



Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde em manobra de desengasgo: multiplicando ações em saúde em Unidade de Saúde da Família

Empowering community health agents in the disengagement maneuver: multiplying health actions in family health unit

William Bin Tien Ie¹ , Carmen Lucia Cipullo Gardenal¹ 

RESUMO

Introdução: A aspiração de corpo estranho (ACE) é uma emergência médica; se a vítima não for rapidamente socorrida, ela poderá ter as suas vias aéreas facilmente obstruídas, sendo levada à morte. **Objetivo:** Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) da Unidade de Saúde da Família (USF) para o exercício de manobra de desengasgo em primeiros socorros. **Materiais e Métodos:** Trata-se de estudo descritivo com análise quantitativa. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: questionário sociodemográfico e questionário específico. **Resultados:** Os dados foram tabulados pelo programa Microsoft Excel 2010 e, em seguida, analisados em conformidade com os resultados estatísticos por tabelas. Participaram 13 ACSs, houve predominância do sexo feminino (100%), 62% dos ACSs afirmaram já terem participado de treinamento sobre acidentes por ACE; por outro lado, ao presenciarem uma criança ou um adulto engasgando, 70% responderam que não saberiam o que fazer. **Conclusões:** O estudo revelou a predominância do sexo feminino entre os ACSs, notamos que, apesar de os ACSs já terem participado de treinamento sobre acidentes por ACE, uma parcela significativa não saberia o que fazer diante de uma situação de engasgo; sendo assim, a pesquisa evidenciou um fator preocupante, pois identificamos a necessidade de ministrar capacitação em primeiros socorros nas emergências por ACE para os ACSs. Por fim, após efetivar a capacitação, percebemos que os ACSs sentiram-se mais seguros e capacitados para executar as manobras de desengasgo e orientar a comunidade sobre as técnicas, intensificando, assim, o elo entre a USF e os usuários.

Palavras-chave: obstrução das vias respiratórias; agentes comunitários de saúde; educação em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Foreign Body Aspiration (FBA) is a medical emergency; if the victim is not quickly rescued, they may have their airways easily obstructed, leading to death. **Objective:** To qualify the Community Health Agents of the Family Health Unit to perform the first-aid disengagement maneuver. **Materials and Methods:** This is a descriptive study with quantitative analysis. Data collection instruments were used: a sociodemographic questionnaire and a specific questionnaire. **Results:** Data were tabulated by the Excel 2010 Program and then analyzed according to the statistical results by tables. There were 13 Community Health Agents, a predominance of women (100%), 62% of Community Health Agents said they had participated in FBA accident training. On the other hand, when they witnessed a child or adult choking, 70% said they did not know what to do. **Conclusions:** The study revealed the predominance of women among Community Health Agents. We noticed that, although Community Health Agents had already participated in FBA accident training, a significant number of Community Health Agents would not know what to do in the event of a choking situation, so the research showed a worrying factor, since we identified the need to provide first aid training in emergencies by FBA for Community Health Agents. Finally, after conducting the training, we noticed that the Community Health Agents felt more confident and able to perform the disengagement maneuvers and guide the community about the techniques, thus intensifying the link between the Family Health Unit and the users.

Keywords: airway obstruction; community health workers; health education.

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil.

Autor correspondente: Carmen Lucia Cipullo Gardenal – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem – Rua Joubert Wey, 290 – CEP: 18030-270 – Sorocaba (SP), Brasil – E-mail: cgardenal@pucsp.br

Recebido em 05/02/2017. Aceito para publicação em 30/07/2018.

INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o elo entre a comunidade e a Estratégia Saúde da Família (ESF), está contextualizado no histórico da saúde do país.

O movimento a favor de uma Reforma Sanitária brasileira introduziu mudanças substantivas no modo de operação do sistema de saúde, por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos aspectos centrais desse sistema é o princípio da universalidade para as ações de saúde, a descentralização, na qual o município ganha lugar de destaque na gestão do sistema, e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada.¹

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com as secretarias estaduais e municipais, institucionalizou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNA-CS), posteriormente Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).² O programa foi criado, em 1987, pelo MS a partir da experiência realizada no Estado do Ceará, onde o objetivo era melhorar, por meio dos ACSs, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde, fortalecendo a ligação entre serviços de saúde e comunidade e ampliando o acesso à informação sobre a saúde.³

