

O leigo em situação de emergência*

THE LAYPERSON IN EMERGENCY SITUATION

PERSONAS IMPERITAS EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA

Aline Maino Pergola¹, Izilda Esmeria Muglia Araujo²

RESUMO

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 seqüelas. O objetivo foi identificar o nível de informação dos leigos sobre abordagem de vítima em emergência. Utilizou-se entrevista estruturada em linguagem não-técnica. Amostra foi de 385 sujeitos, com idade média de 35,4 ($\pm 14,55$) anos, sendo que mais de 50% cursaram ensino médio e superior. Mais de 55% destes sujeitos observaram situações com perda da consciência. Destes, apenas 31% chamaram socorro especializado. 34% realizaram curso de primeiros socorros, mas apenas 13% destes sentem-se preparados. O local mais citado foi o Curso de Formação de Condutores (CFC) 35,9%. Outros locais de treinamento foram superiores ao comparar com CFC ($p=0,048$). Quase 17% não sabem reconhecer presença de sinais de vida. Quase 31% não conhecem o número telefônico do serviço de emergência. Os leigos possuem conhecimentos incompletos ou incorretos sobre atendimento às vítimas desacordadas.

DESCRIPTORIOS

Emergências.
Primeiros socorros.
Ressuscitação cardiopulmonar.
Capacitação.

ABSTRACT

The layperson's qualification to provide early care in emergency situations and basic life support (BLS) is fundamental to save lives and prevent sequels. The objective was to identify the level of knowledge of lay people about approaching an emergency victim. Structured interviews in non-technical language were used with a 385-subject sample, average age 35.4 (± 14.55) years, with more than 50% having a high school or university education. Over 55% of these observed situations with loss of consciousness, but only 31% called for specialized help. 34% underwent a first-aid course, but only 13% feel prepared. The most often cited place of learning was the driving school (DS), 35.9%. Other training places were higher when compared to the DS ($p = 0.048$). Almost 17% do not know how to recognize the presence of vital signs. Almost 31% do not know the telephone number of the emergency service. Laypersons have incomplete or incorrect knowledge about care for unconscious victims.

KEY WORDS

Emergencies.
First aid.
Cardiopulmonary resuscitation.
Training.

RESUMEN

La capacitación de personas imperitas en la atención precoz de emergencias y el establecimiento del soporte básico de vida (SBV) es fundamental para salvar personas y prevenir secuelas. El objetivo fue identificar el nivel de información de personas imperitas en casos de emergencia. Se utilizó la entrevista estructurada sin lenguaje técnico. La muestra 385 sujetos, edad media 35.4 (± 14.55) años. Más del 50% tenían educación secundaria y superior. Más del 55% observaron casos de pérdida de conciencia. De ellos, solo el 31% llamaron al auxilio especializado, 34% realizaron curso de primeros auxilios, sin embargo solo el 13% se sienten preparados. El lugar más citado fue el Curso de Formación de Conductores (CFC) 35.9%, otros lugares fueron superiores al ser comparados con CFC ($p=0,048$). Aproximadamente 17% no reconocen signos de vida y casi el 31% desconocen el número telefónico del servicio de emergencia. Estas personas tienen conocimientos incompletos o incorrectos para casos de víctimas inconscientes.

DESCRIPTORIOS

Urgencias médicas.
Primeros auxilios.
Resucitación cardiopulmonar.
Capacitación.

*Extraído da pesquisa de Iniciação Científica "O leigo em situações de emergência e o suporte básico de vida", realizada com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), 2005. ¹ Graduanda em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP). Campinas, SP, Brasil. aline_pergola@yahoo.com.br ² Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (FCM – UNICAMP). Campinas, SP, Brasil. iema@fcm.unicamp.br

INTRODUÇÃO

Em situações de emergência a avaliação da vítima e seu atendimento devem ser eficazes, permitindo a redução de seqüelas e o aumento da sobrevida⁽¹⁾. Assim, ao se constatar a perda súbita de consciência de um indivíduo adulto, a primeira atitude do socorrista deve ser o acionamento do serviço médico de emergência⁽¹⁻²⁾. A região de Campinas conta com dois serviços de emergência especializados, o Serviço Móvel de Urgência (SAMU) – 192 ou Resgate – 193⁽³⁾.

É de fundamental importância o esclarecimento e treinamento da população para o atendimento das situações de emergência e da parada cardíaca, evitando a *paralisia* do socorrista no momento de decidir qual o próximo passo a seguir⁽²⁾. Acrescenta-se que a população deve estar capacitada para agir em qualquer situação de emergência, prestando atendimento de primeiros socorros. Define-se primeiros socorros como atendimento imediato providenciado à pessoa doente ou ferida e que pode ser realizado pela população em geral⁽⁴⁾.

Em situações de emergência, a avaliação da vítima e seu atendimento devem ser realizados de forma rápida, objetiva e eficaz, proporcionando aumento da sobrevida e a redução de seqüelas. O suporte básico vida (SBV) inclui etapas de socorro à vítima em situação de emergência que represente risco à vida e, em sua maioria, esse atendimento pode ser iniciado no ambiente pré-hospitalar⁽¹⁾.

