



Fundação Educacional do Município de Assis
IMESA - Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

PRISCILA DE CASSIA NUNES FERREIRA

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E
SOCORRISTAS DE UM SERVIÇO MÓVEL DE EMERGÊNCIA SOBRE
A RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR**

ASSIS
2016



Fundação Educacional do Município de Assis
IMESA - Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SOCORRISTAS DE UM SERVIÇO MÓVEL DE EMERGÊNCIA SOBRE A RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientanda: Priscila de Cassia Nunes Ferreira.

Orientadora: Prof. Mestra Caroline Lourenço Almeida
Pincerati

ASSIS
2016

FICHA CATALOGRÁFICA

F383c FERREIRA, Priscila de Cássia Nunes

Conhecimento dos profissionais de saúde e socorristas de um serviço móvel de emergência sobre a ressuscitação cardiopulmonar / Priscila de Cássia Nunes Ferreira.-- Assis, 2016.

37p.

Trabalho de conclusão do curso (Enfermagem). – Fundação Educacional do Município de Assis-FEMA

Orientadora: Ms. Caroline Lourenço A. Pincerati

1.Assistência de enfermagem 2. Emergência móvel

CDD 610.734

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E
SOCORRISTAS DE UM SERVIÇO MÓVEL DE EMERGÊNCIA SOBRE
A RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR**

PRISCILA DE CASSIA NUNES FERREIRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação, avaliado pela seguinte comissão examinadora: Orientador: Inserir aqui o nome do orientador Examinador: Inserir aqui o nome do examinador

Orientador: _____

Prof.Mestra Caroline Lourenço Almeida Pincerati

Examinador: _____

Prof.Mestra Verusca Kelly Capellini

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a meus pais,
por seus valores e princípios transmitidos
no dia a dia de nossa convivência.
Dedico também aos meus professores
que atuaram como intermediadores de conhecimento
e experiência durante o período de formação
acadêmica, sendo estas vivências e bagagens
que me acompanharam durante minha jornada pela vida .*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de aqui poder elencar todos aqueles que participaram deste Trabalho tão grande em minha vida, desde o início da pesquisa, até este momento.

EPÍGRAFE

“Que prazer mais egoísta, o de cuidar de um outro ser, mesmo se dando mais do que se tem para receber”.

Cazuza

RESUMO

Há uma emergente necessidade dos profissionais se manterem atualizados e realizarem capacitações a respeito da técnica Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP). Aonde tais aspectos configuram-se como elementos essenciais para uma melhor qualidade na prestação de atendimento extra-hospitalar com a diminuição de sequelas. Consiste em uma das condutas as quais proporcionam a sobrevivência dos pacientes caracterizados como vítimas de uma parada cardiopulmonar, os quais necessitam de atendimento imediato para não evoluir ao óbito. Assim, o presente estudo teve como intuito avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde quanto à última atualização do protocolo de RCP 2015 publicado pela organização American Heart Association (AHA), através de um estudo de campo com abordagem quantitativa que utilizou como instrumento de pesquisa um questionário estruturado e elaborado pela autora e aplicado nos profissionais de saúde que atuam na intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O referido questionário avaliou o conhecimento dos profissionais quanto a última atualização do protocolo de RCP. Esta avaliação ocorreu no município da região sudoeste do Estado de São Paulo, com contato direto e interativo com os profissionais que atuam em constantes ocorrências desta complexidade. Apesar da avaliação aos profissionais serem limitadas por serem perguntas fechadas, observou-se após a correção que a uma deficiência dos colaboradores de conhecimento teórico. Constatando que em sua maioria e principalmente os profissionais que detêm de menos preparo acadêmico não compreendem a importância de cada ação implementada e não se atualizam de acordo com as novas preconizações feitas pelas diretrizes AHA. A situação pode refletir na qualidade do cuidado prestado, deixando de atingir os objetivos que deveriam ser garantidos pelo serviço de atendimento conforme estabelece a organização regulamentadora.

Palavras chave: Atendimento de Emergência pré-hospitalar. Ressuscitação Cardiopulmonar. Unidades Móveis de Saúde.

ABSTRACT

There is an emerging need for professionals to keep up and conduct training regarding technical Cardiopulmonary Resuscitation (CPR). Where such features are configured as essential to a better quality-of-hospital providing care to decrease sequelae. It consists of one of the pipes which provide the survival of patients characterized as victims of cardiopulmonary arrest, which require immediate care not to evolve to death. The present study was intended to evaluate the knowledge of health professionals on the latest update of the 2015 CPR protocol published by the organization American Heart Association (AHA), through a field study with a quantitative approach that was used as a research tool one structured questionnaire and prepared by the author and applied to health professionals working in the intervention of the Mobile Emergency Service (SAMU). This questionnaire assessed the knowledge of professionals and the latest update of the CPR protocol. This evaluation took place in the municipality of the region southwest of the State of São Paulo, with direct and interactive contact with the professionals who work in constant occurrences of this complexity. Although the evaluation professionals are limited by being closed questions, it was observed after correcting the deficiency of theoretical knowledge of employees. Noting that mostly and mainly professionals who holds less academic preparation not understand the importance of each implemented action and is not updated according to the new preconizações made by the AHA guidelines. The situation may reflect the quality of care provided, failing to achieve the objectives that should be guaranteed by the answering service as established by the regulatory organization.

Keywords: Prehospital Emergency Care . Cardiopulmonary Resuscitation . Health units furniture.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-----|---|---------------------------------------|
| 1. | QUADRO 1: PROTOCOLO DE RCP | 16 |
| 2. | QUADRO 2: PROTOCOLO DE SBV | 16 |
| 3. | GRÁFICO 1: SEXO | 23 |
| 4. | GRÁFICO 2: CATEGORIA PROFISSIONAL | 24 |
| 5. | GRÁFICO 3: QUESTÃO 1 | 24 |
| 6. | GRÁFICO 4: QUESTÃO 2 | 25 |
| 7. | GRÁFICO 5: QUESTÃO 3 | Erro! Indicador não definido.5 |
| 8. | GRÁFICO 6: QUESTÃO 4 | Erro! Indicador não definido.6 |
| 9. | GRÁFICO 7: QUESTÃO 5 | 27 |
| 10. | GRÁFICO 8: QUESTÃO 6 | 28 |
| 11. | GRÁFICO 9: QUESTÃO 7 | 28 |
| 12. | GRÁFICO 10: QUESTÃO 8 | 29 |
| 13. | GRÁFICO 11: QUESTÃO 9 | 30 |

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA | 14 |
| 3. MATERIAIS E MÉTODOS..... | 21 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES..... | 22 |
| 5. CONCLUSÃO..... | 30 |
| REFERÊNCIAS..... | 31 |
| APENDICE I | 33 |
| APENDICE II | 37 |

1. INTRODUÇÃO

As diretrizes que fundamentam a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) são constantemente atualizadas com o objetivo de melhorar a prática da manobra, implementando a cada atualização ações que auxiliam em uma melhor atuação, disseminando o conhecimento da realização do procedimento, identificando e atuando em fatores que possam influenciar em uma melhor efetividade da conduta dos profissionais da área da saúde em destaque perante uma parada cardiorrespiratória (PCR).

