

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

DEISE COITINHO ARAÚJO

**CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM SOBRE O PROTOCOLO DE
ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

**CAMPINA GRANDE – PB
MARÇO DE 2014**

DEISE COITINHO ARAÚJO

**CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM SOBRE O PROTOCOLO DE
ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª MS. Eloíde André Oliveira

Campina Grande – PB

Março de 2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A659c Araújo, Deise Coitinho.

Conhecimento de enfermagem sobre o protocolo de atendimento à parada cardiorrespiratória em uma Unidade de Terapia Intensiva [manuscrito] / Deise Coitinho Araújo. - 2014.
38 p. : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Prof. Me. Eloide André Oliveira, Departamento de Enfermagem".

1. Enfermagem. 2. Parada cardiorrespiratória. 3. Cuidados críticos. 4. Unidade de Terapia Intensiva. I. Título.

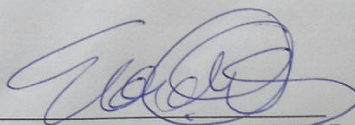
21. ed. CDD 610.73

DEISE COITINHO ARAÚJO

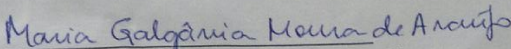
CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM SOBRE O PROTOCOLO DE
ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do grau
de Bacharel em Enfermagem.

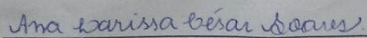
Aprovada em 11/03/2014.



Profª MS. Eloíde André Oliveira/UEPB
Orientadora



Profª. Esp. Maria Galgânia Moura de Araújo
Examinadora



Enfª. Ana Larissa César Soares
Examinadora

RESUMO

A morte súbita ganha cada vez mais destaque nos indicadores de saúde e, a aplicação correta da sequência de atendimento pode melhorar a sobrevivência desse paciente. Para que haja uma melhor qualidade e agilidade no atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória (PCR), é imprescindível que a enfermagem detenha o conhecimento do protocolo a ser seguido. O protocolo adotado pelo Ministério de Saúde e aplicado em hospitais do Brasil atualmente é o da AHA que foi atualizado no ano de 2010. Os profissionais da UTI, onde a ocorrência de PCR é mais frequente devido às condições fragilizadas e graves dos pacientes, além de permanecerem tempo integral com o paciente interno, o seu entendimento é de grande influência na obtenção de um bom prognóstico, onde as sequelas são mínimas e, quando presentes, são decorrentes não de um atendimento inadequado, mas sim, devido à própria patologia do paciente. O objetivo deste estudo foi verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca do protocolo frente à Parada Cardiorrespiratória na UTI Adulto do Hospital de Trauma de Campina Grande – PB, local este, estruturado com 10 leitos em cada UTI. Esta pesquisa teve uma abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 17 enfermeiros e 36 técnicos totalizando uma amostragem de 53 pesquisados (n=53). O instrumento teve um total de 07 questões, sendo 04 objetivas e 03 subjetivas, explorando o conhecimento acerca do protocolo de PCR. Os dados foram analisados e tabulados os resultados com o auxílio do *Software Microsoft Word Excel* (versão 2010) e, somente foi realizada a pesquisa após aprovação e guardando os preceitos éticos. Aos resultados sobre o protocolo de PCR, quando questionados acerca de treinamento em PCR, 82,3% dos enfermeiros e 30,5% dos técnicos disseram já ter realizado um, sendo que somente 17,6% dos enfermeiros e 2,7% dos técnicos informaram ter feito na instituição onde a pesquisa foi realizada. O fato de 35,3% dos enfermeiros e 38,9% dos técnicos desconhecerem a sequência correta de atendimento mostra que há um comprometimento do início, organização e rapidez das manobras de RCP, provando que ainda há carência de conhecimento, necessitando de um programa de treinamento em serviço. O estudo mostra que ambas as categorias sabem o que deve ser feito, porém, com certa insegurança e, há equívoco na precisão das manobras, no conhecimento detalhado e na compreensão, com precisão, da RCP.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, parada cardiorrespiratória, cuidados críticos, unidades de terapia intensiva.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVOS.....	11
3.1 Objetivo geral.....	11
3.2 Objetivos específicos.....	11
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
4.1 Histórico do atendimento emergencial à PCR.....	12
4.2 Papel da equipe de enfermagem durante uma PCR.....	13
4.3 Aspectos gerais sobre os protocolos de atendimento em uma parada cardiorrespiratória.....	14
4.4 Protocolo da American Heart Association - AHA.....	16
5 METODOLOGIA.....	18
5.1 Tipo de estudo.....	18
5.2 Local de estudo.....	18
5.3 População e amostra.....	19
5.4 Instrumento de coleta de dados.....	19
5.5 Tratamento dos dados.....	19
5.6 Aspectos éticos.....	19
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
7 CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	25
APÊNDICE A.....	29

APÊNDICE B.....	32
ANEXO A.....	35
ANEXO B.....	37

1. INTRODUÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é uma frequente intercorrência no meio hospitalar considerada como a mais grave emergência clínica, principalmente nos setores da emergência e da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pois ambos assistem pacientes hemodinamicamente instáveis com iminente risco de morte. Trata-se da cessação abrupta das funções circulatória, respiratória e cerebral (ZANINE, 2006).

Tanto no Brasil quanto no exterior, a morte súbita ganha cada vez mais destaque nos periódicos científicos e a aplicação correta da sequência de atendimento pode melhorar a sobrevivência desse paciente. É delimitada como: acesso precoce, manobras de Ressuscitação Cardiorrespiratória (RCP), desfibrilação e acesso rápido ao hospital (VANHEUSDEN, 2007).

