

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ALUNOS DO CURSO DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS (CFO) 2012 DA ESCOLA DE FORMAÇÃO COMPLEMENTAR DO EXÉRCITO (EsFCEEx) SOBRE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Ana Clara Sampaio Franco Falcão¹, Rafael Maia Pantuzzo Medeiros²

Resumo. As ações de Suporte Básico de Vida (SBV) realizadas de forma correta e rápida garantem um aumento significativo nas chances de sobrevivência e boa evolução neurológica de vítimas. O oficial do exército, vivenciando o dia a dia de uma tropa, poderá presenciar situações de emergência que necessitam de ações de primeiros socorros. No entanto, a experiência demonstra conhecimento insuficiente por parte da população em geral acerca do tema. Deste modo, a presente pesquisa teve o objetivo principal de avaliar o conhecimento dos tenentes alunos do Curso de Formação de Oficiais (CFO) 2012 da Escola de Formação Complementar do Exército (EsFCEEx), no município de Salvador, sobre SBV antes de receberem a instrução sobre o referido assunto. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo analítico utilizando uma abordagem quantitativa-qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os tenentes alunos nas quais foram abordados princípios básicos sobre SBV. Os dados foram analisados através da comparação entre o relato dos tenentes alunos e o que preconiza a literatura sobre o assunto. Foram preenchidos 83 questionários semiestruturados. Foram encontradas várias lacunas no conhecimento dos alunos em relação aos procedimentos do SBV. A maioria dos alunos desconhece as etapas do SBV, o tempo máximo que o socorrista deve levar para avaliar a circulação e respiração de uma vítima, qual a quantidade de vezes em que se realiza compressão torácica por minuto, o local mais apropriado de verificação do ritmo cardíaco e conhecimento sobre o manuseio de um desfibrilador. A partir desses achados, verifica-se que a grande maioria dos alunos tem conhecimento deficiente sobre o tema, tal qual ocorre com a população em geral. Este fato pode vir a comprometer o início, organização e rapidez das manobras num caso de parada cardiorrespiratória (PCR), o que pode fazer a diferença entre salvar ou não uma vida.

Palavras-chave: Parada Cardiorrespiratória. Primeiros Socorros. Suporte Básico de Vida.

1 Bacharel em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Salvador, Brasil. aclarasam@uol.com.br

2 Bacharel e Licenciado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brasil. rafaelpantuzzo@hotmail.com.

Abstract. The shares of Basic Life Support (BLS) conducted correctly and quickly provide a significant increase in the chances of survival and good neurological outcome of victims. The army officer, experiencing the daily life of a troop, you may experience emergencies that require first aid actions. However, the experience shows insufficient knowledge on the part of the general population about the topic. Thus, this research has the main objective of evaluating student knowledge of the lieutenants of the Training Course for Officers (CFO) 2012 School of Complementary Training Army (EsFCEx) in the city of Salvador on BLS. We performed an analytical descriptive study using a quantitative and qualitative approach. Were conducted semi-structured interviews with lieutenants in which students were approached about BLS fundamentals. Data were analyzed by comparing the account of the lieutenants and students calling for the literature on the subject. Were filled 83 semi-structured questionnaires. Were filled many gaps in students knowledge in relation to the BLS procedures. Most students do not know how to enumerate the steps of the BLS, the maximum time that the rescuer should take to assess the circulation and respiration of a victim, how much times you perform chest compressions per minute, the most appropriate verification heart rate, about the handling of a defibrillator. From these findings, the vast majority of students do not have adequate knowledge about BLS fundamentals. This fact may come to undermine the beginning, organization and speed of maneuver in case of cardiopulmonary arrest (CPA) which can make the difference between saving a life or not.

Keywords: Cardiorespiratory arrest. First Aid. Basic Life Support.

1 Introdução

A EsFCEx é um estabelecimento de ensino de formação, de grau superior, da Linha de Ensino Militar Complementar. É um dos quatro estabelecimentos de ensino que formam oficiais de carreira do Exército Brasileiro. A Academia Militar das Agulhas Negras forma os oficiais da linha bélica, a Escola de Saúde do Exército, os médicos, e o Instituto Militar de Engenharia, os engenheiros militares.

Após a conclusão do CFO na EsFCEx, o oficial pode ser movimentado para as diversas organizações militares espalhadas por todo o país e designado para atividades de acordo com as necessidades e interesses da Força.

Devido à natureza de seu trabalho, o oficial deveria ter, além do conhecimento técnico e militar, noções de primeiros socorros e atendimento rápido a vítimas. Porém, parece haver um despreparo na população, em geral, quanto ao conhecimento e execução das ações de Suporte Básico de Vida.

Segundo Lopes e Fernandes (1999), em 1792, houve uma

primeira tentativa de organização moderna do atendimento prático de urgência, por Dominique Larrey, cirurgião e chefe militar que praticava os cuidados iniciais aos pacientes vítimas de guerras, no próprio campo de batalha, com o objetivo de evitar complicações. E, a partir deste momento, em especial durante as guerras, são comprovados os benefícios do atendimento precoce às vítimas numa situação de urgência/emergência.

