



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: CONHECIMENTO E PREPARO DO
ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ALINE DE OLIVEIRA PIRES

**CAJAZEIRAS – PB
2010**

ALINE DE OLIVEIRA PIRES

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: CONHECIMENTO E PREPARO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Esp. Maria Berenice Gomes N. Pinheiro

**CAJAZEIRAS – PB
2010**





Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

P667a PIRES, Aline de Oliveira
Atendimento pré-hospitalar: conhecimento e preparo
do enfermeiro da estratégia saúde da família./Aline de
Oliveira Pires. Cajazeiras, 2010.
65f.

Orientadora: Maria Berenice Gomes N.Pinheiro.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCCG

1. Atendimento Pré-Hospitalar. 2. Urgência e emergência.
2. Saúde da Família. I. Título.
3. Enfermeiro - conhecimento

UFCCG/CFP/BS

CDU- 616-083.98

ALINE DE OLIVEIRA PIRES

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: CONHECIMENTO E PREPARO DO
ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

APROVADO EM: __ / __ / __

BANCA EXAMINADORA

**Profª Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro
(Orientadora)**

**Profª Esp. Cláudia Maria Fernandes
(Membro- Examinador)**

**Profª Esp. Arieli Rodrigues Nóbrega Videres
(Membro - Examinador)**

**CAJAZEIRAS- PB
2010**

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA**

Dedico aos meus pais, exemplos de perseverança; aos meus irmãos, em especial Adelson por ser meu maior incentivador e sempre estar ao meu lado, apoiando-me e não medindo esforços para concretizar este sonho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pela oportunidade de vivenciar este momento e por acreditar no meu potencial, ensinar-me a ter paciência e aumentar ainda mais minha fé, guiando-me nesta longa caminhada, dando-me forças para superar todos os obstáculos e fazendo acreditar que no final tudo dará certo.

Aos meus pais, Celsa e Francimar, pelo amor, carinho, compreensão e pela confiança que sempre depositaram em mim, pessoas que tanto admiro: exemplos de vida.

Aos meus irmãos, Adelson e Allisson, que sempre me incentivaram e são meus maiores admiradores, sempre acreditando na minha capacidade e não medindo esforços para a realização de mais um sonho.

A todos meus familiares: avós, tias (os), primos, em especial a minha tia, Maria Helena, que sempre me deu forças e me acolheu como filha em sua vida, nunca poderei esquecer o que fez e faz por mim, e seus filhos José Rodolfo e Raphael (primos/irmãos), tenham certeza que são muito especiais em minha vida.

As minhas primas/irmãs, Marta Gerusa e Márcia Gerlânia, esta por ter aberto as portas de sua casa no início de minha academia, pelos momentos bons que passamos juntas e pelo carinho e apoio que sempre me deram.

Às minhas pequeninas, Laís e Larissa, responsáveis pelos momentos de descontrações e alegrias.

A cidade de Cajazeiras, que me recebeu de braços abertos e me deu todas as oportunidades durante minha formação, nunca irei esquecê-la.

Ao Hospital Regional de Cajazeiras, pela oportunidade de pôr em prática nossos aprendizados, bem como a todos os seus profissionais.

A Faculdade Santa Maria, minha paixão, e todos que fazem parte da mesma, aqui muitos conhecimentos foram repassados e com certeza levá-los-ei comigo. Em especial a minha turma (12), onde cultivei muitas amizades.

Às minhas companheiras de moradia e acima de tudo minhas grandes amigas, Valdéria e Suzana, que apesar da distância sempre estarão em meu pensamento, aprendi muito com as mesmas, amadureci bastante, compartilhamos momentos felizes e inesquecíveis.

À minha amiga/irmã Sinthya, também companheira de moradia (nesta reta final), exemplo de mulher determinada, aquela que está pronta para ajudar em todos os momentos com suas palavras esperançosas, de fé, com a qual dividi meus momentos de tensões e participou de maneira relevante na construção deste trabalho. Sempre estará comigo.

À minha pequena Sara Laís ("tia") que acompanhei em todos os momentos, desde a barriga até os seus primeiros passinhos, alegria dos nossos dias!

Às amigadas construídas, como Savana, Adriana, Gerlane, Luciana, pessoas que dividi muitos momentos bons e ruins também.

Aos meus Amigos da Faculdade, principalmente dos estágios, aprendi muito com todos.

A minha orientadora Berenice, que me acolheu de braços abertos sempre com o propósito de ajudar-me durante todo esse percurso. Obrigada pelo carinho, disponibilidade, paciência, pelas orientações que contribuíram para o aprimoramento de meu conhecimento acerca da pesquisa. Sou muito grata por tudo!

A todos que fazem parte da família da UFCG, em especial as professoras Cláudia e Arieli por fazerem parte da minha banca examinadora, contribuindo de maneira significativa para o desfecho dessa pesquisa, em especial a nossa preceptora Arieli, que nos ajudou no momento mais difícil do nosso curso, se doando com todo amor, dedicação, disposição, tenha certeza que serás sempre um exemplo a seguir. Obrigada pela disponibilidade e pelos comentários.

Aos enfermeiros (as) das unidades de saúde da família que me receberam e que se dispuseram a participar da pesquisa, contribuindo desta forma, significativamente para a realização desta.

A todos meus amigos, que são muitos, aqueles que se fazem presentes e também aqueles que moram mais distantes.

A todos os professores, que me repassaram muito dos seus conhecimentos e experiências.

Ao médico e amigo Dr. Haroldo, que me ajudou na construção deste trabalho, pelo exemplo de coragem, amor à profissão, dedicação e acima de tudo, pela humildade. Assim também como toda equipe do Resgate das Dunas, que foi de tamanha relevância para despertar ainda mais meu interesse por essa área.

A todos, meu muito obrigada!



UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

"Sou um eterno aprendiz que no traçado da história tenta entender quem sou. Sou apenas um caminhante a procura de mim mesmo."

(Augusto Cury)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCDE- Airway; Breathing; Circulation; Disability; Exposure

ACLS- Advanced Cardiologic Life Support

ACSS- Agentes Comunitários de Saúde

APH- Atendimento Pré-Hospitalar

ATLS- Advanced Trauma Life Support

BLS- Basic Life Support

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CNS- Conselho Nacional de Saúde

DEA- Desfibrilador Externo Automático

DSC- Discurso do Sujeito Coletivo

ECH- Expressões-Chave

EMS- Emergency Medical Services

EMTs- Emergency Medical Technicians

EPS- Educação Permanente em Serviço

ESF- Estratégia Saúde da Família

FSM- Faculdade Santa Maria

FV- Fibrilação Ventricular

GSE- Grupo de Salvamento de Emergências

IAM- Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC- Idéia Central

MS- Ministério da Saúde

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PALS- Pediatric Advanced Life Support

PCR- Parada Cardiorrespiratória

PHTLS- Pre-Hospital Trauma Life Support

PSF- Programa Saúde da Família

RCP- Reanimação Cardio-Pulmonar

RVS- Resistência Vascular Sistêmica

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAV- Suporte Avançado de Vida

SAVC- Suporte Avançado de Vida em Cardiologia

SBV- Suporte Básico de Vida

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TLSN- Trauma Life Support Nurses

TV- Taquicardia Ventricular

USF- Unidade de Saúde da Família

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELA E GRÁFICOS

Tabela 01- Referente aos dados característicos dos participantes da pesquisa.....	38
Gráfico 01- Distribuição do percentual quanto às ações prioritárias em um atendimento de emergência realizadas pelos enfermeiros entrevistados.....	43
Gráfico 02- Distribuição do percentual quanto aos sinais clínicos de uma PCR identificados pelos entrevistados.....	44

LISTA DE QUADROS

- Quadro 01-** IC e DSC referentes à pergunta: Durante sua formação acadêmica as disciplinas ofertadas na área de urgência e emergência foram suficientes?... 40
- Quadro 02-** IC e DSC referentes à pergunta: Em sua opinião como a Estratégia Saúde da Família deve estar preparada para o atendimento pré-hospitalar?..... 41
- Quadro 03-** ICs e DSCs referentes à pergunta: Você se sente preparado para atuar diante de uma vítima que necessite de um atendimento de emergência?... 45

RESUMO

PIRES, Aline de Oliveira. **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: conhecimento e preparo do enfermeiro da estratégia saúde da família.** Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2010. 65p.

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) é definido como o conjunto de medidas que são adotadas em um primeiro nível de atenção aos portadores de agravos à saúde, de diversas naturezas. Considerando-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma modalidade de APH fixo, torna-se mister considerar a relevância da preparação técnico-científica do enfermeiro que atua sobre a problemática. Destarte, o presente estudo objetivou levantar informações acerca do nível de conhecimento e preparo do enfermeiro da ESF no Atendimento Pré-Hospitalar. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, desenvolvido com oito enfermeiros que atuam na ESF do município de São João do Rio do Peixe, locado no estado da Paraíba. Os dados coletados no mês de junho de 2010 através de um roteiro de entrevista semi-estruturado foram analisados quantitativamente de forma descritiva e apresentados em gráficos e tabelas e, qualitativamente através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre e Lefèvre. Vale ressaltar que o estudo seguiu todos os pressupostos da Resolução 196/96 que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Os principais resultados permitiram verificar que em relação ao perfil sócio-demográfico dos enfermeiros, 62,5% pertencem ao gênero feminino, 100% possui idades entre a faixa etária de 26 a 35 anos, 75% realizaram curso de pós-graduação stricto sensu nas diversas áreas da enfermagem e, 100% possui mais de dois anos de experiência profissional na ESF. Ademais, observou-se que os enfermeiros enfatizaram a carência da discussão que envolve a problemática na grade curricular do curso de enfermagem, o que conseqüentemente contribuiu negativamente para a limitação do preparo técnico desde profissional, bem como para um conhecimento insatisfatório acerca do APH. Com isso, vê-se a necessidade de uma reforma na grade curricular dos cursos de enfermagem a fim de atender as expectativas que emergem para a formação qualificada do graduando. Ainda, espera-se que os gestores locais da saúde, bem como os próprios enfermeiros, repensem a qualidade do atendimento dispensado a clientela e invistam na educação permanente em saúde como uma estratégia política de melhoria dessa assistência.

Palavras chaves: Atendimento Pré-Hospitalar. Enfermeiro. Urgência e Emergência.

ABSTRACT

PIRES, Aline de Oliveira. **PRE-HOSPITAL CARE: knowledge and skills of Family Health Strategy nurse.** Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2010. 65p.

