

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORO-FACENE/RN

Andressa Lima de Sousa Freire

**CONHECIMENTO DO CORPO DOCENTE DO  
ENSINO MÉDIO ACERCA DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

Mossoró  
2019

ANDRESSA LIMA DE SOUSA FREIRE

**CONHECIMENTO DO CORPO DOCENTE DO  
ENSINO MÉDIO ACERCA DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA.**

Monografia apresentada no Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE) como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**ORIENTADORA:** Ítala Emanuely de Oliveira Cordeiro

MOSSORÓ/RN

2019

F866c Freire, Andressa Lima de Sousa.  
Conhecimento do corpo docente do ensino médio acerca  
do suporte básico de vida / Andressa Lima de Sousa Freire.  
– Mossoró, 2019.  
43f. : il.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Esp. Ítala Emanuely de Oliveira  
Cordeiro.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade  
Nova Esperança de Mossoró.

1. Enfermagem. 2. Atendimento Pré-hospitalar. 3.  
Urgência e Emergência. I. Cordeiro, Ítala Emanuely de  
Oliveira. II. Título.

CDU 616-083.98:37.046.14

**CONHECIMENTO DO CORPO DOCENTE DO  
ENSINO MÉDIO ACERCA DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA.**

Monografia apresentada pela aluna ANDRESSA LIMA DE SOUSA FREIRE, do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN)

Aprovado (a) em 05 / 12 / 19

**BANCA EXAMINADORA**

*Ítala Emanuely de O. Cordeiro*

Prof.<sup>a</sup> Esp. Ítala Emanuely de Oliveira Cordeiro (FACENE)

ORIENTADORA

*Laura Amélia S. Barreto*

Prof.<sup>a</sup> Me. Laura Amélia Fernandes Barreto (FACENE)

MEMBRO

*Sibele Lima da Costa Dantas*

Prof.<sup>a</sup> Me. Sibele Lima da Costa Dantas (FACENE)

MEMBRO

Dedico este trabalho aos meus pais (Anailde Lima e Sousa Junior) e ao meu esposo Paulo Ricardo, que com muito carinho e apoio não mediram esforços para que esse sonho pudesse ser concretizado.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por me dar força para enfrentar os obstáculos que encontrei na trajetória dessa caminhada, fazendo-me forte para lutar por meus sonhos tornando-os hoje em realidade.

Aos meus pais que me deram a vida, amor e os ensinamentos necessários para que me tornasse uma mulher de caráter, por me incentivar através dos seus exemplos a lutar pelos meus objetivos de forma íntegra. A minha eterna gratidão. Aos meus familiares por torcerem para que meu sonho se tornasse realidade.

Ao meu querido esposo Paulo Ricardo que esteve lado a lado comigo acreditando no meu sonho, me incentivando e fazendo dos meus sonhos também os seus, o seu companheirismo me fez ser perseverante. Lutamos juntos e por isso compartilho essa vitória com ele e com a nossa filha que carrego em meu ventre.

A orientadora Prof. Esp. Ítala Emanuelle de Oliveira Cordeiro, por confiar na minha capacidade, me incentivar, apoiar e orientar neste trabalho que é de grande importância para a minha vida profissional como também pessoal. Meu especial obrigada.

A banca, formada pela Prof.<sup>a</sup> Me Laura Amélia Fernandes Barreto e o Prof.<sup>o</sup> Me. Sibeles Lima da Costa Dantas, pelos conhecimentos compartilhados, contribuições que me foram de grande valia para elaboração do projeto para realizar esse trabalho.

Aos colegas de curso (Ingrid Ioana, Giralneide Sabrina, Natália Laricy, Rivonilço Nogueira, Isaías Pedro, Ires Dayane, Francisco Antônio, Carla Rêgo, Glaryanne Soares, Maryssa Eduarda e Fernanda Karla) que com paciência aceitaram nossas diferenças, tornaram tranquila nossa convivência e compartilhamos bons momentos, permitindo o nosso crescimento profissional como também pessoal. Eu deixo uma palavra gigante de agradecimento pelo incentivo e grande ajuda, por poder compartilhar com vocês as dificuldades e alegrias dessa etapa que se encerra. Ao longo desses quatro anos construímos uma amizade sincera e concreta.

Aos professores, desta instituição universitária, que muito contribuíram dividindo seus conhecimentos que servirão de suporte para minha vida

profissional como também pessoal, sem eles não seria possível ter concretizado este sonho.

Aos funcionários desta instituição universitária, que me receberam de forma acolhedora, pessoas especiais que guardarei com carinho no coração.

Ao diretor Josué Damasceno, professores e funcionários da Escola Estadual Monsenhor Raimundo Gurgel por me possibilitarem concluir o meu trabalho nessa instituição.

A todos os amigos que compartilharam da minha luta e que direta ou indiretamente torceram pelo meu sucesso.

## RESUMO

O Suporte Básico de Vida (SBV) é definido como o primeiro atendimento recebido pela vítima, com o objetivo de manter seus sinais vitais e evitar o agravamento da situação até a chegada de uma equipe especializada. O conhecimento dos protocolos utilizados no ambiente pré-hospitalar capacita pessoas leigas nas práticas dos primeiros socorros, pois é necessário o domínio dessas técnicas. Quando executado de maneira correta e rápida, diminui a mortalidade aumentando as chances de vida das vítimas, tanto de eventos clínicos quanto traumáticos. Este trabalho teve como objetivo Analisar o Conhecimento do Corpo Docente do Ensino Médio acerca do Suporte Básico de Vida e objetivo específico foi caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes e avaliar a incidência das principais urgências ocorridas na escola. A pesquisa apresenta caráter exploratório e descritivo com abordagem quanti-qualitativa e foi realizada com todos os professores do Ensino médio de uma escola pública de ensino médio, localizada na cidade de Mossoró, no estado do Rio Grande do Norte. Os participantes foram identificados por pseudônimos de P1 a P20 para não revelar a identidade e foram retiradas também todas as respostas repetidas. De acordo com os resultados analisados na pesquisa, percebemos que o corpo docente em análise necessita adquirir conhecimentos básicos sobre o atendimento de primeiros socorros. Esse é um assunto que diz respeito a toda comunidade escolar portanto devem juntos professores, gestão escolar, Secretaria de Educação e Secretaria de Saúde encontrar meios de em parceria oferecer capacitação ministrada por profissionais da saúde sobre o tema abordado.

**Palavras chaves:** Enfermagem; Atendimento Pré hospitalar; Urgência e Emergência.



## **LISTA DE GRÁFICOS**

<b>GRÁFICO I. REPRESENTA IDADE E TEMPO DE ATUAÇÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>GRÁFICO II. REPRESENTA QUEM É CAPAZ DE AGIR.....</b>	<b>31</b>
<b>GRÁFICO III. REPRESENTA QUEM É CAPACITADO PARA AGIR.....</b>	<b>32</b>

## **Lista de Abreviaturas**

APH - Atendimento pré-hospitalar

PCR - Parada Cardiorrespiratória

RCP - Ressuscitação Cardiopulmonar

SBV - Suporte Básico de Vida

SAV - Suporte Avançado de Vida

ATLS - Advanced Trauma Life Support

SUS - Sistema Único de Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

MMSS - Membros Superiores

MMII - Membros Inferiores

EPI - Equipamento de Proteção Individual

KED - Kendrick Extrication Device

OVACE - Obstrução de Vias Aéreas por Corpos Estranhos

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
1.1 Contextualização.....	11
1.2 Problemática.....	13
1.3 Justificativa.....	13
1.4 Hipótese.....	14
1.5 OBJETIVO.....	14
1.5.1 Objetivo Geral.....	14
1.5.2 Objetivos Específico.....	14
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
2.1 Suporte Básico de Vida.....	15
2.2 Serviços Prestados no Atendimento Pré- Hospitalar.....	16
2.3 Acidentes Ocorridos no Ambiente Escolar.....	24
2.4 Diretrizes Curriculares do Ensino Médio.....	24
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
3.1 Tipo da pesquisa.....	26
3.2 Local da pesquisa.....	26
3.3 Sujeitos da pesquisa .....	26
3.4 Procedimento para coleta de dados.....	27
3.5 Análise dos dados.....	27
3.6 Aspectos éticos da Pesquisa.....	28
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>29</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>38</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...39</b>	
<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL .....</b>	<b>42</b>
<b>CERTIDÃO DO CEP .....</b>	<b>43</b>

# 1 Introdução

## 1.1 Contextualização

O Suporte Básico de Vida (SBV) é definido como o primeiro atendimento recebido pela vítima, com o objetivo de manter seus sinais vitais e evitar o agravamento da situação até a chegada de uma equipe especializada. O conhecimento dos protocolos utilizados no ambiente pré-hospitalar capacita pessoas leigas nas práticas dos primeiros socorros, pois é necessário o domínio dessas técnicas. Quando executado de maneira correta e rápida, diminui a mortalidade aumentando as chances de vida das vítimas, tanto de eventos clínicos quanto traumáticos (SANTOS, et. al. 2016).

