na criança</p> <p>Texto disponibilizado na biblioteca do platforma: American Heart Association. Aspectos mais relevantes dos Diretrizes da American Heart Association sobre Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiorrespiratório de Emergência. Currents in Emergency Cardiovascular Care 2016; 1(64):1-28. Disponível em: www.hombdmsemergencia.com.br/arquivos%20PDF/Sidmehicrca.pdf</p> <p>Para as aulas práticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manequins infantis (bebê e criança) • Dispositivo bolsa valva máscara • Cilindro portátil de oxigênio • Máscaras faciais de diferentes tamanhos • Cálculo omlingua de diferentes tamanhos • Caixa para ser colocado sob dorso se necessário • DEA 	Pré-teste Pós-teste

* Adaptado do Hospital Alemão Oswaldo Cruz – Projeto de Capacitação dos Profissionais de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel – Rede SAMU 192 e Pré-Hospitalar Fixo

Plano de aula 2 - SAVP

PLANO DE AULA*

Assunto: Suporte Avançado de Vida em Pediatria*

Instrutor: SMS – NEP – SAMU

Participantes: Enfermeiras do setor de pediatria do Hospital Giselda Trigueiro

Carga horária: 08 horas Local: Sala de aula - HGT

Objetivos Gerais	Específicos	Conteúdo	tempo	Procedimentos de ensino	Recursos didáticos	Avaliação
Capacitar enfermeiras em Suporte Avançado de Vida em Pediatria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconhecer as indicações de Suporte Básico e de Suporte Avançado de Vida em Pediatria; 2. Realizar o Suporte Básico de Vida com uso do desfibrilador externo automático (DEA) por meio da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade; 3. Realizar o Suporte Avançado de Vida frente aos casos de parada cardiopulmonar (PCR), mantendo a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconhecimento da parada respiratória e cardiopulmonar no lactente e na criança; 2. Atuação frente à parada respiratória e cardiopulmonar, prioridades da abordagem R CAB da RCP (Ressuscitação Cardiopulmonar); 3. Manobras de reanimação cardiopulmonar em Suporte Básico de Vida (SBV) no lactente e na criança; 4. Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade, com 1 e 2 profissionais; 5. Utilização do DEA (Desfibrilador Externo Automático); 6. Reanimação Cardiopulmonar em Suporte Avançado de Vida (SAV) no lactente e na criança. 	<p>Conteúdo 1 - 15 minutos</p> <p>Conteúdo 2 - 45 minutos</p> <p>Conteúdo 3 - 60 minutos</p> <p>Conteúdo 4 - 120 minutos</p> <p>Conteúdo 5 - 60 minutos</p> <p>Conteúdo 6 - 120 minutos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assistir à Videoaula: "R e PCR em Pediatria em Suporte Básico de Vida". (30 min). 2. Na sequência, assistir à Videoaula: "R e PCR em Pediatria em Suporte Avançado de Vida". (20 min). 3. Realizar a atividade Feedback. 4. Desenvolver habilidades nas técnicas de RCP e atendimento à Parada Respiratória em SBV e SAV, em aulas Práticas Programadas, sob acompanhamento do Tutor. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vídeoaulas; 2. Textos das Videoaulas em PowerPoint; 3. Links disponíveis: Diretrizes 2010 do American Heart Association e Consenso European, disponibilizados no AVA; 4. Texto: AHA Guidelines 2010 Part 1: Executive Summary em PDF; 5. Texto: AHA Guidelines 2010 Part 3: Ethics em PDF; 6. Texto: AHA Guidelines 2010 Part 9: Post Cardiac Arrest Care em PDF; 7. Texto: AHA Guidelines 2010 Part 13: Pediatric Basic Life Support em PDF; 8. Texto: AHA Guidelines 2010 Part 14: Pediatric Advanced Life Support em PDF; 9. Texto: Distúrbios das Diretrizes AHA 2010 Portuguese: Brazilian em PDF; 10. Texto: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 section 6 Pediatric Life Support em PDF; 11. Texto: Full ERC 2010 Guidelines em PDF; 12. Roteiro para a coordenação e execução das atividades Práticas em PDF disponibilizado pelo o Tutor; 13. Material necessário para aula Prática (especificado no roteiro) em PDF disponibilizado pelo o Tutor. 	Pré-teste Pós-teste

* Adaptado do Hospital Alameda Osvaldo Cruz – Projeto de Capacitação dos Profissionais de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel – Rede SAMU 192 e Pré-Hospitalar Fixo

3.1 Material Educativo

Folder educativo – SBV. Frente.



Folder educativo – SBV. Verso.

C	A	B
		
Compressões	via Aérea	Boa ventilação
Aperte forte e rápido no meio do tórax 100 vezes por min	Incline a cabeça da vítima e eleve a mandíbula para abrir a via aérea	Faça duas ventilações resgate boca-a-boca

Fonte: 2010 AHA Guidelines for CPR & ECC

Capa da cartilha educativa

SUORTE DE VIDA EM PEDIATRIA



PALS em 5 min

Adaptado de: Pediatric Advanced Life Support: 2010 American Heart Association
Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care
- Monica E. Kleinman et al. Circulation. 2010;122:S876-S908

Maria do Socorro Rodrigues

Natal - 2014

Cartilha Educativa. Suporte Básico e Avançado de Vida em Pediatria

Tabela 1 - Resumo das manobras de SBV na reanimação cardiorrespiratória

Recomendações			
Componente	Adulto	Criança	Lactente
Reconhecimento	Nao responsivo (para todas as idades)		
	Sem respiração ou respiração anormal (Gasping)	Sem respiração ou apenas Gasping	
	Sem pulso palpado em 10 segundos para todas as idades (para profissionais de saúde)		
Sequência da RCR	C A B		
Frequência da compressão	No mínimo 100/minuto		
Profundidade da compressão	no mínimo 2 polegadas (5 cm)	no mínimo, 1/3 de diâmetro AP 2 polegadas (5 cm)	no mínimo 1 /3 de diâmetro AP 1 ½ polegada (4 cm)
Retorno da parede torácica	Permitir retorno total entre as compressões. Profissionais de saúde, alternar as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos.		
Interrupções nas compressões	Minimizar interrupções torácicas, tentar limitar as interrupções a menos de 10 segundos		
Vias aéreas	Inclinação da cabeça – elevação do queixo (profissionais de saúde que suspeitem de trauma: anteriorização da mandíbula)		
Relação compressão/ventilação (até a colocação da via aérea avançada)	30:2 1 ou 2 socorristas	30:2 1 socorrista 15:2 2 socorristas	
Ventilações quando socorrista não treinado ou treinado e não proficiente	Apenas compressões		
Ventilações: com via aérea avançada (profissionais de saúde)	1 ventilação a cada 6 a 8 segundos (8 a 10 ventilações por minuto) Assíncronas com compressões torácicas Em torno de 1 segundo por ventilação Elevação visível do tórax		
Desfibrilação	Colocar e usar o DEA/DAE quando disponível. Minimizar as interrupções nas compressões torácicas antes e após o choque. Reiniciar a RCR começado com compressões imediatamente após cada choque.		

Fonte: Artigo de revisão - Novas recomendações para o atendimento ao paciente pediátrico gravemente enfermo. pag. 14, tabela 1, modificado de Hazinski MF, Sanso NR, Shexnayder S. Manual de atendimento cardiovascular de emergência/urgência para profissionais de saúde 2010. American Heart Association. 2010.

Tabela 2 - Modo de funcionamento e utilização do desfibrilador externo (DEA/DAE)

Passos	Descrição dos passos
Ligar o DEA	Apertar o botão ligar
Colocar as pás no paciente	Colocar nos locais indicados (ver desenhos nas pás indicando os locais): geralmente a borda infra-axilar esquerda e região ântero-superior (infraclavicular) direita do tórax
Ligar os fios das pás	Ligar os fios das pás no equipamento DEA
Analisar o ritmo	Pare as manobras da RCR para que o DEA analise o ritmo
Administrar o choque, se indicado	Afastam-se todos os reanimadores do paciente para que o aparelho administre o choque. Se o DEA indicar, aperte o botão choque
reiniciar as manobras de RCR	Logo a seguir, reinicie as manobras de RCR reanalisando o ritmo após 2 minutos ou 5 ciclos

FONTE: Artigo de revisão - Nova recomendações para o atendimento a paciente pediátrico gravemente enfermo. Revista médica de Minas Gerais 2011;21 (4 supl 1): s 12 - s 21.