É necessário que todos os funcionários pertencentes a esses setores detenham o total conhecimento prático e teórico da manobra de reanimação e devem também manter-se atualizados acerca das mudanças ocorridas no protocolo de PCR e RCP, assim como o aprimoramento de suas habilidades motoras e cognitivas, para que estejam aptos a reconhecer quando o paciente está tendo ou está desenvolvendo uma parada (ZANINE, 2006).

Os pacientes que apresentem algum dos fatores de risco devem ser mantidos sob vigilância na UTI, pois a monitorização contínua dos parâmetros desses pacientes pode evitar uma PCR ou aumentar as chances de reversão do quadro, melhorando, com isso, o prognóstico do paciente e evitando sequelas causadas pela PCR. Dentre as causas mais determinantes de uma PCR, pode-se citar as doenças cardiovasculares, de origem respiratória, choques e traumas (MORTON et al, 2007).

Em relação ao surgimento das UTIs, suas primeiras unidades eclodiram nos Estados Unidos na década de 20, irradiando-se para o Brasil apenas na década de 70 no Hospital Sírio Libanês, em São Paulo. Seu objetivo é ofertar suporte às funções vitais dos pacientes através da monitorização contínua, gerando bons resultados e reduzindo a mortalidade dos pacientes críticos. Quanto à equipe de enfermagem, suas atribuições estão inseridas na legislação de 1986 através da Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto n. 94.406 (BRASIL, 1987).

A partir de então, houve a delimitação do exercício profissional da enfermagem, com a determinação das atividades privativas do enfermeiro, onde houve a conquista da sua autonomia profissional e sua imprescindível presença nas UTIs, que abriga paciente críticos (PADILHA, 2010).

Ao longo da história, a ciência médica, vem adotando um conjunto de medidas com finalidade terapêutica e de diagnóstico da emergência (em PCR, principalmente em pacientes lotados nas UTIs, onde a possibilidade de ocorrência de PCR é significativamente maior que outras áreas hospitalares). Conforme o decorrer dos anos o protocolo para PCR foi constantemente modificado para que se adapte às necessidades do paciente, sempre buscando a melhor resposta possível em decorrência do atendimento de reanimação. Em 18 de Outubro de 2010, a American Heart Association (AHA) publicou um manual de diretrizes onde foi recomendado que os princípios básicos de reanimação consistem no restabelecimento da circulação e da respiração, por meio da sequência de compressões, abertura das vias aéreas e boa ventilação (COUNCIL, 2010).

Destacamos que cada instituição hospitalar é responsável pela qualificação do seu profissional, tendo o compromisso de treiná-los para manobras de ressuscitação, promovendo eventuais cursos e palestras para tal finalidade. A superioridade na qualidade de atendimento quando os profissionais passam por capacitação torna-se visível e essencial para a rotina da instituição (BELLAN, 2010).

Diante disto surgiu a necessidade de verificar qual seria o conhecimento dos profissionais da enfermagem, que são os responsáveis pela vigilância contínua e ininterrupta dos pacientes na UTI, relativo ao protocolo de reanimação cardiorrespiratória?

2. JUSTIFICATIVA

O fator responsável por despertar interesse no tema foi devido à observação e participação constante nas manobras de RCP em situações de PCR durante a atividade profissional na enfermagem. Por trabalhar como técnica de enfermagem, vivenciar o atendimento ao PCR no decorrer da vida profissional em diversos hospitais, foi possível constatar diferenças no atendimento ao paciente em PCR nessas instituições, surgindo assim, o interesse de realizar esse estudo buscando compreender o conhecimento da enfermagem das UTIs adulto no Hospital de Trauma, instituição na qual atuo profissionalmente.

Durante a intercorrência da PCR a equipe de enfermagem deve possuir o conhecimento das manobras de RCP e, complementando o atendimento da equipe multiprofissional, o médico deve coordenar a equipe devido a possíveis recentes mudanças no protocolo. Caso haja discordância e desconhecimento na equipe de plantão, o atendimento poderá ser insuficiente, gerando sequelas no paciente.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca do protocolo atual de atendimento frente à Parada Cardiorrespiratória na UTI Adulto do Hospital de Trauma de Campina Grande –PB.

3.2 Objetivos Específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem da UTI;
 - Constatar o conhecimento da enfermagem acerca do protocolo de PCR;
 - Identificar o papel do enfermeiro e do técnico de enfermagem diante dessa intervenção.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

- **Histórico do atendimento emergencial à parada cardiorrespiratória**

PCR “refere-se à ausência da atividade mecânica cardíaca, confirmada pela ausência de pulso detectável, ausência de responsividade e apneia ou respiração agônica” (AEHLERT, 2007).

Ela ocorre na frequência de quatro ritmos cardíacos alterados com causas variadas: Fibrilação Ventricular (FV), contração não coordenada do miocárdio; Taquicardia Ventricular (TV), batimentos ectópicos ventriculares; Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP), caracterizada pela ausência de pulso na presença de algum tipo de atividade elétrica excluindo FV e TV; Assistolia (ASI), quando há total ausência de atividade elétrica ou mecânica no ventrículo (JERONIMO; CHEREGATTI, 2011).

O *Prehospital Trauma Life Support* (PHTLS, 2011) preconiza um protocolo inicial conhecido como Suporte Básico de Vida (SBV) e o avançado, Suporte Avançado de Vida (SAV). O SBV consiste no protocolo de correção imediata da falência do sistema respiratório e/ou cardiovascular, geralmente ocorre em ambiente extra hospitalar e sem manobras invasivas. O socorrista presente no local deve ser capaz de manter o paciente respirando, com a presença de batimentos cardíacos e sem hemorragias graves, até que chegue uma equipe especializada. Com esse atendimento básico o socorrista é capaz de evitar o agravamento da situação, garantindo a possibilidade de um melhor prognóstico do paciente. As situações nas quais esse atendimento faz-se necessário são: traumatismos, queimaduras, doenças cardiovasculares, PCR, crise convulsiva, afogamento, intoxicações, etc (PHTLS, 2011).

