

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARCELA APARECIDA BERTOLDI DE MELO

**CAPACITAÇÃO EM REANIMAÇÃO CARDIORESPIRATORIA DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CORONEL
ANTONINO, CAMPO GRANDE/MS**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARCELA APARECIDA BERTOLDI DE MELO

**CAPACITAÇÃO EM REANIMAÇÃO CARDIORESPIRATORIA DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CORONEL
ANTONINO, CAMPO GRANDE/MS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – 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: Ms. Jackeline Kércia de Souza Ribeiro

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CAPACITAÇÃO EM REANIMAÇÃO CARDIORESPIRATORIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CORONEL ANTONINO, CAMPO GRANDE/MS** de autoria do aluno **MARCELA APARECIDA BERTOLDI DE MELO** 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. Jackeline Kércia de Souza Ribeiro

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, em especial meu marido Helder Antônio de Melo Barbosa, que sempre esteve ao meu lado como o alicerce de uma casa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente aos colegas enfermeiros Cristina Emiko Uchiyama, Juliano Barão, Fábio Leocates de Moraes e Ivair Moura de Souza que participaram como parceiros idealizadores e instrutores do treinamento.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
3 MÉTODO.....	14
4 RESULTADOS E ANÁLISE.....	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
APÊNDICES.....	25

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Aula expositiva teórica em formato Power point.....	17
Figura 2 Roda de conversa com discussão de casos.....	18
Figura 3 Simulação de atendimento do SBV ao paciente adulto em PCR.....	19
Figura 4. Simulação de atendimento do SBV ao paciente pediátrico em PCR.....	19
Figura 5. Simulação de abordagem a via aérea no paciente adulto e pediátrico.....	20
Figura 6. Estação prática de atendimento sequencial no SAV.....	21

RESUMO

A parada cardiorrespiratória é o evento de maior gravidade a que a equipe de enfermagem pode se deparar em sua vida assistencial. Técnicas de reanimação padronizadas e mundialmente difundidas baseadas em evidências científicas podem colaborar com a diminuição das sequelas e melhorar a qualidade de vida do paciente pós evento PCR. Este estudo trata-se de um relato de treinamento realizado com base nas novas diretrizes da AHA (2010) tendo como público alvo técnicos de enfermagem de uma UPA local. Trata-se da produção de uma tecnologia de cuidado que visa uniformizar as ações de enfermagem frente ao paciente em PCR utilizando-se de aulas expositivas e práticas sobre o tema. Foram utilizadas aulas teóricas, rodas de conversas com discussão de casos, práticas de SBV e SAV. Ficou clara a necessidade de apropriação de conhecimento técnico pela equipe de enfermagem para a valorização profissional e melhoria na qualidade da assistência prestada ao paciente em PCR.

1 INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma situação de gravidade extrema pela qual a equipe de enfermagem pode se deparar e é considerada um problema mundial de saúde pública. Segundo Aelhart (2007, p.23) é conceituada como “[...] a ausência de atividade mecânica cardíaca, confirmada pela ausência de pulso detectável, ausência de responsividade e apnéia ou respiração agônica [...]”, e que é passível de reversão aplicando-se manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP).

A RCP é um conjunto de procedimentos mecânicos e farmacológicos e seu objetivo é reverter a morte precoce das vítimas (CHAMBERLAIN, 2005 in SILVA e OLIVEIRA, 2013), mantendo artificialmente um débito cardíaco (DC) suficiente para gerar fluxo sanguíneo arterial ao tecido cerebral e aos demais órgãos vitais, até que ocorra o retorno circulatório espontâneo (RCE).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013) estima que por ano morrem cerca de 200.000 pessoas no Brasil em decorrência de agravos relacionados a paradas cardiorrespiratórias, porém não existem dados suficientemente densos para dimensionar exatamente tal quadro.

As Diretrizes da *American Heart Association* (AHA, 2010), para RCP, são baseadas em um processo internacional de avaliação de evidências, realizado por cientistas e especialistas em ressuscitação do mundo todo, com intuito de uniformizar as práticas clínicas aumentando as chances de recuperação imediata e de sobrevida com restauração da saúde e limitação de incapacidades. Em 2010 o conceito de RCP de “alta qualidade” foi bastante enfatizado com critérios de avaliação bem definidos e mensuráveis.