O SBV é definido como sendo a abordagem inicial da vítima, realizada por leigos capacitados ou profissionais da saúde, abrangendo desobstrução das vias aéreas, ventilação e circulação artificiais⁽⁵⁾. Acrescentam-se a essas manobras de ressuscitação o acesso precoce ao sistema médico de emergência, o atendimento avançado e a desfibrilação precoce⁽⁶⁾. O SBV consiste em etapas realizadas seqüencialmente e incluem, em cada fase, uma avaliação e uma intervenção⁽²⁾.

Recentemente um estudo nacional, em hospital público, mapeou o processo de treinamento e os custos em ressuscitação cardiopulmonar para técnicos e auxiliares de enfermagem de UTI e Semi-Intensiva de Adultos, este programa de treinamento visa a qualidade e investimento em pessoal⁽⁷⁾.

É necessário, também, o investimento nos cursos de treinamento em SBV, para a população leiga, pois apesar de ser uma realidade ainda há grande falha em se iniciar as manobras básicas, devido à falta de conscientização e ao medo de reprovação social pelo possível fracasso⁽⁸⁾.

O acesso rápido ao serviço de emergência está relacionado ao diagnóstico precoce da inconsciência, particularmente quando realizado por socorristas leigos. Desta forma, em pessoas inconscientes, recomenda-se a avaliação de sinais de circulação ou de vida, com o objetivo de não atrasar o início das manobras de RCR^(2,9).

Os socorristas devem iniciar a RCR se a vítima estiver inconsciente (não-responsiva), não apresentar movimentos, respiração ou tosse. Entretanto, é relevante lembrar que nos estágios iniciais de parada cardiorrespiratória (PCR) pode haver respiração agônica⁽⁹⁾.

O SBV iniciado precocemente aumenta a sobrevida e diminui as seqüelas das vítimas de PCR e, compreendem etapas que podem ser iniciadas fora do ambiente hospitalar^(1,8,10) por leigos devidamente capacitados e informados, revelando a fundamental importância da participação do leigo no reconhecimento da PCR^(2,5,10).

Desse modo, o aumento da sobrevida está relacionado com a instituição das etapas de SBV precocemente, ou seja: o reconhecimento da PCR, as manobras de RCR e o acesso rápido ao suporte avançado de vida^(1,5-6,10-12). A simples atuação de um leigo que rapidamente reconhece uma PCR e chama por socorro especializado previne a deterioração miocárdica e cerebral⁽¹⁾.

Logo, se a sobrevida das vítimas em situações de emergência depende da rapidez na instituição adequada das manobras do SBV, indaga-se: como são realizados os primeiros socorros praticados por leigos? Existe alguma espécie de informação e/ou treinamento à comunidade? As manobras de SBV são realizadas adequadamente por socorristas leigos?

Acredita-se que considerável parcela da população, sem treinamento adequado para prática de primeiros socorros, auxilia vítimas em situações de emergência apenas pelo impulso da solidariedade, podendo comprometer a reabilitação.

Por isso, é relevante verificar como são desenvolvidas as manobras de SBV por indivíduos não-capacitados e, também é importante identificar onde estão as falhas no atendimento de emergência realizado por leigos, possibilitando a correção, salvando vidas e evitando seqüelas.

OBJETIVO

Identificar o nível de informação, de uma amostra da população leiga em uma cidade do interior do estado de São Paulo, relacionado à abordagem de vítimas em situações de emergência.

MÉTODO

Estudo de caráter exploratório-descritivo, realizado nas ruas de uma cidade do interior do estado de São Paulo, devido a grande circulação de transeuntes e a diversidade populacional. A amostra compreendeu sujeitos, com idade igual ou superior a 18 anos, que concordaram em participar da pesquisa.

Realizou-se um estudo piloto (n= 58 indivíduos), com o objetivo de calcular a amostragem populacional, conforme a avaliação das respostas corretas e positivas. Considerou-se como tamanho amostral final o maior valor entre todos os resultados obtidos, o qual resultou em n = 385 indivíduos, com nível de significância em 5% ($\alpha = 0.05$) e o erro amostral em 5% (d= 0.05). Foram excluídos os indivíduos com idade inferior a 18 anos; com formação na área de saúde (equipe de enfermagem e médicos) ou pertencentes à corporação de bombeiros. A justificativa para a determinação da faixa etária é a legalidade da autorização para entrevista e dos profissionais citados espera-se que possuam conhecimento sobre o assunto.

O instrumento de coleta de dados (apêndice I) foi elaborado mediante leitura e análise prévia da bibliografia revisada, a qual aborda, basicamente, a cadeia de sobrevivência e a seqüência do SBV^(1,5,13) e, foi dividido em *identificação e abordagem da vítima*, composto de questões fechadas (múltipla escolha) e abertas.