Segundo o Suporte Básico de Vida (SBV), a identificação dessas intercorrências deve ser eficaz, não podendo ultrapassar o limite máximo de 10 segundos e o atendimento deve ocorrer imediatamente após essa identificação, caso não haja a rapidez necessária, a partir de aproximadamente 4 minutos de PCR o paciente começa a apresentar alterações irreversíveis nos neurônios do córtex cerebral (BARBOSA et al., 2006).

Ainda segundo o PHTLS (2011), o SAV é caracterizado pela intervenção de procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório, realizado por médicos e enfermeiros, consistindo na intubação orotraqueal, acesso venoso e administração de medicamentos.

Há três tipos de acometimentos pós-parada cardíaca: morte clínica, quando inexitem movimentos respiratórios e batimentos cardíacos eficientes em conjunto com a inconsciência; morte biológica irreversível, quando há degeneração irreversível dos órgãos, seguida pela morte clínica caso não haja a RCP; e morte encefálica, decorrente de uma lesão irreversível do tronco e do córtex cerebral, pela falta de oxigenação geralmente superior a 05 minutos (VIEIRA e TIMERMAN, 1996).

Levando em consideração que a equipe de enfermagem permanece tempo integral com o paciente, cabe à ela atentar-se aos monitores cardíacos que fazem parte dessa unidade para identificar arritmias e alterações cardíacas importantes, acionando o médico para que haja a verificação e correção das alterações identificadas (ZANINE, 2006).

Mas, nem todas as instituições possuem monitorização contínua para cada paciente, então, é fundamental que os profissionais conheçam os sinais e sintomas característicos da PCR. A avaliação do nível de consciência pode fornecer informações a respeito do grau de atividade do Sistema Nervoso Central (SNC), eliminando ou não a possibilidade de uma PCR. Knobel (2006) diz que caso não haja responsividade da parte do paciente, a cianose, ausência de movimentos respiratórios e de pulso carotídeo são indícios de que ele está sofrendo uma PCR.

Um rápido diagnóstico em decorrência da agilidade, eficiência e conhecimento técnico da equipe proporcionará um bom atendimento, preservando a vida e limitando as sequelas decorrentes da momentânea hipóxia (SILVA, 2006).

- **Papel da equipe de enfermagem durante uma PCR**

A equipe de enfermagem é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. As atribuições de cada um são divididas por níveis de complexidade e todas visam a promoção e educação em saúde, sendo que a gestão e a prestação da assistência ao parto são funções privativas do enfermeiro (COREN-MT, 2013).

O enfermeiro atua em conjunto com a equipe multiprofissional através do seu trabalho disciplinado e conhecimento teórico, desenvolvendo atribuições juntamente com a equipe médica, objetivando unicamente prestar assistência de qualidade visando a breve recuperação do paciente (MOREIRA, 2002).

A lei Nº 7.498 diz que o profissional enfermeiro tem como compromisso oferecer assistência direta ao paciente, além de coordenar sua equipe de enfermagem diante da situação. Para que isso ocorra de forma eficaz, é imprescindível que o enfermeiro detenha total conhecimento acerca da temática, pois o paciente crítico necessita da maior rapidez possível. Além disso, também é fundamental que o enfermeiro mantenha a calma, para minimizar o risco de acidentes - assim como deve dispor da capacidade de liderança, discernimento, trabalho em equipe, iniciativa e uma característica crucial: conseguir manter o controle emocional, para que o atendimento se proceda de forma prática, pacífica e ágil (MOTTA, 2005).

Além do trabalho de líder da equipe de enfermagem, o enfermeiro também possui atuação prática, colaborando nas compressões torácicas, desfibrilação, controle de sinais vitais, cateterismo vesical e nasogástrico para drenagem, transporte do paciente, preparo do material para intubação endotraqueal, supervisão da unidade, dentre outras atribuições. Sua responsabilidade também abrange avaliar as redes de oxigênio e vácuo, o carro de emergência com desfibrilador, controle do estoque de material e do lacre do carro de parada (AEHLERT, 2007).

A quantidade de funcionários para as manobras de RCP pode variar, contudo o papel de cada profissional deve ser elencado previamente ao atendimento. É indicada a presença de, no mínimo, 03 técnicos de enfermagem: um deve ficar responsável pela manutenção das vias aéreas, outro pela administração das medicações de emergência e o terceiro técnico responsabiliza-se pelo fornecimento dos materiais solicitados, bem como, pela marcação do tempo, tanto do início do atendimento quanto do revezamento da massagem cardíaca (COSTA, QUILICI E MIYADAHIRA, 2005).

Diante da PCR é necessário atuar com uma RCP e, se for insatisfatória estará associada com uma taxa de sobrevivência de 4%, enquanto que, quando a reanimação é realizada corretamente, essa taxa aumenta para 16% (LASELVA e MOURA, 2005; JONG, 2007).

- **Aspectos gerais sobre os protocolos de atendimento em uma parada cardiorrespiratória**

Araújo et al. (2000) dizem que o momento em que ocorre a RCP, é uma ocasião bastante conflitante, fácil de se perder o controle da administração dos fármacos, da sequência de procedimentos efetuados e da observação do ritmo cardíaco, por isso a necessidade da criação de um protocolo, pois com esse instrumento é possível acompanhar uma sequência lógica dos fatos e de registrar os acontecimentos.

