

LETÍCIA HEREMAN DA SILVA

**CONHECIMENTO EM ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR POR EDUCADORES DE
UMA UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**

Este trabalho de Conclusão de Curso foi submetido para aprovação e posterior obtenção do título em Bacharel em Enfermagem caso aprovado em sua forma final pelo Curso de Enfermagem, da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 13 de junho de 2020.

Prof. e orientadora, Heloisa Martins Sommacal, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Márcia Regina, Esp.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Fabiana Oenning da Gama, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Simone Karmann Souza, Msc.
Enfermeira

**CONHECIMENTO EM ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR POR EDUCADORES DE
UMA UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**

PREVIOUS ON PRE-HOSPITAL CARE BY EDUCATORS AT A UNIVERSITY IN THE SOUTH
OF SANTA CATARINA

Letícia Hereman da Silva¹
Heloisa Martins Sommacal²

¹ Discente do Curso de Enfermagem. Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL - Campus Pedra Branca - Palhoça (SC) Brasil. E-mail: lehereman@gmail.com

² Nutricionista. Mestre em Medicina-Ciências Cirúrgicas. Docente dos cursos de Graduação em Nutrição, Enfermagem e Gastronomia. Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL - Campus Pedra Branca - Palhoça (SC) Brasil. E-mail: heloisa.sommacal@unisull.br

RESUMO

Introdução: O Suporte Básico de Vida (SBV) é o conjunto de medidas e procedimentos técnicos que tem por objetivo manter a vida da vítima não agravando lesões existentes ou gerando novas. A falta de informação da população sobre este tema é um grave problema de saúde no Brasil. **Objetivo:** identificar qual o nível de informação sobre o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) nos agravos à saúde em situação de urgência e emergência por educadores da área da saúde. **Método:** Pesquisa exploratória descritiva de natureza quantitativa e qualitativa, realizada em uma Universidade do Sul de Santa Catarina. Fizeram parte do estudo educadores dos cursos que possuem o tema abordado incluso na sua grade curricular. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada. Os dados foram transcritos e organizados no software Microsoft Office - Excel, analisados e classificados pelas autoras. **Resultados:** Dos participantes da pesquisa, seis relataram já ter prestado socorro dentro da Universidade. Ao analisar o proceder dos profissionais, observa-se que 77,7% estão de acordo com o protocolo de atendimento do SAMU quando se trata de OVACE e PCR, 66,6% em insuficiência respiratória, dor torácica, e crise de saúde mental, 33,3% em estado de inconsciência, 22,2% em crise hipertensiva, hipoglicemia, reação alérgica anafilática, epistaxe, AVC e parto eminente e somente 11,1% na ocorrência de crise convulsiva. **Conclusão:** O presente estudo demonstrou que profissionais da área da saúde possuem um certo conhecimento a respeito dos temas tratados, porém há necessidade de aperfeiçoamento quando se trata de ambiente extra hospitalar.

Palavras-chave: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Suporte Básico de Vida. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Basic Life Support (BLS) is the set of measures and technical procedures which aim to maintain the victim alive while not aggravating existing lesions or creating new ones. The lack of information of the population on this issue is a serious health problem in Brazil. **Objective:** To identify the level of information about the prehospital care (APH) in urgency and emergency situations by educators in the HEALTH AREA. **Method:** a descriptive exploratory study of quantitative and qualitative nature, carried out in a University of Southern Santa Catarina. Educators took part in the study of the courses that have the theme addressed included in their curriculum. The data collection was carried out through semi-structured interview. The data were transcribed and organized in Microsoft Office software - Excel, analyzed and classified by the authors, and subsequently transformed into categories. **Results:** from the study participants, six reported that they have already provided assistance within the University, among these, in four cases there was a need of the SAMU presence. BY analyzing the professionals conduct, it is observed that 77.7% are in accordance with the SAMU protocol when it comes to the FBAO and cardiac arrest, 66.6% in acute respiratory insufficiency, thoracic pain, and mental health crisis, 33.3% in a state of unconsciousness, 22.2% in hypertensive crisis, hypoglycemia, Anaphylactic allergic reaction, epistaxis, stroke and imminent child labor and only 11.1% in the occurrence of convulsive crisis. **Conclusion:** The present study demonstrated that health care professionals have a certain knowledge about the themes dealt with, but there is need for improvement when it comes to extra hospital environment.

