FREE THEME ARTICLE

CONSTRUCTION OF KNOWLEDGE IN FIRST AID: AN EXPERIENCE REPORT
CONSTRUÇÃO DE SABERES EM PRIMEIROS SOCORROS: RELATO DE EXPERIÊNCIA
CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO EN PRIMEROS AUXILIOS: UN RELATO DE EXPERIENCIA

Rosane Teresinha Fontana¹, Fabiane de Lima², Ariéla Müller Dutra³

ABSTRACT

Objective: to build, along with teachers and students, moments of reflection and exchange of knowledge about behaviors and skills in the management of rescue base in order to assist in the training of multipliers of actions for the preservation of life and to raise awareness of the importance of supportive care in the construction of citizenship. **Methodology:** this is a report of experience in health education, conducted with the students in the eighth grade of elementary school, and teachers in public schools located in a municipality of northwestern region of the state of Rio Grande do Sul/BR, in 2006. The proposal is guided in working in groups, whereas the environmental group promotes the exchange of ideas between the subject and awareness of the potential of this group for social transformation. **Results:** the activities involved an exchange of knowledge and experience from the problematization of everyday situations to find solutions to possible problems ahead that require conduct basic urgency/emergency, respecting previous knowledge and is facilitating the seizure of new knowledge. **Conclusion:** it is believed that education for the supportive care is a strategy for citizen training and processing, as it involves social actors in the production and preservation of individual and collective health and allows the creation of healthy environments. **Descriptors:** education health; first aid; health promotion.

RESUMO

Objetivo: construir, junto a discentes e docentes, momentos de reflexão e troca de saberes acerca de condutas e habilidades no manejo do salvamento básico, de modo a auxiliar na formação de multiplicadores de ações para a preservação da vida e para a sensibilização da importância do cuidado solidário na construção da cidadania. **Metodologia:** relato de experiência de educação em saúde, realizada junto a discentes de 8ª série do ensino fundamental, e professores, de escolas municipais localizadas em um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul-BR, no ano de 2006. A proposta pautou-se no trabalho em grupos, considerando que o ambiente grupal favorece a troca de idéias entre os sujeitos e a conscientização do potencial deste grupo para a transformação social. **Resultados:** as atividades envolveram troca de saberes e de experiências, a partir da problematização de situações cotidianas na busca de soluções frente a possíveis agravos que exigem condutas básicas de urgência/emergência, respeitando-se saberes prévios e facilitando a apreensão dos novos saberes. **Conclusão:** acredita-se que a educação para o cuidado solidário é uma estratégia para a formação cidadã e transformadora, pois envolve os atores sociais na produção e preservação da saúde individual e coletiva e possibilita a criação de ambientes saudáveis. **Descritores:** educação em saúde; primeiros socorros; promoção da saúde.

RESUMEN

Objetivo: construir, junto con profesores y alumnos, momentos de reflexión y el intercambio de conocimientos sobre los comportamientos y las habilidades en la gestión de la base de salvamento a fin de ayudar en la formación de multiplicadores de las acciones para la preservación de la vida y para crear conciencia de la importancia de la atención de apoyo en la construcción de la ciudadanía. **Metodología:** se trata de un informe de experiencia en educación para la salud, realizado con los estudiantes en el octavo grado de la escuela primaria, y los maestros en las escuelas públicas situadas en un municipio de la región noroeste del estado de Rio Grande do Sul, BR, en 2006. La propuesta se inspira en el trabajo en grupos, mientras que el grupo ambiental promueve el intercambio de ideas entre el sujeto y el conocimiento de las posibilidades de este grupo para la transformación social. **Resultados:** las actividades implicadas un intercambio de conocimientos y experiencias a partir de la problematización de situaciones cotidianas para encontrar soluciones a posibles problemas futuros que requieren una conducta básica de urgencia/emergencia, respetando conocimiento previo y facilitar la aprehensión de nuevos conocimientos. **Conclusión:** se cree que la educación para el cuidado de apoyo es una estrategia para la formación ciudadana y de transformación, porque se trata de actores sociales en la producción y preservación de la salud individual y colectiva y permite la creación de ambientes saludables. **Descriptores:** educación en salud; primeros auxilios; promoción de la salud.