A RCP se prolonga pela história através de séculos. Considera-se que seu ‘nascimento’ moderno ocorreu em 1960 com a publicação do artigo de Koewenhoven, Jude e Knickerbocker sobre a utilização da compressão torácica na manobra de reanimação, após realizarem um estudo utilizando essa técnica com uma amostra de 20 tentativas e 14 sobreviventes (KOUWENHOVEN et al, 1960).

Anteriormente já tinham sido descritas manobras com experimentos através da ventilação boca a boca e a desfibrilação. Com a publicação do artigo sobre as compressões torácicas, passaram a considerar como uma completa abordagem de RCP ao invés de elementos isolados (GONZALEZ et al, 2013).

Desde a introdução das manobras de RCP há o aprimoramento dos princípios padronizados de atendimento à PCR, resultado de inúmeras pesquisas internacionalmente efetuadas pela *American Heart Association (AHA)*, *American College of Surgeons*, *American Society of Anesthesiologists*, *European Resuscitation Council*, dentre outros centros (PALHARES, 2008).

Palhares (2008) diz que a Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (ILCOR) reúne os principais comitês de reanimação, desenvolvendo uma importante documentação de estratégias de ação perante uma PCR. O Conselho Latino-Americano de Ressuscitação (CLAR) foi criado em 1996, em 1999 uniu-se com a Fundação Interamericana de Cardiologia (FIC) na área de emergências cardiovasculares e, nos dias atuais, elabora diretrizes internacionais de ressuscitação e aperfeiçoa os programas de treinamento.

Em 1996 médicos e enfermeiros brasileiros foram enviados aos Estados Unidos para participar de um treinamento na Universidade de Miami, consistindo no curso de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS). Com o consequente resultado positivo nas emergências cardiológicas do Brasil, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC/Funcor) decidiu instaurar o mesmo treinamento para profissionais de saúde brasileiros. Esses cursos de ACLS, especificamente oferecidos aos profissionais da área e de SBV, destinado à população interessada, abordam protocolos padronizados e são ministrados nas universidades e por

centros de treinamento existentes em todo o país, conferindo certificado com validação a cada 02 anos (ILCOR GUIDELINES, 2000).

Com as mudanças nos protocolos a cada 5 anos realizadas pela ILCOR, que reavalia as diretrizes, aprimorando o conteúdo do protocolo para atendimento de PCR, reavaliação esta que ocorreu em 2010 pela AHA. Por isso, há necessidade de atualização dos conhecimentos teórico/prático da equipe para que, com isso, seja possível minimizar as ocorrências de óbito e sequelas após a RCP. Essa capacitação aprimora o conhecimento e as habilidades técnicas para a realização das manobras (PALHARES, 2008).

- **Protocolo da American Heart Association - AHA**

O protocolo adotado pelo Ministério de Saúde e aplicado em hospitais do Brasil atualmente é o da AHA do ano de 2010.

As principais diretrizes no Suporte Básico de Vida (SBV) recomendadas na PCR para execução de RCP é a sequência de atendimento C-A-B, onde A significa abertura das vias aéreas, B de boa ventilação e C de compressão torácica. Essa apresentação dá-se devido à compressão torácica e desfibrilação precoce serem elementos críticos na RCP (AHA, 2010).

Segundo o protocolo, outro avanço ocorrido na reavaliação do protocolo da AHA de 2005 para o de 2010 é que, o mínimo de compressões torácicas para determinar uma boa função neurológica é de 100/minuto, assim como a pressão exercida no esterno deve atingir a profundidade de, no mínimo, 05cm no adulto e 04cm na criança. Para a execução dessas compressões deve haver um rodízio de funcionário a cada 02 minutos, pois assim a profundidade e eficácia não serão prejudicadas devido ao cansaço do profissional. Quando em crianças, a compressão deve ser de um terço do tórax. Com isso consegue-se um bom fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, uma maior oxigenação cerebral.

Recomenda-se que na presença de um único socorrista as compressões torácicas devem ser realizadas ininterruptamente na frequência de 100/min, não alternando com a ventilação. A ventilação de resgate será executada apenas quando for instalado suporte avançado para as vias aéreas, na frequência de 8 a 10 ventilações por minuto. Na presença de dois socorristas, a indicação é de 30 compressões para 02 ventilações e quando houver apenas a permanência de curiosos no local, esses devem fornecer somente a compressão torácica com ênfase no "comprima forte e rápido" (AHA, 2010).

De acordo com este protocolo, foram criadas novas diretrizes para RCP: Cuidados Pós-PCR e treinamento, implementação e equipes. A inclusão de um quinto elo na cadeia enfatizou os cuidados pós-PCR. O primeiro elo da cadeia é o reconhecimento imediato da PCR e o acionamento do serviço de urgência, fundamental para uma boa recuperação do paciente; o segundo é o RCP precoce com ênfase nas compressões torácicas, seguindo o lema “comprima forte e rápido”; o terceiro é a rápida desfibrilação, quando possível e/ou necessário; o quarto é o SAV eficaz e, por último, a integração dos cuidados pós-PCR – o que inclui, após o retorno espontâneo da circulação, o aprimoramento da função pulmonar e da perfusão dos sinais vitais; transporte para um hospital onde disponha de recursos para cuidados pós-PCR e tratamento da disfunção de múltiplos órgãos.