Keywords: Mobile Emergency Care Service. Basic Life Support. Health Education

INTRODUÇÃO

O início do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) ocorreu durante as grandes guerras no século XVIII, na era napoleônica, em que os soldados feridos em campo de batalha eram transportados em carroças até os médicos, longe dos conflitos. Em 1792 Dominique-Jean Larrey desenvolveu um sistema de cuidados médicos para o exército francês, que identificou a necessidade de resgatar os feridos não apenas após o término do conflito, mas ainda durante a batalha, a fim de prevenir possíveis complicações. Assim se desenvolveu os princípios do APH utilizados atualmente no Brasil: rápido acesso à vítima por profissional treinado, tratamento e estabilização do quadro no local e rápido transporte com cuidados médicos, coordenado por uma regulação médica a partir de um centro de regulação. Nasce então o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU). (SILVA et al., 2010; RAMOS; SANNA, 2005; ROCHA, 2013).

Este serviço tem por finalidade prestar socorro à população em qualquer lugar, sendo acionado gratuitamente pelo telefone número 192, e tem como objetivo chegar precocemente às vítimas em situação de urgência ou emergência, que possam levar ao sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte de natureza clínica, traumática, obstétrica e psiquiátrica. (BRASIL, 2018).

Suporte Básico de Vida (SBV) é o conjunto de medidas e procedimentos técnicos que tem por objetivo manter a vida da vítima, não agravando lesões existentes ou gerando novas. Em países desenvolvidos o treinamento em SBV é amplamente disponível para a população. Na Escócia em 2015, de 1027 participantes de uma pesquisa, 52% receberam treinamento, dos que não foram treinados, 42% expressaram disposição para receber treinamento. Ao ser abordado pelo manipulador de chamadas a taxa de administração de manobras sobe para 82% dos entrevistados. (DOBBIE, et al. 2018). Enquanto que em Portugal, colonizador do nosso país, dos 1.700 participantes, somente 17,8% participou de algum treinamento de SBV. (DIXE, GOMES 2015).

No Brasil, a falta de informação da população é um grave problema de saúde pública. De acordo com Dias et al. (2016) entre 2012 e 2013 em Jundiaí-São Paulo, foram registradas pelo SAMU 88 chamadas para atendimento por Parada Cardiorrespiratória (PCR), 61,2% constam solicitações com dados suficientes para a suspeita de PCR por ocasião da solicitação, enquanto 38,8% foram consideradas informações pouco claras para a evidência desse evento, sendo constatado pela equipe somente na chegada ao local. Fernandes (2014) realizou uma pesquisa com acadêmicos do primeiro ao décimo segundo semestre de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (Famed-UFC), que apontou que mesmo estando imersos na área de saúde, não há conhecimento suficiente sobre o funcionamento do SAMU.

Em 2004, a American Heart Association recomendou o treinamento em SBV nas escolas para alunos e professores. Desde então muitos estados americanos e alguns países europeus vêm implementando-o na sua grade curricular. No Brasil essa recomendação não é aplicada. O estudo em Maceió - AL de 2014, nos trouxe resultados positivos quanto ao treinamento em SBV em escolas

públicas e privadas do ensino médio, ao incorporar o treinamento para esses jovens temos consequentemente a disseminação e aumento do conhecimento sobre o assunto. (FERNANDES, 2014)

A literatura diz que há uma deficiência no conhecimento sobre o APH, e no entendimento de urgência e emergência por parte da população, fazendo com que o SAMU seja acionando muitas vezes para o transporte; em casos não pertinentes a esta porta de entrada; à ocultação de informações importantes ou errôneas durante a solicitação de atendimento e no desconhecimento em manobras básicas para suporte de vida. (DIAS et al., 2016; FERNANDES et al., 2014; OTAVIANO et al., 2016).