Na prática civil, os médicos demoraram a se mobilizar neste sentido, mesmo diante do aumento progressivo das perdas de vidas humanas por traumas advindos de causas externas, principalmente acidentes de trânsito. Esta demora fez com que as autoridades sanitárias, inicialmente, delegassem as responsabilidades deste serviço aos responsáveis pelos resgates, os militares do Corpo de Bombeiros, retirando a característica sanitária deste atendimento (LOPES; FERNANDES, 1999).

No Brasil, o pioneirismo e a persistência de diversos profissionais da saúde conseguiram disseminar o conhecimento do atendimento em situações de

urgência e emergência, em especial, na ressuscitação cardiopulmonar na área continental do país. Em seu desafio de educar os profissionais de saúde, socorristas e a população em geral, John Cook Lane e Ari Timermam deixaram sua marca na história da Medicina brasileira (GUIMARÃES et al., 2009).

Diretrizes foram construídas e atualizadas com a finalidade de subsidiar os profissionais de saúde e socorristas leigos na condução das ações nos casos de paradas cardiorrespiratórias nos ambientes extra e intrahospitalares, nas diferentes faixas etárias e, atualmente, estão amplamente veiculadas. Segundo Silva (2006), grandes centros de estudos internacionais, juntamente com a Sociedade Americana de Cardiologia (American Heart Association – AHA), padronizaram manobras e técnicas, que são divididas em Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) em Cardiologia, com o objetivo de restaurar as funções cardíacas e respiratórias. Segundo Ferreira e Garcia (2001), as manobras de SBV podem ser realizadas por leigos treinados e pela equipe de profissionais de

saúde, sem a necessidade da presença da equipe médica. No entanto, segundo Lane (2005), estamos no século 21 e os resultados da reanimação ainda são precários por falta de cursos práticos e da falta de manequins de treinamento.

Existem evidências de que a ressuscitação cardiopulmonar imediata e a desfibrilação precoce diminuem a mortalidade de vítimas de parada cardíaca. A ressuscitação cardiopulmonar imediata reduz as chances de deterioração de uma fibrilação ventricular para assistolia, aumenta a eficácia da desfibrilação e preserva as funções cardíacas e cerebrais.

A desfibrilação é comprovadamente o fator isolado que mais aumenta a sobrevivência das vítimas de parada cardíaca (FERREIRA & GARCIA, 2001). Em vista disso é fundamental o treinamento em massa para esses procedimentos e a garantia de existência de desfibriladores disponíveis.

Constata-se, portanto, que as ações de suporte básico de vida têm papel substancial nas possibilidades de sobreviver e na boa evolução neurológica do

paciente. E ao mesmo tempo, são ações de fácil aprendizado e colocação prática.

Diante do exposto, veio-nos uma inquietação: **Qual o conhecimento dos tenentes alunos do CFO 2012 sobre suporte básico de vida?**

Desta forma, é de extrema importância um estudo do conhecimento dos tenentes alunos acerca deste assunto e a identificação das lacunas encontradas. A escolha de se entrevistar os tenentes alunos recai sobre a justificativa de, estando em unidades militares, terem a possibilidade constante de presenciar situações em que o suporte básico de vida precisará ser empregado e esses conhecimentos sobre SBV poderão um aumento significativo nas chances de sobrevivência e boa evolução neurológica de vítimas.

Levando em consideração essa realidade, este trabalho pretendeu contribuir para responder a seguinte pergunta “*Em que medida os tenentes alunos do CFO 2012 da EsFCEx conhecem as ações de suporte básico de vida?*”. Intenciona-se também contribuir com os dirigentes das organizações do

Exército Brasileiro sobre as possíveis lacunas do conhecimento dos alunos sobre o SBV no sentido de refletirem sobre a fundamental importância do tema para a sobrevivência de vítimas.

Portanto, o objetivo geral deste estudo foi avaliar os conhecimentos dos alunos da EsFCEx sobre o SBV, antes de receberem a instrução sobre o referido assunto, além de identificar as lacunas de aprendizado sobre os primeiros socorros. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo analítico utilizando uma abordagem quantitativa, através de um questionário semiestruturado aplicado aos tenentes alunos do CFO 2012 da EsFCEx (Apêndice).

As questões sobre as manobras para o suporte básico de vida foram avaliadas conforme as diretrizes da AHA e de autores brasileiros que têm por base essas diretrizes para clientela adulta.

2 Desenvolvimento

Tradicionalmente, quando se fala em atendimento de emergência, nos referimos à assistência aos pacientes com necessidades urgentes e críticas. O foco da atenção de emergência é

preservar a vida, evitar complicações e sequelas e restabelecer a função ótima do paciente. Para o alcance destes objetivos, devem ser tomadas decisões rápidas e vitais. Para cada paciente que precisa de atendimento de emergência, a atenção é voltada para a extensão da lesão ou doença e a determinação das prioridades para iniciar o tratamento (BRUNNER; SUDDARTH, 2002).