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de Atenção Primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de Saúde da Família (eSFs), comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido.⁴

Assim, no contexto da Atenção Primária à Saúde, o ACS surge como um componente importante na perspectiva da vigilância, incluindo a detecção de ambientes propícios aos acidentes com crianças e a orientação de medidas preventivas.⁵

Diante do exposto, é nítida a importância desse profissional da saúde, visto que o ACS é considerado o elo principal entre a equipe de saúde e a comunidade, pois, à medida que se estabelece o vínculo, permite a associação entre as informações técnico-científicas, bem como facilita o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

A maioria das vítimas de aspiração de corpo estranho é composta por lactentes e crianças nos primeiros anos de vida. As séries de casos publicadas na última década mostraram que as crianças menores de 5 anos representavam 84% dos casos, a maior parte deles (73%) concentrada nos primeiros 3 anos de vida. O sexo masculino prepondera sobre o feminino, em uma relação de 2:1.⁶

No Brasil, entre os acidentes que resultam em agravos à saúde da criança, destaca-se a aspiração de corpo estranho (ACE) da via aérea, que está associada a elevadas taxas de morbidade.⁷ É fundamental a identificação precoce da ACE, pois um diagnóstico tardio pode incorrer em sequelas brônquicas causadas por maior tempo de permanência do corpo estranho e/ou dano fatal.⁸

As sementes, principalmente amendoim, milho e feijão, são os principais corpos estranhos aspirados por crianças em nosso meio, correspondendo a 40% das ocorrências. No entanto, fragmentos de brinquedos, brincos, tampas de canetas, entre outros, são relatados. A aspiração de bexigas e balões vazios é grave e, muitas vezes, fatal.⁹

Nesse contexto, compreende-se que a educação em saúde é uma importante estratégia, pois promove a qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades por meio da articulação de saberes científicos e populares, de recursos institucionais e comunitários, superando a conceituação biomédica de assistência à saúde e abrangendo multideterminantes do processo saúde-doença.¹⁰

Assim, para que o cuidador ou o ACS possa intervir nas condutas necessárias para prevenir os agravos em crianças nas situações de aspiração de corpo estranho, é importante que sejam desenvolvidas ações de educação, individual ou coletiva, requerendo a atuação dos profissionais envolvidos nessa realidade.

Desse modo, decidi realizar este estudo com o intuito de identificar as dificuldades, bem como verificar o conhecimento das ACSs diante de situações de urgência em casos de obstrução de vias aéreas por engasgo, visto que, desde o início da residência, tive a oportunidade de estar em contato com as ACSs. Como, entre as necessidades citadas, a obstrução por via aérea foi unânime, optei em contribuir com o grupo de ACSs da unidade, com a proposta de capacitá-las nas urgências por ACE, orientando-as no atendimento em situações críticas por engasgo.

Considerando as situações de pequenas urgências, os ACSs que residem na comunidade, por exemplo, são naturalmente procurados para orientações, sendo também multiplicadores de conhecimento.¹¹

Nesse contexto, este trabalho teve como objetivo capacitar os ACSs da Unidade de Saúde da Família (USF) para o exercício de manobra de desengasgo em primeiros socorros e identificar o nível de conhecimento sobre a manobra do desengasgo pelas ACSs, bem como as principais dificuldades sentidas pelas ACSs na tomada de decisões diante de situações de urgência em que há obstrução de vias aéreas por engasgo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo com análise quantitativa. Foram incluídos neste estudo 13 ACSs que estavam inseridos na USF “Dr. Victor Pedroso” do município de Sorocaba, São Paulo, e que concordaram em participar desta pesquisa voluntariamente por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi utilizado como técnica de coleta de dados um questionário estruturado com perguntas fechadas, aplicado no mês de outubro de 2016, logo após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

O questionário foi composto por duas partes: um sociodemográfico e, outro com perguntas para avaliar o grau de conhecimento e as dificuldades das ACSs sobre o tema da pesquisa, essas questões versaram sobre as concepções teóricas e práticas de acidentes por engasgo: Quais são os sinais e sintomas da ACE? Você já foi submetido(a) a algum treinamento, palestra ou campanha de conscientização sobre os acidentes por ACE em crianças? Você acredita que existe diferença quando vai aplicar as manobras de desengasgo no adulto ou na criança? Você sabia que o engasgo, em casos graves, pode levar a pessoa à morte por asfixia ou deixá-la inconsciente por um tempo? Ao presenciar uma criança (>1 ano) ou adulto engasgando e constatando que estão conscientes, o que você faria?