Em relação à medicação de urgência, o protocolo de 2010 aboliu a indicação de Sulfato de Atropina que era sugerido em casos de assistolia e AESP segundo o protocolo de 2005. Hoje, recomenda-se a Adenosina no tratamento da taquicardia de complexo largo monomórfica regular indiferenciada, sendo importante ressaltar que a Adenosina não deve ser usada quando o complexo for irregular, pois pode causar alteração do ritmo para FV. O uso da Adrenalina continuou sendo a principal medicação nos casos de PCR e a Amiodarona recebeu maior ênfase quando em casos de TV e FV (AHA, 2010).

Ainda segundo o protocolo, essa proporção de 30:2 só deve ser efetuada anteriormente à instalação de uma ventilação avançada, caso o paciente já esteja em ventilação mecânica o protocolo preconiza apenas as compressões torácicas. Também é recomendado que os socorristas leigos não treinados realizem apenas a massagem cardíaca nos casos de adultos inconscientes e sem respiração; a RCP convencional deve ser realizada apenas em vítimas de asfixia. Nos casos de infartos em crianças o desfibrilador manual é preferível ao Desfibrilador Externo Automático (DEA), quando não há sua disponibilidade opta-se por DEA equipado com um atenuador pediátrico.

Em se tratando da instituição pesquisada, não foi encontrado nenhum protocolo preconizado para que os funcionários possam seguir um atendimento padrão. Não existe em nenhum dos setores nem nas diretorias. Segundo informações da secretária da Diretoria Técnica, está em fase de elaboração.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa.

5.2 Local de estudo

O estudo foi realizado nas UTIs Adulto do Hospital de Trauma de Campina Grande, após a aprovação no comitê de ética.

O Hospital de Trauma é referência em traumatologia para 203 municípios da Paraíba, bem como, para algumas cidades de Pernambuco e do Rio Grande do Norte. A média diária de pacientes atendidos atualmente chega a 300 por dia. É composta pelo acolhimento com classificação de risco: vermelho, amarelo, verde e azul – onde cada cor representa um nível de complexidade diferente. Ainda na emergência, dispõe de sala de gesso e de sutura. Possui um centro de imagem para realização de raio-x, ultrassom e tomografia; laboratório; endoscopia; central de transplantes; banco de sangue; CEATOX; epidemiologia e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); centro cirúrgico; Central de Material Esterilizado (CME); oftalmologista e otorrinolaringologista sob aviso; além das unidades de internação: alas cirúrgica, clínica, ortopédica e neurológica; pediatria; unidade de queimados; UTI pediátrica e duas UTIs adulto: azul e rosa. Recentemente foi inaugurada a unidade especializada em tratamento vascular.

As UTIs adulto, azul e rosa, são compostas pela mesma estrutura e os mesmos elementos. Cada uma possui um total de 10 leitos, no qual 02 são isolamentos; cada isolamento possui um banheiro próprio e uma antecâmara a fim de realizar diluição de medicação e quaisquer preparo para que se possa adentrar nos isolamentos; cada leito possui uma mesa de apoio para armazenamento deambu e material de higiene pessoal; uma bancada central para utilização médica e armazenamento de excesso de prontuário dos pacientes internos; um posto de enfermagem, uma bancada para realização do trabalho burocrático da enfermagem; um expurgo; dois carros de RCP, contendo: um cardioversor e desfibrilador, uma placa de acrílico para realização de massagem cardíaca, materiais para Acesso Venoso Central (AVC), entubação, drenagem torácica e medicações de urgência.

5.3 População e amostra

O quantitativo de profissionais de ambas as UTIs tem um total de 23 enfermeiros, 61 técnicos de enfermagem, 10 fisioterapeutas e 11 médicos. O perfil dos pacientes atendidos nesse setor são aqueles gravemente enfermos que necessitam de monitorização contínua e/ou tratamento especializado

A população de enfermagem pesquisada era constituída por 23 enfermeiros e 61 técnicos de enfermagem que atuam nas UTIs nos três turnos de trabalho, sendo que os participantes da amostra foram 17 enfermeiros e 36 técnicos totalizando uma amostragem de 53 pesquisados (n=53). Os participantes foram escolhidos aleatoriamente, tendo somente como critérios: pertencer à equipe de enfermagem daquela unidade e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido em participar do estudo (Anexo A).

5.4 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário estruturado, elaborado baseado nos objetivos da pesquisa e além das informações sociodemográficas, o instrumento teve um total de 07 questões, sendo 04 objetivas e 03 subjetivas - explorando o conhecimento acerca do protocolo de PCR (Apêndice B).

Foi aplicado um pré-teste com dois profissionais de enfermagem provenientes do setor da emergência do mesmo hospital, sendo dois enfermeiros, para validação da qualidade do instrumento de coleta, os quais não fazem parte da amostragem.

5.5 Tratamento dos dados

Após a coleta dos dados foram analisados e tabulados os resultados com o auxílio do *Software Microsoft Word Excel* (versão 2010), o que possibilitou a organização dos resultados e, a discussão destes foi baseada na fundamentação teórica pertinente.

5.6 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP-UEPB) e para a diretoria técnica do hospital onde foi realizada a pesquisa, para aprovação de ambos e somente teve início após aprovação (Nº CAAE: 23210713.6.0000.5187).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da amostra de 53 profissionais que fizeram parte da pesquisa, 17 são enfermeiros e 36 técnicos de enfermagem locados nas UTIs adulto. Os dados sociodemográficos dos participantes estão representados na **figura 1** abaixo. **As figuras 2 e 3** mostram o percentual do tempo de profissão no total e na UTI dos enfermeiros e dos técnicos, respectivamente.