A parada cardiorrespiratória (PCR) constitui a mais grave emergência clínica que se pode enfrentar (ZANINI et al., 2006). O pioneiro da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) no Brasil foi John Cook Lane. Nascido em São Sebastião do Paraíso, Minas Gerais, local onde seus pais, de origem norte-americana e irlandesa, eram missionários evangélicos, graduou-se na Escola Paulista de Medicina em 1954 (GUIMARÃES et al., 2009). John Cook Lane foi o primeiro a trazer o Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS) e o Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS) para o Brasil sob a orientação de: Roger D. White (*Mayo Clinic*), Ramiro Albarran-Sotelo (*American Heart*

Association) e Leon Chameides, o pai da reanimação pediátrica (Cardiologia Infantil; Universidade de Connecticut, EUA) (LANE, 2005; GUIMARÃES et al., 2009). A partir de 1961, palestras e demonstrações em manequins, com o ABC (Suporte Básico de Vida) da reanimação foram realizadas em várias instituições espalhadas pelo país e chegou-se a conclusão que a compressão torácica externa poderia ser realizada por médicos e leigos treinados, e que a abertura cirúrgica do tórax deveria ser limitada apenas a situações especiais, principalmente em pacientes traumatizados (LANE, 2005; GUIMARÃES et al., 2009). Mesmo em situações de atendimento ideal, a PCR constitui-se numa situação dramática, responsável por morbi-mortalidade elevada. É estimado que a cada minuto que o indivíduo permaneça em PCR, são perdidos 10% de probabilidade de sobrevivência (PAZIN-FILHO et al., 2003).

A PCR ocorre com mais frequência em nível pré-hospitalar, fato comprovado pelo dado histórico de que cerca de 50% dos pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) não chegam

vivos ao hospital (PAZIN-FILHO et al., 2003).

No adulto, a principal causa de PCR é a fibrilação ventricular (FV). Essa alteração do ritmo cardíaco consiste em contrações desordenadas e não efetivas das células cardíacas (PAZIN-FILHO et al., 2003).

O conhecimento teórico e as habilidades práticas no SBV e SAV estão entre os determinantes mais importantes para o sucesso da reanimação cardiovascular. Nos SBV e SAV as ações devem ser rápidas, eficazes e bem integradas, sendo mais bem executadas quando realizadas por uma equipe e não um membro isolado (LIMA et al., 2009).

No Brasil as principais causas de morte são as doenças do aparelho circulatório (32%), seguidas de causas externas (15%) e de neoplasias (15%). Paralelamente a esses dados temos o trauma como relevante problema de saúde em todo o mundo, já que cerca de 16000 pessoas morrem diariamente vítimas de trauma e milhares de outras ficam com sequelas permanentes, acarretando danos sociais irreversíveis (SARDO; DAL SASSO, 2007).

Tanto nos países

desenvolvidos, quanto naqueles em desenvolvimento, as doenças circulatórias são responsáveis por elevadas taxas de morbimortalidade. Embora tenha ocorrido uma redução no número de casos registrados nos últimos 16 anos, as doenças cardiovasculares ainda são a principal causa de óbito no Brasil. Esse grupo de doenças, que inclui o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral, matou cerca de 300 mil pessoas em 2006, quase 30% do total de óbitos registrados (BRASIL, 2009).

Ao longo dos anos, diversas associações médicas como a AHA, o *American College of Surgeons*, a *American Society of Anesthesiologists* e o *European Resuscitation Council* dedicaram-se a estudos com o objetivo de aprimorar as técnicas e manobras a serem desenvolvidas visando restaurar as funções cardíacas e respiratórias, constituindo as manobras de RCP.

A AHA se reúne a cada cinco anos nos Estados Unidos, com participantes de todo o mundo, para que sejam atualizadas as diretrizes para a RCP. O último encontro ocorreu em 2010, onde foram feitas algumas alterações em

relação ao proposto em 2005, o que gerou um novo documento de consenso internacional.

Desde 1992, a AHA desenvolveu o conceito de corrente de sobrevivência, que preconiza uma série ordenada e encadeada de procedimentos durante o atendimento a uma parada cardiopulmonar. Os elos na nova Cadeia de Sobrevivência de Atendimento Cardiovascular de Emergência Adulto da AHA 2010 são:

1. Reconhecimento imediato da PCR e acionamento do serviço de emergência/urgência;
2. RCP precoce com ênfase nas compressões torácicas;
3. Rápida desfibrilação;
4. Suporte avançado de vida eficaz;
5. Cuidados pós-PCR integrados.

Segundo Ferreira e Garcia (2001), as manobras de SBV consistem em atendimento imediato a uma PCR, desde o seu diagnóstico até a implementação de medidas que garantam a ventilação e circulação artificiais, sem instrumental invasivo de qualquer natureza, podendo ser realizado por leigos treinados e

pela equipe de profissionais de saúde, sem a necessidade da presença da equipe médica.

No adulto, a FV é o distúrbio do ritmo cardíaco mais comum nos primeiros dois minutos de PCR. Caso não sejam instituídas as manobras de SBV imediatamente, a FV evolui rapidamente para assistolia. As principais causas de FV são as síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis. As taquicardias ventriculares (TV) também podem ocasionar PCR e devem ser tratadas como FV (PAZIN-FILHO et al., 2003).

Diversos autores, bem como associação de especialistas (LANE et al., 2005; GRANITOFF, 2003; AHA, 2010; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002) são unânimes em afirmar a necessidade de haver protocolos para padronização das condutas numa PCR.