O sucesso de uma RCP depende diretamente de ações rápidas, da qualidade da assistência prestada e do entrosamento da equipe durante o evento PCR, portanto, o conhecimento teórico, a aplicação de diretrizes internacionais e as habilidades técnicas da equipe de saúde estão intimamente ligados à qualidade de vida que o paciente terá após o RCE. Tal fato reforça a necessidade da aplicação de treinamentos para profissionais de saúde, com intuito de que aspectos importantes e de impacto nos desfechos tenham maior chance de serem aplicados no cotidiano destes profissionais.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em questão é classificada pelo Ministério da Saúde como porte III, ou seja, abrange uma área de 200.001 a 300.000 habitantes, presta atendimentos até 450 pacientes/dia, e possui 29 leitos distribuídos nas áreas vermelha, amarela e

verde. Fazem parte do quadro de servidores funcionários concursados (efetivos) fixos e plantonistas. Os servidores fixos trabalham em regime de escala de serviço com carga horária de 40h/semanais de segunda a sexta-feira; no período noturno, finais de semana e feriados, em regime de plantão, assumem as atividades assistenciais servidores plantonistas, que originalmente são lotados em unidades básicas ou de referência especializada durante o dia, ou seja, estes servidores vivenciam situações extremas, como assistência ao paciente em PCR, apenas eventualmente na realização de plantões.

A limitação técnica e a falta de prática diária frente a situações de emergência da equipe de plantonistas sempre foram preocupações e motivo de discussões nas reuniões mensais de enfermeiros. Sendo assim, de maneira consensual, os enfermeiros fixos, plantonistas e gerente administrativo, elegeram vários assuntos a serem desenvolvidos em capacitações teórico-práticas, com foco prioritário às diretrizes de atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória.

Os treinamentos teórico-práticos têm como objetivo contextualizar os componentes da equipe de enfermagem frente às novas diretrizes de atendimento ao paciente em PCR com base em protocolo internacionalmente aceito da AHA; além de praticar técnicas básicas de reanimação para uma RCP de alta qualidade; e uniformizar as ações da equipe de enfermagem na sala de emergência durante a RCP.

Este estudo tem por finalidade relatar uma capacitação da equipe de enfermagem frente as novas diretrizes de reanimação do paciente em parada cardiorespiratória. Assim como visa descrever a importância da atualização constante técnico-científica da equipe de enfermagem, participar ativamente na construção do saber de enfermagem a cerca do tema e relatar a importância da equipe de enfermagem inserida no conceito de equipe multiprofissional capacitada e atuante frente ao paciente em PCR.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

É de conhecimento geral que as instituições formadoras de profissionais de saúde oferecem embasamento insuficiente de seus formados para o enfrentamento de situações de urgência no cotidiano de trabalho a que serão expostos no decorrer de suas vidas profissionais. O Ministério da Saúde explicita esta situação na Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, [...] as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente [...] (BRASIL, 2002), tornando pública esta fragilidade na formação profissional.

Deve ser considerada ainda, como fator determinante na qualidade da formação de profissionais de saúde, de modo limitador da qualidade da assistência ao paciente em PCR, a falta de educação continuada voltada a urgência de um modo geral. Trata-se de educação continuada, conforme PASCHOAL (2004) toda a ação desenvolvida após a formação profissional com intuito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações e atividades de duração, definidas por meio de metodologia formais.

Como estratégia para melhoria do quadro apresentado, o Ministério da Saúde, ainda na Portaria GM nº 2.048 (BRASIL, 2002), institui os Núcleos de Educação em Urgência (NEU), integrando os níveis estaduais e municipais, como responsáveis pela capacitação/treinamentos, e melhorias da qualificação técnica dos trabalhadores em saúde. Mesmo existindo o NEU, na prática vivenciada em nosso município, existem apenas algumas ações pontuais, de iniciativa dos próprios trabalhadores em saúde, na maioria das vezes enfermeiros, que buscam com treinamentos limitados a sua equipe, alguma melhoria na qualidade do serviço prestado ao paciente em situação de urgência ou emergência.

Se somarmos a falta de qualificação profissional à falta de incentivo às equipes em serem capacitadas, teremos um cenário desolador levando-se em conta que tratamos de pacientes em risco de vida. Programar e implantar processos de melhoria continuada da qualidade da assistência ao paciente crítico, são desafios para todas as instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas. Dessa forma a utilização das diretrizes pode contribuir para uma linguagem uniforme e para com a implantação de ações de melhoria/atualização destes processos.

Também são poucos os estudos voltados a analisar o impacto que esta insuficiência de formação possa ter na saúde pública brasileira. Ferreira *et al* (2012) em estudo observacional transversal avalia perfil e conhecimento teórico de médicos e enfermeiros acerca de PCR no município de Rio Branco, Acre, conclui que o tempo de experiência de cada profissional, associado a conhecimentos teóricos fundamentados têm influencia nas ações e cuidados de pacientes em PCR, evitando mortes prematuras e assegurando maior qualidade de vida ao cliente. Ainda, recomenda maiores investimentos em capacitações para profissionais com menor tempo de experiência, o que é característica de boa parte do público alvo do nosso treinamento.