Este estudo abordou a prática de RCP, seus benefícios e desenvolvimento dentro da nossa sociedade. Sendo avaliado o conhecimento dos profissionais de saúde e socorristas que atuam no atendimento móvel de urgência, em relação ao que se é preconizado na realização das técnicas pelas diretrizes de RCP 2015, que são regulamentadas pela organização American Heart Association (AHA).

Por meio da elaboração de um questionário estruturado com questões fechadas que abordaram as recomendações das diretrizes de RCP 2015 (Apêndice I), subsequente realizou-se a aplicação do mesmo aos profissionais de saúde e socorristas de urgência e emergência, que atuam no SAMU da região sudoeste do Estado de São Paulo. E por fim realizou-se a avaliação do questionário aplicado aos profissionais de saúde e socorristas.

Segundo o Manual de Atendimento Pré-hospitalar – Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência/Corpo de Bombeiros do Paraná (SIATE/CBPR), publicado em 2006, a RCP é o conjunto de manobras realizadas para restabelecer a ventilação pulmonar e a circulação sanguínea, tais como, respiração artificial e massagem cardíaca externa, manobras essas utilizadas nas vítimas em parada cardiopulmonar (morte clínica). Ressalta ainda que a RCP é também uma aspiração médica, porque a morte clínica não é seguida instantaneamente da morte biológica (CORPO DE BOMBEIROS, 2006).

Foram discutidas as questões do profissional se atualizar nas novas diretrizes e de como realizar as técnicas do Suporte Básico de Vida (SBV), que agregam a implementação da RCP em pacientes que estão em parada cardíaca, em específico atendimento extra-hospitalares.

Há situações em que o profissional em específico realiza o procedimento, mas de forma incorreta ou desatualizada, por falta de capacitação prática, ou por uma deficiência em embasamento de estudos científicos, que são constantemente atualizados. Podendo esta situação comprometer a vida do paciente que está em parada cardíaca, e assim levar ao óbito por falta da realização de um primeiro atendimento de qualidade.

Partindo-se do princípio que os profissionais que atuam no atendimento de urgência e emergência devem estar atualizados quanto as novas diretrizes do atendimento em cardiologia, a cada 5 anos, sendo este ano de 2016 implementado mais uma das suas mais recentes versões, revisadas e com alterações em algumas técnicas de atendimento.

Entende-se que a elaboração de métodos para disseminar, capacitar e educar por meio de campanhas e programas de ensino o que preconiza as diretrizes AHA para promover um atendimento ao indivíduo que necessita de um cuidado de urgência para evitar o risco de óbito é essencial.

A realização dessas atividades permitirá o aumento do conhecimento, confiança e autonomia do profissional ou até mesmo do indivíduo no momento de realizar a técnica RCP.

A RCP é uma manobra que favorece a diminuição da mortalidade e de sequelas pelo atendimento imediato e de eficácia, mas para manter isto é necessário constantemente buscar manter-se atualizado. Atualmente se tem um órgão responsável para aprimorar e inovar as recomendações para um atendimento de melhor qualidade, mas se faz necessário os profissionais de saúde, em específico os que realizam atendimento de emergência desfrutarem dessas ferramentas, sendo a principal delas o indivíduo pessoa, que quando se dispõe de uma preparação de qualidade nos aspectos científicos melhora a reanimação e sobrevida de pacientes em parada cardíaca. Enfatizando assim a necessidade de se aprofundarem nos conhecimentos e a se manterem atualizados, para assim prestar o atendimento com qualidade, que resultará na sobrevida do paciente, com menor número de sequelas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Atualmente a RCP é uma manobra que já obteve vários avanços, mais na década de 60 era no Brasil um método recente e pobre de estudos, sendo o pioneiro desta técnica no país o Dr. John Cook Lane, levado pelo interesse de se aperfeiçoar no assunto e influenciado por outro doutor envolvido no assunto, Lane se instalou no Brasil em Campinas, em 1960, podendo tomar conhecimento que não havia estudos voltados para o tema, levando-o de imediato a desenvolver projetos de pesquisa e trabalhos sobre o assunto. Por meio disso, constatou nos primeiros estudos qual método era mais eficaz, constando isso na seguinte publicação:

Seu primeiro estudo comparou os métodos de respiração artificial (sem equipamento) de Howard e Silvester e os métodos da ventilação boca-a-boca (VBB) e da compressão torácica externa (CTE) isolada em voluntários adultos (com consentimento por escrito), anestesiados, curarizados e intubados. Os trabalhos provaram a superioridade da VBB sobre os demais métodos (GUIMARÃES, 2009. p. 238-244).

Subsequentemente Dr. John Cook Lane publicou dois livros referentes ao tema de ressuscitação, e programas de palestras em manequins sobre o ABC, (suporte básico de vida) em inúmeras instituições espalhadas pelo Brasil (GUIMARÃES, 2009).

Em 1966, Dr. John Cook Lane recebeu o primeiro desfibrilador, sofrendo com a falta de habilidade dos profissionais de saúde, aonde não teve efetividade no atendimento móvel por falta de domínio no desenvolvimento da técnica e baixo conhecimento específicos, mas dentro da unidade hospitalar os resultados foram positivos. Depois em 1973 com apoio Dr. John Cook Lane produziu o primeiro filme no Brasil sobre reanimação, em seguida cursos práticos sobre o tema (GUIMARÃES, 2009).

Constantemente Dr. John Cook Lane continuou desenvolvendo ações para a evolução e disseminação sobre ressuscitação, sendo assunto de defesa de uma tese referente à implementação de ensino para crianças realizar a manobra de RCP e VBB, sendo documentado em publicações internacionais esta experiência, e não satisfeito estendeu para o público de operários (GUIMARÃES, 2009).

Em relação ao desenvolvimento da RCP no Brasil, Dr. John Cook Lane foi uma figura fundamental e a partir dele nasceram outros que realizaram ações fundamentais para o crescimento e evolução desta técnica.

As diretrizes são constantemente atualizadas, então neste estudo encontra-se pontos de discussão e alterações nas diretrizes de 2015, que atualmente é a mais recente. Por média de uns 50 anos existem uma organização sem fins lucrativos que fica localizada nos Estados Unidos, que constantemente providencia cuidados cardíacos para prevenir lesões e aumentar a sobrevivência do indivíduo por doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral (AVC), sendo esta AHA. Constando estes relatos na publicação:

As Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE se baseiam em um processo internacional de avaliação de evidências, envolvendo centenas de cientistas e especialistas em ressuscitação de todo o mundo que avaliaram, discutiram e debateram milhares de publicações revisadas por pares (AHA, 2010. p.01).

Apesar de ser sempre atualizado o objetivo das diretrizes AHA é o mesmo, que é melhorar a qualidade da RCP e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE), abrangendo pontos que estão influenciando na efetividade do socorro. O destaque das diretrizes AHA 2015 está bem diferenciado da revisão anterior, de forma que nesta publicação, não há muitas alterações a cerca da implementação da manobra, e sim visa intensificar uma revisão no que já é proposto pelas diretrizes. Esta conduta baseia-se em um sistema que trabalha em avaliação de recomendações e níveis de evidências, segundo GUIDELINES 2015 - destaques das atualizações da diretrizes de AHA 2015.