¹Enfermeira. Licenciada em Ciências Naturais. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem e de Ciências Biológicas da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões - URI - campus Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: rfontana@urisan.tche.br;

^{2,3}Graduadas em Enfermagem pela Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões-URI- Campus Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brasil. Ex-acadêmicas extensionistas. E-mails: fabilima01@yahoo.com.br; arieladutra@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Denunciados amplamente pela mídia nacional e internacional, alguns fatores relacionados com variáveis sócio-culturais contribuem para acidentes por causas externas e para significativos índices de morbidade, tais como: distúrbios do humor e ansiedade em crianças e jovens, atividade sexual insegura, distúrbios alimentares, e, especialmente, taxas elevadas de injúrias ocasionadas por atropelamentos, uso e abuso de drogas, exposição à violência na escola, em domicílios e na rua, além de outros acidentes por causas externas, tais como queimaduras, quedas, picadas e mordeduras de animais, ferimentos de causas e conseqüências diversas, entre outros.

A denominação “causas externas”, pela Categoria Internacional das Doenças, compreende uma amplitude de eventos e processos incluindo-se todos os tipos de acidentes, suicídios, homicídios e lesões intencionalmente infligidas; lesões resultantes de operações de guerra e lesões onde se ignora se ocorreram de forma acidental ou intencional.¹

Dados estatísticos demonstram que muitos dos agravos ocorridos, classificam-se como acidentes de baixa complexidade, sobre os quais, conseqüências podem ser minimizadas se corretas medidas de atendimento pré-hospitalar sejam aplicadas, contribuindo significativamente para a preservação da vida do indivíduo e para a diminuição dos custos hospitalares.

Em um estudo randomizado de 1.486 fichas de vítimas traumatizadas, atendidas pela Unidade de Resgate do Corpo de Bombeiros no município de Catanduva - SP, no período de janeiro de 1997 a dezembro de 2003 e com o objetivo de realizar uma análise comparativa entre os principais mecanismos de trauma, a gravidade das vítimas e os principais ferimentos que o proporcionaram, foi observado uma porcentagem significativamente grande de lesões superficiais, perfazendo 88% dos casos. É importante salientar que, excluindo-se os acidentes de trânsito desta análise, houve 63,4% de prevalência de quedas. Este estudo analisou vítimas de trauma atendidas em vias, logradouros públicos e recintos domiciliares.²

Em outro estudo, realizado com o objetivo de identificar as causas de atendimento hospitalar ou de morte e lesões entre menores de 15 anos por causas externas, no município de Londrina - PR, no ano de 2001, alguns dados merecem atenção. Entre as vítimas atendidas em pronto-socorro, um grande

número era decorrente de quedas e as lesões prevalentes foram os traumatismos superficiais e os ferimentos. Entre os internados, os traumatismos superficiais e as fraturas predominaram. Este estudo demonstrou que, grande parte da demanda hospitalar gerada por conseqüências de acidentes ou violências, neste município, e na faixa etária estudada, era de baixa complexidade.³

As estatísticas apontam, hoje, a diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e o aumento, proporcionalmente, da mortalidade por doenças crônicas e por causas externas, seja por acidentes de trânsito, homicídios, afogamentos ou outras violências. O quadro epidemiológico atual demonstra dados preocupantes. Segundo dados do DATASUS, no Brasil, em 2006, em um só mês, foram notificadas 14.048 internações, em todas as faixas etárias, devido a quedas.⁴ O trauma corresponde a terceira causa de mortalidade no mundo, após as neoplasias e doenças cardio-vasculares. Cerca de 60 milhões de pessoas, internam por este motivo, constituindo, hoje, um problema de saúde pública.⁵ Além dos traumas, despertam preocupações, também, as intoxicações.

Dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas - SINITOX, demonstraram que, no Brasil, em 2004, os principais agentes tóxicos responsáveis pelas intoxicações em seres humanos foram os medicamentos, perfazendo 29% dos casos, seguidos pelos acidentes com os animais peçonhentos, com 24,8%. Quanto às faixas etárias mais acometidas, destacam-se as crianças menores de cinco anos com 23,8% do total de casos, seguidas pela faixa etária de 20 a 29 anos com 18,2%. Quanto aos principais agentes que causam intoxicações em crianças menores de 5 anos, os medicamentos, com 38,6%, foram os mais prevalentes.⁶

De acordo com o SINITOX, neste mesmo ano, os óbitos por intoxicações foram mais frequentes na faixa etária de 20 a 59 anos, com 66,8% do total dos óbitos. Jovens de 15 a 19 anos e crianças menores de cinco anos contribuíram com 6,9% e 5,2% do total de óbitos. Numa pesquisa realizada no Paraná⁷, em 2004, com adolescentes de 10 a 19 anos, para caracterizar causas de morbimortalidade em adolescentes, a terceira causa de internações, entre outras, foi o envenenamento, com maior prevalência de intercorrências entre os adolescentes do sexo feminino e por intoxicações medicamentosas; algumas em tentativas suicidas. Em se tratando de acidentes com jovens, no Brasil, os adolescentes contribuem com 3% das taxas

Fontana RT, Lima F de, Müller A.

Construction of knowledge in first aid: an...

de mortalidade geral, com marcante predominância de mortes masculinas, sobretudo por acidentes e violência.⁸

Dados de uma pesquisa realizada no hospital Geral de Itaim Paulista em 2000, apontam que as lesões, os envenenamentos e outras causas externas configuraram-se como a segunda causa de internação hospitalar, na faixa etária de 10 a 14 anos. Estas injúrias representaram a primeira causa geral de internação hospitalar, segundo um estudo que caracterizou as causas de morbidade e mortalidade de um hospital público no Paraná, em 2003. Por meio da análise das fichas de atendimento de 2.722 usuários do serviço, os autores inferem que a violência no trânsito, potencializado pelo alto consumo de álcool, drogas, manobras de risco e alta velocidade, tem contribuído para a grande exposição dos adolescentes a acidentes.⁷

Em um estudo realizado em Campinas-SP, entre março de 1997 e fevereiro de 1998, os pesquisadores verificaram que do total de 3.214 atendimentos de crianças; 1.418 foram por acidentes de baixa complexidade, com alta imediata, sendo que 1.465 necessitaram de procedimentos simples. Observam os autores que, geralmente, a criança acidentada é levada a uma unidade de emergência, sem obedecer critérios claros de encaminhamento e apresenta na grande maioria dos casos, lesões de pequena importância e que poderiam ter sido tratadas em serviços de atendimento primário ou de primeiros socorros.⁸

O atendimento a vítimas de qualquer acidente ou mal súbito antes da chegada da ambulância, do profissional de saúde ou outro qualificado na área, caracteriza o atendimento pré-hospitalar ou primeiros socorros.⁹ A assistência em situações de emergência e urgência é caracterizada pela necessidade de um indivíduo ser atendido em um curto espaço de tempo. Isto posto na emergência, o atendimento deve ser imediato; na urgência o atendimento deve ser prestado em um período de tempo, geralmente, não superior a duas horas.¹⁰

Isto posto, acredita-se que, prestar primeiros socorros às vítimas de acidentes, requer conhecimentos das técnicas básicas de salvamento, de modo a preservar a vida, reduzir o sofrimento e prevenir complicações. Na promoção da saúde individual e coletiva, a socialização destas técnicas e a sensibilização de leigos acerca do cuidado básico em urgência/emergência, podem contribuir para a criação de ambientes saudáveis e para fomentar iniciativas cidadãs, as quais supõem reflexões sobre a disposição prévia do

indivíduo para socorrer; a responsabilidade ética; o desenvolvimento do espírito de solidariedade; além de outros “requisitos”, tais como, o autocontrole e a confiança em si mesmo; o senso de organização e prioridades; a capacidade de iniciativa; a calma, rapidez e segurança; e, o conhecimento de suas limitações.

