



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM

CONHECIMENTO SOBRE PRIMEIROS SOCORROS DOS ALUNOS DE UMA
INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR NA CIDADE DE NATAL-RN

RAPHAELA KNACKFUSS DE MEDEIROS
Prof. Ms. RAMON EVANGELISTA DOS ANJOS PAIVA

NATAL-RN
2015

RAPHAELA KNACKFUSS DE MEDEIROS

CONHECIMENTO DOS ALUNOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR
SOBRE PRIMEIROS SOCORROS, NA CIDADE DE NATAL-RN

Artigo científico apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como requisito final para conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientador: Prof. Ms. Ramon Evangelista dos Anjos Paiva

NATAL-RN
2015

RESUMO

A população em geral tem pouco conhecimento sobre primeiros socorros, o que acaba acarretando problemas como a manipulação ou transporte incorreto da vítima, ocasionando um trauma ainda maior. Objetivou-se no presente estudo descritivo, avaliar o conhecimento referente aos primeiros socorros, de uma amostra composta por 362 universitários selecionados de forma não probabilística e estratificada por cursos, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, matriculados nos cursos de área da saúde (Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Serviço Social, Educação Física (Licenciatura e Bacharelado) e outras áreas (Administração, Direito, Sistema de informação, Ciências Contábeis, Engenharia Civil, Gestão Comercial, Redes de Computadores) de uma instituição de ensino superior na cidade de Natal-RN. Foi aplicado um questionário proposto por Pacchione e Medeiros (2014), que apresenta perguntas sobre como proceder em casos de Emergências Clínicas e Traumáticas, como também condutas gerais para o pronto atendimento. Os resultados demonstraram que quanto ao nível de conhecimento e atendimento de emergência a maioria dos alunos da área de saúde (77,6%) responderam de forma correta, com diferença significativa entre as áreas ($p < 0,002$). Quanto ao nível de conhecimento frente a emergências clínicas, os alunos da saúde apresentaram nível superior de conhecimento em relação as outras áreas, com diferenças significativas para todos itens abordados. Em relação ao nível de conhecimento dos discentes relativo a emergências traumáticas, a maioria dos alunos das duas áreas agiriam de forma correta, porém, apenas para a questão sobre perfuração encontrou-se diferenças significativas entre áreas ($P < 0,003$). O que nos permitem concluir que os alunos dos cursos da área da saúde apresentam um maior conhecimento sobre primeiros socorros, em relação aos alunos dos cursos de outras áreas.

Palavras Chaves: primeiros socorros, estudantes, emergências.

ABSTRACT

The knowledge in first aid is usually limited within a few people in the health sector. This can trigger different injuries to victims of accidents due to poor handling and transporting, for example. The present study evaluated the knowledge in first aid of 362 undergraduates selected non probabilistic and stratified of different courses. The students are older than 18 years old, of both genders and subscribed in healthcare courses (Psychology, Nursing, Physiotherapy, Nutrition, Social Work and Physical Education) and in unrelated fields (Business Management, Law, Information Systems, Accountancy, Civil Engineering, Commercial management and Computer Networking) in a university in Natal City, Brazil. Furthermore, paper-based survey questionnaires purposed by Pacchione and Medeiros (2014) were applied which explores clinical and traumatic emergencies and general procedures in prompt care. In addition, The results showed that 77,6% of the healthcare students answered correctly about emergency care, showing great differences among the other courses ($p < 0,002$). Higher level of knowledge were also found among healthcare students than other students in all aspects of clinical care. However, when asked about traumatic care, both groups presented about the same level of knowledge, except for the question about puncture ($P < 0,003$). Therefore, the healthcare students have higher level of knowledge of first aid when comparing with the other students

Keywords: first aid, Students, Emergencies

1.0 INTRODUÇÃO

A saúde pública abrange vários setores e serviços básicos para a população, e é durante a graduação que formamos o nosso modo de pensar em saúde. É neste período também que muitas particularidades de crianças, adolescentes e adultos são detectadas, principalmente quando nos referimos a comportamentos inerentes a execução de ações preventivas. Nesse contexto, comportamentos de risco à saúde são percebidos. Cabe aos estudantes junto aos docentes elaborarem estratégias de prevenção (FERRARI, 2013).

A educação em saúde, tanto no conhecimento como na prática, é o campo que mais diretamente vem se preocupando com a criação de vínculos entre o pensar e fazer cotidiano da população e a ação médica. O profissional de saúde, na sua rotina à assistência dos problemas médicos individuais, encontra um importante momento para uma prática transformadora da realidade social de uma comunidade, pois com uma boa atuação na assistência médica individual, consegue respeito e crédito da população para desenvolver ações que ajam sobre os problemas mais globais da comunidade (VASCONCELOS, 1999; 2001).

Assim, os determinantes comportamentais da saúde são incorporados no processo educacional, onde os ensinamentos de condutas saudáveis e de assistência ao próximo devem ser estimulados na sua formação.

O aumento de atendimentos nos serviços de emergência no Brasil vem crescendo muito nos últimos anos e diferentes fatores justificam esta ocorrência; aumentos da população, da criminalidade e da violência são alguns deles. Destaca-se ainda “a maior expectativa de vida, o aumento significativo de acidentes e a insuficiente estruturação da rede de serviços de saúde. Isso tem transformado a área de urgência numa das mais discutidas do sistema de saúde” (BRASIL, 2006). Desta forma, torna-se importante preparar também os estudantes para lidarem com situações muitas vezes inesperadas.

O termo “primeiros socorros” pode ser definido como atendimento imediato providenciado à pessoa doente ou ferida e que pode ser realizado pela população em geral. Em situações de emergência a avaliação da vítima e seu atendimento devem ser eficazes, permitindo a redução de sequelas e o aumento da sobrevida.

A falta de conhecimento por parte da população, em muitos casos, acarreta inúmeros problemas, como o estado de pânico ao se deparar com o acidentado, a omissão à assistência, a manipulação incorreta da vítima e a solicitação excessiva e, às vezes, desnecessária do socorro especializado em emergência (FIORUC et al, 2008).

Nas suas atividades diárias, qualquer estudante pode deparar-se com uma situação inusitada que requer ação imediata sendo fundamental que conheçam medidas básicas de como prevenir e agir em casos de acidentes.

A partir disso, percebe-se a importância da população ser esclarecida e treinada para atender vítimas em situações de emergência a fim de evitar a imobilidade do socorrista no momento de decidir como proceder (PERGOLA; ARAUJO, 2008).

Este trabalho surge a partir de experiências da própria autora e discussões advindas de um curso de capacitação em primeiros socorros, do conhecimento adquirido na disciplina curricular de Atendimento Pré-Hospitalar enquanto discente da graduação em Enfermagem, e do entendimento da importância de mais estudos oriundos da Enfermagem sobre primeiros socorros.

Diante do exposto objetiva-se no presente estudo, avaliar o de conhecimento dos alunos de uma instituição de ensino superior na cidade de Natal-RN referente aos primeiros socorros.

2.0 REFERENCIAL TEÓRICO

A promoção da saúde é essencial para garantir a integralidade das ações de institucionalização da educação popular em saúde, como processo contínuo e participativo, visando o entendimento do processo saúde-doença. A Educação Popular em Saúde (EPS) apresenta-se como meio de transformação das tradicionais práticas de educação em saúde, em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com qualidade a que todos merecem, tornando-se agentes e co-produtores do processo educativo – objetos de trabalho dos profissionais e responsáveis por sua própria educação (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

É importante lembrar que a estruturação das ações educativas sempre se voltou para a ampliação das informações da população em geral sobre as principais doenças, enfatizando inúmeras recomendações sobre comportamentos relacionados à vivência das doenças e à sua prevenção. Hoje, a EPS busca romper com essas práticas, no entanto, ainda há ações educativas enraizadas no modelo higienista, que responsabiliza os usuários por seus processos saúde/doença, desconsiderando o contexto sociocultural dos indivíduos e populações (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

O modelo tradicional de educação implica uma relação depositária e vertical onde o educador (enfermeiro) e educando (usuário) não troca saberes, o educando apenas atende as informações transmitidas pelo profissional para solucionar seus problemas. Esta concepção