Pre-Hospital Care (PHC) is defined as a set of measures that are adopted in a first level of care to patients with health problems of various natures. Considering the Family Health Strategy (FHS) as a mode of fixed PHC, it is needful to consider the relevance of technical-scientific preparation of the nurse working on the problem. Therefore, this study had as goal to gather information about the level of knowledge and skills of FHS nurse at Pre-Hospital Care. This is an exploratory-descriptive study with quantitative and qualitative approach developed with eight nurses who work at FHS from the municipality of São João do Rio do Peixe, which is located in the state of Paraíba. Data collected in June, 2010, through a roadmap for semi-structured interview were quantitatively analyzed descriptively and presented in graphs and tables, and qualitatively, using the technique Discourse of the Collective Subject (DCS) from Lefèvre of Lefèvre. It is noteworthy that the study followed all the requirements of Resolution 196/96 which provides for research involving human beings. The main results indicated that in relation to socio-demographic profile of nurses, 62.5% belong to female genre, 100% are at ages between 26 to 35 years, 75% can a strict sense postgraduate course in the various areas of nursing and 100% have got more than two years of professional experience at FHS. Furthermore, it was observed that nurses emphasized lack of discussion involving problems related to the curriculum framework of the nursing course, what consequently, negatively contributed to the limitation of this professional technical skills as well as to an unsatisfactory knowledge about PHC. Thus, it is seen the need for reforming the curriculum framework of nursing courses in order to attend the expectations which emerge for qualified formation of undergraduate student. It is still expected local health managers, as well as the nurses themselves, to rethink the quality of care provided to customers and invest in continuing education on health as a political strategy to improve this care.

Key-words: Pre-Hospital Care. Nurse. Urgency e Emergency.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 GERAL	18
2.2 ESPECÍFICOS	18
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
3.1 HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	20
3.2 ASPECTOS PECULIARES DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....	25
3.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	29
4 METODOLOGIA	32
4.1 TIPO DE ESTUDO	33
4.2 CAMPO DE PESQUISA	34
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	34
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	34
4.5 COLETA DE DADOS.....	35
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	35
4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR.....	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS.....	38
5.2 DADOS REFERENTE À PROPOSTA DO ESTUDO	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	56
APÊNDICE- A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
APÊNDICE- B Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável	
APÊNDICE- C - Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Participante	
APÊNDICE- D - Instrumento de Coleta de Dados	
ANEXOS	63
ANEXO A- Ofício encaminhado a Secretaria de Saúde	
ANEXO B - Certidão de aprovação emitida pelo CEP	

O Atendimento pré-hospitalar (APH) se caracteriza por ser um conjunto de procedimentos técnicos que objetivam manter a vítima/paciente com vida e em situações mais próximas possíveis da normalidade até sua chegada a uma unidade hospitalar, sendo o resultado da convergência de diversas situações preocupadas com a atenção de emergências, portanto torna-se a cada dia uma peça fundamental para salvar vidas, sendo um importante setor na área de saúde (PERGOLA; ARAÚJO, 2008).

Para Martins (2004), no APH as atividades são distribuídas de acordo com cada profissional envolvido, em que os mesmos desenvolvem suas atribuições com competência, objetivando uma assistência de qualidade, sustentada pela eficiência, acolhimento, segurança e conforto. O enfermeiro é um elemento que participa ativamente da equipe de APH, assumindo responsabilidades pelas vidas das vítimas que atende, devendo este apresentar habilidades fundamentais como: avaliação, intuição, tomada de decisão, comunicação com o paciente e conhecimento e preparo.

O APH é um assunto de grande complexidade, visto que atua em situações diversas e que apresentam diferentes complexidades, devendo ser melhor abordado pelas instituições de nível superior, para que possa oferecer aos futuros profissionais enfermeiros um preparo técnico e embasamento que os permita realizar uma assistência de qualidade.

A capacitação e educação continuada das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção são citadas como componentes fundamentais em acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde. De acordo com Vargas (2006), o modelo de ensino e pesquisa no Brasil sofre a influência norte-americana, o qual segue uma visão integralista. E quanto às políticas de extensão de cobertura e de atenção primária em saúde, a formação do enfermeiro generalista centra o ensino nas competências das diversas áreas de atuação do profissional, capacitando-os para a assistência individual e coletiva dirigida à criança, mulher, adulto nas demais áreas.

Considerando-se que é indispensável a todos os níveis de atenção à saúde o conhecimento na área de urgência e emergência, indaga-se: será que os enfermeiros das Estratégias Saúde da Família sentem-se preparados para atuarem diante de uma situação que requer um atendimento imediato? E diante de tal situação qual é o seu nível de conhecimento acerca do assunto,

O interesse pelo o tema surgiu no estágio curricular supervisionado na rede pública de saúde, onde foi possível perceber certa carência em relação ao atendimento emergencial prestado por esses profissionais nas suas referidas Estratégias Saúde da Família (ESF).

O presente estudo ressalta-se para que sirva de instrumento de pesquisa nessa área, não somente por parte dos profissionais, mas também que seja de iniciativa dos estudantes durante suas graduações, que os mesmos possam identificar a necessidade que se faz diante de situações emergenciais, ou seja, de se ter um preparo técnico embasado.

Ao longo deste trabalho apresenta-se o atendimento pré-hospitalar, alguns aspectos peculiares do mesmo e a ESF, buscando melhor entender os aspectos técnicos e práticos necessários para que esse profissional de saúde possa promover o bem estar de sua clientela.

Esta pesquisa tem como benefícios oferecer uma maior atenção em relação aos enfermeiros das ESF, diante dos atendimentos desenvolvidos pelos mesmos frente a determinadas situações que estão fora de suas rotinas de trabalho e o fornecimento de subsídios para a construção de políticas públicas para promover e incentivar a educação em saúde para esses profissionais, através de cursos de capacitação nessa área, e com isso espera-se uma melhor qualidade de vida para as populações atendidas.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Levantar o nível de conhecimento e preparo do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família no Atendimento Pré-Hospitalar.

2.2 ESPECÍFICO

- Identificar o preparo recebido pelos enfermeiros da ESF na graduação para atuarem em situações que requerem atendimento pré-hospitalar.
- Averiguar a necessidade de cursos de capacitação nessa área para esses profissionais.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

O atual conceito de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) é relativamente novo, esse modo de cuidar do doente sempre existiu nas sociedades, independente de ser conceituado. De acordo com Silva (2007), as condições de risco para a vida das pessoas sempre existiram e junto com elas a preocupação de se prestar da maneira mais rápida possível um atendimento visando uma melhor estabilização da vida do indivíduo.

Antes de começar a falar do APH, é importante conceituar os termos urgência e emergência. Existem várias definições que ainda não são claras para a maioria dos profissionais de saúde, usadas indiscriminadamente no cotidiano. A urgência é uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador precisa de assistência imediata, porém, sem risco de perder a vida, apresentando uma gravidade considerada ameaçadora à integridade física ou psicológica da pessoa, como por exemplo, uma fratura que necessite de imobilização e crises de asma. Enquanto que a emergência pode ser definida como a constatação de condições de agravos à saúde que implicam em risco de morte ou sofrimento intenso, lesões irreparáveis, como as hemorragias, os ataques cardíacos, amputações, etc (JARDIM, 2008).

Toda e qualquer assistência prestada fora do âmbito hospitalar recebe essa denominação, a mesma tem como finalidade atender vítimas em situações de urgência e emergência visando à manutenção da vida e a minimização de seqüelas (SILVA, 2008).

O Ministério da Saúde (MS) (2002) considera como nível de APH na área de urgência e emergência aquele que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo e que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, necessitando de assistência adequada e transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Oliveira et al., (2007) define como sendo a assistência prestada num primeiro nível de atenção aos portadores de agravos urgentes a saúde, de natureza clínica, cirúrgica, traumática, psiquiátrica, obstétrica e pediátrica, tendo como objetivo diminuir o intervalo de tratamento entre as vítimas e possibilitando maiores chances de sobrevivência e a diminuição das seqüelas incapacitantes.

Para Martins (2004), essa modalidade é originária dos campos de batalhas, uma vez que muitos dos avanços atuais tiveram origem no cuidado imediato de soldados feridos durante as guerras, sendo aperfeiçoada nas grandes cidades a partir do momento que passam a conviver com outras formas de violência, dentre elas principalmente a do trânsito e a interpessoal, causadoras de prejuízos à humanidade tanto quanto as guerras.

Os primeiros registros sobre a prática assistencial denominada de APH remontam as batalhas de Napoleão Bonaparte, na Prússia, no final do século XVIII, na Europa, nas quais se perdia muitas vidas, principalmente a de soldados. Por volta de 1792, o cirurgião de guerra Dr. Baron Dominique Jean Larrey idealizou a “ambulância voadora”, sendo esta uma carroça puxada por cavalos, que se caracterizavam por serem leves e velozes e tinham como objetivo retirar rapidamente homens feridos do campo de batalhas, para prestar-lhes os primeiros cuidados. Nessas “ambulâncias” trabalhavam homens com treinamento em cuidados médicos. Uma vez realizada a avaliação e o primeiro atendimento, a vítima traumatizada era conduzida até os “hospitais de campanha” onde era realizado o atendimento definitivo (DOLOR, 2008).

Com o surgimento da era industrial, no final do século XIX, surgiram também os motores à combustão que foram incorporados a modelos confortáveis e seguros. A equipe já era composta por condutor, pessoal de enfermagem e eventualmente o médico. Em 1900, as unidades estavam motorizadas e havia equipes específicas, já da recém criada Cruz Vermelha Internacional, formada em 1863 na Suíça, a mesma teve um importante papel no desenvolvimento do cuidado aos feridos, nos campos de batalhas (SILVA, 2007).

Ainda consta que o médico Baron Dominique foi o primeiro a reconhecer a importância da rápida avaliação do paciente como forma de tratamento precoce, visando diminuir o risco de vida e possíveis agravamentos. O mesmo desenvolveu todos os preceitos do cuidado de emergência utilizados atualmente: rápido acesso ao paciente por profissional treinado, tratamento e estabilização, rápido transporte aos hospitais de campanha apropriados e cuidados médicos durante o mesmo (MARTINS, 2004).

Em determinado momento, verificou-se que não era suficiente desenvolver apenas a prática assistencial durante o primeiro contato e transportes, pois as vítimas morriam posteriormente por deficiências nos cuidados e tratamentos

definitivos. Comparando-se as guerras do Vietnã e da Coréia com a Segunda Guerra Mundial, ficou constatado que a rapidez na remoção dos feridos dos campos de batalha associada a medidas de estabilização do paciente durante seu transporte reduziu de maneira significativa a mortalidade (NASI, 1994).