Para validação de conteúdo, o instrumento de coleta de dados foi apreciado por juízes quanto à presença ou ausência dos critérios de abrangência, objetividade e pertinência. Para tal propósito, foram convidados sete especialistas e seis leigos que procederam à análise seguindo as indicações contidas no guia de avaliação do instrumento e da leitura de uma síntese do projeto de pesquisa. Os especialistas foram três médicos, três enfermeiras e um bombeiro, os leigos foram dois representantes de cada fase do ensino: fundamental, médio e educação superior. A avaliação dos leigos descartou a possibilidade de utilização de termos técnicos no instrumento, por dificultar o entendimento das questões. Após a apreciação dos juízes, o instrumento foi reestruturado segundo as críticas e sugestões manifestadas por eles e aceitas pelas pesquisadoras.

Os dados foram obtidos a partir de entrevista estruturada após as devidas explicações e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os sujeitos foram indagados sem a leitura das alternativas, de modo a evitar o sugestionamento das respostas, as quais foram categorizadas conforme as alternativas estabelecidas e em seguida consideradas corretas, parcialmente corretas, incorretas ou ausência de resposta, indicada pela alternativa *não sei*. As respostas categorizadas como *outros* correspondem àquelas obtidas e distintas das alternativas estabelecidas e, foram consideradas conforme a pertinência à pergunta efetuada. As respostas corretas para as questões da entrevista fundamentaram-se nos dois primeiros elos da corrente de sobrevivência: acesso e RCR precoce.

Para as questões 1, 2, 3 e 4 há apenas agrupamento das respostas semelhantes, positivas e negativas, pois representam opinião ou experiência particular do entrevistado.

Na questão 5 foi considerada correta toda resposta na qual pelo menos um sinal de vida foi citado corretamente

e, parcialmente correta, quando um dos sinais de vida citado é correto e o(s) outro(s) não. Ressalta-se que a citação de *pulso* foi considerada correta, ainda que a sua verificação não seja uma manobra obrigatória para leigos, pois foi entendido como um sinal de circulação. Na nº 6, a alternativa A foi considerada correta, enquanto as alternativas B e C foram consideradas parcialmente corretas. As demais foram consideradas incorretas.

A alternativa B da questão 7 foi considerada correta e as demais foram consideradas incorretas. A alternativa *outros* que obteve como resposta *verificar sinais de vida* também foi considerada correta.

Na questão 8 a associação do número do telefone e do serviço (SAMU e/ou Resgate) foi considerada correta tal como ela é e, a citação de número correto mas nome incorreto foi considerada parcialmente incorreta. Citar apenas o número da polícia foi considerado parcialmente correto, pois este não é propriamente um serviço de emergência, mas pode-se obter por meio dele a ajuda necessária.

A questão 9 tem a alternativa B como correta; e, parcialmente corretas, A e C. Na questão 10, considerou-se correta a alternativa A, parcialmente correta C e as demais, como incorretas. Na questão 11, foi considerada correta a alternativa B e incorreta a A. Parcialmente correta foi considerada a resposta categorizada como *outros (imobilização)* porque não se pode garantir que o leigo saiba realizar corretamente a imobilização da vítima.

Na questão 12, foi considerada correta a alternativa A, as demais alternativas foram consideradas incorretas. Na questão 13, foi considerada correta a alternativa B e, as demais incorretas. Quando a resposta dada foi *não mexo*, também foi considerada *não sei*, pois pode indicar falta de conhecimento do entrevistado.

Os dados categorizados e classificados foram tabulados eletronicamente e para a análise comparativa foi utilizado o Teste Qui-Quadrado estabelecendo um grau de significância de 95%, com $p < 0.05$.

Na análise comparativa dos locais de treinamento com as variáveis de interesse, os Cursos de Formação de Condutores (CFC) foram isolados dos outros locais de treinamento. Essa divisão dos locais de treinamento em dois grupos (CFC e outros locais) deveu-se ao fato de que, de acordo com a instituição do novo Código de Trânsito Brasileiro, Lei nº 9.503/97, Resolução nº 50/98, faz parte dos requisitos para habilitação (primeira habilitação ou reciclagem) um curso teórico de 30 horas-aulas, das quais um total de seis horas é sobre primeiros socorros⁽¹⁴⁾.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê Ética em Pesquisa da Instituição aprovado sob o parecer CEP nº 552/2004.

RESULTADOS

A análise dos juízes leigos foi unânime (6/6) para respostas positivas em relação aos três critérios adotados. Na apreciação dos juízes especialistas, a avaliação do instrumento obteve os seguintes resultados: na *identificação*, 6/7 (85,7%) consideraram-na abrangente, 7/7 (100%) objetiva e 7/7 (100%) pertinente; quanto às questões sobre *abordagem da vítima*, 6/7 (85,7%) avaliaram-na abrangentes, 4/7 (57,1%) objetivas e 6/7 (85,7%), pertinentes.