Na publicação prevalece com ênfase permanente uma RCP de alta qualidade, então por meio de uma figura é possível constatarmos este objetivo, aonde esta demonstrando a conduta estabelecida para prestar o atendimento, veja abaixo:

Quadro 1: Protocolo de RCP

| O que fazer e o que não fazer no SBV para obter uma RCP de alta qualidade para adultos, Segundo a AHA 2015 | |
|--|---|
| Os socorristas devem | Os socorristas não devem |
| Realizar compressões torácicas a uma frequência de 100 a 120/min | Comprimir a uma frequência inferior a 100/min ou superior a 120/min |
| Comprimir a uma profundidade de pelo menos 2 polegadas (5 cm) | Comprimir a uma profundidade inferior a 2 polegadas (5 cm) ou superior a 2,4 polegadas (6 cm) |
| Permitir o retorno total do tórax após cada compressão | Apoiar-se sobre o tórax entre compressões |
| Minimizar as interrupções nas compressões | Interromper as compressões por mais de 10 segundos |
| Ventilar adequadamente (2 respirações após cada 30 compressões, cada respiração administrada em 1 segundo, provocando elevação do tórax) | Aplicar ventilação excessiva (ou seja, uma quantidade excessiva de respiração ou respirações com força excessiva) |

FONTE: AHA, 2015.

O conteúdo que consta nesses itens são fatores que favorecem para uma técnica efetiva e atendimento de qualidade, sendo interessante ressaltar as alterações nas recomendações em relação SBV para Adultos e Qualidade da RCP aplicada por profissionais de saúde, então para melhor compreensão, serão apresentadas em forma de quadro estas recomendações em cima das diretrizes mais recentes de RCP.

Veja o quadro a seguir:

Quadro 2: Protocolo De SBV

| Suporte Básico de Vida para Adultos e Qualidade da RCP: SBV Aplicado por Profissionais de Saúde, Segundo a AHA | |
|---|--|
| Conduta | Recomendação |
| Reconhecimento imediato e acionamento do serviço | 2015 (Atualizado): Os profissionais de saúde devem pedir ajuda nas proximidades ao encontrarem uma |

| | |
|-------------------------------------|---|
| médico de emergência | <p>vítima que não responde, mas seria bastante prático o profissional de saúde continuar a avaliar a respiração e o pulso simultaneamente antes de acionar totalmente o SME - serviço médico de emergência (ou telefonar para pedir apoio).</p> |
| | <p>2010 (Antigo): O profissional de saúde deve verificar se há resposta, olhando para o paciente, para determinar se a respiração está anormal ou ausente.</p> |
| Ênfase nas compressões torácicas | <p>2015 (Atualizado): É sensato que os profissionais de saúde apliquem compressões torácicas e ventilação em todos os pacientes adultos com PCR, seja por uma causa cardíaca ou não cardíaca. Além disso, os profissionais de saúde podem adaptar a sequência de ações de resgate à causa mais provável da PCR.</p> |
| | <p>2010 (Antigo): É esperado que o SME e os profissionais nos hospitais apliquem compressões torácicas e ventilações de resgate em vítimas de PCR.</p> |
| Choque primeiro versus RCP primeiro | <p>2015 (Atualizado): Em PCR de adultos presenciada, quando há um DEA disponível imediatamente, deve-se usar o desfibrilador o mais rapidamente possível. Em adultos com PCR sem monitoramento ou quando não houver um DEA prontamente disponível, deve-se iniciar a RCP enquanto o desfibrilador é obtido e aplicado e tentar a desfibrilação, se indicada, assim que o dispositivo estiver pronto para uso.</p> |
| | <p>2010 (Antigo): Ao presenciar um PCR extra-hospitalar e havendo em DEA prontamente disponível no local, o socorrista deverá iniciar a RCP com compressões torácicas e usar o DEA o quanto</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>antes. Profissionais de saúde que tratem de um PCR em hospitais ou outras instituições com DEAs ou desfibriladores no local devem aplicar a RCP imediatamente e usar o DEA/desfibrilador tão logo o equipamento esteja disponível. Estas recomendações foram concebidas como apoio à RCP precoce e à desfibrilação inicial, em particular quando há um DEA ou um desfibrilador disponível instantes após o ataque da PCR. Quando a PCREH não for presenciada pelo pessoal do SME, o SME poderá iniciar a RCP enquanto verifica o ritmo com o DEA ou no ECG e se prepara para a desfibrilação. Em tais circunstâncias, podem-se considerar de 1^{1/2} a 3 minutos de RCP antes da tentativa de desfibrilação. Quando houver dois ou mais socorrista presentes, aplique a RCP enquanto se busca o desfibrilador.</p> <p>Em PCR no hospital, há pouca evidência para sustentar ou refutar a RCP antes da desfibrilação. Contudo, em pacientes monitorados, o tempo desde a fibrilação ventricular (FV) até a administração do choque deve ser inferior a 3 minutos, devendo-se aplicar a RCP enquanto o desfibrilador é preparado.</p> |
| <p>Velocidade das compressões torácicas: 100 a 120/min</p> | <p>2015 (Atualizado): Em vítimas adultas de PCR, o correto é que os socorristas apliquem compressões torácicas a uma frequência de 100 a 120/min.</p> <p>2010 (Antigo): É sensato que os socorristas leigos e profissionais de saúde realizem compressões torácicas a uma frequência mínima de 100 compressões por minuto.</p> |
| <p>Profundidade das compressões torácicas</p> | <p>2015 (Atualizado): Durante a RCP manual, os socorristas devem aplicar compressões torácicas até uma profundidade de, pelo menos, 2 polegadas</p> |

| | |
|---|---|
| | (5 cm) para um adulto médio, evitando excesso na profundidade das compressões torácicas (superiores a 2,4 polegadas (6 cm)). |
| | 2010 (Antigo): O esterno adulto deve ser comprimido, no mínimo, 2 polegadas (5 cm). |
| Retorno do tórax | 2015 (Atualizado): Os socorristas devem evitar apoiar-se sobre o tórax entre as compressões para permitir o retorno total da parede do tórax em adultos com PCR. |
| | 2010 (Antigo): Cabe aos socorristas permitir o retorno total do tórax após cada compressão, para que o coração se encha completamente antes da próxima compressão. |
| Minimização de interrupções nas compressões torácicas | 2015 (Reconfirmação de 2010): Os socorristas devem tentar minimizar a frequência e a duração nas interrupções das compressões, para maximizar o número de compressões aplicadas por minuto. |
| | 2015 (Novo): Para adultos em PCR que recebem RCP sem via aérea avançada, pode-se realizar a RCP com a intenção de obter uma fração de compressão torácica tão alta quanto possível, tendo como meta pelo menos 60%. |

Fonte: AHA, 2015

Nesta última publicação das diretrizes é possível observar muitas sinalizações que destacam que algumas recomendações foram atualizadas, outras são novas (inseridas nessa publicação) e antigas que permanecem a conduta, vindo todas com justificativas, que detalha assim as evidências que levaram os revisadores e países a estabelecer a mesma como instrução para auxiliar no atendimento ao indivíduo que está em PC.