Investir em prevenção da doença e promoção da saúde pode ser uma atitude de transformação do meio social. Medicamentos ainda são vendidos livremente em farmácias, cáusticos estão disponíveis em supermercados, com embalagens questionáveis e ambientes domésticos sem segurança ainda contribuem para o aumento dos acidentes por intoxicações, especialmente em crianças. Tais condicionantes devem ser evitados, mas na ocorrência de acidentes, medidas de atendimento imediato podem prevenir seqüelas e/ou complicações. Embora, em algumas vezes, a morbidade e a mortalidade sejam inevitáveis, o atendimento em primeiros socorros com competência e habilidade pode reduzir estes indicadores.

É válido ressaltar que, conforme a Política Nacional de Promoção da Saúde, esta se dá na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, vislumbrando romper com a fragmentação do processo saúde-adoecimento, de modo a reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos. Dentre as diretrizes da Política estão “divulgar e informar as iniciativas voltadas para a Promoção da Saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional”.^{11:15}

Sendo assim, acredita-se que a universidade pode articular-se com outros setores de modo a auxiliar na efetivação de tal política, através da prática de ações com foco no empoderamento, por parte de todos os atores envolvidos, do processo educativo e de uma aculturação acerca da importância da participação popular na redução de danos. Com a velocidade da informação e da construção do conhecimento científico e sob a lente do respeito ao saber popular, apraz seguir a lógica da educação por meio da dinâmica dos transaberes, para que seja efetivado tal processo, pois sempre estaremos desatualizados¹², sempre seremos poucos, nunca dominaremos tudo nas situações complexas das necessidades coletivas de saúde; é estratégica a constituição de equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho que fortaleçam as práticas uns dos outros, para melhor resolutividade dos problemas de saúde

Fontana RT, Lima F de, Müller A.

Construction of knowledge in first aid: an...

das populações, ou, arrisca-se a qualidade deste trabalho.

Sendo assim, é preciso estimular na graduação, uma prática problematizadora de educação em saúde, focada não só na prevenção à doença, mas na promoção da saúde, na cura e na reabilitação dos sujeitos, em todos os cenários do cuidado. Um estudo realizado em Recife demonstrou que a maioria dos acadêmicos percebe a educação em saúde como uma atividade restrita à atenção básica, embora sejam desenvolvidas, ao longo da graduação, diferentes estratégias educativas e nas várias disciplinas.¹³

A educação em saúde pode ser uma estratégia para promover a responsabilidade social, oportunizando vivências de aprendizagem mediante a problematização, junto aos atores sociais, acerca das condições que alteram sua saúde e a saúde do outro, na busca da construção de alternativas de solução de problemas. A partir disso, a promoção da saúde pode efetivar-se mediante a articulação de parcerias, da otimização de recursos disponíveis na localidade, dos movimentos comunitários, rompendo, com isto o individualismo característico das sociedades contemporâneas.

Cada vez mais, sabe-se da importância de que as práticas educativas construam, criem mecanismos que permitam a análise das experiências locais; da organização de ações em rede; de oportunidades de integração entre formação, desenvolvimento docente e práticas de atenção à saúde, fortalecendo-se a participação popular e valorizando-se os saberes locais.¹²

Novas propostas de educação em saúde objetivam trabalhar com grupos, não visando apenas atingir alvos individuais e isolados. Promover a saúde no sentido positivo, vislumbrando-a como um recurso para uma vida vivida com qualidade, significa refletir sobre aspectos da realidade pessoal, buscar a identificação coletiva desta realidade, examinar implicações e desenvolver um plano de ação para alterar esta realidade. O ambiente grupal favorece a troca de idéias entre os sujeitos e a conscientização do potencial deste grupo para a transformação social. Tem a intenção de envolver os próprios sujeitos nas decisões relacionadas à sua própria saúde e com a saúde coletiva.¹⁴

Neste modelo, os sujeitos são responsáveis pela articulação de intervenções que criem ambientes saudáveis. Para tanto, o diálogo pedagógico deve ser igualitário entre educando e educador, com direito a liberdade e autonomia responsável. Na nova saúde pública¹⁴, há que se incorporar o

empoderamento dos sujeitos para que os objetivos da educação em saúde sejam alcançados, o que significa autonomia para fazer escolhas sem imposições, caracterizadas, nesta lógica, como não éticas e de desrespeito à vontade do outro. Estratégias de empoderamento da comunidade supõem entre outras, a educação para a cidadania, a socialização de informações, o envolvimento na tomada de decisões dentro de um processo de diagnóstico, o planejamento e a execução de projetos e ou iniciativas sociais.¹⁵