A amostra foi constituída por 385 entrevistados com média de idade de 35,4 ($\pm 14,55$) anos, sendo a maioria do sexo feminino 220/385 (57,1%) e, cursaram até o ensino médio 179/385 (46,5%) ou educação superior 134 /385 (34,8%).

Verificou-se uma diversificada distribuição da ocupação dos entrevistados, e as mais citadas foram: área administrativa 76/385 (19,7%), ocupações manuais 60/385 (15,6%) e área comercial 54/385 (14%).

Em relação à realização de treinamento de primeiros socorros 254/385 (65,9%) dos respondentes nunca realizaram este tipo de treinamento e 131/385 (34%) realizaram. Destes, 17/131 (13%) sentem-se preparados, 19/131 (14,5%) parcialmente preparados e 95/131 (72,5%) não se sentem preparados para prestar os primeiros socorros. A distribuição dos locais de treinamento encontra-se na Tabela 1, e o CFC, o local de serviço e a escola/faculdade foram os mais citados sendo 35,9%, 20,6% e 15,3%, respectivamente.

Tabela 1 - Distribuição dos locais de treinamento de primeiros socorros, realizados pelos entrevistados - Campinas - 2005

Locais	N	%
Curso de Formação de Condutores	47	35,9
Local de serviço	27	20,6
Escola / faculdade	20	15,3
Treinamento / palestra	16	12,2
Quartel	6	4,6
Curso vigilante	5	3,8
Outros	10	7,6
Total	131	100,0

Em uma análise comparativa, foi verificado se os que fizeram treinamento no CFC sentiam-se mais aptos em relação aos outros locais de treinamento e, observou-se que 85% não se sentem. Quanto aos sujeitos dos outros locais de treinamento 15,5% relataram que sim e quase 20% se sentem mais ou menos, essa diferença foi significativa ($p=0,048$ – Qui-Quadrado).

Dos entrevistados, 172/385 (44,7%) nunca presenciaram situação com vítima desacordada e 213/385 (55,3%) já presenciaram este tipo de situação. A Tabela 2 apresenta as situações relatadas sendo as três mais citadas, sem causa conhecida (36,6%), ataque epilético/convulsão (24,4%) e acidente de carro/moto (12,2%).

Tabela 2 - Apresentação das situações, com vítimas desacordadas, presenciadas pelos leigos - Campinas - 2005

Situações	N	%
Sem causa conhecida	78	36,6
Ataque epilético / convulsão	52	24,4
Acidente de carro / moto	26	12,2
Trauma	15	7,0
Hipotensão	8	3,7
Hipertensão	4	1,9
AVC	4	1,9
Ataque cardíaco	6	2,8
Parada cardiorrespiratória	3	1,4
Causa emocional	3	1,4
Hipoglicemia	3	1,4
Afogamento	2	0,9
Coma	2	0,9
Outros	7	3,3
Total	213	100,0

Na Tabela 3 estão às atitudes tomadas pelo leigo na situação vivenciada, ou seja, 31% chamaram socorro especializado, relataram que outras pessoas socorreram (18,8%) e 15% nada fizeram.

Tabela 3 - Distribuição das atitudes tomadas em relação às situações com vítimas desacordadas - Campinas - 2005

Respostas	N	%
Chamou socorro especializado	66	31,0
Outros socorreram	40	18,8
Não fez nada	32	15,0
Ajudou a socorrer	14	6,5
Pediu socorro	14	6,5
Segurou a língua	12	5,6
Levou para o hospital	11	5,2
Passou vinagre, álcool ou água no pulso/nuca ou ofereceu para cheirar	8	3,8
Deitou a vítima	6	2,8
RCR	5	2,3
Colocou em decúbito lateral	4	1,9
Chorou de nervoso	1	0,5
Total	213	100,0

Quanto à verificação de sinais de vida 65/385 (16,9%) não reconhecem e 320/385 (83,1%) sabem verificar a presença de sinais de vida. Dos 320 respondentes que disseram reconhecer os sinais de vida, 289/320 (90,3%) responderam corretamente. A Tabela 4 mostra a distribuição dos sinais de vida citados pelos entrevistados e observa-se que 46,6% citaram pulso, 35,9% pulso e respiração.

Tabela 4 - Distribuição das respostas dos leigos quanto ao conhecimento dos sinais de vida - Campinas - 2005

Alternativas	N	%
Pulso	149	46,6
Pulso e respiração	115	35,9
Respiração	18	5,6
Movimento ocular	12	3,7
Pulso, respiração e outros	9	2,8
Respiração e outros	7	2,2
Pulso e outros	7	2,2
Outros	3	0,9
Total	320	100,0

Sobre a primeira medida a ser tomada em situação com vítima desacordada, 72/385 (18,7%) responderam corretamente, 185/385 (48%) parcialmente correto, 81/385 (21%) incorreto e 47/385 (12,2%) não sabiam o quê fazer. As frequências absolutas e relativas das alternativas foram: *chamar socorro especializado*, 109/385 (28,3%); *verificar sinais de vida* 73/385 (19%) e *verificar sinais de vida e chamar socorro especializado* 72/385 (18,7%).