Tabela 3 - Sinais de alerta em neonatos, crianças e adolescentes

Frequência respiratória	Acima de 60 irpm em qualquer faixa etária. Bradipnéia
Esforço respiratório	Batimentos de aletas nasais, gemência, retração esternal, tiragem intercostais ou subdiafragmáticas ou subcostais, balanço tóraco-abdominal, estridor, Gasping.
Palpação dos pulsos	Finos, rápidos, ausentes, muito cheios
Perfusão capilar	Acima de 2 segundos
Frequência cardíaca	RN < 80 a 100 ou > 200 bpm Até 1 ano: < 80 a 100 ou > 180 bpm Crianças: < 60 a 80 ou > 180 bpm Adolescentes: < 60 ou > 160 bpm
Pressão arterial	Pressão sistólica inferior ao percentil 5: RN < 60mmHg; até 1 ano < 70; 1 a 10 anos < 70 + (idade em anos x 2); acima de 10 anos < 90mmHg. Pressão sistólica ou diastólica superior ao percentil 90.
Cor	presença de cianose ou palidez acentuada
Hipóxia	Pode ser notada a partir da saturimetria, palidez cutânea, alteração do sensorio, sinais de má-circulação
Alteração de consciência	Não reconhece os pais, confusão mental, sonolência, irritabilidade, protação
Diminuição do débito urinário	Sinal de hipovolemia ou choque de outra etiologia
Em fetos ou neonatos	bradicardia fetal, líquido amniótico meconial, diagnóstico prévio de má formação, idade materna abaixo de 16 ou acima de 35 anos, prematuridade, crescimento intrauterino restrito, parto de urgência em local inapropriado, doença materna, uso de drogas ou medicamentos pela mãe, ausência de pré-natal, morte fetal ou neonatal prévia, gemelaridade, pós-maturidade, atividade fetal diminuída, oligohidrânio, apresentação pélvica no parto, mãe com infecção, parto operatório, rotura prolongada de membranas, prolapso de cordão umbilical, sedação materna.

Fonte: Melo MCB, Alvim Cg. reconhecimento e primeiro atendimento à criança e ao adolescente gravemente enfermos. in: Alves CrL, viana MrA. (org.). saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: CoopMed; 2003. p. 263-276.

Tabela 4 - Reanimação de alta qualidade. Pontos chaves.

Comprimir com força – pelo menos um terço do diâmetro anteroposterior do tórax, cerca de 4 cm em bebês e 5 cm em crianças
Comprimir com rapidez – no mínimo 100 compressões por minuto
Permitir o retorno do tórax após cada compressão
Minimizar as interrupções nas compressões torácicas
Evitar ventilação excessiva

Fonte: PALS: 2010 AHA Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Monica E. Kleinman et all. Circulation. 2010;122:S876-S908

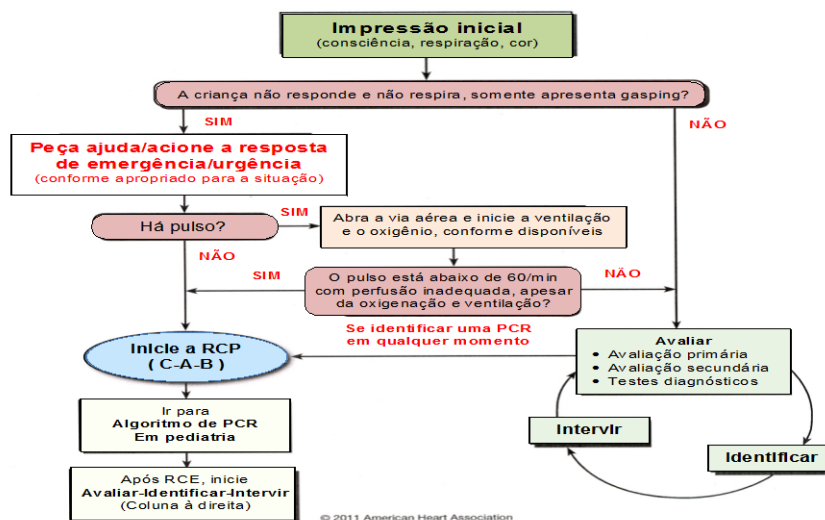
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA EM SAVP

A B C D E	
A	Condição das vias aéreas
	Pérvias Sem obstrução
VIA AÉREA	<p>Preserváveis Vias aéreas obstruídas mas que podem ser corrigidas com uma simples inclinação da cabeça ou elevação do queixo</p> <p>Não preserváveis Vias aéreas obstruídas que precisam de uma intervenção avançada (p. ex., intubação)</p>
B	Compreende avaliar
	Frequência respiratória
	Esforço respiratório
RESPIRAÇÃO	Expansão torácica e movimento do ar
	Sons nos pulmões e vias aéreas
	Saturação de O ₂ por oximetria de pulso
C	É avaliada analisando-se
	A frequência e o ritmo cardíaco
	Os pulsos periféricos e centrais
CIRCULAÇÃO	Tempo de preenchimento capilar
	Coloração e temperatura da pele
	Aferir pressão arterial
D	Avaliação rápida da função neurológica que compreende
	Escala de resposta pediátrica AVDI (Alerta, Voz, Dor, Irresponsivo)
DISFUNÇÃO	Escala de coma de Glasgow modificada para bebês e crianças
	Resposta das pupilas á luz
E	Componente final da avaliação primária
	compreende o exame físico da criança que deve ter as roupas removidas de uma área de cada vez, e protegida para se manter confortável e aquecida.
EXPOSICÃO	Devem ser observados sinais de hipotermia, hemorragia, petéquias e/ou púrpura consistente com choque séptico.