Devido à recorrência de acidentes que demanda de intervenções de níveis de urgência e emergência, observou-se que houve algumas regulamentações nos serviços de saúde para melhorar a assistência e assim reduzir o número de

morbimortalidade por falta de um atendimento imediato e eficaz fora do ambiente hospitalar, sendo necessário um atendimento pré-hospitalar (APH) eficiente.

Foi publicado pelo Ministério da Saúde (MS), em julho de 2011 a portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS). Cujas implementações da RUE no Brasil com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços em situações de urgência e emergência com resolutividade e em tempo oportuno (BRASIL, 2013).

Ainda segundo o MS, descreve na página 25 do Manual Instrutivo da RUE no SUS, publicado em 2013, que se disponibiliza como componente da rede de atenção da RUE o SAMU, que é o serviço destinado a promover recursos voltados para ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências, reduzindo a morbimortalidade. O SAMU é normatizado pela Portaria MS/GM nº 1.010, de 21 de maio de 2012 (BRASIL, 2013).

O SBV compreende na manutenção dos sinais vitais (SSVV) e preservação da vida do indivíduo que sofre de algum mal súbito ou trauma, aonde o intuito é evitar qualquer agravamento até a chegada de uma equipe especializada ou o transporte para uma unidade hospitalar que oferecerá o tratamento definitivo. E mesmo podendo ser de competência tanto de leigos e profissionais capacitados, tem se pontuado as observações de que a preferência é de um atendimento por profissionais de saúde especializados que disponibilizam de equipamentos específicos para o atendimento, constando tais relatos na publicação:

Apesar de qualquer cidadão poder ajudar em uma situação de emergência, é importante lembrar que isso não o torna um “socorrista” profissional. Para se profissionalizar é necessário adquirir muito mais informações e habilidades, treinamento adequado e, inclusive, para muitas das funções, diploma e registro profissional. Portanto, devemos preferir, sempre que possível, o atendimento pelos socorristas e PROFISSIONAIS DE SAÚDE, que contam com

formação qualificada e equipamentos especiais para realizá-lo (AVM FACULDADE INTEGRADA, pág. 07; 2011).

Dispondo de um serviço móvel de atendimento a urgência e emergência, fica a vista a necessidade de profissionais de saúde capacitados para desenvolver o APH, implicando a presença da enfermagem no mesmo. Para assegurar à efetividade da assistência a saúde, foi instituído pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a Resolução 375/2011, que dispõe sobre a presença do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido (COFEN, 2011).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo exploratório, de abordagem quantitativa. Segundo Fonseca (2002), a pesquisa quantitativa permite tabular sua amostra de público alvo que estarão representando a população, mantendo a objetividade do estudo e considerando que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, utilizando-se da linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc.

A pesquisa foi realizada na Base Central do SAMU da região sudoeste que fica localizado no estado de São Paulo. A princípio o previsto era uma amostra com 22 profissionais de saúde e socorristas que integram a equipe do SAMU, constituída por sete médicos, cinco enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem e cinco condutores socorristas, porém um dos médicos se recusou a participar da pesquisa, uma enfermeira não participou por ser orientadora da pesquisa, e por fim teve um número maior dos socorristas, pois estavam prestando serviço na base no momento da entrevista e aceitaram participar da mesma, totalizando em 23 entrevistados.

Como ferramenta de pesquisa foi utilizada um questionário estruturado com 09 questões fechadas, de múltipla escolha, que foi elaborado pela própria autora. Os dados foram digitados em gráficos do Excel para realização de análise estatística descritiva.

Projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UNIP. Todos os participantes foram informados sobre objetivo de pesquisa e tiveram que preencher e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Sendo mantido anonimato dos entrevistados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 22 profissionais que atuam no SAMU diretamente no atendimento ao indivíduo que necessita de intervenção para reverter uma PCR que foram incluídos na amostra pesquisa apenas três não realizou a mesma. Porém o numero total de entrevistados por meio de um questionário estruturado com perguntas fechadas teve uma a mais, onde os participantes da pesquisa foram são seis médicos, quatro enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem e oito condutores, totalizando em 23 entrevistados.

Dos três participantes que não realizaram a pesquisa um era da categoria médica que se negou a participar da pesquisa, então respeitando o direito de livre consentimento, o mesmo não realizou. Já o segundo participante que entra na coleta de dados da pesquisa é da categoria de enfermeiros, devido à mesma ser uma das autoras e responsável pelo trabalho, entendeu-se que não seria prudente responder a entrevista. E a terceira e ultima participante que não desenvolveu a pesquisa foi uma técnica de enfermagem, que no dia da coleta que estaria de plantão para desenvolver suas atividades ficou em ocorrência não dando tempo de responder a ferramenta de pesquisa, e posteriormente à mesma saiu de férias, não sendo possível desenvolver.

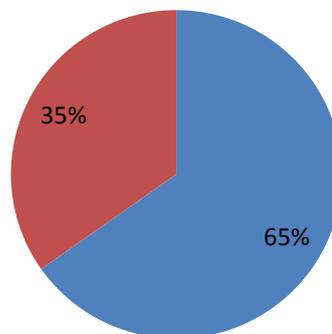
O número de socorrista entrevistados também teve alteração, que dos cinco esperados para participar da pesquisa acabaram sendo oito participantes, isso devido estarem atuando na base do SAMU no dia da coleta de dados.

Os resultados obtidos por meio da correção da ferramenta de pesquisa aplicada para avaliar o conhecimento dos profissionais, estão apresentados a seguir por meio de gráficos.

No primeiro gráfico tem a caracterização da amostra de pesquisa considerando o tipo do sexo do profissional. Dos 23 entrevistados tem uma predominância no sexo masculino com o número de 15 (65% homens), e em menor quantidade o sexo feminino com oito (35% mulheres).

I. Sexo

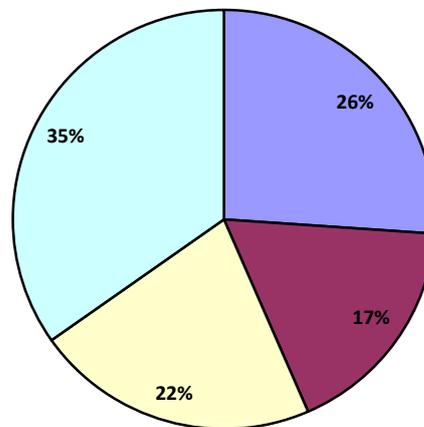
■ MASCULINO ■ FEMININO



O segundo gráfico especifica o número total da amostra de pesquisa pela categoria profissional de cada servidor que atua no SAMU, que formam a equipe que presta o atendimento sendo ela composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e socorristas. Dentre os entrevistados os que tiveram maiores número foram os socorristas com oito (35%), número maior na amostra, pois foi escolhido de acordo com os colaboradores que atuam no SAMU do município, no entanto no dia que foi aplicada a pesquisa estavam prestando serviço ao município e realizaram a mesma.