O atendimento pré-hospitalar (APH) teve origem em 1950 a partir da experiência de atendimento de feridos nas guerras da Coreia e do Vietnã, com o objetivo de aproveitar a primeira hora após a lesão como definidora do prognóstico. A ideia central é aproveitar os primeiros momentos após o trauma, estabilizar as condições vitais e transportar o paciente de maneira mais apropriada. Nas últimas décadas, o atendimento à vítima de trauma tem experimentado um aprimoramento extraordinário. No momento da chegada ao evento, os profissionais deste serviço podem facilitar a identificação das lesões descrevendo as condições da vítima e as circunstâncias do evento ocorrido, pois são informações valiosas para o médico (PIRES, STARLING 2016).

A história do “Advanced Trauma Life Support” (ATLS) se deu início após a queda de um avião onde o Dr. James Styner, um ortopedista de Nebraska, estava com a sua família, sua esposa faleceu e seu filhos sofreram lesões gravíssimas. Ao chegar no hospital horas depois do acidente, no local só havia uma enfermeira, ele foi informado pela mesma que para serem atendidos, teriam que aguardar a chegada de um médico. Após esta experiência, em 1976, o Dr. James, mobilizou-se e com a ajuda de outros médicos e enfermeiros da Lincoln Medical Education Foundation e da Universidade de Nebraska criou o curso ATLS. Desde esta época, e após a adoção do ATLS pelo “American College of Surgeons” (ACS) (SCARPELINI 2007).

No Brasil, a ideia do atendimento das vítimas no local da emergência é tão antiga quanto em outros países. O Senado da República, em 1893, aprovou uma lei que pretendia estabelecer socorro médico de urgência na via pública do

Rio de Janeiro, que na época era a capital do país. Com o aumento da violência urbana, dos acidentes de trânsito e da própria precariedade dos serviços de saúde de atenção básica nos últimos anos, a considerável procura dos serviços públicos hospitalares de emergência aumentou bastante. A consequência imediata é a superlotação nas unidades de emergência (ADÃO, SANTOS 2012).

Ainda segundo Adão e Santos (2012), no contexto de atenção às urgências e emergências, faz-se presente a necessidade de adotar medidas que garantam o atendimento pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar. O serviço de APH envolve todas as ações que ocorrem antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar e pode influir positivamente nas taxas de morbidade e mortalidade por trauma ou violências. Nesse sentido, uma assistência qualificada na cena do acidente - o transporte e a chegada precoce ao hospital - é fundamental para que a taxa de sobrevivência aumente. Considera-se APH toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, utilizando meios e métodos disponíveis.

O APH móvel é realizado por meio de duas modalidades: o suporte básico à vida, que se caracteriza por não realizar manobras invasivas, e o suporte avançado à vida, que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório. A atividade do enfermeiro no APH no Brasil desenvolveu-se a partir da década de 1990, com o surgimento das unidades de suporte avançado de vida (SAV), que tem como características manobras invasivas de maior complexidade e, por esse motivo, são realizadas exclusivamente por médicos e enfermeiros. Desde então, o enfermeiro é participante ativo da equipe de APH e assume, junto com a equipe, a responsabilidade pela assistência prestada às vítimas graves sob risco de morrer (ADÃO, SANTOS 2012).

De acordo com a Portaria nº 413/99 de 08 de Junho, o acidente escolar é definido como qualquer evento ocorrido no ambiente escolar, que provoque lesão, doença ou morte ao aluno. Inclui também todo o acidente em atividades organizadas pela escola, mesmo que seja fora do seu ambiente, e os que ocorrem no trajeto casa-escola e inversamente. Os acidentes são, em regra geral, fenômenos multicausais contudo, apesar da sua multicausalidade é quase sempre possível identificar uma causa principal (VENÂNCIO 2014).

A epidemiologia do trauma no Brasil, nos últimos 26 anos foram registrados aproximadamente 2,8 milhões de mortes por causas externas. Em 1980, foram 70.212 e, em 2010, ocorreram 143.266 óbitos por essas causas (aumento de 104%). As lesões traumáticas são a principal causa de na faixa etária de 1 a 44 anos, no entanto, dentro dessa faixa etária há um grande predomínio do sexo masculino. De 15 a 44 anos, o risco é oito vezes maior para os homens (PIRES, STARLING 2016).

Com o crescente aumento da violência nas escolas públicas de todo o país e as ocorrências de acidentes e alterações no estado de saúde que acometem os estudantes, observa-se a necessidade de abordar o tema Primeiros Socorros em colégios, tendo em vista que a maioria dos alunos mostra-se despreparado para oferecer suporte uns aos outros em situação de emergência, frente a incidentes que necessitam os primeiros socorros e/ou pronto atendimento (SILVA, et. al. 2017).

## **1.2 Problematização**

Quais os conhecimentos do corpo docente do ensino médio acerca do suporte básico de vida?

## **1.3 Justificativa**

Esse tema foi escolhido porque os adolescentes são vulneráveis a acidentes como: engasgo, fratura por queda, choque elétrico, incêndio, lesão de continuidade. Estão expostos a muitos perigos e riscos à medida que crescem e se desenvolvem até à idade adulta. O ambiente (físico, social, cultural, político e econômico) onde vivem é construído por e para os adultos podendo potencializar ou diminuir o risco a que estão sujeitas. Sendo assim, é importante trabalhar o tema proposto acima nas escolas, pois na grade curricular dos docentes não tem uma disciplina que fale e/ou os oriente à lidar com situações de urgência e emergência nas escolas.

#### **1.4 Hipótese**

O ambiente escolar também pode oferecer alguns riscos aos alunos como engasgo e fraturas provocadas por queda, o trajeto casa-escola escola-casa também oferece riscos, pois a escola fica situada em uma região vulnerável a violência e os alunos estão sujeitos à serem atingidos por bala perdida, acidentes de trânsito, assaltos, entre outras formas de violência. A orientação sobre o suporte básico de vida será importante, pois aumentam as chances de sobrevivência da vítima.

#### **1.5 OBJETIVOS**

##### **1.5 Objetivo Geral**

Analisar o Conhecimento do Corpo Docente do Ensino Médio acerca do Suporte Básico de Vida.

##### **1.6 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes;
- Avaliar a incidência das principais urgências ocorridas na escola;

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Suporte Básico de Vida**

O SAMU 192 existe a pouco mais de 10 anos e se tornou uma potente instituição do SUS, suas centrais de regulação disponibilizam acolhimento as solicitações de atendimento para mais de 75% da população distribuída em todo o território nacional (SANTOS 2016). A ambulância é o transporte exclusivamente para doentes (traumatizado ou não), é classificada de acordo com a configuração operacional. O ministério da saúde define as ambulâncias em: tipo A (transporte eletivo, sem risco de morte), tipo B (SBV), tipo C (resgate), tipo D (SAV), tipo E (aeronave) e tipo F (embarcação). Antes do atendimento, a ambulância deve estar desinfetada, limpa, abastecida e toda revisada para que não ocorra imprevistos que coloquem a vida do paciente em risco. Logo após o atendimento, repetir o processo de desinfecção, limpeza, levar o material reutilizável contaminado para o expurgo e repor os materiais utilizados.

De acordo com CANETTI (2007), a ambulância do SBV é composta por: condutor socorrista, socorrista e técnico de enfermagem. Em seu interior deve conter os seguintes equipamentos: oxigenoterapia, assistência respiratória básica, bolsa-válvula-máscara, aspirador manual, cânulas orofaríngeas e nasofaríngeas, combitubo, desfibrilador semi-automático, aparelho de pressão, oxímetro de pulso, glicofita, material de acesso venoso periférico, imobilização de extremidades, prancha longa com cintos, KED, colares cervicais e estabilizador de cabeça.

Enquanto isso, a SAV é composta por: condutor socorrista, técnico de enfermagem, enfermagem e o médico. Em seu interior deve conter todos os equipamentos que contém no SBV, exceto o desfibrilador semi-automático, devendo conter ainda: monitor/desfibrilador/marca-passo externo, acesso invasivo às vias aéreas, monitor de pressão arterial não invasivo e medicações de SAV (CANETTI 2007).

O SBV é conhecido como o atendimento inicial de uma situação de emergência e sua aplicação pode salvar vidas e evitar sequelas, o reconhecimento e o atendimento básico imediato para uma PCR ou uma OVACE podem ser realizadas por leigos, desde que devidamente informados e



capacitados. Por definição, prestar socorro é proteger, buscar ajuda ou defender e, mais do que uma obrigação, é uma questão de cidadania. A omissão de socorro é considerada um crime segundo o Art. 135 do Código Penal (NETO, et al 2016).

Segundo Marques (2013), geralmente o atendimento do SBV é realizado fora do ambiente hospitalar e sem realização de manobras invasivas, é constituído como uma sequência de ações do socorro à vítima em situação eminente de risco de vida.

## **2.2 Serviços prestados no Atendimento pré- hospitalar**

### **Abordagem Primária**

A avaliação ABCDE é efetuada esta avaliação primária em até 2 a 5 minutos. Sistema de avaliação, exame e abordagem da vítima: técnica, agilidade e improviso. Exame da cena: mecanismo de injúria, segurança do socorrista (biossegurança), segurança dos demais presentes e segurança da vítima. O que é avaliado no ABCDE: **A** – Vias aéreas, **B** – Respiração, **C** – Circulação com Controle de Hemorragias, **D** – Estado Neurológico, **E** – Exposição da Vítima.

### **Cinemática Do Trauma**

A avaliação da cena deve ser a primeira prioridade para todos, ela é uma identificação rápida dos diferentes fatores que estão relacionados com a ocorrência e a tomada de rápidas ações de controle de fatores que possam ameaçar a segurança da equipe, do paciente e dos circundantes. O profissional jamais deve tentar uma ação de salvamento a menos que seja treinado para tal. Em caso de risco o atendimento deve ser adiado até que a cena esteja segura.

Passos para avaliação da cena:

1. Qual é a situação? À chegada na cena observar: situação geral, presença de outros e presença de agente de risco (fogo, fumaça, animais, produto perigoso, inundação, instabilidade de estruturas, fios elétricos, acesso difícil, tráfego intenso, armamento, aglomeração de pessoas e risco de pânico em massa, fluidos corporais, número de pacientes, etc).

2. Para onde pode ir? Considerar a evolução possível da situação no rompimento da estrutura, choque elétrico, violência interpessoal, vazamento de

produtos, contaminação, vias intransitáveis, aumento do número de pacientes, etc.

3. Como controlá-la? Considerar o acionamento de recursos de apoio e/ou especializados como: equipes do SAMU, Bombeiros, Polícia, etc. Todos os acionamentos devem ser solicitados, seguir as regras gerais de biossegurança. Diante de riscos óbvios, posicione-se em local seguro e próximo:

- Se a rede elétrica foi envolvida, o local mais seguro e próximo para se posicionar é após os postes que ainda estiverem intactos.
- Se há presença ou suspeita de materiais tóxicos inaláveis ou fumaça, leve em consideração a direção do vento e consequentemente da fumaça antes de se posicionar, o vento deve estar batendo às costas do profissional.
- Se há fogo e fumaça na cena, além da direção do vento, considere uma distância de pelo menos 35m de distância para se posicionar com o vento batendo nas suas costas.
- Se há escoamento de combustível posicione-se na direção contrária ao sentido do escoamento.

Delimitar zonas de segurança; Se a cena é segura, iniciar o atendimento. Se a cena é insegura, aguardar equipes especializadas na zona fria e considerar a montagem do posto médico.

#### Abordagem Secundária

A avaliação secundária é importante, porém não obrigatória, principalmente nos pacientes críticos ou se sua realização implicar em atraso de transporte. Tem por objetivo a detecção de lesões que embora graves, não implicam risco iminente de morte. Para proceder a esta avaliação, o socorrista deverá expor a vítima somente o necessário, respeitando sua intimidade e protegendo-a contra a hipotermia. Só se inicia após completa abordagem primária. Fazer **inspeção, palpação e ausculta**, buscando:

- **INSPEÇÃO:** deformidades, contusão, escoriações, perfurações, queimaduras, lacerações, inchaço, cor da pele simetria, alinhamento, sangramento.

- PALPAÇÃO: dor, instabilidades, crepitação, pulso, motricidade, sensibilidade, rigidez, flacidez, temperatura, sudorese.

Realizar o exame sempre da cabeça aos pés: exame segmentar.

- Cabeça e face: Inspeccionar e palpar o couro cabeludo (com os polegares fixos na região frontal, imobilizando a coluna cervical), orelhas, ossos da face, olhos, pupilas (verificar diâmetro, reação à luz e simetria pupilar) nariz, boca, simetria de face e observar alterações na coloração e temperatura da pele.
- Pescoço: Avaliar região anterior e posterior; e avaliar, em especial, se há distensão das veias jugulares.
- Tórax: Observar, em especial, se há uso de musculatura acessória, tiragem intercostal e de fúrcula (clavículas), movimentos assimétricos.
- Abdome e quadril: Observar abdome distendido, palpe cada um dos quadrantes seguindo o sentido horário para analisar sensibilidade e rigidez da pele, afastar e aproximar as asas ílfacas em relação a linha média para analisar mobilidade anormal e produção de dor.
- Membros superiores: Observar, em especial, a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros; e avaliar a força motora, solicitando que o paciente aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez, se descartada qualquer potencial lesão.
- Membros inferiores: Observar, em especial, a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros (reenchimento capilar); e avaliar a força motora, solicitando que o paciente movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez, se descartada qualquer potencial lesão.
- Dorso: Realize a manobra de rolamento para examinar o dorso, inspecione o alinhamento da coluna e simetria, palpe a coluna e todo o dorso (em busca de edema, hematoma e crepitação).

Durante todo o exame segmentar, mantenha a atenção ao paciente para sinais de dor ou modificações das condições constatadas na abordagem primária.

## Vias Aéreas

Quando suspeitar ou critérios de inclusão para OVACE (Obstrução de vias aéreas por corpos estranhos): Episódio testemunhado (ou referido) de engasgo com tosse e/ ou sinais de sufocação. Possibilidade de obstrução das vias aéreas: relaxamento da língua, corpo estranho sólido, corpo estranho líquido, deformidade de face, reação alérgica (edema de glote) e infecção do trato respiratório superior com edema. Se a vítima ficar inconsciente, ligar para o 192 SAMU e solicite a equipe da ambulância.

Avaliar a severidade. Obstrução leve: Paciente capaz de responder se está engasgado. Consegue tossir, falar e respirar. Obstrução grave: Paciente consciente e que não consegue falar. Pode não respirar ou apresentar respiração ruidosa, tosse silenciosa e/ou inconsciência.

Obstrução leve em paciente responsivo: não realizar manobras de desobstrução (não interferir); acalmar o paciente; incentivar tosse vigorosa; monitorar e suporte de O<sub>2</sub>, se necessário; observar atenta e constantemente; e se evoluir para obstrução grave: ver item obstrução grave. Obstrução grave em paciente responsivo - executar a manobra de heimlich: posicionar-se por trás do paciente, com seus braços à altura da crista ilíaca; posicionar uma das mãos fechada, com a face do polegar encostada na parede abdominal, entre apêndice xifóide e a cicatriz umbilical; com a outra mão espalmada sobre a primeira, comprimir o abdome em movimentos rápidos, direcionados para dentro e pra cima (em j); e repetir a manobra até a desobstrução ou o paciente tornar-se não responsivo. Obs.: em pacientes obesas e gestantes no último trimestre, realize as compressões sobre o esterno (linha intermamilar) e não sobre o abdome. Obstrução grave em paciente irresponsivo: posicionar o paciente em decúbito dorsal em uma superfície rígida; diante de irresponsividade e ausência de respiração com pulso, executar compressões torácicas com objetivo de remoção do corpo estranho; abrir vias aéreas, visualizar a cavidade oral e remover o corpo estranho, se visível e alcançável (com dedos ou pinça); se nada encontrado, realizar 1 insuflação e se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e insuflar novamente; e considerar o transporte imediato mantendo as manobras básicas de desobstrução.