Lima *et al* (2009) correlacionou, em estudo descritivo com delineamento transversal, tendo como participantes auxiliares, técnicos e enfermeiros de uma equipe de um hospital terciário de Recife/PE, o conhecimento prévio e após treinamento voltado ao suporte básico de vida (SBV) e suporte avançado de vida (SAV), em que 91% da amostragem total demonstraram ganho de conhecimento, evidenciando a necessidade de educação continuada em saúde para melhoria dos serviços.

O tratamento adequado do paciente em PCR está diretamente direcionado ao fator tempo, pois quanto mais rapidamente a equipe identificar esta situação e iniciar as manobras de SBV, maior será a chance deste paciente obter Retorno Circulatório Espontâneo (RCE), com melhor qualidade de vida. Outros fatores como harmonia, capacidade técnica, envolvimento da equipe e uma estrutura de atendimento organizada também são contribuintes. Falhas neste momento inicial de abordagem a PCR pode ser fatal no decorrer da assistência ao paciente.

As novas diretrizes da *American Heart Association* (AHA, 2010) trazem alterações muito específicas e mais facilitadas para abordagem do paciente em PCR; ênfase nas compressões de alta qualidade com critérios bem definidos de avaliação, e abordagem a via aérea em um segundo momento.

A equipe de enfermagem é, na maioria das vezes, a primeira a reconhecer os sinais premonitórios e comprobatórios de uma PCR, principalmente por estar ao lado do paciente em maior quantidade de tempo, prestando cuidados, isto justifica a necessidade da detenção do conhecimento de toda a dinâmica envolvida na assistência ao paciente em PCR. Cada indivíduo componente da equipe de saúde precisa conhecer todos os elos demonstrados na cadeia de sobrevivência para poder trabalhar harmonicamente, sabendo quais as prioridades de

abordagem/tratamento, quais condutas tomar inicialmente, como posicionar-se na cena e qual função desenvolverá no âmbito da equipe, seja no atendimento em SBV ou SAV.

A cadeia de sobrevivência é formada por elos que marcam ações extremamente importantes para o sucesso de uma RCP, sendo o primeiro elo evidenciado pelo reconhecimento precoce da PCR e solicitação de ajuda seja no pré-hospitalar ou no intra-hospitalar, pois, não há sucesso reanimando um paciente sozinho.

Em documento publicado no ano de 2013, I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia, aponta para vários pontos que ainda precisam ser abordados para uma RCP de sucesso, entre eles estão a educação, implementação e retreinamento das equipes de saúde tanto para equipes que vivenciam esta situação diariamente (equipes de pronto socorros, centros de terapia intensiva, pré-hospitalar fixo e móvel) como para profissionais que eventualmente poderão deparar-se com uma PCR (unidades de saúde da família, ambulatórios, laboratórios, etc.).

3 MÉTODO

Trata-se de uma tecnologia de cuidado em que o produto do estudo é o relato do treinamento organizado e realizado por enfermeiros assistenciais para técnicos em enfermagem plantonistas da UPA Coronel Antonino da cidade de Campo Grande/MS como parte de um plano de intervenção na realidade assistencial.

A unidade de saúde na qual o projeto se desenvolveu trata-se de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), a primeira unidade 24 horas a ser implantada no município de Campo Grande-MS nos moldes do Ministério da Saúde neste formato, no ano de 2007, como parte do programa Qualisus, que visava qualificação das portas de urgência e emergência do País através de melhorias estruturais (ambiência), modernização das salas de emergência (equipamentos) e difusão dos conceitos de atendimento humanizado (acolhimento com classificação de risco).

Em relação aos profissionais que trabalham na UPA estes, podem enquadrar-se em dois tipos de vínculo com a unidade; sendo todos concursados, com vínculo estatutário, durante a semana no período diurno, das 6:00 às 18:00, uma equipe fixa assume as atividades assistenciais e administrativas; a noite, finais de semana e feriados a unidade é assumida por uma equipe plantonista determinada por escala prévia. Estes profissionais plantonistas estão lotados em unidades básicas de saúde e serviços de referência durante o expediente normal, e é a esta parcela de técnicos em enfermagem a que este treinamento destinou-se.

No período em que o treinamento foi planejado contávamos com um total de 70 servidores plantonistas. Destes 21 eram, além de plantonistas, também servidores lotados na unidade, ou seja, fixos; os demais, 49, apenas plantonistas na condição acima descrita. Vale ressaltar que estes profissionais são rotativos entre as unidades de saúde da cidade, podendo realizar plantões em outros serviços de urgência e emergência ou serviços ambulatoriais e de especialidades.

O planejamento do curso foi realizado no período de junho a julho de 2013, em que o assunto foi amplamente discutido em duas reuniões com os enfermeiros fixos e plantonistas da UPA conjuntamente com a direção administrativa, ficando definido o tema a ser abordado e a forma como o treinamento seria desenvolvido.

O projeto foi enviado a Coordenação de urgência vinculada a Secretaria de Saúde de Campo Grande-MS (SESAU), para ciência e liberação dos servidores nos dias determinados de

suas atividades nas unidades de lotação. Para facilitação da liberação dos mesmos, foram planejados dois dias de treinamento com o mesmo tema para que a equipe fosse dividida sem prejuízo as unidades originárias. Sendo assim o treinamento se deu nos dias 10 e 11 de outubro de 2013 com uma carga horária de 8 horas, sendo 3 horas de aulas teóricas e 5 horas de treinamento prático com discussão de casos e prática de técnicas de reanimação em SBV e SAV.

A avaliação do treinamento foi realizada na prática do serviço diariamente pelos enfermeiros intervencionistas e plantonistas, que propuseram o tema como alvo do treinamento, sendo discutida nas reuniões mensais destes profissionais.

O treinamento foi certificado pela instituição Secretaria de Saúde do Município de Campo Grande/MS.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 O treinamento

O treinamento foi realizado na própria unidade de saúde em que os técnicos de enfermagem são plantonistas de modo a facilitar o acesso e integrar o conhecimento com os recursos disponíveis no serviço para o atendimento ao paciente em PCR na sala de emergência ou área vermelha.

No primeiro dia de treinamento contamos com um grupo de 23 técnicos de enfermagem e no segundo dia com 21 participantes da mesma categoria, correspondendo a 89% dos servidores plantonistas eventuais da escala de técnicos desta UPA de um total de 70 técnicos. Houveram 5 faltas não justificadas ao treinamento.

O treinamento se deu conforme a programação (APÊNDICE A) previamente discutida com os enfermeiros/instrutores, de modo a contemplar amplamente o assunto/problema abordado de maneira que foram desenvolvidas discussões temáticas com fundamentação teórica, de acordo com as novas diretrizes da AHA (2010).

Previamente foram disponibilizados em formato eletrônico apostilas/resumos sobre a temática abordada, para que os alunos pudessem contextualizar previamente seus conhecimentos. Nem todos os alunos tiveram interesse em fazer a leitura deste material, o que interferiu no bom andamento das aulas expositivas.

As aulas foram preparadas para facilitar o entendimento do tema com inúmeras figuras, fotos e desenhos em formato Power point. Durante as aulas com exposição dialogada os alunos/técnicos de enfermagem foram convidados a participar ativamente das discussões de modo a combinar o conhecimento teórico no campo de suas práticas assistenciais diárias, o que aproximou a relação instrutor-aluno (FIGURA 1).

No decorrer das aulas expositivo dialogadas os alunos relataram várias dificuldades de apropriação de conhecimentos atualizados já que a maioria trabalha com uma carga horária semanal de 40 horas além dos plantões eventuais que realizam para aumentar a renda familiar. A demais também relataram as dificuldades de liberação para cursos de atualização pelos gerentes

das unidades, já que as equipes de enfermagem trabalham sempre com um quantitativo aquém do ideal.

Figura 1. Aula expositiva dialogada teórica em formato Power point.



Houve uma preocupação em correlacionar os conteúdos teóricos com eventos práticos. Para isso foram discutidos em grupos menores, em uma abordagem de roda de conversa (FIGURA 2), casos vivenciados na prática diária conforme pode ser visualizado no APÊNDICE B, em que são descritos os roteiros seguidos pelos instrutores para as estações práticas.

Os grupos participaram ativamente das rodas de conversas, correlacionando os conhecimentos discutidos nas aulas expositivas com situações vivenciadas por eles na prática diária dos plantões, inclusive ressaltando fatos ocorridos que poderiam ser abordados de maneira diferenciada, baseada em conhecimentos, evidências científicas e envolvimento da equipe multiprofissional como um todo, que poderiam ser minimizados caso treinamentos como este fossem mais frequentes.

Figura 2. Roda de conversa com discussão de casos.