As primeiras descrições de serviços não-militares dessa modalidade às vítimas de trauma são do início do século XX e também se fundamenta apenas no transporte para assistência em nível hospitalar. Os anos que se seguiram demonstraram nitidamente a relevância da existência de serviços especializados em trauma e a importância do APH de forma adequada, culminando com a estruturação dos Emergency Medical Services (EMS), da maneira como estão estruturados hoje, nos Estados Unidos, no final da década de 1960. Sendo que o curso de Atendimento Pré-Hospitalar em Trauma (PHTLS, Pre-Hospital Trauma Life Support), da maneira como é utilizado atualmente, foi estruturado na metade dos anos 80, após a experiência bem-sucedida da utilização do Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS, Advanced Trauma Life Support) (NASI, 2005).

Antes da década de 1960, o APH consistia nos primeiros socorros e transportes para o hospital. Na chegada do indivíduo ao ambiente hospitalar, ele era avaliado por um médico e o tratamento era iniciado (CUNHA; SANTOS, 2003).

A partir desta data inicia o funcionamento do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) em virtude das desproporções entre os meios para tratar os pacientes politraumatizados nos hospitais e os meios arcaicos do atendimento pré-hospitalar se tornarem evidentes, verificando-se a precisão de capacitação das equipes de socorro com a finalidade de aumentar as chances de sobrevivência das vítimas, iniciando-se pelos cuidados básicos e em seguida, pelos avançados essenciais centrados na reestruturação e manutenção da ventilação, respiração e circulação adequadas (SILVA, 2008).

Aqui surge a idéia de deslocar a equipe médica para o local da ocorrência a fim de iniciar a assistência o mais rápido possível. É assim nasce o SAMU Francês, que tem o médico como pilar, que regula e monitora o paciente até sua chegada ao hospital. Em 1966, se desenvolveram nos Estados Unidos os Sistemas de Emergência Médicas com o objetivo de promover o APH às vítimas de acidentes de trânsito nas rodovias federais. Em 1968 foi criado o número 911 com o intuito de centralizar todas as chamadas de emergência (JARDIM, 2008).

Um das principais diferenças entre o APH americano e o francês é que o primeiro caracteriza-se pela rápida transferência do paciente local onde se encontra até um centro especializado (*catch and carry*, ou “pegar e levar” como também é conhecido de forma informal), minimizando o tempo despendido na cena e otimizando os procedimentos no local para que o transporte seja realizado com rapidez. Já no modelo francês, os primeiros cuidados no trauma ou evento clínico tem fundamental importância, sendo considerado como diferencial nos resultados em longo prazo. Tais diferenças são visíveis já na estruturação dos serviços: enquanto no modelo americano é dado por EMTs (emergency medical technicians), profissional sem formação médica, os SAMUs franceses centralizam-se na figura dos médicos reguladores e socorristas (NASI, 2005).

Atualmente existem inúmeros cursos de atualização e capacitação, os quais instituem protocolos para atendimentos de emergências ou urgências, tais como: Advanced Cardíologic Life Support (ACLS), o Advanced Trauma Life Support (ATLS), o Basic Life Support (BLS), o Pediatric Advanced Life Support (PALS), o Prehospital Trauma Life Support (PHTLS), o Trauma Life Support for Nurses (TLSN), entre outros, sendo realizados em ritmo intenso, buscando promover uma atualização em suporte de vida nas distintas modalidades e especialidades da assistência, procurando estabelecer conceitos e desenvolver práticas em condições simuladas, porém que sejam seguras tanto para os alunos como também para os preceptores (DOLOR, 2008).

No Brasil, por muitos anos, as ambulâncias foram consideradas mais como Sistemas de Transportes do que como unidades de cuidados precoces. Essas atividades tiveram início a partir de 1808, com a chegada da Família Real Portuguesa, passando a funcionar nos moldes do serviço europeu, por meio de carruagens. O Estado procurou responsabilizar-se pela missão de transportar as vítimas e acidentados para os hospitais. Em 1904 foram instalados no Rio de Janeiro, postos de Pronto Socorro e várias ambulâncias foram importadas da Europa. Desde então, até 1975, o único recurso humano que a mesma transportava era o condutor veicular (JARDIM, 2008).

Azevedo (2002) relata que, no Estado de São Paulo, o Decreto n° 395/1893 estabeleceu a responsabilidade do Serviço Legal da Polícia Civil do Estado para atender as emergências. A partir de 1910, com o Decreto n° 1392, tornou-se obrigatória a presença de profissionais médicos em acidentes e incêndios.

No Brasil o desenvolvimento do APH teve início no Rio de Janeiro com importante atuação do Corpo de Bombeiros-Grupo de Salvamento de Emergência (GSE) quando da implementação do Programa Nacional de Enfrentamento de Emergências e Traumas. E em 1988, em São Paulo, após um longo período de estudos e pesquisas surgiu o Projeto Resgate ou Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU (SILVA, 2008).

Em 1º de junho de 2001, foi criada a Portaria Ministerial nº 814/GM, que regulariza o APH móvel por parte do Sistema Único de Saúde, sendo o médico regulador de urgências a autoridade sanitária pública que, por delegação do gestor do SUS, ordena e coordena o uso de todos os recursos envolvidos no atendimento de saúde às urgências, devendo, para isso, contar com a articulação e com a integração dos recursos de outros setores que prestam socorro à população, tais como bombeiros e policiais militares e rodoviários (NASI, 2005).

A regulamentação dos serviços de APH no Brasil ocorreu por meio da Portaria nº 2.048/GM, Ministério da Saúde, de 5 de novembro de 2002, denominando o atendimento pré-hospitalar móvel como Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (CALIL; PARANHOS, 2007).

O serviço de APH deve ser entendido como uma atribuição da área de saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com uma equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais. Esta região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco – regional (BRASIL, 2002).

Nesse sistema há uma normalização para a composição das equipes de socorro segundo complexidade, regulando os tipos de unidades móveis e suas atribuições e recursos, havendo protocolos para atendimento de múltiplas vítimas, além de ferramentas operacionais regulares (MINAYO; DESLANDES, 2008).

De acordo com MS (2003), Portaria nº 1863/GM, em 29 de setembro de 2003, define que a Política Nacional de Atenção às Urgências, deve ser instituída a partir de alguns componentes fundamentais, baseados na organização de redes loco -

regionais de atenção integral às urgências, como: componentes Pré-Hospitalar Fixo, Pré-Hospitalar Móvel, Hospitalar e Pós-Hospitalar.

Para Santos et al., (2003), o acesso dos usuários aos serviços do SUS deve ser feito, preferencialmente, a partir das unidades de atenção básica (as unidades básicas e de saúde da família), estas nos seus horários de funcionamento, devem estar preparadas para resolverem as pequenas urgências dos casos crônicos de sua clientela. Devendo ser responsabilizadas pelo acolhimento dos pacientes com estes quadros, de sua área de cobertura ou adscrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com esse nível de assistência.

3.2 ASPECTOS PECULIARES DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

O APH tem crescido e se tornado cada vez mais expressivo na sociedade brasileira e mundial. O aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre o SUS, uma vez que há um aumento dos gastos com internação hospitalar, assistência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e tempo de hospitalização (SILVA, 2007).

Dentro do seu contexto, existem duas modalidades cujas ações são divididas em Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV). A primeira é definida como sendo a estrutura de apoio oferecida à pacientes com risco de morte desconhecida, promovida por profissionais de saúde, por meio de medidas conservadoras não-invasivas como: imobilização cervical, compressão de sangramento, curativo oclusivo e imobilização em prancha longa. Enquanto que, a segunda corresponde à estrutura de apoio oferecida a aqueles com risco de morte, promovida por profissionais médicos, por meio de medidas não-invasivas ou invasivas, tais como: intubação endotraqueal, toracocentese, drenagem torácica, pericardiocentese, entre outros (MALVESTIO; SOUSA, 2002).

De acordo com Nasi (2005), existem diversas situações críticas que determinam a necessidade de atendimento imediato emergencial e definitivo, dentre elas temos as afecções por causas externas, a violência urbana e as doenças cardiovasculares, respiratórias e metabólicas. No manejo dos pacientes com intercorrência clínica sempre se leva em conta o tempo que pode ser despendido na cena do atendimento e a necessidade/possibilidade de tratamento naquele

momento, ou se o mesmo pode ser postergado para um mesmo em nível hospitalar com segurança e com resultados sem agravo ao quadro clínico no trajeto.

Dentro do APH, destacam-se as doenças cardiovasculares, que ocupam a primeira causa geral de mortalidade em nosso meio, cerca de 250.000 brasileiros morrem por ano em decorrência principalmente do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), cinquenta por cento das vítimas morrem antes de chegar ao hospital, nas primeiras duas horas após o início dos sintomas. Assim, a morte súbita por ataque cardíaco (PCR- parada cardiorrespiratória) é a emergência clínica mais comum nos dias de hoje, desta forma os profissionais do APH devem estar aptos a identificar sinais e sintomas que possam sugerir uma emergência clínica de origem cardiovascular ou não, e as medidas de estabilização a serem tomadas (OLIVEIRA et al., 2007).

A parada cardiorrespiratória ou cessação dos batimentos cardíacos e movimentos respiratórios é uma complicação que poderá ocorrer antes ou durante o atendimento, para qual o profissional deverá saber a relação compressões/ventilação, cabendo ao mesmo saber manusear o desfibrilador externo automático (DEA) (ATALLAH; HIGA, 2008).

Segundo Dolor (2008), a principal causa da parada cardíaca durante um episódio isquêmico agudo do coração é a fibrilação ventricular (FV), e um dos tratamentos mais eficazes nessa ocorrência é a desfibrilação externa, cujo sucesso é extremamente tempo-dependente.

Outro agravo comum no APH é o trauma, que representa a causa de morte mais significativa nas primeiras quatro décadas de vida e por acometer preferencialmente pessoas jovens e previamente saudáveis, resulta em perda de potencial de trabalho e de produtividade e, portanto, em custos sociais imensamente maiores que outras doenças como as cardiovasculares, por exemplo, (CALIL; PARANHOS, 2007).

Corroborando com isso, Dolor (2008) afirma que o atendimento a vítimas de trauma segue os protocolos estabelecidos pelo ATLS e pelo PHTLS, a grande maioria dos acidentes e inúmeros agravos à saúde ocorrem, em geral, fora do ambiente hospitalar. Tal fato exige que a sociedade e os profissionais da saúde disponham dos recursos apropriados e criem condições para o atendimento ao indivíduo mais precocemente possível e no local do acidente ou onde se encontra a pessoa com a saúde agravada.