São alguns sinais de oxigenação inadequada: inquietação, palidez, respiração superficial, necessidade de sentar-se para respirar, batimento de asa do nariz, cianose (pele, lábios e na base das unhas), agarrar a garganta com as mãos, confusão e uso intenso dos músculos necessários para a respiração – narinas dilatadas, pescoço e músculos faciais contraídos.

Desobstrução das Vias Aéreas:

- Relaxamento da língua relacionado a alteração do nível de consciência, fácil resolução. Conduzas a serem realizadas: manobra modificada (extensão da cabeça e inclinação do queixo – Chin Lift), elevação/tração da mandíbula – (Jaw Thrust).
- Corpo estranho sólido (prótese dentária, alimentos): ter cuidado na manutenção do controle cervical, técnicas de dedos cruzados (retiradas com técnica de Pinça ou Gancho).
- Corpo estranho líquido (vômito, saliva, sangue, água): lateralização da cabeça, rolamento de 90°.
- Convulsão: proteção da cabeça, realizar a manobra tríplice.
- Obstrução da vias aéreas por corpo estranho (engasgo): realizar a técnica de Heimlich, técnica Heimlich criança e RN.

RCP Adulto

RCP é um procedimento para salvar vidas que apresentam sinais de PCR (Parada Cardiorrespiratória), isto é, ausência de pulso periférico, com respiração agônica ou ausente, com pulso central palpável. Os componentes para o suporte da RCP são: C-A-B - Compressões torácicas – Abertura da via aérea – Boa respiração. Checar responsividade (tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta) e checar a presença de respiração. Se não responsivo e respiração ausente, posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca. Checar pulso central (carotídeo) em no máximo 10 segundos. Se **pulso presente**: abrir via aérea e aplicar uma insuflação a cada 5 a 6 segundos (10 a 12 insuflações/min.). Verificar presença de pulso a cada 2 minutos. Se **pulso ausente**: iniciar compressões torácicas fortes e rapidamente (30 compressões para 2 insuflações com bolsa valva-máscara), enquanto prepara e instala o Desfibrilador.

Manter a reanimação ventilatória ininterruptamente até chegar apoio, ou se o paciente apresentar ventilação espontânea (respiração, tosse e/ou movimento). Compressões torácicas eficientes e de boa qualidade compreendem: mãos entrelaçadas, deprimir o tórax em pelo menos 5 cm (sem exceder 6 cm) e permitir o completo retorno entre as compressões, manter frequência de compressões em 100 a 120 compressões/min, alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 min e minimizar as interrupções das compressões. Insuflações eficientes e de boa qualidade compreendem: insuflação de 1 segundo cada e visível elevação do tórax. Diante do paciente que recupera os batimentos cardíacos, preparar-se para transporte imediato para hospital.

#### Hemorragias e Ferimentos

O controle de hemorragias é a compressão direta de lesões e ferimentos com sangramentos externos visíveis observados durante a avaliação inicial. Materiais utilizados: Material, Equipamento de proteção individual (EPI) obrigatório, Gaze ou compressa estéril, Atadura de crepe ou bandagem triangular, Tesoura de ponta redonda.

A primeira opção técnica no controle das hemorragias externas deve ser a compressão, Caso haja indícios de sangramento sob o curativo, não remover a atadura ou bandagem encharcada, aplicar um novo curativo sobre o primeiro exercendo maior pressão manual. Caso não haja controle da hemorragia com essa técnica, considerar o uso do torniquete. Não remover objetos encravados. Nesse caso, a pressão deve ser aplicada em um dos lados do objeto. Lesões no couro cabeludo requerem compressão ao longo das bordas do ferimento. Na presença de fraturas abertas ou afundamento craniano, a compressão deve ser realizada com cuidado, seguida de enfaixamento apropriado. Como deve proceder:

- Utilizar EPI (gorro ou toca, máscara e luvas);
2. Identificar o local do sangramento;
3. Comunicar o paciente sobre o procedimento necessário;
4. Expor a ferida (cortar as roupas, se necessário);
5. Verificar rapidamente a presença do pulso e a perfusão distal;
6. Aplicar gazes ou compressa estéril diretamente sobre o ferimento;

7. Aplicar compressão manual direta sobre o ferimento (a pressão deve ser mantida até que o sangramento pare);

8. Realizar curativo compressivo utilizando bandagem triangular, atadura de crepe ou outro material disponível para fixação:

- Ferimentos nas extremidades podem receber enfaixamento circular;
- Sangramentos no pescoço podem receber enfaixamento circular sob a axila contralateral;

9. Após a aplicação do curativo compressivo, verificar a presença do pulso e a perfusão distal;

10. Na persistência do sangramento externo em membros superiores (MMSS) ou membros inferiores (MMII), considerar o uso do torniquete. É preciso atenção para o uso do torniquete, que é indicado somente em ferimento de MMSS e/ou MMII com hemorragia externa incontrolável mesmo após compressão direta. O profissional deverá manter observação contínua sobre o membro durante todo o atendimento. Idealmente o torniquete não deve ficar por mais de duas horas. A cada 10 minutos, afrouxar o torniquete por 2 minutos e depois apertar novamente, repetir o procedimento até a chegada do SAMU.

#### Imobilização de Fraturas e Retirada de Capacete

A retirada de capacete é indicada em paciente em uso de capacete fechado com suspeita de trauma. O procedimento tem como objetivo permitir o acesso imediato para o tratamento da via aérea e da ventilação do(a) paciente, e ainda, assegurar a estabilização da cabeça e da coluna cervical.

Geralmente as vítimas conscientes não se encontram com capacete na cena do acidente por três razões: Uso inadequado do capacete por não usar a jugular ou tamanho inadequado, a vítima consciente retira o mesmo por causa do incômodo e as pessoas leigas na cena do acidente com intenção de ajudar retiram o capacete da vítima. Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente à medida do possível.

Paciente com trauma de extremidade apresenta: ferimento com exposição óssea ou ferimento sem exposição óssea, associado a pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: deformidade, crepitação, encurtamento do membro, alterações sensitivas, vasculares e motoras. Realizar avaliação

primária e secundária, controlar sangramento externo com curativo compressivo estéril, avaliar pulso periférico e perfusão, sensibilidade e mobilidade.

Realizar a imobilização do segmento afetado com ênfase para: retorno à posição anatômica, exceto se presença de dor significativa e/ou resistência ao reposicionamento e escolha da técnica mais apropriada. Reavaliar pulso periférico e perfusão, sensibilidade e mobilidade após a imobilização. O retorno à posição anatômica pode aliviar a compressão de artérias ou nervos e melhorar a perfusão e a função neurológica. Não recolocar o osso exposto para o interior do ferimento.

#### Elevação e Transporte de Vítimas

É muito importante para a prática do atendimento pré-hospitalar o conhecimento das várias técnicas de resgate, se a cena do trauma oferecer riscos a vida da vítima durante a avaliação primária, a mesma deve ser retirada rapidamente. O tempo na cena deve ser limitado para esses doentes, a menos que haja circunstâncias complicadoras. O transporte de doentes gravemente feridos e traumatizados deve ser iniciado assim que possível para um hospital mais próximo. A escolha da estratégia de transporte varia com a situação, estabilidade da vítima, risco no local e número de socorristas. É importante efetuar o exame primário, dando especial importância à motricidade e sensibilidade antes de transportar a vítima (CANETTI 2007; PHTLS 2017).

Os tipos de transporte de vítimas (doente) são: extricação (manobras para retirar o indivíduo de um local de onde ele não pode ou não deve sair por seus próprios meios), que são divididas em padrão (cenas seguras e vítimas estáveis) e rápida (vítimas instáveis ou risco no local). encarceramento (a técnica visa em retirar ferragens e escombros da vítima e não o contrário). tipo bombeiro (vítimas inconscientes, em situações que o socorrista possui força para suportar o peso da vítima). apoio lateral simples (vítimas capazes de andar). elevação manual direta (nos braços, pelas extremidades, em cadeira e tipo prancha). O decúbito dorsal é a posição preferida para o transporte de vítima politraumatizada e deve ser feito em imobilizador que mantenha a estabilidade de toda a coluna vertebral, pois permite o início das medidas de suporte de vida. O colar cervical isoladamente não é um bom imobilizador, porque não impede



totalmente os movimentos da coluna. A vítima deve permanecer estabilizada manualmente até estar fixada no imobilizador (CANETTI 2007).