Variáveis		Enfermeiros		Téc. de Enfermagem	
		N	%	N	%
Sexo	Feminino	17	100	28	77,7
	Masculino	-	-	8	22,2
	<i>o</i>				
Tempo de Profissão	<5	4	23,5	11	30,5
	6-10	5	29,4	13	36,1
	11-15	3	17,6	7	19,4
	>15	5	29,4	5	13,8
Tempo de Atuação em UTI	<5	11	64,7	17	47,2
	6-10	2	11,7	14	38,8
	11-15	3	17,6	3	8,3
	>15	1	5,8	2	5,5

Figura 1: Distribuição dos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa

Figura 2: Distribuição acerca do Tempo de serviço dos enfermeiros

Figura 3: Distribuição acerca do Tempo de serviço dos técnicos de enfermagem

Observa-se que a maior parte da amostra de ambas as categorias atuam em UTI há menos de 5 anos, sendo 11 (64,7%) enfermeiros e 17 (47,2%) técnicos. Isso mostra que há uma certa rotatividade no quadro desses profissionais, tornando-se uma prática necessária

para que se mantenha o nível de conhecimento mais atual possível. Para constatar se esses funcionários que adentram na UTI possuem o entendimento mais recente sobre o protocolo, um dos questionamentos do instrumento da pesquisa foi relacionado ao treinamento realizado (ou não) por eles. A **figura 4** representa os profissionais que buscaram esse treinamento.

Figura 4: Distribuição dos Profissionais que realizaram treinamento

Segundo a pesquisa, 14 (82,3%) enfermeiros e 11 (30,5%) técnicos informaram já terem realizado um, sendo que apenas 3 (17,6%) enfermeiros e 1 (2,7%) dos técnicos anunciaram ter sido feito na instituição onde a pesquisa foi realizada. Na época, o protocolo que deveria estar em vigor nos hospitais era o da AHA (2005) e a maior parte dos participantes - 14 (82,3%) enfermeiros e 35 (97,2%) técnicos - informaram o desconhecimento acerca de qualquer capacitação ofertada pelo Hospital de Trauma, não tendo sido feito outra desde então. O ano de capacitação foi em 2006 e a instituição também não havia disponibilizado o protocolo nos setores, mas atualmente de acordo com a secretária da diretoria técnica, o protocolo de PCR está em fase de elaboração e, por isso, não está disponível para os funcionários do hospital.

A **figura 5** representa o quantitativo de profissionais da amostra que possuem o conhecimento teórico sobre PCR através do protocolo da AHA (2010) e, independentemente de terem realizado treinamento, quais receberam instruções de outros profissionais no pós-RCP a fim de sanar as dúvidas e garantir um atendimento mais eficaz nas próximas intercorrências.

Figura 5: Distribuição dos Profissionais que conhecem o protocolo da AHA 2010

Um total de 5 (29,4%) enfermeiros e 5 (13,8%) técnicos afirmaram ter recebido posteriores instruções, oriundas de outros enfermeiros ou de outros profissionais do setor. Esse número indica que independente do profissional possuir o conhecimento para RCP, no cotidiano da equipe como um todo o serviço funciona de acordo com o que cada um souber, estando certo ou errado. Constatou-se também que grande parte de ambas as categorias - 16 (94,1%) enfermeiros e 34 (91,8%) técnicos - sabem identificar os sinais e sintomas característicos do início de uma PCR, porém, apenas 4 (23,6%) enfermeiros e 3 (8,4%)

técnicos conhecem a existência desse protocolo, entretanto informaram que o atendimento emergencial vai de acordo com o plantonista do dia. Afirmaram que seus atos correspondem à conduta que o médico adotar.

Quando há uma situação emergencial, geralmente o médico conduz o atendimento e a enfermeira além de também ter essa função, ainda delega as funções dos técnicos, quando esses não estão na sintonia de uma equipe fixa e não há iniciativa de cada um tomar para si uma atribuição. Nessa ocasião, o conhecimento individual dos profissionais reflete diretamente no atendimento ao paciente e na rapidez da resolução dessa intercorrência, bem como no nível de seqüela que o paciente pode ou não apresentar no pós-RCP.

Em se tratando do conhecimento geral e específico de atendimento segundo o protocolo, a **figura 6 e 7** demonstram os resultados indicados pela categoria avaliada.

Figura 6: Distribuição acerca dos Conhecimentos gerais baseados no protocolo

Figura 7: Distribuição acerca dos Conhecimentos específicos baseados no protocolo

O estudo aponta que 14 (82,3%) enfermeiros e 22 (61,1%) técnicos sabem que a seqüência deve ser C-A-B no primeiro momento, para um atendimento eficaz é necessário esse conhecimento prévio. Quando questionados sobre a proporção correta de compressões/ventilações em paciente entubado, 11 (64,7%) enfermeiros e 27 (72,9%) técnicos responderam que é 30/2 ou 01 ventilação a cada 6-8 segundos. Esse item foi bastante discutido dentre os participantes, pois eles desconhecem que a massagem cardíaca deve ser realizada ininterruptamente e questionaram a ausência da pausa para a ventilação, no caso da nomenclatura “30/2”, porém quando o paciente está em ventilação controlada essa pausa não é necessária e a ventilação por ambu ocorre apenas como forma de suporte, a cada 6-8 segundos. O mínimo de compressões preconizado pelo protocolo é de 100/min, resposta indicada por 14 (82,3%) enfermeiros e 30 (83,3%) técnicos. Em se tratando da profundidade torácica que a massagem cardíaca deve atingir, 09 (52,9%) dos enfermeiros e 19 (52,7%) dos técnicos responderam corretamente que deve ser de 05 cm em adultos. A importância do conhecimento desse dado ocorre devido a força que o profissional deve dispor em seus braços para que a massagem se suceda de forma eficiente, visto que quando não se é aplicada a força

correta, o profissional sentirá as dores musculares inevitavelmente e o paciente, caso seja analisado esse fator separadamente, não sairá do quadro de PCR.

