



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE LICENCIATURA E BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TASSO ROBERTO MACHADO DE ARAÚJO NÓBREGA

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Ensino de técnicas básicas em escolas
estaduais de nível médio**

CAMPINA GRANDE – PB
2011

TASSO ROBERTO MACHADO DE ARAÚJO NÓBREGA

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Ensino de técnicas básicas em escolas
estaduais de nível médio

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado em cumprimento à exigência
para obtenção do grau de licenciatura e
bacharelado em Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba, UEPB.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Eliane Maria Nogueira Costa Vasconcelos

CAMPINA GRANDE – PB
2011

N754a Nóbrega, Tasso Roberto Machado de Araújo.
Atendimento pré-hospitalar [manuscrito]: ensino de técnicas básicas em escolas estaduais de nível médio / Tasso Roberto Machado de Araújo Nóbrega.
61 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Profa. Me. Eliane Maria Nogueira Costa Vasconcelos, Departamento de Enfermagem.”

1. Atendimento Pré-Hospitalar. 2. Emergência Médica. 3. Primeiros Socorros. 4. Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU. I. Título.

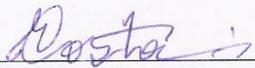
21. ed. CDD 616.025

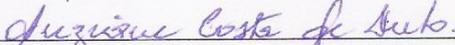
TASSO ROBERTO MACHADO DE ARAÚJO NÓBREGA

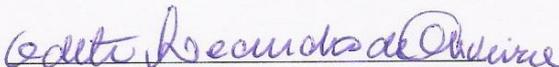
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Ensino de técnicas básicas em escolas estaduais
de nível médio.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Licenciatura e
Bacharelado em Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção
da graduação.

Aprovada em 22/06/2011.


Prof^ª MS. Eliane Maria Nogueira Costa Vasconcelos / UEPB
Orientadora


Prof.^a Suziane Costa de Melo / UEPB
Examinador


Prof^ª Odete Leandrô de Oliveira / UEPB
Examinador

DEDICATÓRIA

Ao Senhor Jesus, aos meus pais Tasso Roberto e Maria Sônia, meus irmãos Thairon e Thainar, meus avós Elvira e João Fernandes e Maria Lucena e Genival, meus tios e demais familiares, a Alanna Gomes. Eu dedico.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Tasso Roberto de Araújo Nóbrega e Maria Sônia da Nóbrega Machado, que foram presentes de Deus para minha vida e que sem os esforços, dedicação e as orações deles eu nunca teria chegado a esse momento tão especial para minha vida. Papai e mamãe muito obrigado por dedicarem suas vidas para que pudesse ser alguém neste mundo.

Aos meus irmãos Thairon José Machado de Araújo Nóbrega e Thainar Machado de Araújo Nóbrega que assim como meus pais, me apoiaram e estiveram comigo nos momentos difíceis e nas alegrias. Em que agradeço a Deus por terem sido mais momentos alegres, pois Ele nos ensinou a passar pelas dificuldades entoando louvores.

Aos meus avós Maternos Elvira Machado e João Fernandes e paternos Genival e Maria Lucena pelas preocupações, orações e o cuidado tão gostoso que apenas os avós sabem nos dar.

Aos meus tios maternos e paternos pelos conselhos dados na hora certa, pelas alegrias que me proporcionaram e destaco novamente as orações que me fizeram tão bem.

Em especial agradeço a minha tia Maria da Conceição da Nóbrega Machado que conviveu comigo durante os anos em que estive morando em Campina Grande e foi em inúmeros momentos como uma mãe para mim. Dividindo vários momentos alegres e sempre de olho se eu estava estudando e mesmo quando eu fraquejava me dava apoio para continuar.

À minha namorada Alanna Gomes Oliveira Gonçalves que ficou do meu lado durante o transcorrer desta caminhada, sendo um ombro amigo que sempre esteve ali me oferecendo ajuda, uma fonte de alegria e como eu sempre lhe digo “um presente mandado por Deus para mim”.

À UEPB e aos professores que me transmitiram seus ensinamento tão importantes para minha vida profissional.

À professora e orientadora Eliane Maria, que mesmo tendo sido minha professora no início do curso, segurou minha mão e esteve comigo até este

momento, me permitindo adquirir importantes experiências acadêmicas que serão de suma importância para minha carreira profissional.

Aos colegas que fiz durante esta caminhada de 5 anos, onde muitos se tornaram mais que colegas e não só amigos, mas irmãos como meu amigo Diogo Rodrigues gosta de me chamar. A estes amigos Ana Paula, Andressa, Cibely, Jossana, Ana Ligia e Diogo sou muito grato, pois estiveram me ajudando e apoiando desde o início.

E aos colegas que se tornaram grandes amigos Allan, Julian, Maurílio, Marcelo e Rafael que nos últimos anos do curso foram de grande ajuda para mim, dando apoio e força para continuar.

Aos amigos Fabrycio Erico, Denys, Diogo Medeiros, Fabrício Olegário e Weverson pelo apoio no momento em que eu estava necessitando de ajuda.

E não em ultimo lugar, mas em um local de destaque por ter concedido que todas as pessoas que foram citadas neste agradecimento fossem realidade em minha vida e que eu tenho a certeza que foi Ele que colocou em meu caminho. Eu agradeço ao Senhor Jesus Cristo, meu Deus e Salvador que pintou este quadro tão lindo de mais uma etapa em minha vida. Eu agradeço.

RESUMO

Nos últimos anos estudos e pesquisas científicas desenvolvidos por todo o mundo, vêm apontando um aumento progressivo na incidência de mortes e morbidades ocasionadas por causas externas e clínicas, que em sua grande maioria poderiam ser potencialmente evitados se no momento do ocorrido fosse prestados as vítimas, técnicas básicas de Atendimento Pré-Hospitalar. Com o intuito de proporcionar uma maior abrangência na realização deste tipo de atendimento no Brasil, uma vez que, em razão do seu extenso território um vasto percentual da população, ainda não se encontra totalmente abrangida pelo suporte oferecido pelo SAMU. Propomos na pesquisa em questão, o ensino de Técnicas Básicas de Atendimento Pré-Hospitalar em escolas públicas brasileiras, especificamente aos alunos que estejam cursando o ensino médio, na busca por saber se havia a necessidade deste ensino, se estes alunos em seu cotidiano tinham contado com situações onde o atendimento referido fosse necessário e se estes sabiam realizar as manobras e procedimentos básicos em APH. Nos empenhamos na busca por estas respostas, utilizando como local para pesquisa a Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Padre Jerônimo Lawren, no Município de Santa Luzia – PB, onde não existe base de atendimento do SAMU. Foi utilizado um formulário de pesquisa como instrumento principal para coleta de dados. Os resultados da pesquisa constatarem a participação ou presença da maioria dos entrevistados em alguma situação de emergência, porém esta maioria ficou dividida entre os que não souberam o que fazer no momento do incidente e uma minoria que realizou um atendimento de forma errônea. Todavia, todos os entrevistados se manifestaram a favor do ensino de técnicas básicas de APH na escola em que estudam, tendo em vista a importância do APH, sua contribuição para salvar vidas e a falta deste serviço nas regiões onde os entrevistados vivem.

PALAVRAS-CHAVE: Atendimento Pré-Hospitalar, ensino, escolas públicas.

ABSTRACT

In recent years, scientific studies and research developed around the world, pointing to see a progressive increase in the incidence of death and morbidity caused by external causes and clinics, which mostly could potentially be avoided if at the time of the incident were provided to victims basic techniques of Prehospital Care. In order to provide greater coverage in conducting this type of care in Brazil, since, because of its vast territory a large percentage of the population is not yet fully covered by the support offered by the SAMU. We propose the research in question, the teaching of basic techniques of Prehospital Care in Brazilian public schools, specifically students who are completing high school. Where in the search for whether there was a need for this instruction, if these students had in their daily contact with situations where the care that was needed and whether they knew the tricks and perform basic procedures in APH. We strive in the search for these answers, using local search for the EEEFM Lawren Father Jerome, the city of Santa Luzia - PB, where there is no basis to call the SAMU. Was used in a search form as the main instrument for data collection. The survey results verified the presence or participation of the majority of respondents in any emergency situation, but this majority was split between those who did not know what to do at the time of the incident and a minority who held a service incorrectly. However all respondents were in favor of teaching basic techniques of APH in studying in school, in view of the importance of APH, its contribution to saving lives and this lack of service in areas where the respondents live.

KEY WORDS: Prehospital care, education, Public Schools.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Amostragem estratificada.....	27
TABELA 2	Variáveis de caracterização.....	28
TABELA 3	Distribuição dos participantes de acordo com o sexo.....	30
TABELA 4	Distribuição dos participantes de acordo com a faixa etária.....	31
TABELA 5	Distribuição dos participantes de acordo com o ano de ensino médio ao qual pertenciam.....	32
TABELA 6	Respostas referentes a questão 1.....	33
TABELA 7	Dados percentuais referentes as respostas obtidas na questão 1..	33
TABELA 8	Situações de emergências vivenciadas pelos entrevistados.....	35
TABELA 9	Respostas referentes a questão 3.....	37
TABELA 10	Respostas em porcentagem referentes a questão 3.....	37
TABELA 11	Respostas em porcentagem referentes a questão 4.....	39
TABELA 12	Respostas em porcentagem referentes a questão 5.....	41
TABELA 13	Dados percentuais referentes as respostas obtidas na questão 5..	41
TABELA 14	Respostas referentes a questão 6.....	42
TABELA 15	Dados percentuais referentes as respostas da questão 6.....	43
TABELA 16	Respostas referentes a questão 7.....	44
TABELA 17	Resposta em porcentagem referente a questão 7.....	44
TABELA 18	Respostas referentes a questão 8.....	46
TABELA 19	Respostas em porcentagem referentes a questão 8.....	46
TABELA 20	Respostas referentes a questão 9.....	48
TABELA 21	Resposta em porcentagem referentes a questão 9.....	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição percentual dos participantes de acordo com o sexo.....	30
Figura 2	Distribuição percentual dos participantes segundo a faixa etária.....	31
Figura 3	Distribuição percentual dos participantes segundo o ano do ensino médio ao qual pertenciam.....	32
Figura 4	Dados percentuais referentes as respostas obtidas na questão 1.....	34
Figura 5	Percentual das situações de emergência vivenciadas pelos entrevistados.....	36
Figura 6	Respostas em percentual referentes a questão 3.....	38
Figura 7	Respostas em porcentagem referente a questão 4.....	39
Figura 8	Dados percentuais referentes as respostas da questão 5.....	42
Figura 9	Porcentagem referente as respostas das questões 6.....	43
Figura 10	Respostas obtidas na questão 7.....	45
Figura 11	Dados referentes as respostas obtidas na questão 8.....	47
Figura 12	Dados percentuais referentes as respostas da questão 9.....	49

LISTA DE SIGLAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
Denatran	Departamento Nacional de Transito
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RBCE	Rede Brasileira de Cooperação em Emergencias
RCP	Reanimação Cardio pulmonar
SAMU	Serviço de Atendimento Movei as Urgências
SAV	Supote Avançado a Vida
SBV	Suporte Basico a Vida
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	Objetivo Geral.....	17
2.2	Objetivos Específicos.....	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1	Início do atendimento pré-hospitalar no mundo.....	18
3.2	Início do atendimento pré- hospitalar no Brasil.....	19
3.3	O atendimento pré- hospitalar.....	20
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	Tipo de pesquisa.....	25
4.2	Local de pesquisa.....	25
4.3	População/amostra.....	25
4.4	Variáveis da pesquisa.....	27
4.4.1	Variável de caracterização.....	27
4.5	Crítérios de inclusão e exclusão.....	27
4.6	Instrumentos de coleta de dados.....	27
4.7	Procedimentos para tratamento e análise de dados.....	29
4.8	Aspectos éticos.....	29
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50

REFERENCIAS

APÊNDICES

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, com o aumento na incidência e intensidade de desastres ambientais, acidentes domésticos e acidentes de trânsito gerando inúmeras emergências traumáticas e também uma ocorrência maior de maus súbitos como infartos, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e outras emergências clínicas que são responsáveis por inúmeros agravos a saúde, uma área de atuação dos profissionais da saúde tem se destacado, não só entre estes, mas também na mídia e conseqüentemente entre a população brasileira, esta área é o Atendimento Pré-Hospitalar (APH).

Segundo o Ministério da Saúde em sua Portaria nº 814/GM de 01 de Junho de 2001, o APH é definido como o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo a sua saúde (de natureza traumática ou não-traumática ou, ainda, psiquiátrica), que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

Estudos científicos realizados ao longo da história do APH comprovam a importância dos primeiros cuidados realizados a vítima o mais rápido possível após o acontecimento do agravo a sua saúde. Adams Cowley criador e conceituador da Hora de Ouro ou Golden Hour e também conhecido como pai do tratamento do estado de choque provocado por trauma, acreditava que medidas imediatas de atendimento podiam reduzir as mortalidades ocasionadas por trauma em cerca de 85%, quando fosse oferecido as vítimas um tratamento de suas lesões em menos de uma hora após o trauma (OLIVEIRA *et al*, 2010).

Campbell coloca que se a vítima for abordada corretamente na primeira hora do acidente, denominada devido a sua importância como a “hora de ouro” (“golden hour”), o diagnóstico da lesão é facilitado e as intervenções são feitas de forma mais imediata, aumentando a sobrevivência e melhorando o prognóstico em cerca de 85% dos casos (CAMPBELL, 1998).

Sendo assim, tendo em vista a busca por este atendimento mais rápido teve início no Brasil por volta de 1893 a idéia de atender as vítimas no local da emergência, o que ao longo da história culminou com a criação do Serviço de

Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), onde o Ministério da Saúde considerando que o atendimento prestado pelo SAMU 192 contribui para diminuição do tempo de internação, das seqüelas e mesmo da mortalidade pelas patologias atendidas, a partir do socorro precoce ao cidadão, sendo inequívoco o conceito de que quanto menor o tempo-resposta menor será a morbimortalidade, principalmente nos casos cuja condição é tempo-dependente (Ministério da Saúde Portaria Nº 2971\GM de 8 de Dezembro de 2008); criou em dezembro de 2008 as motolâncias que tem por objetivo promover o atendimento rápido e diminuição do tempo-resposta o que interfere muito na vida de quem esta sendo socorrido.

Observando estes conceitos que tratam da importância da chegada à vítima o mais rápido possível e as atitudes tomadas pelo Ministério da Saúde para proporcionar esta rapidez no atendimento e a não existência de um serviço que leve até a população e aos comunitários, especificamente, uma visão de que o socorro a uma vítima até que chegue o socorro especializado, seja em casa, no trabalho, na escola ou na rua, não é só uma necessidade, mas um dever, já que os primeiros socorros são, de fato, um atendimento provisório.

Deu-se o problema gerador desta pesquisa. Onde nos questionamos sobre o que acontece as pessoas que forem vítimas de emergências tanto de caráter clínico como traumático que venham a ocasionar agravos a saúde, nos milhares de municípios do Brasil onde o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), não cobre com seus atendimento?

Sendo assim, a partir desde questionamento e na busca por uma resolução, chegamos à conclusão de que se nas escolas públicas brasileiras fosse inserido no currículo dos alunos, instruções básicas de APH ou Primeiros Socorros como acontece em países desenvolvidos, este problema a priori não seria resolvido por completo, mas seria um grande paliativo não só para as regiões onde o SAMU não atua, mais também para as que este em sua distribuição no território nacional alcança. De forma que estes alunos saberiam chamar as equipes e até dar inicio a manobras que podem salvar vidas, não correndo o risco também de fazê-las de maneira errada, que por sua vez seria uma das grandes problemáticas que também teria uma diminuição.

Nisto consta que esta pesquisa é de relevância científica e acadêmica visando a formação de cidadãos com conhecimentos em Atendimento Pré-Hospitalar (APH), de modo a proporcionar uma maior atuação do Atendimento Pré-

Hospitalar no Brasil com o intuito de proporcionar uma diminuição no número de mortes potencialmente evitáveis, como também no número de seqüelas permanentes ocasionadas por emergências clínicas e traumáticas através dos primeiros socorros prestados por estes cidadãos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar o conhecimento sobre práticas e manobras em Atendimento Pré-Hospitalar de alunos de escola pública estadual de ensino médio, na cidade de Santa Luzia-PB, no intuito de identificar se estes possuem conhecimentos sobre o que fazer e como agir em situações de emergências.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil do grupo de alunos que compõem a amostra.
- Identificar quantos destes alunos já passaram por situações de emergência
- Relacionar quantos exerceram atitude de socorrista e se obtiveram êxito.
- Descrever as práticas mais empreendidas pelos alunos que tiveram experiência de socorrista.
- Identificar o nível de conhecimento sobre o que fazer em situações de emergência.
- Estabelecer uma proporção entre os indivíduos que tem conhecimento e os que não possuem, a fim de constatar se existe a necessidade do ensino de Primeiros Socorros a estes.
- Julgar se estes indivíduos acham importante o aprendizado de Primeiros Socorros na escola.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 INÍCIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO MUNDO

O início do que podemos considerar como Atendimento Pré-Hospitalar se deu por volta do século XVIII, quando o Barão Dominick Jean Larrey, cirurgião-chefe militar de Napoleão, observou a necessidade que se tinha de proporcionar aos soldados feridos em batalha um pronto atendimento a partir do momento em que estes eram recolhidos na batalha. Ele desenvolveu uma espécie de “ambulância voadora”, puxada a cavalo, para retirar homens feridos rapidamente do campo de batalha e adotou a premissa que os homens que trabalhavam nestas “ambulâncias voadoras” deveriam ter treinamento em cuidados médicos para oferecer assistência já a partir do local (PHTLS, 2007).

Os cuidados que dariam origem ao Atendimento Pré-Hospitalar já tinham por objetivos principais a chegada rápida à vítima, a prestação dos cuidados iniciais a fim de garantir um maior tempo de vida à vítima, prevenir possíveis complicações e garantir um transporte rápido desta a um serviço especializado.

A idéia do atendimento aos soldados ainda no campo de batalha teve continuidade e levou a formação da Cruz Vermelha Internacional por volta do século XIX, tornando-se esta organização uma das principais defensoras do atendimento rápido aos feridos.

Após a Segunda Guerra Mundial outro grande colaborador e nome do Atendimento Pré-Hospitalar foi o doutor Adams Cowley, primeiro tenente do exército dos Estados Unidos, e criador da Ora de Ouro (OLIVEIRA *et all*, 2010).

Durante a Segunda Guerra Mundial e as guerras do Vietnã e Coréia, temos registros da participação ativa do enfermeiro no atendimento aos feridos (THOMAS RR, 2000 *apud* RAMOS, 2005).

Como podemos observar as origens do atendimento Pré-Hospitalar estão fortemente ligadas as guerras e revoluções, nos indicando que os procedimentos realizados neste tipo de atendimento, teve primordialmente objetivos bélicos. Pois diminuía os prejuízos ao contingente militar de soldados, uma vez que, favorecia uma maior expectativa de sobrevivência destes soldados.

E por este motivo temos os combatentes recebendo treinamento de primeiros socorros a fim de prestar atendimento aos seus colegas logo após a ocorrência de uma lesão no campo de batalha (THOMAS RR, 2000 *apud* RAMOS, 2005).

Após a constatação dos resultados positivos deste tipo de atendimento ainda no local do ocorrido, este foi abrangido ao âmbito da sociedade, não se restringindo desta forma, apenas ao ambiente de guerras, mas passando a ser uma importante ferramenta no salvamento de vidas no dia-a-dia dos centros urbanos.

O APH atualmente esta presente em países por todo mundo, os serviços padronizam suas formas de atuação por meio de modelos de protocolos. Os principais e mais utilizados são o protocolos Frances e o Americano, que possuem como características o medico regulador em um e a utilização de paramédicos no outro.

A atuação dos profissionais da saúde neste tipo de serviço tem salvado milhares de vidas por todo mundo.

3.2 INÍCIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL

No Brasil o processo de atendimento as vítimas ainda no local da emergência, tem os seus primeiros registros datados de 1893, quando ocorre a aprovação de uma lei pelo Senado da República, no Rio de Janeiro, que tinha por intenção proporcionar aos cidadãos da época um socorro médico de urgências na via pública. E em 1899 quando o Corpo de Bombeiros, da mesma cidade, colocou em ação a primeira ambulância (tração animal) para realizar o determinado atendimento (RAMOS, 2005).

Na década de 60, já com o desenvolvimento do SAMU no Brasil, foi constatado pelas equipes médicas uma diferença entre o atendimento prestado aos pacientes clínicos e traumatizados nos hospitais e as formas atrasadas com que estes eram tratados durante o atendimento pré-hospitalar. A partir daí foi constatada a importância de um treinamento para as equipes que realizavam esse atendimento fora do âmbito hospitalar e da presença do médico no local. Com intuito de aumentar as chances de sobrevivência das vítimas, oferecendo a estas cuidados básicos e avançados. (LOPES, 1999 *apud* PIPES, 2008).

Eventos de grande importância para a solidificação do APH no Brasil ocorreram durante a década de 90 que foram o Fórum de Discussão para a implantação dos sistemas de urgência em 1993, na cidade de Brasília-DF. Em 1995 ocorreu 1º Simpósio Internacional de Atenção Pré-Hospitalar – Urgências e Trauma, realizado em Porto Alegre, em que foi criada a Rede 192 e caracterizada como Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE). E no ano seguinte ocorreu primeiro curso nacional de regulamentação médica, durante o 3º Simpósio Internacional de Atenção Pré-Hospitalar às Urgências em Campinas-SP (GONÇALVES, 2001).

Já no ano de 2000, durante o IV Congresso Internacional da RBCE, foram desenvolvidas as bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências. E finalmente no ano de 2003 o Ministério da Saúde lança no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção às Urgências e o Sistema de Atendimento Móvel às Urgências (NEGRI FILHO, 2000).

A forma de atuação do SAMU no Brasil foi influenciada pelos modelos de protocolo francês e americano.

E esta se encontra estruturada em duas modalidades: o Suporte Básico à Vida (SBV) e o Suporte Avançado à Vida (SAV). O SBV consiste na preservação da vida, sem manobras invasivas, em que o atendimento é realizado por pessoas treinadas em primeiros socorros e atuam sob supervisão médica. Já o SAV tem como características manobras invasivas, de maior complexidade e, por este motivo, esse atendimento é realizado exclusivamente por médico e enfermeiro (RAMOS, 2005).

Nos dias atuais um dos principais projetos na área de APH no Brasil é Ramificação do SAMU para áreas onde antes não eram beneficiadas por seus serviços, o que ainda em muitas regiões do Brasil não passa de promessas.

3.3 O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

O termo emergência médica pode ser definido como problemas de saúde que necessitam de cuidados especializados imediatos para evitar a morte ou complicações graves no indivíduo, e a urgência médica caracteriza-se como aquela

situação que afeta ou coloca em perigo a saúde de uma ou mais pessoas (RODRIGUES, 2000 *apud* BUENO, 2010).

Em vítimas por causas clínicas ou traumáticas, os cuidados pré-hospitalares podem fazer a diferença entre a vida e a morte; entre uma seqüela temporária, grave ou permanente; ou entre uma vida produtiva e uma destituída de bem-estar (PHTLS, 2007).

Com a formação dos complexos centros urbanos por todo o mundo também tivemos o aumento da morbimortalidade ocasionada por trauma, o que desencadeou a necessidade da implementação de formas de combater estes agravos. Um dos principais enfrentamentos encontrado para este problema foi o cuidado às vítimas antes mesmo da chegada ao hospital (MALVESTO, 2002).

Pois é historicamente conhecido no Brasil que o nível de resposta do sistema de saúde às urgências e emergências é insuficiente, o que por sua vez ocasiona a superlotação nos hospitais e pronto-socorros (BRASIL, 2002).

Com a alteração do perfil epidemiológico da morbimortalidade por conta do aumento das causas externas, os atendimentos de urgência e emergência ganharam maior relevância, causando forte impacto ao setor saúde e por sua vez a resposta a tal demanda é fundamental para minimizar as seqüelas decorrentes desse quadro (DALLARI, 2000 *apud* CABRAL, 2008).

Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população (MINISTERIO DA SAÚDE, 2002).

Dados referentes a 2008 mostram que a taxa de óbitos por acidentes de trânsito em comparação com o ano de 1998 subiu para 26,5% na população geral e representou 32,4% das mortes na juventude. Fazendo um paralelo com os números de 1998, temos um aumento de 20,8% nas mortes na juventude, o que representou uma porcentagem de óbitos superior ao incremento populacional do país, que foi de 17,2% no mesmo período (Instituto Sangari 2011).

Em todo mundo morrem anualmente nas estradas mais de 1,2 milhões de pessoas e entre 20 e 50 milhões sofrem traumatismos não mortais, necessitando de atendimento rápido e correto (Organização Mundial da Saúde, 2009).

Para se ter uma idéia da situação, em termos absolutos, no ano de 2004 ocorreu uma média de 307 acidentes por dia (aproximadamente 13 acidentes por

hora), nas rodovias federais brasileiras. Onde nestes acidentes estiveram envolvidas em média 4,07 pessoas (IPEA, Denatran 2006).

De acordo com dados do Denatran 2004\2005 durante o ano de 2004 ocorreram nas estradas federais 112.457 acidentes, envolvendo 457.409 mil pessoas, sendo o número de óbitos de 10.186 mortes somando os óbitos ocorridos no local e os pós-acidentes. E no ano de 2005 ocorreram 109.745 acidentes, envolvendo 414.663 pessoas com um número de óbitos de 10.416 somando os ocorridos no local e os óbitos pós-acidente.

Nestes dados anteriormente citados podemos destacar que em 2004 o número de mortes pós-acidente foi de 4.067 e em 2005 de 4.064, significando assim que pessoas necessitaram de algum atendimento no local do acidente. E que em muitos destes casos a falta de socorro ou o atendimento prestado de forma errada favorecem essas mortes. De maneira que se essas pessoas tivessem recebido pelo menos um atendimento básico, como uma massagem cardíaca prestada de forma correta, enquanto o socorro especializado não havia chegado, poderiam ter sido evitadas muitas dessas mortes.

Outro causador de mortes e traumas no Brasil são as catástrofes ambientais. Onde, os desastres naturais mais comuns são as enchentes e os deslizamentos de terra. Estes por sua vez, são responsáveis por um número elevado de perdas humanas e materiais todos os anos. De acordo com dados do Center for Research on the Epidemiology of Disasters (2004), entre 1974 e 2003, mais de 100 000 pessoas foram vítimas de algum tipo de desastre natural no Brasil (IBGE, 2005).

Porem, mesmo com a alteração no perfil epidemiológico indicando um aumento nas causas externas, não podemos nos esquecer dos agravos a saúde proporcionados por causas clínicas, onde merecem destaque os ocasionados por problemas cardíacos e cerebrovasculares.

As isquemias e as doenças cerebrovasculares foram as principais causas de morte em todo mundo no ano de 2004, onde ocuparam respectivamente as posições de primeiro e segundo lugar com 12,2% dos óbitos e 9,7% dos óbitos. E estima-se que em 2030 estes males continuem ocupando as mesmas posições porem com o aumento de suas porcentagens de óbitos para 14,2% e 12,1% das mortes em todo mundo (OMG, 2009).

E a cada ano estima-se que por volta de 12 milhões de pessoas morrem por infarto e AVC em todo mundo (OMS 2005).

Desta forma, temos a importância da contribuição do APH para a redução do tempo de chegada ao hospital adequado e para o sucesso das intervenções iniciais apropriadas à manutenção da vida (MALVESTO, 2002 *apud* SILVA *et al*, 2009).

O atendimento Pré-Hospitalar é o conjunto de todos os procedimentos de caráter paliativo ou curativo que são prestados a vítima fora do ambiente hospitalar. Tem por princípio prestar atendimento adequado a vítima com a finalidade de prolongar a sobrevivência e evitar seqüelas secundárias. Neste tipo de atendimento se pressupõe uma estabilização rápida desta vítima, prestar-lhe os primeiros atendimentos no local da ocorrência, onde estes se encontram centrados na reestruturação da ventilação, respiração e circulação adequadas, até a chegada a um hospital onde se possa ter um atendimento mais especializado (MINAYO, 2008 *apud* CRUZ, 2009).

No Brasil o atendimento as urgências e emergências no APH são prestados principalmente pelo SAMU, que foi instituído como componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por meio da Portaria GM nº 1.864, de 29 de setembro de 2003 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).

Hoje o SAMU encontrasse presente em todos os estados brasileiros, com 157 Centrais de Regulação Médica que abrangem 1.372 municípios. Atingindo em média 109 milhões de pessoas com os seus serviços, de acordo com informações do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Porém quando comparamos estes números com as dimensões populacionais brasileiras, observamos o quanto estes são insuficientes para um país de proporções continentais como o Brasil, que possui segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 5.565 municípios e uma população geral, de acordo com o Censo 2010, de 185.712.713 milhões de pessoas.

Se tendo desta forma 4.193 municípios e uma média 76.712.713 milhões de brasileiros que não possuem acesso ou não lhes é disponibilizado um atendimento imediato por parte do SAMU.

Estes dados são preocupantes, quando se tem em vista os índices de crescimento já mencionados com relação as causas externas e clínicas.

Desta forma vemos a implementação do ensino de técnicas básicas de APH a adolescentes como uma forma de amenização deste desprovido por parte do SAMU.

Proporcionando uma diminuição neste número de brasileiros desprovidos de APH e ocasionando a diminuição de outro problema, que é o manejo incorreto dos pacientes vítimas de acidentes, que é feito muitas vezes por populares presentes no local das ocorrências. Existem evidências de que algumas vítimas de traumatismo morrem devido a erros relacionados ao tratamento e não pela gravidade de suas lesões o que é definido como “mortes evitáveis”.

Desta forma, tendo por base o princípio de que o atendimento pré-hospitalar se encontra centrado em promover uma estabilização rápida da vítima, com a finalidade de restaurá-la ao seu estado sadio ou estancar seu sofrimento até que esta possa ter um atendimento especializado.

Desenvolvemos os parâmetros e atitudes de um socorrista que serão esperados dos estudantes de ensino médio, quando estes vierem a concluir seus estudos. Desta forma estes estudantes deverão ser aptos há:

- Controlar o local do acidente para evitar maiores lesões.
- Obter acesso as vítimas de maneira mais fácil e segura possível.
- Ter conhecimento sobre técnicas de imobilização.
- Identificar e desobstruir as vias aéreas.
- Identificar ausência de pulsação e respiração.
- Administrar a respiração cardiopulmonar feita por um ou dois alunos socorristas.
- Controlar sangramento com pressão direta, elevação e em casos extremos e com os devidos cuidados torniquetes.
 - Detectar lesões e dar início aos tratamentos básicos.
 - Conhecer técnicas básicas de curativos e bandagens.
 - Detectar fraturas e ter conhecimento sobre como proceder.
 - Detectar casos de envenenamento, incluindo intoxicação por álcool ou drogas e entendimento de como proceder.
- Reconhecer ataques cardíacos, acidentes vascular cerebrais (AVC), crises convulsivas e saber como proceder diante da situação.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa será desenvolvida segundo uma abordagem quantitativa, de tipologia exploratória, descritiva e explicativa conforme o entendimento de Gil (2010,p.27-28).

O caráter exploratório a ser seguido durante a construção da pesquisa, visa proporcionar uma maior familiaridade com o “problema”: A necessidade de um Atendimento Pré-Hospitalar em áreas onde o SAMU não esta presente, com o intuito de torná-lo mais explícito. A descritiva visa descrever as características da população escolhida, traçando desta forma um perfil da mesma e por fim a explicativa na busca por aprofundar o conhecimento sobre a realidade da falta deste atendimento (GIL, 2010).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa será realizada na Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Padre Jerônimo Lawren, localizada no município de Santa Luzia – PB.

4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população desta pesquisa é constituída pelos alunos que se encontram cursando o ensino médio da Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Padre Jerônimo Lawren, pois se trata de um município onde não existe unidade do SAMU.

Este estudo foi planejado segundo um esquema de amostragem estratificada proporcional (onde o número de elementos sorteados em cada estrato é proporcional ao número de elementos no estrato), que é uma técnica de

amostragem que usa uma informação existente sobre a população para que o processo de amostragem seja mais eficiente. A lógica que assiste à estratificação de uma população é a de identificação de grupos que variam muito entre si no que diz respeito ao parâmetro em estudo, mas muito pouco dentro de si, ou seja, cada um é homogêneo e com pouca variabilidade.

As três etapas para se definir uma amostra estratificada são:

- Definir os estratos;
- Selecionar os elementos dentro de cada estrato mediante um processo aleatório simples;
- Conjuguar os elementos selecionados em cada estrato, que na sua totalidade constituem a amostra.

Este método de amostragem estratificada tem a vantagem de ser mais eficiente do que os métodos de amostragem simples ou sistemática, pois é mais econômico em termos de tempo e dinheiro e fornece resultados com menor probabilidade de erro associada.

Junto aos alunos da Escola Estadual Padre Jerônimo Lawen foi realizado um processo de amostragem estratificada proporcional para cada um dos mesmos, onde os estratos correspondem aos anos do ensino médio (1º, 2º e 3º) e estes por sua vez subdivididos em 1º ano (A,B,C,D e E), 2º ano (A, B,C,D e E) e 3º ano (A, B, C, D e E), estes distribuídos em turnos de funcionamento da escola, sendo estes diurno e noturno.

Ainda respeitando-se o critério de que todos os tipos de alunos existentes na escola teriam que participar da amostra, para que o resultado da pesquisa fosse o mais confiável possível e que mostrasse a real situação dos alunos pertencentes a escola local da pesquisa.

Depois de todo o cálculo amostral ter sido feito, os alunos escolhidos para compor a amostra foram selecionados através de um sorteio aleatório por sala de aula. Todos os tamanhos amostrais foram calculados admitindo-se um nível de erro máximo de 10% e um grau de confiabilidade estatística de 95%, o que garante o sucesso e a veracidade dos resultados finais da pesquisa.

Em números, temos que a EEEFM Padre Jerônimo Lawen tinha um total de 488 alunos, onde a amostra mínima calculada foi de 79 alunos, divididos proporcionalmente em relação ao número total de salas de aula existentes por ano do ensino médio.

Tabela 1: Amostragem estratificada.

1º Ano						2º Ano					3º Ano					Soma
Manhã			Tarde			Manhã	Tarde				Manhã	Tarde			Noite	
A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	
39	28	26	33	28	36	35	37	25	31	27	31	33	28	33	18	488
8%	6%	5%	7%	6%	7%	7%	8%	5%	6%	6%	6%	7%	6%	7%	4%	
6	5	4	5	5	6	6	6	4	5	4	5	5	5	5	3	79

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Podemos observar na Tabela 1 a forma como a amostra foi estratificada de maneira a tornar a pesquisa verdadeira quanto a realidade da população. Na tabela temos, o número total de alunos matriculados na escola pesquisada, este número total subdividido por ano do ensino médio ao qual este aluno pertence, sua sala e seu turno. E na parte inferior da tabela temos a amostra mínima calculada e esta da mesma subdividida proporcionalmente por ano do curso, sala e turno.

4.4 VARIÁVEIS DA PESQUISA

Variável pode ser considerada uma classificação ou medida; uma quantidade que varia; um conceito operacional; que contem ou apresenta valores; aspecto; propriedade ou fator; discernível em um objeto de estudo e passível de mensuração (MARCONI, LAKATOS, 2003).

4.4.1 VARIÁVEL DE CARACTERIZAÇÃO

Como variável de caracterização temos os dados da população estudada descritos a seguir:

Tabela 2: Varáveis de Caracterização.

Variáveis de Caracterização	Escalas\ Critérios
Idade	Idade em anos
Sexo	Masculino\ Feminino
Anos do ensino médio que esta cursando	1º, 2º e 3º ano

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para que o sujeito esteja incluso na pesquisa se faz necessário que este esteja cursando o ensino médio da escola estadual em município onde não exista base de atendimento do SAMU durante o ano de 2011.

Serão excluídos da mesma todos que não atenderem aos critérios de inclusão.

4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados que servirão de suporte para a pesquisa, serão obtidos a partir de um Formulário de Entrevista, que será o instrumento de coleta dos dados, semi-estruturado, com perguntas diretas e indiretas de fácil entendimento, que será preenchido após assinatura do termo de consentimento por parte do respondente. Segundo Auro de Jesus Rodrigues (2006, p.95), o formulário é um instrumento de coleta de dados constituído por uma lista de questões relacionadas com o problema de pesquisa, e deve ser aplicado a um numero determinado de informantes. O Formulário de Entrevista foi elaborado no sentido de serem alcançados os objetivos propostos pela pesquisa e serão aplicados 05 formulários como teste piloto para validação do instrumento.

4.7 PROCEDIMENTO PARA TRATAMENTO E ANALISE DE DADOS

Os dados serão armazenados, organizados, categorizados e digitados em planilhas do Microsoft Office Excel 2007, sob forma de um banco de dados para análise estatística.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa será realizada em concordância com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, nosso estudo obedece aos quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos atores da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para responder aos objetivos e dar início as discussões sobre os resultados alcançados, discuti-se inicialmente a caracterização sócio demográfica dos participantes da pesquisa. Os participantes encontram-se distribuídos de maneira que, em relação ao gênero, 32 (41%) são do sexo masculino e 47 (59 %) são do sexo feminino.

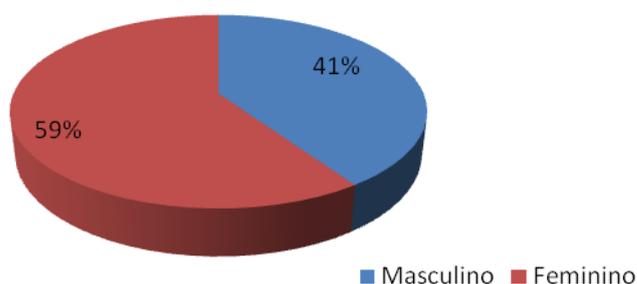
Tabela 3: Distribuição dos participantes de acordo com o sexo.

Sexo		
Masculino	Feminino	Total
32	47	79
41	59	100

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Figura 1: Distribuição percentual dos participantes de acordo com o sexo.

Sexo dos Entrevistados



Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Os participantes quando relacionados de acordo com a faixa etária, encontram-se distribuídos em uma média de idade que vai de 14 anos a 18 anos, sendo 11 ou 14% apresentando 14 anos, 27 ou 34% com 15 anos, 29 ou 37% com 16 anos, 9 ou 11% com 17 anos e 3 ou 4% com 18 anos.

Tabela 4: Distribuição dos participantes de acordo com a faixa etária.

Faixa Etária					Total
14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	
11	27	29	9	3	79
14%	34%	37%	11%	4%	100

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Figura 2: Distribuição percentual dos participantes segundo a faixa etária.

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

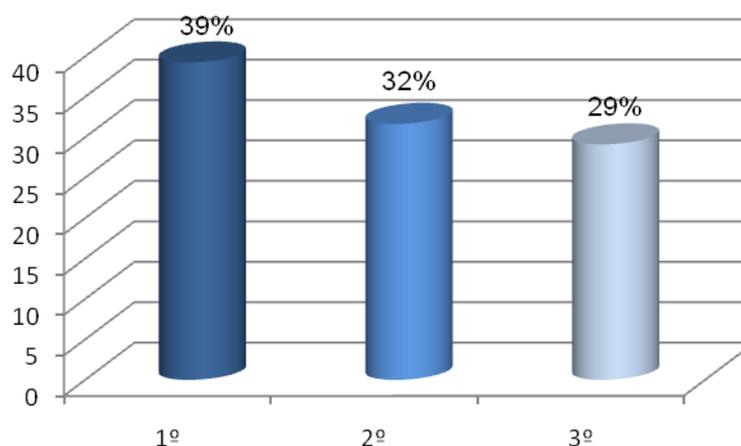
Os alunos participantes da pesquisa foram também caracterizados conforme o ano do ensino médio ao qual pertenciam. No intuito de se ter uma observação de todo o ensino médio da escola cenário da pesquisa. De forma que, foram entrevistados 31 alunos pertencentes ao 1º ano ou 39% da amostra, 25 alunos pertencentes ao 2º ano ou 32% da amostra e 23 alunos do 3º ano ou 29% da amostra.

Tabela 5: Distribuição dos participantes de acordo com o ano do ensino médio ao qual pertenciam.

Ano de Ensino			Total
1º	2º	3º	
31	25	23	79
39%	32%	29%	100

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Figura 3: Distribuição percentual dos participantes segundo o ano do ensino médio ao qual pertenciam.



Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Enfim, após termos identificado as variáveis de caracterização sócio demográficas dos participantes, nos empenhamos na busca por responder aos objetivos propostos pela pesquisa, fizemos as seguintes perguntas por meio do formulário de pesquisa a todos os alunos pertencentes à amostra da pesquisa.

1. Você já passou por alguma situação de emergência ou já esteve presente em um local onde você ou uma pessoa necessitou de socorro?

As respostas foram distribuídas na tabela a seguir:

Tabela 6: Você já passou por alguma situação de emergência ou já esteve presente em um local onde você ou uma pessoa necessitou de socorro?

Discriminação	Total	Sexo		Faixa etária					Ano de Ensino		
		Mas.	Fem.	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	1º	2º	3º
Sim	65	27	38	8	23	22	9	3	26	20	19
Não	14	5	9	3	4	7	0	0	5	5	4
Total	79	32	47	11	27	29	9	3	31	25	23

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Tabela 7: Dados percentuais referentes às respostas obtidas na questão 1.

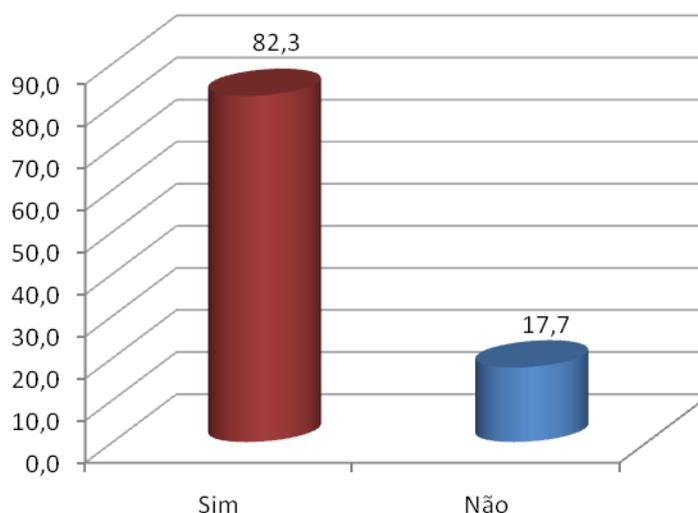
Discriminação	Total	Sexo		Faixa etária					Ano de Ensino		
		Mas.	Fem.	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	1º	2º	3º
Sim	82,3	84,4	80,9	72,7	85,2	75,9	100,0	100,0	83,9	80,0	82,6
Não	17,7	15,6	19,1	27,3	14,8	24,1	0,0	0,0	16,1	20,0	17,4
Total	100,0	100,0	100,0								

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Nas tabelas referentes a questão 1 podemos identificar que 65 dos participantes ou 82,3% responderam que “sim”, já haviam passado ou esteve presente em uma situação de emergência onde este ou uma pessoa próxima necessitou de socorro. E 14 participantes ou 17,7% responderam que “não”, afirmando assim, não terem estado presente ou passado por situações de emergência. Estes dados encontram-se também fragmentados nas tabelas de acordo com o sexo, faixa etária e ano de ensino.

Dos participantes que responderam de forma afirmativa ao questionamento, podemos identificar uma maioria do sexo masculino presentes em situações de emergência e a totalidade dos participantes com idade de 17 e 18 anos afirmando terem passado pela referida situação, o que indica uma maior probabilidade de jovens próximos a alcançar a maior idade e já considerados maiores de idade estarem envolvidos em situações de perigo à vida.

Figura 4: Dados percentuais referentes às respostas obtidas na questão 1.



Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

As respostas colhidas através desta questão vêm afirmar o que é colocado pelo estudo realizado pelo instituto Sangari em associação ao governo federal brasileiro intitulado por “Mapa da Violência 2011; Os Jovens do Brasil”, em que este coloca em destaque o drástico aumento nas mortes ocasionadas por causas externas (acidentes, afogamento, envenenamento, engasgo, queimadura, homicídio, suicídio etc.), na juventude brasileira.

De acordo ainda com o estudo, em 1980, as causas externas foram responsáveis por 52,9% do total de mortes juvenis no país, o que aproximadamente pode ser considerado como metade das mortes na juventude naquele ano. Em 2008, dos 46.154 óbitos juvenis registrados no SIM/SVS/MS, 33.770 foram ocasionadas por causas externas o que equivale a 73,7% das mortes juvenis (Instituto Sangari, 2011).

Dados do estudo realizado pelo Instituto Sangari, mostram que em 1996, nossa taxa de homicídios juvenis foi de 41,7 em 100 mil. Em 2008, tivemos 52,9 vítimas juvenis. Jovens mortos em acidentes de transporte: tínhamos 24,2 em cada 100 mil em 1996; em 2008, foram 25,7 em 100 mil. Suicídios: subiram de 4,8 em 1996 para 5,1 em 2008 (Instituto Sangari, 2011).

Desta forma, observamos que a realidade dos jovens entrevistados não foge a nacional, quando temos a maioria revelando já ter passado por situações envolvendo causas externas.

Com relação a questão 2 e 3, apenas os alunos que responderem de forma positiva ao questionamento feito na questão 1 poderiam responde-las.

2. Que situação foi essa?

Nesta questão buscamos identificar qual seria a situação de emergência pela qual os alunos haviam passado. Desta forma, teríamos a identificação das principais ocorrências que faziam parte da realidade daqueles jovens. Sendo estas respostas expostas na tabela abaixo.

Tabela 8: Situações de emergência, vivenciadas pelos entrevistados.

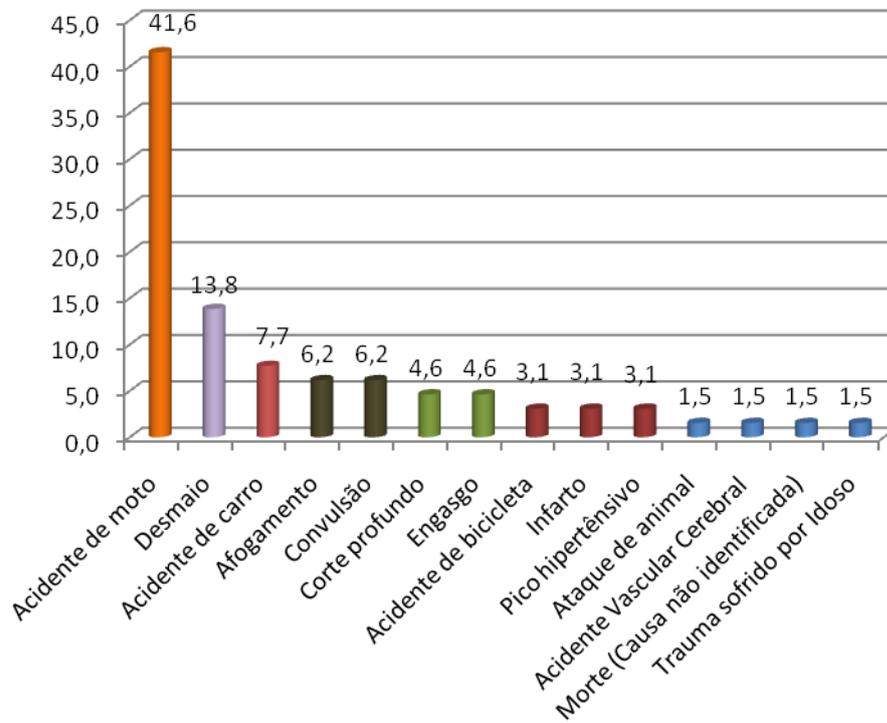
Discriminação	f	%
Acidente de moto	27	41,6
Desmaio	09	13,8
Acidente de carro	05	7,7
Afogamento	04	6,2
Convulsão	04	6,2
Corte profundo	03	4,6
Engasgo	03	4,6
Acidente de bicicleta	02	3,1
Infarto	02	3,1
Pico hipertensivo	02	3,1
Ataque de animal	01	1,5
Acidente Vascular Cerebral	01	1,5
Morte (Causa não identificada)	01	1,5
Trauma sofrido por Idoso	01	1,5
Total	65	100,0

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Temos na tabela acima as situações de emergência vivenciadas pelos 65 ou 82,3% dos entrevistados que responderam “sim” na questão. Podemos identificar na tabela 8 que os acidentes de moto com 27 relatos ou 41,6%, foram em disparada as principais situações de risco de vida vivenciados pelos jovens, seguido por desmaios com 09 ou 13,8% em que as causas culminantes para a ocorrência destes

não foram reveladas pelos entrevistados. E em terceiro lugar acidentes de carro com 05 relatos ou 7,7% das causas mencionadas. Indicando assim os acidentes no trânsito que ocuparam 1ª e 3ª posição respectivamente, como principais agentes de risco a vida destes jovens. Na figura a seguir podemos ter uma observação melhor destes fatos.

Figura 5: Percentual das situações de emergência vivenciadas pelos entrevistados.



Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

O número elevado de acidentes no trânsito constatados na pesquisa seguem o que foi colocado por Bastos, quando este coloca que o trânsito no Brasil é um dos mais perigosos do mundo, apresentando estatísticas de um acidente para cada lote de 410 veículos em circulação, onde este índice na Suécia é de um acidente para 21.400 veículos. Sendo assim, os acidentes no trânsito um problema de graves proporções no Brasil, sendo considerado um problema de saúde pública, pois são responsáveis por índices de morbidade, mortalidade e incapacidade (BASTOS *et al*, 2005 *apud* CANOVA *et al*, 2010).

Já o número expressivo de acidentes envolvendo motocicletas divulgado na pesquisa em questão é colocado por Conova como sendo uma tendência no território brasileiro, devido ao crescimento da utilização deste meio de transporte (CANOVA *et all*, 2010).

Após a definição de quais as situações vivenciadas pelos entrevistados, tivemos a preocupação de procurar saber por meio da questão 3 se estes haviam prestado algum socorro às vítimas dos incidentes anteriormente citados.

3. Você prestou socorro?

Este questionamento foi feito com intuito de verificar quantos exerceram papel de socorrista nos incidentes mencionados anteriormente, uma vez que, desta forma poderíamos ter uma idéia inicial de como os alunos agiram diante da emergência. As respostas foram explanadas nas tabelas 9 e 10.

Tabela 9: Você prestou socorro?

Discriminação	Total	Sexo		Faixa etária					Ano de Ensino		
		Mas	Fem	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	1º	2º	3º
Sim	18	10	8	0	7	8	2	1	7	4	7
Não	47	17	30	8	16	14	7	2	19	16	12
Total	65	27	38	8	23	22	9	3	26	20	19

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Tabela 10: Respostas em porcentagem referentes a questão 3.

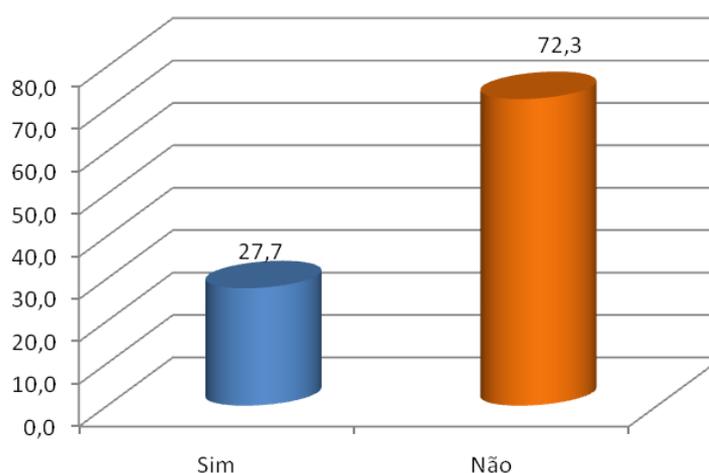
Discriminação	Total	Sexo		Faixa etária					Ano de Ensino		
		Mas.	Fem.	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	1º	2º	3º
Sim	27,7	37,0	21,1	0,0	30,4	36,4	22,2	33,3	26,9	20,0	36,8
Não	72,3	63,0	78,9	100,0	69,6	63,6	77,8	66,7	73,1	80,0	63,2
Total	100,0	100,0	100,0								

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

A partir da observação das tabelas, temos que, dos 65 entrevistados que responderam positivamente a questão 1, 47 destes ou 72,3% não prestaram nenhuma forma de socorro as vítimas dos incidentes mencionados na questão 2 e 18 ou 27,7% dos participantes prestaram socorro as vítimas. Tendo desta forma a maioria dos participantes não prestando socorro as vítimas por motivos não mencionados por estes, mas pela identificação de que a maioria dos que não prestaram socorro encontram-se na faixa etária entre 14 e 15 anos, podemos sugerir que os motivos foram: falta de conhecimento, medo, sentimento de incapacidade diante da situação entre outros relacionados com a idade e por sua vez com a falta de maturidade.

Em confirmação ao que é identificado anteriormente temos que dos 18 ou 27% que prestaram socorro tinham entre 16 e 18 anos. Para melhor observação temos a figura a seguir.

Figura 6: Respostas em percentual referentes a questão 3.



Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

As questões 4 e 5 foram respondidas apenas pelos alunos que responderam “sim” nas questões 1 e 3.

4. O que você fez?

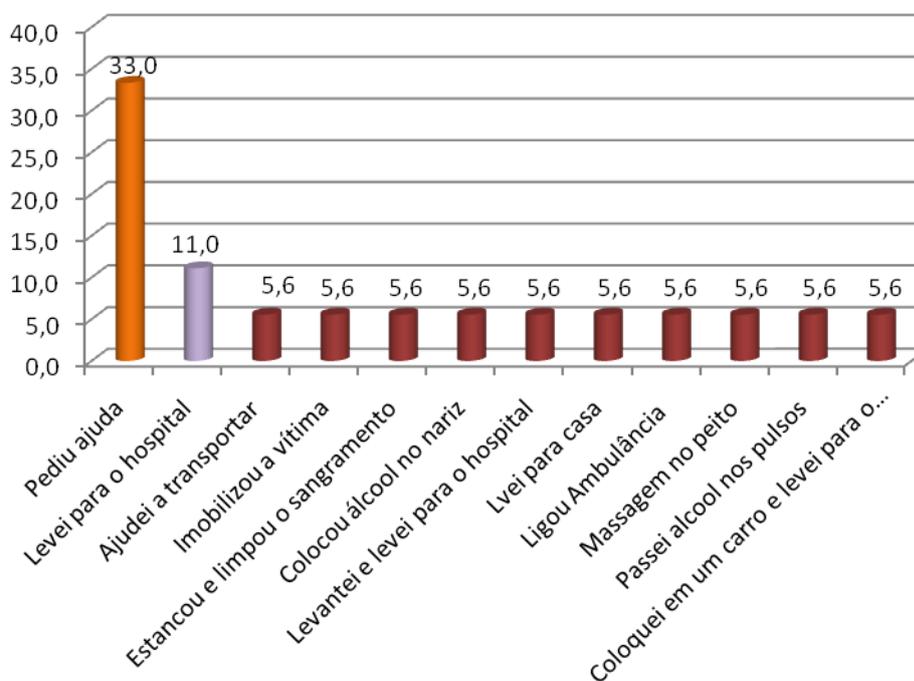
Neste item nós tivemos o interesse de saber dos participantes que tiveram a atitude de socorrista, prestando algum tipo de socorro às vítimas, o que eles fizeram no intuito de identificar se agiram de forma correta. As respostas a esta questão estão dispostas na tabela e figura a seguir.

Tabela 11: O que você fez?

Discriminação	f	%
Pediu ajuda	06	33,0
Levei para o hospital	02	11,0
Ajudei a transportar	01	5,6
Imobilizou a vítima	01	5,6
Estancou e limpou o sangramento	01	5,6
Colocou álcool no nariz	01	5,6
Levantei e levei para o hospital	01	5,6
Levei para casa	01	5,6
Ligou Ambulância	01	5,6
Massagem no peito	01	5,6
Passei álcool nos pulsos	01	5,6
Coloquei em um carro e levei para o hospital	01	5,6
Total	18	100,0

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Figura 7: Respostas em porcentagem referentes a questão 4.



Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Ao analisarmos a tabela 11 e a figura 6, temos que dos 18 entrevistados que prestaram socorro houve uma variedade de atitudes, em que “pedir ajuda” com 6 ou 33% das respostas foi a forma de prestar socorro mais relatada pelos entrevistados. Sabemos que em APH o “pedir ajuda” entrando em contato com o SAMU 192 ou Bombeiros 193 é uma atitude muito importante, porém em cidades onde não existem os atendimentos citados o “pedir ajuda” não possui o mesmo potencial, uma vez que, a probabilidade da pessoa que venha prestar o auxílio tenha uma atitude correta diante da emergência são muito baixas. Podemos identificar nas respostas que apenas 4 foram coerentes com a atitude de um socorrista, com 1 ou 5,6% imobilizou a vítima, 1 ou 5,6% estancou e limpou o sangramento, 1 ou 5,6% Chamou ambulância e 1 ou 5,6 fez massagem cardíaca.

As outras 14 respostas, ou seja, a maioria dos respondentes tomaram atitudes que poderiam ocasionar a piora no quadro das vítimas e outras atitudes como passar álcool nos pulsos em caso de desmaio que não faz nenhum sentido, sendo apenas folclórica.

Pesquisas mostram que o tratamento errôneo de lesões e traumas piora o quadro das vítimas muitas vezes as levando a morte ou a incapacidades.

Segundo Marson, existem inúmeras evidências de que vítimas de traumatismo morrem muitas vezes, devido a erros relacionados ao tratamento e não pela gravidade das lesões. O que levou ao desenvolvimento do conceito de “mortes evitáveis” (Marson *et al*, 2010)

O que indica que se nos traumas e lesões citados, tivesse havido um APH correta as vítimas que vieram a óbito, poderiam ter sido salvas.

Na questão 5 perguntamos:

5. Teve êxito?

Nesta questão encontramos uma discrepância com relação aos dados obtidos na questão 4, pois procuramos identificar através da questão 5 se as atitudes tomadas pelos entrevistados salvaram ou minimizaram o quadro das vítimas. As respostas estão distribuídas nas tabelas e figura a seguir.

Tabela 32: Teve êxito?

Discriminação	Total	Sexo		Faixa etária					Ano de Ensino		
		Mas	Fem	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	1º	2º	3º
Sim	18	10	8	0	7	8	2	1	7	4	7
Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	18	10	8	0	7	8	2	1	7	4	7

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Tabela 13: Dados percentuais referentes as respostas obtidas na questão 5.

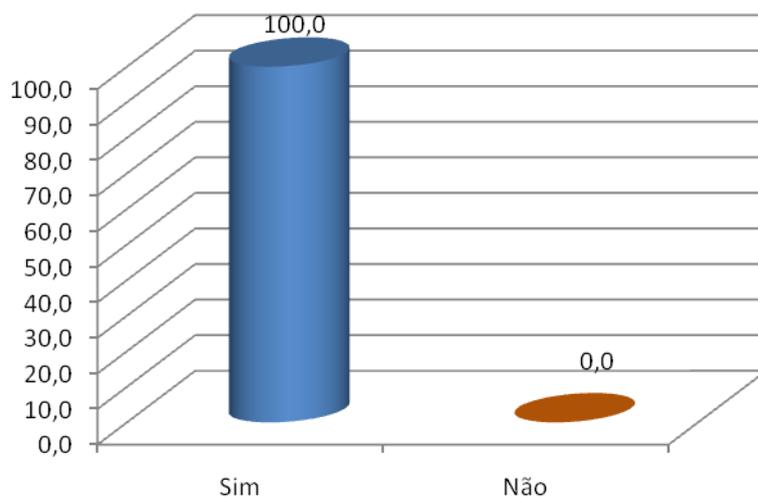
Discriminação	Total	Sexo		Faixa etária					Ano de Ensino		
		Mas.	Fem.	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	1º	2º	3º
Sim	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Não	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Observamos que 100% dos respondentes relataram ter tido êxito no que fizeram. Neste ponto, encontra-se a incoerência entre estas respostas e as obtidas na questão 4. Uma vez que observamos que atitudes relatadas pelos entrevistados em sua grande maioria foram atitudes erradas, com uma forte tendência de trazer seqüelas para as vítimas atendidas e não resolução do problema.

Porém essa disparidade entre as respostas das questões citadas podem indicar a falta de entendimento da maioria dos entrevistados, que prestaram socorro, sobre o que estavam fazendo. Podemos ter uma melhor visão das respostas da questão 5 na figura seguinte.

Figura 8: Dados percentuais referentes as resposta da questão 5.



Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

As questões que abrangem da 6ª a 8ª questão, foram realizadas com o intuito de se identificar o quanto de conhecimento em ações de APH os alunos possuíam e estas foram respondidas por todos os participantes.

6. Você sabe como proceder com as vítimas de um acidente?

Procuramos através deste questionamento identificar se os alunos sabiam como agir caso se defrontassem com vítimas de um acidente de transito. As respostas seguem na tabela 14.

Tabela 14: Você sabe como proceder com as vítimas e um acidente?

Discriminação	Total	Sexo		Faixa etária					Ano de Ensino		
		Mas	Fem	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	1º	2º	3º
Sim	17	9	8	1	6	9	1	0	9	5	3
Não	62	23	39	10	21	20	8	3	22	20	20
Total	79	32	47	11	27	29	9	3	31	25	23

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Tabela 15: Dados percentuais referentes as respostas da questão 6.

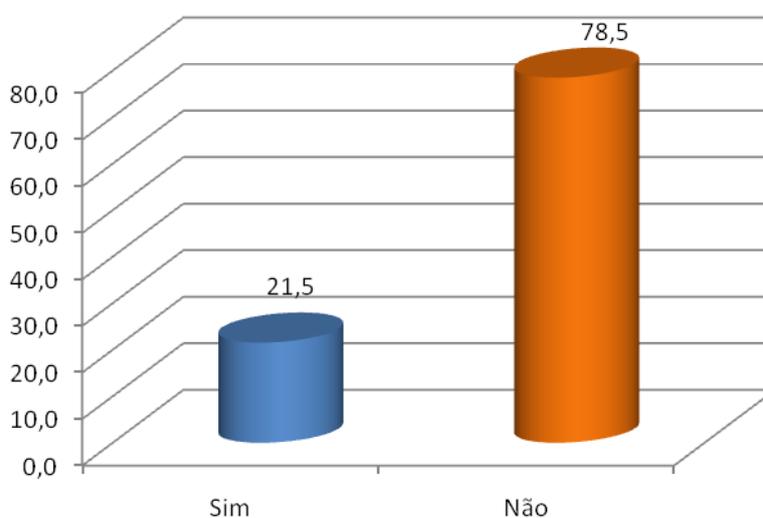
Discriminação	Total	Sexo		Faixa etária					Ano de Ensino		
		Mas.	Fem.	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	1º	2º	3º
Sim	21,5	28,1	17,0	9,1	22,2	31,0	11,1	0,0	29,0	20,0	13,0
Não	78,5	71,9	83,0	90,9	77,8	69,0	88,9	100,0	71,0	80,0	87,0
Total	100,0	100,0	100,0								

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Dos 79 entrevistados 17 ou 21,5% responderam “sim”, afirmando desta forma que sabiam como proceder com as vítimas de um acidente, porem a maioria 62 ou 78,5% dos alunos responderam “não”, referindo não ter conhecimento sobre como oferecer o APH as vítimas de um acidente.

Demonstrando a necessidade do ensino de como proceder diante de uma situação como esta, uma vez que, os acidentes de transito foram maioria quando os participantes foram perguntados, qual situação de emergência eles haviam passado ou estado presentes. Para melhor visualização dos dados temos a figura 9.

Figura 9: Percentagem referente as resposta da questão 6.



Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

7. Tem conhecimento de como agir diante de uma pessoa que esteja sofrendo um infarto?

Questionamento realizado com o intuito de identificar se os indivíduos pesquisados saberiam como proceder corretamente diante de uma pessoa que esteja sofrendo um infarto. As respostas encontram-se distribuídas nas tabelas e figura a baixo.

Tabela 16: Tem conhecimento de como agir diante de uma pessoa que esteja sofrendo um infarto?

Discriminação	Total	Sexo		Faixa etária					Ano de Ensino		
		Mas	Fem	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	1º	2º	3º
Sim	6	3	3	0	1	5	0	0	2	2	2
Não	73	29	44	11	26	24	9	3	29	23	21
Total	79	32	47	11	27	29	9	3	31	25	23

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

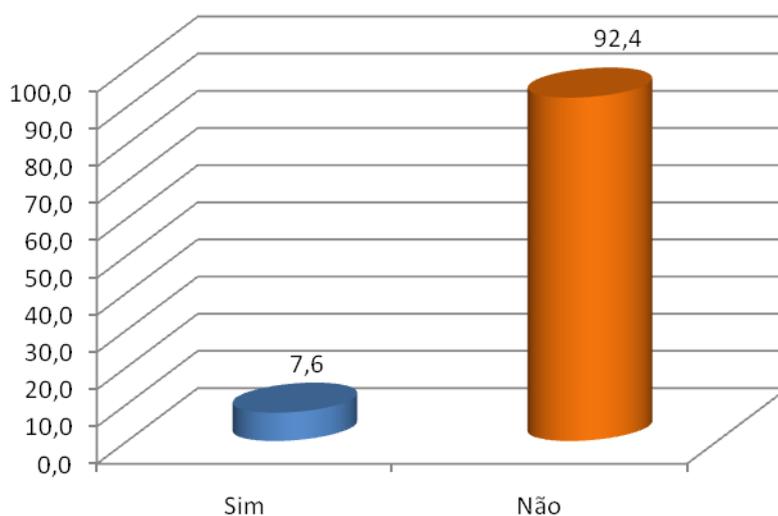
Tabela 17: Respostas em porcentagem referentes a questão 7.

Discriminação	Total	Sexo		Faixa etária					Ano de Ensino		
		Mas.	Fem.	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	1º	2º	3º
Sim	7,6	9,4	6,4	0,0	3,7	17,2	0,0	0,0	6,5	8,0	8,7
Não	92,4	90,6	93,6	100,0	96,3	82,8	100,0	100,0	93,5	92,0	91,3
Total	100,0	100,0	100,0								

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Ao analisarmos as respostas colhidas, percebemos que a grande maioria dos 79 participantes, o que equivale a 73 ou 92,4% dos alunos responderam “não”, dizendo assim que não possuíam nenhum conhecimento de como agir para socorrer uma pessoa enfartando. E apenas 6 ou 7,6% responderam “sim”.

Figura 10: Respostas obtidas na questão 7.



Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Esta disparidade de respondentes que não sabem o que fazer diante do questionamento proposto, em relação aos que sabem é preocupante quando temos que segundo a OMS em 2002 ocorrerá uma faixa de mortes por acidentes cardiovasculares que variam entre 100000 e 400000 mil óbitos no mundo.

E a cada ano estima-se que por volta de 12 milhões de pessoas morrem por infarto e AVC em todo mundo. (OMS, 2005).

Sabemos que uma RCP bem procedida pode salvar uma vida em um caso como este, ou diminuir inúmeras seqüelas que a falta de oxigenação no cérebro pode trazer. Assim se estes 92,4% dos jovens entrevistados aprendessem como realizar essas simples manobra, como eles seriam uteis em locais onde os serviços de APH demoram a chegar ou não chegam.

8. Você sabe o que fazer com uma pessoa que esteja sofrendo uma convulsão?

Essa pergunta foi realizada em razão de que convulsões ocasionadas por vários motivos, mas principalmente por ataques epilépticos são muito comuns no dia a dia das pessoas e mitos folclóricos como “não pode tocar na pessoa tendo um

ataque, pois se a saliva lhe atingir você também ficará sofrendo ataques” e que “são demônios possuindo a vítima da convulsão” são comuns em cidades interioranas.

Fazendo assim que as vítimas de convulsões nestes locais fiquem a mercê do acaso enquanto estão sofrendo uma convulsão, ou seja, discriminadas. As respostas foram expostas nas tabelas a seguir e figuras.

Tabela 18: Você sabe o que fazer com uma pessoa que esteja sofrendo uma convulsão?

Discriminação	Total	Sexo		Faixa etária					Ano de Ensino		
		Mas	Fem	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	1º	2º	3º
Sim	16	11	5	1	3	9	3	0	4	9	3
Não	63	21	42	10	24	20	6	3	27	16	20
Total	79	32	47	11	27	29	9	3	31	25	23

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Tabela 19: Respostas em porcentagem referentes a questão 8.

Discriminação	Total	Sexo		Faixa etária					Ano de Ensino		
		Mas.	Fem.	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	1º	2º	3º
Sim	20,3	34,4	10,6	9,1	11,1	31,0	33,3	0,0	12,9	36,0	13,0
Não	79,7	65,6	89,4	90,9	88,9	69,0	66,7	100,0	87,1	64,0	87,0
Total	100,0	100,0	100,0								

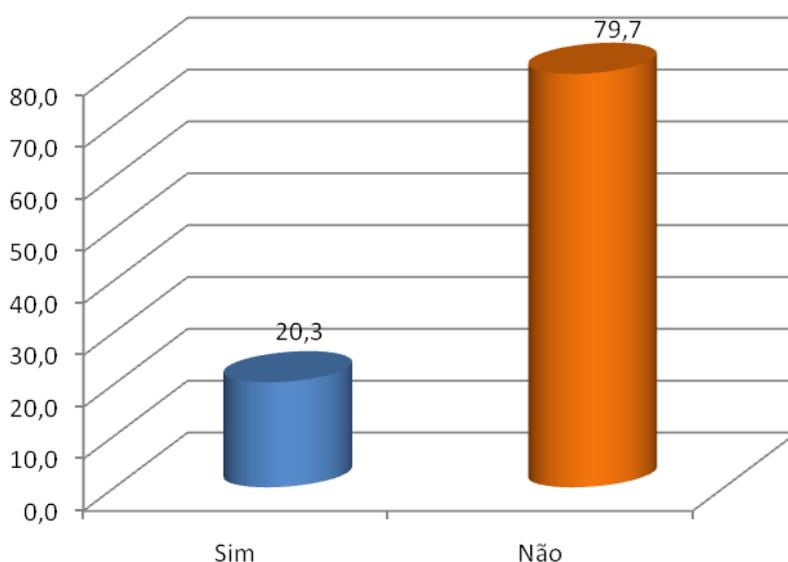
Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Nas respostas a questão 8, foram identificados 63 ou 79,7 “nãos” em que notamos um número maior de mulheres pertencentes a este grupo com 42 ou 89,4 das respostas negativas e 16 ou 20,3% “sims”, demonstrando assim a falta de conhecimento no assunto da maioria dos entrevistados. O que favorece a prevalência dos mitos folclóricos já citados e o risco a vida das vítimas de convulsões, pois é sabido que a saliva, a língua ou algum objeto que esteja na cavidade bucal do individuo durante o processo convulsivo podem levá-lo a morte por asfixia.

Nestes casos é sabido que uma simples manobra de lateralização ensinada a esses jovens e executada por estes podem salvar vidas.

Temos para melhor visualização dos dados a figura abaixo.

Figura 11: Dados referentes as respostas obtidas na questão 8.



Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

9. Você acha que as escolas deveriam ter uma matéria, onde se ensinaria técnicas básicas de primeiros socorros?

No intuito de ter por parte dos alunos pertencentes ao ensino médio uma definição se estes tinham interesse de aprender nas escolas técnicas básicas de APH e entendimento de como agir em situações de urgência e emergência foi realizada esta pergunta.

As respostas foram discriminadas nas tabelas que seguem.

Tabela 40: Você acha que as escolas deveriam ter uma matéria, onde se ensinaria técnicas básicas de primeiros socorros.

Discriminação	Total	Sexo		Faixa etária					Ano de Ensino		
		Mas	Fem	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	1º	2º	3º
Sim	79	32	47	11	27	29	9	3	31	25	23
Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	79	32	47	11	27	29	9	3	31	25	23

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

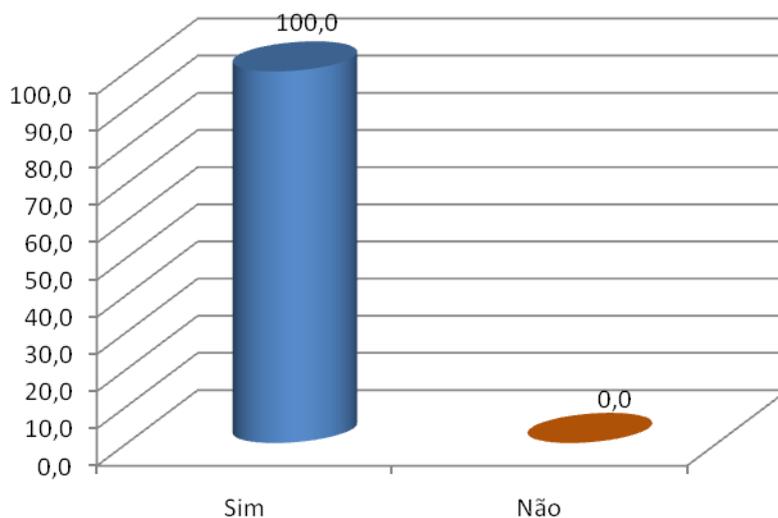
Tabela 21: Respostas em porcentagem referentes a questão 9.

Discriminação	Total	Sexo		Faixa etária					Ano de Ensino		
		Mas.	Fem.	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	1º	2º	3º
Sim	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Não	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Ao analisarmos as respostas obtidas ao questionamento realizado aqui, podemos notar que 79 ou 100% dos participantes responderam “sim”, demonstrando assim, que desejavam que fosse oferecido nas escolas publicas o ensino de práticas em APH. Enquanto não houve nenhuma resposta contrária. Para melhor visualização destas respostas temos a figura a seguir.

Figura 12: Dados percentuais referentes as repostas da questão 9.



Fonte: EEEFM Padre Jerônimo Lawren, Santa Luzia- 2011.

Esta totalidade de respostas a favor do ensino de APH nas escolas nos indicou que os entrevistados entenderam a importância do conhecimento do APH e de como estas podem ser uteis em seu dia-a-dia. De maneira que o conhecimento em APH que estes possam vir a adquirir nas escolas, podem salvar vidas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização desta pesquisa, chega-se a algumas considerações a respeito do tema proposto.

Destaca-se, todavia, que estas exposições finais foram construídas durante a elaboração do presente trabalho científico, restando nesse momento sintetizar as idéias obtidas de forma a proporcionar uma melhor visualização acerca do que foi discutido sobre o atendimento pré - hospitalar, mais precisamente o ensino de técnicas básicas em escolas estaduais de ensino médio.

É de extremo valor destacar que este trabalho é apenas o início de um estudo que merece um maior aprofundamento devido à importância do ensino de técnicas básicas de APH em nível nacional, o qual alcançaria as escolas brasileiras, com o intuito de formar cidadãos preparados para prestar socorros imediatos a pessoas necessitadas.

Nesse sentido, observamos através da pesquisa realizada na escola estadual do município de Santa Luzia /PB, que a maioria dos alunos entrevistados já se depararam com alguma situação de emergência, porém a maioria não souberam como agir diante da situação emergencial. E dos poucos que agiram na hora da situação alarmante muitos não utilizaram técnicas de atendimento adequadas, haja vista não possuem conhecimento em relação ao procedimento correto de salvamento.

Diante da falta de conhecimento das técnicas básicas de APH, 100%(cem por cento) dos alunos entrevistados, revelaram que gostariam de ser ensinados na escola, sobre como agir em situação emergencial.

Esta totalidade de respostas a favor do ensino de APH nas escolas indicou que os entrevistados entenderam a importância do conhecimento do APH e de como estas técnicas podem ser uteis em seu dia-a-dia. De maneira que o conhecimento em APH que estes possam vir a adquirir nas escolas, possa resultar em “salvar vidas”.

Por fim, conclui-se esta pesquisa, esclarecendo a importância do aprofundamento e da continuidade deste estudo, não só para a comunidade acadêmico-científica, como principalmente para benefício da população em geral, de modo a se comprovar que o ensino de técnicas de APH em escolas proporcionará a diminuição das inúmeras seqüelas e mortes deixadas pela falta da instrução.

REFERÊNCIAS

Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado / **NAEMTN (National Association of Emergency Medical Technicians)**. Tradução de Diogo Alfaro e Hermínio de Mattos Filho, - Rio de Janeiro: 2007 – 2ª Tiragem.

BARROS, Aluísio J. D. et al. Acidentes de trânsito com vítimas: sub registro, caracterização e letalidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19(4): 979 – 986 jul-ago, 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n4/16848.pdf>. Acesso em: março / 2011.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Municípios Brasileiros, Meio Ambiente 2002, 2005**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/meio_ambiente_2002/meio_ambiente2002.pdf. Acesso em: março / 2011.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábuas completas de mortalidade. Mortes por causas externas**. Brasília: 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=1507. Acesso em: março/ 2011

BRASIL, Instituto Sangari. Ministério da Justiça, **Mapa da Violência 2011, Os Jovens do Brasil**. Disponível em: <http://www.sangari.com/mapadaviolencia/pdf2011/MapaViolencia2011.pdf>. Acesso em: março/2011.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Portaria nº 814/GM, 01 de junho de 2001. Dispõe sobre a implantação de uma política nacional de atenção integral as urgências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20%20814.pdf>. Acesso em: fevereiro/ 2011.

BRASIL, Portaria nº 2048/GM, 05 de novembro de 2002. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 12 nov. 2002. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_2048.htm. Acesso em: Abril/2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, 2002**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>. Acesso em: março/ 2011.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.971/GM, 08 de Dezembro de 2001. Dispõe sobre o regulamento técnico das urgências e emergências. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.dez.08/iels234/U_PT-MS-GM-2971_081208.pdf>. Acesso em: Fevereiro /2011

BRASIL, **Ministério da Saúde/Secretaria de atenção à saúde**. Departamento de atenção especializada. Coordenação-Geral de urgência e emergência. Programa mínimo para implantação das motolâncias na rede Samu 192. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/minuta_programa_motos.pdf>. Acesso em: Fevereiro /2011

BRITO, Isabela Jorge de; DEHOUL, Marcelo da Silva ; NASCIMENTO Maria Aparecida de Luca. **Relato de Experiência. Os enfermeiros na “hora de ouro”**. **Rev. Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras** / 91 v.1, n.1, p. 91 – 95. Dezembro de 2001. Disponível em: <<http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/104-os-enfermeiros-na-hora-de-ouro.html>>. Acesso em: fevereiro/2011.

BUENO, Alexandre de Assis; BERNARDES, Andrea. **Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 45-53. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/samu/neu-pdf/percepcao_enfermagem_servico.pdf>. Acesso: Abril/2011.

CABRAL, Amanda Priscila de Santana; SOUZA, Wayner Vieira de. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2008,11(4): 530-40. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n4/01.pdf>>; Acesso em: março/ 2011.

CAMPBELL, J. E. **Basic Trauma Life Support – for Paramedics and Advanced EMS Providers**. 3rd ed. New Jersey: Brandy, 1998. 245p.

CANOVA, Jocilene de C.M.et al. Traumatismo cranioencefático de pacientes vítimas de acidentes de motocicletas. **Arq cienc. Saúde** 2010. jan – mar. 17(1):9-14.

CRUZ, Elaine Cristina de Azevedo. **Atuação do Enfermeiro no Sistema de Atendimento Móvel de Urgência do Município de Campina Grande-PB**. 2009. Monografia-Graduação em enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba.

DE NEGRI FILHO, A. et al. **Bases para uma política nacional de atenção as emergências.** In: IV Congresso, Internacional Rede Brasileira De Cooperação em Emergência: relatório da oficina. Goiânia, 2000.

GONÇALVES, A.J; RODRIGUES, J.M.S. **Organização de sistemas e atendimento às urgências.** In: FREIRE, E. (Ed) Trauma: A doença do século. São Paulo: Atheneu, cap.36, p.516-36, 2001.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>;
Acesso em: fevereiro/ 2011.

Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2009 IDB. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm>>. Acesso em: fevereiro/ 2011

MALVESTIO, Marisa Aparecida Amaro; SOUZA, Regina Márcia Cardoso de. Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. **Revista Saúde Pública 2002**; 36(5): 584-9. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n5/13147.pdf>>. Acesso: março\2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARSON, Antonio Cesar. et al. Mortes evitáveis em pacientes de trauma associadas a não adesão às diretrizes de atendimento. **Revista Brasileira Terapia Intensiva.** 2010; 22(3): 220-228; Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n3/02.pdf>>;
Acesso em: março/ 2011.

NOVAES, Giovanni da Silva. et al 1962- **Guia de socorros de urgência:** atendimento pré-hospitalar. Rio de Janeiro: Shape, 2006.

Organização Mundial da Saúde, 2005. Evite los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares. Disponível em:<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243546724_spa.pdf>. Acesso em: março / 2011

Organização Mundial Da Saúde. Informe sobre La situación mundial de la seguridad vial es hora de pasar a la acción. Disponível em:
<http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_es.pdf>. Acesso em: março /2011

OLIVEIRA, Kamylla Rodrigues. et al. Os princípios de ouro do atendimento pré-hospitalar ao traumatizado em publicações na Biblioteca virtual em saúde no período de 1998 a 2009. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial on-line] 2010**. jan-jul 1(1):1-15.

Disponível em:

<<http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/V%20MOSTRA%20DE%20PRODUO%20CIENTIFICA/SAUDE/34-.pdf>> . Acesso em: fevereiro/ 2011.

Organização Mundial da Saúde. Lesiones por accidentes trafico. Disponível em: <http://www.who.int/world-health-day/previous/2004/en/traffic_facts_es.pdf>. Acesso em: março/ 2011

Organização Mundial da Saúde, centro de imprensa, 23 de setembro de 2004. Disponível :<<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr68/es/>>. Acesso: março/2011

Organização Mundial da Saúde,2008. Prevencion de las enfermedades cardiovasculares. Disponível em: <http://www.who.int/publications/list/PocketGL_spanish.pdf>. Acesso em: março / 2011

PIRES, Wanda Karen. **A criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Brasil**: Um estudo de revisão bibliográfica. 2008. Monografia- Graduação em enfermagem.

RAMOS, Viviane Oliveira. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a20v58n3.pdf>>. Acesso em fevereiro/2011

RODRIGUES,Auro de Jesus.**Metodologia Científica**:completo e essencial para a vida universitária.1 ed.São Paulo:Avercamp,2006

SAMU - Serviço de atendimento móvel de urgência. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/faq/faqcategoria.cfm?idcat=194&idquest=2309>>. Acesso: fevereiro / 2011

SAMU, área de atuação. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=456>. Acesso: fevereiro /2011

SILVA, Juliana Guimarães e. et al. Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. **Rev. Bras. Epidemiol**, 2009; 12(4): 591-603. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000400009&lng=pt>. Acesso em: Março/2011.

APÊNDICES

APÊNDICE I**FORMULÁRIO DE PESQUISA****PESQUISA: Atendimento Pré-Hospitalar: O ensino de técnicas básicas em escolas estaduais de nível médio****Pesquisador: Tasso Roberto M. de Araújo Nóbrega****Orientadora: Prof^a Eliane M^a Nogueira Costa de Vasconcelos****Entrevistado: N^o _____****I. Dados de identificação**

1. Idade ()

2. Sexo:

() Masculino () Feminino

II. Dados socioeconômicos

1. Ano do ensino médio em que se encontra:

() 1^o ano() 2^o ano() 3^o ano**III. Conhecimento sobre atendimento pré-hospitalar**

1. Você já passou por alguma situação de emergência ou já esteve presente em um local onde você ou uma pessoa necessitou de socorro?

Sim ()

Não ()

Se sim, responda as questões 2 e 3. Se não passe para a questão 6.

2. Que situação foi essa?

3. Você prestou socorro?

Sim ()

Não ()

Se sim, responda as questões 4 e 5.

4. O que você fez?

5. Teve êxito?

Sim ()

Não ()

6. Você sabe como proceder com as vítimas de um acidente?

Sim ()

Não ()

7. Tem conhecimento de como agir diante de uma pessoa que esteja sofrendo um infarto?

Sim ()

Não ()

8. Você sabe o que fazer com uma pessoa que esteja sofrendo uma convulsão?

Sim ()

Não ()

9. Você acha que as escolas deveriam ter uma matéria, onde se ensinaria técnicas básicas de primeiros socorros?

Sim ()

Não ()

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

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____
_____, aceito participar da pesquisa
intitulada **Atendimento Pré-Hospitalar: O ensino de técnicas básicas em escolas
estaduais de nível médio.**

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- A pesquisa terá como objetivo verificar o conhecimento sobre práticas e manobras em Atendimento Pré-Hospitalar de Alunos de Escola Pública Estadual de ensino médio, na cidade de Santa Luzia-PB, no intuito de identificar se estes possuem conhecimentos sobre o que fazer e como agir em situações de emergências.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, ___/___/___

Assinatura do Participante

Anexos

ANEXO I

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL
DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA**

**ESCOLA ESTADUAL DE ENSINO FUNDAMENTAL E MÉDIO
JERÔNIMO LAWREN**

PADRE

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **Atendimento Pré-Hospitalar: Ensino de técnicas básicas em escolas estaduais de nível médio**, desenvolvido pelo graduando do curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, Tasso Roberto Machado de Araújo Nóbrega, sob a orientação da professora Eliane Maria Nogueira Costa de Vasconcelos.

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

DIRETORA

ANEXO II



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRÓ - REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE N: 0152.0.133.000-11

PARECER

APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TITULO: ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR> ensino de técnicas básicas em Escolas Estaduais do Nível médio

PESQUISADOR (A): ELIANE MARIA NOGUEIRA COSTA E VASCONCELOS

ORIENTANDO (a): TASSO ROBERTO M. DE ARAÚJO NÓBREGA

PARECER: O presente Projeto de Pesquisa, tendo como Objetivo Geral “Verificar o conhecimento sobre práticas e manobras em atendimento Pré -Hospitalar de Alunos de Escolas Públicas Estadual de ensino médio...”, nos traz, a priori, relevância científica, consoante proposta apresentada pela pesquisadora e orientando supramencionados. Sendo assim, o presente estudo atende aos critérios exigidos pelo CEP/UEPB baseado na Res. Nº 196/96,

Sendo **APROVADO**.

Campina Grande, 12 de maio de 2011 Parecerista :09

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO III



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

**COMPROVANTE DE APROVAÇÃO
CAAE 0152.0.133.000-11
Pesquisadora Responsável: ELIANE MARIA NOGUEIRA COSTA E
VASCONCELOS**

Andamento do Projeto CAAE- 0152.0.133.000-11				
Título do Projeto de Pesquisa				
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: ensino de técnicas básicas em Escolas Estaduais de Nível Médio				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	26/04/2011 14:42:50	12/05/2011 09:18:48		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	26/04/2011 12:37:19	Folha de Rosto	FR – 421938	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	26/04/2011 14:42:50	Folha de Rosto	0152.0.133.000-11	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	12/05/2011 09:18:48	Folha de Rosto	0152.0.133.000-11	CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa