

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
NUCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**CLÍCIA DANIELLY SANTOS SOUSA
LIANA CARLA SANTOS SOUSA**

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS SITUAÇÕES DE
URGÊNCIA TRAUMÁTICA: LIMITES E
POSSIBILIDADES.**

**ARACAJU-SE
2007**

**CLÍCIA DANIELLY SANTOS SOUSA
LIANA CARLA SANTOS SOUSA**

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS SITUAÇÕES DE
URGÊNCIA TRAUMÁTICA: LIMITES E
POSSIBILIDADES.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Núcleo de Pós-
Graduação e Extensão da Faculdade de
Administração e Negócios de Sergipe,
como exigência para obtenção de título
de Especialista em Urgência e
Emergência.

**ARACAJU-SE
2007**

FICHA CATALOGRÁFICA

Sousa, Clícia Danielly Santos.

S614p O trabalho do enfermeiro no programa de saúde da família frente às situações de urgência traumática: limites e possibilidades/ Clícia Danielly Santos Sousa, Liana Carla Santos Sousa – Sergipe: C. D. Santos Sousa, 2007.

54 p ;

Orientadora: Prof^ª. . Dr.^ª. Maria Lucia Silva Servo.

Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe, Aracaju/SE.

1.Enfermagem- PSF. 2.Enfermagem- Saúde Publica.
3.Enfermagem- Urgência. I título.

CDU: 614

**CLÍCIA DANIELLY SANTOS SOUSA
LIANA CARLA SANTOS SOUSA**

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS SITUAÇÕES DE
URGÊNCIA TRAUMÁTICA: LIMITES E
POSSIBILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe, como exigência para obtenção de título de Especialista em Urgência e Emergência.

BANCA EXAMINADORA

Aracaju, _____ de _____ de _____.

AGRADECIMENTOS

A DEUS por tudo, por nossas vidas.

À família que sempre se preocupou com o nosso sucesso e que sempre nos deu suporte para aceitar esse desafio.

Às enfermeiras que nos forneceram informações para realização deste estudo, e principalmente contribuições pessoais para nosso crescimento profissional.

A nossa ilustríssima incomparável orientadora Maria Lucia Servo, por nos ouvir e ajudar a construir esta pesquisa, dando-nos orientações que servirão para toda nossa vida profissional.

RESUMO

O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS SITUAÇÕES DE URGÊNCIA TRAUMÁTICA: LIMITES E POSSIBILIDADES

SOUSA, Clícia Danielly Santos ¹, SOUSA, Liana Carla
Santos ², SERVO, Maria Lucia ³.

Este estudo versa sobre o Trabalho do enfermeiro no programa de saúde da família frente às situações de urgência traumática: limites e possibilidades, objetivando compreender o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro do PSF frente a situações de emergência traumática e apontar os limites e possibilidade vivenciada pelos enfermeiros do PSF frente a situações de emergência traumática. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. A amostra é composta por quatro (4) enfermeiras num universo de cinco (5), correspondente às unidades de saúde da família do município de Boquim -SE. A técnica utilizada para coleta de informações foi entrevista semi-estruturada. Na análise foi utilizada a técnica de análise conteúdo temática, de onde emergiram 2 categorias, que expressam Categoria 1: Compreendendo o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro do PSF frente a situações de Emergência Traumática; Categoria 2: Limites e possibilidades vivenciadas pelos enfermeiros do PSF frente a situações de Emergência Traumática. No presente estudo podemos compreender que o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro do PSF frente a situações de emergência se vê limitado pela falta de preparo das equipes, pela estrutura precária das unidades de saúde compondo assim os limites e possibilidade vivenciados pelos enfermeiros do PSF frente a situações de emergência traumática. Como consequência as autoridades não despertaram para a necessidade de aperfeiçoar as unidades e de promover treinamento para as equipes, emergindo um ciclo vicioso que pode por em risco a vida humana.

Palavras-chaves: PSF, Urgências Traumáticas.

ABSTRACT

THE WORK OF THE NURSE IN THE PROGRAM OF HEALTH FROM FAMILY FRONT THE SITUATION OF TRAUMATIC EMERGENCY : LIMITS & POSSIBILITIES

SOUSA, Clícia Danielly Santos ¹, SOUSA, Liana Carla
Santos ², SERVO, Maria Lucia ³.

This study front to the situations of traumatic urgency turns on the Work of the nurse in the program of health from family front the situation of urgency traumatic: limits and possibilities, objectifying to understand the development of the work of the nurse of the PSF front the situations of traumatic emergency and to point the limits and possibility lived deeply for the nurses of the PSF front the situations of traumatic emergency. One is about a qualitative research. The sample is composed for four (4) nurses in a five universe (5), correspondent to the units of health of the family of the city of Boquim - SE. The technique used for collection of information was half-structuralized interview. In the analysis the technique of thematic analysis was used content, of where 2 categories had emerged, that express Category 1: Understanding the development of the work of the nurse of the PSF front the situations of Traumatic Emergency; Category 2: Limits and possibilities lived deeply for the nurses of the PSF front the situations of Traumatic Emergency. In the present study we can understand that the development of the work of the nurse of the PSF front the emergency situations if sees limited by the lack of preparation of the teams, for the precarious structure of the units of health thus composing the limits and possibility lived deeply by the nurses of the PSF front the situations of traumatic emergency. As consequence the authorities did not awakening for the necessity to perfect the units and to promote training for the teams, emerging a vicious cycle that can for the life human being at risk.

Words Keys: PSF, traumatic emergency.

SUMÁRIO

Resumo

Abstrat	07
1. Introdução	10
2. Discurso da Literatura	15
2.1 O PSF como Estratégia de Políticas Públicas de Saúde	15
2.2 A Prática do Trabalho do Enfermeiro no PSF	23
2.3 O Agir do Enfermeiro do PSF em Situações de Urgência Traumática	26
3. Aspectos Metodológicos	30
3.1 Cenário da pesquisa	30
3.2 Sujeitos do estudo	31
3.3 Aspectos Éticos da Pesquisa	32
3.4 Instrumento e técnica para coleta de informações	33
3.5 Processo de apresentação, Análise e Discussão dos dados	36
4. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	38
4.1 Compreendendo o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro do PSF frente a situações de Emergência Traumática	40
4.2 Limites e possibilidades vivenciadas pelos enfermeiros do PSF frente a situações de Emergência Traumática	43
5. Considerações Finais	46
6. Referências Bibliográficas	49

Anexos

Apêndice

LISTA DE ABREVIACÕES

MS –	Ministério da Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
SMS –	Secretaria Municipal de Saúde
USF –	Unidade de Saúde da Família
PSF –	Programa de Saúde da Família
FANESE –	Faculdade de Administração e Negócio de Sergipe
SUDS –	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
CNS -	Conferencia Nacional de Saúde
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

1. INTRODUÇÃO

O Brasil traz em sua história da saúde pública uma luta constante cercada de dificuldades e problemas ao decorrer desses longos anos. Podemos destacar como tais dificuldades o difícil acesso da população aos serviços de saúde, acarretando em uma baixa qualidade de vida da população levando assim ao surgimento de doenças decorrentes da falta de higiene, dentre outros problemas.

Visando a resolução de tais problemas, foram então formuladas políticas de saúde, a fim de minimizar e/ou solucionar-los, melhorando assim os níveis sanitários garantindo à população acesso aos serviços de saúde de qualidade. No entanto, era preciso realizar uma sensibilização política cultural da população, além de medidas técnico-administrativas.

Durante todo o século XX, foram criadas leis, reformas, situações que visavam de certa forma melhorar a assistência de saúde para a população.

Em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), foram formuladas propostas de mudanças no setor que foram consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. O documento final sistematiza o processo de construção de um modelo reformador para a saúde.

Tendo como base para as negociações da Assembleia Nacional Constituinte de 1988, foi usado o documento final desta conferência e durante o processo de elaboração da Constituição Federal em 1987, foi implementada o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, idealizado como estratégia de transição em direção ao Sistema Único de Saúde.

Com a criação do SUDS:

“A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população”. (Cunha & Cunha S/D).

O SUS - Sistema Único de Saúde, regulamentado na Lei 8.080/90, estabelecido pela constituição de 1988, onde objetiva a melhora da qualidade de vida da população, numa tentativa de democratização do setor saúde do país, trouxe consigo o conceito ampliado de saúde, denominando-a como:

“resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986 Apud Cunha & Cunha)

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família, o PSF, uma estratégia que veio para operacionalizar o SUS, objetivando mudanças na prática de atenção à saúde na forma de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, enfocando a família e a comunidade, como unidade de ações programáticas de saúde. (VIANA e POZ, S/D).

Criado a partir de uma análise construtiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, o Programa de Saúde da Família - PSF, veio se expandir a partir de 1995. Este programa foi definido como uma estratégia de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos inseridos na família, dentro de uma sociedade, entendidos nos aspectos físicos, econômico e social, podendo assim, substituir o modelo tradicional centrado na assistência curativa e hospitalar.

Dados recentes têm revelado que o PSF tem trazido significativos resultados para a saúde do Brasil. Segundo MS (14h55min, 06/04/07), no ano de 2005, cerca de

44% da população brasileira tem sido coberta pelo programa. Embora tenha trazido bons resultados com a redução dos índices negativos de indicadores de saúde, o PSF para alguns atores tem sido alvo para críticas negativas, no sentido de que o Programa não tem seguido seu papel de reorientação dos modelos assistenciais.

“Para remodelar a assistência à saúde, o PSF deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar de forma “tecnologias leves dependentes”, mesmo que para a produção do cuidado sejam necessários o uso das outras tecnologias. Portanto, pode-se concluir que a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado.”(FRANCO E MERHY, 1999, s/p.)

Embora a comunidade ainda tenha a visão de medicina curativa, uma vez que procura as USF para assistência ambulatorial de tratamento de doenças agudas, e por muitas vezes a unidade não ter condições de dar o suporte resolutivo, sendo assim muitos desses casos encaminhados para seus centros de referências, o PSF tem conseguido resolver muitas situações de doença, diminuindo consideravelmente os índices de incidência e prevalência de doenças históricas, tais como o controle do sarampo, hanseníase, dentre outras.

Com isso, destacamos a importância do profissional de Enfermagem na USF, uma vez que lhe cabe a coordenação deste programa, além de ser um profissional altamente capacitado para levantar juntamente com a população discussões acerca da saúde daquela comunidade, e medidas para soluções de situações que venham a colocar risco de saúde para os indivíduos daquela determinada área, sendo um contexto coletivo ou individual. Assim, a assistência prestada por esses profissionais no PSF, deve ser dada de forma integral e contínua a todos os membros familiares, incluindo aí, a atenção à saúde em situações de urgências que podem vir a surgir no determinado local de sua abrangência.

Durante discussões geradas nas aulas ministradas no curso de Urgência e Emergência, e no nosso cotidiano como profissionais do Programa de Saúde da Família, presenciamos e observamos as dificuldades encontradas pelas equipes em atuar diante de situações de urgência.

Percebemos no nosso dia-a-dia a necessidade de capacitação profissional. Nos deparamos com gestores sem preparação para o exercício da função, com a falta de planejamento estratégico para lidar com as limitações geográficas e com situações críticas vivenciadas pela comunidade, tais como emergências clínicas e acidentais. O desamparo da população é notado por todos os profissionais que atuam nessa área.

A proposta de desenvolver um trabalho de conclusão pelo Curso de Especialização Urgência e Emergência da FANESE atrelada a essa problemática supracitada nos instigou a desenvolver tal pesquisa. A fim de afunilar tal pesquisa e nos proporcionar mais condições de trabalho temos como foco o profissional enfermeiro e o município de Boquim-SE.

Mediante a necessidade da elaboração de um trabalho de pesquisa em frente às inúmeras dificuldades encontradas no decorrer do curso para a formulação de um tema, desenvolvemos uma pesquisa cujo tema aborda sobre **O trabalho do enfermeiro**, tendo como objeto: **O trabalho do enfermeiro no Programa de Saúde da Família frente às situações de urgência traumática: Limites e possibilidades**

A pesquisa traz como problema: **Como vem se desenvolvendo o trabalho do enfermeiro do PSF frente às situações de urgência traumática em Boquim-SE, no ano de 2007.** Desta forma, objetiva-se:

- Compreender o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro do PSF frente a situações de emergência traumática;

- Apontar os limites e possibilidade vivenciada pelos enfermeiros do PSF frente a situações de emergência traumática.

O desenvolvimento desse estudo tornara de grande valia uma vez que tendo o conhecimento das dificuldades e possibilidades na atuação adequada ao paciente vítima de trauma numa Unidade de Saúde da Família, servira de base para que sejam implementadas ações de educação destes profissionais para uma atuação a este tipo de situação de urgência, tendo em vista que muitos por desconhecerem as mesmas e suas determinadas portarias, possam vir a colocar em risco a saúde de um indivíduo.

E para nós, este estudo se tornou de grande importância, pois nos fez perceber a necessidade de estarmos buscando constantemente novos conhecimentos e atualizações em nossa profissão, a fim de prestarmos uma assistência digna a qualquer indivíduo que esteja necessitado.

2. DISCURSO DA LITERATURA

2.1 O PSF COMO ESTRATÉGIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A dinamicidade do setor saúde exige dos profissionais da área e demais interessados, constantes reflexões para que possam entender as constantes transformações que influenciam no processo saúde-doença da população. Novas ideologias e modelos assistenciais estão continuamente evoluindo de forma que consigam abarcar as necessidades dos usuários do sistema de saúde.

Promover e manter a saúde dentro de um contexto sócio-político no Brasil constitui um crescente desafio aos estudiosos e profissionais que precisam implementar intervenções intersetoriais que visem a prevenção e não somente a cura das doenças. Este raciocínio no faz lembrar o antigo, porém vigente em muitas regiões, modelo de assistência médico-privatista voltado para o individual e a cura, centrado principalmente nos hospitais.

Contínuas pesquisas dentro da linha da saúde coletiva, que abordam a importância da prevenção mostram a necessidade de formulação de modelos alternativos canalizados para a prevenção, promoção e proteção à saúde, tão bem intencionados na estratégia de saúde da família do Ministério da Saúde.

É notável a necessidade de uma reforma no setor saúde, que venha a efetuar mudanças na qualidade de vida da população. Diante da situação sanitária do Brasil, intervenções importantes precisam ser realizadas. Entretanto para que obtenhamos com êxito tais mudanças é necessária uma reorganização dos modelos assistenciais. Assim segue uma definição de modelos assistenciais:

“... combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários dos serviços de saúde.” PAIM (1999, p.20)

O modelo Médico Assistencial Privatista deteve por muitos anos a hegemonia no Brasil. Caracteriza-se por uma assistência a uma demanda espontânea e predominantemente organizada. Está voltada para o indivíduo doente que busca por livre iniciativa o serviço de saúde objetivando um tratamento clínico. Neste sentido o Conselho Nacional de Saúde (2002) considera que:

“Tem sido reconhecido que o “modelo médico hegemônico”, centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta) apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidade prioritárias em saúde e necessidades prioritárias em saúde”.

Assistidos por estes modelos de assistência os indivíduos que se consideram sadios não buscam os serviços de saúde, deixando assim de serem captados pelo sistema, uma vez que estão fora da demanda espontânea.

A prioridade deste modelo é o indivíduo doente, desconhecendo sua família e o seu contexto social. Além disto, está voltado para a parte doente do usuário de forma que não existe uma visão holística e integral. O que faz com que o Modelo Médico Hegemônico atue de maneira paliativa na condição saúde-doença na comunidade. Podemos exemplificar: tratar apenas com medicamentos ou sem perceber o estresse do seu dia-a-dia. O mesmo acontece quando se usa apenas medicamento numa criança com verminose que se banha cotidianamente em águas contaminadas.

As limitações deste modelo impedem o impacto das ações de saúde da vida da comunidade. Por ser predominantemente curativo, não valoriza a prevenção e a promoção da saúde e se faz presente tanto no setor público como no privado.

Outro modelo de assistência é o Sanitarista que apesar de apresentar caráter temporário, as campanhas sanitárias são bastante necessárias uma vez que intervêm de forma rápida e muitas vezes definitiva no momento. Entretanto exige uma grande mobilização de recursos, não é permanente, pois aparece de acordo com a necessidade apresentada pela comunidade.

O modelo sanitaria é na verdade um complemento a qualquer outro modelo de atenção. Pois atua ainda mais curativa. Apresentando propostas de resolução para problemas que o sistema de saúde não deu conta de resolver baseado apenas em programas de assistenciais usuais.

Percebendo que a efetividade dos modelos hegemônicos era de pequeno alcance e que não surtiam mudanças significativas e duradouras nos indicadores de saúde da população, alguns modelos alternativos foram surgindo e tem como referência Paim, objetiva dar maior e melhor resolutividade aos problemas de saúde, quer sejam individuais ou coletivos, de uma determinada área, a partir da regionalização e descentralização da assistência.

A prioridade dos modelos alternativos é uma assistência baseada numa oferta organizada, através da organização dos serviços, com levantamento dos diagnóstico situacional da comunidade.

A reorientação da saúde em novas bases exigiria no nível administrativo e dos órgãos centrais do sistema de saúde o abandono e a verticalização dos programas, que dificilmente chegam a “ponta do sistema”. Seria oportuno um plano de intervenções voltado pra grupos populacionais e grupos prioritários. (PAIM, 1999)

A noção de Vigilância à Saúde surge com o objetivo abranger todos os pólos do processo saúde-doença, desde a prevenção às situações de risco até o suporte social

para manter a saúde após uma reabilitação, o que engloba o modelo sanitista e o médico hegemônico.

O modelo alternativo de vigilância à saúde visa à promoção da saúde encarando-a como fator social, para tanto enfatiza a necessidade de se conhecer o contexto socioeconômico do coletivo para planejar intervenções em cima da realidade de vida da comunidade.

O Programa de Saúde da Família parece na tentativa de reorientar as práticas assistenciais, viabilizando e respondendo as expectativas dos modelos alternativos. Desta forma: “Tal programa pode constituir uma das estratégias de reorientação dos modelos de saúde”. (PAIM citando MENDES, 1996).

Alguns estudos, entretanto comprovam justamente o inverso: a estratégia acima referida não está conseguindo obter o resultado esperado para reorientação dos modelos assistenciais. Nesse sentido o Conselho Nacional de Saúde 2002, citado por SOUSA(2002, p. 13), comenta:

“Uma das virtudes reconhecidas no Programa de Saúde da Família é o seu potencial como instrumento de promoção da saúde e prevenção de doenças. Contudo, seu papel na mudança do modelo assistencial não tem tido o mesmo reconhecimento. Embora atuando como base territorial e clientela adstrita, o programa parece que ainda não assegura rotineiramente, à sua clientela acesso aos níveis de maior complexidade, nem parece caminhar para universalização da cobertura”.

Entretanto, o PSF constitui hoje uma das prioridades do MS, visto como estratégia de reorientação dos modelos de atenção. Baseado nos eixos da universalidade, integralidade e equidade e implementação de forma descentralizada e por meio do controle social a atenção básica hoje no Brasil centra-se no PSF.

A assistência prestada pelo PSF deve ser integral e continua a todos os membros familiares, dando atenção à demanda espontânea ou organizada, tendo como atividades programáticas o “diagnostico de saúde da comunidade, internação domiciliar,

participação de grupos comunitários, atendimento nas unidades e estabelecimento de referência e contra-referência” (VIANA e POZ, S/D, p 14)

O PSF tem trazido significativos resultados na saúde da população, dados mais recentes revelam que até 2005 o total de equipe implantadas no Brasil são de 24.600 com uma cobertura nacional de 44,4% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 78,6 milhões de pessoas. (MS, 14:55 06.04.07)

Em estudo realizado pelo MS denominado Avaliação Normativa do PSF no Brasil (2004), referente aos anos de 2001-2002, vários foram as evidências da atuação das equipes no diversos estados e da assistência no programas de atuação. Para exemplificar temos as ações voltadas para a saúde da mulher. As médias nacionais em assistência pré-natal foram de 73,5% para consultas médicas e 70,6% para de enfermagem. A coleta de material para exame citopatológico do colo do útero pelas equipes atingiu a média nacional de 75% das equipes implantadas.

Apesar da evidência dos estudos populacionais, muitos pesquisadores discordam da importância do PSF como reorientação dos modelos assistenciais, como vemos na colocação seguinte:

“O atual modelo de assistência à saúde, se caracteriza como produtor de procedimentos, visto que a produção de serviços se dá a partir da clínica exercida pelo médico... O PSF, ao resumir na ação à vigilância à saúde, com tímida incussão na clínica, não tem potência para reverter esta configuração do Modelo Médico Hegemônico”. FRANCO (BH, 1999, S/P.)

Para este autor o PSF, embora funcione através de práticas multiprofissionais, a dinâmica permanece centrada na assistência médica. Afirma também que as visitas domiciliares não são exclusivas do PSF, pois já são exercidas por outras redes de serviços.

Um outro problema apontado por Franco, consiste na otimização dos salários para os profissionais do PSF, segundo ele os elevados salários não significam bons atendimentos e que a “interiorização” dos médicos não garantem compromisso dos profissionais diante da resolução dos problemas de saúde da comunidade.

É bem verdade que podemos evidenciar tal problemática na prática, a falta de compromisso e o descaso em se envolver definitivamente com as causas da clientela é notável por parte de muitos profissionais.

É importante considerar também que o PSF funciona muitas vezes como uma estratégia política de negociação de votos, que se intensifica no período das eleições. A sua coordenação é feita por pessoas, em sua grande parte, com mínima ou nenhuma qualificação técnica que obtém cargos de comissão, com interesse e indicação meramente política. Como novamente comenta Franco:

“É preciso considerar que os municípios brasileiros têm sua tradição política assentada sobre o clientelismo e o paternalismo, podendo dessa maneira, contribuir para que o PSF se configure muito mais em um mecanismo de barganha política, envolvendo prefeitos, vereadores e a população do que um instrumento de promoção de equidade”. FRANCO (BH, 1999)

O PSF traz como uma de suas propostas a organização das demandas dos serviços das unidades de saúde, diminuído com a desestruturação gerada pela demanda espontânea. Entretanto vemos que na realidade a comunidade ainda procura as unidades de saúde da família quando sofrem problemas agudos e não havendo condição de dar uma resposta satisfatória elas acabam por serem encaminhadas a posto de pronto atendimento e a hospitais.

Tal exposto é uma verdade, pois muitas unidades de saúde da família não têm a estrutura mínima para estabilizar ou amenizar os problemas agudos da população. Nesse ponto percebemos a importância do PSF em desenvolver ações que possam

realmente proporcionar a substituição do modelo assistencial historicamente centrado no médico e na doença.

Percebemos que a proposta do PSF em oferecer uma assistência integral e contínua apresenta na prática uma falha importante quando se trata de assistir os problemas agudos da população.

É sabido que a melhora nos indicadores de saúde em grande parte do país após a implantação do PSF. Através de pesquisas realizadas foi percebida a diminuição na incidência de algumas doenças a exemplo do sarampo que antes do PSF em 1991 tínhamos na região nordeste 11.364 casos confirmados da doença e em 2005, onze anos após a implantação do programa nenhum caso da doença foi confirmado. MS (2006)

Dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, 2006 confirmam que em números absolutos, houve uma redução de 8.078 óbitos em crianças menores de um ano no período de 2002 a 2004, o que corresponde a uma redução de 9,9% na mortalidade infantil.

Tais informações são muito importantes principalmente quando fazemos o paralelo com a resolutividade dos casos agudos, quando a população adoece. A respeito das urgências em especial as traumáticas onde grandes partes das equipes não possuem suporte algum para prestar tal atendimento. Existem muitos entraves que distanciam o PSF de um eficaz atendimento nas urgências, sobretudo o não cumprimento da Política Nacional de Atenção às Urgências. Para COSTA (2006) “a atenção às urgências devem fluir em todos os níveis do Sistema Único de Saúde, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós hospitalares na convalescença recuperação e reabilitação”.

Segundo a portaria GM n.º 2048 de 05 de novembro de 2002, o PSF também constitui um serviço para prestar atendimento pré-hospitalar fixo que: “É aquela

assistência prestada primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado”

Segundo essa portaria uma pessoa com hipertensão arterial que é habitualmente acompanhada da unidade de saúde da família, deve ser acolhido nesta unidade quando acometido por uma crise hipertensiva. A unidade faria o papel no pronto atendimento, levantaria seu histórico através do prontuário do cliente, receitaria um tratamento fornecido na atenção básica, Diferente seria se tal cliente buscasse uma unidade de urgência. Seria atendido por um profissional que não conhece seu histórico e que provavelmente receitaria um medicamento não disponível na rede SUS.

A portaria 2048 em seu capítulo III coloca a importância e a necessidade da capacitação dos recursos humanos nas redes básicas, para que os mesmos ao invés de encaminhar rapidamente o paciente para uma unidade de maior complexidade, possam inicialmente fazer uma avaliação prévia, e a possível estabilização do quadro.

No enfrentamento de situações de urgência, percebemos também outra dificuldade do PSF: estruturação de recursos físicos. Na portaria 2048 está bem claro que todas as unidades devem possuir um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências que ocorram em sua área de abrangência.

Na prática ocorre em muitos municípios a inadequação das unidades de saúde ao que é preconizado pela legislação, tal fato influencia nas limitações encontradas pelos profissionais em lidar com as urgências, especialmente as traumáticas que necessitam de maior suporte para o primeiro atendimento, estabilização, transporte.

2.2 A PRÁTICA DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PSF.

Ao refletirmos a prática do trabalho do enfermeiro, percebemos que ela é caracterizada por expressões de um conjunto de crenças e valores relativos à saúde, à doença, à vida e à morte e a todos os outros assuntos que fazem parte deste contexto. O seu modo de agir, diante de situações nas quais poucos podem se fazer, onde a assistência social é precária e a educação praticamente não existe, torna muitas vezes as ações de enfermagem um paliativo! Por estes motivos precisamos tomar decisões conjuntas e usar o poder que temos nas mãos.

O importante nesse ponto é que os enfermeiros não substituam suas ações baseadas em princípios éticos, pelas atitudes que muitas vezes são impostas pelo sistema.

As ações dos enfermeiros que atuam no PSF baseam-se numa forma de agir de acordo com a proposta inicial do PSF. Tal proposta tenta reorganizar o modelo de assistência que fundamenta-se principalmente na mudança nos processos de trabalho.(FRANCO E FERREIRA, 2007) A forma tradicional de assistência sempre foi centrada no saber médico e uma clínica baseada no biológico. Com a tendência à mudança no modelo assistencial, pretendeu-se com PSF, descentralizar a assistência do médico para uma equipe multiprofissional. Agora o olhar que seria lançado à comunidade e não apenas ao indivíduo e não partiria apenas do médico e sim de uma equipe composta também por vários profissionais.

As necessidades de saúde expressam múltiplas dimensões, o que torna complexo o nível de conhecimento e as conseqüentes intervenções. Dessa forma as

ações demandadas no campo da saúde não podem se realizar pela ação isolada de um único agente (SILVA e TRAD, 2007).

No contexto das organizações dos processos de trabalho em saúde, como alternativa para reorientação dos modelos assistenciais, percebemos que este se apresenta de forma consistente e sistemática a partir da contribuição de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994), quando se definiu que tecnologias dizem respeito também ao conhecimento aplicado à saúde, e não apenas os instrumentos e maquinaria. (FRANCO E FERREIRA, 2007). Por este autor são incluídos os conceito de “tecnologias materiais” para os instrumentos e “tecnologias não materiais” para o conhecimento técnico em saúde.

Gonçalves reconhece o conhecimento como tecnologia e o coloca no centro do debate do trabalho e da produção em saúde. Para ele os trabalhadores/produtores de saúde são os sujeitos sociais portadores de conhecimento e, portanto têm a capacidade de prestar uma assistência de qualidade para a comunidade. Apesar da importância das máquinas e instrumentos que auxiliam a produção em saúde, o sujeito humano é essencial e insubstituível. (BRASIL, 2005)

Para que o processo de trabalho seja efetivado o trabalhador em saúde interage com usuário. Nesse contexto Emerson Merhy, outro estudioso da área:

“...considera nos seus estudos que há uma outra tecnologia presente nos processos produtivos, que são aqueles que dizem respeito às relações, por considerar que o trabalho em saúde é todo relacional, ou seja, ocorre sempre a partir do encontro entre sujeitos (trabalhador e usuário) individuais e coletivos”. (FRANCO E FERREIRA, 2007)

Na relação enfermeiro paciente não podemos perder de vista que o profissional não é mais o sujeito mandante e o paciente, o objeto obediente, mas sim ambos sujeitos; o primeiro para ajudar, com seu conhecimento técnico e moral; o segundo para receber

ajuda técnica e ética. (Gabrielli citando CORREIA 1995, 2001). Nessa relação muitas vezes o diálogo e a escuta, dão lugar a um processo de trabalho centrado em formulários, protocolos e procedimentos.

Merhy descreve em seus estudos sobre a produção do cuidado e suas tecnologias, estabelecendo três categorias para as tecnologias de trabalho em saúde. Chamou de “tecnologia duras” inscritas nas máquinas, instrumentos, normas, as quais já têm seus produtos programadas a priori. “Tecnologias leve-duras”, as que se referem ao conhecimento técnico, que têm uma parte dura que é a técnica, e ao mesmo tempo, a leve que é o modo próprio como o trabalhador a aplica, o que assume formas diferentes dependendo de como cada um trabalha. (BRASIL, citando MERHY 1997, 2005) Há ainda as “Tecnologias leves”, que dizem respeito às relações, e que se demonstram fundamentais na produção do cuidado (FRANCO E FERREIRA citando MERHY, 1997, 2007).

Merhy coloca também que trabalhar em saúde envolve o “Trabalho Vivo” que é o trabalho no exato momento de sua ação produtiva, lugar próprio das tecnologias leves. E o “Trabalho Morto” aquele que traz em si sua função instrumental, ou seja, ele já traz sua carga de trabalho pregresso, que lhes deu forma e função. (BRASIL, 2005; FRANCO, 2003)

Para FRANCO (2003) “No modelo médico hegemônico, produtor de procedimentos, o processo de trabalho está centrado no Trabalho Morto, com uso excessivo de “tecnologias duras” e conhecimento especializado”.

Já no modelo alternativo, representado pelo PSF, o enfermeiro tende a executar suas ações, comandadas pelo Trabalho Vivo, onde tem condições de exercer sua criatividade, relacionarem-se com o usuário, experimentar soluções para os

problemas que aparecem e o mais importante que é inserir o usuário no processo de produção de sua própria saúde, isto é, fazendo sujeito do seu processo saúde-doença. Entretanto com a atual prática do PSF baseada em excessos de protocolos e formulários o enfermeiro, limita seu poder de ação, o que gera pouca interação trabalhador e usuário. Dessa forma o processo de trabalho se torna um processo frio e duro de produção de procedimentos.

Todo trabalho em saúde envolve o Trabalho Morto e o Trabalho Vivo, sempre um tendo a hegemonia sobre o outro, o que vai caracterizar o perfil da assistência prestada.

2.3 O AGIR DO ENFERMEIRO DO PSF EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA TRAUMÁTICA

Hoje é consenso em âmbito mundial que muito se pode fazer no atendimento às urgências antes da porta dos hospitais para diminuir o sofrimento, aumentar as possibilidades de sobrevivência, e reduzir seqüelas físicas e emocionais.

A assistência às urgências se dá principalmente nas unidades de atendimento 24 horas, nos hospitais, pelo Samu. Em menor escala, mas freqüente nas áreas rurais o PSF também executa este tipo de assistência. Em todas elas se faz presente à atuação do enfermeiro, componente importante no atendimento precoce ao cliente traumatizado.

Os serviços de emergência requerem profissionais preparados para enfrentar tanto às pressões psicológicas, tanto para oferecer cuidados imediatos sistematizados e de confiável resultado para os clientes que deles necessitam.

As urgências traumáticas em especial, possuem uma magnitude importante tendo em vista o abalo psicológico gerado pela circunstância inesperada do trauma.

Além disso, os atendimentos diferenciados e rápidos fazem à diferença no prognóstico do quadro, o que exige profissionais cada vez mais capacitados para lidar em tais situações, uma vez que o trauma tem se tornado uma constante em nossas vidas.

O preparo técnico e ético do enfermeiro, bem como o respeito à dignidade e os direitos dos pacientes, pois como coloca Dias citando Gomes, Mendonça e Pontes (2002) “Em razão das complexidades frente às emergências, mais facilmente o cliente corre o risco dos seus direitos serem ameaçados”.

A sensibilidade e a habilidade de lidar com sentimentos são ingredientes fundamentais para que o enfermeiro possa trabalhar o contexto que envolve o quadro do cliente, as expectativas de sobrevivência e a ansiedade da família gerada pela situação traumática e a iminência da morte.

Salientamos também que a valorização do profissional como ser humano é um elemento fundamental para que o cuidado realizado seja pertinente. “Se este se sentir valorizado como pessoa, o enfermeiro também reconhecerá a importância do seu próprio desempenho não apenas para a instituição, mas também para seu próprio crescimento e sua auto-realização.” DIAS (2004, p.26)

Sabendo lidar com suas próprias emoções e autocontrole o enfermeiro poderá implementar seus conhecimentos técnico-científicos e garantir o resultado da terapêutica apropriada.

Falando em conhecimentos abrimos aqui outra discussão. Dentro da atuação do enfermeiro enquanto profissional qualificado para atuar em emergências, VARGAS (2006) coloca que:

“A pouca atenção dada à formação do enfermeiro para atuar em urgências e emergências talvez seja reflexo do próprio sistema de ensino de enfermagem no Brasil, que adota um modelo de ensino e pesquisa de influência norte americana, o qual segue uma visão integralista”.

Para este autor o ensino capacita o enfermeiro para a assistência individual e coletiva dirigida à criança, mulher e adulto, nas áreas de enfermagem clínica cirúrgica-obstétrica, ginecológica, pediátrica, psiquiátrica e administração hospitalar e dos outros serviços básicos.

A deficiência nos cursos de formação profissional na área de enfermagem já consiste numa problemática já visualizada até pelo ministério da saúde. Através da portaria 2048 reconhece que os órgãos formadores de profissionais não oferecem formação apropriada para o enfrentamento das urgências. Para ele “A qualificação dos profissionais das equipes de saúde da família constitui-se uma ação estratégica para transformação das práticas de saúde proporcionando maior resolutividade na atenção básica”.

Numa pesquisa realizada pelo MS em 2001-2002 (Brasil 2004) a proporção das equipes de saúde da família que realizaram o treinamento introdutório foi de 69,4. Ora em 2003 tínhamos 19000 equipes no país, em 2005 tínhamos 24600 (Brasil, 2007), será que a capacitação profissional acompanhou o crescimento de equipes de saúde da família?

Não encontramos relatos em pesquisas no percentual de enfermeiros em saúde da família, que passaram por capacitação em urgência!

Em cursos de pós-graduação ou em cursos especializados em urgências, como ATLS (Advanced trauma Life Support) e PHTLS (Pré-Hospital Trauma Life Support) vemos que o conhecimento em suporte básico de vida é fundamental para a compreensão da evolução do paciente, em especial o politraumatizado. Visando sempre a formação de profissionais mais instruídos e habilitados para conduzir situações de emergência.

Tais treinamentos não existem nas grades da graduação de enfermagem e a maioria dos enfermeiros não o fizeram após terem concluído a faculdade.

Arelada a essa problemática, ratifico aqui outro obstáculo na atuação dos profissionais enfermeiros diante situações de urgência traumática: a inadequação dos serviços de saúde o que dificulta a implementação dos protocolos preconizados para o atendimento às urgências traumáticas.

Os protocolos de atenção ao trauma pretendem orientar o tratamento aos doentes traumatizados que requerem uma avaliação rápida, reanimação e estabilização de suas lesões. Enfatiza a necessidade de diagnóstico precoce e tratamento imediato às lesões que põe em risco a vida. Os protocolos auxiliam também na abordagem ao trauma com um mínimo de equipamento e sem requisitos tecnológicos sofisticados.

Quanto à estruturação de recursos físicos, numa unidade de atendimento pré-hospitalar fixo onde se enquadra o PSF, a Portaria GM 2048 (2002, p 68) coloca que:

“Todas as unidades devem ter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e matérias essenciais ao primeiro atendimento/estabilização das urgências que ocorram nas proximidades das unidades ou na sua área de abrangência e/ou seja, para elas encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário”.

Nessa discussão podemos ver quantos entraves permeiam a relação enfermeiro e sua atuação em urgências traumáticas!

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa, uma vez que correspondem as questões muito particulares, trabalhando como universo de significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que não podem ser operacionalizados em variáveis. (MINAYO, 2004).

3.1 CENÁRIO DA PESQUISA

O desenvolvimento desta pesquisa foi dada no município de Boquim, estado de Sergipe, localizada na região centro-sul do Estado, ficando a 82 km da cidade Aracaju. Estima-se hoje, uma população cerca de 24 mil habitantes e tem como atividade econômica a agricultura com o cultivo da laranja o que levou a cidade a ser conhecida como um dos maiores produtores de laranja do Brasil e juntamente com mais outros 13 municípios sergipanos que passaram a produzir os frutos, o Estado de Sergipe passou a ser um dos maiores produtores brasileiros.

Atualmente, o município encontra-se na gestão Plena do Sistema Municipal, onde se encontram implantadas cinco unidades de saúde da família, sendo duas localizadas na zona urbana e três na zona rural.

Constantes reflexões sobre as limitações das atividades dos enfermeiros em situações emergenciais, nos fizeram escolher as unidades de saúde da família do município de Boquim/SE para a aplicabilidade dessa pesquisa. Analisando de perto as limitações e possibilidades de trabalho nas unidades de saúde desta cidade, poderíamos descobrir se o trabalho aqui desenvolvido reflete de fato o que foi preconizado pelo Ministério da Saúde no SUS através de suas portarias.

Foram escolhidas quatro dos profissionais enfermeiros das cinco equipes de saúde da família deste município, tendo em vista que o outro profissional enfermeiro da equipe restante, esta realizando esta pesquisa em condição de um dos construtores da mesma.

Após a construção do termo de consentimento desta pesquisa, ofícios foram encaminhados para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), onde informavam que esta pesquisa seria realizada em quatro unidades de saúde da família do município de Boquim/SE. Após o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde de Boquim, entramos em contato com os profissionais para que fossem marcados com as enfermeiras os dias no qual poderíamos aplicar a entrevista semi-estruturada. Além de marcar o dia de encontrá-las, apresentamo-nos e explicamos brevemente como seria a nossa pesquisa, objetivos, o qual o instrumento e técnica da pesquisa que utilizamos. Todas aceitaram prontamente e se dispuseram a colaborar. Ficamos a aguardar o dia de encontrar cada uma delas.

3.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Para responder as questões da pesquisa que dizem respeito ao trabalho do enfermeiro no PSF - limitações e possibilidades frente a situações de urgência traumática, ninguém melhor que os próprios enfermeiros destas equipes para respondê-las, além do que, os enfermeiros possuem uma boa visão sobre urgência e emergência, podendo assim desenvolver de forma individual ações de saúde que venham a estabilizar, minimizar e a salvar a vida de uma vítima de trauma.

Como foi cinco o total de equipes de saúde da família no município, sendo cinco os números totais dos enfermeiros do PSF, durante o tempo de aplicabilidade desta pesquisa, apenas quatro constituirão nossa amostra, constituindo 80 % no seu total. É interessante informar que os quatro enfermeiros das equipes visitadas tiveram sua formação em Universidades no Estado de Sergipe, onde obteve informações durante suas graduações sobre urgência e emergência incutidas no SUS.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para a realização de uma pesquisa ética e de qualidade é necessária uma seqüência de questões “burocráticas” em que foi formulado então o protocolo da pesquisa, onde enviamos uma cópia do mesmo para a FANESE, com finalidade de ser encaminhado ao comitê de ética do departamento de saúde do Hospital Universitário de Aracaju, tendo em vista que a Faculdade de Administração e Negocio de Sergipe não contem o seu comitê. Em seguida foi enviado um ofício a Secretaria Municipal de Saúde do município informando sobre a realização da pesquisa.

Foi ainda usada a Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, fundamentada em normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa em seres humanos.

[...] Esta resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado [...] CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, (1996).

Os termos de consentimento foram elaborados, de acordo com as exigências preconizadas pelo CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (1996) tais como: linguagem

acessível, dados de identificação dos responsáveis pela pesquisa, tema da pesquisa, objetivos, justificativa, local onde será realizada a pesquisa, informantes, os riscos possíveis e os benefícios esperados, a liberdade do indivíduo de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e os direitos de anonimato de todos os informantes. Os termos deverão ser devidamente analisados.

3.4 INSTRUMENTO E TÉCNICA PARA COLETA DE INFORMAÇÕES

Com a finalidade de obter informações referentes a este estudo, foi usado como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada a serem realizadas num momento de encontro com os informantes da pesquisa uma vez que nos forneceram condições de apreender informações como resposta aos nossos objetivos.

Podendo ser classificada em abordagens diferenciadas, a entrevista se subdivide em: entrevista aberta, estruturada, semi-estruturada, através de grupos focais e historia de vida, e devem ser utilizadas como instrumento de pesquisa qualitativa no qual se enquadra esta pesquisa.

Utilizada no intuito de comunicação verbal, e de colheita de informações sobre determinados temas científicos - a entrevista se enquadra em uma das técnicas mais utilizadas no trabalho de campo.

Segundo Kahn & Cannell apud Minayo (2004) define entrevista de campo como:

“Conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo pesquisador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”.

A entrevista semi-estruturada, utilizada por nos no desenvolvimento deste estudo, se caracteriza por conter questões abertas e fechadas, permitindo ao informante que discorra livremente sobre o tem em destaque sem ter previamente questões prefixadas pelo pesquisador.

“A entrevista semi-estruturada ou não-estruturada difere apenas em grau, porque na verdade nenhuma interação, para finalidade de pesquisa, se coloca de forma totalmente aberta. Ela parte da elaboração de um roteiro”. (MINAYO, 2004, p 121)

O que denomina esse tipo de entrevista, pois o pesquisador deve ser norteado por um roteiro previamente construído e interagir juntamente com o informante dando-lhe liberdade em suas respostas.

Este tipo de entrevista pode ser realizada verbalmente ou de forma escrita, porem deve ter a presença do pesquisador e dos atores sociais no momento de sua aplicação.

Os resultados obtidos através da aplicação do instrumento de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada foram analisadas com a finalidade de alcançar os objetivos traçados pelo trabalho, sendo organizados e apresentados em forma que facilite a compreensão dos resultados.

Na entrevista constam perguntas inerentes ao enfermeiro sobre sua vivência na unidade de saúde da família e seu entendimento sobre a prática adequada num atendimento a situações de urgência traumática, traçando então suas dificuldades e facilidades em realizar tal atendimento em sua unidade de trabalho. Todo roteiro da entrevista semi-estruturada se encontra anexado no fim desta pesquisa.

Não foi realizado pré-teste uma vez que a pesquisa qualitativa possibilita a ida ao campo empírico sempre que for necessário para busca dos dados pelo pesquisador.

Para melhor o entendimento de como se deu todo o processo da aplicação do instrumento, foi dividido este momento em passos:

1.º PASSO

Para que fossem coletados as informações acerca do objetivo da pesquisa criamos inicialmente um momento de descontração e confiança, onde pudemos interagir com as enfermeiras, tendo como objetivo o estabelecimento de um relacionamento interpessoal para que a coleta de informações fluísse sem maiores dificuldades.

2.º PASSO

Momento no qual começamos a realizar a entrevista semi-estruturada em um ambiente onde as cada uma das enfermeiras se sentissem a vontade a discorrer sobre o tema proposto, foram levantados alguns dados de identificação.

Estes dados foram fundamentais para o conhecimento dos profissionais que estavam sendo entrevistados. O tempo de conclusão do curso de graduação nos leva a avaliar as respostas de cada profissional e a necessidade de reciclagem seus conhecimentos e práticas, pois mesmo que a homologação da portaria número 2048/GM, "Portaria que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência" (MS, 2006, p 7) tenha sido feita em 2002, podendo os profissionais terem sua formação depois desta data, não implica que cada um não deva ter o conhecimento sobre a existência desta, facilitando assim a atuação dos mesmo na prática das urgências que possam vir a surgir em suas unidades.

Analisando o tempo de atuação das profissionais entrevistados em PSF e na unidade estudada podemos avaliar se já havia atuado tempo suficiente para conhecer na prática a estratégia de saúde da família já que deve ser trabalhado no atendimento ao

indivíduo adstrito naquela área de abrangência atividades que venham a reduzir o risco à vida daquele mesmo paciente.

O tempo de existência daquele profissional naquela unidade é um referencial utilizado para saber se o profissional se adequou à equipe de saúde da família de forma integra e principalmente na assistência prestada a cada usuário, trazendo assim impactos positivos nos índices de saúde da população.

E por fim, segue as questões norteadoras da entrevista semi-estruturada, onde procuramos saber dos profissionais as dificuldades e facilidades em atuar numa situação de urgência traumática nas unidades de saúde da família.

3.5 PROCESSO DE APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.

As entrevistas realizadas foram gravadas, transcritas e em seguida digitadas possibilitando assim o processo de análise do material, examinando-se as informações obtidas.

Para isso utilizamos a técnica de análise de dados, que segundo SERVO (2004) define como:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de discriminação do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens”.

Como foram quatro as enfermeiras entrevistadas, os dados serão apresentados em forma de categorização, com suas subcategorias. Segundo (Bardin, 1979, apud Minayo, 1993, 93): “As categorias são rubricas ou classes as quais reúnem em grupo de

elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razões dos caracteres comuns desses elementos”.

Nesse sentido, categorias são agrupamentos de unidades compostas por termos – chaves, com a finalidade de classificação.

Durante a análise de conteúdo dentro das categorias tentamos estabelecer uma discussão exaustiva das respostas apresentadas pelas entrevistadas tendo em vista que tal exposição é viável como coloca Minayo citando Selltiz (1994,p.72), um dos princípios de classificação para estabelecer categorias “diz respeito à idéia de que um conjunto de categorias deve ser exaustivo, ou seja deve permitir a inclusão de qualquer resposta numa das categorias do conjunto.”

Tentamos então descobrir, segundo as respostas dadas pelos informantes, quais os limites e possibilidades desses profissionais enfermeiros em atuar numa situação de urgência traumática nas Unidades de Saúde da Família do município de Boquim/SE.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

Para darmos início a análise dos dados passaremos a apresentar um quadro representado a caracterização dos informantes dessa pesquisa.

SEXO DOS INFORMANTES	QUANTIDADE DE INFORMANTES	FAIXA ETÁRIA	TEMPO DE CONCLUS ÃO DE CURSO
FEMININO	01	30 ---- I 35	05 ANOS
FEMININO	02	35 ---- I 37	02 A 04 ANOS
FEMININO	01	38 ----I 40	09 ANOS

Quadro 01 - Identificação dos informantes

Observamos que todos os profissionais de enfermagem que foram os informantes desta pesquisa nos quais foram aplicados os instrumentos de pesquisa são do sexo feminino, com a faixa etária de 30 a 40 anos, o que reflete a predominância de mulheres na enfermagem, embora saibamos que o número de homens tem crescido bastante nessa profissão nos últimos tempos.

O tempo de conclusão em enfermagem variou entre 02 a 09 anos. Como a portaria 2048/GM foi lançada em 5 de novembro de 2002, que vem aprovar o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, sendo portanto 4 anos, aproximadamente 5 anos de existência da mesma, percebemos que a maioria das enfermeiras tiveram sua formação profissional na mesma época desta portaria.

As práticas voltadas para o atendimento de urgências, incluindo seu atendimento nas unidades do PSF, veio ser implementada a partir do ano de 2002, com a criação das portarias do MS, isso quer dizer que 03 das enfermeiras acima, formaram-se no período em que as portarias já estavam sendo utilizadas como forma de implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências para a construção do SUS. O que não quer dizer que, a outra profissional não possa ter o conhecimento teórico, e competência para atuar em determinadas situações, uma vez que seu tempo de conclusão do curso de enfermagem varia de 02 a 09 anos. Assim, observa-se que a realização de cursos, estudos ou capacitação desses profissionais com a temática, viesse possibilitar a ampliação de seus conhecimentos e conseqüentemente o seu trabalho junto a Saúde da Família.

A habilidade técnica e a qualidade do serviço são aperfeiçoadas durante o passar de anos, através de conhecimentos e experiências que são vivenciadas pelos profissionais, possibilitando, assim, a construção de objetivos, o planejamento e desenvolvimentos de ações que tragam impactos na saúde da população.

Em virtude disso, questionamos o tempo de atuação dos profissionais de enfermagem junto à estratégia de saúde da família, também o tempo de atuação desses profissionais nas respectivas unidades. O que nos possibilitará entender quanto tempo o profissional teve para atuar junto a equipe, planejando e implementando possíveis ações de vigilância à saúde junto a clientela adstrita na unidade.

O que podemos conferir no quadro abaixo:

PERÍODO / ANOS	TEMPO DE ATUAÇÃO EM PSF	TEMPO DE ATUAÇÃO NAS UNIDADES DE TRABALHO ATUAL
02 -----I 03 anos	01	04
03 -----I 05 anos	02	00
De 05 anos acima	01	00
TOTAL	04	04

Quadro 02 – Tempo de atuação em PSF X tempo de atuação dos enfermeiros em unidades de saúde da família em que trabalham.

Observando que o tempo de atuação variou de 02 anos à acima de 05 anos, e que o tempo de atuação nesta unidade é de 02 anos. Sendo assim todas as enfermeiras atuam nas unidades no mesmo período de tempo.

Isso nos mostra que apenas 100% das enfermeiras entrevistadas começaram suas atividades nas USF em que trabalham atualmente no mesmo período de tempo, que é de 02 anos, tendo tempo para o processo de implantação das unidades de saúde da família deste município, bem como no planejamento dos serviços a serem desenvolvidos.

Durante a análise, nos campos temáticos elaborados pelos informantes da pesquisa em seus discursos, emergiram as categorias de análise que seguem descritas abaixo.

4.1 COMPREENDENDO O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DO PSF FRENTE A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA TRAUMÁTICA.

Como já foi colocado anteriormente, é preconizado pelo Ministério da Saúde de acordo com a Portaria GM 2048 de 05 de novembro de 2002, o Programa de Saúde da Família também constitui um serviço que deve prestar atendimento pré-hospitalar

fixo. Entretanto na prática, tal realidade parece não se fazer presente. Em nossa pesquisa percebemos tal problemática.

Sabemos que o trabalho do enfermeiro do PSF compreende uma gama de atividades, principalmente as voltadas para a prevenção. As enfermeiras do PSF de Boquim tem seu trabalho focado na promoção e na prevenção em saúde, em áreas específicas como saúde da mulher, da criança e do adulto, como vemos nas respostas sobre o trabalho da enfermeira nas unidades de saúde da família:

...atendimento integral à saúde da mulher,...assistência ao idoso, atenção integral à saúde da criança e do adolescente, promoção e prevenção, realizando consulta de enfermagem, acompanhando o pré-natal, ...citologia, supervisionado os agentes comunitários de saúde, ... com algumas dificuldades por conta do número de famílias que não é grande, ... não tem espaço suficiente para nossa equipe...

Por vezes percebemos que trabalhar com situações emergenciais não constitui em nenhum momento o foco da atenção de nossas entrevistadas, por não ser uma rotina em seus serviços e pela falta de incorporação da Política Nacional de Atenção às Urgências pelas equipes de saúde da família.

Ao questionarmos sobre sua vivência diante de urgência traumática dentro de sua unidade as respostas foram unânicas:

...nunca...não... não! Nunca...não,não!

Percebemos, portanto que as enfermeiras nunca receberam em suas unidades clientes vítimas de situações traumáticas. Tal fato dificulta que as mesmas aprimorem seu trabalho no que tange ao atendimento ao traumatizado e se interesse em solucionar problemas como falta de equipamentos e condições de trabalho para lidar com o trauma.

Já que as mesmas afirmam que as más condições de trabalho existem.

Percebemos tal afirmação na colocação das enfermeiras quando questionamos sobre as dificuldades encontradas para lidar com situações traumáticas.

... falta de material...agente não tem material nem para sutura

A falta de contato constante com emergências traumáticas faz com que o profissional não encare o trauma como um assunto a ser debatido e como poderiam oferecer uma assistência adequada aos clientes. Por isso, também as enfermeiras não dispensam o real valor ao atendimento ao traumatizado. Algumas enfermeiras enfatizam que trabalho de acordo com o que é preconizado pelo MS:

...eu trabalho em cima do programa criado pelo Ministério da Saúde,...em cima da prevenção e da promoção à saúde.

Entretanto é o próprio MS na Portaria GM 2048(2002 p.67) que diz: “É fundamental que a atenção primária e o Programa de Saúde Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos...”

O trabalho do enfermeiro, portanto encontra-se constantemente limitado pelas dificuldades em lidar com as situações que envolvem a assistência ao trauma. Como explica Servo citando Merhy (2001) ora pela “trabalho morto”, que seriam os equipamentos e materiais, ora pela insuficiente “trabalho vivo” que seria o trabalho humano “em processo de produção e que pode ter um papel de transformação do sentido das práticas.”

4.2 LIMITES E POSSIBILIDADES VIVENCIADAS PELOS ENFERMEIROS DO PSF FRENTE A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA TRAUMÁTICA.

Segundo o MS (2002, p. 66/67), na sua Portaria número 2048, que aborda sobre o atendimento em urgência no Sistema Único de Saúde, relata que o atendimento pré-hospitalar é a assistência prestada ao indivíduo portador de quadro agudo, de natureza clínica ou traumática em um atendimento de nível primário de atenção, o que podemos analisar na citação abaixo:

“... é fundamental que a atenção primária e o Programa de Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência.”

Sendo assim, as Unidades de Saúde da Família devem ser capazes de receber e dar suporte de vida a um indivíduo traumatizado, para tanto, devem estar devidamente equipadas com materiais e medicamentos para que se possa realizar um atendimento adequado à vítima.

“Todas estas unidades devem ter um espaço devidamente abastecidos com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgência que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência e/ou sejam para elas encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário.”(MS, Portaria 2048, p 68)

Observamos nas colocações das entrevistadas que existem inúmeras dificuldades para um atendimento de urgência a uma vítima traumatizada e um limitado

conhecimento prévio acerca do atendimento de urgência, o que nos leva a perceber que a falta de estrutura das USF para que se possa assistir integralmente a saúde de um indivíduo, evidenciada pela falta de equipamentos e materiais nas unidades para a realização de um atendimento ao trauma, é o que dificultará a realização de um atendimento adequado, embora as entrevistadas obtenham em seu currículo de graduação disciplinas que abordaram atendimento de urgência à pacientes. Observamos nas falas descritas abaixo:

... as dificuldades correlacionadas com a falta de capacitação voltada à urgência e emergência... agente não tem atendimento de trauma... nunca trabalhei... não tem material para imobilização, nem sutura... falta de material para realizar os procedimentos e desenvolver uma assistência qualificada e humanizada... falta de experiência em urgência e emergência... ...as facilidades só o conhecimento da graduação... agente vai dar uma assistência mínima... porque trabalho na unidade mista e é só fazer o encaminhamento...

Analizamos então, que as enfermeiras entrevistadas apesar de não saberem socorrer uma vítima de trauma, sabem que para se realizar tais procedimentos são necessários equipamentos para sua estabilização, o que podemos notar que as mesmas obtêm um conhecimento teórico limitado sobre o assunto urgências traumáticas, porém não os tem em sua prática, e por não ocorrer esse tipo de situação em suas unidades, as mesmas se apresentam acomodadas em obter conhecimentos aprofundados sobre o assunto, não se capacitando ou participando de educação continuada para acrescentarem em suas vidas profissionais.

Existem atualmente cursos de preparação profissional para atendimentos a urgências traumáticas, tais como o BLS (Basic Life Support), TLS (Advanced Trauma Life Support) e PHTLS (Pré-Hospital Trauma Life Support), cursos que prepara o profissional a realizarem procedimentos fundamentais para a promoção da saúde do

paciente, formando um profissional mais instruído e habilitado para conduzir situações de urgência, como podemos observar na citação abaixo:

“O curso é especialmente formatado para atender aos profissionais da saúde e relacionados, sendo enfatizada a necessidade de se estar preparado para atender vítimas de acidentes e males súbitos, dentro de protocolos de intervenção atualizados, garantindo a qualidade técnica do procedimento empregado bem como, contemplando os aspectos de seqüestro emocional à que ficam sujeitos vítimas e socorristas e ainda, protegendo a instituição contra possíveis processos e ações indenizatórias”. (ELLU SAÚDE, 2007)

Ainda podemos notar a falta de orientação dos gestores municipais, uma vez que não têm o conhecimento aprofundado da Portaria número 2048, do MS (2002), que confirma que “os municípios que realizam a atenção básica devem se responsabilizar pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos de menor complexidade, principalmente aqueles vinculados ao serviço”. Portanto devem promover cursos de educação continuada capacitando os profissionais de saúde, evitando assim o acomodamento dos mesmos em seus conhecimentos básicos, o que por sua vez, influenciara no atendimento à população adstrita na área de abrangência.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A precariedade no acesso ao SUS condicionado pelo aumento da demanda populacional que vive em péssimas condições de vida, com 50 milhões de pessoas em estado de miséria (BRASIL, 2000, p.12), exige uma mudança estrutural sócio-econômica. Enquanto que a saúde da população encontra-se confinada a um sistema de saúde desarticulado, fragilizado e excludente (SOUSA, 2002, p. 77).

Instituir e fazer vigorar as políticas que regem a saúde no Brasil, tal como a Política Nacional de Atenção às Urgências tem sido um desafio para o município de Boquim-SE. No presente estudo podemos compreender que o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro do PSF frente a situações de emergência se vê limitado pela falta de preparo das equipes, pela estrutura precária das unidades de saúde e pela ênfase excessiva na prevenção e conseqüente despreparo para o enfrentamento de situações emergenciais, principalmente as relacionadas ao trauma, onde o agravo à saúde já está estabelecido. O próprio MS focaliza as ações do PSF de forma intensificada na prevenção e acaba por deixar de lado, os atendimentos emergenciais. O trabalho do enfermeiro portanto, é um reflexo de todos esses elementos.

Referente aos limites e possibilidade vivenciada pelos enfermeiros do PSF frente a situações de emergência traumática, percebemos que estes estão muito relacionados com os mesmos fatores que condicionam o trabalho do enfermeiro.

Acostumadas a trabalhar com uma rotina mais tranqüila, sem ocorrências relacionadas ao trauma como agravo à saúde humana, as enfermeiras se distanciam cada vez mais desta realidade. Da mesma forma as pessoas vítimas de trauma evitam procurar as unidades de saúde da família, por já encararem culturalmente que é para o hospital que devem se dirigir. Se buscarem as unidades de saúde da família, geralmente

é em busca de transporte para uma unidade hospitalar. O que ocorre geralmente de forma inapropriada pela falta de equipamentos e transporte adequado.

Fomos levadas a pensar que se as unidades fossem mais preparadas, os clientes talvez as procurariam numa situação traumática. Como foi exposto pelas entrevistada que as equipes não possuem material para uma pequena sutura, o que provavelmente algum cliente já procurou, qual a credibilidade que podem oferecer para alguém que em situação crítica, possa ser impulsionado a buscar a unidade?

A reduzida procura pela população pela unidade de saúde da família no momento de uma angústia traumática, faz com que as autoridades não despertem para a necessidade de aperfeiçoar as unidades e de promover treinamento para as equipes, fazendo emergir um ciclo vicioso que vai do comodismo, do descaso à uma atendimento desqualificado que pode por em risco a vida humana.

Desenvolver este trabalho enfatizando os limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro, nos mostrou também que as possibilidades existem e são elas que devemos explorá-las, para talvez acionar a mola propulsora que despertará o PSF para o mundo da urgência. Com o SAMU, a própria comunidade e as categorias profissionais afins passaram a encarar as urgências por um novo prisma, dando um maior valor aos acidentes, aos traumas. O SAMU pode ser um grande aliado para que as unidades de saúde da família participem mais efetivamente da Política Nacional de Atenção às Urgências. O PSF não pode é perder de vista suas responsabilidades e encarregar sempre o SAMU e as unidades hospitalares para o atendimento às urgências traumáticas.

Conhecer a Política Nacional de Atenção às Urgências é o primeiro passo para estabelecer responsabilidades e diferir o trabalho do SAMU, das entidades hospitalares e das entidades não hospitalares, cada um cumprindo seu papel a comunidade

reconhecerá o papel da unidade de saúde da família como unidade de atendimento fixo de urgência tal como preconiza a portaria GM 2048/2002.

6- REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2048. Normatiza e estabelece diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.** 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências. SAMU 192.** 3ª Edição. Editora MS. Brasília – DF, 2006.

_____. **Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde.** Brasília.

CUNHA, João Paulo Pinto & CUNHA, Rosani Evangelista. **Sistema Único de Saúde – SUS : Princípios.**

FRANCO T. e MERHY E. **PSF: Contradições e novos desafios.** Artigo elaborado para Tribuna Livre. Belo Horizonte / Campinas, março de 1999.

MINAYO, Mª C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 8ª edição. Ed. HUCITEC. São Paulo, 2004.

_____. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 2ª edição. Ed. HUCITEC – ABRASCO, Rio de Janeiro, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 2ª edição. Ed. HUCITEC – ABRASCO, Rio de Janeiro, 1993.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais.** In: ROUQUAYROL M.A. NAOMAR F.º, A. *Epidemiologia e Saúde.* 5.ª ed, Rio de Janeiro Medsi, 1999.

RESOLUÇÃO N.º 196/96 SOBRE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS. Bioética- Vol. 4- N.2- suplemento- 1996.

SERVO, Maria Lúcia Silva. **Supervisão em Enfermagem: o (re) velado de uma práxis.** Feira de Santana: Edição e editoração, 2001. v. 01. 278 p. ISBN:85-7395-046-3

_____. Maria Lúcia Silva. **O pensar, o sentir e o agir da enfermeira no exercício da supervisão na rede SUS local: o (re)velado de uma práxis.** 1999. 278f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.

SOUSA, C. D. Santos. **Programa Saúde da Família: Uma Estratégia para Reorientar os Modelos Assistenciais.** Jequié/BA, 2002

VIANA, Ana Luiza D'Ávila e DAL POZ, Mario Roberto (Coord.). **Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS. 1998.

Sites:

http://www.ellusaude.com.br/emergencias/curso_bls.asp 27/05/07

http://www.corensp.org.br/resoluções/portaria_2048.htm

<http://www.saude.gov.br> Acesso em: 06/04/07

<http://www.saúde.sc.gov.br/samu> Acesso em: 28 dez. 2004.

<http://www.uesc.br/atencaoasaude>

Artigos:

ALMOYNA, M. M.; NITSCHKE, C. S. **Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência.** SAMU, 1999.

FRANCO, T. B. & FERREIRA, V. S. C. Micropolítica do trabalho e o trabalho em saúde. A Produção do Cuidado na Rede Básica de Atenção à Saúde. Cooperação Técnica com a [Universidade Estadual de Santa Cruz \(UESC\)](http://www.uesc.br).

SENNA, M. C. Maia. **Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública v.18 Rio de Janeiro 2002

SILVA, I. Z. Q. Jorge. & TRAD, L. A. Bomfim. **O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais.** Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. UFBA.

APÊNDICE

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Responsável pela Pesquisa:

Clícia Danielly Santos Sousa
Liana Carla Santos Sousa
Discentes do Curso de Pós - Graduação em Urgência e Emergência

Orientadora:

Profª Drª Maria Lucia Silva Servo.
E-mail: luciaservo@yahoo.com.br

Título da Pesquisa: O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE ÀS SITUAÇÕES DE URGÊNCIA TRAUMÁTICA: LIMITES E POSSIBILIDADES

Objetivos:

- Compreender o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro do PSF frente a situações de emergência traumática;
- Apontar os limites e possibilidade vivenciada pelos enfermeiros do PSF frente a situações de emergência traumática.

Finalidade /Justificativa:

Durante discussões geradas nas aulas ministradas no curso de Urgência e Emergência, e no nosso cotidiano como profissionais do Programa de Saúde da Família,

presenciamos e observamos as dificuldades encontradas pelas equipes em atuar diante de situações de urgência.

Percebemos no nosso dia-a-dia a necessidade de capacitação profissional. Nos deparamos com gestores sem preparação para o exercício da função, com a falta de planejamento estratégico para lidar com as limitações geográficas e com situações críticas vivenciadas pela comunidade, tais como emergências clínicas e acidentais. O desamparo da população é notado por todos os profissionais que atuam nessa área.

Problemática:

Como vem se desenvolvendo o trabalho do enfermeiro do PSF frente às situações de urgência traumática em Boquim-SE, no ano de 2007?

Local de Execução:

Unidades de Saúde da Família do município de Boquim - SE.

Sujeitos da Pesquisa:

Quatro Enfermeiros das Unidades de Saúde da Família do município de Boquim-SE.

Descrição do instrumento de coleta de dados:

Entrevista semi-estruturada

Duração da Pesquisa:

Mês de abril de 2007 a maio de 2007.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, portador(a) da carteira de identidade n.º _____, declaro que fui informado(a) do objetivo e da finalidade da pesquisa intitulada o trabalho do enfermeiro no programa de saúde da família frente às situações de urgência traumática: Limites e possibilidades. Estou ciente de que em nenhum momento serei exposto a risco devido a minha participação nesta pesquisa e que poderei a qualquer momento recusar continuar, sem prejuízos para a minha pessoa. Sei também que os dados colhidos pela entrevista realizada serão usados para fins científicos, com garantia de meu anonimato. Fui informado(a) que não terei nenhum tipo de gasto financeiro, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta pesquisa. Diante da certeza que meus direitos previstos na resolução 196-96 serão assegurados, concordo, voluntariamente, em participar do referido estudo.

Ass. : _____

ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa não refere riscos, conforme resolução 196/96. Os sujeitos da pesquisa terão seu anonimato garantido através do sigilo e da não divulgação de seus nomes, protegendo dessa forma sua imagem. Eles terão seus valores culturais, sociais, morais, religiosos, éticos seus hábitos e costume. O acesso ao resultado da pesquisa é livre e se desejar poderá se afastar da pesquisa independente do momento em que esteja. O afastamento não implicará prejuízo de qualquer ordem para o participante inclusive o financeiro.

Mediante ao acima mencionado, ciente do tema da pesquisa, da sua importância e garantido às questões éticas, autorizo o desenvolvimento da pesquisa com a aplicação dos instrumentos de coleta de dados e também a divulgação dos resultados em eventos como: congressos, simpósios, seminários e publicação destes resultados em periódicos, revistas científicas, livros, resumo, artigo entre outros.

Assinado: _____

ENTREVISTA

I – IDENTIFICAÇÃO:

Pseudônimo:

Idade:

Sexo:

Tempo de conclusão do curso de graduação em Enfermagem:

Tempo de atuação em PSF:

Tempo de atuação nesta unidade:

QUESTÕES NORTEADORAS:

- 1- Como vem se desenvolvendo seu trabalho aqui nesta unidade de saúde da família?

- 2- Durante seu tempo de atuação nesta unidade, já teve que atuar em uma situação de urgência traumática?

- 3- Quais são as dificuldades e facilidades para se vivenciar em um atendimento ao trauma numa unidade de saúde da família?