Estabelecer uma rotina de prioridades no atendimento de urgência à vítima, seja ela clínica ou traumática, é de fundamental importância para garantir maiores chances de sobrevivência e diminuir seqüelas. Também assegura à equipe de socorro direcionar atenção às situações mais prementes, ou seja, que colocam a vida do paciente em risco, em vez de priorizar as situações mais evidentes, porém, de menor gravidade (OLIVEIRA et al., 2007).

As entidades que instituem a sistematização do atendimento criaram uma rotina padrão acessível a qualquer profissional de saúde, em centros avançados ou zonas rurais, mas que garantem a preservação da vida. A mesma consiste na preparação (atendimento pré-hospitalar), triagem, exame primário (ABCDE), reanimação, exame secundário, monitorização e reavaliação contínua e tratamento definitivo (ROLOFF, 2007).

Em um grande acidente, a triagem inicia-se no próprio local do evento, consiste numa avaliação rápida das condições clínicas das vítimas para estabelecer prioridades no atendimento médico, as mesmas serão estabilizadas pelo suporte básico e avançado de vida e encaminhadas por ordem de gravidade ao recurso hospitalar mais adequado para cada caso; tornando-se possível a adequação de recursos humanos e materiais às reais necessidades da vítima, exercendo influência nas taxas de morbidade e mortalidade. Dentro do hospital este processo também é realizado, estabelecendo-se as prioridades através do ABCDE (WHITAKER et al., 1998).

A avaliação primária basicamente visa identificar precocemente qualquer prejuízo à oxigenação nos pulmões e à distribuição do mesmo aos tecidos e seu manejo inicial, a mesma segue uma ordem de prioridades conhecida como ABCDE (A-Airway: vias aéreas com controle cervical; B-Breathing: respiração-ver, ouvir e sentir; C-Circulation: circulação com controle de hemorragias; D-Disability: estado neurológico, nível de consciência; E-Exposure: exposição da vítima) devendo-se completar cada etapa antes de passar para a seguinte. Muitas vezes, na prática, alguns passos podem ser abordados simultaneamente, o que não invalida a necessidade de pensamento disciplinado (OLIVEIRA et al., 2007).

O objetivo da reanimação consiste em restabelecer a circulação efetiva e a oxigenação tissular e para um bom desempenho, é essencial a utilização da corrente de sobrevivência com a finalidade de adequar o atendimento e realizá-lo em tempo hábil, essa corrente é dividida em quatro elos: Acesso Rápido (à vítima, com

reconhecimento dos sinais de PCR, imediato e solicitando-se ajuda providenciando-se um desfibrilador); RCP rápida; desfibrilação rápida (identifica-se o ritmo cardíaco, se for fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso, deve-se realizar a desfibrilação rapidamente); Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC) rápido e o encaminhamento da vítima ao serviço especializado (CALIL; PARANHOS, 2007).

No exame secundário devem-se examinar todos os seguimentos do corpo, sempre na mesma ordem (exame segmentar): crânio, face, pescoço, tórax, abdômen, quadril, membros inferiores e superiores e dorso. Procurar lesões e correlacionar com demais sinais e sintomas do paciente. Nessa fase, realizar: inspeção, palpação, ausculta e finalizar com a aferição dos dados vitais (frequências cardíacas e respiratórias, pressão arterial, oximetria e escala de coma e trauma (CAVALCANTE, 2003).

De acordo com Oliveira et al., (2007), uma das causas mais freqüentes de obstrução de vias aéreas em vítimas de trauma é a inconsciência, pois a mesma provocará o relaxamento da língua e conseqüentemente a queda desta contra a orofaringe, impedindo a passagem do ar, fazendo-se necessário a avaliação para o reconhecimento precoce desta obstrução, seja por corpo estranho sólido ou líquido, para que assim possa ser solucionado e evite-se uma evolução para um parada cardiorrespiratória.

Outra complicação bastante relevante no atendimento é a presença de hemorragia que pode levar à vítima a um quadro de choque hipovolêmico, sendo este o tipo mais comum em pacientes traumatizados. Há uma diminuição do débito cardíaco em virtude da diminuição da pré-carga, conseqüentemente o baixo fluxo sanguíneo leva à hipóxia. O organismo ativa seus mecanismos de compensação, através do aumento da contratilidade cardíaca, da resistência vascular sistêmica (RVS) e da frequência cardíaca. O tempo em um atendimento imediato, ou seja, de urgência é um requisito primordial para a redução de seqüelas ou até mesmo para se evitar um óbito. Há uma necessidade de rapidez, diferenciando-o do serviço de saúde hospitalar, sendo praticando de forma qualitativa, por pessoas tecnicamente capacitadas e empenhadas em oferecer o melhor para seus pacientes (MARSON et al., 1998).

3.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Sistema Único de Saúde e seus fundamentos de geração de cidadania e direito à saúde têm, ainda, uma história curta de existência, visto ter sido formalmente criado em 1988 e regulamentado em 1990. Nesse espaço de tempo, foram debatidos vários temas e o da qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde vem acontecendo desde os primórdios de 2001. A oferta dos Cursos de Especialização em Saúde da Família faz parte da qualificação dos profissionais de saúde e do conjunto de serviços, unidades de saúde da família que, com a sua disseminação por todo o país, a partir de 1994, deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica aos excluídos do consumo de serviços, para ser reconhecido como Estratégia de concretização do SUS (TEIXEIRA, 2006).

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma tática de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, apresenta-se como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção. Isso imprimiria uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde e a população (ROSA; LABATE, 2005).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde, e deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, podendo atuar com uma ou mais equipes. Nela o Enfermeiro desenvolve atividades tanto na unidade de saúde quanto na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho de sua equipe e assistindo as pessoas que necessitem de atenção específica de enfermagem. A mesma, como categoria profissional que visa à saúde individual e coletiva, sempre buscou a interface entre a comunidade e os serviços de saúde. Incorporando a ESF, contribuindo de forma significativa nos processos de planejamento, coordenação, implantação e avaliação dessa nova proposta, portanto não é uma idéia, nem uma proposta nova, sendo decorrente de diversas tentativas que ocorreram no movimento sanitário e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (FIGUEIREDO, 2008).

A equipe de profissionais da ESF é composta por: um médico generalista, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACSs). Cada equipe é responsável por uma área de abrangência com média de 650 a 1.000 famílias, sendo cada uma subdividida em microáreas, conforme o número de ACS da equipe. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde da comunidade (SAITO; OHARA, 2008).

A enfermagem, por estar em contato direto com a família, precisa ampliar a lógica racional, revisar o discurso de clínica, decodificando não só as questões biopsíquicas, mas resgatar, pensar e refletir sobre os valores da vida, as condições sociais e as formas como as pessoas enfrentam os problemas (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde a atenção básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com SUS e seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da Saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetria, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. A Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, Portaria GM nº 1.863 de 29 de setembro de 2003, nos trás além do componente pré-hospitalar móvel de urgência, o componente pré-hospitalar fixo. O Atendimento pré-hospitalar Fixo deve ser realizado pelo nível de Atenção Básica de Saúde. Dentre as justificativas e considerações para a instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências, a Portaria GM nº 1.863 de 29 de setembro de 2003 cita que é responsabilidade do Ministério da Saúde:

“Estimular a atenção integral às urgências por meio da implantação e implementação dos serviços de atenção básica e saúde da família, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências, pré-hospitalar móvel, portas hospitalares de atenção às urgências, serviços de atenção domiciliar e reabilitação integral no País” (BRASIL, 2003. p 16).

De acordo com Soerensen et al., (2008), o papel do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar, seja ele móvel ou fixo, é multifacetado que inclui prática, pesquisa, educação, gerenciamento, auditoria e administração.

O Enfermeiro é um elemento que participa ativamente da equipe de APH, assumindo responsabilidades pelas vidas das vítimas que atende, sendo necessárias decisões imediatas, baseadas em conhecimento prévio e rápida avaliação, definindo prioridades para o atendimento (CALIL; PARANHOS, 2007).

Silva e Menezes (2001) definem metodologia como um conjunto de ações que tem como propósito encontrar a solução para um determinado problema, tendo por base procedimentos racionais e sistemáticos. A pesquisa é realizada quando se tem um problema e não tem informações para solucioná-lo. Significa procurar respostas para as indagações propostas.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo adquire características de uma pesquisa de campo exploratória descritiva, com abordagem quanti- qualitativa.

A pesquisa de campo é utilizada com objetivo de conseguir informações e/ou conhecimento acerca de um problema, para o qual se preocupa uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar e descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles (MARCONI; LAKATOS, 2002).

De acordo com Gil (2002), a pesquisa exploratória tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos. Envolve levantamentos bibliográficos e documentais, entrevistas não padronizadas e estudos de caso.

Para Martins Júnior (2008), a pesquisa descritiva visa descobrir e observar fenômenos existentes, situações presentes e eventos, procurando desta forma descrevê-los, classificá-los, compará-los, interpretá-los e avaliá-los, com o objetivo de esclarecer situações para idealizar futuros planos e decisões.

A pesquisa quantitativa cuida de quantificar dados, conceitos, subsídios com a utilização de recursos técnicos estatísticos, desde os mais simples, como porcentagem média, valor mais freqüente, até o uso mais complexo como coeficiente de correlação, regressão, ente outros (HANDEM et al., 2008).

De acordo com Godoy (1995), a pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados, surge de questões ou focos de interesses amplos que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve, envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada. A pesquisa qualitativa ocupa-se da investigação de eventos qualitativos, mas com referências teóricas menos restritas com maior oportunidade de manifestação para a subjetividade do pesquisador.

4.2 CAMPO DE PESQUISA

O estudo foi realizado na cidade de São João do Rio do Peixe, no Estado da Paraíba. Localizada a 485 km da capital, clima quente e seco, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2007) a cidade possui 17.661 habitantes. Situa-se a oeste do sertão paraibano, na Microrregião Homogênea de Cajazeiras. Limita-se ao norte pelo município de Uiraúna. Ao sul com Cajazeiras. Ao leste com Sousa e ao Oeste com Santa Helena (SOUSA, 2007).

O local para a realização do estudo foram as Unidades Saúde da Família (USF) do referido município, totalizando 08 Unidades, sendo que 03 destas localizam-se na zona urbana e as demais na zona rural.

O motivo da escolha do campo de estudo se deu devido a um conhecimento prévio das pesquisadoras das unidades de saúde, e afinidade a clientela descrita.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Haddad (2004), a população define-se como um conjunto de todos os elementos que possuem determinadas características em comum. Enquanto que, a amostra seria um subconjunto desta população.