Subsequente tem o número maior de entrevistados os médicos com seis (26%), posteriormente os técnicos de enfermagem com cinco (22%) profissionais, e por fim em menor número a categoria de enfermagem com quatro (17%), este número está inferior a amostra da pesquisa devido um dos enfermeiros estar participando do desenvolvimento deste estudo.

II. Categoria Profissional



O terceiro gráfico está representando a questão número 01 da ferramenta de pesquisa utilizada para avaliar o conhecimento dos profissionais, nela aborda o processo da cadeia de sobrevivência, que é formada por elos onde cada um representa uma ação que no conjunto vão garantir um primeiro atendimento com objetivo de reestabelecer o paciente, diminuindo as sequelas e evitando o óbito. A correção da apêndice não teve nenhum acerto desta alternativa, sendo um dado preocupante, pois não sabemos se o mesmo representa a falta de conhecimento dos profissionais ou erro de interpretação da pergunta.

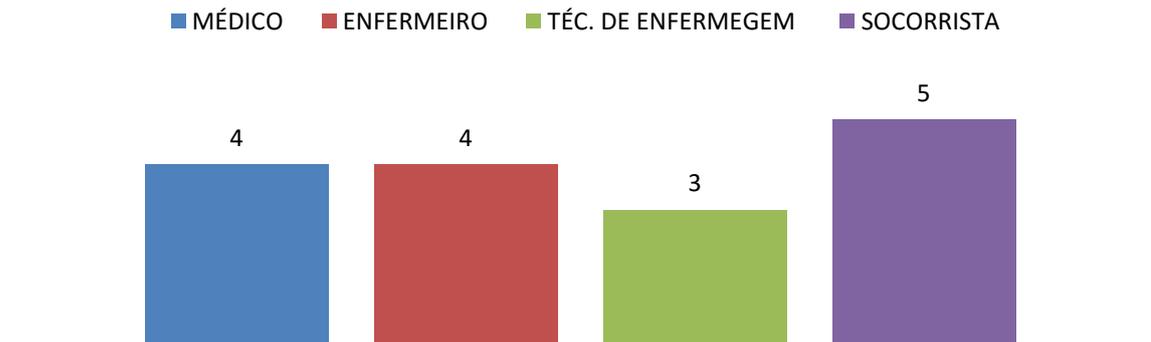
III. Questão 01



O quarto gráfico descreve o desempenho dos profissionais em relação a pergunta 02, que aborda em quantas etapas se subdivide o processo de PCREH, visando identificar a compreensão dos profissionais sobre as etapas essenciais para garantir a sobrevivência do paciente com menor risco de sequelas. Assim pode-se observar que

apenas os colaboradores da categoria de enfermeiros todos acertaram, depois vem os médicos que cinco acertaram, subsequente os técnicos de enfermagem onde três acertaram e por fim os socorristas que cinco acertaram..

IV. Questão 02



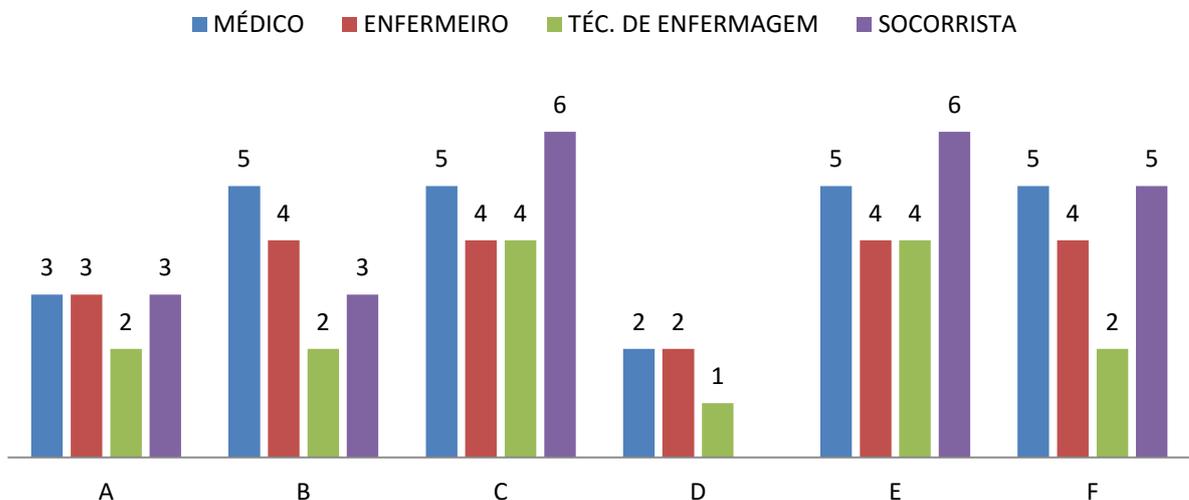
O quinto gráfico apresenta o conhecimento dos profissionais em relação a pergunta 03, que descreve o processo que os profissionais devem desenvolver ao chegar ao local de atendimento, buscando evitar atrasos e assim garantindo um cuidado preciso e sequenciado fazendo de imediato o reconhecimento e implementação das manobras de PCR. Na avaliação da ferramenta observou que de todas as categorias apenas os enfermeiros acertaram todos, dos médicos e técnicos de enfermagem apenas um participante de cada errou e por fim o socorristas 50 % acertou.

V. Questão 03



No sexto gráfico tem a representação da questão de número 04 com alternativas de A à F, instruindo que era pra marcar com a letra V se considerasse a afirmação verdadeira, e com F se falsa. Ao realizar a correção da entrevista observou que teve uma grande oscilação no desempenho da questão por categoria, onde os médicos na alternativa A 50% acertaram, na B, C, E e F todos acertaram e a D dois acertaram. Já os enfermeiros todos acertaram as alternativas B, C, E e F, a A 75 % e a D 50 % acertaram. Subsequente temos os técnicos de enfermagem que ocorreram erros em todas as alternativas, na A, B e F dos 05 entrevistados apenas 02 acertaram, na C e E apenas 01 errou, e na D apenas um acertou os outros quatro erraram. E por fim os socorristas que não teve um resultado muito positivo, acontecendo de nenhum acertar a alternativa D, conseguindo um desempenho melhor na C e E onde dos 08 participantes 06 acertaram, seguido da F com 05 acertos e posteriormente a A e B com menos da metade 03 acertos em cada uma.

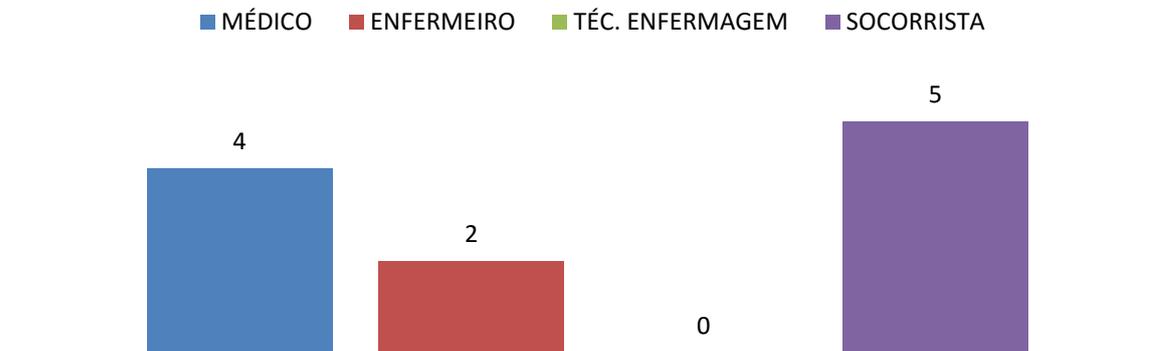
VI. Questão 04



No sétimo gráfico que esclarece o conteúdo da questão de número 05 que aborda sobre a frequência correta que deve ser exercida sobre as compressões da RCP, que no protocolo anterior da American Heart Association 2010 estabelecia apenas que deveria ser no mínimo 100/min, e na versão atual de 2015 complementa que também não deve exceder a 120/min para garantir a efetividade. Após a correção da ferramenta de pesquisa que o resultado vem com a categoria médica com apenas um profissional respondeu a alternativa incorreta, os enfermeiros metade (50%) da

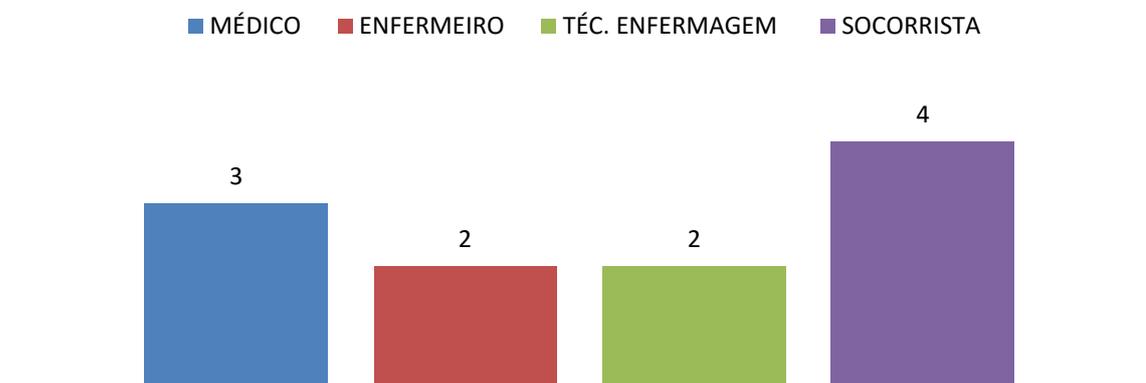
amostra acertou, os técnicos de enfermagem não apresentaram nenhum acerto da pergunta e por fim os socorristas que 05 dos 08 entrevistados acertaram.

VII. Questão 05



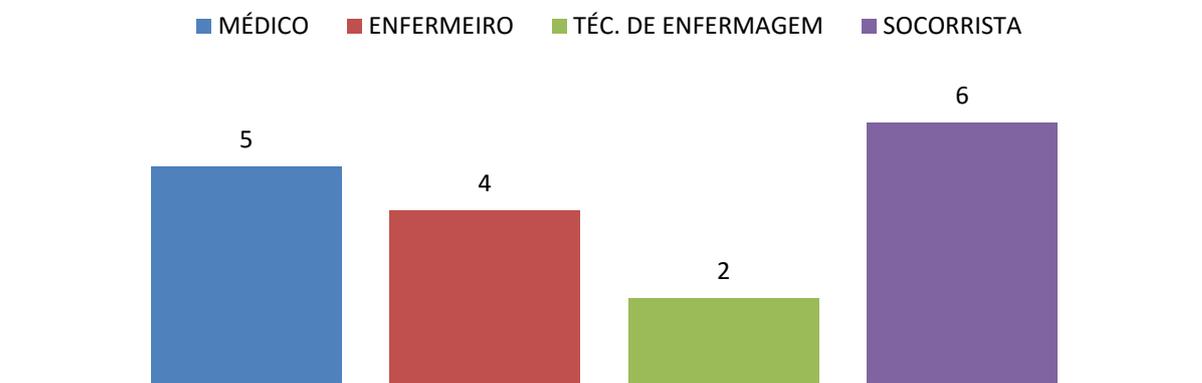
No oitavo gráfico tem as informações referente a pergunta número 06 da ferramenta de pesquisa, que retrata sobre a profundidade adequada que deve ser feito em cada compressão da RCP, para garantir que o sangue esta sendo ejetado de forma suficiente e com a técnica correta para que assim evite lesões e futuras sequelas ao indivíduo. Para isso o novo protocolo complementa o anterior estabelecendo que o tórax para uma manobra correta de RCP deve ser comprimido no mínimo 2 polegadas (5cm) a 2,4 polegadas (6 cm). Os resultados dos entrevistados foram dos 05 médicos 03 acertaram, dos 04 enfermeiros e 05 técnicos de enfermagem apenas 02 de cada categoria acertaram e por fim metade dos socorristas com 04 acertos.

VIII. Questão 06



O nono gráfico esta descrevendo a informações da alternativa 07 da ferramenta de pesquisa, que aborda um ponto muito importante do atendimento, que é o médico que vai realizar as orientações ao solicitante do serviço, que na maioria dos atendimentos quando bens instruídos realizam os primeiros cuidados até a chegada da equipe especializada. Assim fica exposto no gráfico que os médicos e enfermeiros todos os participantes acertaram, subseqüente observamos que os técnicos de enfermagem apenas 02 dos 05 entrevistados acertaram e por fim os socorristas que dos 08 participantes 06 acertaram a pergunta.

IX. Questão 07



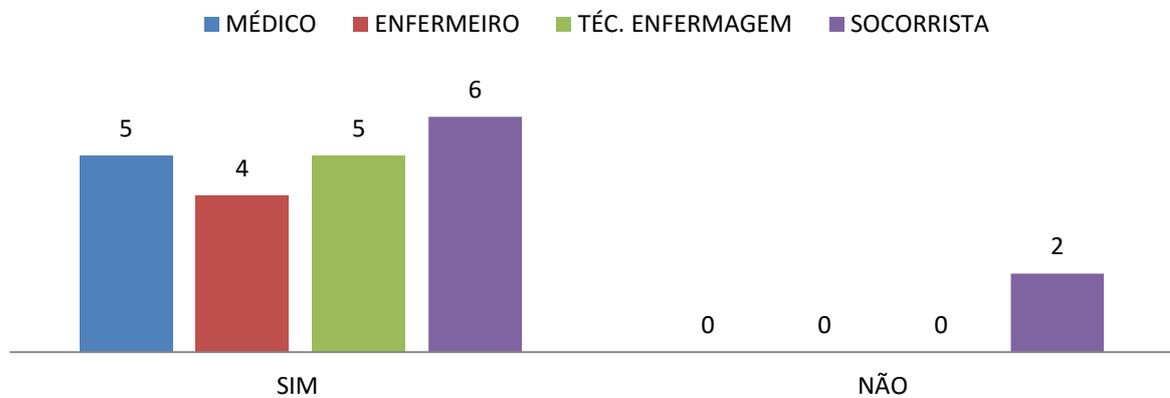
Nos dois últimos gráficos se aborda as questões 08 e 09 da ferramenta de pesquisa aplicada, ambas diferentes das demais perguntas não visa avaliar o conhecimento dos profissionais, e sim analisar se os colaboradores atuantes no atendimento se consideram capacitados não somente de habilidade da prática diária mais também preparados teoricamente, constando isso na questão 08. Já a 09 busca identificar se há por parte do empregador programas educativos para capacitar os prestadores de serviço de emergência.

Na questão 08 observamos que praticamente todos os profissionais se avaliam preparados de conhecimento científico e de habilidade prática para prestar atendimento, apenas com minoria dois socorristas se mostraram com a opinião contrária.

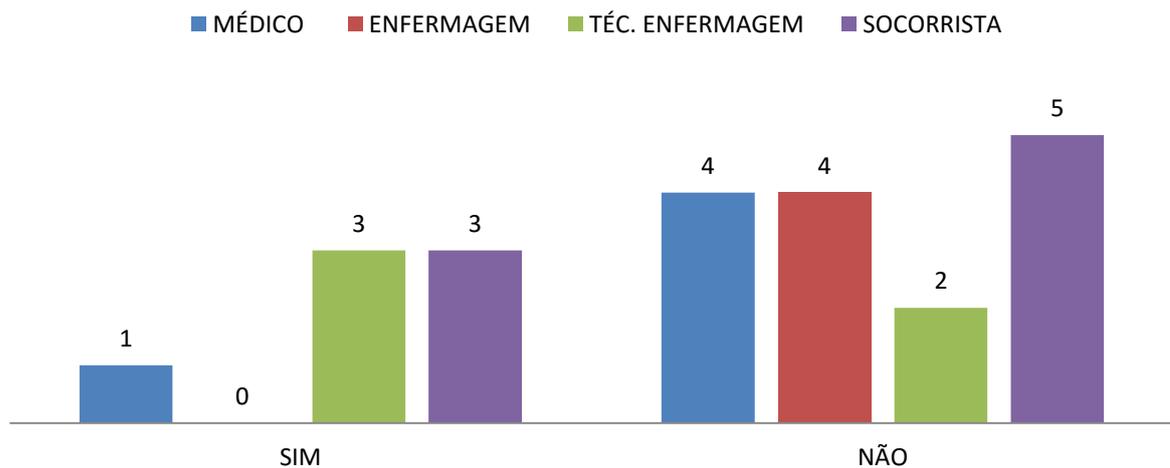
Na pergunta 09 que questionava a respeito se houve algum tipo de programa educativo para capacitar s profissionais após a atualização do protocolo das

diretrizes ficou bem divergente as opiniões, onde dos médicos apenas um afirmou ter recebido algum tipo de capacitação e os outros quatro discordam, já os enfermeiros todos consideraram que não houve um programa educativo para instruí-los sobre o recente protocolo. Os outros profissionais já se mostraram mais divididos na questão, onde acreditam quem não teve uma nova orientação educativa do protocolo cinco socorristas e dois técnicos de enfermagem e três de cada categoria assinalaram que sim, considerando que ocorreu uma capacitação.

X. Questão 08



XI. Questão 09



5. CONCLUSÃO

Verificou-se a importância que a constante atualização das diretrizes detém sobre a eficácia na sobrevivência do paciente em PC na realidade cotidiana. Os meios que essas alterações ocorrem no decorrer de cada revisão aumentam as possibilidades, qualidade e efetividade da assistência através de capacitações. Porém este estudo mostra não a capacidade das diretrizes, mas a falta de adesão dos profissionais que atuam em específico em um serviço móvel de emergência no município de Assis-SP, por meio de uma avaliação do conhecimento teórico da prática em situações extra-hospitalares.

Através da ferramenta de pesquisa conclui-se que nem todos os profissionais estão bem orientados de acordo com as diretrizes da AHA 2015, apesar de serem perguntas fechadas fica notável a dificuldade e lacunas nas novas recomendações estabelecidas pela organização. Então para que se possa garantir o objetivo da instituição com as constantes atualizações se faz necessário que os empregadores disponibilize programas educativos para os integrantes da equipe estarem preparados para executar a manobra de RCP de forma eficaz com garantia de qualidade.

Essa tradição da AHA em verificar a eficácia da sequência e de cada ação desenvolvida durante a manobra de RCP pelo socorrista conduz para que constantes atendimentos possam diminuir o risco de sequelas, ou até mesmo o óbito do paciente. Pontuando que cada ação deve ser empregada, segundo as recomendações das diretrizes, para que assim tenha a experiência de atingir os objetivos da prática. Contudo através da experiência do usuário, a cartilha vem como material de apoio, para melhor compreensão, habilidade, destreza e efetividade, partindo da equipe utilizar da ferramenta para se manterem constantemente atualizada.

Nesta perspectiva de que por meio da interação do profissional quanto às recomendações irá aumentar a efetividade na realização da RCP, promovera a disseminação da forma como conduzir um atendimento extra hospitalar de forma eficaz, promovendo reconhecimento da importância dos profissionais manterem se atualizados quanto as alterações e se disporem a realizar constante capacitações para melhor manipulação com a situação.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques da American Heart Association 2015 Atualização das Diretrizes de RCP e ACE: Guidelines CPR & ECC 2015.** 36 p. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 18 Fevereiro 2016.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE: Guidelines CPR ECC 2010.** 32 p. Disponível em: <http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf>. Acesso em: 01 Junho 2015.

AVM FACULDADE INTEGRADA. **Suporte Básico de Vida e Socorros de Emergência.** Brasília-DF, 2011. 79 p. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod5986/mod_suporte_basico_v5.pdf>. Acesso em: 03 Março 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS):** Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. 1. ed. Brasília-DF: MS, 2013. 86 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 03 Março 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a presença do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido. Resolução n. 375.2011, de 22 de Março de 2011. **Cofen:** DTIC/ASCOM do Cofen, Brasília, jan./mar., 1. Trim. de 2011. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3752011_6500.html>. Acesso em: 03 Março 2016.

FONSECA, João José Saraiva. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2002. 127 p. Apostila. Disponível em: <<http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>>. Acesso em: 16 Abril 2016.

GUIMARÃES, Hélio Penna, et al. A História da Ressuscitação Cardiopulmonar no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, Julho/Agosto 2009, v. 7., n. 4., 238-244 p. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n4/a238-244.pdf>>. Acesso em: 14 Junho 2015.

PARANÁ. Corpo de Bombeiros. **Manual de Atendimento Pré-Hospitalar**. Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência/Corpo de Bombeiros do Paraná: Ressuscitação Cardiopulmonar. Curitiba-PR, 2006. 289 p. Disponível em: <http://www.florencepalmares.com/index/v2/material/Manual_de_Atendimento_Pre-Hospitalar.pdf>. Acesso em: 26 Fevereiro 2016.

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Caracterização: | <input type="checkbox"/> União estável |
| Sexo | 3. Categoria profissional |
| <input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> Médico |
| <input type="checkbox"/> Masculino | Categoria <input type="checkbox"/> Enfermeiro |
| | <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem |
| 2. Estado Civil | <input type="checkbox"/> Socorrista |
| <input type="checkbox"/> Solteiro | |
| <input type="checkbox"/> Casado | 4. Especialização na área? |
| <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Sim |
| <input type="checkbox"/> Viúvo | <input type="checkbox"/> Não |

Conhecimentos:

Todo o processo de APH é estruturado dentro do que chamamos de Cadeias de sobrevivência, sendo uma ferramenta de extrema importância, pois quando executada corretamente garante a sobre vida do paciente com menor número de sequelas e reduzindo a possibilidade de óbitos. Sendo a mesma atualizada nesta diretriz de 2015, aonde ela ganha maior especificidade obtendo uma cadeia para atendimento intra-hospitalar (PCRIH), e mantendo a extra-hospitalar (PCREH). Dentre estas informações sobre a cadeia de sobrevivência, assinale a alternativa correta de acordo com a preconização feita na realização da PCREH das diretrizes 2015.

1. Não corresponde com a sequência do atendimento:

- Reconhecimento e acionamento do serviço médico de emergência
- Rápida desfibrilação
- Comprimir o tórax no mínimo 5 cm
- Serviços médicos básicos e avançados de emergências

2. Em quantas etapas se divide o processo de atendimento:

4

5

6

7

3. O SBV ao chegar ao local de atendimento, tem como objetivo primordial segundo diretrizes, que busca implementar em cada uma de suas atualizações recomendações que visa minimizar atrasos e incentivar a rapidez e eficiência na avaliação e na resposta simultâneas, em vez de uma abordagem lenta, metódica, passo a passo. Assinale a alternativa correta, em relação a estas considerações: São os critérios para garantir todos estes pontos.

Reconhecimento imediato e implementação das manobras.

O profissional de saúde vai reconhecer se a respiração esta anormal e ausente, e iniciar as manobras imediatamente.

Reconhece a ausência de respiração e encaminha para as referências de atendimento a urgência e emergência.

Reconhecimento imediato e acionamento do serviço médico de emergência.

4. Nas diretrizes 2015, especificaram as condutas que devem ser realizadas em adultos para melhor efetividade das compressões, de forma que promova qualidade e evite lesões desnecessárias. Em relação a tais informações que consta também em forma de tabela, cuja recomendação é “O que fazer e o que não fazer no SBV para obter uma RCP de alta qualidade para adultos”, responda as seguintes questões: Marque verdadeiro (V) para as alternativas corretas e falsas (F) nas alternativas incorretas.

Frequência de 100/min

Minimizar as interrupções nas compressões, quando houver não exceder 10 seg.

Ventilar adequadamente 30 compressões para 1 ventilação

Comprimir o tórax em uma profundidade no máxima 2 polegadas (5cm)

Permitir o retorno total do tórax, evitando se apoiar entre as compressões

Ventilar adequadamente 2 ventilações para 30 compressões

5. Em relação à frequência das compressões, marque a alternativa incorreta:

No mínimo 100/min

No máximo 120/min

Entre 100 a 120/min

100/min

6. Em relação a profundidade das compressões, marque a alternativa correta:

2 polegadas (5 cm) a 2,4 polegadas (6,5 cm)

2 polegadas (5 cm) a 2,5 polegadas (6 cm)

2 polegadas (5 cm) a 2,5 polegadas (6,5 cm)

2 polegadas (5cm) a 2,4 polegadas (6 cm)

7. O primeiro passo do atendimento pré-hospitalar (APH) na maioria das vezes será realizado por indivíduo leigo, que antes de qualquer ação deve garantir/preservar a segurança do local, e a partir de então realizar o uma avaliação se a respostas do paciente, sendo feito o reconhecimento se há uma parada cardiopulmonar (PC) irá então acionar um serviço móvel de urgência e emergência. Após ser acionado qual a conduta a ser tomado pelo componente de atendimento de urgência e emergência móvel, previsto pelas diretrizes 2015, assinale apenas a alternativa correta:

O atendente do SAMU serve como preceptor de orientações até a chegada da equipe especializada.

O atendente anota a ocorrência e avisa que o serviço já esta sendo enviado.

O atendente realiza orientações de como proceder e finaliza o atendimento, sem necessidade de encaminhar uma equipe profissional de saúde ao local.

O atendente registra a ocorrência e encaminha o atendimento da equipe especializada.

8. Sendo um profissional que esta em constante ocorrências de PC, e que precisa implementar a RCP, se avalia capacitado de acordo com as novas recomendações das diretrizes da AHA 2015, para realizar a manobra e todos os cuidados previstos?

Sim

Não

9. Tendo este ano a inserção das novas diretrizes da AHA 2015, que sofreu algumas alterações nas recomendações de como realizar a o APH, e manteve outras confirmando sua eficiência, tanto no SBV como SAV, houve algum programa de ensino voltado para instruir e capacitar os profissionais dentro da sua unidade?

Sim

Não

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Participante,

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada:

Conhecimento dos Profissionais de Saúde e Socorristas de um Serviço Móvel de Emergência Sobre a Ressuscitação Cardiopulmonar, que se refere a um projeto de graduação do(s) participante(s) Priscila de Cassia Nunes Ferreira, o qual pertence ao Curso de Enfermagem da FEMA.

O(s) objetivo(s) deste estudo são avaliar o conhecimento dos profissionais quanto à última atualização do protocolo de RCP, identificar as deficiências dos conhecimentos dos profissionais sobre o protocolo e apresentar o protocolo de RCP conforme ACLS. Os resultados contribuirão para os profissionais entenderem a importância do conhecimento do protocolo de RCP, pois quanto mais rápido e imediato for detectado uma PCR, e mais segura for realizadas as técnicas e manobras de RCP, mais haverá a contribuição para o sucesso do atendimento e conseqüentemente sobrevivência da vítima, além de facilitar nos cuidados pós-PCR e na recuperação.

Sua forma de participação consiste em responder de forma clara e objetiva as perguntas realizadas pela autora.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: mínimo.

São esperados os seguintes benefícios imediatos da sua participação nesta pesquisa: comunicar os resultados da pesquisa.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com o pesquisador principal Caroline Lourenço de Almeida Pincerati, Rua: Tibiriça 474, Assis/SP, tel: 3323-1918.

Eu _____ (nome do participante e número de documento de identidade) confirmo que Caroline Lourenço de Almeida Pincerati e Priscila de Cassia Nunes Ferreira explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

_____, _____, _____ de _____.

(Assinatura do sujeito da pesquisa ou representante legal)

(Assinatura da testemunha para casos de sujeitos analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva, visual ou motora).

Eu, _____

(nome do membro da equipe que apresentar o TCLE)

objetive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do
sujeito da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

(Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)

(Identificação e assinatura do pesquisador responsável)