Foram planejadas também atividades práticas propriamente ditas, com simulações de casos de SBV e SAV, em que os alunos puderam exercer na prática os conhecimentos discutidos nas aulas expositivas. O sucesso de uma RCP está diretamente relacionado ao fator tempo e a alta qualidade das manobras de SBV, contribuindo para um RCE e menores sequelas para a vida do paciente. Baseados nestes saberes, grande parte do treinamento prático se deu no enfoque a qualidade do SBV com ênfase nas compressões torácicas “rápidas, fortes e sem parar”, conforme critérios de avaliação da AHA (2010) em que o tórax deve ser comprimido 5cm no paciente adulto e de 4-5cm na criança, deixando o tórax voltar a posição inicial, o que viabiliza o enchimento das câmaras cardíacas, com no mínimo 100 compressões por minuto e minimizando ao máximo as interrupções indevidas das compressões.

Todos os alunos puderam treinar o SBV em bonecos adultos e pediátricos, vivenciando as particularidades nas abordagens as diferentes faixas etárias de pacientes (FIGURAS 3 e 4).

Figura 3. Simulação de atendimento do SBV ao paciente adulto em PCR.



Figura 4. Simulação de atendimento do SBV ao paciente pediátrico em PCR.



Outras duas estações práticas também foram trabalhadas, abordagem a via aérea nos modos básico e avançado e atendimento sequencial, onde o SAV foi amplamente discutido. Na estação prática de abordagem as vias aéreas foram discutidos conceitos técnicos de via aérea básica e avançada, além da assistência de enfermagem a esta etapa de atendimento na RCP. Os alunos tiveram a oportunidade de manusear os dispositivos utilizados na viabilidade de uma via aérea obstruída, bem como puderam treinar manobras básicas de abertura das vias aéreas superiores (VAS) tanto para pacientes clínicos como vítimas de traumas.

Figura 5. Simulação de abordagem a via aérea no paciente adulto e pediátrico.



Na estação de atendimento sequencial as etapas de atendimento ao paciente em PCR no SAV foram amplamente discutidas, com enfoque nos cuidados de enfermagem voltados a monitorização não invasiva do paciente, desfibrilação precoce, viabilidade e prioridades de escolha de acessos venosos e cuidados na administração das drogas utilizadas no tratamento da PCR.

Figura 6. Estação prática de atendimento sequencial no SAV.



4.2 Avaliação

Ante o exposto, de uma maneira geral, os objetivos foram alcançados, visto que nos foi proposto gerar uma tecnologia de cuidados, uniformizando as ações de enfermagem frente ao paciente em PCR. Pudemos expandir os conhecimentos da equipe de técnicos plantonistas da UPA valorizando suas vivências prévias e trazendo novos conceitos de conhecimentos mundialmente difundidos, atrelando a prática diária a conhecimentos científicos baseados em evidências, e não em saberes vagos e individualistas.

Ao final das atividades foi aberta a oportunidade aos alunos para que avaliassem o treinamento; a fala foi unânime em apontar a necessidade de momentos como este de troca de experiências e aprendizado. Todos avaliaram como positiva iniciativas como esta e apontaram outros temas de interesse para que fossem trabalhados em consonância com a realidade vivenciada por eles, como por exemplo a assistência ao paciente politraumatizado e síndromes coronarianas.

Pudemos iniciar uma prática de transformação da realidade local de serviço renovando e fortalecendo a identidade profissional daqueles que se propuseram a realmente vivenciar e absorver o contexto de tudo que foi discutido e treinado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica claro ao final desta experiência a importância de treinamentos como estes, devendo fazer parte da vida assistencial de todos os profissionais de saúde, inseridos no contexto da educação permanente em saúde, para que estes tornem-se agentes transformadores da realidade da saúde no município. Instituições como a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013) deixam evidente que conhecimentos adquiridos em treinamentos podem ser perdidos em um prazo de 3 a 6 meses se não forem renovados, praticados com constância.

É fundamental também a apropriação do conhecimento técnico pela enfermagem para garantir o seu papel, sua posição de importância, na equipe multidisciplinar, não apenas como fazedores de procedimentos sem qualquer correlação científica com o que se apresenta a ela. O conhecimento praticado pela equipe de enfermagem deve ser valorizado de modo sistemático pelos gestores imediatos (enfermeiros, gerentes de serviços, administradores das unidades de saúde) e pelos gestores mediatos (coordenadores de serviços, secretários de saúde, etc.) para que a mudança da realidade não seja apenas pontual, local, apenas na ponta do serviço e sim tomem proporções maiores, em todos os níveis e complexidades de assistência a saúde.

Esta iniciativa foi vista como positiva pelos alunos ao passo que eles próprios propuseram novos temas de abordagem significativa na sua prática assistencial diária dos plantões.

REFERÊNCIAS

- AEHLERT, B. **Emergências em cardiologia: suporte avançado de vida em cardiologia. Um guia para estudo.** Tradução Alexandre Maceri Midão et al 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
- American Heart Association (AHA). Destaques das diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE.* Guidelines CPR ECC [s.n], 2010. 1-32.
- BRASIL. Portaria n. 2048 de 05 de novembro de 2002. Regulamenta a política nacional de atenção às urgências. **GM.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2014.
- FERREIRA et al. **Perfil e conhecimento teórico de médicos e enfermeiros em parada cardiorrespiratória, município de Rio Branco, AC.** Rev. Bras Cardiol. 2012. 25 [6]. 464-470.
- LIMA et al. **Educação permanente em SBV e SAVC: Impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem.** Arq. Bras Cardiol. 2009. 93 [6]. 630-636.
- PASCHOAL, A.S. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal.** 2004. 104f. Dissertação (mestrado). Setor de ciências de Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oPaschoal.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2014.
- SILVA, A.B.; ALMEIDA, O.S. **Suporte avançado de vida e as novas diretrizes da American Heart Association 2010: um levantamento bibliográfico.** Rev. Saúde Com.. 2013. 9 [1]. 62-71.
- Sociedade Brasileira de cardiologia. **I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da sociedade Brasileira de Cardiologia.** Arq Bras de Cardiol. 2013. 101 [2 supl 3]:1-240.

APÊNDICE A**CAPACITAÇÃO EM REANIMAÇÃO CARIORESPIRATORIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CORONEL ANTONINO, CAMPO GRANDE/MS****CRONOGRAMA:**

HORÁRIO	PROGRAMAÇÃO	INSTRUTOR
7:00 às 7:30	Recepção dos alunos e distribuição de crachás	Todos
7:30 às 8:30	Aula teórica expositiva – SBV Adulto	Marcela
8:30 às 9:30	Aula teórica expositiva – SAV Adulto	Fábio
9:30 às 9:45	Intervalo	
9:45 às 11:15 O grupo será dividido em 3 e cada grupo terá 30 minutos em cada estação prática	Estação prática 1 – Abordagem as vias aéreas	Fábio
	Estação prática 2 – roda de conversa e discussão de casos	Marcela
	Estação prática 3 – SAV atendimento sequencial	Cristina
11:15 às 13:00	Intervalo para almoço	
13:00 às 14:00	Aula teórica expositiva – SBV e SAV em pediatria	Ivair
14:00 às 17:00 O grupo será dividido em 3 e cada grupo terá 60 minutos em cada estação prática	Estação prática 4 – SBV pediátrico e do lactente	Juliano
	Estação prática 5 – SBV adulto	Cristina
	Estação prática 6 – SAV adulto	Marcela
17:00 às 17:15	Encerramento	Todos

APÊNDICE B

ROTEIRO DE PRÁTICAS CURSO REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA

1) ESTAÇÃO DE VIAS AÉREAS

Objetivos:

- Demonstrar o passo a passo do atendimento da equipe da saúde na abordagem básica e avançada das vias aéreas no paciente em parada cardiorrespiratória;
- Aprimorar as habilidades de manejo das vias aéreas, ventilação com ressuscitador e máscara, dispositivos auxiliares, de baixo e alto fluxo;

Etapas:

- Passar o caso de atendimento;
- Permitir que os alunos atendam na sequência prevista, corrigindo eventuais erros na sequência ou na técnica do atendimento:
 - Verificação de Responsividade
 - Presença de apnéia ou gasping
 - Manobras de abertura manual das VAS;
 - Utilização de dispositivos auxiliares: guedel, aspirador, cânula nasofaríngea;
 - Dispositivos de baixo fluxo, indicações e modo correto de uso;
 - Dispositivos de alto fluxo, indicações e modo correto de uso;
 - Imobilização cervical.
- Discutir as dúvidas

CASO 1: Paciente de 45 anos, masculino, dá entrada na UPA para consulta. Durante o tempo de espera pela consulta de enfermagem (classificação de risco) queixa-se a recepcionista de dor torácica e em MSE, apresenta sudorese e palidez cutânea. Ao ser levado para sala de emergência evolui para uma parada cardiorrespiratória.