Desta forma o atual estudo justifica-se pela sua relevância para a melhoria no atendimento do APH e sobrevida à população, bem como na qualidade do ensino aos cursos da área da saúde, tendo como objetivo identificar qual o nível de informação sobre o APH nos agravos à saúde em situação de urgência e emergência por educadores da área da saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de natureza quantitativa e qualitativa, realizada na Universidade do Sul de Santa Catarina, Campus Grande Florianópolis, Unidade Pedra Branca, instituição de ensino superior privado.

Fizeram parte do estudo educadores dos cursos de enfermagem, fisioterapia e naturologia, selecionados por uma amostra intencional dos profissionais atuantes no período de novembro de 2019 a março de 2020. Os critérios de inclusão foram estar atuando no cargo durante o período de realização da pesquisa e ser parte do grupo docente de cursos que possuem o tema abordado incluso na sua grade curricular.

A coleta de dados foi realizada através de agendamento prévio, tendo em média duração de 15 minutos, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A fim de facilitar o processo, foi solicitado autorização de gravação de áudio, por meio de entrevista semiestruturada, com a utilização de um roteiro prévio. No intuito de garantir o anonimato dos participantes do estudo, não foi revelado seus nomes, foram identificados como “entrevistado (n.º)”. Após conclusão da entrevista, quando solicitado pelo participante, foram discutidas indagações referentes ao procedimento conforme o protocolo do SAMU. Os dados foram transcritos e organizados no software Microsoft Office - Excel, analisados e classificados pelas autoras.

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina, com parecer consubstanciado CAAE 19141219.0.0000.5369. Os pesquisadores declaram ausência de conflitos de interesse.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram convidados diretamente a participarem da entrevista 16 educadores, sendo que apenas nove profissionais aceitaram participar. Todas eram do sexo feminino, destes, cinco são formados em enfermagem, um em naturologia, sendo um profissional formado em ambos os cursos (enfermeiro nutrólogo), e dois em fisioterapia. O tempo de formação variou de cinco a trinta e nove anos. O tempo de docência variou de três a vinte e quatro anos. Os cursos ministrados pelos profissionais foram enfermagem (6), medicina (3), fisioterapia (3), cosmetologia (2), naturologia (4), psicologia (1), educação física (1) e odontologia (1).

Dos participantes da pesquisa, seis relataram já ter prestado socorro dentro da Universidade, destes, quatro atenderam casos em que houve necessidade de acionamento do SAMU. Dentre as ocorrências houve hipoglicemia com maior incidência, seguidas de abuso de álcool e drogas, catalepsia, síncope, desmaio, baixo nível de consciência, crise conversiva, ansiedade, tontura, síndrome do pânico e hipotensão.

O proceder dos profissionais, foram cruzados com o protocolo do SAMU de 2016, com auxílio de um funcionário do órgão, apresentados na tabela 1. Os resultados foram classificados em totalmente de acordo, quando o procedimento foi citado conforme protocolo ou atingiu maior chance de prognóstico da vítima, parcialmente de acordo, quando se fez necessário complemento de manobras e em desacordo, quando não se atingiu o mínimo para sobrevivência da vítima, ou manobras que agravassem a situação.

Tabela 1- Classificação do proceder dos profissionais

Qual o procedimento ao se deparar com uma situação de:	De acordo	Parcialmente de acordo	Desacordo	Total
Obstrução de vias aéreas por corpo estranho	7	2	0	9
Parada cardiorrespiratória	7	1	1	9
Crise hipertensiva	2	3	4	9
Insuficiência respiratória	6	2	1	9
Dor torácica	6	0	3	9
Crise convulsiva	1	7	1	9
Hipoglicemia	2	5	2	9
Reação alérgica anafilática	2	1	6	9
Epistaxe	2	5	2	9
Crise de saúde mental	6	1	2	9
Acidente vascular cerebral	2	7	0	9
Inconsciência	3	6	0	9
Parto eminente	2	7	0	9

Fonte: Elaboração das autoras, 2020.