caracteriza-se pela unidirecionalidade do conhecimento. Esse modelo baseia-se numa visão biológica, que privilegia uma atenção curativista e de prevenção de doenças, condicionando a prática educativa às ações que visam modificar comportamentos de indivíduos considerados inadequados pelos profissionais. Demonstrando, deste modo, sua fragilidade na operacionalização, aliada à falta de discussão mais aprofundada sobre os referenciais teóricos mais adequados (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Essa prática educativa é definida por Paulo Freire como educação bancária onde o ensino é verticalizado e baseia-se no ato de depositar ações que devem ser seguidas pelos educandos. Nela não há transformação, não há criatividade e não há saber, existe apenas uma transmissão de valores e conhecimentos que devem ser memorizados e repetidos. Nessa educação também conhecida como culpabilizadora, pois os indivíduos são responsabilizados pelos seus problemas sociais, o educar em saúde é praticar higiene como forma de mudar comportamentos pessoais, para que não haja o adoecimento. A higiene individual deve ser de responsabilidade do indivíduo, para evitar a presença do agente causal, em uma visão claramente biologicista (BRANDÃO, 2001).

As estratégias educativas norteadas por um rumo ético e político de emancipação fortalecem as lutas sociais por equidade, respeito à vida e à dignidade dos indivíduos, contribuindo para a própria construção do Serviço Único de Saúde (SUS). Freire afirma que a relação entre o educador e o educando deve acontecer de forma horizontal onde os dois aprendem e ensinam, e onde haja o comprometimento com a nova forma de agir enquanto cidadãos (MIRANDA; BARROSO, 2004).

A EPS se caracteriza por ser uma estratégia de construção do processo de participação popular no redirecionamento da vida social. Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos nesse processo, promovendo formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a gerar o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade (VASCONCELOS, 2004).

É importante que o enfermeiro considere o modo de viver individual e coletivo das pessoas, durante sua prática da educação em saúde. Desta forma, garante o respeito das concepções e práticas de vida e de saúde do usuário e da comunidade, estabelecendo ações onde o profissional considera a identidade do educando, exigindo uma prática coerente com este saber e a realidade que vive (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Frente ao aumento exacerbado da quantidade de agravos à saúde que acontecem cotidianamente seja no trânsito, nos domicílios, no ambiente de trabalho e em outros locais, responsáveis pelas ocorrências de urgência/emergência, cresce, também, a necessidade de

atendimento imediato das vítimas no local da ocorrência, bem como de transporte adequado para um serviço emergencial de atendimento definitivo. Nesse sentido, surgiram os Serviços de Atendimento Pré-hospitalar (SvAPH), os quais possibilitam a intervenção precoce, reduzindo os índices de mortalidade e minimizando possíveis sequelas. (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

De acordo com os autores, os SvAPH surgem no Brasil em diversas cidades e com características próprias, cuja sistematização é resultado de influências das duas tradicionais escolas de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) surgidas em meados do século passado: o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), modelo francês e o Serviço de Emergência Médica (SEM), modelo norte-americano.

De modo geral, o modelo francês (SAMU) é composto por médicos anesthesiologistas, intensivistas, cardiologistas, psiquiatras, emergencistas entre outros, técnicos auxiliares de regulação médica, enfermeiros (incluindo enfermeiros especializados em anestesia) e técnicos em ambulância, que são ordenados e coordenados para realizar o atendimento a vítima através de uma Central de Regulação Médica.

O modelo dos EUA congrega os Técnicos em Emergências Médicas (TEM-Básico habilitado para o Suporte Básico de Vida, TEM-Intermediário e TEM-Avançado ou Paramédico), departamento de emergência, médico supervisor, pessoal da saúde, administração hospitalar, administração do SEM e supervisão de agências governamentais.

Para além das questões que envolvem o treinamento e a prestação do atendimento pré-hospitalar por parte dos profissionais da área da saúde, a capacitação do leigo para atendimento precoce em situações de emergência e instituição do suporte básico de vida (SBV) é fundamental para salvar vidas e prevenir sequelas nos casos de situações de urgência/emergência. (PERGOLA; ARAUJO, 2008).

O termo “primeiros socorros”, por definição, são todos os procedimentos utilizados no atendimento imediato, a vítimas de acidente ou mal súbito, por pessoa leiga, procurando diminuir o sofrimento e a gravidade das lesões e sequelas, antes do atendimento especializado prestado por profissional médico ou técnico em saúde” (ROSA; BÉRGAMO; DORINI, 2001). Como complemento a definição, podemos acrescentar que Primeiros Socorros consistem em medidas iniciais e imediatas aplicadas a uma vítima fora de um ambiente hospitalar, executada por qualquer pessoa, antes de um atendimento especializado (médico ou técnico em saúde) no sentido de suportar a vida ou evitar o agravamento de lesões existentes,

pré-existentes ou que passaram a existir no momento do evento emergencial (ROSA; BÉRGAMO; DORINI, 2001).