- O aluno deve descrever todas as etapas de execução das manobras de abertura das vias aéreas para o paciente clínico e com possibilidade de trauma (inclinação da cabeça, elevação do mento e tração da mandíbula);
- O aluno deve relacionar o mecanismo da lesão com a técnica adequada de abertura das vias aéreas;
- O aluno deve descrever as indicações e a técnica correta de aspiração das vias aéreas;
- O aluno deve saber indicar em quais situações poderá utilizar as cânulas nasofaríngeas e orofaríngeas, descrevendo as técnicas de inserção;
- O aluno deve descrever as indicações de ventilação por pressão positiva e técnica de realização em pacientes adultos e pediátricos, comum ou dois socorristas;
- O aluno deve saber descrever os sinais de boa ventilação com bolsa-valvula-máscara;
- O aluno deve descrever as indicações, vantagens e desvantagens para o manuseio avançado das vias aéreas.

2) ESTACAO RODA DE CONVERSA – DISCUSSÃO DE CASOS

Objetivos:

- Demonstrar o passo a passo do atendimento da equipe da saúde diante de um paciente em PCR, conforme protocolos internacionais;
- Enfatizar o da enfermagem no atendimento ao paciente em PCR e o conceito de equipe.

Etapas:

- Passar os casos de atendimento;
- Permitir que os alunos discutam quais as particularidades envolvidas na avaliação e tratamento de cada caso.

CASO 1: Criança de 2 meses trazida pela mãe com história de ter amamentado há 5 minutos com posterior engasgo e cianose. A criança está desacordada, não respira.

- Qual a prioridade de abordagem neste caso?
- Qual a sequencia no atendimento a esta criança?
- Quais os profissionais envolvidos neste atendimento?

CASO 2: Homem 43 anos, trazido por conhecidos. Relato de que estava jogando futebol quando sentiu mal-estar e desmaiou há aproximadamente 10 minutos. O paciente está apresentando respiração agônica e o ritmo é AESP

- Qual a prioridade de abordagem neste caso?
- Qual a sequencia de atendimento?
- Quais os profissionais envolvidos neste atendimento?

CASO 3: Mulher de 64 anos, internada na sala de estabilização com queixa de dispneia, evolui com piora do quadro e inconsciência, presenciada pela equipe de enfermagem. O ritmo da PCR é fibrilação ventricular.

- Qual a prioridade de abordagem neste caso?
- Qual a sequencia de atendimento?
- Quais os profissionais envolvidos neste atendimento?

3) ESTACAO SAV ADULTO – atendimento sequencial

Objetivos:

- Demonstrar o passo a passo do atendimento da equipe da saúde diante de um adulto em parada cardiorrespiratória – SBV e SAV;
- Aprimorar as habilidades de auxilio na desfibrilação, monitorização cardíaca, acesso venoso periférico, auxilio no procedimento de intubação traqueal;

Etapas:

- Passar o caso de atendimento;
- Permitir que o grupo atenda na sequência prevista, corrigindo eventuais erros na sequência ou na técnica do atendimento:
 - Etapas do SBV
 - Etapas do SAV: monitorização cardíaca, acesso venoso, auxílio na intubação e verificação da localização do tubo, fixação do tubo traqueal, aplicação de pás para desfibrilação, administração de drogas (técnica e acessos);
- Verificar: locais de monitorização no adulto, aplicação das pás, opções de acesso venoso e intraósseo, checagem correta da posição do tubo traqueal, relação compressão/ventilação após intubação, técnica de administração das drogas com as indicações de cada uma delas e intervalo.
- Discutir as dúvidas;

4) ESTAÇÃO DE SBV PEDIÁTRICO E DO LACTENTEObjetivos:

- Demonstrar o passo a passo do atendimento da equipe da saúde diante de uma criança e lactente em parada cardiorespiratória - SBV;
- Aprimorar as habilidades de manejo das vias aéreas, ventilação com ressuscitador e máscara, compressões torácicas;

Etapas:

- Passar o caso de atendimento;
- Permitir que os alunos atendam na sequência prevista, corrigindo eventuais erros na sequência ou na técnica do atendimento:
 - Verificação de Responsividade
 - Presença de apnéia ou gasping
 - Acionamento de apoio (equipe da unidade inicialmente e posteriormente SAMU)
 - Verificação correta do pulso central: carotídeo/femural e braquial (lactentes)
 - Início das compressões torácicas
 - Liberação das vias aéreas e posicionamento do ressuscitador
 - Ciclos de ventilação/compressão adequados com revezamento a cada 2 minutos até chegada de apoio para SAV (equipe ou USA/SAMU)
- Verificar: posicionamento da cabeça da criança/lactente, posição da máscara facial do ressuscitador, posição e técnica de compressão torácica, quantidade de oxigênio a ser ministrado, indicação e aplicação da cânula de guedel;
- Cronometrar o tempo de compressão
- Discutir as dúvidas

CASO LACTENTE: Criança de 10 meses, encontrada inconsciente no berço, trazida pela mãe na Unidade Básica mais próxima. Em parada cardiorespiratória, com leite na cavidade oral.