### **2.3 Acidentes ocorridos no ambiente escolar**

Os acidentes estão propensos a acontecer em qualquer lugar, inclusive nas escolas em momentos de atividades esportivas e recreativas, no intervalo da aula ou até mesmo na pausa para o lanche que são momentos livres, porém, a sala de aula também não está isenta de ocorrer algum tipo de acidente, e este poderá deixar importantes sequelas. A atuação em primeiros socorros podem ser realizadas por pessoas que estejam no local do agravo até a vítima tenha assistência especializada, por isso, a capacitação não deve ser restrita a profissionais de saúde e centros universitários (CARMO, et al. 2017).

É comum os adolescentes se encontrarem sob menor supervisão dos pais, pelo desenvolvimento de sua autonomia e tendem a passar aproximadamente um terço do dia na escola e no caminho em direção a ela. No ambiente escolar existe a crença de que as escolas são ambientes seguros, porém, em seu interior existem vários locais em que podem ocorrer os acidentes, por isso existem poucos estudos realizados sobre acidentes e lesões nas escolas (GARCIA 2014).

### **3.3 Diretrizes Curriculares do Ensino Médio**

Em 1998 o Conselho Nacional de Educação aprovou as primeiras diretrizes curriculares para o ensino (infantil, fundamental e médio) e se encarregou de sua formulação. Nessa iniciativa, a tarefa de organizar e complementar as orientações curriculares ficou reservada aos entes federativos e às escolas. Onze anos após a definição das diretrizes, tendo em vista novas exigências legais e mudanças nos contextos sociopolítico e econômico do país, bem como no panorama mundial, a União propôs-se a promover sua atualização e revisão. Como as diretrizes, apesar de seu caráter duradouro, não poderiam ser consideradas imutáveis, decidiu-se revê-las e atualizá-las (MOREIRA 2013).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) são um conjunto de normas obrigatórias que regem a Educação Básica, essas normas são arquitetadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e servem para nortear os planejamentos

curriculares das escolas do sistema de ensino. Essas diretrizes têm por objetivo promover no âmbito escolar a igualdade no tocante ao direito a educação, garantindo que os alunos em geral tenham uma educação de qualidade. Dessa forma as diretrizes são um conjunto de definições doutrinárias sobre princípios, embasamentos e metodologias obrigatórias na Educação Básica que ajudam na organização das escolas orientando-as na articulação e ampliação das propostas pedagógicas curriculares. (CONAE, 2010).

Essas diretrizes resguardam a autonomia da escola respaldando as propostas pedagógicas montadas pelas próprias instituições de ensino dentro do contexto de competências mostradas nas diretrizes. Consentindo o direito aos professores de montarem seus próprios conteúdos, de acordo com a necessidade da clientela que a instituição recebe (CONAE, 2010).

Significa dizer que as diretrizes curriculares Nacionais trazem para a educação subsídios para orientar a escola, diferente dos parâmetros curriculares Nacionais (PCNs) que são diretrizes separadas por disciplinas que tem como intuito orientar preparando a revisão do currículo escolar como também a formação continuada dos educadores (PCN 2014).

Os PCNs são elaborados com o intuito de nortear à educação brasileira no processo de construção da cidadania, tendo como finalidade trabalhar os direitos dos cidadãos igualitariamente, onde as diferenças culturais, regionais, étnicas, religiosas e políticas possam ser respeitadas e conseqüentemente aceitas pela sociedade a qual fazem parte (PCN 2014).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

A pesquisa apresenta caráter exploratório e descritivo com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa exploratória é utilizada quando existe pouco conhecimento sobre o assunto estudado, sendo o primeiro contato com o tema que foi em analisado, buscando conhecê-lo profundamente, fazendo com que ele fique mais claro, onde seu objetivo principal foi o aperfeiçoamento ou a aprovação de ideias, buscou entender as razões e motivações para determinadas atitudes e comportamentos das pessoas (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA; 2013).

Os desacordos entre as abordagens qualitativa e quantitativa cogitam diferentes epistemologias, modos de pesquisa e formas de construção teórica. Convém reiterar, no entanto, que os métodos quantitativos e qualitativos, apesar de suas especificidades, não se afastam, pois, a pesquisa quantitativa permitiu medir as opiniões, reação, hábitos e atitudes em um mundo por meio de amostras que representaram estatisticamente e a qualitativa serviu para interpretar fenômenos, aconteceu por meio de observação e formulação conceitual, entre pesquisa empírica e desenvolvimento teórico, entre percepção e explicação. (TERENCE; ESCRIVÃO FILHO; 2006).

#### **3.2. Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada com todos os professores do Ensino médio da Escola Estadual Monsenhor Raimundo Gurgel que fica localizada na Rua Jaen Menescal nº 230, CEP 59604-200, bairro Belo Horizonte, localizada na cidade de Mossoró, no estado do Rio Grande do Norte.

#### **3.3 Sujeitos da pesquisa**

A amostra da pesquisa foi realizada com professores, que fazem parte do corpo docente do Escola Estadual Monsenhor Raimundo Gurgel no município de Mossoró – RN. O quadro de docentes do Ensino Médio da instituição é formado por 29 (vinte nove) professores sendo que, participaram da amostra 20 (vinte) desses professores.

Para que não houvesse qualquer constrangimento aos participantes, a pesquisa foi desenvolvida após aprovação do CEP e a autorização da direção/coordenação da Escola Estadual Monsenhor Raimundo Gurgel – RN, através da Carta de Anuência, o que garante a permissão da pesquisa e a liberdade dos profissionais de se expressarem. Os critérios de inclusão foi que os participantes deveriam estar atuando na regência de sala de aula há pelo menos 01 (um) ano e lecionando no ensino médio, o mesmo ao aceitar participar da pesquisa deveria assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, o critério de exclusão dos professores seria estar de licença médica ou gestante, estar gozando de licença por tempo de serviço ou ser um professor reabilitado.

#### **3.4 4 Procedimentos para coleta de dados**

A coleta de dados aconteceu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/FAMENE). Antes da coleta de dados propriamente dita foi realizado um encontro em 28/10/2019 com a equipe de profissionais que coordenam os trabalhos para maiores esclarecimentos com agendamento da realização da coleta de dados com início aos 30/10/2019 a 22/11/2019.

#### **3.5 Análises dos dados**

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado, no qual foi aplicado após a assinatura do TCLE pelos participantes. O questionário teve como principal característica um roteiro de questionamentos formulados que estão relacionados ao tema proposto. Esses questionamentos podem gerar novos conceitos diante do que pode ser colhido pelo pesquisador. O roteiro do questionário é feito através de questões objetivas e subjetivas, onde possam favorecer a relação entre o pesquisador e o indivíduo que será questionado. Proporcionando um melhor desenvolvimento no projeto. (BARDIN, 2010).

Após a coleta dos questionários, os dados foram transcritos para posterior análise. Sendo que os dados quantitativos serão tabulados em forma de gráfico e os dados qualitativos serão analisados utilizando a técnica de

Análise de Bardin (2011), enquanto método é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, onde utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Para que o método seja aplicado de forma coerente a análise do conteúdo aconteceu de acordo com as fases da análise de conteúdo que são organizadas em três polos, , sendo eles: .(BARDIN, 2011).

A primeira fase; a pré-análise, pode ser identificada como uma fase de organização. Nela estabelece-se um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis, ou seja, um primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise (BARDIN 2011).

Na segunda fase, ou fase de exploração do material, são escolhidas as unidades de codificação, adotando-se os seguintes procedimentos de codificação que compreende a escolha de unidades de registro – recorte; a seleção de regras de contagem (BARDIN 2011).

A terceira fase do processo de análise do conteúdo é denominada tratamento dos resultados – a inferência e interpretação. Calçado nos resultados brutos, o pesquisador procurara torná-los significativos e válidos (BARDIN 2011).