Os autores apontam que como objetivos básicos do atendimento de emergência, deve-se atentar em avaliar o sofrimento da vítima (físico e psicológico); evitar sua morte, evitar agravamentos ou complicações das lesões e permitir sua remoção com segurança.

A falta de conhecimento por parte da população, em muitos casos, acarreta inúmeros problemas, como o estado de pânico ao se deparar com o acidentado, a manipulação incorreta da vítima e a solicitação excessiva e, às vezes, desnecessária do socorro especializado em emergência (FIORUC et al, 2008). A partir disso, percebe-se a importância da população ser esclarecida e treinada para atender vítimas em situações de emergência a fim de evitar a imobilidade do socorrista no momento de decidir como proceder (PERGOLA; ARAUJO, 2008).

Tem se constatado que pessoas leigas apenas munidas de boa vontade causam muito mais danos às vítimas acidentadas, do que benefícios. O tempo de resposta para uma pessoa leiga reconhecer uma situação de emergência é muito maior do que uma pessoa treinada, desta forma, quando os profissionais do resgate chegam, o tempo decorrido terá permitido tanto a degeneração dos sinais vitais da vítima como também as chances de sobrevivência ou qualidade de vida após a recuperação.

A discussão a respeito de Primeiros Socorros no ambiente universitário é de suma importância, já que com esse conhecimento pode-se minimizar os danos em caso de acidentes e o desconhecimento dos mesmos pode acarretar danos ainda maiores, como já foi dito anteriormente.

3.0 METODOLOGIA

Este estudo caracterizou-se por ser uma pesquisa descritiva, quantitativa, na qual foi aplicado um questionário para a identificação do conhecimento básico de primeiros socorros e condutas frente a situações de emergências no cotidiano dos universitários.

A população foi composta por 3.765 discentes matriculados regularmente conforme registros do Controle Acadêmico da instituição (2015) nos 14 cursos de graduação ofertados pelo Centro Universitário em questão, na cidade de Natal/RN.

Para determinar o tamanho amostral, foi utilizado o cálculo para populações finitas, utilizando a seguinte fórmula (BARBETA, 2001).

$$n_0 = 1 / E_0^2 \quad n = N \times n_0 / N + n_0$$

Onde: N= tamanho (número de elementos) da população.

n= tamanho (número de elementos) da amostra.

n₀= aproximação inicial para o tamanho da amostra.

E₀= erro amostral tolerável (5%)

Sendo assim, a amostra foi composta por 362 discentes com matrícula ativa na instituição e maiores de 18 anos, selecionados de forma não probabilística e estratificada nos cursos de Administração (n=13); Sistemas de Informação (n=9); Ciências Contábeis(n=21); Direito (n=121); Engenharia Civil(n=8); Gestão Comercial (n=1); Redes de Computadores(n=6); Educação Física (Bacharelado) (n=54); Educação Física (Licenciatura) (n=12); Enfermagem (n=22); Fisioterapia(n=24); Nutrição (n=25); Psicologia (n=38); Serviço Social (n=8); aumentando a representatividade dos respectivos cursos.

O instrumento utilizado foi baseado no questionário proposto por Pacchione e Medeiros (2014), que apresenta perguntas sobre como proceder em casos de desmaios, perfuração, queimaduras, hemorragias, convulsões, engasgo, choque elétrico, alergia, queda, fratura e parada cardiorrespiratória (ANEXO A).

Para análise das respostas, as questões foram divididas em 3 grupos: questões gerais para o atendimento de emergência (telefone de emergência, razões para não prestar socorro); Conhecimento quanto as emergências clínicas (desmaio, convulsão, queimadura, engasgo(asfixia), alergia(intoxicação) conhecimento diante Parada cardiorrespiratória) e Conhecimento quanto as emergências traumáticas(Perfuração, hemorragia externa, choque elétrico, quedas, Fratura fechada e dente avulsionado). Os grupos foram analisados separadamente levando-se em consideração o número de acertos em cada tema.

Foi aplicado um teste piloto no mês de março em uma turma de graduação de outra instituição para avaliar possíveis erros de interpretação dos alunos, não sendo necessárias modificações.