CASO CRIANCA: Criança de 5 anos, trazida por populares, vítima de afogamento em piscina. Em parada cardiorrespiratória.

5) ESTACAO SBV ADULTO:

Objetivos:

- Demonstrar o passo a passo do atendimento da equipe de saúde diante de uma paciente em parada cardiorrespiratória ;
- Aprimorar as habilidades de manejo das vias aéreas, ventilação com ressuscitador e máscara, compressões torácicas;

Etapas:

- Passar o caso de atendimento;
- Permitir que o grupo atenda na sequência prevista, corrigindo eventuais erros na sequência ou na técnica do atendimento:
 - Verificação de Responsividade
 - Presença de apneia ou gasping
 - Acionamento de apoio (equipe da unidade inicialmente e posteriormente SAMU)
 - Verificação correta do pulso central: carotídeo/femural;
 - Início das compressões torácicas
 - Liberação das vias aéreas e posicionamento do ressuscitador
 - Ciclos de ventilação/compressão adequados com revezamento a cada 2 minutos até chegada de apoio para SAV (equipe ou USA/SAMU)
- Verificar: posicionamento da cabeça, posição da máscara facial do ressuscitador, posição e técnica de compressão torácica, quantidade de oxigênio a ser ministrado, indicação e aplicação da cânula de guedel;
- Cronometrar o tempo de compressão (até 18'');
- Todos devem realizar o atendimento nas duas posições: VAS e compressões por no mínimo 2 minutos;
- Discutir as dúvidas

CASO ADULTO 1: Paciente de 45 anos, masculino, dá entrada no ambulatório para consulta de rotina. Durante o tempo de espera pela consulta (classificação de risco) queixa-se a recepcionista de dor torácica e em MSE, apresenta sudorese e palidez cutânea. Ao ser levado para sala de emergência evolui para uma parada cardiorrespiratória.

Ritmo chocável: fibrilação ventricular.

Avaliar disponibilidade de DEA na UPA.

CASO ADULTO 2: paciente feminino, 52 anos, internada para tratamento clínico, diabética, queixa-se de dispnéia intensa, sudorese, palidez. Evolui para PCR na enfermaria.

Ritmo não-chocável: AESP

6) ESTACAO SAV ADULTO

Objetivos:

- Demonstrar o passo a passo do atendimento da equipe da saúde diante de um adulto em parada cardiorrespiratória – SBV e SAV;
- Aprimorar as habilidades de auxílio na desfibrilação, monitorização cardíaca, acesso venoso periférico, auxílio no procedimento de intubação traqueal;

Etapas:

- Passar o caso de atendimento;
- Permitir que o grupo atenda na sequência prevista, corrigindo eventuais erros na sequência ou na técnica do atendimento:
 - Etapas do SBV;
 - Etapas do SAV;
- Discutir os ritmos de PCR: cuidados na desfibrilação; causas de ritmos não-chocáveis; prognósticos;
- Discutir as dúvidas;

CASO ADULTO 1: Paciente de 68 anos, feminino, queixando-se de dificuldade respiratória. Na sala de emergência a paciente está sentada na cama com Fowler elevado. A respiração está rápida e com muito esforço. Ela está pálida. Quando você chega perto para avaliá-la ela desmaia.

- Avaliação: paciente não responde, não respira e não tem pulso.
- Início de SBV seguido de SAV;
- VAS com muita secreção espumosa rósea;
- Monitor: AESP

Aplicar SBV e SAV (ritmo não-chocável). Retorno da circulação espontânea após SAV com administração de adrenalina (3 doses). Abordar: cuidados pós-reanimação (verificação dos SSVV, glicemia capilar, drogas vasoativas, etc).

CASO ADULTO 2: Paciente de 45 anos, masculino, dá entrada no ambulatório para consulta de rotina. Durante o tempo de espera pela consulta (classificação de risco) queixa-se a recepcionista de dor torácica e em MSE, apresenta sudorese e palidez cutânea. Ao ser levado para sala de emergência evolui para uma parada cardiorrespiratória.

- Avaliação: paciente não responde, não respira, não tem pulso.
- Início de SBV e SAV;
- VAS livres;
- Monitor: fibrilação ventricular

Aplicar SBV e SAV (ritmo chocável). Cuidados com desfibrilação, posições das pás, carga, cuidados de enfermagem. Permanece em fibrilação após 2 choques. Utilização de antiarrítmico. RCE após dose máxima de amiodarona. Cuidados pós-reanimação.