Ao analisar o proceder dos profissionais, observa-se que 77,7% estão de acordo com o protocolo quando se trata de obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) e PCR, 66,6% em insuficiência respiratória, dor torácica, e crise de saúde mental, 33,3% em estado de inconsciência, 22,2% em crise hipertensiva, hipoglicemia, reação alérgica anafilática, epistaxe, acidente vascular cerebral (AVC) e parto eminente e somente 11,1% na ocorrência de crise convulsiva.

O atendimento inicial adequado é de suma importância para o aumento da sobrevivência e diminuição de sequelas nos indivíduos em situações de urgência ou emergência. O ambiente extra hospitalar tem suas peculiaridades e dificuldades, por se tratar de, muitas vezes, um ambiente hostil, com pouco ou nenhum suporte medicamentoso e/ou equipamentos. Dada estas particularidades e sua extrema importância é necessário treinamento contínuo e ampla divulgação de informações para estes atendimentos, como demonstrado no presente estudo.

Mota e Andrade (2015) investigaram os principais agravos à saúde que acometem adultos e crianças na perspectiva dos profissionais do SAMU de Florianópolis, foram estes desmaios, crise convulsiva (epilepsia), PCR, hipoglicemia, hiperglicemia, OVACE, acidentes domésticos, intoxicações, acidentes com animais peçonhentos e queimaduras, diferentes dos eventos relatados nesse estudo.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia estima que no Brasil, ocorra anualmente em torno de 200.000 PCR, sendo metade dos casos em ambiente extra-hospitalar. Segundo a América Heart Association, (2018), a cada minuto que a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) é atrasada, a chance de sobrevivência da vítima diminui em 10%, sendo ela aplicada imediatamente a sobre vida pode duplicar, até triplicar. O treinamento em SBV define a sequência primária de reanimação para salvar vidas, incluindo reconhecimento imediato do agravo, ativação do sistema de resposta de emergência, realização de RCP precoce e desfibrilação rápida. (GONZALEZ et al., 2013; TOBASE et al., 2017).

Neste presente estudo, os profissionais demonstraram reconhecer precocemente uma situação de PCR e iniciar as manobras necessárias para atendimento do agravo, neste caso início da RCP. Cabe salientar que para a efetividade da manobra é necessário posicionamento do paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca, as compressões torácicas devem manter a frequência de 100 a 120/min, comprimindo o tórax em 5 a 6 cm em adultos com completo retorno e manter os ciclos e avaliação do ritmo até a chegada do SAMU, a chegada ao hospital ou a vítima apresentar sinais de circulação sendo estas respiração, tosse e/ou movimento. (BRASIL, 2016).

Verifica-se ausência de pulso, respiração e consciência ou Gasping. É necessário abrir vias aéreas, fundamental e começar compressão torácica. (entrevistado nº3, PCR)

Verifica-se a parada, liga para o SAMU, e inicia imediatamente as compressões. (entrevistado nº4, PCR)

A PCR possui diversas causas, e está correlacionada a demais intercorrências, como por exemplo a OVACE. A asfixia por corpo estranho é um acidente grave, caso ocorra uma obstrução total

ou parcial das vias aéreas, pode rapidamente causar a morte, seu diagnóstico precoce é essencial, pois o retardo no seu reconhecimento e tratamento pode incorrer em sequela definitiva ou dano fatal. No Brasil, corresponde a terceira maior causa de morte no ambiente escolar, ou seja, as crianças são mais susceptíveis a esta ocorrência. A sociedade Brasileira de Pediatria define corpo estranho como qualquer objeto ou substância que penetra o corpo ou suas cavidades, apresentando elevado risco quando aspirado para o pulmão. Evidencia-se em estudos que a maioria dos acidentes podem ser prevenidos. A falta de conhecimento em situações emergenciais pode ocasionar inúmeros problemas às vítimas. (UNICESUMAR, 2017).