O mesmo foi aplicado nos meses de julho a outubro de 2015, na própria instituição e na presença do pesquisador, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitação de participar voluntariamente deste estudo, sendo observados todos os preceitos

éticos vigentes na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde- CONEP (BRASIL, 2012), sendo aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Posteriormente a coleta de dados, os dados foram processados no programa Microsoft Excel 2010 e as análises realizadas no programa SPSS versão 20.0. Calcularam-se frequências simples, estimando-se as variáveis dependentes, segundo a área de conhecimento. As diferenças de proporções foram testadas por meio do Qui-quadrado (χ^2), adotando-se nível de significância $p < 0,05$.

4.0 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados apresentados na Tabela 1 evidenciam o nível de conhecimento quanto a questões gerais para o atendimento de emergência. Observa-se que a maioria dos alunos (77,6%) dos cursos da área da saúde identificam de forma correta, o número do serviço de emergência móvel, com uma diferença significativa entre essas áreas ($p = 0,002$).

Entre as razões apontadas para não prestar socorro diante de uma situação de emergência, constatou-se que a maioria dos alunos da área de saúde (56,6%), como também de outras áreas (50,3%), nunca se depararam com a situação, sendo encontrada uma diferença significativa ($p = 0,001$) entre as respostas das duas áreas. No entanto é importante ressaltar o fato de que 18,6 % dos alunos da área da saúde declararam que não saberiam agir, como 10,9% não agiriam por medo de causar danos.

Tabela 1. Conhecimento dos alunos relativo a questões gerais para atendimento de urgência

Tabela 17. Conhecimento dos danos relativos a questões gerais para atendimento de emergência					
	Área da saúde		Outras áreas		χ^2 (p-value)
	n	%	n	%	
Telefone emergência					
Certo	142	77,6	112	62,6	9,760 (0,002)*
Errado	41	22,4	67	37,4	
Razões não prestou socorro					
Nunca me deparei	109	59,6	90	50,3	24,472 (0,001)**
Não soube agir	34	18,6	51	28,5	
Medo de causar danos	20	10,9	36	20,1	
Outros motivos	20	10,9	2	1,1	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Tais resultados possivelmente se devam ao fato de somente alguns cursos da área da saúde, como é o caso da enfermagem e da educação física, contemplarem em sua matriz

curricular a disciplina de Primeiros Socorros como conhecimento básico dos cursos, ou mesmo, podem apontar uma fragilidade no processo de formação profissional dos alunos da área, desencadeando uma insegurança na atuação dos mesmos.

Ao analisarmos diferentes situações de emergências clínicas como desmaio, convulsão, queimaduras, engasgo (asfixia), alergia ou intoxicação, e sinais de PCR, observa-se na Tabela 2 que os alunos da área da saúde, apresentaram nível de conhecimento superior, com uma diferença significativa ($p < 0,05$) em relação aos alunos das outras áreas.

Sobre a atuação frente a uma vítima de engasgo (asfixia), constatou-se que 65% dos alunos da área da saúde e 78,8% dos alunos de outras áreas, não saberiam agir corretamente.

Para Oliveira, Parolin e Teixeira Jr (2014, p.171), “na vítima de obstrução de vias aéreas que evoluiu com perda de consciência, o socorrista deve iniciar as manobras de RCP [...] suficiente para mover corpo estranho”.

Por este motivo é preocupante constatar que a maior parte dos alunos das duas áreas não sabem quantas compressões devem fazer, o que pode colocar em risco a vida da vítima devido a ineficiência da manobra.

Tabela 2. Nível conhecimento dos alunos relativo à emergências clínicas

	Área da saúde		Outras áreas		χ^2 (p-value)
	N	%	n	%	
<i>Desmaio</i>					
Certo	106	57,9	62	34,6	19,729 (0,001)**
Errado	77	42,1	117	65,4	
<i>Convulsão</i>					
Certo	136	74,3	112	62,6	5,788 (0,016)*
Errado	47	25,7	67	37,4	
<i>Queimaduras</i>					
Certo	115	62,8	85	47,5	8,630 (0,003)*
Errado	68	37,2	94	52,5	
<i>Engasgo(Asfixia)</i>					
Certo	64	35,0	38	21,2	8,446 (0,004)*
Errado	119	65,0	141	78,8	
<i>Alergia/intoxicação</i>					
Certo	142	77,6	116	64,8	7,231 (0,007)*
Errado	41	22,4	63	35,2	
<i>Sinais PCR</i>					
Certo	117	63,9	77	43,0	15,919 (0,001)**
Errado	66	36,1	102	57,0	
<i>Sem movimentos e pulsação</i>					
Certo	126	68,9	107	59,8	3,250 (0,071)
Errado	57	31,1	72	40,2	
<i>Compressões torácicas</i>					
Certo	90	49,2	54	30,2	13,655 (0,001)**
Errado	93	50,8	125	69,8	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Com relação aos sinais de PCR, nossos resultados são similares aos encontrados nos estudos de Pacchioni e Medeiros (2014) onde a maioria dos docentes da mesma instituição respondeu que saberiam reconhecer os sinais de uma PCR, porém não saberiam quantas compressões torácicas sem ventilação devem ser feitas em uma vítima. Os autores enfatizam a necessidade de reconhecer de imediato o quadro clínico e aplicar a conduta correta e eficaz até a chegada do serviço especializado para que se aumente a chance de sobrevivência do paciente.

Os resultados retratam que as práticas educativas no ensino de primeiros socorros, apesar de sua relevância, no Brasil, ainda são pouco difundidas, prevalecendo o desconhecimento sobre esta temática por grande parte da população (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Ao ser questionado sobre as condutas relacionadas a emergências Traumáticas (Tabela 3), apenas na questão sobre perfuração, onde os alunos da área de saúde apresentaram maior porcentagem de acertos (72,7%), foi encontrada diferença significativa entre as áreas ($p=0,003$).

Apesar de não apresentar diferença significativa entre as áreas, os dados apontam que nas situações de emergências como hemorragia externa (65,9%); choque elétrico (86,0%) e fratura fechada (77,7%) os resultados dos alunos de outras áreas foram superiores aos da área da saúde, enquanto que as respostas da área da saúde apresentaram valores superiores nas situações de quedas (74,9%) e dente permanente avulsionado (36,6%).

Vale ressaltar a ocorrência de respostas inadequadas (Tabela 2 e 3) em todas as situações de emergência clínicas e traumáticas, considerando que os mesmos recebem uma formação voltada para o atendimento à saúde da população, podendo estar se deparando com maior frequência com tais situações no seu cotidiano profissional.

Os resultados apresentados demonstram que a todo o momento, o aluno poderá estar sujeito a presenciar um acidente de qualquer natureza e para agir e obter êxito em tais situações é necessário que o mesmo esteja bem orientado e treinado, por isso a necessidade de se difundir esse conhecimento ao maior número de pessoas, não se limitando aqueles que tiverem escolhido a área de saúde para seguir (GUEDES et al, 2012).

Tabela 3. Nível conhecimento dos discentes relativo à emergências Traumáticas

	Área da saúde		Outras áreas		χ^2 (p-value)
	n	%	N	%	
<i>Perfuração</i>					
Certo	133	72,7	103	57,5	9,136 (0,003)*
Errado	50	27,3	76	42,5	
<i>Hemorragia externa</i>					
Certo	115	62,8	118	65,9	0,374 (0,541)
Errado	68	37,2	61	34,1	
<i>Choque elétrico</i>					
Certo	145	79,2	154	86,0	2,910 (0,088)
Errado	38	20,8	25	14,0	
<i>Queda</i>					
Certo	137	74,9	122	68,2	2,000 (0,157)
Errado	46	25,1	57	31,8	
<i>Fratura Fechada</i>					
Certo	138	75,4	139	77,7	0,254 (0,615)
Errado	45	24,6	40	22,3	
<i>Dente Permanente avulsionado</i>					
Certo	67	36,6	56	31,3	1,145 (0,285)
Errado	116	63,4	123	68,7	

*p<0,05.

5.0 CONCLUSÃO

É crescente a importância que as escolas de formação têm ganhado no que se refere a temas como promoção de saúde, prevenção de doenças e prevenção de acidentes entre crianças e adolescentes.

Além disso, compreendendo a universidade como ambiente favorável para a formação de cidadãos, entende-se a necessidade de se trabalhar temáticas relativas à preservação da segurança humana, relacionada intimamente com a saúde e a educação.

Os resultados analisados nos permitem concluir que os alunos dos cursos da área da saúde apresentam um maior conhecimento sobre primeiros socorros, em relação aos alunos dos cursos de outras áreas.

Diante disso sugere-se um olhar mais crítico para o processo de formação dos alunos dos cursos da área da saúde, fortalecendo sua atuação com qualidade bem como a oferta de disciplinas optativas, cursos de atualização, palestras, vivências práticas de primeiros socorros em todos os cursos de outras áreas da instituição.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C. D.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.8, n. 15, p. 259-74, 2004.
- ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. D. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**. v.16, n.2, p. 315-9, 2007.
- BARBETA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 3 ed. Florianópolis: UFSC, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 23 mai. 2015.
- BRANDÃO, C. R. A educação popular na área da Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.5, n.2, p127-31. 2001.
- FERRARI, C. K. B. Saúde na escola: educação, saúde e inclusão em adolescentes brasileiros. **Revista sobre la infancia y la adolescência**. v. 4, p. 78-90, 2013.
- FIORUC, B. E. et al. Educação em saúde: abordando primeiros socorros em escolas públicas no interior de São Paulo. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 3, p. 695-702, 2008.
- GUEDES, N. G. et al. Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. **Acta Paulista de Enfermagem**.v.25, n.1, p. 151-6, 2012
- MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.4, n.3, p. 5-18, 1996.
- MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.12, n.4, p. 631-5, 2004.
- OLIVEIRA, B.F.M.;PAROLIN, M.K.F.;TEIXEIRA JR, E.V.**Trauma – Atendimento Pré-Hospitalar**. 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.
- PACCHIONI,V.G.; MEDEIROS, K. B. **Conhecimento de professores de uma instituição de ensino superior sobre noções básicas de primeiros socorros**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação), Enfermagem, Centro Universitário do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.
- PERGOLA, A. M.; ARAUJO, I. E. M. O leigo em situação de emergência. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 42, n. 4, 2008.

ROSA, D. O.; BÉRGAMO, N. M.; DORINI, S. R. Organização de primeiros socorros na empresa. 41 p. **Monografia** (Especialização em Medicina do Trabalho). Associação Catarinense de Medicina. Fundação de apoio à pesquisa universitária FAPEU. Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

VASCONCELLOS, C. S. **Construção do Conhecimento em Sala de Aula** 9. ed. São Paulo: Libertad, 1999. (Cadernos Pedagógicos).

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Hucite, 2001.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.4, n.1, p 67-83, 2004



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
TCC DE ENFERMAGEM: CONHECIMENTO DOS ALUNOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO
SUPERIOR SOBRE PRIMEIROS SOCORROS, NA CIDADE DE NATAL - RN

PESQUISADORES: Prof. Ms. Ramon Evangelista dos Anjos Faiva e Raphaela Knackfuss de Medeiros

CURSO: _____
PERÍODO: _____
SEXO: ☐ FEMININO ☐ MASCULINO

1. EM CASO DE EMERGÊNCIA MÉDICA (ACIDENTE, MAL SÚBITO), QUE NÚMERO TELEFÔNICO DEVE SER DISCADO?

☐ 190 ☐ 193 ☐ 192 ☐ 191

Só responda a questão abaixo se você nunca socorreu alguém

2. POR QUE NUNCA PRESTOU SOCORRO?

- ☐ Nunca me deparei com este tipo de situação.
☐ Já me deparei, mas não soube como agir.
☐ Já me deparei, mas tive medo de causar mais danos.
☐ Outro motivo _____

3. DESMAIO É A PERDA MOMENTÂNEA E REPENTINA DA CONSCIÊNCIA. EM CASO DE DESMAIO, DEVE-SE:

- ☐ Oferecer água.
☐ Deixar a vítima deitada e elevar suas pernas.
☐ Colocar a vítima sentada e ficar abanando.
☐ Passar álcool no nariz da vítima.
4. EM CASO DE PERFURAÇÃO, DEVE-SE:
☐ Retirar o objeto para aliviar a dor da vítima.
☐ Limpar o local com álcool para não infeccionar.
☐ Se em um membro, realizar torniquete e colocá-lo mais alto que o resto do corpo.
☐ Deixar o objeto no local e, se possível, conter o sangue fazendo uma compressão com um pano limpo.

5. HEMORRAGIA EXTERNA É A PERDA DE SANGUE VISÍVEL EM DECORRÊNCIA DE LESÃO. FRENTE À HEMORRAGIA NO BRAÇO, DEVE-SE:

- ☐ Utilizar um pano limpo comprimindo o local e elevar o braço.
☐ Aplicar um torniquete.
☐ Sentar a vítima para facilitar a circulação sanguínea.
☐ Oferecer água para a vítima.