Resumidamente, as etapas básicas do SBV são: 1º Ativação do sistema móvel de urgência; 2º Avaliação da vítima e realização de manobras que garantam circulação, permeabilidade das vias aéreas e ventilação; e 3º Desfibrilação ventricular para vítimas com fibrilação ventricular ou

taquicardia ventricular sem pulso (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010). Passamos a descrever, conforme padroniza as novas diretrizes da AHA 2010, o atendimento em SBV para lactentes, crianças e adultos, que pode ser utilizado tanto em nível extra-hospitalar como no intrahospitalar, sendo composto pelos passos a seguir:

1º) Verificar a responsividade: deve-se verificar a capacidade de resposta da vítima adulta, se a vítima está respirando e se a respiração está normal, na tentativa de distinguir vítimas com gasp agônico (ou seja, que necessitam de RCP) de vítimas que respiram normalmente e que não necessitam de RCP. O socorrista é instruído a iniciar a RCP se a vítima não estiver respirando ou apenas como “gasping”(respiração anormal). Portanto, a respiração deve ser rapidamente avaliada antes de acionar o serviço de emergência e buscar o DEA – Desfibrilador Externo Automático – (ou encarregar alguém disso).

2º) Acionar o serviço de emergência: o profissional, antes de acionar o serviço de emergência,

deve verificar se a vítima responde e se está sem respiração ou com respiração anormal. A pessoa que liga para o serviço de emergência (caso o fato tenha ocorrido em ambiente extra-hospitalar) deve estar preparada para fornecer as informações pertinentes: localização geográfica da emergência, o número do telefone de onde está ligando, o fato ocorrido, o número de pessoas que necessitam de ajuda, o estado dessas vítimas, o tipo de socorro que está sendo fornecido às vítimas ou a ausência dele e qualquer outra informação que seja solicitada pelo serviço. Se a vítima não responde e se está sem respiração ou com respiração anormal (isto é, apenas gasp agônico), deve ser acionado o serviço de emergência/urgência e buscar o DEA (ou encarregar alguém disso). Se o socorrista não sentir o pulso na vítima em 10 segundos, deverá iniciar a RCP e usar o DEA, quando estiver disponível.

3º) Iniciar a RCP: a AHA anunciou uma alteração na sequencia recomendada para o socorrista que atua sozinho para que ele inicie as compressões torácicas antes de aplicar as ventilações de resgate

(C-A-B em vez de A-B-C). O socorrista atuando sozinho deve iniciar a RCP com 30 compressões, em vez de 2 ventilações, para reduzir a demora na aplicação da primeira compressão. As diretrizes da AHA 2010, assim como em 2005, continuam enfatizando a importância das compressões torácicas de alta qualidade, com uma frequência e profundidade eficientes, permitindo o retorno total do tórax após cada compressão, com um mínimo de interrupção entre elas e evitando a ventilação excessiva.

A grande maioria das PCRs ocorre em adultos e as maiores taxas de sobrevivência envolve pacientes de todas as faixas etárias cuja parada foi presenciada por outras pessoas, com ritmo inicial de fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular (TV) sem pulso. Nessas situações, os passos críticos de SBV são as compressões torácicas e a desfibrilação precoce (AHA, 2010).

A frequência de compressão foi modificada para 100 por minuto, e não aproximadamente 100 por minuto como anteriormente se falava.

A profundidade da compressão deve ser de 5 cm no adulto, e de, no mínimo, um terço do diâmetro anteroposterior do tórax, em bebês e crianças (aproximadamente, 4 cm em bebês e 5cm em crianças).

Quando há apenas um socorrista de adultos, crianças e bebês (excluindo-se recém-nascidos) a relação compressão-ventilação é de 30:2. As ventilações de resgate devem ser aplicadas em, aproximadamente, 1 segundo. Após ser instalado um dispositivo de via aérea avançada, as compressões devem ser contínuas e não mais alternadas com a ventilação. A partir daí, então, as ventilações devem ser realizadas à frequência de uma ventilação a cada 6 a 8 segundos.

O procedimento “Ver, ouvir e sentir se há respiração” foi retirado da sequência de RCP. A sequência da RCP começa com compressões torácicas. Logo, a respiração é verificada rapidamente como parte da verificação quanto à PCR. Após a aplicação das 30 compressões, o socorrista que atuar sozinho deverá abrir a via aérea da vítima e aplicar duas ventilações de resgate.

A AHA recomenda que o socorrista não treinado ou treinado

e não proficiente execute RCP somente com as mãos (somente compressões torácicas). Isso porque esta manobra é mais fácil de ser aplicada e orientada por telefone pelos atendentes/operadores. Além disso, as taxas de sobrevivência às PCR's de etiologia cardíaca são similares para a RCP somente com as mãos e a RCP com compressões e ventilação de resgate.

No entanto, para o socorrista leigo treinado e capacitado, a recomendação contínua sendo de aplicar compressões e ventilações. As manobras de RCP são exemplos da perfeita aliança entre arte e ciência, e tem por objetivo preservar os cérebros que ainda podem produzir trabalho, criatividade e amor humano (GUIMARÃES et al., 2009).

4º) Desfibrilar Rapidmente: deve-se colocar e usar o Desfibrilador Externo Automático (DEA) assim que ele estiver disponível. Minimizar as interrupções nas compressões torácicas antes e após o choque; reiniciar a RCP começando com compressões imediatamente após cada choque.

A ênfase na desfibrilação precoce associada a compressões

de alta qualidade são o segredo para melhora à PCR súbita (AHA, 2010).

As diretrizes da AHA 2010 continuam a enfatizar a importância de haver disponível DEAs em locais públicos nos quais exista probabilidade relativamente alta de uma PCR presenciada. Também é importante haver o treinamento de pessoal para utilização do mesmo.