Assim como na PCR os participantes da pesquisa demonstraram obter um bom conhecimento acerca do assunto.

Depende da idade da vítima, existem manobras específicas para cada idade, manobra de Heimlich, para retirada de corpo estranho, e posicionamento da criança conforme a idade. (entrevistado n°1, OVACE)

Depende, se for em um adulto, criança, adulto consciente, precisa analisar se a obstrução for parcial pode pedir para simplesmente tossir ou se evoluir para total fazer a manobra de Heimlich. (entrevistado n°4, OVACE)

Outra intercorrência que em caso de agravamento pode causar uma PCR segundo o protocolo do SAMU é a insuficiência respiratória. Sua etiologia é diversa e seu tratamento consiste na resolução da doença que a determinou. De início é necessário avaliar o nível de consciência, considerar possibilidade de OVACE; avaliar o padrão respiratório e como medidas necessárias para a manutenção dos gases arteriais em níveis adequados, corrigir a hipoxemia. A depender do nível de gravidade, pode-se ofertar oxigênio por meio de sistemas de baixos ou alto fluxos e manter o paciente em decúbito elevado. (PINHEIRO, 2015; BRASIL, 2016)

O quadro de insuficiência respiratória tem um passo a passo, depende do grau de insuficiência, onde você pode utilizar manobras não evasivas ou evasivas, que é a intubação inicial. Dentro da faculdade ofertar oxigênio com cateter, máscara e observar dependendo da idade, se for jovem ou idoso por conta das doenças associadas como DPOC, onde pode causar um dano maior em grandes quantidades de oxigênio, então ofertar o2 com cautela. (entrevistado n°1, insuficiência respiratória)

O quadro de AVC é uma doença que atinge cerca de 2.231.000 pessoas, com prevalência do sexo masculino, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde em um inquérito epidemiológico de base domiciliar realizado em 2013. (BENSENOR et al., 2015). As diretrizes recomendam que o tempo de reconhecimento e chegada ao hospital até o início do tratamento seja de 60 minutos. O tratamento com medicamento trombolítico (alteplase-rtPA) aplicado até quatro horas e meia do início dos sintomas, diminui em 30% o risco de sequelas do AVC, pessoas que chegam ao hospital com maior tempo de início dos sintomas não são candidatos a este tratamento. (LIBERATO, 2017)

Liberato (2017) aponta em sua análise de tempo de atendimento ao paciente com suspeita de AVC que de uma amostra inicial de 142 sujeitos, 15 foram excluídos por darem entrada na emergência após 24 horas de início dos sintomas, dos participantes da pesquisa apenas 59 dos 98 chegaram ao hospital dentro da janela terapêutica para a trombólise.

Este presente estudo identificou que a grande parte dos participantes conseguem identificar os sinais e sintomas do AVC, sendo acionado o socorro imediatamente, porém desconhecem as demais medidas a serem realizadas até a chegada do SAMU para atendimento.

No caso do AVC, é necessário chamar o atendimento o mais rápido possível pois se for isquêmico, a pessoa tem cerca de 3 horas para entrar com antitrombolítico, e enquanto o atendimento não chega, deve-se colocar a pessoa deitada e observar até o atendimento chegar, pode usar a escala de Cincinnati para confirmar. (entrevistado nº2, AVC)

Geralmente perda de força unilateral, alteração visual, sangramento, disartria e vômito. É necessário encaminhar para emergência. (entrevistado nº9, AVC)

Já na situação de crise convulsiva os resultados não foram tão positivos, houve o menor índice de classificação em totalmente de acordo com o protocolo. A maior parcela citou o proceder em que se fez necessário complemento da manobra. Por se tratar de uma emergência médica é necessário atendimento eficaz o mais precoce possível.

