

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO  
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**TALITA CORRÊA LIMA**

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM À VÍTIMA DE TRAUMA  
COM FRATURAS DE MEMBROS NO ATENDIMENTO PRÉ-  
HOSPITALAR FUNDAMENTADA EM WANDA DE AGUIAR HORTA**

**CRICIÚMA, AGOSTO DE 2011**

**TALITA CORRÊA LIMA**

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM À VÍTIMA DE TRAUMA  
COM FRATURAS DE MEMBROS NO ATENDIMENTO PRÉ-  
HOSPITALAR FUNDAMENTADA EM WANDA DE AGUIAR HORTA**

Trabalho de conclusão de curso como pré-requisito para obtenção do grau de Especialista em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Msc. Luciana Rosa

**CRICIÚMA, AGOSTO DE 2011**

## RESUMO

Este estudo foi elaborado a partir da prática assistencial de enfermagem, fundamentada em Wanda de Aguiar Horta, às vítimas de trauma com fratura de membros, durante o atendimento pré-hospitalar realizado juntamente com os Bombeiros Militares de uma cidade da região Sul de SC. Teve como questão norteadora: que estratégias podem ser desenvolvidas para qualificar a atenção de enfermagem as vítimas de traumas, com fratura de membros por meio da Teoria de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta? O objetivo geral foi desenvolver e aplicar uma proposta de prática assistencial de enfermagem para atenção a vítimas de trauma com fratura de membros, fundamentada em Wanda de Aguiar Horta. Para isto, foi elaborada uma ficha de atendimento pré-hospitalar norteadora pela teoria adotada. A mesma serviu de guia nos atendimentos. Os cuidados realizados as vítimas que apresentam fratura de membros segue os procedimentos adequados, desde avaliação primária e secundária, localização da dor, limpeza do local, imobilização com talas específicas para cada membro. Durante o período da prática assistencial foram atendidas 16 vítimas, sendo que estas receberam a assistência conforme protocolo de acordo com o tipo de trauma. Não houve atendimento com vítima que apresentasse sinais clínicos que proporcionassem, com clareza, a presença de fratura. A realização de trabalhos em relação à importância da presença de enfermeiro no APH deve ser ampliada, pois há uma pequena quantidade dos mesmos. O enfermeiro possui excelentemente capacidade técnica para desenvolver suas funções e vem demonstrando a cada dia a importância de sua atuação nas equipes de saúde.

**Palavras Chave:** trauma; fratura de membros; assistência de enfermagem.

## ABSTRACT

This study was designed from the nursing care practice, based on Wanda de Aguiar Horta to the victims of trauma with fracture of members during the pre-hospital care held in conjunction with the Fire Brigade of a city in the southern region of SC. Had the question: what strategies can be developed to describe the nursing care of trauma victims with fractures by members of the Theory of Nursing Wanda de Aguiar Horta? The overall objective was to develop and implement a proposal of nursing care practice for the care of trauma victims with fractures of limbs, based on Wanda de Aguiar Horta. For this, we created a form pre-hospital care guided by the theory adopted. The same guide was used in the care. The care that have made victims breaking of limbs following the appropriate procedures from primary and secondary assessment, location of pain, site cleanup, immobilization with splints specific to each member. During the period of care practice were seen 16 victims, and they received care according to the protocol according to the type of trauma. There was no assistance with victim who presented clinical signs that would provide, clearly, the presence of fracture. The completion of work on the importance of the presence of a nurse at APH to be expanded because there is a small amount of them. The nurse has excellent technical skills to develop their roles and each day has shown the importance of their work in health teams

**Keywords:** trauma; breaking of limbs; nursing care.

## LISTA DE SIGLAS

4º BBM – 4º Batalhão de Bombeiros Militar  
APH - Atendimento Pré-Hospitalar  
ASU - Auto-Socorro de Urgência  
BC – Bombeiro Comunitário  
BCs - Bombeiros Comunitários  
CBMSC - Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina  
COBOM - Central de Operações de Bombeiros Militares  
DEA - Desfibrilador Automático  
DLE - Decúbito Lateral Esquerdo  
EPI - Equipamento de Proteção Individual  
HSJ - Hospital São José  
MID - Membro Inferior Direito  
MIE - Membro Inferior Esquerdo  
MMII – Membros Inferiores  
MMSS – Membros Superiores  
MSE - Membro Superior Esquerdo  
QIE - Quadrante Inferior Esquerdo  
SAT - Setor de Atividades Técnicas  
SAV – Suporte Avançado de Vida  
SBV – Suporte Básico de Vida  
TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico  
TTF - Tala de Tração de Fêmur  
VTRs - Viaturas

## SUMÁRIO

<b>1 CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
2.1 Avaliação primária a vítima de trauma.....	11
2.2 Trauma.....	12
2.3 Fraturas.....	16
2.3.1 Tipos de fraturas.....	16
2.3.2 Manifestações clínicas.....	17
2.3.3 Tratamento.....	18
2.4 Assistência de enfermagem no atendimento à vítima de trauma.....	18
2.5 Corpo de Bombeiros.....	20
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
3.1 Teoria de enfermagem das necessidades humanas básicas.....	23
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
4.1 Abordagem metodológica.....	27
4.2 Tipo de pesquisa.....	28
4.3 Local do estudo.....	28
4.4 Sujeitos do estudo.....	28
4.5 Coleta de dados.....	28
4.6 Aspectos éticos.....	30
<b>5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
5.1 Caracterização do campo de estágio.....	31
5.2 Tema 1: Relato das atividades desenvolvidas.....	33
5.2.1 atendimentos em 09/11/10.....	33
5.2.1.1 Ocorrência 01.....	33
5.2.1.2 Ocorrência 02.....	33
5.2.1.3 Ocorrência 03.....	34
5.2.1.4 Ocorrência 04.....	34
5.2.2 atendimentos em 10/11/10.....	35
5.2.2.1 Ocorrência 01.....	35
5.2.2.2 Ocorrência 02.....	36
5.2.3 Atendimento em 11/11/10.....	36

5.2.3.1 Ocorrência 01.....	36
5.2.4 Atendimentos em 12/11/10.....	37
5.2.4.1 Ocorrência 01.....	37
5.2.4.2 Ocorrência 02.....	38
5.2.5 Atendimento em 13/11/10.....	38
5.2.5.1 Ocorrência 01.....	38
5.2.6 Atendimento em 17/11/10.....	39
5.2.6.1 Ocorrência 01.....	39
5.2.7 Atendimentos em 18/11/10.....	40
5.2.7.1 Ocorrência 01.....	40
5.2.7.2 Ocorrência 02.....	40
5.2.8 Atendimentos em 19/11/10.....	41
5.2.8.1 Ocorrência 01.....	41
5.2.8.2 Ocorrência 02.....	41
5.2.8.3 Ocorrência 03.....	42
5.3 Tema 2: Facilidades e dificuldades na prática assistencial.....	42
5.4 Tema 3: Avaliação da Prática Assistencial.....	43
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>51</b>
APÊNDICE A.....	52
APÊNDICE B.....	53
APÊNDICE C.....	55
<b>ANEXO.....</b>	<b>56</b>
Anexo A.....	57

## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O interesse pelo tema surgiu através da experiência prévia da autora em atendimento pré-hospitalar (APH) e a partir do momento em que a mesma formou-se como Bombeiro Comunitário (BC). No início do estágio de BC junto ao Batalhão de Bombeiro Militar verificou que os acidentes automobilísticos ocorrem diariamente e que as vítimas de trauma provenientes destes acidentes e outros tipos de traumas recebem um tratamento diferenciado das vítimas que se encontram em situações clínicas.

Esta experiência em APH também forneceu subsídios para assim, perceber a diferença entre o atendimento pré e intra-hospitalar.

No que se refere ao APH Santos (2007) coloca que é o atendimento realizado por profissionais especialmente treinados e capacitados, como técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e militares do corpo de bombeiros. O APH é considerado como um atendimento de emergência realizado, a vítimas de traumas ou em situações clínicas no ambiente extra-hospitalar, onde se realiza a estabilização das mesmas no local e após realiza-se a remoção até uma unidade hospitalar capaz de realizar o atendimento adequado para situação.

No pré-hospitalar é extremamente necessário que o profissional seja ágil. E como todas as informações sobre a situação do paciente devem ser anotadas, é importante que a ficha de atendimento seja ao mesmo tempo detalhada e de fácil preenchimento.

O profissional que realiza o atendimento a vítima de trauma, independente do tipo de acidente que ocorreu, deverá estar habilitado para realizar todos os procedimentos padrões referente a este tipo específico de atendimento. A avaliação da vítima para a identificação de uma possível fratura requer do profissional um conhecimento prévio sobre a anatomia humana, principais manifestações clínicas apresentadas e a biomecânica do trauma.

É de extrema importância que o profissional atuante em serviço de APH tenha um bom entendimento sobre a biomecânica do trauma, para que possa detectar precocemente possíveis lesões e assim agir adequadamente no atendimento à vítima, evitando agravamento da lesão.



Santos (2007) ressalta algumas características das equipes atuantes em salvamentos. A equipe de salvamento realiza a retirada das vítimas de locais e situações de difícil acesso para que a equipe de Suporte Básico de Vida (SBV) possa realizar o atendimento. A equipe de SBV realiza manobras e procedimentos não invasivos. Já a equipe de Suporte Avançado de Vida (SAV) atende a vítima em qualquer tipo de situação, independentemente de sua evolução. Todas as manobras realizadas pela equipe de SAV são funções únicas e exclusivas de exercício dos profissionais médicos e enfermeiros capacitados.

Na busca da fundamentação teórica para subsidiar a elaboração da proposta da metodologia da assistência de enfermagem, ocorreu o encontro com Wanda de Aguiar Horta, a partir de sua Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Assim, optou-se por utilizar essa teoria como base referencial para o desenvolvimento da Prática Assistencial, uma vez que lidar com as questões de urgência e emergência envolve um amplo conhecimento sobre os aspectos técnico-científicos que permeiam o ambiente de vida das vítimas atendidas bem como dos profissionais qualificados para realizarem a assistência.

Portanto se elencou como questão norteadora: que estratégias podem ser desenvolvidas para qualificar a atenção de enfermagem as vítimas de traumas, com fratura de membros em um Batalhão de Bombeiro Militar por meio da Teoria de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta.

Para responder a questão norteadora traçou-se como objetivo geral: desenvolver e aplicar uma proposta de prática assistencial de enfermagem para atenção a vítimas de trauma com fratura de membros, fundamentada em Wanda de Aguiar Horta em um Batalhão de Bombeiro Militar da região sul. Como objetivos específicos: realizar um levantamento das vítimas de trauma com fratura de membros no Batalhão de Bombeiro Militar, identificar as ações desenvolvidas pela instituição, voltadas ao cuidado com as vítimas de trauma com fraturas de membros, focalizando as ações que poderiam ser desenvolvidas pela enfermagem, identificar a adesão das vítimas às atividades desenvolvidas pelo bombeiro militar, desenvolver estratégias para a assistência de enfermagem ao grupo de pacientes participantes da prática assistencial, elaborar um protocolo para consulta de enfermagem a vítima de trauma com fratura de membros com base na Teoria de Wanda de Aguiar Horta, aplicar a consulta de enfermagem desenvolvida ao grupo de pacientes participantes

da prática assistencial, avaliar a proposta desenvolvida segundo o olhar do bombeiro militar.

Para apresentar o estudo de forma mais organizada propôs-se a seguinte divisão: **Capítulo 1** – Contextualização, em que se apresentam a justificativa, questão norteadora, objetivo geral e objetivos específicos; **Capítulo 2** – Revisão de literatura: neste capítulo estão explanados os conteúdos que dão subsídios teóricos referentes ao tema; **Capítulo 3** – Referencial Teórico; **Capítulo 4** - Metodologia: são apresentados os caminhos percorridos para o alcance dos objetivos; **Capítulo 5** – Apresentação e discussão dos resultados: utilizou-se a categorização proposta por Minayo (2008); **Capítulo 6** – Considerações finais e **Capítulo 7** – Referências.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Avaliação primária a vítima de trauma

No momento do atendimento à vítima de trauma é fundamental que haja uma boa avaliação da mesma para que seja tomada a decisão correta. Na avaliação primária, realiza-se uma visão geral do estado da vítima, verificando padrões respiratórios, circulatórios e estado neurológico. Rapidamente será verificado quais situações apresentam risco de vida e com isso, realizar as intervenções de urgência até estabilizar a vítima e transportá-la até o hospital. As etapas realizadas devem ser rápidas e eficientes, evitando que pacientes críticos permaneçam por longos períodos no local do trauma. Após a estabilização dos pacientes e se o tempo permitir será realizada uma avaliação mais detalhada de lesões sem risco de vida ou lesões que comprometem algum membro (NAEMT, 2007).

NAEMT (2007) refere ainda, ser crucial o atendimento decorrido desde o momento do trauma até o tratamento definitivo, conhecido como o “Período de Ouro”. Ou seja, o profissional atuante deverá realizar toda a avaliação inicial e instituir os cuidados necessários para manter/salvar a vida no menor tempo possível. As principais avaliações nesse momento em ordem de prioridades são: via aérea, ventilação, oxigenação, controle de hemorragia, perfusão e função neurológica.

De acordo com Santos (2007) o APH nas situações de trauma deverá ser realizado pelos profissionais com rapidez, organização e com eficiência, permitindo que o atendimento e remoção das vítimas sejam a partir de uma adequada tomada de decisão. O mesmo autor relata este atendimento dividindo-o em etapas seqüenciais, sendo elas: primeira etapa – Controle da cena: a partir do momento que a equipe se aproxima do local do acidente irá avaliar toda situação, assegurar a sua própria segurança, das vítimas e demais presentes, para assim agir de acordo com a avaliação pertinente ao mecanismo do trauma; segunda etapa: abordagem primária, realizada sem mobilizar a vítima segue-se o ABCD onde A - Vias Aéreas, Controle da Cervical, B – Respiração, C – Circulação, D – Estado Neurológico e E – Exposição da vítima em busca de outras lesões; abordagem secundária onde será

avaliado detalhadamente todos os segmentos do corpo, reavaliar o ABCD, realizar curativos.

Segundo levantamento feito no município referente aos tipos de procedimentos realizados no período de janeiro a dezembro de 2008, os 188 motociclistas receberam análise primária/secundária e foram encaminhados ao hospital; 151 deles receberam os procedimentos de colar cervical; 149 maca rígida longa; foram procedidos 128 imobilizações do membros superiores e membros inferiores (MMSS/MMII); 94 receberam procedimento de limpeza no local do ferimento; 31 receberam procedimento de oxigenoterapia; 11 receberam procedimento de curativo simples; 10 tiveram curativo compressivo; e os outros acidentados receberam os seguintes procedimentos: 04 aspiração; 04 cobertor, 01 colete e 01 desobstrução das vias aéreas. Percebeu-se que os procedimentos variaram de acordo com o grau de fraturas das vítimas (VAMERLATI, 2009).

## **2.2 Trauma**

Os atendimentos realizados pelos serviços Pré-Hospitalares continuam em constantes transformações e melhorias, mesmo assim o trauma continua sendo considerado um grande problema de saúde pública (NAEMT 2007).

Apesar de todas as orientações fornecidas à população, referente a prevenção de traumas, diversas pessoas continuam sofrendo lesões e até indo a óbito por sofrer algum tipo de trauma. Estas situações poderiam ser evitadas. Podemos citar como exemplo os acidentes automobilísticos e a desconscientização das pessoas sobre os cuidados com o uso do cinto de segurança, capacete e muitos outros acessórios de proteção.

O trauma “é agora definido como um evento nocivo que advém da liberação de formas específicas de energia ou de barreiras físicas ao fluxo normal de energia” (NAEMT 2007, p.18).

Com isso, toda vítima de trauma apresentará a lesão de acordo como tipo de energia que foi exercida sobre seu corpo. São cinco as formas físicas de energia: mecânica, térmica, química, irradiação e elétrica (NAEMT 2007).

As leis e Princípios da Física explicam a mecânica do trauma. Segundo o princípio da inércia, um corpo parado tende a permanecer parado e um corpo em movimento tende a permanecer em movimento a menos que uma força atue sobre o mesmo, como é o caso das colisões de trânsito onde os corpos dos ocupantes tendem a continuar o movimento que apresentavam, pois conservam a mesma velocidade do veículo. O princípio fundamental da dinâmica, determina que a força de um corpo é igual a sua massa multiplicada por sua aceleração. Logo quanto maior a força, maior é a aceleração e quanto menor a força menor a aceleração. Isso significa que um veículo em alta velocidade tem mais força que um veículo de baixa velocidade. O princípio da ação e reação relata que toda a ação corresponde a uma reação, de mesma força, intensidade e direção, porém de sentido contrário (APH-B, 2008).

No decorrer deste trabalho iremos nos referir mais a respeito da energia mecânica, por ser considerada a mais comum causa nas fraturas de membros. Após alguns estudos pôde-se observar que o trauma comporta-se similarmente à doença. Assim como no processo de doença há o agente causador, o hospedeiro e ambiente propício para que o agente e o hospedeiro possam interagir; para que ocorra o trauma também é necessária a presença dos elementos da tríade. No caso do trauma o hospedeiro é o ser humano, o agente causador é a energia e o ambiente pode ser considerado todos os componentes físicos e sociais onde o hospedeiro e o agente possam interagir (NAEMT, 2007).

O trauma ocorre em três fases temporais: pré-evento, evento e pós-evento. E ainda pode ser classificado como trauma intencional e trauma não-intencional, de acordo com a intenção do mesmo (NAEMT, 2007).

A prevenção do trauma é até mesmo mais importante do que tratar um mesmo, pois quando o trauma é evitado, o paciente e sua família são poupados de sofrimento e apuros econômicos (NAEMT, 2007).

Na área da saúde os traumatismos possuem grandes destaques. Os mais comuns são: o traumatismo abdominal, de tórax, craniano, de extremidades corporais, raquimedular e o traumatismo de face (BATISTA apud VAMERLATI, 2009).

Os traumatismos abdominais são considerados graves, pois podem mascarar lesões viscerais, complicando assim o quadro da vítima e conseqüentemente levar ao óbito. O trauma fechado, decorrente na maioria das

vezes de acidentes de trânsito, é mais grave que os traumas abdominais abertos, pois a lesão torna-se oculta e de difícil constatação. Dor na região abdominal da qual aumenta ao ser manipulado, associado a sinais clínicos como sudorese, tremores de extremidades, cianose de extremidades, pulso rápido e fino, hipotensão, rigidez do abdômen, entre outros, são algumas características apresentadas por vítimas de trauma abdominal. Os traumas torácicos também são considerados graves e irão afetar a função respiratória, comprometendo assim as trocas gasosas e a complacência estática e dinâmica dos pulmões (SANTOS, 2007).

As lesões de couro cabeludo, fraturas de crânio e lesão cerebral constituem os tipos de traumatismos cranianos; são decorrentes de acidentes com veículos automotores, quedas, agressões e lesões desportivas. Frequentemente comprometem gravemente o sistema neurológico, impedimento com que o paciente retome a sua rotina de vida normal. A lesão de couro cabeludo é considerada leve, apresenta sangramento profuso devido a região ser altamente vascularizada. As fraturas de crânio ocorrem com ou sem lesão no cérebro e os sintomas dependem da gravidade e da distribuição da lesão, podem apresentar rinorragia, otorragia; otorréia e rinorréia de líquido cefalorraquidiano (LCR). A lesão cerebral é a mais importante dos traumatismos cranianos, pois pode haver lesão irreversível e morte celular. Na lesão cerebral a vítima apresenta algumas manifestações clínicas que a caracterizam, tais como: alteração do nível de consciência, confusão, anormalidades pupilares, reflexo do vômito alterado ou ausente, reflexo corneano ausente, início súbito de déficits neurológicos, alterações nos sinais vitais comprometimento visual e auditivo, disfunção sensorial, espasticidade, cefaléia, vertigem, distúrbios do movimento e convulsões. Dentre os tipos de lesões cerebrais podemos relacionar a concussão, que é considerada como a perda temporária da função neurológica sem comprometimento estrutural; a contusão cerebral é mais grave, ocorre quando o cérebro é contundido contra a caixa craniana e possivelmente haverá hemorragia, neste caso a vítima ficará inconsciente por período considerável; a lesão axônica difusa resulta na edemaciação e desconexão dos axônios, onde a vítima apresenta coma imediato, postura descorticada e descerebrada e edema cerebral global; a hemorragia intracraniana, que são os hematomas desenvolvidos dentro da calota craniana, estes geram compressão no cérebro e são considerados como os mais graves dentre as lesões cerebrais. Os sinais e sintomas variam de acordo com a velocidade e qual a área vital é afetada (SMELTZER e BARE, 2002).

O TCE é uma das principais causas de óbitos nos acidentes de trânsito. O exame físico imediato pode revelar sinais clínicos bem característicos como: rinorréia, otorréia, olhos de guaxinim caracterizados por hematoma periorbital, sinal de Battle que é uma equimose ou hematoma na região do mastóide e o sinal de duplo anel caracterizado pela presença de líquido e sangue no nariz e/ou nos ouvidos (SANTOS, 2007).

Os traumatismos de extremidades podem resultar em alguns problemas que requerem tratamento imediato no pré-hospitalar. Estes problemas são: a hemorragia, que pode levar ao choque hipovolêmico caso não seja revertido em tempo adequado e a instabilidade, decorrente das fraturas e luxações. As fraturas podem ser classificadas em expostas, na qual há rompimento da integridade da pele e fechadas, na qual a pele permanece íntegra. As luxações se caracterizam pela separação de um osso de sua articulação, ocasionada pelo estiramento dos ligamentos que proporcionam a estabilidade da articulação. Dentre os traumas de extremidades há também a entorse, no qual ocorre o estiramento e laceração dos ligamentos pela torção brusca além da amplitude do movimento normal. As entorses se assemelham a fratura e a luxação, porém apenas um exame radiológico irá confirmar a lesão. A amputação do membro, no qual todo o tecido permanece sem nutrição e oxigenação; síndrome compartimental, onde o aumento da pressão no membro ocasiona o comprometimento no suporte sanguíneo oferecendo risco de perda do mesmo e síndrome de esmagamento, na qual em decorrência da lesão muscular grave há insuficiência renal e morte (NAEMT, 2007).

As lesões quando acometerem a coluna vertebral e/ou medula espinhal são consideradas um traumatismo raquimedular. Tais lesões podem ser desde uma concussão transitória até uma transecção completa da medula desencadeando possivelmente uma alteração sensorial e motora no nível abaixo da lesão. A maioria desses traumas é causada por acidentes automobilísticos, queda de nível, traumas ao mergulhar e ferimentos por arma de fogo (SANTOS, 2007).

Outro tipo de trauma que os motociclistas estão sujeitos é o trauma de face dos quais podem acometer o encéfalo, olhos, nariz, boca e dentes. Nesse tipo de lesão a vítima pode ter conseqüências emocionais visto que deformidades na face podem estar presentes. A obstrução das vias aéreas é comum nesse tipo de trauma (SANTOS, 2007).

Em relação ao atendimento ao trauma, Scarpelini (apud VAMERLATI 2007) relata que na cena do acidente pouco há o que se fazer do ponto de vista terapêutico, pois a vítima deve ser encaminhada para tratamento definitivo o mais rápido possível ou poderá ser fatal caso ocorra o atraso desse encaminhamento. O modelo de APH norte-americano segue a proposta de atendimento e remoção rápida do paciente do local do atendimento.

## **2.3 Fraturas**

As fraturas ocorrem quando há a ruptura da continuidade de um osso. A partir do momento em que há um estresse sobre determinada estrutura óssea, além do que ela possa suportar, podemos afirmar que ocorrerá uma fratura. Existem diversas causas para que haja uma fratura, desde impactos diretos ao osso até uma contração muscular extrema. Os acidentes automobilísticos e as quedas são grandes causadores de fraturas de membros (SMELTZER e BARE, 2002).

De acordo com o levantamento realizado no município no ano de 2008 a respeito da incidência de fraturas em motociclistas vítimas de acidentes de trânsito, concluiu-se que dos 188 motociclistas acidentados, 53 tiveram fratura na perna; 24 na coxa; 20 no antebraço; 19 no pé; 18 na clavícula, 17 no braço; 12 na mão; 10 no tórax; 09 no joelho; 06 crânio; 06 face; 02 na pelve; 01 no punho, todos estes com fraturas fechadas. Já em relação as vítimas que apresentaram fraturas abertas, 08 ocorreram na perna; 03 no pé; 01 na mão; 01 no antebraço e 01 na face (VAMERLATI, 2009).

### **2.3.1 Tipos de fraturas**

As fraturas podem ser classificadas como completas ou incompletas; na primeira ocorre a quebra de todo o perímetro do osso e na segunda apenas uma parte do osso é quebrada. Podem ainda ser classificadas em abertas (expostas)



onde há ruptura da pele, ou então fechadas, quando a pele permanece íntegra (SMELTZER e BARE, 2002).

Conforme Santos (2007, p.58) “cada vítima tem sua própria característica, sua própria lesão, porém possui métodos similares de traumatismos, o que possibilita ao médico socorrista um rápido diagnóstico, através de métodos visuais usuais”.

Detalhando o posicionamento anatômico dos fragmentos ósseos, as fraturas podem ser descritas como; avulsão, cominutiva, composta, compressiva, deprimida, epifisária, espiralada, galho verde, impactada, oblíqua, patológica, simples e transversa (SMELTZER e BARE, 2002).

### **2.3.2 Manifestações clínicas**

Smeltzer e Bare (2002) referem que a partir do momento em que há uma fratura a vítima apresenta algumas manifestações clínicas, tais como: dor, perda da função, deformidade, encurtamento, crepitação edema e mudança na coloração da pele. Não necessariamente todas as manifestações clínicas estarão presentes. Dependerá especificamente do tipo de fratura que ocorreu no osso. Conforme Santos (2007, p.58) “cada vítima tem sua própria característica, sua própria lesão, porém possui métodos similares de traumatismos, o que possibilita ao médico socorrista um rápido diagnóstico, através de métodos visuais usuais”.

Segundo Santos (2007) as fraturas podem apresentar algumas complicações, desde complicações iniciais que são o choque hipovolêmico, embolia gordurosa, síndrome compartimental, tromboembolia, coagulopatia intravascular disseminada e infecção até complicações tardias tais quais: união tardia e não-união, necrose óssea a vascular, reação dos aparelhos de fixação externa, distrofia simpática reflexa e ossificação heterotrófica.

### **2.3.3 Tratamento**

Durante o atendimento pré-hospitalar nas situações de trauma todo o protocolo deve ser utilizado para que não haja ainda mais lesões nas vítimas.

Após a suspeita de fratura de um membro a imobilização deve ocorrer imediatamente, evitando que o paciente seja movimentado desnecessariamente. A realização deste procedimento deve ser adequadamente, ou seja, sempre incluir articulações adjacentes, isso evitará que haja movimentos e cause lesões em partes moles. Todos os cuidados na movimentação dos membros são necessários para evitar aumento de sangramento, dor, aumento nas lesões. No caso das fraturas expostas os cuidados devem ser ainda maior referente a contaminação. Toda fratura exposta é considerada contaminada. Em nenhum momento o membro deverá ser movimentado a fim de reduzir a fratura, este deverá receber curativo estéril e ser imobilizado na posição inicial (SMELTZER e BARE, 2002).

Sendo assim, é necessário que todos os profissionais responsáveis pelo atendimento Pré-Hospitalar estejam adequadamente capacitados para identificar todas as características clínicas das fraturas que nem sempre estão evidentes. A avaliação correta é imprescindível para que uma lesão tão importante como a fratura não seja identificada, o que acarretaria um agravamento da situação da vítima (SMELTZER e BARE, 2002).

## **2.4 Assistência de enfermagem no atendimento à vítima de trauma**

O atendimento à vítima de trauma deve sempre ser realizado por uma equipe treinada, como já foi citado anteriormente. A enfermeira especialista em emergência obteve uma educação direcionada para realizar o cuidado de pacientes em situações de urgência e emergência. Sendo assim, estará apta para avaliar e identificar situações que poderão levar o paciente a óbito caso não haja intervenção imediata. Estabelece prioridades de atendimento, monitora, avalia a situação continuamente, supervisiona a equipe de saúde, orienta familiar e paciente, e tudo

isso em um ambiente sob elevada pressão e limite de tempo (SMELTZER e BARE, 2002).

O conhecimento a respeito da condição que produziu a situação de emergência e o efeito sobre a pessoa é necessário para realizar as diversas tomadas de decisões vitais ao paciente. Smeltzer e Bare, (2002, p.1822) relatam que “o foco do cuidado de emergência é preservar a vida, evitar a deterioração, antes que o tratamento definitivo possa ser fornecido, e restaurar o paciente à função ótima”. Os autores referem ainda que há a necessidade de focar o cuidado na determinação da extensão da lesão ou da doença e assim estabelecer as prioridades para que seja iniciado o tratamento adequado. A determinação das prioridades ocorrerá de acordo com qualquer ameaça que interfira com a função fisiológica vital, ou seja, lesão de face, pescoço e tórax que comprometam com a respiração e hemorragia severa, são consideradas urgentes.

Os autores relatam que a morte ocasionada por trauma ocorre em picos e da seguinte forma:

...primeiro pico, morte imediata, ocorre nos 30 minutos subseqüentes a agressão, causadas por extensas lesões no cérebro, secção medular alta, lesões cardíacas ou de um vaso calibroso. O segundo, morte precoce, corresponde à que ocorre nas primeiras duas horas após o trauma em consequência do choque hemorrágico. E estes pacientes seriam beneficiados por um sistema de atendimento pré-hospitalar e hospitalar adequadamente planejado e regionalizado. Por este motivo esta é chamada hora de ouro do traumatizado. [...] O terceiro pico, morte tardia, refere-se à morte após a primeira semana; as causas nesse período são infecções e a disfunção de múltiplos órgãos (THOMAZ E LIMA, 2000, p 59-60).

O trabalho do enfermeiro no APH, na assistência direta vem se desenvolvendo na década de 90, quando iniciou o SAV. Participa ativamente com a equipe de atendimento pré-hospitalar; assume a responsabilidade pela assistência prestada as vítimas, juntamente com a equipe; participa na previsão de necessidades da vítima; define prioridades; realiza intervenções necessárias. Ou seja, realiza estabilização da vítima, reavalia o estado geral e transporta para tratamento definitivo (THOMAZ E LIMA, 2000).

Entre as competências importantes para o exercício da prática de enfermagem no APH, estão o raciocínio clínico para a tomada de decisão e a

habilidade para executar as intervenções prontamente (GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008, p.2).

O enfermeiro atuante em APH necessita ter no mínimo o conhecimento sobre alguns conteúdos considerados básicos, para que realmente esteja capacitado em realizar o atendimento. Alguns temas seriam: manobras de reanimação cardiorrespiratória, manejo dos equipamentos necessários ao atendimento de urgências circulatórias; controle da disfunção respiratória grave; urgências traumáticas, sabendo reconhecer os sinais de gravidade da vítima traumatizada, atendimento inicial, bem como as técnicas e manejo do paciente vítima de trauma, atendimento a gestante em todas as situações até o parto normal ou com distócias (GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008).

Outras questões consideradas básicas por 80,0% dos enfermeiros referiram-se às medidas para controle da disfunção respiratória grave, incluindo aquelas de reanimação de suporte básico e manejo dos equipamentos de suporte ventilatório básico e avançado; sinais de disfunção respiratória prevalente na criança; urgências traumáticas em pacientes adultos, gestantes, idosos e em crianças, sinais de gravidade da vítima traumatizada, disfunção ventilatória, respiratória e circulatória; atendimento inicial e técnicas de manejo do paciente traumatizado grave; atendimento à gestante, em trabalho de parto normal, distócia e complicadores obstétricos. Todas as alterações fisiopatológicas nas urgências clínicas também são considerados como conteúdos básicos. Bem como farmacologia, drogas e condutas no APH, prevenção de acidentes, sinalização e cuidados com a segurança, legislação entre outros conteúdos (GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008).

## **2.5 Corpo de Bombeiros**

Os profissionais militares do Corpo de Bombeiros realizam o atendimento pré-hospitalar às vítimas de traumas ou em situações clínicas em geral. Para isso, recebem treinamentos específicos onde se tornam capazes de realizar a avaliação da vítima e instituir os primeiros atendimentos, considerados imprescindíveis, e assim encaminham ao hospital. Os procedimentos realizados por estes profissionais

são considerados não invasivos, porém o suporte básico de vida é considerado essencial para evitar maiores agravamentos.

O CBM possui entre suas atribuições principais a prática de combate à incêndios e o APH.

Conforme Martins (2004), apresenta como característica principal, em se tratando de APH, prestar um atendimento sem intervenção de procedimentos médicos invasivos. Utilizam uma ambulância denominada ASU (Auto Suporte de Urgência). Os socorristas são habilitados a realizar as seguintes competências:

- Realizar o exame primário avaliando: permeabilidade das vias aéreas, respiração, circulação, pupilas, e o estado neurológico da vítima;
- Observar sinais diagnósticos: coloração da pele, tamanho e reação das pupilas, nível de consciência, habilidade em movimentar-se e reação a dor;
- Mensurar sinais vitais: pulso, respiração, pressão arterial, avaliando a qualidade, quantidade e suas características;
- Obter informações da vítima;
- Realizar o exame secundário: exame completo e detalhado da vítima da cabeça aos pés (céfalo-caudal), por inspeção e por palpação;
- Manter a permeabilidade das vias aéreas;
- Realizar ventilação artificial utilizando meios e técnicas naturais e equipamentos: máscaras, cânulas, ambu, aspirador, cilindros de oxigênio;
- Realizar circulação artificial através das técnicas de respiração cardiopulmonar;
- Identificar, conter e administrar os estados de choque com o uso de técnicas;
- Conter hemorragias com as técnicas conhecidas;
- Aplicar talas de tração e imobilização para lesões em membros superiores e inferiores;
- Imobilizar fraturas;
- Imobilizar a coluna utilizando colar cervical, coletes de imobilização dorsolombar, macas longas e macas curtas;
- Resgatar, remover e transportar vítimas em locais restritos, utilizando macas e outros equipamentos;
- Aplicar curativos em ferimentos e olhos;
- Realizar a assepsia e tratamento básico em ferimentos (SANTA CATARINA, 2003).

O atendimento é realizado após serem acionados pela central de emergência, com isso deslocam-se até o local da ocorrência. Em casos de acidentes, realizam todas as manobras referentes ao atendimento à vítima de trauma, seguindo o protocolo padronizado.

Referente ao protocolo de atendimento, os bombeiros iniciam primeiramente com a avaliação do local da ocorrência. Em seguida os socorristas realizam uma avaliação inicial da vítima para corrigir de imediato as alterações que ameacem a vida em curto prazo e então tomam a decisão quanto à prioridade de

transporte da vítima, de acordo com a gravidade de suas lesões, através da escala CIPE. Esta classificação é constituída por vítimas em estado crítico - **C**; aquelas onde estão sofrendo uma parada respiratória ou cardiorrespiratória. Vítimas instáveis - **I**; aquelas que estão inconscientes, com choque descompensado e/ou comprometimento respiratório severo e lesão grave na cabeça ou tórax. Vítimas potencialmente instáveis - **P**; aqueles com choque compensado, portadores de lesão isolada importante ou lesão de extremidade com considerável acometimento circulatório ou neurológico. E vítimas estáveis - **E**; aquelas com lesões menores que não ofereçam risco de vida, sem comprometimento respiratório e sinais vitais normais e estáveis (SANTOS, 2007).

Seguindo o protocolo realizam a avaliação dirigida, obtendo-se maiores informações da vítima quanto às lesões ou alterações que, se não observados, poderão oferecer risco de vida. Após, o exame físico detalhado é realizado, onde o socorrista examina de maneira ordenada e sistemática todo o corpo da vítima a fim de verificar outras lesões não observadas na fase anterior. E por fim, a avaliação continuada, onde os socorristas deverão avaliar periodicamente a vítima, conferindo seus sinais vitais e se ocorre mudanças nos aspectos gerais da vítima, reavaliando as vias aéreas, a respiração, a circulação e o nível de consciência até a sua chegada ao hospital (APH-B, 2008).

Em relação aos procedimentos realizados pelos bombeiros nos atendimentos as vítimas de acidentes automobilístico, Vamerlati (2009) relata que os motociclistas recebem análise primária/secundária; procedimento de colar cervical; maca rígida longa; colete; imobilizações dos membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII); procedimentos de limpeza no local do ferimento; curativo simples; curativo compressivo; oxigenoterapia; aspiração; desobstrução de vias aéreas, cobertor e encaminhamento ao hospital. De acordo com o grau de fraturas e estado geral das vítimas, são realizados os procedimentos pertinentes.

Com isso percebe-se que o APH deve ser exercido por equipes de atendimento devidamente treinadas com competência para realizar uma avaliação fisiológica focando a abordagem inicial do paciente e servindo como instrumento de auxílio para a triagem das vítimas.

No caso dos Bombeiros Militares, o atendimento prestado aos acidentes de trânsito pelos socorristas seguem um protocolo de atendimento padronizado para identificar os procedimentos necessários às vítimas (APH-B, 2008).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Teoria de enfermagem das necessidades humanas básicas

Para Horta (1979), nenhuma ciência pode sobreviver sem filosofia própria. A filosofia leva a unidade de pensar, e este busca a verdade, o bem e o belo. Filosofar é pensar a realidade, é a interrogação, a pergunta. Mesmo que possa haver inúmeros conceitos de filosofia, o que todos têm em comum é o ser, o conhecer e a linguagem.

Esta autora apresenta o ser como aquilo que é, e apresenta os três seres da enfermagem, o ser-enfermeiro (é um ser humano com todas as suas dimensões, potencialidades, restrições, alegrias e frustrações, é aberto para o futuro, para a vida e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem, ou seja, ser-enfermeiro é gente que cuida de gente), ser-paciente (também dito como ser-cliente, pode ser o indivíduo, a família ou a comunidade que necessite de cuidados de outros seres humanos em qualquer fase do ciclo vital ou do ciclo saúde-enfermidade) e ser-enfermagem (é um ser que tem como objetivo assistir as necessidades humanas básicas, desencadeadas no ciclo saúde-enfermidade ou em qualquer outra fase do ciclo vital) (HORTA, 1979).

A ação do ser-enfermeiro surge do que é rotineiro, cotidiano, não ficando, no entanto a ele limitado, mas, transcendendo-o, ou seja, é estar comprometido, engajado na profissão e compartilhar com cada ser humano seus cuidados e as experiências vivenciadas. É ir além da obrigação, do “ter que fazer”.

Horta (1979) apresenta os conceitos de ciência e teoria. Para ela, ciência é:

“[...] um conjunto de conhecimentos organizados e sistematizados [...]”, “[...] uma atividade humana desenvolvendo um conjunto crescente, do ponto de vista histórico, de técnicas, conhecimentos empíricos e teorias relacionadas entre si e referentes ao universo natural [...]”, e ainda “[...] uma apresentação da realidade pela inteligência, por uma sistematização de conceitos, pressupostos [...]” (HORTA, 1979, p. 4).

Desta forma, a enfermagem estaria enquadrada no segundo conceito de ciência emitido, por ser, uma atividade humana que acumulou conhecimentos empíricos do ponto de vista histórico e de maneira crescente, conta com teorias relacionadas entre si e referentes ao universo natural.

Horta utiliza-se dos conceitos de Lahr (apud HORTA, 1979, p. 5) sobre “teoria”, como:

“[...] um conjunto de leis particulares mais ou menos certas, ligadas por uma explicação comum, toma o nome de teoria [...]”, ou ainda “[...] é um conjunto logicamente ordenado, de proposições hipotéticas, conceitos e definições, que visa explicar uma ou mais classes de eventos naturais.”

Uma teoria é importante como guia de ação, não que ela diga como agir, mas apresenta o que acontecerá quando se atua de determinada maneira. Segundo James (apud HORTA, 1979), as teorias se classificam em quatro níveis, quais sejam

Nível I - Isolamento de fatores (são estáticas, por exemplo, a zoologia e a botânica),

Nível II – Relacionamento de fatores (são estáticas, por exemplo, a anatomia e a fisiologia),

Nível III - Relacionam situações, são inibidoras ou reprodutoras (são dinâmicas, por exemplo, as teorias enzimáticas, o fenômeno B só ocorre se o A ocorrer).

Nível IV – São prescritivas, produtoras de uma situação (prescreve todos os elementos ou fatores para que a situação ocorra (é dinâmica, por exemplo, a teoria das necessidades humanas básicas).

As teorias de nível IV, na qual a Teoria das Necessidades Humanas básicas (foco deste subcapítulo) é classificada, tem como características a especificação de um “objetivo-conteúdo” como finalidade de uma atividade, prescrevem o necessário para realizar esta atividade, e dispõe de uma “lista de levantamento” que serve como suplemento a presente prescrição e como preparação para futura prescrição para a atividade para atingir o “objetivo-conteúdo”.

Esta lista é composta por agente (quem ou o que faz a atividade), o paciente (quem ou o que recebe a atividade), estrutura (qual é o fim da atividade), o procedimento (qual é o processo orientador, técnica ou protocolo de atividade) e por



último a dinâmica (qual é a fonte de energia para as atividades - químicas, fisiológicas, biológicas, psicológica, e outras).

Horta (1979) apresenta a Enfermagem como ciência, calcada nos pressupostos de que os fenômenos que a enfermagem estuda são reais e passíveis de experimentação, as teorias já desenvolvidas exprimem relações necessárias entre os fatos e os atos, e suas conclusões, estão dentro da certeza probabilística que explica não somente as ciências hermenêuticas, como as empírico-formais e até a física, considerada ciência formal e positiva.

A Enfermagem sistematiza e organiza seus conhecimentos científicos a partir do ser, do objeto e do ente. O ser, como já mencionado, é o indivíduo a, a família e a comunidade dentro de um ecossistema. O objeto é o conhecimento das teorias de enfermagem, o processo, o cuidado, as síndromes, os níveis de atendimento de enfermagem. O ente, As necessidades humanas básicas classificadas por Mohana como psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (HORTA, 1979).

A enfermagem é parte integrante da equipe de saúde, e como tal, deve manter o equilíbrio dinâmico, prevenir desequilíbrios e reverter desequilíbrios em equilíbrio do ser humano, que tem necessidades humanas básicas necessárias para seu completo bem-estar. O conhecimento do ser humano a respeito de suas necessidades é limitado pelo seu próprio saber, o que exige o auxílio de profissionais habilitados, em estado de equilíbrio que possam prestar a assistência necessária. Todos os conhecimentos e técnicas acumuladas pela enfermagem dizem respeito ao cuidado com o ser humano, no atendimento de suas necessidades humanas básicas.

Como ciência, a enfermagem é fundamentada por conceitos, proposições e princípios. Um dos conceitos que a fundamenta é o conceito de si mesma:

Horta (1979) considera o processo de enfermagem como “a dinâmica das ações, sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano”, que apresenta em seis passos, quais sejam:

**a) Primeiro passo** - o Histórico de Enfermagem, que é o levantamento de dados do ser humano, que possibilita a identificação de seus problemas.

**b) Segundo passo** – Diagnóstico de enfermagem, é a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pela enfermeiro do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão.

**c) Terceiro passo** – Plano assistencial, encaminhamentos, supervisão, orientação, ajuda e execução de cuidados.

**d) Quarto passo** – Plano de Cuidados ou prescrição de enfermagem, é a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário (aprazamento) que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.

**e) Quinto passo** – Evolução de Enfermagem, é o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem com o ser humano, enquanto estiver sob os cuidados profissionais.

**f) Sexto passo** - Prognóstico de enfermagem, é a estimativa da capacidade do ser humana em atender as necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

Existe certa diferenciação entre os conceitos de assistência de enfermagem e cuidado de Enfermagem. Para Horta (1979, p. 36).

Assistência de enfermagem é a aplicação pelo enfermeiro do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visem atender as necessidades básicas do ser humano [...], cuidado de Enfermagem, é a ação planejada, deliberada ou automática, do enfermeiro, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano.

## 4 METODOLOGIA

Para realização da pesquisa foi necessário desenvolver um caminho por meio da determinação de pressupostos para fundamentar o estudo.

A metodologia coloca a disposição do pesquisador um conjunto de diretrizes que podem auxiliá-lo na tarefa de pesquisa em diferentes conteúdos científicos.

Leopardi (2001) menciona que para cada tipo de investigação será utilizada uma metodologia específica, sendo que esta deve estar relacionada com o problema a ser investigado, às hipóteses e ao tipo de informantes. A autora relata ainda que:

O método é o caminho pelo qual se chega à meta, sendo a essência da descoberta e do fazer científico e representa o aspecto formal da pesquisa, o plano pelo qual se põem em destaque as articulações entre os meios e os fins, por meio de uma ordenação lógica de procedimentos (LEOPARDI, 2001, p. 187).

### 4.1 Abordagem metodológica

O estudo em questão é de natureza qualitativa descritiva, já que se propôs a responder a questões muito particulares, se preocupando com o que não pode ser quantificado.

Para Leopardi (2001) a pesquisa qualitativa representa um fato não mensurável, ou seja, quando não podemos utilizar instrumentos de medidas precisos, necessitamos de dados que são subjetivos, estudamos um caso em particular, sempre em busca da qualidade apresentada pelas variáveis.

## 4.2 Tipo de pesquisa

Utilizou-se pesquisa tipo estudo de caso, sendo que este é considerado como uma investigação mais aprofundada dos dados coletados de determinada situação. Não se preocupa em quantificar a frequência com que ocorreu determinada situação. Buscando o máximo de informações possíveis em relação ao tema pesquisado (Leopardi, 2001).

## 4.3 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em um Batalhão de Bombeiro Militar da região Sul de Santa Catarina.

## 4.4 Sujeitos do estudo

A prática assistencial foi realizada às vítimas de trauma que receberam atendimento do Corpo de Bombeiros Militar. As ações foram desenvolvidas as 16 vítimas atendidas no período de estágio,

## 4.5 Coleta de dados

- **Primeiro Momento** – Autorização para desenvolvimento da Prática Assistencial por meio de ofício endereçado ao responsável da instituição a qual a Prática Assistencial foi desenvolvida (Apêndice A)
- **Segundo Momento** – Apresentação do projeto de prática assistencial ao responsável pela instituição.

- **Terceiro Momento** – Reconhecimento detalhado da instituição em que a prática assistencial de enfermagem foi desenvolvida.
- **Quarto Momento** – Atendimento às vítimas de trauma com suspeita de fraturas de membros através do acionamento da viatura pela central reguladora.
- **Quinto Momento** – Desenvolvimento do protocolo para consulta de enfermagem (Apêndice B).

A consulta de enfermagem é privativa ao Enfermeiro e é composta pelas seguintes etapas: histórico, que visa o conhecimento dos hábitos individuais e biopsicossociais e identificação dos problemas; exame físico, que compreende a realização da ausculta, inspeção, palpação e percussão levantando os dados relacionados ao estado de saúde do paciente, bem como as anormalidades encontradas; diagnóstico de enfermagem, no qual serão identificados os problemas obtidos após análise dos dados colhidos durante o histórico e exame físico; prescrição de enfermagem, onde serão decididas quais as medidas a serem adotadas em busca da prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde e por fim a evolução de enfermagem, onde será registrado o estado geral do paciente após avaliação do paciente (RESOLUÇÃO COFEN-272/2002).

- **Sexto Momento** – Aplicação das consultas de enfermagem às vítimas de trauma com suspeita de fraturas de membros.
- **Sétimo Momento** – Avaliação da prática assistencial desenvolvida por meio de entrevista com o responsável pela equipe de bombeiro militar (Apêndice C).

De acordo com Leopardi (2001, p. 202). “A entrevista é a técnica em que o investigador está presente junto ao informante e formula questões relativas ao seu problema”. A entrevista semi-estruturada foi realizada conforme disponibilidade do profissional entrevistado no ambiente de trabalho.

Após o término das consultas de enfermagem e entrevista a pesquisadora realizou a condensação dos dados segundo o proposto por Minayo (2003, p.78), que orienta os seguintes passos:

- **Ordenação dos Dados:** neste momento, faz-se o mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo. Aqui estão envolvidos, por exemplo, transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação;
- **Classificação dos Dados:** Nesta fase é importante termos em mente que o dado não existe por si só. Ele é construído a partir de um questionamento que fazemos sobre eles, com base numa fundamentação teórica, por meio de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecemos interrogações para identificarmos o que surge de relevante (“estruturas relevantes dos atores sociais”). Com base nesse processo se elaboram as categorias específicas. Nesse sentido determinamos o conjunto ou os conjuntos das informações presentes na comunicação.
- **Análise Final:** Neste momento, procuramos estabelecer entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Assim, promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, teoria e a prática. (MINAYO, 2003, p.78).

Segundo Leopardi (2001, p.261) a análise de conteúdo é:

Toda observação, relação, conjectura, imagem, omissão, objeto, movimento, enfim, tudo aquilo que pode refletir a realidade, e que, além de permitir a formulação de postulados explicativos ou compreensivos, pode ainda produzir novas interrogações sobre a mesma realidade.

#### 4.6 Aspectos éticos

A resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde se fundamenta nos direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao estado e aos sujeitos envolvidos na pesquisa, respeitando o desejo dos mesmos em relação ao sigilo e anonimato das informações fornecidas, além da desistência a qualquer tempo da participação na pesquisa (Anexo A).

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas pela categorização dos dados, por meio da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados, conforme Minayo (2003).

Serão analisados em 4 momentos:

- **Primeiro momento:** Caracterização do campo de estágio;
- **Segundo momento:** Relato das atividades desenvolvidas;
- **Terceiro momento:** Facilidades e dificuldades na prática assistencial;
- **Quarto momento:** Avaliação da prática assistencial.

Os momentos doravante serão denominados temas, conforme propõe Minayo (2008), para que se possa melhor organizar a apresentação dos dados e discussão dos resultados.

O levantamento dos dados ocorreu no mês de novembro de 2010. Foram concluídas 80 horas para observação, realização das consultas de enfermagem e entrevistas.

Para preservação da identidade dos participantes e manutenção do sigilo das informações obtidas por meio da realização das entrevistas, obedecendo às diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 196/96, a qual envolve pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a sigla “B” para identificar o profissional.

### 5.1 Caracterização do Campo de Estágio

Os atendimentos foram realizados especificamente durante as ocorrências na qual o Auto-Socorro de Urgência (ASU) fora solicitado pela Central de Operações de Bombeiros Militares (COBOM).

No Batalhão de Bombeiros Militar há 02 ambulâncias, o ASU 196 e o ASU 203. As viaturas dispõem de todos os equipamentos adequados para realizar o

atendimento de suporte básico tais como: cones sinalizadores, colete de imobilização do tipo Kendrick Extrication Device (KED), tala de tração de fêmur (TTF), macas rígidas, colares cervicais, desfibrilador externo automático (DEA), saídas de O<sub>2</sub> e ar comprimido, torpedo de O<sub>2</sub>, materiais para curativos, verificação de sinais vitais, imobilizações de membros. Sendo assim, o ASU contém os materiais e equipamentos conforme a definição da Portaria GM nº. 2.048.

De acordo com a Portaria GM nº. 2.048, as ambulâncias são consideradas como veículos destinados exclusivamente ao transporte de pessoas enfermas. São classificadas em: tipo A, B, C, D, E ou F. O ASU é considerado como ambulância do tipo C, ou seja, ambulância de resgate.

Os materiais para atendimento diretamente no local onde a vítima se encontra, fica organizado dentro de uma mochila e sempre que necessário, ao chegar na ocorrência um dos socorristas levará a mesma até a vítima. No início do serviço, às 8 horas é realizada conferência da ambulância pelos bombeiros da guarnição para verificar se todos os materiais estão presentes e na quantidade adequada. Há uma sala específica onde ficam armazenados os materiais para reposição.

A estrutura física do Batalhão de Bombeiros Militar é composta pelos seguintes espaços físicos: alojamento e sala do comando, alojamento de oficiais, soldados (feminino e masculino) e cabos, local para arquivo morto, refeitório e cozinha, aprovisionamento, Setor de Atividades Técnicas (SAT), chefe do SAT, sala do sub-comando, B1: administrativo interno, B3: setor de instrução, B4: setor de logística, sala de bombeiros comunitários, sala de recreação, telecentro, almoxarifados para equipamentos, sala para reserva de materiais, central de operações, sala de reposição de materiais de APH, sala para limpeza dos materiais, reserva náutica, lavanderia, torre, garagem, onde ficam todas as viaturas (VTRs).



## **5.2 Tema 1: Relato Das Atividades Desenvolvidas**

### **5.2.1 Atendimentos em 09/11/10**

Neste dia foram atendidas 04 ocorrências durante o período de estágio.

#### **5.2.1.1 Ocorrência 01**

Queda de nível. Paciente com história de crise convulsiva feminina, 63 anos. Ao levantar do sofá teve uma queda e bateu a cabeça em uma mesinha próxima. No momento do atendimento estava deitada no chão, desorientada. Segundo familiares não teve perda de consciência. Apresentava ferimento corte contuso na cabeça, região parietal. Realizado curativo de ferimento e encaminhado ao hospital de referência em maca rígida.

As emergências dos hospitais freqüentemente recebem pacientes apresentando crise convulsiva, que se caracteriza pela hiperatividade dos neurônios e circuitos cerebrais. Estas crises podem ser generalizadas ou parciais. O atendimento inicial realizado aos pacientes que apresentam as crises tem o intuito de prevenir maiores complicações, após minuciosa avaliação da etiologia desencadeante, será instituída a terapêutica adequada (Galvão, 2007).

#### **5.2.1.2 Ocorrência 02**

Mal súbito. Paciente feminina, 34 anos. A loja na qual trabalha foi assaltada. Relatou história de depressão. No momento do atendimento a paciente estava deitada no chão, extremamente nervosa, trêmula, taquicárdica. Realizado verificação de sinais vitais, sendo PA:130/100mmhg, FC:115bpm, FR:20mrpm, Sat O2:98%. Paciente encaminhada ao pronto atendimento 24hs do município.

A depressão é um problema de saúde que com frequência é subdiagnosticada nas pessoas acometidas. A avaliação para determinação exata da depressão requer muito cuidado. Na grande maioria dos atendimentos os sintomas sugestivos deste problema passam despercebidos por ser tratar de queixas somáticas. Sendo assim, os profissionais acabam oferecendo tratamento apenas para as queixas relatadas (SMELTZER e BARE, 2002).

### **5.2.1.3 Ocorrência 03**

Acidente de Trânsito. Colisão lateral, leve. Paciente caroneiro do automóvel, masculino, 31 anos. No momento do acidente estava com cinto de segurança. Relata ter batido a cabeça na lateral do veículo, porém, sem dores no pescoço. Apenas leve dor na região temporal, lado D. Sem hematoma e edema. Realizado verificação de sinais vitais apresentando PA: 140/90mmhg, FC: 92bpm, FR:18mrpm, Sat O2:98%, Glasgow:15. Encaminhado ao hospital de referência.

No Brasil há uma grande preocupação com os acidentes de trânsito, pois há um elevado número de vítimas jovens envolvidas e por gerarem muitos impactos sócio-econômicos e pessoais. Os atendimentos realizados pelo serviço de APH têm demonstrado influências positivas nas taxas de morbimortalidade por traumas (PEREIRA E LIMA, 2006)

### **5.2.1.4 Ocorrência 04**

Mal súbito. Paciente masculino, 23 anos, foi conduzido ao Batalhão por familiares. Ao atendimento paciente relatou cefaléia intensa, parestesia em MSE. Passou por situações estressoras em sua residência. História de sopro cardíaco. Verificado sinais vitais apresentando PA:150/100mmhg, FC:130bpm, FR:18mrpm, Sat O2: 97%, Glasgow:15. Encaminhado ao hospital de referência, com oxigenioterapia.

De acordo com Feitosa et al (2008) é considerado como crise hipertensiva, o aumento súbito da PA ( $\geq 180 \times 120$  mmHg) juntamente com sintomas que podem ser leves ou graves. A urgência hipertensiva ocorre quando há sintomas leves sem lesão aguda de órgãos-alvo. Caso haja sintomas que coloquem a vida do paciente em risco ocasionando lesão aguda de órgãos-alvo, caracteriza-se a emergência clínica. Há também a pseudocrise hipertensiva, na qual ocorre elevação da PA exclusivamente devido há um estresse físico ou psicológico.

### **5.2.2 Atendimentos em 10/11/10**

Nesta data realizamos reposição de materiais de APH na sala de materiais, pois o funcionário responsável pelo almoxarifado estaria fora por alguns dias, evitando assim a falta de materiais. Feito desinfecção terminal na sala de lavagem de materiais, conforme rotina.

#### **5.2.2.1 Ocorrência 01**

Caso clínico. Paciente feminina, 19 anos. Foi atendida no interior de uma farmácia. A mesma encontrava-se deitada no chão com populares segurando a sua cabeça. Apresentou sinais clínicos compatíveis com crise convulsiva, tais como salivação, relaxamento de esfíncter uretral com micção. Dona da farmácia relatou que a paciente teve perda momentânea de consciência. No momento do atendimento estava consciente, confusa. Verificado sinais vitais: PA:130/90mmhg, FC:105bpm, FR: 30mrpm, Sat O2: 96%, Glasgow:12. Encaminhada ao pronto atendimento 24hs do município.

Segundo Galvão (2007) as crises convulsivas ou crises de epilepsia comprometem de 1% a 2% de toda população mundial. É necessário que seja feito uma minuciosa investigação de qual fator desencadeante da crise para que assim seja oferecido tratamento adequado evitando maiores complicações. A paciente foi encaminhada ao pronto atendimento 24hs para que pudesse receber atendimento

médico, pois este fará uma avaliação clínica detalhada e realizará tratamento e o encaminhamento adequado a situação da mesma.

#### **5.2.2.2 Ocorrência 02**

Caso Clínico. Paciente acamada feminina, 66 anos com crise hipertensiva. História prévia de AVC. Estava consciente, comunicativa, porém, confusa. Apresentando tremores e dificuldade de deambular. Recolhido medicações utilizadas, verificado sinais vitais: PA: 150/110mmhg, FC: 90bpm, FR: 16mrpm, Sat O2:98%, Glasgow:14. Encaminhada ao hospital de referência.

A crise hipertensiva pode ser definida como elevação súbita, intensa e sintomática da pressão arterial. Caso esta situação não seja revertida alguns órgãos-alvo poderão ser deteriorados acarretando risco de morte. Pessoas com antecedentes de manifestações neurológicas, como acidentes vasculares encefálicos, por exemplo, necessitam de uma avaliação clínica ágil e cuidadosa e a realização de alguns exames complementares (GALVÃO, 2007).

#### **5.2.3 Atendimento em 11/11/10**

##### **5.2.3.1 Ocorrência 01**

Acidente de moto. Paciente masculino, 28 anos, sofreu uma queda de moto após colidir na traseira de um veículo. Apresentava-se em decúbito dorsal, com capacete. Consciente, lúcido e orientado. Durante a avaliação queixou-se de dor a palpação abdominal no QIE (quadrante inferior esquerdo). Imobilizado cervical, maca rígida, verificado sinais vitais. PA: 140/100mmhg, FC:92bpm, FR:19mrpm, Sat O2:97%. Glasgow:15. Encaminhado ao hospital de referência.

Vamerlati (2009) relata que os acidentes automobilísticos apresentam probabilidade muito maior de ocorrer lesões quando comparamos aos acidentes com

veículos automobilísticos, visto que a proteção aos motoristas de motos é muito pequena em relação ao impacto que há na queda. O fato de não existir barreiras que impeçam a ejeção do motoqueiro proporciona ao corpo um risco de se deparar com obstáculos, isto agravará a situação da vítima e muitas vezes lendo ao óbito.

#### **5.2.4 Atendimentos em 12/11/10**

##### **5.2.4.1 Ocorrência 01**

Queda de moto. Paciente masculino, 23 anos, colidiu com sua moto em uma lixeira. Caiu da moto e bateu o tórax contra uma lixeira de ferro. No momento do atendimento o mesmo já havia se deslocado do local do acidente até o outro lado da rua, estava sentado e sem capacete, lúcido, orientado, comunicativo, com palidez cutânea. Negou dores no pescoço e MMSS. Referiu dor em MID (membro inferior direito), devido às escoriações; não apresentava sinais indicativos de fratura. Dispnéia e dor a palpação no tórax. Realizado verificação de sinais vitais, apresentando PA:130/70mmhg, FC:76bpm, FR:19mrpm, Sat O2:97%, Glasgow:15. Conduzido ao hospital de referência.

A vítima neste caso sofreu uma força contusa contra a caixa torácica decorrente da colisão a lixeira. Nesta situação pode ter causado uma alteração na anatomia e fisiologia normal dos órgãos que se encontram dentro da caixa torácica. A manutenção da oxigenação pode ser afetada. É necessário o reconhecimento precoce de lesões torácicas, pois caso haja alguma lesão e esta passe despercebida e não seja instituído tratamento adequado com suporte ventilatório poderá resultar em hipóxia, hipercarbica e choque e até complicações mais severas como no caso de falência múltipla dos órgãos (NAEMT, 2007).

#### **5.2.4.2 Ocorrência 02**

Queda de nível. Paciente feminina, 27 anos, caiu do palco no qual estava realizando uma apresentação de teatro. Ao chegarmos ao local a vítima estava sentada, com queixas de muita dor em MID, especificamente na articulação fêmoro-tibial e região do tornozelo. A região do joelho apresentava edema e deformidade, indicativo de luxação. Neste caso suspeita-se de fratura, até que seja realizado exame radiológico e descartada a fratura. Realizado imobilização do MID, com preenchimento na região posterior do joelho e maca rígida. Verificado sinais vitais: PA:140/90mmhg, FC: 92bpm, FR:20mrpm, Sat O2:99%, Glasgow:15. Encaminhada ao hospital de referência.

Na luxação ocorre a separação de dois ossos de uma articulação e geralmente há rompimento de ligamentos. Nestes casos ocorre instabilidade na articulação afetada, necessitando de imobilização imediata, na posição encontrada. A imobilização fornecerá mais conforto a vítima, pois diminuirá a dor. Antes e após a imobilização deve-se checar presença de pulso, mobilidade, coloração e sensibilidade. Sempre que há luxação suspeita-se de fratura até que o exame radiológico demonstre o contrário (NAEMT, 2007).

#### **5.2.5 Atendimento em 13/11/10**

##### **5.2.5.1 Ocorrência 01**

Trauma. Paciente feminina, 40 anos, prendeu os dedos da mão esquerda até as falanges distais, em um cilindro de massas. Os militares necessitaram desmontar a máquina para realizar a retirada da mão. No momento paciente estava muito chorosa, queixando-se de dor. Apresentava diminuição de motricidade, dor e hematoma nos dedos indicador, anelar e médio. Realizado imobilização e compressa com gelo, para alívio da dor. Verificado sinais vitais: PA:140/90mmhg,

FC:94bpm, FR:18mrpm, Sat O2:98%, Glasgow:15. Encaminhada ao hospital de referência.

O trauma de mão, independente do grau da lesão, pode levar a incapacidade, limitando a vítima na suas atividades cotidianas e laborais. Este tipo de trauma atinge diversas pessoas na faixa etária produtiva. Sendo assim, acaba afastando o trabalhador de suas atividades. Os acidentes de trabalho são considerados como importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo (CABRAL et al, 2010).

## **5.2.6 Atendimento em 17/11/10**

### **5.2.6.1 Ocorrência 01**

Acidente de moto. Paciente feminina, 28 anos, sofreu uma queda de moto, pois estava chovendo e com a pista molhada derrapou. No momento do atendimento a mesma encontrava-se em decúbito dorsal no meio da pista, já sem o capacete. Relatou dor em MIE e MSE (membro superior esquerdo), os mesmos apresentavam escoriações leves. Colocado colar cervical, maca rígida. Verificado sinais vitais: PA:130/90mmhg, FC:91bpm,FR:18mrpm, Sat O2:98%, Glasgow:15. Encaminhada ao hospital de referência.

Koizumi (1992) enfatiza que a proporção e vulnerabilidade dos feridos são consideradas muito maiores do que nos demais acidentes de veículo a motor. Durante a colisão o motociclista absorve toda a energia gerada no impacto sobre seu corpo.

## **5.2.7 Atendimentos em 18/11/10**

### **5.2.7.1 Ocorrência 01**

Queda de nível. Paciente masculino, 20 anos, sofreu uma queda de aproximadamente 3m de altura, em uma construção. Ao chegarmos no local paciente encontrava-se deitado em decúbito lateral esquerdo (DLE), com a cabeça apoiada em uma caixa de papelão, MMII flexionados. No momento relatou não saber onde estava, porém após retomou. Estava consciente, comunicativo, pupilas isocóricas e fotorreagentes, verificou-se deformidade em clavícula esquerda, respiração superficial com dores na região torácica posterior e dispnéia, sem queixas de dor em MMSS e MMII. Colocado colar cervical, imobilizado em maca rígida. Verificado sinais vitais: PA:140/90mmhg, FC:93bpm, FR: 17mrpm, Glasgow:15. Encaminhado ao hospital de referência com oxigenioterapia.

### **5.2.7.2 Ocorrência 02**

Queda de nível. Paciente vítima de queda do telhado de aproximadamente 3m de altura, ao cair bateu com hemitórax direito em uma máquina. Ao chegarmos o paciente estava em decúbito lateral direito (DLD), lúcido, orientado, dor a palpação em hemitórax direito, que apresentava escoriações leves. Apresentava dispnéia e respiração superficial, retraindo o lado direito, devido à dor. MMSS com escoriações leves na região do cotovelo esquerdo. MMII com leve dor a palpação em joelho direito, sem edema. Sinais vitais verificados, apresentando PA:140/90mmhg, FC:68bpm, FR: 17mrpm, Sat O2:98%, Glasgow:15. Imobilizado a cervical, colocado em maca rígida e encaminhado ao hospital de referência.

Quedas de grandes alturas propiciam maior incidência de lesão, pois a velocidade da queda aumenta conforme a vítima cai. No caso das quedas é necessário que seja feita avaliação da altura desta queda, verificar sobre qual superfície a vítima caiu e em que parte de seu corpo foi o impacto inicial para assim



determinar a biomecânica da queda. São consideradas graves as quedas de altura superior a três vezes a altura da vítima (NAEMT, 2007).

### **5.2.8 Atendimentos em 19/11/10**

O ASU 203 ficou baixado, pois foi realizada desinfecção terminal no mesmo. As ocorrências eram atendidas com o ASU 196.

#### **5.2.8.1 Ocorrência 01**

Queda de nível. Paciente masculino, 78 anos, sofreu uma queda de uma árvore. Foi encontrado no local deambulando, lúcido, orientado. Relata ter se segurado na árvore e foi escorregando. Teve apenas escoriações leves na face e MMSS. Realizado limpeza dos ferimentos, verificado sinais vitais: PA:140/80mmhg, FC:76bpm, FR:16mrpm, Sat O2:93%, glasgow:15. Encaminhado ao hospital de referência.

A taxa de mortalidade por queda nas pessoas com mais de 60 anos no Brasil de acordo com dados do Datasus/ Ministério da saúde foi de 6,2 por 1000 óbitos em 2005. Estudos mostram que pessoas acima de 65 anos sofrem quedas ao menos uma vez no ano e ainda que a idade é considerada como um fator preditivo a queda (PAIVA et al 2010).

#### **5.2.8.2 Ocorrência 02**

Queda de nível. Paciente idosa, 84 anos, sofreu uma queda da cama. História de AVC. Quando chegamos a mesma estava em DLD com sangramento na cabeça. Apresentava ferimento corte contuso em supercílio esquerdo, escoriações leves em MMSS na região do cotovelo. Realizado curativo compressivo, oclusão dos

ferimentos. Verificados sinais vitais: PA:130/90mmhg, FC: 63bpm, FR:14mrpm, Sat O2:85%. Encaminhada ao hospital de referência com oxigenioterapia.

Paiva et al (2010) relata que um evento não planejado que leva o paciente ao chão, com ou sem lesão, é definido como queda. Ainda relata que as quedas geralmente acontecem devido a causas intrínsecas, ou seja, alterações fisiológicas, que surgem com o envelhecimento; alterações patológicas, fatores psicológicos e efeitos colaterais de medicamentos e as causas extrínsecas que são: as relacionadas ao comportamento e atividade dos indivíduos e ao meio ambiente.

### **5.2.8.3 Ocorrência 03**

Acidente de moto. Condutor da moto encontrava-se deambulando as margens da pista. Estava lúcido, orientado, apresentando ferimento corte contuso em MIE na panturrilha. Realizada limpeza do local, curativo oclusivo. Sinais vitais: PA:120/70mmhg, FC:80bpm, FR:16mrpm, Sat O2:98%. Encaminhado ao hospital de referência.

Segundo Santos (2008) está aumentando entre população o interesse pela aquisição de motos. Visto que é considerado um veículo com mais agilidade de deslocamento e apresenta custo extremamente reduzido quando comparados com outros veículos. Acrescenta ainda, que com o aumento no interesse da utilização de motos, os acidentes envolvendo esses veículos também estão crescendo. De acordo com informações do DATASUS, ocorreram 24 mil mortes no Brasil devido aos acidentes com veículos de duas rodas.

## **5.3 Tema 2: Facilidades e dificuldades na prática assistencial**

Durante todos os atendimentos, os militares da guarnição realizaram a avaliação das vítimas de acordo com a mecânica do trauma, realizando o ABCD do trauma. As viaturas possuem talas específicas para imobilização de membros, tanto superiores quanto inferiores.

As vítimas que receberam o atendimento do corpo de bombeiros sentem-se satisfeitas e gratas pela realização do trabalho. Aderem a todas as atividades desenvolvidas sem que haja interferência. Em algumas situações, populares que se encontram no local podem interferir na realização dos procedimentos.

Durante a prática assistencial não houve vítimas com sinais clínicos específicos de fratura. Porém, em decorrência do mecanismo do trauma pode-se suspeitar da presença de fratura. Foram fornecidas orientações em relação aos cuidados durante o transporte, avaliação secundária em busca de possíveis complicações.

O tempo de no máximo seis horas diárias dificultou um pouco, pois durante o período da prática não ocorreram situações com fraturas.

O ASU do Corpo de Bombeiros realiza diversos atendimentos, desde situações clínicas à traumas. Por mais que o tipo de ocorrência leve a pensar que haverá uma fratura pela mecânica do trauma, em algumas situações a fratura não está presente. Pode-se suspeitar devido à biomecânica do trauma. Realizar também a anamnese completa fica um tanto dificultoso devido ao fato de estar dentro da ambulância em movimento.

Durante o período de estágio tiveram algumas ocorrências que pela biomecânica do trauma poderíamos suspeitar de algum tipo de fratura pequena. Porém em nenhum dos atendimentos os pacientes apresentavam sinais clínicos específicos de fratura de membros.

#### **5.4 Tema 3: Avaliação da Prática Assistencial**

##### **Categoria 1 - Avaliação da prática assistencial aplicada pela pós-graduanda durante o período de estágio**

B: Através do conhecimento da pós-graduanda, durante as observações dos sinais/sintomas pode diagnosticar uma luxação, no qual realizou a assistência de enfermagem da mesma forma que seria empregada no caso de fratura.

Na luxação os ossos perdem o contato anatômico, ou seja, as superfícies articulares se deslocam ocasionando muita dor, alterando o comprimento do

membro afetado, perda mobilidade normal. No caso de luxações traumáticas é importante que seja tratada de imediato evitando necrose avascular e paralisia nervosa. (SMELTZER e BARE, 2002).

B: Houve troca de experiências e informações entre a pós-graduanda e bombeiros militares. Sendo assim, com a troca de conhecimentos e dentro da realidade a assistência foi colocada em prática de forma adequada durante os atendimentos.

Conforme Ferreira et al (2009) “a formação de uma equipe permite a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico, colocando-se a cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo”.

### **Categoria 2 – Importância da prática de enfermagem direcionada à vítimas de trauma com fraturas de membros**

B: É de suma importância a prática assistencial ao trauma, realizada por enfermeiros. O conhecimento anatômico e fisiológico por parte deste profissional facilita na realização adequada do procedimento.

Os pacientes traumatizados são beneficiados quando recebem atendimento adequado. Os cuidados poderão fazer a diferença entre a vida e a morte; entre permanecer com seqüela temporariamente ou permanente e entre continuar a desfrutar a vida com bem-estar. A sobrevivência das vítimas de trauma ao receberem um tratamento adequado aumenta consideravelmente. (NAEMT, 2007).

### **Categoria 3: Sugestões sobre o desenvolvimento da prática assistencial aplicada**

B: Realizaria a contratação do profissional enfermeiro para atuar no APH no Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC). Porém essa situação não depende de mim.

O atendimento no APH pela enfermagem, especificamente pelo enfermeiro, é considerado uma prática nova no Brasil. A assistência direta por parte

dos enfermeiros nas unidades de suporte avançado teve início na década de 90. Desde então este profissional assume a responsabilidade juntamente com a equipe de APH, participa da avaliação das vítimas, defini prioridades, dá início as intervenções necessárias, estabiliza, reavalia o estado geral da vítima e realiza o transporte ao tratamento definitivo. (THOMAZ; LIMA, 2000).

#### **Categoria 4. Importância do enfermeiro junto a equipe de bombeiros militar para realização da prática assistencial de enfermagem voltada à vítima de trauma com fratura de membros**

B: As respostas das questões 2 e 3 respondem. Sim.

Conforme o profissional mencionou nas categorias 2 e 3, o mesmo considera extremamente importante que haja o profissional enfermeiro atuando juntamente com a equipe de bombeiros militares nas situações de trauma com fratura de membros. Pois, o enfermeiro possui embasamento científico suficiente para realização de procedimentos adequados, inclusive detectar e possivelmente reverter casos com complicações por hipovolemia. Se a contratação dependesse apenas deste profissional, o enfermeiro já estaria fazendo parte do quadro de funcionários.

Foi possível observar durante o período de estágio que cada guarnição possui suas características específicas. Desde a organização de materiais, conferência, limpeza, até o momento do atendimento na ocorrência no que diz respeito à abordagem à vítima e realização de procedimentos, até o transporte ao hospital ou pronto atendimento.

Neste tipo de atividade realizada, o APH, é necessário que todos os componentes tenham conhecimentos sobre diversos assuntos e saibam trabalhar em equipe para que assim possam avaliar adequadamente a situação e realizar os procedimentos em sincronia.

O trabalho em equipe exige uma construção coletiva das ações em saúde, em que as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser refletidas e superadas. A formação de uma equipe permite a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico, colocando-se a

cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo. (FERREIRA et al., 2009).

Vejo que seja de suma importância a presença do profissional da enfermagem neste tipo de atividade visto que muitos dos procedimentos realizados requerem conhecimentos específicos.

De acordo com Thomaz e Lima (2000) a atuação de enfermeiras em situações de urgência e emergência é verificada durante a I e II Guerras Mundiais e nas Guerras do Vietnã e da Coréia, onde enfermeiras participaram ativamente, realizando atendimento aos feridos. Porém, apenas na década de 90 é que a participação da enfermeira no APH se destacou, juntamente com a reestruturação deste tipo de atendimento.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fato de já fazer parte do grupo de Bombeiros Comunitários favorece no sentido de já conhecer alguns integrantes do Batalhão de Bombeiros Militar e algumas rotinas do mesmo. A prática assistencial proporcionou que estivesse com mais frequência no Batalhão e assim me familiarizar ainda mais com todas as rotinas e conhecer melhor a forma de trabalho de cada guarnição.

No APH cada um realiza sua função específica, porém em determinadas situações é necessário que haja trocas de funções, objetivando um bom atendimento. O cuidado de enfermagem neste momento oferece a vítima e familiar um atendimento diferenciado, com outra visão e orientações específicas embasadas em conhecimentos científicos.

Durante todos os momentos da prática assistencial fui respeitada por todos os militares e comunitários presentes. Como todos estavam cientes do estágio, auxiliavam para que eu pudesse deslocar nas situações em que provavelmente teriam fraturas, pois na presença de bombeiros comunitários durante a escala de serviço é realizado um rodízio entre os mesmos.

Felizmente, hoje em dia os profissionais possuem melhores condições de trabalho e alguns equipamentos que facilitam o dia a dia no ambiente pré-hospitalar. Diversas situações ocorrem e cada uma delas é considerada uma nova experiência, pois nenhuma ocorrência é exatamente igual a outra. O tipo de acidente pode ser semelhante, porém, diversos fatores podem influenciar diferenciando a forma de atendimento.

Sendo assim, é extremamente importante que todos os profissionais que atuam na área de urgência e emergência se atualizem constantemente e conseqüentemente ofereça um atendimento de melhor qualidade a vítima. Proporcionando segurança, conforto e evitando o agravamento de lesões ou complicações clínicas por falhar em algum momento do atendimento.

A enfermagem possui uma visão ampla do ser humano buscando sempre maiores informações para oferecer o cuidado ideal. Não se atenta apenas a queixa referida ou apenas pela situação ocorrida.

A realização de trabalhos em relação à importância da presença de enfermeiro no APH deve ser ampliada, pois há uma pequena quantidade dos

mesmos. O enfermeiro possui excelentemente capacidade técnica para desenvolver suas funções e vem demonstrando a cada dia a importância de sua atuação nas equipes de saúde. As atividades desenvolvidas poderão ser reconhecidas através da elaboração e divulgação de novos trabalhos.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados no CBMSC com a intenção de protocolar os mais variados tipos de atendimentos de ocorrências.

Como o APH é uma atividade relativamente nova no CBMSC (foi implantada no Estado em 1994) onde a atividade até então era o combate a incêndio e resgate, dentre outras, hoje o maior número de ocorrências é relacionado ao APH, apesar do SAMU ter sido implantado na cidade. Ainda, grande parte destas ocorrências é relacionada a atendimentos de problemas clínicos, onde o profissional Bombeiro Militar tem pouco ou quase nada a fazer, onde na maioria dos casos, somente a aferição de sinais vitais e transporte para unidades de pronto atendimento. Entende-se que seja necessária a presença do enfermeiro nos atendimentos de Suporte Básico de Vida, já que este profissional possui um maior grau de conhecimento quando comparados com profissionais técnicos.

A atuação do enfermeiro no APH exige um perfil diferenciado, pois se trata de um tipo de atendimento que requer decisões precisas e rápidas, possuindo capacidade suficiente para definir as prioridades e executar suas funções com segurança, bem como gerenciar a equipe. É necessário que este profissional esteja se atualizando constantemente, visto que atua diretamente no atendimento de Suporte Avançado à Vida.

Já que para ingressar no CBMSC é realizado concurso público ao qual um dos requisitos necessários é o candidato possuir nível superior, sugere-se ao comando geral do mesmo que seja direcionado aos cursos de graduação que seriam úteis a corporação, como no Estado do Amapá que no ano de 2010 abriu vagas para enfermeiros, psicólogos, entre outros para atuarem como oficial complementar.



## REFERÊNCIAS

- CABRAL, Lúcia H. A.; SAMPAIO, Rosana F.; FIGUEIREDO, Iêda M; MANCINI, Marisa C. Fatores associados ao retorno ao trabalho após um trauma de mão: uma abordagem quali-quantitativa. **Rev. bras. fisioter.** 2010, vol.14, n.2, pp. 149-157. Mar./Abr. 2010.
- COFEN. **Resolução 272/2002.** Dispõem sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>. Acesso: 17 ago. 2011.
- CURSO APH-B** - Curso de Formação de Socorristas em Atendimento Pré-Hospitalar-Básico. CBMSC, Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, 2008.
- FEITOSA-FILHO, Gilson Soares; LOPES, Renato Delascio; POPPI, Nilson Tavares; GUIMARAES, Hélio Penna. Emergências hipertensivas. **Rev. bras. ter. intensiva.** Vol.20, n.3, pp. 305-312. 2008.
- FERREIRA, Ricardo Corrêa; VARGA, Cássia Regina Rodrigues; SILVA, Roseli Ferreira da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva.** vol.14, suppl.1, pp. 1421-1428. 2009.
- GALVÃO, Alves José (ed). **Emergências Clínicas.** Rio de Janeiro: Rubio, 2007.
- GENTIL, Rosana Chami; RAMOS, Laís Helena; WHITAKER, Iveth Yamaguchi. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Vol.16, n.2, pp. 192-197. 2008.
- HORTA, WANDA DE AGUIAR, com colaboração de Brigitta E. P. Castellano. **Processo de Enfermagem.** São Paulo – SP, Editora EPU, 1979, 290p.
- KOIZUMI, Maria Sumie. Padrão das lesões nas acidentadas vítimas de de motocicleta. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, vol.26, n.5. Out. 1992.
- LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde.** Florianópolis: UFSC, 2001.
- MARTINS, P.P.S. **Atendimento pré-hospitalar:** atribuição e responsabilidade de quem? Uma reflexão crítica a partir do serviço do Corpo de Bombeiros e das políticas de saúde “para” o Brasil à luz da filosofia da práxis. 2004. 264f. Dissertação de Mestrado Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método é criatividade**. 22º ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

NAEMT, National Association of Emergency Medical Technicians. **Phtls: Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de; PAIVA, Sergio Alberto Rupp de; BERTI, Heloisa Wey; CAMPANA, Álvaro Oscar. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev. esc. enferm. USP**. vol.44, n.1, pp. 134-138. São Paulo, 2010.

PEREIRA, Waleska Antunes da Porciúncula and LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. **Acta paul. enferm.** vol.19, n.3, pp. 279-283. São Paulo. Jul/Set. 2006

SANTA CATARINA. **Emenda Constitucional nº 33 de 2003**. Emenda constitucional aprovada na assembléia legislativa de santa Catarina em maio de 2003. Florianópolis, 2003.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. **Cad. Saúde Pública**. 2008, vol.24, n.8, pp. 1927-1938.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Urgência e emergência para enfermagem: do atendimento pré-hospitalar APH à sala de emergência**. São Paulo: Iátria, 2007.

SMELTZER, Suzanne; BARE, Brenda G. **BRUNNER & SUDDARTH: Tratado de Enfermagem Medico-Cirurgica**. ed.9.vol.4. Guanabara Koogan, 2002.

THOMAZ, R.R, LIMA, F.V. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v.13, n.3, p.59-65, 2000.

VAMERLATI, Eric Gomes. **Incidência de trânsito no ano de 2008 no município de Criciúma-SC**. 2009. 91f. TCC (Bacharel no curso de Fisioterapia) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – Ofício de Encaminhamento****UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Of. Nº. 001/ Enf. /2010.

Criciúma, 09 de novembro de 2010.

Ilmo. Sr João Carlos Leão Correia  
COMANDANTE DO BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR  
CRICIÚMA - SC

Prezado Senhor,

Vimos, por meio deste, solicitar campo de estágio para desenvolvimento de Trabalho de Prática Assistencial de Enfermagem da Acadêmica Talita Corrêa Lima do Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da UNESC, no mês novembro de 2010, no 4º Batalhão de Bombeiro Militar de Criciúma – SC. Trata-se da aplicação de um projeto Assistencial utilizando a Metodologia da Assistência em Enfermagem (MAE) na Atenção à vítima de trauma com fraturas de membros fundamentado na Teoria de Wanda Horta.

A acadêmica Talita Corrêa Lima, (fone: 9962-3554) estará sob a responsabilidade, supervisão e orientação da Prof<sup>a</sup>. Especialista Luciana Rosa (fone: 48-9954 3730).

Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento, e aguardamos deferimento.

Atenciosamente

---

Luciana Rosa  
Professora Orientadora- UNESC

**APÊNDICE B – CONSULTA DE ENFERMAGEM SEGUNDO WANDA HORTA NO APH**

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR			Data: / /
Nome			Hora: :
End	Idade	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fone
Contato: ( ) Fam. ( ) Amigo ( ) Tes. ( ) Méd. ( ) Soc. ( ) Pol.		Município	
<b>Tipo de Ocorrência</b>	( ) Acidente de Trânsito: ( ) Carro - Uso de cinto de segurança: ( ) S ( ) N ( ) Moto Uso de capacete: ( ) S ( ) N ( ) Outros _____ ( ) Clínico ( ) Afogamento/Engasgamento ( ) Queda ( ) Queimadura Outro _____		
<b>Queixas Principais/ Sinais</b>	( ) Dificuldade Respiratória ( ) Febre ( ) Náuseas ( ) Vômito _____ ( ) Hálito _____ ( ) Parestesia de membros ( ) Tontura ( ) Tosse - ( ) Prod. ( ) N.Prod. ( ) Hemoptise ( ) Dor/Local _____ <input type="checkbox"/> Outras _____		
<b>Início dos sintomas</b>	<b>História</b>		
( ) menos de 1h ( ) 1 a 4hs ( ) 4 a 24hs ( ) Mais de 24hs ( ) Não sabe	Alergia medicamentosa? ( ) Sim ( ) Não Qual? _____ Medicações em uso: _____ Doença Progressiva: ( ) HAS ( ) DM ( ) CA _____ ( ) Cardiopatia _____ ( ) Respiratória _____ ( ) Neurológica _____ ( ) Outras _____		

**AVALIAÇÃO PRIMÁRIA**

VIAS AÉREAS	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	NEUROLÓGICA
( ) Pérvias ( ) Obstrução Parcial ( ) Obstrução Total ( ) Corpo Estranho ( ) Broncoaspiração ( ) Edema de Glote	<b>IRA</b> ( ) Dispnéia ( ) Resp. Superficial ( ) Resp. Profunda ( ) Taquipnéia ( ) Eupnéia ( ) Apnéia ( ) Ortopnéia ( ) Bradpnéia <b>Vent.</b> ( ) Assistida ( ) Espontânea ( ) Controlada ( ) PEEP <b>M.V.:</b> ( ) Diminuído à ( ) D ( ) E ( ) Normal <b>Expans.:</b> ( ) Normal ( ) Superficial <b>Ritmo:</b> ( ) Rítmica ( ) Arrítmica ( ) Profunda ( ) Cheyne Stokes ( ) Kussmaul ( ) Enfisema subcutâneo	<b>Pulso:</b> ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Ausente ( ) Cheio ( ) Fino <b>Pele:</b> ( ) Corada ( ) Palidez ( ) Cianose ( ) Fria ( ) Quente ( ) Seca ( ) Úmida ( ) Sudorese <b>Enchimento capilar:</b> ( ) <2s ( ) >2s <b>Choque:</b> ( ) Hipovolêmico ( ) Séptico ( ) Cardiog. ( ) Anafil. <b>Edema:</b> ( ) Ausente ( ) Palpebra ( ) MMII ( ) MMSS ( ) Anasarca  ( ) PCR ( ) Hemorragia	( ) Consciente ( ) Sonolência ( ) Obnubilação ( ) Agitação ( ) Coma ( ) Amnésia  <b>Pupilas:</b> ( ) Reag. ( ) N.reag. ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) <b>Midríase:</b> ( ) D ( ) E ( ) Bilateral ( ) <b>Miose:</b> ( ) D ( ) E ( ) Bilateral <b>Déficit Sensitivo:</b> ( ) D ( ) E <b>Déficit Motor:</b> ( ) D ( ) E ( ) Convulsão ( ) Sd Meníngea

**ESCALA COMA DE GLASGOW**

ABERTURA OCULAR	RESP. VERBAL	RESP. MOTORA
4 ( ) Espontânea 3 ( ) A voz 2 ( ) A dor 1 ( ) Ausente	5 ( ) Orientado 4 ( ) Confuso 3 ( ) Desconexo 2 ( ) Incompreensível 1 ( ) Ausente	6 ( ) Obedece a comandos 5 ( ) Apropriada à dor 4 ( ) Retira à dor 3 ( ) Flexão 2 ( ) Extensão 1 ( ) Ausente

**ESCORE:**

**AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA**

CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX	
		Respiratório	Circulatório
<b>Ouvido:</b> ( ) Otorragia ( ) Otorréia <b>Nariz:</b> ( ) Rinorragia ( ) Rinorréia ( ) Epistaxe <b>Boca:</b> ( ) Lesões orais <b>Olhos:</b> ( ) Esclerótica Ictérica	( ) Linfonodos palpáveis ( ) Carótidas Acentuadas ( ) Engurgitamento jugular ( ) Traqueostomia	<b>Ausculta:</b> ( ) Normal ( ) Sibilos ( ) Roncos ( ) Crepitante ( ) Estertores finos, grossos ( ) Atrito Pleural ( ) Tórax instável	<b>Ausculta:</b> ( ) Sopro ( ) Bigeminismo ( ) Trigeminismo ( ) Ritmo Galope ( ) Bulhas__Hiperfonéticas ( ) Bulhas__Hipofonéticas ( ) Hipertensão ( ) Hipotensão ( ) Taquicardia ( ) Bradicardia
ABDOMEN	GINECO	GENITOURINÁRIO / ANAL	PSIQUIÁTRICO
( ) Sem Alterações ( ) Dor a palpação ( ) Contratura ( ) Globoso ( ) RHA + ( ) RHA -	<b>Parto:</b> ( ) A Termo ( ) Pré-termo ( ) Pós-termo ( ) Abortamento ( ) Metrorragia	<b>Sangramento:</b> ( ) Uretral ( ) Retal ( ) Globo vesical ( ) Hematúria ( ) Melena ( ) Diarréia ( ) Constipação ( ) Priapismo	( ) Calmo ( ) Surto ( ) Apático ( ) Agitação ( ) Comport. Bizarro ( ) Agressivo ( ) Suicida

LESÕES APARENTES												AVALIAÇÃO DO MEMBRO AFETADO			
	CRANIO	FACE	PESCOÇO	DORSO	TÓRAX	ABDOME	REG. PÉLVICA	MSD	MSE	MID	MIE	( )MSD	( )MSE	( )MID	( )MIE
Escoriação												<b>Dor:</b> ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10	<b>Dor:</b> ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10	<b>Dor:</b> ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10	<b>Dor:</b> ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10
F.C. Contuso												<b>Sangramento:</b> ( ) Pequena ( ) Média ( ) Grande	<b>Sangramento:</b> ( ) Pequena ( ) Média ( ) Grande	<b>Sangramento:</b> ( ) Pequena ( ) Média ( ) Grande	<b>Sangramento:</b> ( ) Pequena ( ) Média ( ) Grande
F. Perfurante												<b>Temp.:</b> ( ) quente ( ) frio	<b>Temp.:</b> ( ) quente ( ) frio	<b>Temp.:</b> ( ) quente ( ) frio	<b>Temp.:</b> ( ) quente ( ) frio
Contusão												<b>Motricidade:</b> ( ) S ( ) N	<b>Motricidade:</b> ( ) S ( ) N	<b>Motricidade:</b> ( ) S ( ) N	<b>Motricidade:</b> ( ) S ( ) N
Fratura Aberta												<b>Deformidade:</b> ( ) S ( ) N	<b>Deformidade:</b> ( ) S ( ) N	<b>Deformidade:</b> ( ) S ( ) N	<b>Deformidade:</b> ( ) S ( ) N
Fratura Fechada												<b>Edema:</b> ( ) S ( ) N	<b>Edema:</b> ( ) S ( ) N	<b>Edema:</b> ( ) S ( ) N	<b>Edema:</b> ( ) S ( ) N
Luxação												<b>Hematoma:</b> ( ) S ( ) N	<b>Hematoma:</b> ( ) S ( ) N	<b>Hematoma:</b> ( ) S ( ) N	<b>Hematoma:</b> ( ) S ( ) N
Queimadura: I												<b>Crepitação:</b> ( ) S ( ) N	<b>Crepitação:</b> ( ) S ( ) N	<b>Crepitação:</b> ( ) S ( ) N	<b>Crepitação:</b> ( ) S ( ) N
II												<b>Pulso:</b> ( ) presente ( ) ausente	<b>Pulso:</b> ( ) presente ( ) ausente	<b>Pulso:</b> ( ) presente ( ) ausente	<b>Pulso:</b> ( ) presente ( ) ausente
III												<b>Sensibilidade:</b> ( ) presente ( ) ausente	<b>Sensibilidade:</b> ( ) presente ( ) ausente	<b>Sensibilidade:</b> ( ) presente ( ) ausente	<b>Sensibilidade:</b> ( ) presente ( ) ausente
Amputação															
Algia															
Outros															
SINAIS VITAIS						EXAMES									
HORÁRIO						ECG	( ) Normal ( ) Coronária ( ) Alt. Ritmo ( ) Alt. Condução								
PA						TC									
FC						USG									
FR						RX									
TEMP.						Outros									
GLASGOW															
Sat O2															
Hgt															
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM								PLANO DE CUIDADOS							
D1								P1							
D2								P2							
D3								P3							
PROCEDIMENTO/CONDUTA								DESTINO DA VÍTIMA							
<input type="checkbox"/> Cobertor <input type="checkbox"/> Desobstrução de vias aéreas <input type="checkbox"/> Fluidoterapia <input type="checkbox"/> Imobil. colar cervical <input type="checkbox"/> Imobil. colete dorsal <input type="checkbox"/> Imobil. Membros <input type="checkbox"/> Imobil. Tábua <input type="checkbox"/> Intubação <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Ventilação assistida <input type="checkbox"/> Aspiração orotraqueal <input type="checkbox"/> Cânula orofaríngea <input type="checkbox"/> Curativo compressivo <input type="checkbox"/> Curativo simples <input type="checkbox"/> Imobil. Tala <input type="checkbox"/> Tração de fêmur <input type="checkbox"/> Medicação CPM_____								<input type="checkbox"/> Já em óbito <input type="checkbox"/> Óbito durante atendimento <input type="checkbox"/> Óbito durante transporte <input type="checkbox"/> Liberado no local <input type="checkbox"/> Recusou encaminhamento hospital <input type="checkbox"/> Entregue no hospital <input type="checkbox"/> Outro_____ <input type="checkbox"/> Recusou atendimento Nome:_____ Ass:_____							
Enfermeiro(a):_____								COREN:_____							

## **APÊNDICE C – Avaliação da Prática Assistencial segundo o olhar do responsável pela Instituição**

1. Como você avalia a prática assistencial aplicada pela pós-graduanda durante o período de estágio?
2. Você considera importante uma prática de enfermagem direcionada às vítimas de trauma com fraturas de membros?
3. O que você mudaria com relação ao desenvolvimento deste trabalho na prática assistencial aplicada?
4. Você considera viável a inserção do enfermeiro junto a equipe de bombeiro militar para realização da prática assistencial de enfermagem voltada à vítima de trauma com fratura de membros?

**ANEXO**



## ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando um projeto para o Estágio do Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência intitulado Prática Assistencial à vítima de trauma com fraturas de membros no 4º Batalhão de Bombeiro Militar de Criciúma – SC, fundamentada em Wanda de Aguiar Horta.

Estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivos principais: Desenvolver e aplicar uma proposta de Prática Assistencial de Enfermagem para atenção a vítimas de trauma com suspeita de fraturas de membros fundamentada em Wanda de Aguiar Horta no 4º Batalhão de Bombeiro Militar de Criciúma – SC.

Embora o (a) sr(a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que o (a) sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

A coleta de dados será realizada pela acadêmica, Talita Corrêa Lima – 9962-3554 do Curso de Pós Graduação, Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da UNESC e orientado pela professora Luciana Rosa (fone: 99543730).

Criciúma (SC)\_\_\_\_de novembro de 2010.

---

Assinatura do Participante