Recomenda-se, também, DEAs em hospitais como forma de alcançar a meta de desfibrilação precoce (até 3 minutos do colapso), especialmente nos locais onde o pessoal não seja capacitado em reconhecer ritmos ou em que o uso de desfibriladores não seja frequente.

Ao presenciar uma PCR, o socorrista deve aplicar a RCP imediatamente e usar o DEA/desfibrilador tão logo esteja disponível.

Segundo Miyadahira et al. (2008) existem estudos que demonstram que a sobrevida após uma PCR diminui 10% a cada minuto de atraso na desfibrilação, e que a taxa de sobrevida é de 98% quando a desfibrilação ocorre em até 30 segundos da PCR.

Para Lane et al. (2005) há, no Brasil, um número limitado de

cursos de reanimação básica e avançada e de desfibriladores e, por isso, muitas vidas estão sendo ceifadas. O coração pode voltar a bater, mas os “cinco minutos de ouro” se perdem e o cérebro morre.

Bertoglio *et al.* (2008) desenvolveu um estudo transversal com o objetivo de avaliar o conhecimento de enfermeiros referente ao atendimento em PCR, relacionando esses resultados com o tempo decorrido da capacitação. Constatou-se que, quanto menor o tempo decorrido do treinamento, melhor foi o desempenho nos testes de conhecimento. Chegando a conclusão que as estratégias de educação continuada e sistemática, com redução do intervalo de treinamentos, são fundamentais para se manter o bom desempenho da equipe no atendimento à PCR. Como as PCR ocorrem com mais frequência a nível extra-hospitalar, as chances de sobrevivida da vítima vão variar em função do tempo de intervenção, o que vai depender da capacidade de quem presencia o acontecimento em saber como pedir ajuda e iniciar, de imediato, o SBV.

É necessário rapidez, eficiência, conhecimento técnico-

científico e habilidade técnica para que se tenha um bom desempenho no atendimento à PCR. Quando um desses itens é negligenciado, os riscos tornam-se evidentes, as ocorrências iatrogênicas frequentes, e as chances de sobrevivida e boa evolução neurológica do paciente seriamente comprometidas (SÁ, 2009).

Segundo Guimarães et al. (2009), são muitos os cursos de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS) nos diversos estados do Brasil. Contudo, o país continua sendo um imenso território em que grande parte dos profissionais de saúde e a população em geral ainda necessitam de oportunidade de receber treinamento em RCP, considerando termos “muito bons cérebros para preservar e são muitos os jovens corações que ainda param neste país” (LANE, 2005).

3 Resultados alcançados e discussão

3.1 Caracterização dos entrevistados

As entrevistas foram realizadas com um total de 83 oficiais alunos do CFO 2012 da EsFCEX, que corresponde a, aproximadamente, 97% dos alunos matriculados.

3.2 Questionário

A porcentagem de respostas corretas às 10 perguntas do questionário (Apêndice) podem ser visualizadas na Figura 1.

3.2.1 Etapas no atendimento a uma vítima

Foi pedido que os entrevistados ordenassem, por prioridades, as etapas no atendimento a uma vítima e apenas 07 (8,43%) alunos o fizeram da maneira correta, qual seja: (1) garantir a segurança da cena; (2) acionar o Sistema Móvel de Urgência; (3) avaliação da vítima e realização de manobras que garantam circulação, perme-

abilidade das vias aéreas e ventilação; e (4) desfibrilação cardíaca. Esse dado mostra claramente a falta de conhecimento dos alunos acerca dos procedimentos que devem ser realizados no atendimento a uma vítima.

O conhecimento sobre a ordem em que estes procedimentos devem ser realizados é imprescindível para o sucesso das ações de suporte básico de vida e estas ações precisam, necessariamente, ser ordenadas para que tenham eficácia.

Precisa-se, portanto, uma discussão mais aprofundada sobre o tema de modo o máximo de pessoas possível possa ter um mínimo de noção sobre como devem proceder no caso de atendimento a uma vítima de modo que estejam mais preparados para atuar e possam contribuir cada vez mais para salvar vidas.

3.2.2 O que deve ser feito primeiramente ao constatar uma parada cardíaca/ quantidade de vezes que se realiza compressão torácica, por minuto, em um adulto?

Quanto ao que deve ser feito

primeiramente ao se constatar uma parada cardiorrespiratória, percebemos que (69,87%) alunos tem noção que deve ser realizada a compressão cardíaca.

Embora os alunos tenham demonstrado conhecimento de que a compressão torácica deva ser a primeira ação a ser realizada, quando questionados sobre a quantidade de vezes que se realiza compressão torácica, por minuto, em um adulto, 57 (68,67%) alunos afirmaram não saber e, dentre os 26 (31,32%) que disseram saber, apenas 02 (2,40%) alunos responderam corretamente como sendo 100 (cem) por minuto. Os demais variaram as respostas entre 05 (cinco) e 60 (vinte) vezes por minuto.

Constatamos a falta de conhecimento de quase todos os alunos sobre um ponto de fundamental importância no SBV e, conseqüentemente, determinante para salvar vidas e prevenir, que é a quantidade de vezes que se deve realizar a compressão torácica por minuto. De acordo com o AHA 2010 devem ser realizadas, no mínimo 100 compressões torácicas por minuto.