A população foi composta por 08 enfermeiros das referidas unidades, em que todos participaram da pesquisa, uma vez que se enquadraram nos critérios de inclusão da mesma. Foram inclusos na pesquisa, os enfermeiros de ambos os sexos, que estavam em atividade durante a pesquisa e que aceitaram participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos da pesquisa aqueles enfermeiros que por algum motivo não estivesse em atividade, como licença, férias ou outros.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para nortear o estudo foi um questionário semi-estruturado (APÊNDICE E), que se encontra dividido em duas etapas, a primeira contém as perguntas que caracterizam os dados sócio-demográficos da amostra, sendo formado por 03 questões fechadas e 01 aberta. A segunda etapa direciona-se aos objetivos da temática em estudo, compreendendo 05 perguntas abertas.

4.5 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados tem por objetivo reunir os dados pertencentes ao problema a ser investigado. A coleta e o registro dos dados pertinentes ao assunto tratado é a fase decisiva da pesquisa científica, a ser realizada com o máximo de rigor e empenho do pesquisador (PÁDUA, 2004).

Primeiramente foi estabelecido um contato com a Secretaria de Saúde de São João do Rio do Peixe e com os Enfermeiros das Estratégias Saúde da Família do mesmo município através de ofícios, que explicou os objetivos do estudo e solicitou autorização para a realização da coleta de dados. Uma vez autorizada, uma segunda visita foi realizada para entrega e resolução dos questionários. Os dados foram coletados no mês de junho de 2010, após a aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria (FSM).

Os participantes do estudo foram informados sobre a pesquisa, o propósito bem como seus objetivos, foram deles a decisão pela participação livre, concordando e assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), no período para a coleta de dados.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram analisados através de estatística descritiva, sendo os resultados apresentados em tabela e gráficos utilizando os programas do Microsoft Word e Excel 2007.

Na análise dos dados qualitativos foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Lefèvre e Lefèvre (2005), que permitiu o resgate das opiniões coletadas. Este tipo de análise sugere que o discurso dos depoentes seja passado para palavra escrita e depois lida várias vezes para destacar as Expressões-Chave – ECH, segundo estes mesmos autores estas são expressões que simbolizam a percepção do sujeito sobre o questionamento feito. Depois se retira de sua fala as Idéias Centrais – IC, idéias essas que representam sua opinião sobre esse tema. Após todo esse processo categorizam-se os grupos de sujeitos que possuem a mesma percepção e a mesma representação sobre um determinado tema. E por fim constrói-se um único discurso com a união das expressões-chave destacadas no discurso de cada sujeito.

4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

Este estudo foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria e seguiu os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº 196/96, outorgada pelo decreto nº 93.933/87 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que incorpora quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

De acordo com a recomendação da Portaria 196, foi garantida aos sujeitos, a liberdade de participar ou não do estudo. Foi esclarecido a cada participante quanto aos objetivos do estudo e sendo solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A fim de evitar qualquer tipo de constrangimento, a identidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa foi assegurada e preservada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta presente etapa da pesquisa mencionou-se o resultado da coleta de dados que foi realizada de acordo com os objetivos propostos inicialmente neste estudo. Utilizou-se o recurso de tabela e gráficos que foi construída tendo como bases os programas Microsoft Word e Excel (2007), para contemplar a análise de dados quantitativos. Já os dados qualitativos foram analisados com base no Discurso do Sujeito Coletivo à luz de Lefèvre e Lefèvre (2005), que se caracteriza pela proposta de tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos dos enfermeiros entrevistados. Desta forma, analisou-se o material coletado extraíndo-se de cada um dos depoimentos as expressões chaves, e a partir daí alcançou-se as idéias centrais e os resultados esperados.

De início expuseram-se os dados característicos da amostra e posteriormente apresentaram-se aqueles referentes aos objetivos da pesquisa.

5.1- DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

Tabela 01- Referente aos dados característicos dos participantes da pesquisa.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	5	62,5
Masculino	3	37,5
Idade		
26 – 30 anos	4	50,0
31 – 35 anos	4	50,0
Grau de Formação		
Pós-graduação	8	100
Tempo de atuação na ESF		
2 – 5 anos	7	87,5
6 – 10 anos	1	12,5
Total	8	100

Os dados característicos dos entrevistados apresentados na tabela 01 demonstram que 62,5% (n=5) são do gênero feminino e 37,5% (n=3) do gênero masculino, evidenciando que a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina, sendo uma característica comum, porém percebe-se também que os profissionais do sexo masculino vêm ganhando seu espaço no mercado de trabalho.

Para Moreira (1999), a enfermagem parece operar uma aproximação entre os mundos públicos e domésticos, através de um trabalho identificado como feminino. As tarefas de cuidado, higiene, gestão do espaço hospitalar aproximam-se do

universo doméstico e não raramente as enfermeiras(os) referem um sentimento de "donas-de-casa".

Segundo Daher et al., (2002), a prática de cuidar como uma habilidade exclusiva ou predominantemente feminina é uma construção não apenas social, mas também histórica e cultural cuja origem e constante atualização devem-se às diferentes instituições, em especial às instituições família e escola, sendo esta concepção um reflexo da divisão social e sexual do trabalho.

Coelho (2005) afirma que tais características particulares, adotadas como critérios para inserção na profissão, constituem obstáculo para inserção dos homens na enfermagem, pois apesar de haver uma afinidade histórica das mulheres com o cuidar deve-se reconhecer que preconceitos de gênero restringiram a participação dos homens na profissão. Embora a enfermagem seja construída culturalmente como prática sexuada, feminina, os homens na profissão são uma realidade cada vez mais presente, representando rupturas importantes como estereótipos de gênero relacionados à prática do cuidado.

Quanto à idade dos participantes observou-se que 50% dos mesmos estão na faixa etária de 26 a 30 anos e 50% restantes entre 31 e 35 anos. O número de profissionais está dentro da faixa etária que corresponde à idade produtiva, tendo assim mais disposição para aprender e trabalhar, buscando mais conhecimentos, despertando para novidades, influenciando assim na prática do cuidar, estimulando entre outras atividades a necessidade de conhecer o APH.

Conforme Herculano (2000), os profissionais de saúde vêm aumentando de maneira assídua, já que os jovens buscam mais esta área para exercerem suas funções e idealizações, contudo um quadro de profissionais com uma faixa etária mais progressiva não significa apenas uma população experiente, e sim uma população madura e envolvida com seus objetivos profissionais.

De acordo com o grau de formação todos os participantes do estudo possuem pós-graduação lato sensu. Com isso percebe-se que esses profissionais estão buscando se aperfeiçoarem cada vez mais, tendo como objetivo prestar uma maior e melhor assistência a sua clientela, bem como um maior desempenho profissional e intelectual, visto que o mercado de trabalho exige atualmente.

Para Keith (1999), o mundo globalizado de hoje, exige profissionais cada vez mais capacitados, principalmente, do ponto de vista tecnológico, exigindo dos

mesmos atributos e conhecimentos para responder às demandas impostas pelas mudanças econômicas e sociais.

As inovações tecnológicas têm provocado importantes mudanças no contexto empresarial, com reflexos no mercado de trabalho, em especial, na área de saúde, reduzindo os cargos, aumentando as diferenças salariais, criando novas profissões e descredenciando outras, constituindo-se em um desafio para o homem moderno que necessita promover sua adaptação, seu desenvolvimento pessoal e profissional para conviver nessa nova realidade. É nessa perspectiva que a enfermagem passa por um repensar e uma redefinição de suas funções, de maneira a assegurar seu papel e seu compromisso com a sociedade que aspira por maior qualidade na prestação da assistência à sua saúde (AGUIAR et al., 2005).

No que concerne ao tempo de atuação dos enfermeiros na ESF 87,5% dos participantes atuam entre 2 a 5 anos, e 12,5% entre 6 a 10 anos, o que mostra que os mesmos têm uma relevante experiência profissional, portanto possuem um maior conhecimento prático podendo este contribuir para elevar seu nível de assistência de enfermagem, buscar novos conhecimentos de acordo com as demandas dos serviços.

Para Cordeiro e Cruz (2001), o profissional de enfermagem quanto mais tempo estiver no exercício de sua profissão mais ele tende a acumular conhecimentos e aperfeiçoar sua prática, podendo desenvolver um trabalho consciente e com maior êxito, considerando suas ações, estas devem ser voltadas para uma boa assistência aos clientes.

Com a análise dos dados apreendidos a partir dos questionamentos voltados para os enfermeiros foi possível estabelecer algumas considerações acerca de suas principais características, bem como seus conhecimentos, nesta sessão abordaram-se os dados específicos aos objetivos do estudo.

5.2- DADOS REFERENTES À PROPOSTA DO ESTUDO

Quadro 01- IC e DSC referentes à pergunta: Durante sua formação acadêmica as disciplinas ofertadas na área de urgência e emergência foram suficientes?

IC	DSC
Insuficiente	"... Não foram suficientes, muito vagas, pouca explorativas, ausência de práticas; como toda disciplina deixa a desejar, pois aprendemos com a experiência; pouco tempo de estágio; pouco tempo de duração não atingindo as expectativas esperadas..."

Diante dos dados apresentados no quadro 01 é possível perceber que essas disciplinas não são abordadas da maneira como deveriam ser, levando-se em conta a importância que estas significam e devido ao fato de, como o próprio nome diz, serem situações inesperadas, urgentes. Algumas instituições de ensino não despertam para formar enfermeiros preparados para atuar nessas situações, há uma deficiência de conteúdo teórico relacionando-se com a prática. Muitas das vezes os campos de estágios são escassos ou insuficientes, não dando total acesso aos estudantes.

De acordo com Vargas (2006), a pouca atenção que é dada à formação dos profissionais enfermeiros para atuarem em urgência e emergência talvez seja um reflexo do próprio sistema de ensino de enfermagem no Brasil, que adota um modelo de ensino e pesquisa de influência norte-americana, seguindo desta forma uma visão integralista.

No Brasil, a atenção e a formação em urgência são de domínio multidisciplinar, diferentemente do que ocorre nos países anglo-americanos. Assim, nas universidades, não existem centros de ensino ou departamentos para reflexão crítica das práticas assistenciais e produção de conhecimento, bem como organização de periódicos e eventos próprios da área (SANTOS, 2003).