Em relação às respostas sobre o procedimento prévio à solicitação de socorro, 211/385 (54,8%) responderam corretamente, 19/385 (4,9%) parcialmente correto, 87/385 (22,6%) incorretamente e 68/385 (17,7%) não souberam responder. Entre as alternativas respondidas pelos leigos, pedir ajuda imediatamente obteve 181/385 (47%) respostas, outros tipos de respostas 119/385 (30,9%) e quase 18% não sabem o procedimento.

Em relação ao conhecimento do número do serviço de emergência que deve ser solicitado, 118/385 (30,6%) não o conhecem e 267/385 (69,6%) conhecem. Entre os entrevistados que conhecem 145/267 (54,3%) responderam corretamente, 73/267 (27,4%) parcialmente correto e 49/267 (18,3%) incorretamente. Entre os serviços mais citados está o SAMU, entretanto, nem sempre o nome estava associado ao número correto.

Na análise comparativa entre a realização de treinamento de primeiros socorros e o conhecimento do número do serviço de emergência, observou-se que quase 36% dos entrevistados que não realizaram treinamento responderam não conhecer o número do serviço, enquanto aproximadamente 80% daqueles que realizaram, conhecem-no ($p=0,002$ – teste Qui-Quadrado). Contudo, na comparação dos sujeitos que realizaram e não realizaram treinamento e a obtenção de resposta correta em relação ao número do serviço de emergência não houve diferença significativa ($p=0,290$ - teste Qui-Quadrado).

Sobre as informações passadas ao serviço de emergência, 235/385 (61%) responderam corretamente, 75/385 (19,5%) parcialmente correto, 27/385 (7%) incorretamente e 48/385 (12,5%) não sabem. A alternativa *tem sinais de vida* obteve a maior porcentagem, 218/385 (56,6%).

Quanto à necessidade da realização dos primeiros socorros, 122/385 (31,7%) responderam corretamente, 235/385 (61%) parcialmente correto e 11/385 (2,8%) incorretamente. Não souberam responder a questão 17/385 (4,4%). Entre as alternativas mais respondidas estão: *para evitar a morte* 235/385 (61%) e *para evitar seqüelas, garantir a continuidade do tratamento e diminuir o desconforto* 122/385 (31,7%).

Em relação à atitude a ser tomada quando houver suspeita de fratura na coluna vertebral, obteve-se 330/385 (85,7%) respostas corretas, 25/385 (6,5%) parcialmente corretas, 11/385 (2,8%) incorretas e, não souberam responder 19/385 (4,9%). Observou-se que 85,7% responderam *não mexer na vítima ou mobilizá-la em bloco, se necessário*.

Entretanto, quando indagados sobre a descrição da mobilização em bloco, das respostas obtidas 74/385 (19,2%) estavam corretas, 8/385 (2,1%) parcialmente corretas, 35/385 (9,1%) incorretas e 268/385 (69,6%) não sabem como é esta movimentação.

Quanto às respostas sobre o posicionamento da vítima, 101/385 (26,2%) estavam corretas, 4/385 (1%) parcialmente incorretas, 192/385 (49,9%) incorretas e 88/385 (22,9%) não sabem. Na Tabela 5 estão apresentadas às respostas obtidas sendo que *de costas* (28,1%) e *de lado* (26,2%) as mais citadas.

Tabela 5 - Distribuição das respostas dos leigos sobre o posicionamento da vítima - Campinas - 2005

Alternativas	N	%
De costas	108	28,1
De lado	101	26,2
De bruços	10	2,6
Em qualquer posição	3	0,8
Não sei	88	22,9
Outros	75	19,5
Total	385	100,0

Do total de nove acertos possíveis para as respostas às questões da entrevista, 143/385 (37,1%) dos participantes obtiveram de zero a três acertos, 208/385 (54%) de quatro a seis acertos e 34/385 (8,8%) de sete a nove acertos.

DISCUSSÃO

Em situações de emergência a avaliação da vítima e seu atendimento devem ser eficazes, permitindo o aumento da sobrevivência e a redução de seqüelas⁽¹⁾. O aumento da sobrevivência está relacionado com a instalação das etapas de suporte básico precocemente e, estas incluem: ativação do sistema médico de emergência, reconhecimento da vítima com perda súbita da consciência e realização de manobras de abertura das vias aéreas, respiração e circulação, uso de desfibrilador automático externo, além das manobras de RCR⁽²⁾.

O sucesso da recuperação da vítima de PCR (ou em qualquer situação de emergência) é a presença de alguém capacitado para iniciar as manobras de RCR, tão logo seja constatada a sua ocorrência^(6,8). É, portanto, fundamental a participação da população leiga no atendimento à PCR^(2,6,10), proporcionando a redução do tempo entre a ocorrência e o início das intervenções^(6,10-11). Justifica-se, assim, a importância da educação da comunidade leiga na detecção precoce das emergências cardiovasculares⁽¹⁰⁾.