3.2.3 Quanto tempo, aproximadamente, a ausência de manobras de reanimação de um adulto poderá desencadear danos cerebrais irreversíveis?

Ao serem perguntados quanto ao tempo em que, aproximadamente, a ausência de manobras de reanimação de um adulto poderá desencadear danos cerebrais irreversíveis, 52 (62,65%) responderam de forma correta como sendo 05 (cinco) minutos.

A ausência de manobras de ressuscitação de um adulto em normotermia em aproximadamente 5 minutos já leva a alterações irreversíveis dos neurônios do córtex cerebral. São os chamados “cinco minutos de ouro”. (ZANINI et al., 2006).

3.2.4 Local mais apropriado para verificação do pulso em um adulto

O local mais indicado para verificação do pulso em uma vítima (adulto) é a artéria carótida localizada na região do pescoço. Ela é uma artéria de grande calibre e fácil acesso e é a mais apropriada

para verificação da pulsação. Para esse questionamento, foram obtidas as seguintes respostas: carótida ou pescoço, 35 (42,16%) que responderam de forma correta; 21 (25,30%) responderam como sendo jugular, 07 (8,43%) revelaram não saber e outros 20 (24,09%) variaram as respostas: pulso, aorta, artéria e ambulância.

Mostra-se que vários alunos entrevistados desconhecem o local mais indicado para verificação do pulso e, portanto, não saberiam avaliar com eficiência se uma vítima está em parada cardíaca, o que prejudicaria todo o andamento do socorro.

A verificação do pulso é um dos primeiros procedimentos a serem tomados em uma possível vítima de PCR e determina todas as etapas do socorro, sendo, portanto, de suma importância o domínio da população em geral sobre o assunto.

3.2.5 Compressão Torácica e Respiração “boca a boca”

A AHA (2010) recomenda que o socorrista não treinado ou treinado e não proficiente execute RCP somente com as mãos (somente compressões torácicas).

Quando questionados sobre se fariam compressão torácica mesmo não tendo realizado respiração boca a boca obtivemos um número expressivo de alunos [62 (74,69%)] que responderam de forma correta.

3.2.6 Quem pode realizar as ações de SBV

As ações referentes ao SBV podem ser realizadas por profissionais de saúde ou socorristas leigos treinados (AHA, 2010; AHA, 2005).

A capacitação do leigo para a assistência precoce em situações de urgência/emergência e instituição do SBV é fundamental para salvar vidas e prevenir sequelas (PERGOLA; ARAÚJO, 2009).

Dos alunos entrevistados, 71 (85,54%), responderam de maneira correta a esta questão, afirmando que qualquer pessoa treinada pode realizar as ações de suporte básico de vida. Fica a certeza de que as ações de SBV não exigem conhecimento técnico aprofundado, podendo ser realizadas por qualquer pessoa treinada, e podem fazer a diferença entre a vida e a morte. O que mais

precisamos é de treinamento, sistematização e compromisso.

3.2.7 Conhecimento sobre o manuseio de um desfibrilador

As novas diretrizes internacionais de emergência ressuscitação, o *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR), o comitê da *American Heart Association* (AHA) e o do *European Resuscitation Council* (ERC) consideram a desfibrilação como procedimento do suporte básico de vida, tanto em nível pré- como intra-hospitalar.

Tais diretrizes se justificam pela etiologia dessas emergências cardiológicas, isso porque, a principal causa de parada cardíaca no adulto é a fibrilação ventricular que tende a evoluir para assistolia em poucos minutos e tem como único tratamento realmente eficaz a desfibrilação elétrica realizada o mais rápido possível, levando em conta que a probabilidade de sobrevivência de um indivíduo com parada cardíaca por fibrilação diminui de 7 a 10% por minuto (FOX et al., 2004; FERREIRA e GARCIA, 2001).

Fica evidente a importância

do conhecimento do desfibrilador a fim de reduzir morte e incapacitação de vítimas numa PCR. No entanto, quando questionados quanto ao conhecimento no manuseio de um desfibrilador, apenas 09 (10,84%) alunos responderam de maneira afirmativa.

A desfibrilação é comprovadamente o fator isolado que mais aumenta a sobrevivência das vítimas de parada cardíaca (FERREIRA & GARCIA, 2001).

3.2.8 Tempo máximo que se deve levar para avaliar circulação e respiração de uma vítima

Segundo a AHA (2010), o profissional de saúde não deve levar mais de 10 segundos verificando o pulso e, caso não sinta o pulso em 10 segundos, deve dar início a RCP e usar o DEA, se disponível.

Quanto à pergunta sobre o tempo máximo que o socorrista deve levar para avaliar a circulação e respiração de uma vítima, verificou-se que apenas 21 (25,30%), entrevistados responderam de maneira correta, como sendo 10 segundos. 62 (74,69%) alunos assinalaram como

sendo entre 1 a 10 minutos este tempo. Este conhecimento é de especial importância na medida em que chama a atenção para a necessidade de não se perder tempo e de se evitar interrupções nas compressões torácicas, o que aumenta as chances de sobrevivência e preservação neurológica, visto que o risco de não se aplicar compressões torácicas em uma vítima de PCR é superior ao risco, relativamente mínimo, de se aplicar compressões quando houver pulso presente.