A responsabilidade da qualidade de formação de enfermeiros, não é só dos órgãos formadores, é também das instituições prestadoras de assistência à saúde, possibilitando evitar a dicotomia entre o que é ensinado e o que é encontrado na prática. Uma dificuldade que os acadêmicos encontram é de realizarem a transição do conhecimento adquirido na teoria ser aplicado em situações práticas. O entrosamento entre a instituição de ensino, de saúde e os alunos é um vital componente para o aprendizado em estágio ser eficiente (ITO; TAKAHASHI, 2005).

Quadro 02- IC e DSC referentes à pergunta: Em sua opinião como a Estratégia Saúde da Família deve estar preparada para o atendimento pré-hospitalar?

IC	DSC
Capacitação	“... Capacitando os profissionais da equipe; não voltando apenas para a parte preventiva; dando-lhes subsídios para intervir de maneira eficaz em uma situação de urgência e emergência...”

Diante do exposto do DSC do quadro 02 foi possível perceber que os profissionais que participaram do estudo reconhecem que há uma necessidade de

capacitação para os mesmos que atuam na ESF, bem como da disposição de recursos materiais e tecnológicos para que assim possam atuar diante de uma situação que necessite de um atendimento de urgência, como o atendimento pré-hospitalar (APH). E que assim a ESF não fique voltada apenas para a parte preventiva.

A atuação do enfermeiro na área de APH pressupõe a aquisição de competências específicas. Considerando-se que, no Brasil, o APH é uma área emergente para atuação de enfermeiros, ainda há escassez de programas ou cursos de capacitação que atendam a necessidade de formação específica, qualificada e adaptada ao padrão brasileiro, sendo estes ainda muito recentes no país (GENTIL et al., 2008).

A Política Nacional de Atenção às Urgências, em sua Portaria GM nº 1.863 de 29 de setembro de 2003, trás além do componente pré-hospitalar móvel de urgência, o componente pré-hospitalar fixo. O Atendimento pré-hospitalar Fixo deve ser realizado pelo nível de Atenção Básica de Saúde. Sendo de responsabilidade do MS à capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo toda a gestão e atenção pré-hospitalar, inclusive a Fixa, e os profissionais tanto do nível superior como também os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde (BRASIL, 2002).

Sabe-se que atenção básica é um nível primário de atenção, onde não há cuidados complexos de saúde, como por exemplo, nas situações de urgência. Acredita-se que isso ocorre devido à falta de recursos materiais nos Centros de Saúde para tais atendimentos, bem como de preparo dos profissionais que ali atuam. O atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo desta forma, o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças para prolongamento da vida deste, englobando pra tanto um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo (SOUZA et al., 2008).

Durante um atendimento de urgência e/ou emergência e APH tem ações que são prioritárias, tendo como objetivo o restabelecimento dos sinais vitais da vítima o mais rápido possível para assim diminuir o agravamento de situações que podem deixar seqüelas irreparáveis ou até mesmo levar o paciente à morte.

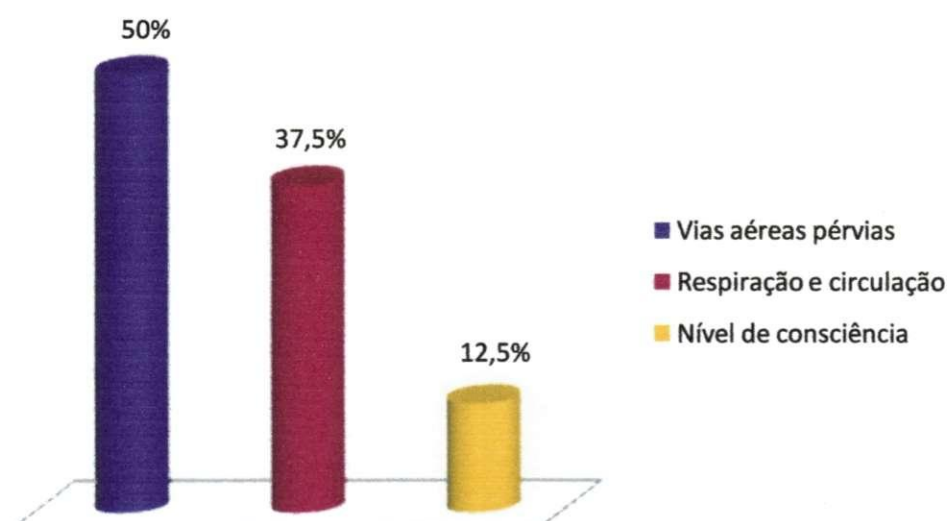


Gráfico 01. Distribuição do percentual quanto às ações prioritárias em um atendimento de emergência realizadas pelos enfermeiros entrevistados.

*Nota: Os participantes do estudo citaram mais de uma ação prioritária.

As informações apresentadas no gráfico 01 mostram que na população estudada todos os indivíduos atentam para as vias aéreas pérvias de uma vítima que necessite de atendimento de emergência representando dessa maneira 50% (n=8) da amostra, 37,5% (n=6) também se detém a respiração e circulação e apenas 12,5% (n=2) para o nível de consciência.

Deste modo, percebe-se que esses profissionais dão pouca ênfase para o nível de consciência em uma vítima nessas situações, sendo este um importante dado para avaliação do estado da mesma.

Diante de uma situação de urgência e/ou emergência, seja qual for sua natureza devem-se ter algumas prioridades no atendimento à vítima, para isso se faz necessário tomar decisões rápidas, desde que sejam embasadas em conhecimentos prévios e em protocolos de atendimentos.

Em situações de emergência, a avaliação da vítima e seu atendimento devem ser realizados de forma rápida, objetiva e eficaz, proporcionando aumento da sobrevivência e a redução de seqüelas. A abordagem inicial, ou seja, primária compreende as etapas do ABCDE, devendo-se seguir essa ordem, e sempre completar cada etapa antes de passar para a próxima ou abordar alguns passos simultaneamente (PERGOLA; ARAÚJO, 2008).

Várias são as complicações que podem vir acometer uma vítima que se encontre em iminência de socorro e dentre elas está a Parada Cardiorrespiratória (PCR), que constitui uma emergência bastante comum atualmente.

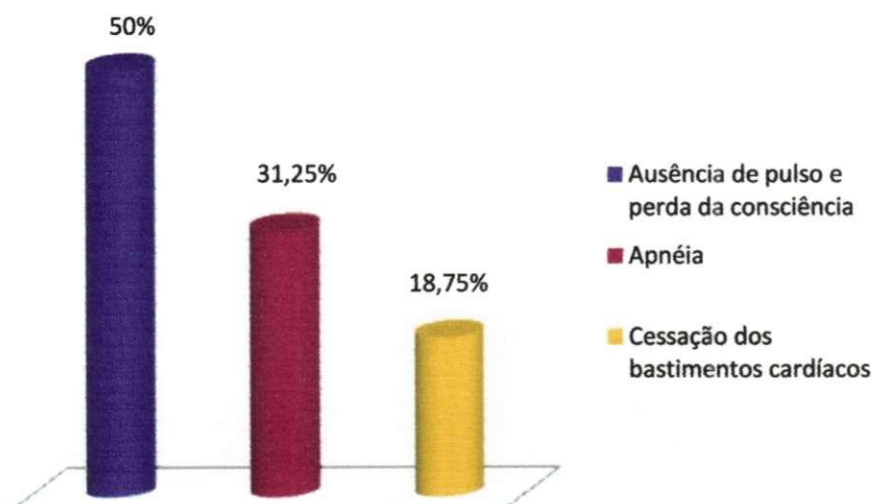


Gráfico 02. Distribuição do percentual quanto aos sinais clínicos de uma PCR identificados pelos entrevistados.

*Nota: Os participantes do estudo citaram mais de um sinal clínico de uma PCR.

As informações apresentadas no gráfico 02 mostram que na população estudada todos os indivíduos identificam a ausência de pulso e perda da consciência como sinais clínicos de uma vítima que está em PCR representando dessa maneira 50% (n=8) da amostra, 31,25% (n=5) além dos achados citados anteriormente atentam para a apnéia, enquanto que 18,75% (n=3) voltam sua atenção para a cessação dos batimentos cardíacos.

Ao deparar-se com uma situação de emergência deve-se atentar para o fato de a vítima estar ou poder desenvolver uma PCR no decorrer do atendimento, dependendo da situação que a mesma se encontra. Pelos dados obtidos o que chama a atenção é o fato de apenas uma parte dos profissionais se atentarem para um dos sintomas mais presentes na vítima de PCR, que é a cessação dos batimentos cardíacos, como o próprio nome já diz. Uma vez presente se faz necessária a rápida identificação para que se possa prestar o atendimento eficaz, ou seja, reverter o quadro clínico.

O profissional de Enfermagem deve estar apto para reconhecer quando um paciente está em franca PCR ou prestes a desenvolvê-la, pois este episódio

representa a mais grave emergência clínica que se pode deparar. A avaliação do paciente não deve levar mais de 10 segundos. Na ausência das manobras de reanimação em aproximadamente 5 minutos, para um adulto em normotermia, ocorrem alterações irreversíveis dos neurônios do córtex cerebral. O coração pode voltar a bater, mas os "cinco minutos de ouro" se perdem e o cérebro morre. Sabe-se que cabe ao enfermeiro e à sua equipe assistir os pacientes, oferecendo ventilação e circulação artificiais até a chegada do médico, assim, estes profissionais devem adquirir habilidades que os capacitem a prestar adequadamente a assistência necessária (ZANINI et al., 2006).

A PCR é definida como o súbito cessar da atividade miocárdica ventricular útil, associada à ausência de respiração. Em algumas situações a PCR ocorre sem nenhuma manifestação prévia, devido a alterações estruturais e funcionais preexistentes; em outras o indivíduo apresenta sinais característicos, podendo iniciar uma insuficiência respiratória, hipoxemia grave, evoluindo para uma parada respiratória, ou parada cardíaca, precipitada por uma arritmia maligna. Os principais sintomas são a inconsciência, ausência dos movimentos respiratórios e dos batimentos cardíacos, levando a uma hipóxia importante e atingindo o organismo em sua totalidade (GARCIA et al., 2009).

Para o enfermeiro, principalmente o da ESF, atuar em situações que exijam atendimento de urgência ou emergência, o mesmo deve estar preparado, para saber atuar de maneira rápida, prática e ordenada a fim de preservar as funções fisiológicas da vítima, para assim evitar o aparecimento de complicações.

Quadro 03- ICs e DSCs referentes à pergunta: Você se sente preparado para atuar diante de uma vítima que necessite de um atendimento de emergência?

IC-1	DSC-1
Falta de Preparo Técnico	"... Preciso de uma capacitação ou algo assim; não sei como atuar diante de uma situação de relevância..."
IC-2	DSC-2
Capacitado	"... sinto-me preparado, pois sei como corrigir sangramentos e manter as vias aéreas pérvias; estou preparada, pois fiz uma capacitação recentemente com duração de um ano..."