Contudo, observou-se que apenas 34% da amostra estudada realizaram algum tipo de treinamento de primeiros socorros e, destes, a maioria, 72,5%, não se sente preparada para realizar qualquer atendimento às pessoas desacordadas.

Entre os locais mais citados de realização de treinamento estão os CFC (35,9%), local de serviço (20,6%) e escola/faculdade (15,3%). Conforme o novo Código de Trânsito Bra-

sileiro (Resolução nº 50/98) é obrigatório a todos os cidadãos que queiram obter a sua primeira habilitação ou tenham sua carteira de habilitação suspensa, freqüentar um curso teórico de 30 horas/aulas. No CFC, entre os temas abordados está o de primeiros socorros com carga horária total de seis horas⁽¹⁴⁾. Apesar disso, ainda há falta de um número suficiente de cursos de SBV, podendo ocasionar grande número de mortes⁽¹⁵⁾.

Entretanto, ao serem analisadas as respostas dos sujeitos em relação à pergunta sentir-se preparado para a realização dos primeiros socorros observou-se diferença significativa dos que realizaram cursos de treinamento em outros locais em relação ao CFC. Dos sujeitos que freqüentaram o CFC, 85% não se sentem aptos a socorrer vítima em qualquer situação, enquanto 15,5% dos freqüentadores dos outros locais de treinamento sentem-se aptos e quase 20% parcialmente aptos.

É relevante uma maior conscientização da importância da educação leiga de modo a propiciar um aumento na sobrevivência⁽⁶⁾, uma vez que, o acesso precoce ao serviço especializado pode ser atrasado pela incapacidade das pessoas em avaliar a emergência e diagnosticar a PCR e acionar o socorro⁽¹⁰⁾.

Treinamento de primeiros socorros é essencial para preparação da população leiga para a realização do atendimento inicial em situações de emergência⁽⁴⁾. Ressalta-se, porém, que esse treinamento deve ser realizado por pessoal capacitado e de maneira a permitir a retenção e a aplicação do conhecimento quando necessário.

Neste estudo somente 18,7% sabem que devem verificar a presença de sinais de vida e, acionar o serviço de emergência como primeira medida em situação com vítima inconsciente. E, quando indagados sobre o procedimento prévio à solicitação de socorro, 47% reconhecem que devem solicitar socorro médico imediatamente, enquanto 30,9% acreditam que devam realizar outros procedimentos como *abandar a vítima, oferecer álcool ou vinagre para cheirar ou aplicar álcool no pulso*, demonstrando a falta de conhecimento.

A avaliação e o atendimento de uma pessoa inconsciente devem ser realizados de forma rápida, objetiva e eficaz em qualquer situação de emergência, incluindo a ativação do serviço de emergência⁽¹⁾ aumentando os índices de sobrevivência^(1,6,10,13). Portanto, a cadeia de sobrevivência, principalmente os dois primeiros elos (acesso precoce e RCR precoce) devem ser largamente difundidos entre a população leiga, de forma simples, permitindo o aprendizado, a retenção e a reprodução^(2,6,10-11,16).

Desta forma, em situações de emergência em que uma vítima adulta esteja não-responsiva (inconsciente), apnéica e não se mova, o serviço de emergência deve ser acionado imediatamente^(2,9). A atitude de *chame rápido* deve ser a primeira de qualquer algoritmo de SBV, evitando a indecisão do socorrista quanto ao próximo passo a seguir⁽²⁾.

A ativação precoce deste serviço permite o rápido envio de viatura de suporte básico ou avançado e pode fornecer orientações ao socorrista, treinado ou não⁽¹⁾. No local de realização deste estudo, a população pode ativar dois serviços via telefone: *SAMU – 192* ou *Resgate – 193*⁽³⁾.

Em relação ao reconhecimento da presença de sinais de vida 83,1% (320/385) dos respondentes referem saber e deste percentual, 90,3% (289/320) responderam corretamente sobre os sinais de vida. Entretanto, somente 35,9% dos que sabem reconhecer a presença de sinais de vida citaram pulso e movimento respiratório, enquanto 46,6% citaram apenas a presença de pulso e 5,6% de respiração. Contudo, discute-se a dificuldade dos socorristas leigos em determinar a presença ou ausência de pulso em vítimas inconscientes e, portanto, recomenda-se a verificação de sinais de vida: respiração, tosse ou movimentos^(1,9).

A ativação do serviço de emergência, além de permitir um envio rápido de ambulância de suporte básico ou avançado, conforme necessário, pode fornecer orientações para os socorristas treinados ou não, facilitando o atendimento à vítima⁽¹⁾.

Com relação ao conhecimento do número do serviço de emergência, este estudo revelou que quase 31% não o conhecem e 69,6% conhecem. Entretanto, apenas 54,3% dos que conhecem citaram o número correto e verificou-se uma grande dissociação entre o serviço e o número correto. Também foi observado que 56,6% sabem o quê deve ser informado ao serviço para um adequado atendimento e, quanto à finalidade do atendimento de primeiros socorros, 61% acreditam que evita a morte e 31,7%, que evita seqüelas.