Deixar paciente o mais confortável possível, lateralizar cabeça e observar neurológico. (entrevistado nº5, crise convulsiva)

Colocar o paciente confortável, monitorar, segurar as reações corporais que podem lesionar. (entrevistado nº9, crise convulsiva)

O protocolo traz como medidas de SBV em crise convulsiva avaliar responsividade, manter permeabilidade de vias aéreas, monitorar oximetria de pulso e sinais vitais, coletar história pregressa, proteger o paciente para evitar traumas adicionais, principalmente na cabeça e anotar sempre a frequência, duração e as características da crise. Quando possível, aspirar secreções se necessário, oferecer O2 sob máscara não reinalante e mensurar glicemia capilar. O protocolo orienta quanto ao cuidado com medidas intempestivas para evitar a mordedura da língua e lesões dentárias, afirmando não se fazer necessárias. (BRASIL,2016)

A situação em que houve maior incidência de proceder em desacordo com o protocolo do SAMU foi o quadro de reação alérgica anafilática, grande parte das respostas foi não se ter o que fazer em ambiente extra hospitalar.

Não há o que fazer aqui, o mínimo que pode ser feito é colocar o paciente na posição Fowler em repouso e chamar o atendimento. (entrevistado nº2, reação alérgica anafilática)

Não há o que fazer no momento da reação, é necessário acionar o SAMU para eles providenciem o medicamento e faça a regularização. (entrevistado nº8, reação alérgica anafilática)

Na literatura há escassez de estudos e relatos de caso em ambiente extra hospitalar referente a anafilaxia, o que pode ser um facilitador para tal resultado. Mota (2017) buscou casos de anafilaxia no serviço de urgência pediátrica hospitalar, onde admitiram-se no serviço de urgência pediátrica hospitalar do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE – Hospital de São Bernardo, Portugal, no período de 1 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2014, 188,172 episódios de urgências pediátricas-médicas, a incidência de anafilaxia foi de 69,2/100 000 nestes 5 anos. Em metade das crianças tratava-se do primeiro episódio de reação anafilática, sendo 63 % dos casos de etiologia alimentar, o principal causador sendo as proteínas do leite de vaca.

Nas situações de crises hipertensivas, os profissionais trouxeram um dos melhores índices de proceder totalmente de acordo com o protocolo utilizado pelo SAMU. Uma prática citada por alguns entrevistados aborda o tratamento com um olhar holístico, utilizando a Medicina Tradicional Chinesa (MTC).

Eu optei todas as vezes que aconteceu comigo, nunca entender no primeiro momento o que é aquela pressão arterial. Como eu uso técnicas orientais também, ela sempre vai buscar humanizar, seja no yin ou no yang, seja numa hipotensão ou hipertensão, todas as manobras vão alinhar... (entrevistado nº 8, MTC, hipertensão)

Verificar a pressão arterial, utilizar pontos de aurículo ou acupuntura ou até mesmo o uso da sangria que tem alívio imediato, e se caso não melhorar, ligar para o SAMU. (entrevistado nº 6, MTC, hipertensão)

Pode-se estimular alguns pontos (MTC), e encaminhar para o Pronto Socorro. (entrevistado nº 9, MTC, hipertensão).

Segundo a MTC, o aumento da Pressão Arterial (PA) é causado por um desequilíbrio na energia dos meridianos. Em um estudo realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento do Paraná, obteve-se um resultado positivo quanto a utilização da técnica de sangria na regulação de crises hipertensivas. (Marca, et al; 2019). Mantovani et al. (2016) buscou em seu estudo identificar as terapias complementares utilizadas por pessoas hipertensas, no entanto, dos participantes da pesquisa, 20,7% utilizavam, sendo a mais citada a fitoterapia, seguida pela acupuntura, homeopatia e outras.

Outra intercorrência tratada por profissionais de um modo em que não está descrito no protocolo, porém, a literatura nos mostra bons resultados, é a utilização de glicose em paciente consciente como medida de primeiros socorros em hipoglicemia. Intercorrência citada neste estudo como uma das mais atendidas por educadores dentro da instituição.