Posteriormente, os dados foram quantificados e analisados com Estatística Descritiva Simples. Em seguida, foram inseridos em banco de dados, utilizando o programa Microsoft Excel (2010), sendo apresentados por meio de tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos ACSs estão apresentadas na Tabela 1.

Participaram deste estudo 13 ACSs. Quanto à idade, observou-se predominância da faixa etária entre 31 e 41 anos (38,46%); quanto ao estado civil, a maioria das ACSs é casada 76,92% (10), o restante está dividido em: solteiro — 7,69% (1), separado/viúvo — 7,69% (1) — e relacionamento estável — 7,69% (1); quanto à religião, 61,54% (8) são evangélicos e as demais ficaram divididas entre o catolicismo e outras opções não declaradas. Referente ao grau de escolaridade, 76,92% (10) concluíram o ensino médio; com relação ao tempo de atuação na USF, 61,54% (8) indicaram em torno de 2 a 5 anos e 30,77% (4), tempo maior de 5 anos; 100% trabalham em período integral (8 horas/dia) e a maioria das ACSs — 84,62% (11) — afirmou que só trabalha, até o momento, na instituição estudada.

Como ocorreu maior percentual do gênero feminino entre os ACSs (100%), esse fato nos remete à busca de referenciais teóricos para entendermos tal fenômeno.

No setor da Saúde, a feminilização é confirmada como uma marca registrada, posto que, em 2006, as mulheres perfaziam mais de 70% de todo o contingente de trabalho em saúde — e com tendência ao crescimento. A categoria profissional de ACS também segue esse padrão. Há diversas situações que levam cada profissional a tomar a decisão de exercer essa profissão.¹²

Alguns autores relacionam o elevado número de mulheres na profissão de ACS com achados históricos e relatam em suas pesquisas o fato de a mulher ser vista, na Idade Média, como cuidadora, o que pode ter suscitado maior adesão ao cuidado pela mulher.⁵

Os demais itens investigados demonstram mulheres adultas em idade produtiva, escolaridade em consonância com a legislação prescrita, religiosidade voltada para outras opções do Cristianismo, com tempo de atuação na unidade de saúde em

foco suficiente para conhecer a dinâmica e o território de forma mais aprofundada, com dedicação exclusiva para o cargo e também tendo esse emprego como a sua primeira experiência institucionalizada (cenário relatado pela maioria).

A segunda parte da pesquisa buscou o grau de conhecimento das ACSs sobre a temática da pesquisa. Os dados a seguir revelam as respostas às primeiras cinco questões. A Tabela 2 indica as respostas mais recorrentes.

As questões relacionadas ao conhecimento dos profissionais quanto aos sinais e sintomas da ACE, de certa forma, apontam se os profissionais estão ou não preparados para atuar na prevenção dessa urgência.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos Agentes Comunitários de Saúde da unidade de saúde “Dr. Victor Pedroso”, 2016.

Variáveis	n	%
Idade		
20–30	4	30,77
31–41	5	38,46
42–52	2	15,38
52–62	2	15,38
Sexo		
Masculino	0	0
Feminino	13	100
Estado civil:		
Solteiro	1	7,69
Casado	10	76,92
Separado/viúvo	1	7,69
Relacionamento estável	1	7,69
Religião		
Católica	2	15,38
Evangélica	8	61,54
Espírita	0	0
Outros	3	23,08
Escolaridade		
Ensino fundamental	3	23,08
Ensino médio	10	76,92
Ensino superior	0	0
Pós graduação	0	0
Tempo de atuação na USF		
6 meses	0	0
1 ano	0	0
>1 ano;	1	7,69
2–5 anos	8	61,54
>5 anos	4	30,77
Período de trabalho		
Manhã	0	0
Tarde	0	0
Integral	13	100
Trabalhou em outras Instituições		
Sim	2	15,38
Não	11	84,62

n=13.

USF: Unidade de Saúde da Família.

Os dados indicam que dos 13 ACSs, 9 (69,24%) relataram ter “*um pouco*” de conhecimento, enquanto 4 (30,76%) “*não têm*” conhecimento sobre os sinais e sintomas da ACE, o que nos revela um fator preocupante: há a necessidade de educação permanente no atendimento em situações críticas sobre ACE, pois o ACS está em contato direto e indireto com a comunidade e os usuários diariamente, o que requer preparação do profissional para orientá-los de forma eficaz.

Com relação aos ACSs terem sido submetidos a algum treinamento, palestra ou campanha de conscientização sobre os acidentes por ACE, os resultados nos mostram que, embora 8 (61,54%) afirmem *ter participado* e 5 (38,46%) relatem *não ter participado*, devemos refletir sobre o despreparo de alguns ACSs para atuar em situações de urgência.

No âmbito da atenção integral às urgências, segundo o MS, pressupõem-se seus diversos componentes como elos da cadeia de manutenção da vida: pré-hospitalar fixa — formado pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPSs), equipes de ACSs, ambulatorios especializados, serviços de diagnóstico e terapias e unidades não hospitalares de atendimento às urgências; pré-hospitalar móvel — Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h); hospitalar; e pós-hospitalar.¹³

Tabela 2. Grau de conhecimento das Agentes Comunitários de Saúde da unidade de saúde “Dr. Victor Pedroso”, 2016.

Perguntas	n	%
Acredita ter conhecimento sobre os sinais e sintomas da ACE		
Sim	0	0
Um pouco	9	69,24
Não tenho	4	30,76
Participação em capacitação sobre ACE em crianças		
Sim	8	61,54
Não	5	38,46
Diferença na aplicação das manobras de desengasgo no adulto ou criança		
Sim	9	69,24
Não	0	0
Não sei	4	30,76
Sabia que o engasgo é uma emergência		
Sim	12	92,31
Não	1	7,69
Nunca pensei sobre isso	0	0
Sabia que o engasgo pode levar à morte por asfixia ou deixá-la inconsciente por um tempo		
Sim	13	100
Não	0	0
Nunca pensei sobre isso	0	0

n=13

ACE: aspiração de corpo estranho.

Dessa forma, os dados demonstram ser imprescindível o planejamento de uma metodologia apropriada para ser desenvolvida com os ACSs da unidade e que favoreça a qualificação da sua prática no âmbito da saúde da criança no contexto dos acidentes domésticos, mas especificamente nos eventos de ACE.

No que se refere à aplicação das manobras de desengasgo no adulto ou na criança, percebemos que 9 (69,24%) afirmaram que há diferenças na execução e 4 ACSs (30,76%) afirmaram não saber sobre as diferenças.

Nos casos de obstrução das vias aéreas devem ser adaptados primeiros socorros adequados a cada vítima, ou seja, os procedimentos a serem tomados no caso de a vítima ser um bebê (menos de um ano de idade) são diferentes das técnicas executadas quando a vítima é uma criança (mais de um ano de idade até atingir a puberdade).¹⁴

Com relação aos ACSs saberem se o engasgo é considerado uma emergência, 12 (92,31%) responderam que “*sim*” e apenas 1 (7,69%) “*não sabia*”; isso revela um fator positivo no grau de conhecimento das ACSs, visto que a maioria pode agir o mais rápido possível em situações de engasgo.

A ocorrência de casos de urgência e emergência tem possibilidade de acontecer a todo momento e lugar: domicílios, locais de trabalho, escolas, vias públicas, igrejas, creches, clubes, hotéis e, principalmente, nos serviços de saúde, em todos os pontos de atenção primária, secundária e terciária.¹⁵

Quanto aos casos graves de engasgo, podendo levar o adulto ou a criança à morte ou deixá-la inconsciente por um tempo, as ACSs reconhecem a gravidade desse evento, pois 13 (100%) das entrevistadas responderam que sabiam sobre tal desfecho.

O estudo revela questões relacionadas ao conhecimento das ACSs sobre os sinais e sintomas que podem ocorrer quando uma criança aspira um corpo estranho, assim o ACS saberá reconhecer as causas que levam às obstruções de vias aéreas superiores (VAS) em menores de um ano.

Os dados indicam que dos 13 ACSs, 10 (76,92%) responderam que todas as alternativas estavam corretas e 3 responderam que a cianose era o único sinal da ACE.

Na obstrução das VAS parcial a criança consegue tossir, respirar, emitir alguns sons ou até falar; já na total ela é incapaz de tossir, falar, chorar, e isso é mais grave, pois pode evoluir para um quadro de parada cardiorrespiratória (PCR). Os sinais mais evidentes de asfixia são, em geral: aumento progressivo da dificuldade respiratória, coloração arroxeada, agitação e/ou confusão devido à falta de oxigenação cerebral, sinal universal de engasgo e perda de consciência.¹⁶

Com relação ao conhecimento dos ACSs quanto à aplicação da técnica de desobstrução de VAS em crianças >de 1 ano e em adultos em situações de ACE, os resultados revelam que 9 (69,24%) ACSs “*não saberiam o que fazer*”, ou seja, não estão aptos a realizar a técnica. Observa-se, nessa questão, a limitação provocada pela falta de conhecimento teórico e técnico sobre as noções de primeiros socorros em ACE; conseqüentemente, isso denota a necessidade de promover a capacitação desses profissionais, a fim de estimular a atividade educativa

com o intuito de informar a respeito das técnicas de desobstrução de VAS, enfatizando os sinais e sintomas, bem como as complicações, e a prevenção dos acidentes domésticos.

Diante da ocorrência de acidentes domésticos envolvendo crianças, os ACSs devem estar preparados para atuar por intermédio de medidas que podem ser realizadas adequadamente, evitar sequelas e até mesmo óbitos, ressaltando que uma conduta inadequada pode acarretar consequências irreversíveis.¹⁷

No que se refere ao conhecimento dos ACSs quanto à aplicação da técnica de desobstrução de VAS em crianças menores de 1 ano, os dados indicam que 7 (53,85%) das ACSs “dariam golpes nas costas e fariam compressão torácica”; no entanto, do total, 4 (30,77%) “não saberiam o que fazer”.

A técnica utilizada para desobstruir as VAS em menores de um ano é denominada golpes nas costas e compressão torácica. A técnica visa deslocar o objeto que obstrui a via aérea para a cavidade oral.¹⁶

Embora as ações sejam aparentemente simples, é exigido bastante cuidado na execução da manobra de desobstrução de VAS em crianças menores de um ano, pois se ela não for corretamente empregada, complicações como a queda do bebê no solo, lesões de vísceras abdominais como o fígado e o baço e a regurgitação de conteúdo gástrico são capazes de provocar a broncoaspiração e podem agravar o quadro.¹⁸

Sobre o conhecimento dos ACSs quanto à aplicação da técnica de desobstrução de VAS em crianças menores de 1 ano que apresentam perda de consciência após apresentar coloração arroxeadada na pele, os dados indicam que apenas 2 (15,38%) dos ACSs acertaram a questão, pois a resposta correta seria iniciar a manobra de reanimação cardiopulmonar o mais rápido possível; outro dado relevante é que 5 (38,46%) “não saberiam o que fazer”.

Quando a criança permanece por alguns minutos sem respirar, deve-se iniciar o procedimento de reanimação cardiopulmonar (RCR), ou seja, começar as massagens cardíacas, colocando a criança em uma superfície plana e rígida e com os dedos indicador e médio abaixo da linha mamilar, e fazer 30 compressões (com um socorrista, se forem dois, fazer 15 compressões), de forma que a profundidade das compressões seja de um terço do diâmetro anteroposterior (aproximadamente 4 cm de compressão).¹⁴

Com relação às medidas de prevenção de acidentes por ACE, com o intuito de orientar os ACSs da unidade, os dados indicam que 12 (92,31%) dos ACSs acertaram essa alternativa.

Cabe aqui mencionarmos que a definição de “*acidente*” é entendida como o evento não proposital e evitável, responsável por lesões físicas e/ou emocionais que podem ocorrer em ambiente doméstico ou em outros ambientes sociais, como no trabalho, no trânsito, na escola, em práticas de esportes e de lazer. São eventos que não escolhem vítima e, na maioria das vezes, ocorrem inesperadamente, embora em alguns casos sejam perfeitamente previsíveis, mas que, por alguma falha, geralmente inobservância de medidas de segurança, acabam acontecendo.¹⁹

Por fim, embora os resultados do estudo revelem uma percepção satisfatória pelos ACSs sobre o tema desta pesquisa, percebemos a necessidade de intensificarmos uma ação educativa na unidade, direcionando, assim, o ACS para o enfrentamento e a prevenção de acidentes domésticos relacionados à ACE, sendo imprescindível destacar que tal prevenção envolvendo crianças e adultos deve fazer parte da formação desses profissionais constantemente.

CONCLUSÕES

A elaboração e o desenvolvimento de uma ação de educação em manobra de desengasgo para os ACSs da USF “Dr. Victor Pedroso” exigiram planejamento estratégico do reconhecimento das necessidades relacionadas às dificuldades e ao grau de conhecimento das ACSs sobre a manobra do desengasgo.

O estudo revelou a predominância do sexo feminino entre os ACSs; notamos que, apesar de os ACSs já terem participado de treinamento sobre acidentes por ACE, uma parcela significativa não saberia o que fazer diante de uma situação de engasgo, o que evidenciou um fator preocupante, pois identificamos a necessidade de ministrar uma capacitação em primeiros socorros nas emergências por ACE para os ACSs.

Por fim, após efetivar a capacitação, percebemos que os ACSs sentiram-se mais seguros e capacitados para executar as manobras de desengasgo e orientar a comunidade sobre as técnicas, intensificando, assim, o elo entre a USF e os usuários.

REFERÊNCIAS

1. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*. 1998;8(2):11-48. <http://doi.org/10.1590/S0103-73311998000200002>
2. Barros DF, Barbieri AR, Ivo ML, Silva MG. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(1):78-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000100009>
3. Nascimento CMB. Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife [trabalho de conclusão de curso]. Recife: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; Departamento de Saúde Coletiva; 2005.
4. Campos GWS. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.
5. Santana JCB, Vasconcelos AL, Martins CV, Barros JV, Soares JM, Dutra BS. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2009;14(4):645-52. <http://doi.org/10.5380/2Fce.v14i4.16377>
6. Toro IF, Mussi RK, Seabra JC, Frazatto Jr. JC. Review of experience with 273 cases of aspiration foreign bodies in children from State University of Campinas, Brazil. *Eur Resp J*. 2000;16(Supl. 31):489s.

7. Cassol V, Pereira AM, Zorzela LM, Becker MM, Barreto SS. Corpo estranho na via aérea de crianças. *J Pneumol.* 2003;29(3):139-44. <http://doi.org/10.1590/S0102-35862003000300005>
8. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. *Tratado de pediatria.* 18ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p.1775-6.
9. Sousa ST, Ribeiro VS, Menezes Filho JM, Santos AM, Barbieri MA, Figueiredo Neto JA. Foreign body aspiration in children and adolescents: experience of a Brazilian referral center. *J Bras Pneumol.* 2009;35(7):653-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009000700006>
10. Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da Enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2010;18(1):55-60.
11. Sousa LBS, Otaviano MDA, Felix TA, Vasconcelos AKB, Feijão DMJ, Oliveira EN. Capacitação de agentes comunitários de saúde em pequenas urgências: compartilhando experiências. *SANARE.* 2014;13(2):57-62.
12. Machado MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Cadernos RH Saúde.* v. 3. n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 13-28.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 [Internet]. [acessado em 20 jan. 2017]. Disponível em: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria-2048-2002-Regulamento-T%C3%A9cnico-dos-Sistemas-Estaduais-de-Urg%C3%Aancia.pdf>
14. Hockenberry MJ, Wong WD. Promoção da saúde do lactente e da família. In: Hockenberry MJ, Wilson D, eds. *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica.* 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. cap.10.
15. Carneiro SMBM. A educação permanente em urgências e emergências para profissionais da Estratégia Saúde da Família [monografia]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2009.
16. Ferreira J, Souza TV. Desobstrução de vias aéreas superiores em crianças menores de um ano. *Rev Enf Prof.* 2014;1(1):267-75.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras.* Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
18. Rocha MPS. *Suporte básico de vida e socorros de emergência.* Brasília; 2014.
19. Silva RCL, Figueiredo NMA. *Enfermagem: cuidando em emergência.* São Caetano do Sul: Yendis; 2006.

Como citar este artigo:

Ie WBT, Gardenal CLC. Capacitação de agentes comunitários de saúde em manobra de desengasgo: multiplicando ações em saúde em uma unidade de saúde da família. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2019;21(1):33-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/1984-4840.2019v21i1a7>