Ao comparar os entrevistados que disseram ter realizado treinamento com os que conhecem o número do serviço de emergência, observou-se que cerca de 80% daqueles que realizaram conhecem e quase 36% dos que não realizaram treinamento não conhecem o número, esta diferença foi significativa. Entretanto, não houve diferença significativa entre os que responderam corretamente o número em relação aos sujeitos que realizaram ou não o treinamento. Desta forma verifica-se que em mais um aspecto não há diferencial entre aqueles que têm ou não treinamento de primeiros socorros.

No caso de suspeita de fratura da coluna vertebral, 85,7% dos entrevistados sabem que não devem mexer na vítima, porém, nesta pesquisa não foi possível avaliar se eles sabem quando suspeitar da ocorrência de fratura. Mobilização ou movimentação em bloco não é um termo conhecido por quase 70% dos respondentes.

Quando a vítima inconsciente estiver respirando espontaneamente e não houver suspeita de fratura na coluna vertebral, recomenda-se que a coloquem em posição de recuperação^(1,2,5). A posição de recuperação permite a drenagem de líquidos pela boca, facilita a respiração, além de manter as vias aéreas desobstruídas⁽¹⁾. Todavia, em se tra-

tando de socorristas leigos, sugere-se a adoção da posição lateral por ser mais confortável e fácil de ser aprendida⁽²⁾. Nas respostas à questão sobre o posicionamento da vítima, apenas 26,2% colocariam a vítima inconsciente que respira espontaneamente, sem suspeita de fratura vertebral, na posição lateral, 28,1% a colocariam em decúbito dorsal horizontal e mais de 19% responderam outras posições como *sentada* ou com a *cabeça erguida*.

Numa tentativa de extrapolar dos resultados encontrados, excluídas as quatro primeiras questões que representam opinião ou experiência particular do entrevistado, obtêm-se o total de nove questões que se respondidas corretamente refletiriam um indivíduo capacitado para o atendimento em emergências. Entretanto, se for considerado como bem qualificado o sujeito que acertou de sete a nove questões, no presente estudo verificou-se que este número de acertos não atingiu 10%.

Considerando os achados deste estudo, reforça-se a necessidade de curso de capacitação e habilitação da população leiga de forma a garantir o atendimento rápido e adequado em qualquer situação de emergência, permitindo, ao menos, o acionamento precoce do atendimento especializado.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, verifica-se que a população leiga possui conhecimentos a respeito de atendimento às vítimas inconscientes, porém, são incompletos ou incorretos, comprometendo o socorro. Por não apresentarem adequado entendimento e fundamentação das etapas do SBV, os leigos podem prestar atendimento incorreto à vítima, acarretando prejuízos na reanimação. Ape-

nas 70% da amostra revelaram conhecer o número do serviço de emergência, contudo, 54,6% destes citaram o número corretamente.

Em muitas respostas pode ser observada a presença de conhecimentos de senso comum, sem nenhuma fundamentação teórica, como *abandar a vítima, passar álcool no pulso ou erguer a cabeça*. Contudo, muitos socorristas agem pelo impulso da solidariedade sem, muitas vezes, possuírem treinamento adequado.

Apesar de existirem diversos tipos de treinamento para a comunidade, alguns até de caráter obrigatório, estes não diferenciam os sujeitos para o atendimento às pessoas desacomodadas, pois os que realizaram o curso não se sentem aptos a prestar socorro em qualquer situação.

Portanto, visto a elevada porcentagem de leigos que presenciaram situação com vítima inconsciente é essencial à educação da população por meio da memorização de seqüências simples e de fácil aprendizado, retenção e aplicação, proporcionando atendimento adequado com melhora da sobrevivida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou identificar o nível do conhecimento teórico da população leiga sobre primeiros socorros, entretanto, dos sujeitos que freqüentaram o CFC, de caráter obrigatório, 85% não se sentem aptos a socorrer vítima em qualquer situação, o que aponta para a necessidade de verificar como estão sendo ministrados esses cursos. Diante dessa informação, esse assunto deverá ser objeto de um outro estudo.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira AVS, Garcia E. Suporte básico de vida. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2001;11(2):214-25.
2. Ferreira DF, Qüilici AP, Martins M, Ferreira AV, Tarasoutchi F, Timerman S, et al. Essência do suporte básico de vida – perspectivas para o novo milênio: chame primeiro - chame rápido. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2001;11(2):209-13.
3. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde [homepage na Internet]. Campinas; 2006. [citado 2006 out. 23]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/>
4. Velde SV, Broos P, Bouwelen MV, Win R, Sermon A, Verduyck J, et al. European first aid guidelines. Resuscitation. 2007;72(2):240-51.
5. Timerman A, Vieira SRRV. Consenso Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória. Arq Bras Cardiol. 1996;66(5):375-402.
6. Canesin MF, Cardoso LTQ, Soares AE, Moretti MA, Timerman S, Ramires JAF. Campanhas públicas de ressuscitação cardiopulmonar: uma necessidade real. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2001;11(2):512-8.
7. Follador NN, Castilho V. O custo do programa de treinamento em ressuscitação cardiopulmonar em um hospital universitário. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):90-6.
8. Timerman A, Santos ES. Parada cardiorrespiratória. In: Timerman S, Ramires JAF, Barbosa JLV, Hargreaves LHH, editoras. Suporte básico e avançado de vida em emergências. Brasília: Câmara dos Deputados; 2000. p. 50-67.
9. International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Part 2: Adult basic life support. Resuscitation. 2005;67(2/3):187-201.
10. Ferreira DF, Timerman A, Stapleton E, Timerman S, Ramires JAF. Aplicação prática do ensino em emergências médicas. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2001;11(2):505-11.