Tabela 3 - Abordagem sistemática do Suporte Avançado de Vida em Pediatria

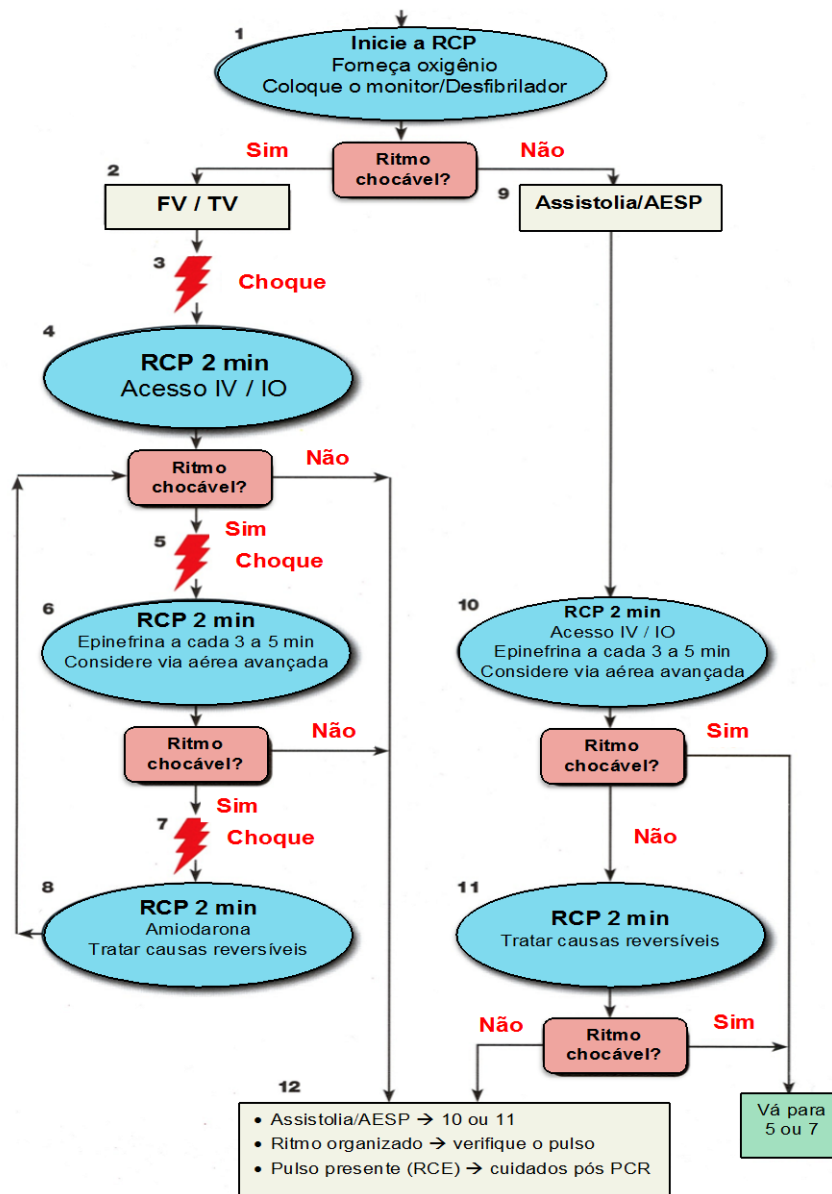
IMPRESSÃO INICIAL		
Grau de consciência	Não responde, irritável, alerta	
Respiração	Maior dificuldade para respirar, ausência ou redução do esforço respiratório ou sons anormais ouvidos sem auscultação	
Cor	Coloração anormal da pele, como cianose, palidez ou moteamento	
AVALIAR		
Avaliação primária	Abordagem ABCDE, rápida e prática, para avaliar a função respiratória, cardíaca e neurológica; esta etapa inclui a avaliação dos sinais vitais e a oximetria de pulso	
Avaliação secundária	Histórico médico e exame físico específicos	
Testes diagnósticos	Exames laboratoriais, radiográficos e outros testes avançados que ajudam a identificar a condição fisiológica e o diagnóstico da criança	
IDENTIFICAR		
	Tipo	Gravidade
Respiratórios	Obstrução das vias aéreas superiores Obstrução das vias aéreas inferiores Doença do tecido pulmonar Distúrbios do controle da respiração	Desconforto respiratório Insuficiência respiratória
Circulatórios	Choque hipovolêmico Choque distributivo Choque cardiogênico Choque obstrutivo	Choque compensado Choque hipotensivo
Insuficiência Cardiopulmonar		
Parada / Paragem Cardiorrespiratória (PCR)		
INTERVIR		
Posicionamento da criança para manter via aérea patente		
Acionar serviço de urgência / emergência		
Iniciar RCP		
Buscar o carro de ressuscitação e o monitor		
Colocar o monitor cardíaco e o oxímetro de pulso na criança		
Administrar O ₂		
Administrar ventilação		
Iniciar medicações e fluídos (p. ex., tratamento com nebulizador, bolus de fluídos IV)		

Algoritmo de Abordagem Sistemática de SAVP



Algoritmo de Parada Cardiorrespiratória em pediatria

Chame ajuda/acione a resposta de emergência/urgência



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização e o planejamento da criança gravemente doente ou ferida representa um desafio, onde devem-se investir esforços, recursos humanos, materiais e tecnológicos para a mudança do cenário da pediatria do Hospital Giselda Trigueiro. A qualidade da assistência está diretamente ligada ao sucesso nas reanimações cardiorrespiratórias. Quanto mais cedo os procedimentos forem iniciados, maior a possibilidade de restauração da saúde e vida da criança em estado crítico. O Suporte Básico de Vida é fundamental em Parada Cárdiorrespiratória e deve ser bem executado até à instituição do Suporte Avançado de Vida. No ambiente intra hospitalar é indispensável que a assistência ocorra em tempo hábil, a partir de tomada de decisão correta e que o trabalho seja realmente desenvolvido por equipes bem treinadas e capacitadas.