3.2.9 Material para transporte e remoção de uma vítima

Na escolha dos materiais mais apropriados para realização do transporte e remoção de uma vítima, a maioria dos alunos 64 (77,10%) respondeu de forma correta como sendo o colar cervical, prancha longa e o colete imobilizador cervical (KED).

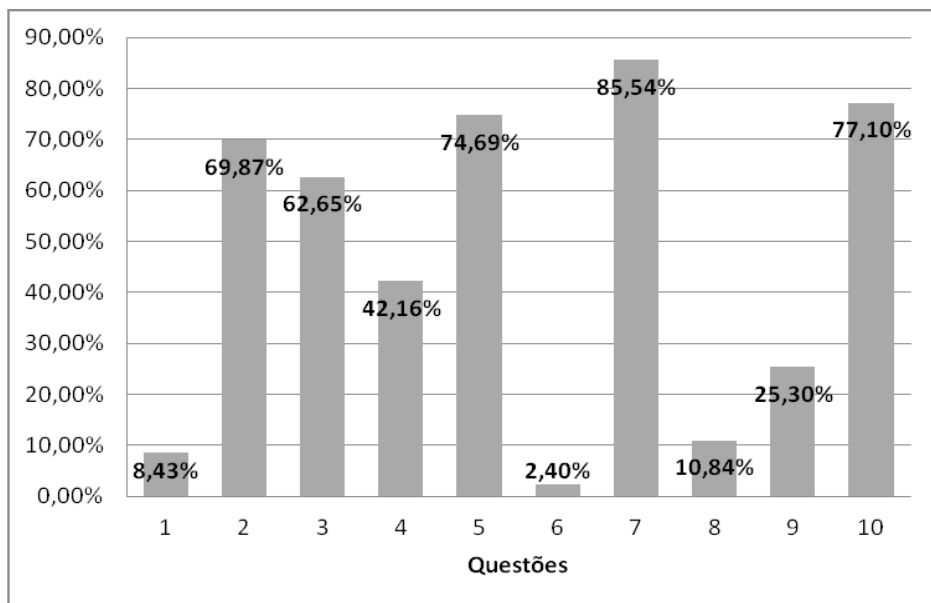


Figura 1 – Porcentagem de respostas certas por questão do questionário aplicado.

4 Conclusão

A história mostra uma mudança na concepção sobre o modelo de assistência à saúde no Brasil, através de uma nova maneira de se ver saúde e de se cuidar da saúde da população com foco na prevenção.

A população em geral e em especial as instituições públicas devem acompanhar essas transformações para que o máximo de pessoas possíveis estejam imbuídas desses novos ideais e, de fato, tenham uma nova forma de agir no sentido de salvar vidas e prevenir sequelas.

Descrevendo o grau de conhecimento dos tenentes alunos do CFO 2012 da EsFCEEx sobre o suporte básico de vida, alcançou-se o objetivo de avaliar o conhecimento dos referidos alunos acerca dos procedimentos do SBV.

Este é um tema onde periodicamente são realizadas reciclagens e modificações e é possível encontrar, com certa facilidade, diversos estudos que abordam o suporte básico de vida. Este estudo pôde identificar várias lacunas no conhecimento dos alunos em relação aos

procedimentos do SBV. A maioria dos alunos desconhece as etapas do SBV, o tempo máximo que o socorrista deve levar para avaliar a circulação e respiração de uma vítima, qual a quantidade de vezes em que se realiza compressão torácica por minuto, o local mais apropriado de verificação do ritmo cardíaco, sobre o manuseio de um desfibrilador. A partir desses achados, observa-se que a maioria dos alunos não tem um adequado conhecimento de aspectos fundamentais sobre SBV. O fato de os alunos demonstrarem insuficiente conhecimento sobre as ações de SBV pode comprometer o início, organização e rapidez das manobras num caso de PCR.

A partir das informações obtidas na realização deste trabalho, fazem-se as seguintes sugestões: que haja uma rediscussão sobre a maneira como está sendo abordado o tema, sobre a importância de utilização de imagens e equipamentos e a exemplificação em manequins específicos que podem vir a contribuir, sem dúvida, para a materialização dos conteúdos a serem administrados; desenvolvimento de projetos de educação continuada que

promovam a atualização constante desses conhecimentos ao longo de toda a carreira não só dos oficiais da escola, mas voltados a todos os militares; e a realização de mais estudos sobre o tema que proporcione maiores contribuições no sentido de que mais pessoas possam atuar de maneira efetiva e eficaz nas situações de urgência/emergência.

Cabe, pois, à sociedade como um todo e, em especial, as instituições públicas contribuírem para que haja espaço para discussão, problematização e transformação das práticas profissionais, englobando aspectos relacionados à habilidade técnica, conhecimento técnico-científico, produção de subjetividade e adequado conhecimento sobre SBV.

As instituições públicas têm o dever de dar uma resposta à população compatível com suas necessidades, tendo como eixo central a convicção de que a formação de recursos humanos é um dos fatores fundamentais para eficácia e eficiência das ações de SBV.

Espera-se que o resultado deste trabalho não apenas sirva de alerta para as instituições sobre a

importância do assunto, para a sobrevivência e qualidade de vida dos pacientes, mas também estimule os alunos a adotarem um papel ativo na construção da sua própria aprendizagem e desperte a atenção das instituições quanto à importância de educação continuada sobre o tema.

Referências

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Aspectos Relevantes das Diretrizes da sobre Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência. **Currents in Emergency Cardiovascular Care**. São Paulo, vol. 16; n. 4; dez/2005-fev/2006.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Detalhes das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. **Guidelines 2010**.

AMERICAN HEART ASSOCIATION; Fundação Interamericana do coração. **Suporte Básico de Vida para provedores de saúde**. Rio de Janeiro, Brasil, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil / Ministério da Saúde, 2009.** 416p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BERTOGLIO, V.M;
AZZOLIN, K; SOUZA, E.N;
RABELO, E.R. **Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico dos enfermeiros.** Revista Gaucha de Enfermagem, Porto Alegre, v.29, n.3, p.454-460, set. 2008.

BRUNNER; SUDDARTH.
Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 9ª edição, Volume 4; ed Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2002.

FERREIRA, A.V.S ; GARCIA, E. Suporte Básico de Vida. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 11, p.214-225, 2001.

FOX, C. S; EVANS, J. C;
LARSON, M. G;
KANNEL, W.B; LEVY, D.
Temporal trends in coronary heart disease mortality and sudden cardiac death from 1950 to 1999. The Framingham Heart Study Circulation v.84, n.110, p.522-527, 2004.

GUIMARÃES, H.P; LANE, J.C;
FLATO, U.A.P; TIMERMAN, A; LOPES, R.D.A. História da reanimação cardiopulmonar no Brasil. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, n.7, p.238-244, 2009.

GRANITOFF, N. **Desfibrilação precoce praticada por enfermeiros: análise de fatores influenciadores.** 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

LANE, J.C. O Início da Reanimação Cardiorrespiratória Cerebral Moderna no Brasil. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v.17, n.4, p.282-285, out/dez, 2005.

LIMA, S.G; MACEDO, L.A;
VIDAL, M.L; SÁ, M.P.
PERGOLA, A.M; ARAUJO, I.E;
O leigo e o suporte básico de
vida. **Rev. esc. enferm.**
USP v.43, n.2, jun. 2009.

SÁ, C. M. S. **Atuação dos
trabalhadores de Enfermagem
em ressuscitação**

cardioplumonar: repercussões
psicofísicas na saúde do
trabalhador. 2009. 101f.
Dissertação (Mestrado em
Enfermagem) – Faculdade de
Enfermagem, Universidade do
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,
2009.

SARDO, P.M.G; DAL SASSO,
G.T.M. baseada em problemas
em ressuscitação cardiopulmonar:
suporte básico de vida. **Revista
Escola Enfermagem USP**, v.42,
n.4, p.784-792, 2008.

SILVA, Â. R. **Parada
Cardiorrespiratória em
Unidades de Internação.** 2006.
196f. Dissertação (Mestrado em
Enfermagem) - Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo,
Ribeirão Preto, 2006.

ZANINI, J; NASCIMENTO,
E.R.P; BARRA, D.C.C; Parada
e Reanimação
Cardiorrespiratória:
Conhecimentos da Equipe de
Enfermagem em Unidade de
**Terapia Intensiva. Revista
Brasileira de Terapia
Intensiva.** v.18, n.2, p.143-147,
abr/jun. 2006.

APÊNDICE - Instrumento de Coleta de Dados

PRIMEIROS SOCORROS

I. IDENTIFICAÇÃO

Idade ____ anos; **Sexo** ____;

1. Como você ordenaria por prioridade as etapas básicas no atendimento a uma vítima?

- () Garantir a segurança da cena (local do acidente)
- () Acionar o Sistema Móvel de Urgência
- () Desfibrilação cardíaca
- () Avaliação da vítima e realização de manobras que garantam circulação, permeabilidade das vias áreas e ventilação

2. O que você faria primeiramente ao constatar uma parada cardiorrespiratória, em alguém?

- a) Compressão Torácica
- b) Conter hemorragia
- c) Respiração “boca-a-boca”
- d) Imobilizar a vítima

3. Em quantos minutos, aproximadamente, a ausência de manobras de reanimação de um adulto poderá desencadear danos cerebrais irreversíveis?

- a) 20 minutos
- b) 50 minutos
- c) 15 minutos
- d) 5 minutos

4. Para você, qual o local mais apropriado para verificação do pulso em um adulto?

5. Você faria compressão torácica mesmo não tendo feito respiração “boca-a-boca”?

- a) Sim
- b) Não

6. Você sabe qual a quantidade de vezes que se realiza compressão torácica, por minuto, em um adulto?

- a) Sim. Quantas? _____
- b) Não

7. Para você, quem pode realizar as ações de primeiros socorros?

- a) Qualquer pessoa treinada
- b) Enfermeiros e médicos
- c) Qualquer profissional de saúde
- d) Somente os médicos

8. Você sabe manusear um desfibrilador?

- a) Sim
- b) Não

9. Para você, qual é o tempo máximo que o socorrista deve levar para avaliar circulação e respiração de uma vítima?

- a) 10 segundos
- b) 1 minuto
- c) 5 minutos
- d) 10 minutos

10. Das opções abaixo, qual você escolheria para realizar o transporte e a remoção de uma vítima?

- a) Colar cervical, Prancha Longa e KED
- b) Colar cervical, AMBU, Prancha Longa
- c) KED, AMBU, luvas
- d) Prancha Longa, máscara e óculos