### **3.6 Aspectos éticos da pesquisa**

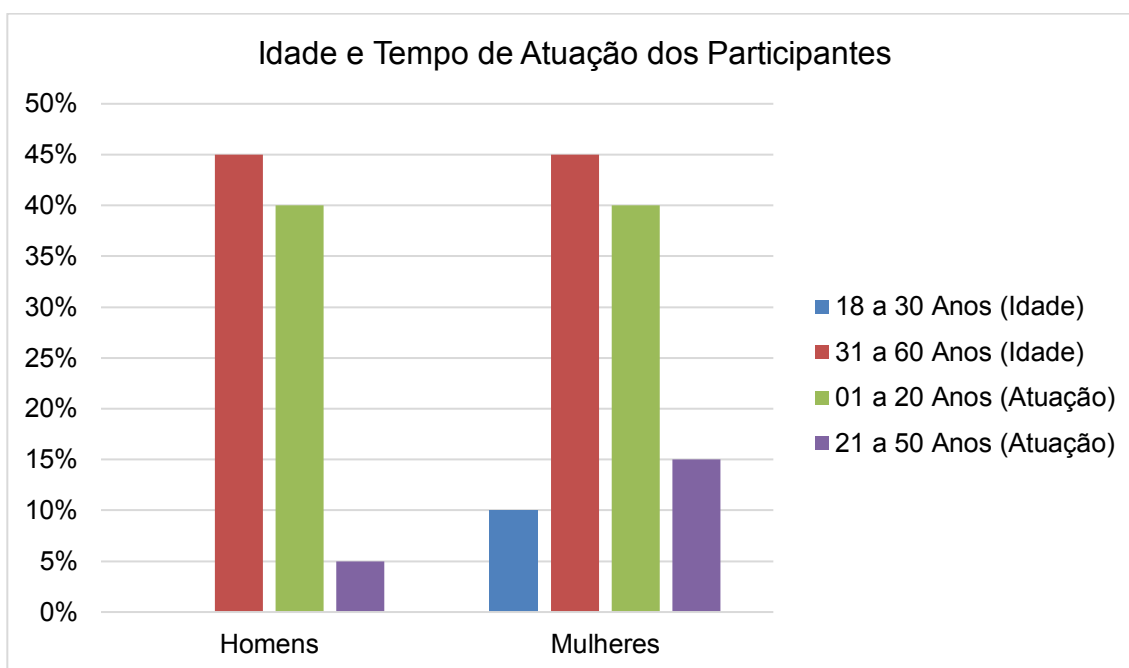
O estudo foi realizado com rigor dentro dos preceitos éticos afirmados pelas resoluções 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da importância da assinatura do TCLE para que uma pesquisa seja realizada com seres humanos, e a resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, onde afirma que toda pesquisa que apresente riscos em demasia a seres humanos deve ser interrompida, visando à integridade do participante. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da FACENE e aprovada com protocolo CEP: 68/2018 e CAAE: 86380418.1.0000.5179.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS DADOS

### 4.1 Dados sociodemográficos

Os participantes foram identificados por pseudônimos de P1 a P20 para não revelar a identidade e foram retiradas também todas as respostas repetidas.

A educação e docência estão entre os espaços aos quais as mulheres se inseriram e se adequaram mais facilmente ao mundo do trabalho. Desde o século XIX pôde ser observada a presença feminina no magistério e no final desse mesmo século nasce a docência feminina no Brasil. Foi ao longo do século XX que a mulher intensificou sua jornada em direção à docência, hoje, em especial a educação básica. Conforme mostra no gráfico à seguir, os homens também estão inseridos nesse mercado de trabalho da educação, porém, a prevalência ainda é das mulheres.



**Fonte:** Autoria própria (2019).

## 4.2. DADOS QUALITATIVOS (CATEGORIAS)

### I. Compreensão do Suporte Básico de Vida

É entendido como Suporte básico de Vida o primeiro atendimento pré-hospitalar, geralmente, realizado por pessoas leigas ao indivíduo em situação de urgência e emergência até à chegada da ambulância para suporte adequado. Diante disso, podemos perceber logo abaixo o nível de conhecimento dos participantes da pesquisa à respeito do assunto.

*P1. “Família”*

*P2. “É ter atendimento no básico: saúde, segurança e educação. No caso de saúde é ter direito ao atendimento na hora e local adequado.”*

*P3. “Técnica de primeiros socorros.”*

*P4. “Acho que é um suporte referente a saúde. “*

*P5. “Técnicas que possam ser usadas nos primeiros momentos.”*

*P6. “Ter conhecimento dos primeiros socorros.”*

*P10. “Atendimento que envolve primeiros socorros e assistência básica.”*

*P11. “Procedimentos básicos de primeiros socorros. Sequência.”*

*P12. “Apoio mínimo para primeiros socorros.”*

Em situação de emergência, a vítima deve ser atendida imediatamente pois o mesmo alto corre risco de vida, podendo chegar a óbito em alguns minutos. Em situação de urgência, o paciente pode esperar até 40 minutos para atendido, não podendo ultrapassar esse tempo para que não se torne uma emergência.

Os profissionais que fazem a escola especialmente os educadores devem sentir o desejo de conhecer sobre suporte básico por ser esse conhecimento de extrema importância pois envolve vidas, Saber proceder diante de situações de risco com um atendimento apropriado, impedirá que ocorram complicações de grande porte, (SOUZA, 2013).

## II. Acidentes Mais Comuns na Escola

Sabemos que os acidentes podem ocorrer em qualquer lugar e em qualquer momento, porém, o ambiente escolar é um espaço que pode ser muitas vezes favorável aos acidentes tais como: queda, engasgo entre outros, devido à aglomeração de alunos praticando atividades adversas, conforme podemos observar a seguir nas respostas dos participantes.

*P1. “Jogo de bola no intervalo.”*

*P2. “Cortes (muitas vezes por acidentes), tombos, quedas.”*

*P3. “Queda, engasgo.”*

*P4. “Os mais comuns são o atrito entre eles (popularmente falando, a barroada).”*

*P8. “Queda, brigas.”*

*P9. “Escorregos, engasgo.”*

*P11. “Fraturas, pancadas na cabeça, etc.”*

*P15. “Arranhões por queda, cortes na pele.”*

*P16. “Principalmente na hora do intervalo, são quedas e pancadas, chegando às vezes a quebrar algum membro.”*

*P18. “Tombos, choque entre os alunos.”*

O ambiente escolar é o espaço onde se vive a maior parte da vida, e por mais cuidadoso que o indivíduo seja, esta suscetível a situações de risco, as crianças e adolescentes por serem muito ativos, carregam com eles uma inquietude aguçada, onde muitas vezes poderão acontecer acidentes em que o socorro deve ser imediato, e por não ser sempre possível a chegada da equipe médica de atendimento de emergência com rapidez, é de grande importância que o educador tenha um conhecimento prévio de primeiros socorros (LIMA, 2009).

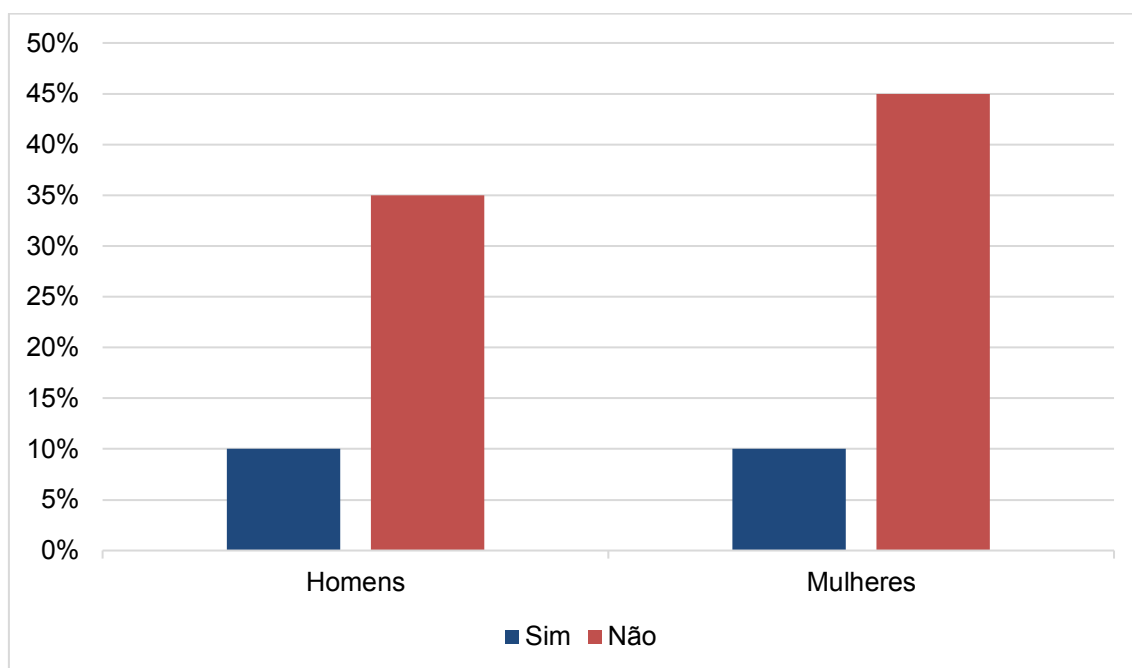
Os riscos com acidentes não eram levados em consideração nas escolas públicas brasileiras. Desse modo, o baixo investimento em manutenção tem tornado as questões de segurança e as prevenções com acidentes relevantes nos últimos tempos. Crianças e adolescentes permanecem grande parte do seu tempo na escola, os mesmos são na grande maioria agitados e desatentos, e isso faz com que estejam sujeitos a ocorrência de acidentes. Entre os riscos



observados nas instituições de ensino, estão a existência de rampas de acesso inadequados, fiações expostas, azulejos quebrados, ausência de placas de sinalização com rotas de fuga e alarmes, botijões de gás expostos ou mal instalados, encanamentos e tomadas distribuídos ao alcance das crianças, tudo isso promovem situações mais perigosas do que a própria violência em si. (CONTI; ZANATTA, 2014).