No quadro mostra através do DSC-1 que uma parte dos participantes da pesquisa reconhece que há uma necessidade de capacitação, pois os mesmos

afirmam não saberem atuar diante de uma situação de maior relevância, complexidade. Em contrapartida, observa-se no DSC-2 que a outra parte dos participantes se sente preparada. Diante das informações fornecidas percebe-se que realmente há uma necessidade de capacitar esses profissionais, uma vez que o atendimento de emergência vai muito além de manter as vias aéreas pérvias e corrigir sangramentos. Logo, o enfermeiro deve manter-se preparado para saber agir de maneira eficaz e correta em todos os aspectos que envolvem o atendimento emergencial.

De acordo com Nascimento et al., (2006), há uma necessidade de um conhecimento mais aprimorado em urgência e emergência, uma vez que estes participantes fazem parte de um corpo de saúde de Atendimento pré-hospitalar Fixo. Juntando-se o interesse com a necessidade, apóia-se na Portaria 198/GM/MS, que apresenta a educação permanente como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Desta forma, através da educação permanente, há espaço tanto para práticas presenciais que privilegia a oralidade e as expressões gestuais entre o educador e os alunos nas atividades em tempo síncrono, como também na modalidade à distância.

Contrapondo o resultado da pesquisa Bueno e Bernardes (2010), ressaltam a importância do treinamento dessas equipes, uma vez que é algo necessário em qualquer atividade profissional, formando profissionais plenamente capacitados para atuarem em diversas situações. O que vem possibilitar também o não incorrer em erros já cometidos. E para que haja ampliação nesta visão, há que se pensar na Educação Permanente em Serviço (EPS).

As situações que requerem um Atendimento Pré-Hospitalar (APH), de urgência e emergência, são os atendimentos diretos ao paciente em risco de morte, nos quais podem ocorrer a qualquer momento e em qualquer lugar, sendo, portanto de maneira indispensável que todos os enfermeiros, inclusive os que fazem parte da Estratégia Saúde da Família estejam preparados para atuarem de maneira rápida e eficaz.

Ciente de que se algum preparo técnico especializado fosse dado aos enfermeiros que fazem parte da ESF, acredita-se que os mesmos estariam mais preparados para desenvolverem tais atividades, este estudo buscou levantar o nível de conhecimento e preparo do enfermeiro da ESF no APH.

Por meio da análise dos dados percebeu-se que nos resultados obtidos, os enfermeiros da ESF não obtiveram um conhecimento direcionado enquanto acadêmicos, uma vez que a maioria das universidades não fornece aos alunos suporte apropriado no APH, necessitando de um aprimoramento em urgência e emergência, para que os mesmos atuem como membros de saúde não só nas ações programáticas da ESF, e sim também no Atendimento pré-hospitalar Fixo.

O levantamento e análise dos dados demonstram de forma geral, que esses enfermeiros têm um conhecimento muito limitado sobre o APH, pois não sabem definir determinadas situações. Observou-se ainda que os mesmos não estão devidamente informados quanto às ações que são prioritárias no atendimento emergencial e aos sinais de uma parada cardiorrespiratória.

Dessa forma este estudo trouxe em seu contexto, subsídios para a reflexão dos profissionais de enfermagem acerca da assistência prestada principalmente no que se concerni às situações emergenciais, a reflexão no sentido de apontar o APH como um assunto a fazer parte de seus cotidianos através do incentivo, da busca por informações, cursos de capacitações, para que assim possa contribuir para aprimoramento intelectual e profissional, e que desta forma tenham uma melhor prestação dos seus serviços de saúde.

É preciso ainda considerar que para que a assistência prestada por esses profissionais venha suprir essas dificuldades o governo tem que disponibilizar de subsídios para tal, através de programas de educação permanente em saúde, que capacite os mesmos e que durante a formação acadêmica as universidades possam refletir sobre a relevância desse assunto enquanto disciplina.

Com a realização dessa pesquisa houve um enriquecimento científico sobre a importância do APH na Estratégia Saúde da Família, pois os profissionais desta área não estão isentos de se depararem com certas situações que possam exigir dos mesmos um maior conhecimento.

Diante do exposto, concluiu-se que os objetivos propostos do presente estudo foram alcançados, e espera-se que esta pesquisa forneça uma contribuição científica favorável para melhoria na qualidade de vida da população, bem como desperte a atenção dos enfermeiros sobre a importância do conhecimento do APH, não só para os profissionais que trabalham em unidades hospitalares, mas também para os que trabalham na ESF, atuando no contato direto com a comunidade, na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. B. de A.; et al. Gerência dos Serviços de Enfermagem: um Estudo Bibliográfico. **Ver Eletrônica de Enfermagem**. 2005, v. 7, n. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 24 de abril de 2010.

ATALLAH, A. N.; HIGA, E. M. S. **Medicina de Urgência Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da Unifesp-EPM**. 2 ed. São Paulo (Barueri): Manole, 2008.

AZEVEDO, T. M. V. E. **Atendimento Pré-Hospitalar na Prefeitura do Município de São Paulo: análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentada na promoção da saúde [Dissertação de Mestrado]**. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção as Urgências**. Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Brasília. Portaria GM/MS nº 1.863 de 29/set. 2003. Publicada no DOU nº 193 seção 1, p.56 – de 06/10/03, p. 16-19.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048/GM de 05 de nov. 2002: **Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. [citado em 11 de Nov. 2005]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2010.

BUENO, A. A.; BERNARDES, A. **Percepção da Equipe de Enfermagem de um Serviço de APH Móvel sobre o Gerenciamento de Enfermagem**. 2010, v. 19, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 25 de abril de 2010.

CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007.

CAVALCANTE, E. S. **Em Busca do Conhecimento da Equipe de Enfermagem na sua Prática Assistencial às Vítimas de Traumatismo Raquimedular**. 2003. [Dissertação de Mestrado]. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br>. Acesso em: 03 de março de 2010.

COELHO, E. A. C. **Gênero, Saúde e Enfermagem**. 2005, v. 58, n. 3, p. 345-348. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 15 de abril de 2010.

CORDEIRO, O.; CRUZ, E. A. de. Curso de Especialização em enfermagem sob a Forma de Residência da Universidade Federal da Bahia. **Ver. Baiana de Enfermagem**. 2001, v. 14, n. 1. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br>. Acesso em: 02 de junho de 2010.

CUNHA, A. P.; SANTOS, M. S. S. dos. **A Origem dos Serviços de Assistência Pré-Hospitalar**. *Enfermagem Brasil*, v. 2, n. 2, p. 110-115, mar/abr.2003.

DAHER, D. V.; et al. **Cuidar e Pesquisar: Práticas Complementares ou Excludentes?** 2002, v. 10, n. 2, p. 145-150. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 04 de abril de 2010.

DOLOR, A. L. T. **Atendimento Pré-Hospitalar: Histórico da Inserção do Enfermeiro e os Desafios Ético-Legais.** São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em; 25 de janeiro de 2010.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública.** Yendis Editora, São Caetano do Sul, 2 ed. São Paulo, 2008.

FIGUEIREDO, N. M. A. de.; TONINI, T. **SUS e PSF Para Enfermagem: Práticas para o Cuidado em Saúde Coletiva.** São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

GARCIA, E. S. N.; et al. **Capacitação dos Profissionais de Enfermagem para o Atendimento ao Paciente em Parada Cardiorrespiratória.** 2009, a. XI, n. 63. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br>>. Acesso em: 22 de maio de 2010.

GENTIL, R. C.; et al. Capacitação de Enfermeiros em Atendimento Pré-Hospitalar. **Ver. Latino-Americana de Enfermagem.** v. 16, n. 2, mar/abr. Ribeirão Preto 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 de maio de 2010.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projeto de Pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, A. S.; Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades. **Revista de Administração de Empresas.** São Paulo. v. 35, p. 57-63, março/abril, 1995.

HADDAD, N. **Metodologia e Estudo em Ciências da Saúde: como planejar e apresentar um trabalho científico.** São Paulo: ROCA, 2004.

HANDEM, P. C.; et al. Metodologia: Interpretando Autores. IN FIGUEIREDO, N. M. A. (org) **Métodos e metodologia na pesquisa científica.** - 3 ed. – São Caetano do Sul, SP: Yendes Editora, 2008.

HERCULANO, S. C. **A Qualidade de Vida e seus Indicadores.** Niterói: Eduff, 2000. Disponível em: <<http://www.ivt-rj>>. Acesso em: 24 de Abril de 2010.

ITO, E. E.; TAKAHASHI, R. T. **Publicações sobre Ensino em Enfermagem na Revista da Escola de enfermagem da USP.** 2005, v. 39, n. 4. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 de junho de 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística--IBGE. **Senso Demográfico-2007.** Disponível em: <www.ibge.com.br>. Acesso em: 12 de abril de 2010.

JARDIM, K. F. S. B. **O Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência (SAMU) no Contexto da Reforma Psiquiátrica: em Análise a Experiência de Aracajú/SE.** [Dissertação de Mestrado]. Natal 2008. p. 165. Disponível em: <<http://bdtd.bczm.ufr.br>>. Acesso em: 09 de fevereiro de 2010.

KEITH, D. **Comportamento Humano no Trabalho: uma Abordagem Organizacional.** São Paulo: Pioneira, 1999.

LEFRÉVE, F.; LEFRÉVE, A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo: Um Novo Enfoque em Pesquisa Qualitativa (Desdobramento)** 2 ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.

MALVESTIO, M. A. A.; SOUSA, R. M. C. Suporte Avançado à Vida: Atendimento a Vítimas de Acidentes de Trânsito. **Ver Saúde Pública** 2002. São Paulo. Disponível em: < <http://www.scielo.org>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

MARSON, F.; et al. **A Síndrome do Choque Circulatório**. 1998. v. 31, n. 3. Disponível em: < <http://www.fmrp.usp.br>>. Acesso em 18 de março de 2010.

MARTINS JÚNIOR, J. **Como Escrever Trabalhos de Conclusão de Curso**. 1 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MARTINS, P. P. S. **Atendimento Pré-Hospitalar: Atribuição e Responsabilidade de Quem? Uma Reflexão Crítica a Partir do Serviço do Corpo de Bombeiros e das Políticas de Saúde "para" o Brasil à Luz da Filosofia de Práxis**. Florianópolis, 2004. p. 264. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: < <http://neu.saude.sc.gov.br>> . Acesso em: 04 de janeiro de 2010.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. Análise da Implantação do Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel em Cinco Capitais Brasileiras. **Cad. Saúde Pública**. 2008, v. 24, n. 8, p. 1877-1886. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2010.