O ensino na escola deve comprometer-se com a promoção da educação em saúde, de modo a formar indivíduos responsáveis e autônomos, conhecedores de seus direitos em relação à temática da saúde.¹⁶ Toda a escola deve incentivar a promoção da saúde com o intuito de apreender saúde, de integrar profissionais de saúde, educação, pais, alunos e integrantes da comunidade, a fim de transformar a escola em um ambiente saudável; por meio da implementação de práticas que respeitem o bem-estar, a dignidade individuais e coletivas.¹⁷

O objetivo desta proposta foi construir, junto a alunos de 8ª série do ensino fundamental e professores, momentos de trocas de saberes e de reflexão acerca de condutas e habilidades no manejo do salvamento básico, de modo a auxiliar na formação de multiplicadores de ações para a preservação da vida e para a sensibilização da importância do cuidado solidário na construção da cidadania.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de uma atividade de extensão, utilizando-se a educação em saúde, desenvolvida por duas acadêmicas do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - campus Santo Ângelo-RS. O recrutamento dos alunos e professores deu-se a partir do convite a todos os discentes e docentes à participação. Foram critérios para a seleção à participação: ser discente da oitava série do ensino fundamental das referidas escolas municipais e aceitar participar do projeto. Participaram do projeto cerca de 300 discentes, com idades entre 13 e 15 anos, e 15 docentes de 13 escolas municipais de ensino fundamental de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2006. É válido ressaltar que a meta principal do projeto foi socializar saberes junto a 8ª série do ensino fundamental, considerando-se o interesse dos discentes e o tema transversal “Saúde” dos

Fontana RT, Lima F de, Müller A.

Parâmetros Curriculares Nacionais¹⁸, na disciplina de Ciências. Este tema é desenvolvido no ensino fundamental, em especial, na 7ª e 8ª séries.

O Projeto somente foi iniciado após a gestora Municipal de Educação e os Diretores das Escolas apresentarem pareceres favoráveis à execução do mesmo. Aos Discentes, após o convite, foi esclarecido que a participação nas oficinas era inteiramente voluntária e, que os participantes tinham o direito de não participar quando assim considerassem. A adesão ao projeto foi total, visto que os conteúdos/temas trabalhados são parte do currículo da disciplina de ciências do ensino fundamental. É válido ressaltar que a efetivação da extensão universitária foi consequência de uma solicitação feita por parte de docentes.

RESULTADOS

A atividade extensionista desenvolveu-se em três etapas, a saber:

Num primeiro momento, as extensionistas contataram com discentes e docentes, de modo a explorar, coletiva e informalmente, quais os temas despertavam interesse à discussão. Sendo assim, a seleção dos assuntos referentes à temática de atendimento aos primeiros socorros foi feita mediante a socialização das acadêmicas com docentes, discentes e diretor da escola, de forma a compor um processo de construção conjunta do conhecimento, atendendo ao grau de maturidade do público discente envolvido.

Num segundo momento, a partir da problematização de pseudo-situações cotidianas envolvendo agravos à vítimas de acidentes, foram operacionalizadas as oficinas, oportunizando aos discentes que construíssem, junto às extensionistas, os saberes relativos à conduta referente ao suposto agravo/acidente. As oficinas foram realizadas mediante agendamento com grupos de 10 a 20 alunos, com a participação de um ou dois professores, conforme livre escolha. Foram recursos utilizados para as atividades: colchões disponibilizados pelas escolas, “manequins vivos”, considerando que, em situações possíveis, os próprios alunos/professores/extensionistas eram usados para demonstração das práticas, além de materiais do tipo gaze, tala, lenço, entre outros necessários ao cuidado básico em urgência/emergência.

É válido ressaltar que a participação dos discentes foi expressiva nos momentos da demonstração prática; os próprios sujeitos, voluntariamente, apresentavam-se para

Construction of knowledge in first aid: an...

realizar as atividades, num cenário descontraído, onde os transaberes foram personagens principais.

Estudantes e professores participaram das oficinas, formadas por pequenos grupos de e pautadas em: cuidados frente ao desmaio, distúrbios convulsivos, ferimentos, hemorragias, traumatismos músculo-esqueléticos, ressuscitação cardio-pulmonar, obstrução por corpos estranhos, intoxicações e transporte de feridos. Oportunizaram-se, também, espaços de reflexão e comunicação dialógica para abordar os aspectos éticos do cuidado solidário e sua importância para a preservação da vida e da dignidade humana.

As oficinas foram inseridas no planejamento diário dos professores e adequadas ao regime didático das aulas, quanto ao tempo e período, de modo a contribuir para que as ações pedagógicas, já planejadas, não sofressem prejuízo.

Isto posto, pode-se inferir que as atividades desenvolvidas nesta proposta envolveram troca de saberes e de experiências, a partir da problematização de situações cotidianas na busca de soluções frente a possíveis agravos que exigem condutas básicas de urgência/emergência respeitando-se saberes prévios, e facilitando a apreensão dos novos saberes ; atenta aos limites e possibilidades ético-legais.

As ações educativas para serem efetivas não devem ter a visão simplista e limitada de “formação” de cidadãos e não foi essa a pretensão deste projeto; pois o vocábulo formar, remete à idéia de moldagem, de massa amorfa passível de se transformar somente mediante informações, conteúdos e teorias, num processo alheio e externo ao sujeito. A proposta desta atividade de extensão teve a intenção, sim, de facilitar a apropriação e a ressignificação de saberes, considerando-se a expressão da cultura local, do singular, do específico.¹⁹

Sabe-se que muitos projetos educativos em saúde são desenvolvidos na perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado, que “a gente detém e ensina” para uma “população leiga”, cujo saber-viver é desvalorizado e/ou ignorado. Esta postura considera que, para “aprender o que nós sabemos”, deve-se desaprender grande parte do aprendido no cotidiano da vida²⁰, o que impede a construção do conhecimento a partir dos transaberes, ou seja, da interação do saber popular, a partir das experiências e concepções pessoais, com o saber científico.

Finalmente, num terceiro momento, propôs-se uma auto-avaliação e uma avaliação

Fontana RT, Lima F de, Müller A.

da proposta pelos participantes para inferir-se sobre o processo construído. Comunicada de forma oral, as avaliações revelaram-se com conceitos plenamente satisfatórios, na maioria das falas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação constitui um meio para reorganizar as práticas e ações de saúde preventiva, curativa e de promoção. Através de iniciativas de educação em saúde pode-se favorecer a criação de ambientes saudáveis, transformando, construindo e trocando saberes científicos e populares, além de refletir com as comunidades meios de fortalecimento da cidadania.

Hoje, a qualidade de vida é alvo de estudos de muitos pesquisadores; investir em propostas que oportunizem o desenvolvimento de elementos cognitivos, do conhecimento formal e informal e que favoreçam o alcance de uma condição saudável é compreender o quão importante é investir na valorização da vida.

Articular meios para discutir idéias num universo consensual com o jovem, promover a responsabilidade social, que, construída a partir das vivências e/ou experiências, asseguram a formação de práticas e saberes coletivos, permite a verdadeira comunicação, conduz à multiplicação das ações para a promoção da saúde e contribui para o respeito à vida, demonstrando que juventude pressupõe irresponsabilidades, inseqüências, mas também comprometimento e solidariedade.

Algumas limitações foram encontradas durante a execução do projeto, tais como área física deficiente e falta de recursos de multimídia nas escolas. Adequações dos horários das aulas das acadêmicas com o horário das oficinas, também foram limitações que colaboraram para que o projeto assumisse um período de execução maior do que o planejado, o que não influenciou significativamente para a viabilização da proposta.

Sugere-se o fortalecimento de iniciativas desta natureza, considerando-se que, na práxis do enfermeiro, o papel de facilitador e de educador consolida-se progressivamente. Sendo assim, desenvolver competências e habilidades no acadêmico para esta prática, podem ser mecanismos para a construção de ambientes saudáveis.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. Cad. Saúde

Construction of knowledge in first aid: an...

Pública 1994 [Acesso em: 2009 jun 6]. 10(1): 07-18 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>

2. Batista SEA, Baccani JG, Silva RAP, Gualda KPF, Vianna Jr RJA. Análise comparativa entre os mecanismos de trauma, as lesões e o perfil da gravidade das vítimas, em Catanduva - SP. Rev do Colegio Bras de Cir. 2007; 12(1):6-10.

3. Godoy MCB, Andrade SM. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. Rev Bras de Epidem. 2005; 8(2): 194-204.

4. Ministério da Saúde(BR). DATASUS. Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas [Acesso em: 2009 maio 20] 2006 Brasília [DF].Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>

5. Hoyt DB, Coimbra R, Winchell RJ. Tratamento de trauma agudo. In: Townsend Jr CM, editores. Sabinston tratado de cirurgia: as bases biológicas da prática cirúrgica moderna. 16 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2003.

6. Ministério da Saúde(BR). Fundação Oswaldo Cruz. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas-SINITOX. Casos Registrados de Intoxicação Humana e Envenenamento [Acesso em: 2009 maio 5] 2004 Brasília [DF]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox/2004>.

7. Dubuc IF, Ferrari RAP. Adolescentes atendidos num serviço público de urgência e emergência:perfil de morbidade e mortalidade. Rev Eletr de Enferm 2006 [Citado em: 5 mai 2009]; 8(2): 250-258. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>.

8. Baracat ECE, Paraschin K,Nogueira RJN, Reis MC, Fraga AMA, Sperotto G. Acidentes com crianças e sua evolução na região de campinas - SP. Jorn de Pediat. 2000 set /out;76(5):368-74.

9. Pasternak J. Manual de Primeiros Socorros. 2ª ed. São Paulo: Ática; 2000.

10.Goldin JR. Aspectos Éticos da Assistência em Situações de Emergência e Urgência. In: Bioética e ética na Ciência [Acesso em: 2009 abr 23] 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/emergen.htm>

11. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Promoção da saúde [Acesso em: 20 maio 2009] 2006. Brasília (DF). Disponível em: <http://www.saude.gov.br>

12. Ceccim RC. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário Interface(Botucatu) 2005; 9(16):161-77.

Fontana RT, Lima F de, Müller A.

Construction of knowledge in first aid: an...

13. Avanci BS, Góes FGB, Martins LR, Viana LS, Borges RLL. Refletindo sobre a Educação em saúde na Graduação em Enfermagem. Rev Enferm UFPE on line. 2009; 3(2):58-64
14. Oliveira DL. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Ver Latino-am Enfermagem. 2005 maio-junho; 13(3):423-31.
15. Organização Mundial de Saúde. Promoção da Saúde. Empoderamento e controle social [Acesso em: 2009 maio 8]. Disponível em: [http:// www.opas.org.br/coletiva](http://www.opas.org.br/coletiva)
16. Leonello VM, Abbate SL. Educação em Saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em Pedagogia. Interface (Botucatu). 2006;10(19):149-66.
17. Gonçalves FD, Catrib AMF, Vieira NFC, Vieira LJES. A promoção da saúde na educação infantil. Interface (Botucatu) 2008 Mar [Acesso em: 2009 jun 10];12(24): 181-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sc>
18. Ministério da Educação(BR). Parâmetros Curriculares Nacionais [Citado em: 20 mai 2009]1997 Brasília (DF). Disponível em: <http://mec.gov.br>
19. Leitão CF. Buscando caminhos nos processos de formação/autoformação. Rev Bras Educação. 2004; 10(27): 25-39.
20. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. “Você aprende. A gente ensina?”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad Saúde Pública. 2006; 22(6):1335-42.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/08/01

Last received: 2009/09/10

Accepted: 2009/09/11

Publishing: 2009/10/01

Corresponding Address

Rosane Teresinha Fontana
Rua Sete de Setembro, 1126
CEP: 98.800-000 – Santo Ângelo (RS), Brazil