#### 4.5. Capacitação dos docentes do ensino médio para agir em uma situação de emergência.

De acordo com o gráfico abaixo, podemos observar que os professores não estão preparados adequadamente para agir em situações de emergência. Esse é um dado preocupante, isso porque o engasgo por exemplo, é comum no ambiente escolar e pode até levar o indivíduo à morte por asfixia.



Fonte: Autoria própria (2019).

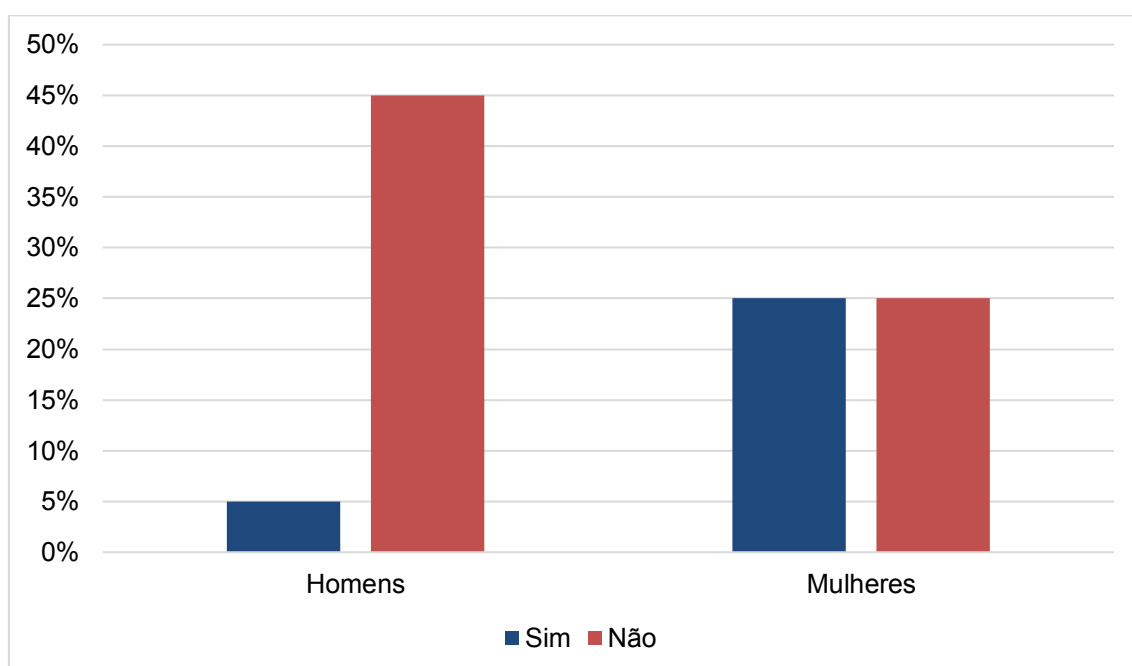
Compreende-se, portanto, que a falta de conhecimento sobre primeiros socorros dos profissionais que fazem parte da comunidade escolar principalmente os professores propiciam diversas incoerências, entre elas o manuseio incorreto com o sujeito acidentado e a solicitação desnecessária do socorro. Tais situações poderiam ser impedidas se estes fossem munidos de competências de noções básicas de primeiros socorros e recebessem em sua

formação acadêmica um suporte apropriado para lidar com situações de risco para seus alunos (SILVA et al 2013).

Esses conhecimentos são imprescindíveis, pois trazem subsídios para proporcionar as vítimas um atendimento adequado e seguro, pois o tempo entre o momento do acidente e o socorro é primordial, pois quando se está apto a atender a vítima, o atendimento adequado pode evitar sequelas e até mesmo a morte (LIMA, 2009).

#### **4.6 Capacitação recebida pelos docentes do ensino médio quanto a acidentes na escola.**

Conforme podemos observar no gráfico abaixo, o alto índice de professores que não receberam algum tipo de capacitação em primeiros socorros se dá porque, segundo os mesmos, não lhes são ofertados por parte das instituições em que estudaram por não constar em sua grade curricular e nem nas instituições em que trabalham. Na verdade, deveria haver uma parceria em conjunto com a unidade básica de saúde do bairro, embasado no projeto “Saúde na Escola”, visando realizar pelo menos uma capacitação anualmente sobre Primeiros Socorros com a equipe multidisciplinar da escola, especialmente, para os docentes pois na maioria das vezes são os primeiros a tomar conhecimento ou presenciar algum tipo de situação de urgência/emergência.



**Fonte:** Aatoria própria (2019).

Compreende-se que, para que se tenha um resultado eficaz na questão de inserir primeiros socorros na comunidade escolar se faz necessário colocar desde a infância, pois as crianças aprendem sobre o tema de forma lúdica, se desprendendo da rotina diária que torna as aulas muitas vezes cansativas, ao contrário dos adolescentes as crianças aprendem através de simulações que os induzam para uma situação que simulam a realidade em que vivem (SOUZA, 2013).

Para tanto se sabe que o educador é o profissional que está mais próximo do aluno e por isso entende-se que ele precisa estar apto para avaliar com eficiência casos em que tenha situações de riscos e realizar um atendimento adequado para que não haja maior gravidade até o socorro médico chegar se for necessário acioná-lo. Dessa forma para que haja segurança de quem está fazendo o atendimento, e para que isso aconteça de forma correta é necessário que esse profissional tenha passado por uma capacitação sobre primeiros socorros (NETO, 2017).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As situações de risco no ambiente escolar são muito comuns e logo se faz necessário que os professores, por estarem em contato direto com os alunos, saibam como lidar diante dessas ocorrências. Refletindo nos questionamentos feitos na pesquisa observamos que os acidentes mais comuns na escola são: quedas, engasgo, cortes entre outros, também percebemos que o professor tem noção do que venha a ser primeiros socorros, mas se esses professores se depararem com situações em que necessitem utilizar na prática os primeiros socorros terão bastante dificuldades. Com isso, vemos a necessidade urgente de inserir no ambiente escolar capacitação com noções básicas de primeiros socorros, principalmente para os professores por estarem diretamente em contato com os alunos e conseqüentemente serem os mais próximos do ocorrido. Capacitado o professor conseguirá atuar diante de situações de risco e se necessário for, colocar em prática os conhecimentos adquiridos, o fará com segurança sem que haja agravos na ocorrência.

De acordo com os resultados analisados na pesquisa, percebemos que o corpo docente em análise necessita adquirir conhecimentos básicos sobre o atendimento de primeiros socorros. Esse é um assunto que diz respeito a toda comunidade escolar portanto devem juntos professores, gestão escolar, Secretaria de Educação e Secretaria de Saúde encontrar meios de em parceria oferecer capacitação ministrada por profissionais da saúde sobre o tema abordado. Sabemos que a falta de conhecimento sobre o tema abordado pode causar situações de risco para a clientela em questão, é necessário estar preparado para os desafios que venham ao seu encontro.

Portanto, os funcionários do ambiente escolar especialmente os professores devem se equipar de conhecimentos para que assim não enfrentem situações em que possam evitar o comprometimento de vidas, esperamos que a escola veja com um olhar mais atento para os riscos que sua clientela corre e busque uma capacitação na área com profissionais preparados na área e dessa forma se prepararem também na prática.

## REFERÊNCIAS

SCARPELINI, SANDRO; ANDRADE JID. **SIMULAÇÃO DE PACIENTES – CURSOS DE SUPORTE DE VIDA SUPORTE AVANÇADO DE VIDA NO TRAUMA**. Ribeirão Preto – SP 2007.