6. EM CASO DE CONVULSÃO, DEVE-SE:

- ☐ Jogar água no rosto da vítima.
☐ Colocar os dedos na boca da vítima para segurar a língua.
☐ Manter a vítima sentada para que ela pare de tremer.
☐ Colocar a vítima deitada de lado, para evitar que se engasgue com saliva.

7. EM CASO DE QUEIMADURA, DEVE-SE:

- ☐ Colocar areia ou creme dental.
☐ Passar manteiga.
☐ Não retirar a roupa que estiver grudada na pele.
☐ Resfriar a área com gelo diretamente no local.

8. EM CASO DE ENGASGO (ASFIXIA), DEVE-SE:

- ☐ Dar 5 (cinco) batidas nas costas da vítima.
☐ Colocar o dedo na boca da vítima e tentar retirar o objeto.
☐ Pedir para a vítima tossir o mais forte possível.
☐ Sentar a vítima com a cabeça inclinada para frente.

9. EM CASO DE CHOQUE ELÉTRICO COM A VÍTIMA PRESA AO OBJETO QUE LHE CAUSOU O CHOQUE, DEVE-SE:

- ☐ Puxar a vítima com o intuito de afastá-la do objeto.
☐ Oferecer água.
☐ Desligar a energia elétrica e socorrer a vítima.
☐ Cortar o fio e afastar a vítima.

10. EM CASO DE ALERGIA/INTOXICAÇÃO, DEVE-SE:

- ☐ Pedir para que a vítima provoque vômito.
☐ Observar os sinais vitais e assegurar-se de que a vítima esteja respirando, verificar a composição do alérgeno (se possível), e encaminhar a vítima ao hospital.
☐ Oferecer leite para neutralizar o efeito.
☐ Oferecer um antialérgico obtido no local.

11. EM CASOS DE QUEDA (DE ÁRVORE, POR EXEMPLO), DEVE-SE:

- ☐ Colocar a vítima no carro e levar para o hospital.
☐ Colocar a vítima sentada e ligar para emergência.
☐ Deixar a vítima deitada com a cabeça imobilizada e ligar para a emergência.
☐ Oferecer água com açúcar.

12. EM CASO DE FRATURA FECHADA EM UM MEMBRO, DEVE-SE:

- ☐ Alinhar o membro de imediato para diminuir a dor.
☐ Alinhar, imobilizar e encaminhar a vítima ao hospital.
☐ Pedir para que a vítima movimente o membro a fim de conhecer o limiar da dor e a extensão da fratura.
☐ Imobilizar na posição que o membro estiver e encaminhar ao hospital.

13. UMA CRIANÇA DE 12 ANOS CAIU E TEVE UM DENTE PERMANENTE AVULSIONADO (SAIU INTEIRO). ELIMINANDO-SE OS RISCOS MAIORES, QUAL A CONDUTA MAIS ADEQUADA?

- ☐ Limpar, secar e guardar o dente, fazer compressa fria com gaze para estancar o sangue e oferecer um analgésico.
☐ Limpar delicadamente o dente, colocá-lo de volta ao local de origem (se possível) e encaminhar ao dentista.
☐ Cuidar dos ferimentos e controlar o sangue. O dente não poderá mais ser reaproveitado.

14. A REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA É INDICADA EM CASOS DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR). QUAL DOS SINAIS ABAIXO ESTÁ RELACIONADO À PCR:

- ☐ Ausência de respiração.
☐ Inconsciência.
☐ Ausência de pulso no pescoço (carotídeo).
☐ Coloração azulada na pele.
☐ Todas as alternativas estão corretas.

15. QUANDO UMA VÍTIMA NÃO TEM MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS E NEM PULSAÇÃO, DEVE-SE:

- ☐ Verificar a documentação da vítima e chamar a família.
☐ Iniciar de imediato manobras de reanimação cardiopulmonar.
☐ Não prestar socorro para não se comprometer.
☐ Ligar para o resgate e iniciar imediatamente as manobras de reanimação cardiopulmonar.

16. EM CASO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA, QUANTAS COMPRESSÕES TORÁCICAS (SEM VENTILAÇÃO) DEVERÃO SER FEITAS?

- ☐ no máximo 50 por minuto.
☐ no mínimo 100 por minuto.
☐ 30 por minuto.
☐ 60 por minuto.