Ainda o estudo mostra que das medicações de urgência mais utilizadas apenas a Adrenalina é conhecida por todos os participantes. Levando em consideração as necessidades individuais de cada paciente, há uma certa variação nessas medicações, tendo sido mencionadas corretamente por 17 (100%) enfermeiros e 34 (94,4%) técnicos. Entretanto, a medicação Sulfato de Atropina ainda foi bastante mencionada pelos profissionais da pesquisa, provando que a revogação dessa medicação permanece desconhecida por eles. Quanto às suas atribuições de uma maneira geral durante uma PCR, 17 (100%) enfermeiros e 32 (88,8%) técnicos souberam informar corretamente quais são (AHA, 2010).

É imprescindível que a RCP de um paciente em PCR seja o mais rápido possível, desde o reconhecimento dos sintomas até as próprias manobras de reanimação. É fundamental o treinamento adequado da equipe que lida com esse tipo de situação para que haja a possibilidade de uma maior taxa de sobrevivência (LASELVA e MOURA, 2005).

Os profissionais que necessitam de um maior compromisso em deter esse conhecimento são os que atuam na Emergência e na UTI, por estarem inseridos mais rotineiramente nesse tipo de intercorrência clínica. A capacitação desses profissionais deve ser feita de acordo com o que preconiza o protocolo e deve atender as necessidades dos profissionais como um todo, focando onde, segundo a presente pesquisa, há um maior déficit de conhecimento. No caso, o reconhecimento dos sintomas e a atribuição desses profissionais não foram a maior adversidade, mas sim as manobras práticas da massagem cardíaca em si (vide os conhecimentos gerais e específicos discutidos **na figura 6 e 7**).

6. CONCLUSÃO

De acordo com o resultado obtido a partir do instrumento de estudo aplicado com a amostra, o déficit do conhecimento teórico da maior parte dos profissionais participantes da pesquisa está relacionado à carência de informação no setor acerca do atendimento em PCR, além da reduzida busca pessoal pela aquisição de novos conhecimentos. Além disso, a instituição não possui nenhum protocolo que direcione e padronize formalmente o atendimento de uma PCR.

O estudo mostra que ambas as categorias sabem o que deve ser feito, porém, com certa insegurança e, há equívoco na precisão das manobras, no conhecimento detalhado e na compreensão com precisão da RCP.

Há necessidade de capacitação continua para esses e, todos os profissionais da instituição, considerando-se que esta é uma instituição de referencia em emergências visando a possibilidade de um atendimento mais eficaz.

Ainda que haja oferecimento de cursos para atualização em abundância, e que se faz necessário que cada profissional faça investimentos técnicos individualmente, acredita-se também, na responsabilidade da instituição de possibilitar, incentivar e promover um protocolo oficial com a finalidade de um melhor atendimento ao usuário em PCR.

REFERÊNCIAS

AEHLERT, B. *ACLS: Emergências em Cardiologia: um guia para estudo*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 591p.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. *Suporte avançado de vida em cardiologia: manual para provedores*. Rio de Janeiro (RJ): Medline; 2002b. 315p.

ARAÚJO, I.E.M.; ARAÚJO, S.; Ressuscitação Cardiorrespiratória. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. *Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico*. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. 135-153p.

BARBOSA, Fabiano Timbó et al.. *Avaliação do diagnóstico e tratamento em parada cardiorrespiratória entre os médicos com mais de cinco anos de graduação*. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 4, out./dez. 2006.

BELLAN, M.C.; ARAÚJO, I.I.M.; ARAÚJO, S. *Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória*. **Rev. Bras. Enferm**, v.63, n.6, 1019-27p, 2010.

BRASIL. Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências., de 08 de junho de 1987. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 08 junho 1987. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 03 out. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO MATO GROSSO (COREN-MT). *Quais as devidas funções do enfermeiro, do técnico de enfermagem e do auxiliar enfermagem e quais as diferenças entre cada categoria?* Coren MT, Cuiabá, 2013. Disponível em: <http://mt.corens.portalcofen.gov.br/diferenca-entre-categorias_698.html>. Acesso em: 15 jan. 2014.

COSTA, M.P.F.; QUILICI, A.P.; MIYADAHIRA, A.M.K. *Ressuscitação Cardiorrespiratória: Aspectos de Enfermagem*. In: GUIMARÃES, H.P.; LOPES, R.D.; LOPES, A.C. *Parada Cardiorrespiratória*. São Paulo: Atheneu, 2005. Cap. 14. 123-140p.

GONZALEZ, MM; TIMERMAN, S; GIANOTTO-OLIVEIRA, R; POLASTRI, TF; CANESINMF; et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiorrespiratória e Cuidados

Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.101 no.2 supl.3 São Paulo. Aug. 2013.

JERONIMO, R.; CHEREGATTI, A. (orgs.). *Técnicas de UTI*. 2 ed. São Paulo: Rideel, 2011.

JONG, M.; COOMBS, V.; REMPHER, K.; OBIAS-MANN, D.; GORDON, C. *Cuidado ao paciente: sistema cardiovascular*. Cap. 18. p.370-8. Morton, P.G.; Fontaine, D.K.; Hudak, C; M. e Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

KNOBEL, E. Terapia Intensiva Enfermagem. In Yamashita MAA, Guerra MRA, Simões RO. *Ressuscitação cardiorrespiratória cerebral*. São Paulo (SP): Atheneu; 2006. 275-95p.

KOUWENHOVEN WB; JUDE JR; KNICKERBOCKER, GG. Closed-chest Cardiac Massage. *JAMA*. 1960;173:1064-7.

LASELVA, R.G.; MORA, Júnior D.F. Parada Cardiorrespiratória e Reanimação, In: Knobel E, Laselva RG, Moura Júnior DF - *Terapia Intensiva: Enfermagem*. São Paulo, Atheneu, 2005.

MOREIRA, D. M. et al.. *Estudo retrospectivo de sobrevida de pacientes submetidos à reanimação cardiorrespiratória em Unidade de Tratamento Intensivo*. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v.78, n.6, jun. 2002.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K.; HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. *Cuidados Críticos de Enfermagem: uma abordagem holística*. Rev. téc. Ivone Evangelista Cabral; trad. Ivone Evangelista Cabral, José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

MOTTA, A.L.C. *Assistência de Enfermagem em Cardiologia*. 2ªed. São Paulo: Iátria, 2005.43-46p.

PALHARES, V.C. *Avaliação e capacitação da equipe de enfermagem para o atendimento da parada cardiorrespiratória em uma unidade de terapia intensiva de um pronto socorro* [dissertação]. Mestrado profissional Botucatu: São Paulo; 2008. Disponível em: <http://www.pg.fmb.unesp.br/projetos/17032008133.pdf>. Acesso em: 31 de Julho de 2013 às 13h45.

PHTLS, *Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado* / Comitê do PHTLS do National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) em colaboração com o Colégio Americano de Cirurgiões. Tradutores: Renata Scavone. et al. 7ª edição - Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

SBV para provedores de saúde. Tradução: Andréa JA. American Heart Association; Fundação InterAmericana do Coração. Rio de Janeiro, 2002.

SILVA, A.R.DA. Parada Cardiorrespiratória em Unidades de Internação: vivências do enfermeiro, 2006. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. 192 f.

SILVA, S.C.; PADILHA, K.G. *Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas.* **Rev. Esc. Enferm.** USP, v.25, n.4, 360-5p, 2001.

The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010.

VANHEUSDEN, L. M. S. et al. *Conceito fase-dependente na ressuscitação cardiopulmonar.* **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, fev. 2007.

VIEIRA, S.R.R.; TIMERMAN, A. *Consenso Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória.* **Arq. Bras. Cardiol.** Vol. 66 VI, 1996.

ZANINE, J.; NASCIMENTO, E. R. P. do; BARRA, D. C. C. *Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimentos da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.* **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v.18, n.2, jun. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A**QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO****DADOS GERAIS**

1. Sexo:

() Feminino

() Masculino

2. Idade:

() Entre 20 e 30 anos

() Entre 31 e 40 anos

() Entre 41 e 50 anos

() acima de 51 anos

3. Função:

() Enfermeiro

() Técnico(a) de Enfermagem

4. Setor:

() UTI Azul

() UTI Rosa

5. Escolaridade:

Curso Técnico em Enfermagem

Graduação em Enfermagem

Especialização

Mestrado

6. Tempo de profissão:

Menos 5 anos

Entre 6 e 10 anos

Entre 11 e 15 anos

Mais 15 anos

7. Tempo em UTI (no total, somando com outras instituições):

Menos de 5 anos

Entre 6 e 10 anos

Entre 11 e 15 anos

Mais de 15 anos

8. Já trabalhou ou trabalha em outro hospital na UTI?

Sim

Não

9. Recebeu treinamento acerca do protocolo de atendimento em PCR?

- Onde: _____

- Quando: _____
- O treinamento durou quanto tempo: _____

10. Tem participado de forma contínua de treinamento em PCR na sua instituição pesquisada?

Sim Não

11. Qual o protocolo adotado na sua instituição acerca da RCP na PCR?

12. Sua instituição pesquisada tem educação continuada no protocolo de RCP?

Sim Não

Se SIM descreva de quanto em quanto tempo? _____

13. No Pós-RCP você recebeu alguma orientação sobre seus acertos e erros?

Sim Não

De quem? _____

APÊNDICE B**QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO**

1. De uma maneira geral, quais são as evidências de uma PCR?

2. Qual a sequência de atendimento a ser realizada na PCR? Leve em consideração: A (abertura das vias aéreas), B (boa ventilação) e C (compressões torácicas).

A-B-C

A-C-B

C-A-B

B-C-A

3. Quantas compressões por minuto devem ser realizadas?

100/min

150/min

200/min

250/min

4. Qual a proporção correta de compressões/ventilações, em paciente entubado?

30:0

() 40:1

() 30:2

() 20:3

5. Qual a profundidade ideal que o tórax deve atingir ao receber uma massagem cardíaca em adulto?

() 2cm

() 3cm

() 4cm

() 5cm

6. Quais as medicações mais comuns utilizadas em uma PCR e sua indicação?

7. Quais suas atribuições no atendimento a PCR?

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM SOBRE O PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o protocolo de atendimento à PCR na UTI adulto do Hospital de Trauma de Campina Grande, terá como objetivo geral identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem do Hospital de Trauma frente à uma PCR na UTI.

Ao voluntário só caberá a autorização para preenchimento dos formulários da pesquisa e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

-O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

-Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

-Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

-Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 8610-3320 com Deise Coitinho Araújo.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

-Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do participante

ANEXO B**TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, orientadora e orientanda da pesquisa intitulada “CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM SOBRE O PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1997, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo dos dados correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término do estudo. Informaremos e apresentamos sempre que solicitado pelo Conselho Central de Ética em Pesquisa/Universidade Estadual da Paraíba (CCEP/UEPB), ou pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ao CCEP/UEPB, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, PB, _____ de _____ de _____.

Prof.^a MS. EloideAndre Oliveira

Deise Coitinho Araújo