Se verificar sinais e sintomas fazer um hemoglicoteste, que é de fácil acesso e rápido em relação aos resultados, se apresentar hipoglicemia e o paciente estiver em estado de consciência ofertar doces de alto índice glicêmico, e em caso de inconsciência não

pode oferecer nada oral, aí é necessário encaminhar para uma unidade de atendimento, pois é necessário tratamento endovenoso.(entrevistado n°1, hipoglicemia)

A glicose é o principal combustível metabólico para o cérebro. A hipoglicemia é caracterizada por um nível anormalmente baixo de glicose no sangue, geralmente abaixo de 70 mg/dl, que compromete as atividades cerebrais. A Sociedade Brasileira de Diabetes, recomenda como tratamento imediato em situações de hipoglicemia, oferta de alimentos que contenham de 15 a 20 gramas de carboidratos, preferencialmente simples, após 15 minutos, verificar novamente o índice glicêmico e caso persista abaixo do normal, repetir a oferta alimentar. (MACHADO et al., 2012; BRASIL, 2019)

A hipoglicemia em situações extremas pode levar à perda de consciência, ou a crises convulsivas. Neste caso, se o indivíduo possuir kits de glucagon injetáveis, deverá ser administrado, não deve ser administrada insulina, pode-se passar um pouco de açúcar nas gengivas com cuidado para não obstruir as vias aéreas e lateralizar a cabeça. (BRASIL, 2019)

Machado et al. (2012) conclui em seu estudo, onde foi realizada a administração de carboidratos de rápida absorção, preconizados pela American Diabetes Association (ADA), em unidades de um hospital geral, que foi potencialmente eficaz a restauração da glicemia capilar em pacientes hipoglicêmicos (glicemia capilar de 50 até 70 mg/dL) com dieta via oral e conscientes, apresentando taxas de eficácia de 100,0% em quatro meses e de 88,2% em um dos meses da intervenção nutricional.

CONCLUSÃO

Os acidentes são eventos que não escolhem vítima, ninguém está imune a todo e qualquer agravo à saúde, muitas situações emergenciais permeiam o cotidiano das pessoas e estas poderiam ser evitadas ou conduzidas de forma rápida e eficaz diminuindo os danos à saúde. O SBV é essencial, é vital ampla divulgação e treinamento dos temas que ele engloba. O presente estudo demonstrou que profissionais da área da saúde possuem um certo conhecimento a respeito dos temas tratados, porém há necessidade de aperfeiçoamento quando se trata de ambiente extra hospitalar, por se tratar de um ambiente hostil e peculiar, em muitas situações limita o atendimento do profissional que tem por conhecimento e rotina todo um suporte tecnológico que não há no APH.

É preciso mais investigações sobre o tema abordado devido a importância do assunto e impacto no atendimento pré-hospitalar.

REFERÊNCIAS

BENSENOR, Isabela M. *et al.* Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: national health survey - 2013. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, [s.l.], v. 73, n. 9, p. 746-750, set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/anp/v73n9/0004-282X-anp-73-9-0746.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>. Acesso em: 12 junho 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/samu>>. Acesso em: 05 set. 2018.

BRASIL. Sociedade Brasileira De Diabetes. **Hipoglicemia**. São Paulo: Sociedade Brasileira De Diabetes, 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/hipoglicemia> Acesso em: 25 maio 2020.

DIAS, Bruno Vilas Boas et al. Parada cardiorrespiratória: atendimento pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) - informações passadas pelo solicitante. **Cuidarte Enfermagem**, Catanduva, v. 10, n. 1, p.52-59, jan./jun. 2016. Disponível em: <<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidarteEnfermagemvolume10Jan-Jun2016.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

DIXE, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues; GOMES, José Carlos Rodrigues. Knowledge of the Portuguese population on Basic Life Support and availability to attend training. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 49, n. 4, p.0640-0649, ago. 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0640.pdf> Acesso em: 13 de setembro de 2018.

DOBBIE, Fiona et al. Attitudes towards bystander cardiopulmonary resuscitation: Results from a cross-sectional general population survey. **Plos One**. Escócia. 07 mar. 2018. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0193391>>. Acesso em: 05 set. 2018.

FERNANDES, Cláudia Regina et al. Conhecimento de estudantes de medicina sobre o funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 253-260, junho 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000200012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 ago. 2018.

FERNANDES, José Maria Gonçalves et al. Ensino de Suporte Básico de Vida para Alunos de Escolas Secundárias Públicas e Privadas. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v. 102, n. 6, p. 593-601, junho de 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de setembro de 2018.

GONZALEZ, Maria Margarita et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Resumo Executivo. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 100, n. 2, p. 105-113. Fev. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n2/v100n2a01.pdf>>. Acesso em: 07 de julho de 2020.

LIBERATO, Rafaela Bitencourt. **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**: análise dos entraves no atendimento em um pronto socorro de referência. 2016. 91 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016. Disponível em: <https://www.acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/47452/R%20-%20D%20-%20RAFAELA%20BITENCOURT%20LIBERATO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 jun. 2020.

MACHADO, Silmara Rodrigues et al. Intervenção nutricional padronizada em pacientes hipoglicêmicos hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 33, n. 1, p. 64-68, mar. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100009&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 25 maio 2020.

MANTOVANI, Maria de Fátima et al. UTILIZAÇÃO DE TERAPIAS COMPLEMENTARES POR PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s.l.], v. 30, n. 4, p. 1-8, 21 dez. 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16982/pdf>. Acesso em: 24 maio 2020.

MARCA, Ana Paula et al. Efeitos imediatos da terapia auricular em indivíduos hipertensos de uma unidade de pronto atendimento. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, [s.l.], v. 40, n. 1, p. 15, 5 set. 2019. Disponível em: <http://www.uel.br/seer/index.php/seminabio/article/view/32881/26011>. Acesso em: 24 maio 2020.

MOTA, Andreia Filipa et al. Anaphylactic reactions in children admitted to a pediatric emergency department. **Rev Port Imunoalergologia**, Lisboa, v. 25, n. 1, p. 39-49, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-97212017000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 maio 2020.

MOTA, Larissa Larie; ANDRADE, Selma Regina de. Tópicos de atendimento pré-hospitalar de escolares: a perspectiva dos profissionais do Serviço Móvel de Atendimento de Emergência (SAMU). **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 38-46, março de 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100038&lng=en&nrm=iso>. acesso em 30 de maio de 2020.

OTAVIANO, Maria Danara Alves et al. Tecendo informações sobre o serviço pré-hospitalar: relato de experiência. Sanare: **Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 15, n. 01, p.98-104, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/934>>. Acesso em: 27 set. 2018.

PINHEIRO, Bruno do Valle. Entendendo melhor a Insuficiência Respiratória Aguda. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 24, p. 3-8, jan. 2015. Disponível em: http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2015/n_03/04.pdf. Acesso em: 11 jun. 2020.

RAMOS, Viviane Oliveira; SANNA, Maria Cristina. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 355-360, junho,

2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000300020&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 05 de setembro de 2018.

ROCHA, Thays Batista da. **Vivências do enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência**: detalhes de um grande desafio. 2013. 91 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-9ATFE2>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

SILVA, Elisângelo Aparecido Costa da et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 571-7, set. 2010. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a23.htm>>. Acesso em: 03 set. 2018.

TOBASE, Lucia et al. Suporte básico de vida: avaliação da aprendizagem com uso de simulação e dispositivos de feedback imediato. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e 2942, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100388&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 de set. de 2018.

UNICESUMAR. Primeiros socorros na obstrução de vias aéreas por corpo estranho: **professores e monitores da educação infantil**. [Maringá, 2017]. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/1764/1/epcc--80225.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2020.