11. Montaña R. Reanimación cardiopulmonar: novedades. Rev chil anest [periódico na Internet]. 2005 [citado 2007 jan. 11];34(1):[cerca de 8 p]. Disponível em: http://www.socanestesia.cl/rev_anestesia/0506/01-reanimacion.asp
12. Zago AC, Nunes CE, Cunha VR, Manenti E, Bodanese LC. Ressuscitação cardiorrespiratória: atualização, controvérsias e novos avanços. Arq Bras Cardiol. 1999;72(3):363-86.
13. Araujo S, Araujo IEM, Carieli MCM. Ressuscitação cardiorrespiratória. Rev Bras Clín Ter. 2001;27(2):80-8.
14. Brasil. Lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. Diário Oficial da União, Brasília, 24 set. 1997. Seção 1, p. 21201-46.
15. Lane JC. O início da reanimação cardiorrespiratória cerebral moderna no Brasil. Rev Bras Ter Intensiva. 2005;17(4):227-84.
16. Isbye DL, Rasmussen LS, Lippert FK, Rudolph SF, Ringsted CV. Laypersons may learn basic life support in 24 min using a personal resuscitation manikin. Resuscitation. 2006;69(3):435-42.

APÊNDICE I

Instrumento de Coleta de Dados - O Leigo em situações de Emergência

Campinas, ____ / ____ / ____ Nº _____

I. Identificação Iniciais: _____ Idade: _____ anos
Sexo: () F () M Escolaridade: _____
Procedência: _____ Ocupação: _____

II. Abordagem da vítima

1. Você já teve algum tipo de treinamento de primeiros socorros?
() sim () não
2. Se sim, onde foi esse treinamento? E, você acredita estar preparado(a) para prestar primeiros socorros em qualquer tipo de situação? _____

3. Você já viu alguma pessoa desacordada necessitando de socorro médico? () sim () não
4. Se sim, qual era a situação e o que fez?

5. Você sabe verificar a presença de sinais de vida?
() sim () não Cite alguns: _____

6. Qual é a primeira medida a ser tomada em uma situação com vítima desacordada?
A () verificar sinais de vida e depois chamar por socorro especializado
B () verificar sinais de vida
C () chamar socorro especializado
D () sair de perto
E () levar ao hospital
F () não sei o quê fazer
7. Antes de pedir ajuda você acha que deve:
A () esperar para ver se a pessoa acorda
B () devo pedir ajuda imediatamente
C () esperar para ver se alguém ajuda
D () não chamo ajuda
E () não sei

8. Você sabe qual o número do serviço de emergência da cidade de Campinas? () sim () não Qual(is)?
() SAMU _____ () Resgate _____ () Polícia _____

9. Quais os detalhes a serem observados em uma vítima e que devem ser informados ao serviço de primeiros socorros durante a ligação de solicitação de ajuda?
A () se tem algum ferimento
B () se tem sinais de vida
C () se o coração está batendo
D () não sei o quê observar

10. Por que é necessário realizar os primeiros socorros com grande precisão e em curto intervalo de tempo?
A () para evitar seqüelas, garantir a continuidade do tratamento e diminuir o desconforto
B () para garantir a vaga no hospital
C () para evitar a morte
D () porque a pessoa pode estar sentindo dor
E () não sei

11. Quando houver suspeita de quebra na coluna vertebral, o que se deve fazer?
A () agir normalmente, socorrendo a vítima
B () não mexer na vítima ou mobilizá-la em bloco, se necessário
C () não sei

12. Como é a mobilização em bloco?
A () movimentação da cabeça juntamente com o restante do corpo, de maneira que a coluna permaneça sem movimento
B () movimentação normal
C () colocando a vítima em cima de uma maca
D () não sei

13. Se a vítima estiver respirando, mas estiver desacordada, qual a posição em que deve ser colocada (ou pelo menos a cabeça) caso não haja suspeita de quebra na coluna vertebral?
A () de costas
B () de lado
C () de bruços
D () em qualquer posição
E () não sei