MOREIRA, M. C. N. **Imagens no Espelho de Vênus: Mulher, Enfermagem e Modernidade**. 1999, v. 7, n. 1, p. 55-65. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 08 de junho de 2010.

NASCIMENTO, I. J.; et al. A Qualidade nos Serviços de Saúde Pública Segundo Enfermeiros que Gerenciam Unidades Básicas de Saúde. **Revista UERJ**. 2006, v. 14, n. 3

NASI, L. A. **Rotinas em Pronto-Socorro: Politraumatizados Emergências Ambulatoriais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

NASI, L. A. **Rotinas em Pronto-Socorro: Politraumatizados Emergências Ambulatoriais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

OLIVEIRA, B. F. M.; et al. **Trauma: Atendimento Pré-Hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2007.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da Pesquisa: abordagem teórico prática**. 10ª ed. Campinas: Papirus, 2004.

PERGOLA, A. M.; ARAUJO, I. E. M. **O Leigo em Situação de Emergência**. 2008, v. 42, n. 4, p. 769-776. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 24 de março de 2010.

ROLOFF, A. **Urgências e Emergências, Parte III: Atendimento Inicial à Vítima de Trauma**, a. 6, n. 3, p. 203, maio/junho 2007.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a Construção de um Novo Modelo de Assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2005, v. 13, n.6, p. 1027. Disponível em:<<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13 de outubro de 2010.

SAITO, R. X. de S.; OHARA, E. C. C. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

SANTOS, J. S. dos.; et al. de. **Avaliação do Modelo de Organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, Adotando, como Referência, as políticas Nacionais de Atenção às Urgências e de Humanização**. Medicina, Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-515, abr./dez 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 de junho de 2010.

SILVA, E. A. C. **Risco Biológico para os Trabalhadores que Atuam em Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel**. [Dissertação de Mestrado]. Goiânia, 2007. p. 21. Disponível em:< <http://www.bdt.d.ufg.br>>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2010.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 3.ed. **Ver Atual**. Florianópolis: Laboratório de Ensino à Distância de UFSC, 2001.

SILVA, J. G. **Diagnóstico Situacional do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel em Fortaleza (CE)**. Fortaleza 2008. p. 78. [Dissertação de Mestrado]. Fundação Edson Queiroz. Universidade de Fortaleza- UNIFOR. Disponível em:<<http://www.unifor.br>>. Acesso em: 30 de janeiro de 2010.

SOERENSEN, A. A.; et al. Atendimento Pré-Hospitalar Móvel: Fatores de Riscos Ocupacionais, **Rev. Enfermagem**, UERJ v. 16 n. 2, Rio de Janeiro, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 08 de junho de 2010.

SOUSA, E. T. de. **São João do Rio do Peixe, Nossa Terra, Nossa História**. 1ª ed. p. 34-38, SJRP, 2007.

SOUZA, A. P, de; et al. **Experiência dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica em Atendimento Pré-hospitalar e SAMU**. Florianópolis, V. 1, n.1, 2008. Disponível em <<<http://www.scielo.br>>> Acesso em 22 dezembro de 2009.

TEIXEIRA, C. F. **Saúde da Família, Promoção e Vigilância: Construindo a Integralidade da Atenção à Saúde no SUS**. EDUFBA. Salvador, 2006.

VARGAS, D. de. Atendimento Pré-Hospitalar: a Formação Específica do Enfermeiro na Área e as Dificuldades Encontradas no Início de São Paulo. **Ver. Paulista de Enfermagem**. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 02 de março de 2010.

WHITAKER, I. Y.; et al. Gravidade do Trauma Avaliada na Fase Pré-Hospitalar. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 1998, v. 44, n. 2, p. 111-119. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 10 de março de 2010.

ZANINI, J.; et al. **Parada e Reanimação Cardiorrespiratória: Conhecimento da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 2006, v. 18, n. 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 03 de maio de 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador Responsável: Maria Berenice Gomes N. Pinheiro

Pesquisador Participante: Aline de Oliveira Pires

Venho através deste termo estender-lhe um convite para participar voluntariamente desse estudo que tem como tema: **Atendimento pré-hospitalar: conhecimento e preparo do enfermeiro da estratégia saúde da família.**

A escolha do tema surgiu na necessidade de entender melhor como o Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família atua diante de uma situação que necessite de um atendimento pré-hospitalar.

Os objetivos dessa pesquisa são levantar o nível de conhecimento e preparo do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família no Atendimento Pré-Hospitalar, identificar o preparo recebido pelos mesmos na graduação, bem como averiguar a necessidade de cursos de capacitação nessa área. Para desenvolvê-lo será estabelecido um contato com a Secretaria de Saúde de São João do Rio do Peixe e com os Enfermeiros das Estratégias Saúde da Família do mesmo município através de ofícios. Em seguida será agendado um encontro com os mesmos nas ESF para realização da coleta de dados com um roteiro de entrevista semi-estruturado com questões objetivas e subjetivas que irão traçar o perfil sócio-demográfico dos participantes, e que visam à análise quantitativa proposta no estudo. Os dados serão arquivados no instrumento de coleta.

Os benefícios desta pesquisa são oferecer uma maior atenção ao atendimento pré-hospitalar, às situações que requerem atuação imediata dos Enfermeiros das Estratégias Saúde da Família, bem como incentivar a implementação de cursos de capacitação nessa área.

De acordo com a resolução 196/96 todos os sujeitos nesta pesquisa estão isentos de qualquer despesa. A sua participação neste estudo é voluntária e você terá completa liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso ocasione qualquer dano ou constrangimento para o mesmo. As informações relacionadas ao estudo são confidenciais, sua participação será mantida em sigilo e os resultados da pesquisa serão utilizados apenas para fins científicos.

Fui informado (a) que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria e que no caso de qualquer reclamação em relação ao pesquisador, poderei procurar o referido Comitê.

Diante do que foi revelado acima eu _____, declaro que fui esclarecido sobre os objetivos, procedimentos e benefícios do presente estudo. Concordo participar de livre e espontânea vontade. Foi-me assegurado o direito de abandonar o estudo a qualquer momento, se eu assim o desejar.

Cajazeiras, _____ de _____ de 20__

Contatos:

Orientadora: Maria Berenice Gomes N. Pinheiro
Tel: (83) 9313-0600
Email: berenice_pinheiro@hotmail.com

Pesquisador: Aline de Oliveira Pires
Rua. Francisco Decio Saraiva S/N APT 108
CEP: 58900-000 Centro
Cajazeiras- Paraíba
Tel: 0(83) 91315381
Email: halyne_cz@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras - PB, telefone (83) 3531-2848

APÊNDICE B

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, Maria Berenice Gomes N. Pinheiro, professora especialista da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação da aluna Aline de Oliveira Pires do Curso de Graduação em Enfermagem, cujo projeto de pesquisa intitula-se **“Atendimento pré-hospitalar: conhecimento e preparo do enfermeiro da estratégia saúde da família.”** e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE C

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

Eu, Aline de Oliveira Pires, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me, junto com a orientadora responsável, a professora especialista Maria Berenice Gomes N. Pinheiro a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado: **“Atendimento pré-hospitalar: conhecimento e preparo do enfermeiro da estratégia saúde da família”**, comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo orientador (a) nas atividades de pesquisa e, junto com o orientador (a), pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE D

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Sexo: Feminino Masculino
2. Idade:
 21 – 25 anos 26 – 30 anos 31 – 35 anos 36 – 40 anos
 41 – 45 anos 46 – 50 anos 51 – 55 anos Acima 56 anos
3. Grau de Formação:
 graduação pós-graduação mestrado doutorado pós-doutorado
4. Tempo que atua na Estratégia Saúde da Família? _____ anos.

DADOS RELACIONADOS AOS OBJETIVOS

1. Durante sua formação acadêmica as disciplinas ofertadas na área de urgência e emergência foram suficientes?

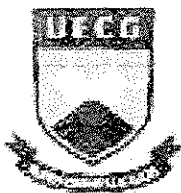
2. Em sua opinião, como a Estratégia Saúde da Família deve estar preparada para o atendimento pré-hospitalar?

3. Quais as ações prioritárias de um atendimento de emergência?

4. Quais os achados clínicos são encontrados em uma vítima de Parada Cardiorrespiratória?

5. Você se sente preparado para atuar diante de uma vítima que necessite de um atendimento de emergência?

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS - PARAÍBA

Ofício 017-2010 – Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem

Cajazeiras, 05 de abril de 2010.

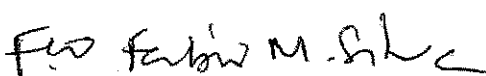
DA: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem
Prof. Dr. Francisco Fábio Marques da Silva

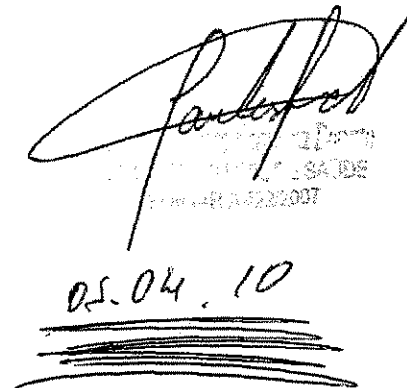
AO: Ilmo. Sr. Carlos Frederico Nogueira Nonato
Secretário de Saúde do Município de São João do Rio do Peixe - PB

Solicitamos a V. Sa., autorização para a aluna **Aline de Oliveira Pires**, matrícula **50722092**, coletar dados referente à Monografia de Conclusão do Curso Bacharelado em Enfermagem, intitulada: *Atendimento pré-hospitalar: conhecimento e preparo do enfermeiro da estratégia saúde da família*, sob a orientação da professora Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro, durante o período letivo 2010.1.

Na certeza do pronto atendimento a este pleito, agradecemos a vossa atenção, e nos despedimos cordialmente com votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,


Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem


05.04.10



**FACULDADE SANTA MARIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

CERTIDÃO

Certificamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **Atendimento pré-hospitalar: Conhecimento e preparo do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família**, protocolo 495042010 da pesquisadora Maria Berenice Gomes do Nascimento Pinheiro, foi aprovado, em reunião realizada no dia 08/04/2010, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria. Após o término da pesquisa, deve ser encaminhado ao CEP/FSM o relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Para este fim, será emitida uma certidão específica.

Cajazeiras – PB, 13 de maio de 2010.



Joséito Santos
Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARÁR 1