É importante ressaltar que esse plano de ação de cuidados de enfermagem é um projeto e, como tal, foi elaborado com a finalidade de uma futura capacitação para os profissionais de enfermagem do setor de pediatria do Hospital Giselda Trigueiro.

Os planos de ação de cuidado de enfermagem e ou protocolos contribuem para a melhoria da assistência de enfermagem, com a finalidade de proporcionar ações educativas para a equipe, pacientes e familiares. E ainda a utilização de protocolos e/ ou plano de ação de cuidados em enfermagem torna-se um importante instrumento da tomada de decisões do enfermeiro e sua equipe.

5. REFERÊNCIAS

- ADRIANA, Gut L. Ricceto, et al. Sala de emergência em pediatria: casuística de um hospital universitário. *Rev Paul Pediatría* 2007; 25(2): 156-60.
- American Heart Association, PALS – Pediatric Advanced Life Support – Provider manual. 2010.
- AZEVEDO, A.L.C.S., et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. *Rev. Eletr. Enf. (internet)*. 2010;12(4): 736-45. Available from; <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4n4a20.htm>.doi;105216/ree.v12i4.6585.
- BARBOSA, G.C; MANEQUIM, S.; LIMA, S.A.M; MORENO,V. Política nacional de humanização e formação dos profissionais de saúde: Revisão integrativa. *Rev Bras Enfer* vol 66 n 1 Brasília 2013.
- JESUS, Maria Cristina P., et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. *Rev da escola de Enfermagem da USP* vol 45 n 5 São Paulo Out 2011.
- KLEINMAN, M.E., ET AL. Pediatric advanced life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Pediatrics* 2010; 126: e1361-99.
- MATSUMO, A.K., Reconhecimento das Situações de Emergência: Avaliação Pediátrica. Simposio: Emergências pediátricas Capítulo 1 Medicina (Ribeirão Preto) 2012: 45(2) 158-67.
- MELO, M.C.B., et al. Novas recomendações para o atendimento ao paciente pediátrico gravemente enfermo – Artigo de revisão. *Revista Médica de Minas Gerais* 2011; 21(4 SUP1):S12-S21
- PEDREIRA, M.L.G. Prática de enfermagem baseada em evidências para promover a segurança do paciente. *Acta paulista*, v. 22, n. especial, p.880-1, 2009.

- SAKANO, T.S., Parada Respiratória e Cardiorrespiratória em pediatria- Projeto de Capacitação dos profissionais do SUS em Urgência e Emergência Suporte Avançado de Vida. Hospital Alemão Oswaldo Cruz 20013.
- SAKANO, T.S., Parada Respiratória e Cardirrespiratória na infância –Suporte Básico de Vida (SBV) em pediatria. Capacitação dos profissionais de APH móvel (SAMU 192) e APH fixo. Hospital Alemão Oswaldo Cruz 2013.
- SANTOS, A.M.R., et al. Vivências de familiares de crianças internadas em um serviço de Pronto-socorro Rev Esc Enfer USP 2011; 45(2): 473-9.
- SOUZA, M.F.G; SANTOS, A.D.B; MONTEIRO, A.I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. Rev Bras Enfer vol 66 nº 2 Brasília Mar/Abr 2013.
- TACSY, I.R.C; VENDRUSCULO, D,M,S. A assistência de enfermagem no serviço de enfermagem pediátrica. Rev Latino-Am Enfermagem, 2004 Maio-Junho; 12(3):477-84.
- Timing Desenvolvimento Empresarial. Revisão e Reflexão Pós-Ação (Debriefing). [Internet]. Brasil. Atualizado em 2011. Disponível em: <http://www.timingdesenvolvimento.com.br/2011/12/10/revisao-e-reflexao-pos-acao-debriefing-3/>
- WEHBE, G.; GALVÃO, C.M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. Rev Latino-am Enfermagem 2001 Março; 9(2): 86-90.