<file:///D:/Downloads/document.pdf>

SANTOS, GAB; GONÇALVES, TSP; APARECIDA F; BRUZI, FAF; SANTOS ACD. **CONHECIMENTOS BÁSICOS SOBRE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV) EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**. Lavras - MG 2016.

<http://www.facimed.edu.br/o/revista/pdfs/4d6a5eebc058c310774cb9b7d0a10cf2.pdf>

ADÃO, RDS; SANTOS, MRD. **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL**. Ribeirão Preto – SP 2012.

<http://reme.org.br/artigo/detalhes/567>

VENÂNCIO, MAVD. **PREVALÊNCIA DOS ACIDENTES EM ESPAÇO ESCOLAR E PERCEÇÃO DOS AGENTES EDUCATIVOS**. Viseu 2014.

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2559/1/VENANCIO%2C%20Maria%20Alice%20Varanda%20Duarte%20-%20DissertMestrado.pdf>

SILVA, LGSD; COSTA, JBD; FURTADO, LGS; TAVARES, JB; COSTA, JLD. **PRIMEIROS SOCORROS E PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO AMBIENTE ESCOLAR: INTERVENÇÃO EM UNIDADE DE ENSINO**. Tucuruí – PA 2017.

<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Primeiros-socorros-e-preven%C3%A7%C3%A3o-de-acidentes-no-ambiente-escolar.pdf>

SILVA, Andressa Hennig , FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. **Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos**. 2015.

PIRES, MTB; STARLING, SV. **ERAZO, MANUAL DE URGÊNCIAS EM PRONTO-SOCORRO**. Guanabara Koogan – RJ 2016.

CANETTI, MD. **MANUAL BÁSICO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA**. EDITORA ATHENEU. São Paulo 2007.

SANTOS, FPD; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PROTOCOLOS DE INTERVENÇÃO PARA O SAMU 192 - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**. Brasília 2016.

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>

PHTLS, NAEMT. **ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR AO TRAUMATIZADO**. EDITORA ARTMED. SÃO PAULO 2017.

CARMO HO, SOUZA RCA, ARAÚJO CLO, ET AL. **ATITUDES DOS DOCENTES DE EDUCAÇÃO INFANTIL EM SITUAÇÃO DE ACIDENTE ESCOLAR**. REVISTA DE ENFERMAGEM DO CENTRO-OESTE MINEIRO. 2017  
<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1457>

GARCIA, ARR. **ACIDENTES E LESÕES NO AMBIENTE ESCOLAR: CONSCIENTIZAR E PREVENIR**. Paraná 2014.  
<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2140-8.pdf>

LIMA, Valdenice, A importância dos primeiros socorros no ambiente escolar, 2009. Acesso 02 de dezembro 2019.

NETO, JAC; BRUM, IV; PEREIRA, DR; SANTOS, LG; MORAIS, LSD; FERREIRA, LE. **CONHECIMENTO E INTERESSE SOBRE SUPORTE BÁSICO DE VIDA ENTRE LEIGOS**. Juiz de Fora – MG 2016.  
<http://www.onlineijcs.org/sumario/29/pdf/v29n6a04.pdf>

NETO, Nelson Miguel Galindo et al. Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores 2017.

MOREIRA, AFB. **AS DIRETRIZES CURRICULARES DO ENSINO MÉDIO NO BRASIL: SUBSÍDIOS OFERECIDOS PARA O PROCESSO DE SUA ATUALIZAÇÃO**. São Paulo 2013.  
<http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/16612/12463>

MUNARETTO, L. F; CORRÊA, H. L; CUNHA, J. A. C da. **UM ESTUDO SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO DELPHI E DE GRUPO FOCAL, COMO TÉCNICAS NA OBTENÇÃO DE DADOS EM PESQUISAS EXPLORATÓRIAS**. Revista de Administração da UFSM, [s.l.], v. 6, n. 1, p.09-24, 7 jan. 2013. Universidade Federal de Santa Maria.

SILVA, Andressa Hennig , FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. **Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos**. 2015.

TERENCE, A. C. F.; ESCRIVÃO FILHO, E. **ABORDAGEM QUANTITATIVA, QUALITATIVA E A UTILIZAÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO NOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS**. XXVI ENEGEP - Fortaleza, CE, Brasil, 9 a 11 de Outubro de 2006.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Prezado (a) senhor (a)

A presente pesquisa intitulada: **CONHECIMENTO DO CORPO DOCENTE DO ENSINO MÉDIO ACERCA DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA**. A mesma será desenvolvida por: ANDRESSA LIMA DE SOUSA FREIRE, pesquisadora associada e aluna do curso de graduação em bacharelado em enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE-RN, sob a orientação da pesquisadora responsável, Prof. Esp. ÍTALA EMANUELLY. A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar o Conhecimento do Corpo Docente do Ensino Médio acerca do Suporte Básico de Vida e objetivos específicos: Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes; Avaliar a incidência das principais urgências ocorridas na escola; Identificar os fatores que influenciam no conhecimento dos Professores acerca do Suporte básico de vida;

Justifica-se essa pesquisa pelos adolescentes que são vulneráveis a acidentes como: engasgo, fratura por queda, choque elétrico, incêndio, lesão de continuidade e corte. Estão expostos a muitos perigos e riscos à medida que crescem e se desenvolvem até à idade adulta.

Desta forma, venho através deste termo de consentimento livre e esclarecido, solicitar sua participação nesta pesquisa, respondendo algumas perguntas sobre dados relacionados à importância da pesquisa na sua formação. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo. Informamos que será mantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo apresenta riscos mínimos aos seus participantes, justificados pelos benefícios que serão adquiridos.



Os pesquisadores e o comitê de Ética em pesquisa desta IES2 estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização desta pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que entendi os objetivos, a justificativa, riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo participar do mesmo.

Declaro também que o pesquisador participante me informou que o projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em pesquisa da FACENE/FAMENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável. Mossoró, \_\_\_/\_\_\_/ 2019.

---

Ítala Emanuely de Oliveira Cordeiro

Pesquisadora responsável/associado

---

Participante da pesquisa

## APÊNDICE B – Questionário de Coleta de Dados

**ROTEIRO DE ENTREVISTA****I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

1.1 Idade: \_\_\_\_\_ anos

1.2 Tempo de atuação: \_\_\_\_\_

1.3. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

**II. ENTREVISTA**

2.2. O que você entende por Suporte básico de vida?

2.3. O que é urgência e emergência?

2.4. Quais são os acidentes mais comuns na escola?

2.4. Já vivenciou alguma situação de emergência/acidente na escola. Qual?

2.5. Julga-se capacitado para agir numa situação de emergência?

( ) sim ( ) não

2.6. Já recebeu alguma capacitação referente a acidentes na escola? Qual?

2.7. Porque é importante o professor do ensino médio ter conhecimento sobre os primeiros socorros?

## APÊNDICE C – Termo de compromisso da pesquisadora responsável

**TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL**

Declaro que conheço e cumprirei as resoluções éticas brasileiras, em especial a resolução 566/2012 e suas complementares em todas as fases da pesquisa intitulada “CONHECIMENTO E HABILIDADES DE JOVENS DE NÍVEL MÉDIO EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA (APH)”.

Comprometo-me a submeter o protocolo a PLATBR, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento desse, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo, e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o relatório final pela PLATBR, via notificação ao comitê de Ética em pesquisa FACENE/FAMENE até o dia, mês de ano, como previsto no cronograma.

Em caso de alterações do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título, etc.) comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLATB, via emenda. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Pesquisador responsável

**Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.**

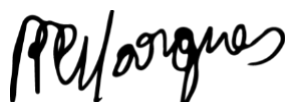
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

**CERTIDÃO**

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 3º Reunião Ordinária realizada em 12 de abril 2018 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "**CONHECIMENTO DO CORPO DOCENTE DO ENSINO MÉDIO ACERCA DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA**". Protocolo CEP: 68/2018 e CAAE: 86380418.1.0000.5179. Pesquisadora Responsável: ÍTALA EMANUELLY DE OLIVEIRA CORDEIRO e dos Pesquisadores Associados: ANDRESSA LIMA DE SOUSA FREIRE; LAURA AMÉLIA FERNANDES BARRETO; E SIBELE LIMA DA COSTA DANTAS.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para Dezembro de 2019, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 12 de abril de 2018.



Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE