

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS DE TRAUMAS NO SERVIÇO
DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ, “DR. HOMERO
DE MIRANDA GOMES”**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0509

Autor: Martins, Pedro Pau

Título: Assistência de enfermagem às vít



972523666

Ac. 242564

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**SÃO JOSÉ
JUNHO DE 2001**

**CCSM
TCC
UFSC
ENF
0509
Ex.1**

PEDRO PAULO SCREMIN MARTINS

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS DE TRAUMAS NO SERVIÇO
DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ, “DR. HOMERO
DE MIRANDA GOMES”**

**Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina, requisito da Disciplina Assistencial
Aplicada.**

**Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Lenise do Prado
Co-orientador: Prof^o. Dr^o. Antônio de Miranda Wosny
Supervisora: Enf^a. Carla Leão Correia**

SÃO JOSÉ

2001

*Aos trabalhadores da
saúde... colocados diante das
dificuldades e alegrias, desde as
condições precárias de trabalho
ao prazer de estar colaborando
para a preservação da vida.*

AGRADECIMENTOS

*E esse é o maior dos sofrimentos:
Não ter por quem sentir saudades,
passar pela vida e não viver.
O maior dos sofrimentos é nunca ter
sofrido...*

Pablo Neruda

Na impossibilidade de agradecer a todos que, de uma forma ou de outra contribuíram com minha formação, deixo algumas considerações àqueles que foram imprescindíveis para o êxito deste trabalho:

À minha família, especialmente à minha mãe, Maria e minha irmã Lucinéia, por estarem comigo em todos os momentos;

Ao Prof^o. Tony, pelas importantes contribuições e co-orientação;

À supervisora Carla, pela confiança e atenção;

À Prof^a Ilca por ter me ajudado a encontrar um novo campo de estágio;

À Prof^a Vera por ter cedido espaço na aula da primeira fase; bem como aos acadêmicos;

Às Enfermeiras Vanuza e Patrícia que aceitaram o convite para supervisionar o estágio do “primeiro projeto”;

Aos trabalhadores do local onde realizei estágio, pela atenção com que fui recebido e por repassarem-me conhecimento;

Àqueles que aceitaram receber minha assistência de enfermagem;

Ao movimento estudantil, especialmente o de enfermagem da UFSC, onde cresci;

À orientadora Prof^a Marta, que descobriu em mim, um pouco da minha vontade e coragem. Obrigado pela orientação competente e pelos incentivos.

*Ao Professor Tony
Com carinho,*

Em 23/07/01

Adão Paulo.

Aula de vôo

O conhecimento
caminha lento feito lagarta.
Primeiro não sabe que sabe
e voraz contenta-se com cotidiano orvalho
deixando nas folhas vívidas das manhãs

**Depois pensa que sabe
e se fecha em si mesmo:
faz muralhas,
cava trincheiras,
ergue barricadas.**

**Defendendo o que pensa saber levanta certeza na forma de muro
orgulha-se de seu casulo.**

Até que maduro
explode em vôos
rindo do tempo que imaginava saber
ou guardava preso o que sabia.
Voa alto a sua ousadia
reconhecendo o suor dos séculos
no orvalho de cada dia.

**Mesmo o vôo mais belo
descobre um dia não ser eterno.
É tempo de acasalar
voltar à terra com seus ovos
à espera de novas e prosaicas lagartas.**

O conhecimento é assim
ri de si mesmo
e de suas certezas.
É meta da forma
metamorfose
movimento
fluir do tempo
que tanto cria como arrasa
a nos mostrar que para o vôo
é preciso tanto o casulo
como a asa.

RESUMO

Trata o presente texto de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, desenvolvido na área de emergência hospitalar, no Serviço de Emergência do Hospital Regional de São José, Dr. Homero de Miranda Gomes. Prestar assistência de enfermagem às vítimas de trauma atendidas pelo Serviço de Emergência, fundamentada num marco referencial, conhecer o perfil da vítima traumatizada e desenvolver atividades de educação continuada e aprimoramento técnico-científico são os objetivos gerais dessa experiência. Formulando um referencial teórico, colocamos de antemão a intenção de “assistir” às vítimas das mais diversas formas de violência e acidentes, adaptando a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta; com o propósito de refletir sobre o desenvolvimento das ações educativas, utilizamos como referencial, a concepção freireana de educação; optando por “lançar um olhar” sobre os atendimentos às vítimas de violência, buscamos PRADO (1998) o suporte teórico para análise; inspiração num modelo de pesquisa, a convergente-assistencial, (TRENTINI, PAIM, 1999) contribuíram para a elaboração dos procedimentos e instrumentos metodológicos utilizados.

Para realizar as atividades de assistência de enfermagem às vítimas de trauma no serviço de emergência de forma sistematizada, propomos uma metodologia fundamentada na combinação da Teoria das Necessidades Humanas de HORTA (1979) com a classificação diagnóstica da NANDA realizada por BENEDET, BUB (2001) e no

“método mnemônico ‘ABCDE’, preconizado pelo programa de Suporte Avançado de Vida no Trauma – ATLS, adaptando um instrumento para assistência de enfermagem em emergência às vítimas de trauma”.

Esta vivência, que buscou articular teoria e prática primando pela tentativa de articulação dos elementos de pesquisa, assistência e educação, nos fez refletir sobre as possibilidades, limitações e conseqüências da prática profissional. Todavia, salientamos que o campo de estágio em emergência, representa uma área importante de investigação, de aprofundamento e aperfeiçoamento acadêmico.

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 – INTRODUÇÃO..... | 2 |
| 2 – O PRIMEIRO CAMINHO TRILHADO..... | 6 |
| 3 – FUNDAMENTANDO TEORICAMENTE A EXPERIÊNCIA..... | 11 |
| 1 - OS PRESSUPOSTOS QUE ORIENTAM A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 11 |
| 2 - OS CONCEITOS QUE SUSTENTAM A PROPOSIÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA..... | 13 |
| 3 - VIOLÊNCIA, ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO VERSUS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: INTER-RELACIONANDO OS CONCEITOS | 23 |
| 4 – DELINEANDO OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 31 |
| 1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL | 31 |
| 2 - OPERACIONALIZAÇÃO DOS OBJETIVOS..... | 35 |
| 3 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 36 |
| 5 – CONHECENDO E AVALIANDO A EXPERIÊNCIA..... | 41 |
| 1 – PRESTANDO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA EMERGÊNCIA | 41 |
| 1.1 - <i>Desenvolvendo a Metodologia da Assistência de Enfermagem em Emergência</i> | 47 |
| 1.1.1 - Fundamentando a Metodologia Proposta | 48 |
| 1.1.2 - Relacionando a Assistência de Enfermagem com o Método Mnemônico “ABCDE”..... | 53 |
| 1.2 - <i>Adaptando o Processo de Enfermagem em Emergência: Histórico, Evolução e Prescrição de Enfermagem.....</i> | 57 |
| 1.3 - <i>Adequando o Instrumento Para Assistência de Enfermagem em Emergência às Vítimas de Trauma.....</i> | 62 |
| 1.3.1 - Avaliando o Instrumento de Assistência de Enfermagem..... | 69 |
| 2 - CONHECENDO O PERFIL DAS VÍTIMAS DE CAUSAS EXTERNAS..... | 73 |
| 3 - DESENVOLVENDO ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO CONTINUADA E APRIMORAMENTO TÉCNICO-CIENTÍFICO..... | 89 |
| 3.1 - <i>Participando do II Curso Básico de Urgência.....</i> | 89 |
| 3.2 - <i>Realizando Atividade Educativa</i> | 91 |
| 3.3 - <i>Visitando o Serviço de Atendimento Médico de Urgência da Cidade de São Paulo.....</i> | 93 |
| 3.3.1 - O Serviço de Assistência Médica de Urgência da cidade de São Paulo | 102 |
| 3.3.2 - O Atendimento Pré-hospitalar em Outros Estados..... | 110 |
| 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES | 116 |
| 1 - AVALIANDO O ALCANCE DOS OBJETIVOS PROPOSTOS | 116 |
| 2 - REFLETINDO ACERCA DA EXPERIÊNCIA: EM BUSCA DE UMA SÍNTESE | 121 |
| 7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 124 |
| 8 - APÊNDICES | 129 |
| 9 – ANEXOS..... | 152 |

1 – INTRODUÇÃO

Ser-Enfermeiro:

é se engajar na realidade da vida. É se sofrer e amar, consciente e decidido. É se aceitar com autenticidade em uso constante e responsável de sua liberdade. É compartilhar com seus pacientes as esperanças, o amor, a vida, as alegrias, a saúde e o nascimento; as decepções, a solidão e o sofrimento, a angústia e a dor, a morte, as tristezas e as frustrações. É dar de si mesmo e com isso crescer; é assumir um compromisso e com ele amadurecer.

Wanda Aguiar Horta

Este texto, é o Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem, resultado da realização da prática assistencial ou assistência de enfermagem no Serviço de Emergência do Hospital Regional de São José, Dr. Homero de Miranda Gomes.

Foram desenvolvidas as atividades previstas no projeto, referente à prática assistencial, no período de 10 de abril a 08 de junho de 2001.

A escolha do tema para a realização dessa experiência não foi tarefa fácil. Durante o curso tivemos a oportunidade de nos aproximarmos das diversas áreas onde a enfermagem tradicionalmente atua, o que nos proporcionou várias outras possibilidades de escolha. Além do mais, na área de emergência hospitalar, o currículo do Curso de Enfermagem tem sido um tanto escasso, onde as disciplinas relacionadas são apenas: Enfermagem em Primeiros Socorros e um bloco da disciplina Enfermagem nas Intercorrências Cirúrgicas e de Urgências; fato que dificulta ainda mais este tipo de escolha.

Tal escolha compreende nossa experiência profissional na área, portanto, partiu de situações vivenciadas; partiu da realidade. Esta escolha se deu também por acreditarmos que, “em virtude da grande prevalência de intercorrências que necessitam de um atendimento emergencial e ao grande impacto sócio-econômico destas situações que atingem principalmente, uma população economicamente ativa, torna-se imprescindível a busca constante dos avanços nesta área, minimizando assim, as conseqüências destas circunstâncias” (ROCHA, 2000, p. 15). Por outro lado, “na década de 90, a mortalidade por causas violentas ocupa o terceiro lugar na mortalidade geral do Brasil, sendo os acidentes de trânsito sua maior expressão. Milhares de vidas são ceifadas nas estradas brasileiras, em sua grande maioria, evitáveis e preveníveis” (PRADO, 1989, p. 86). “Os acidentes rodoviários são responsáveis por aproximadamente 50 mil mortes por ano [no Brasil], sendo superado apenas pelas doenças cardiovasculares e neoplasias” (VIEIRA, 1999, p. 10). Mesmo sendo a violência no trânsito a maior expressão das mortalidades por causas externas, os homicídios, os suicídios, entre outros, também são preocupantes e compõem o quadro drástico da violência. Basicamente este é o quadro que nos motivou a optar por esta temática e lançando um “olhar” sobre a violência.

A vivência que motivou a escolha, além de despertar para o tema, nos forneceu subsídios genéricos para a execução deste estudo, fundamentados num referencial teórico. Deste modo, podemos adiantar que partimos para o campo de estágio com um “determinado olhar” sobre o tema, proporcionado por uma experiência que não se deu diretamente pela graduação. A este “olhar” acrescentamos outros, adquiridos durante o

Curso de Enfermagem, através das diversas experiências pelas quais passamos. Finalmente, desta experiência temos como resultado, o presente trabalho desenvolvido na prática assistencial em emergência.

No primeiro item do trabalho, “formulando um referencial teórico”, colocamos de antemão a intenção de “assistir” às vítimas das mais diversas formas de violência e acidentes, adaptando a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Aguiar Horta, com o objetivo de unir a técnica com o conteúdo humanista e a visão do ser holístico.

E, também, com a intenção de refletir sobre o desenvolvimento das ações educativas, utilizamos como referencial, a concepção freireana de educação, assim como sua metodologia problematizadora. Deste modo, buscamos apontar sugestões e contribuições no sentido de melhor assistir aos usuários destes serviços de saúde.

No segundo item, o reconhecimento do campo da prática enquanto metodologia da prática assistencial, assim como a inspiração num modelo de pesquisa – convergente-assistencial – buscando elaborar os procedimentos e instrumentos metodológicos, que utilizamos a fim de alcançarmos os objetivos propostos, facilita a compreensão dos caminhos que trilhamos nessa experiência.

Prestar assistência de enfermagem às vítimas atendidas pelo Serviço de Emergência, fundamentado num marco referencial, desenvolver atividades de educação continuada e aprimoramento técnico-científico, bem como conhecer o perfil da vítima traumatizada atendida na Emergência do Hospital Regional de São José, são os objetivos gerais dessa experiência que empreendemos através da prática assistencial.

Como bem salientamos ao longo do estudo, a enfermagem é, antes de tudo, práxis social, ou seja, fundamenta-se na teoria e na prática dos atores sociais envolvidos. Portanto, a prática social que denominamos enfermagem, requer também um aporte teórico para o seu desenvolvimento. Um desenvolvimento que procede quando completamos um círculo teórico-prático, um ir e vir entre a teoria e a prática. Sendo assim, a prática social que pretendemos desenvolver, é determinante e determinada pelo nosso histórico de vida, incluída a trajetória acadêmica. Conseqüentemente, afirmamos que fizemos a prática assistencial com determinada causalidade, porém também com certa liberdade; o que possibilitou e/ou implicou no desenvolvimento e na responsabilidade moral¹.

¹ De acordo com VAZQUEZ (2000), “atos propriamente morais são somente aqueles nos quais podemos atribuir ao agente uma responsabilidade não só pelo que se propôs a realizar, mas também pelos resultados e conseqüências de sua ação (...)” pois “o problema da responsabilidade moral está estreitamente relacionado, por sua vez, com o da necessidade e liberdade humanas, pois somente admitindo que o agente tem certa liberdade de opção e de decisão é que se pode responsabilizá-lo pelos seus atos”. Assim recusamos a tese do determinismo de que “tudo é causado e, por conseguinte, não existe liberdade humana e, portanto responsabilidade moral. (...) Ainda que a tese donde parte seja verdadeira (isto é: tudo – incluindo os atos humanos de qualquer tipo – está sujeito à causas), não decorre disso que o homem seja mero efeito ou juguete das circunstâncias que determinam o seu comportamento”.

2 – O PRIMEIRO CAMINHO TRILHADO

Um dos grandes deveres da universidade é implantar suas práticas profissionais no seio do povo.

Che Guevara

O delineamento da prática assistencial referente à Disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, que resulta neste trabalho de conclusão de Curso, tem algumas etapas gerais que delimitam os objetivos dessa disciplina. A decisão sobre o campo em que desenvolvemos o projeto inicial, a escolha de supervisão e a orientação apropriada à área, à constituição de um referencial teórico, à revisão de literaturas direcionadas; enfim, à elaboração dos objetivos que pretendemos atingir através de um cronograma pré-estabelecido, inferem na abordagem teórico-metodológica da prática assistencial que desenvolvemos e implica num diferencial que converge para o pensar e o fazer. Ou seja, a elaboração de um projeto assistencial de enfermagem é o que nos permite articular teoria e prática. Possibilita a reflexão sobre o que fazemos e o que faremos no futuro como profissionais.

Para realizar um trabalho na área de emergência, ou seja, prestar assistência de enfermagem ao “indivíduo” quando este “entra em desequilíbrio homeostático por enfrentar obstáculo que se antepõe a seus objetivos de vida”, muitos são os caminhos possíveis (LIMA, DRUMONT, apud NAZÁRIO, 1999, p. 15). Assim, a escolha de um

campo para o estágio significa um momento de muita reflexão tanto sobre as condições materiais em que este ocorrerá, quanto às condições subjetivas do estagiário em formação. A escolha do campo para a realização da prática assistencial exige necessariamente a escolha de um referencial teórico que fundamente esta prática. Tendo em vista a amplitude das possibilidades de exercer o “trabalho final” nesta área (emergência), o desafio maior foi escolher em que setor no campo das emergências iríamos nos ater. Foi então que recorremos ao meu histórico de vida, àquilo que motivou o ingresso no curso de enfermagem; enfim, recorremos aos valores pessoais, às experiências anteriores e àquilo que realmente nos estimulava e escolhemos o campo para desenvolver o estágio mais importante durante todo o curso – justamente por ser este o qual optamos.

Para a compreensão do que iremos expor aqui é necessário fazermos uma retrospectiva da nossa primeira proposta de trabalho (prática assistencial). A proposta deste trabalho na sua primeira versão, ou seja, enquanto projeto apresentado à banca examinadora, não foi nesse campo de assistência.

Na proposta inicial deste trabalho pretendíamos nos ater à assistência de enfermagem no âmbito das emergências pré-hospitalares, ou seja, para um setor no campo das emergências que se difere pelo ambiente específico em que se dá a assistência. Assim, após decidirmos que seria este o “nosso campo de estágio” (prática assistencial), contactamos às supervisoras que, mesmo não sendo integrantes da instituição escolhida para o estágio, aceitaram o convite. Com isto definido, conduzimos todos os nossos esforços para a execução das outras etapas necessárias à execução do projeto da prática

assistencial: uma revisão literária sobre o tema, que suscitou muitas idéias e estímulos, aumentando ainda mais após a passagem pela banca examinadora.

Esta escolha condizia com o que esperávamos após alguns anos no Curso de Enfermagem. Tudo estava pronto para o início da prática! Mas, ao realizarmos o último contato com a instituição, dias antes do início do estágio tivemos uma surpresa (para nossa decepção e infelicidade): o campo de estágio daquela instituição, onde foram desenvolvidos vários projetos anteriormente, estaria fechado para a universidade naquele momento. Vários foram os motivos alegados para que nossa solicitação de campo de estágio não fosse atendida, no entanto, um motivo consistente não foi apresentado. O que sabemos é que havia contrato de estágio dessa instituição com a Universidade Federal de Santa Catarina, ainda em vigência naquele momento. Daí em diante começaram as indagações: Por que isto? O que significa isto agora? Afinal, trata-se de uma instituição pública, responsável pela maioria dos atendimentos em emergências pré-hospitalares na grande Florianópolis.

Aqueles que impediram o acesso a este campo de estágio não têm de forma alguma este direito, pois ao fazerem isto estão fechando as portas para o conhecimento, bloqueando o acesso às informações (o livre acesso à informação é um direito de todos) e, fundamentalmente, impedindo o desenvolvimento da ciência e impossibilitando uma relação mais próxima entre universidade e sociedade, entre teoria e prática. Ou seja, estão impossibilitando que a universidade cumpra com o seu papel de dar um retorno prático e moral à sociedade. Prático, porque o desenvolvimento da ciência só faz sentido se for

para aliviar a miséria humana. Moral, porque todo profissional/cientista que sai da universidade tem como responsabilidade moral a procura da verdade. Sendo assim, o profissional tem responsabilidade moral principalmente quando se trata de investigações científicas, cujo uso e conseqüências são de vital importância para a humanidade. Dessa forma, tal negação impede por um lado, o exercício dessa qualidade moral na formação do profissional e, por outro, nega a possibilidade de se melhorar a qualidade do atendimento da instituição em questão à população.

Trata-se portanto, a nosso ver, de um ato de autoritarismo que atenta contra a sociedade. Em suma, é um ato de violência – caracterizado pela privação - não apenas contra aqueles diretamente envolvidos com o projeto, mas fundamentalmente, contra a sociedade. Um ato de autoritarismo vindo não da instituição, mas daqueles que a representam.

Tal fato determinou um re-direcionamento do projeto de prática assistencial até então elaborado e, conseqüentemente, um re-direcionamento de toda a estrutura desse projeto: desde a fundamentação teórica até os objetivos. Mas, o mais importante foi conseguirmos (após 14 dias depois do início previsto do estágio) um outro campo para a prática assistencial. Logo percebemos que fechou uma porta e abriram-se outras com novas oportunidades.

Com a ajuda da professora coordenadora da disciplina de Prática Assistencial, Ilca L. Keller Alonso, conseguimos um campo de estágio na emergência do Hospital Regional de São José (HRSJ). Após contato com a diretoria de enfermagem daquele

hospital e com a enfermeira chefe da emergência, que foi a supervisora do estágio, começamos a analisar as oportunidades que tínhamos nesse novo espaço de atuação se comparado com aquele que tínhamos escolhido anteriormente.

Desenvolver o estágio na emergência do HRSJ, que é referência na grande Florianópolis, foi bastante gratificante, principalmente depois da decepção que tivemos em relação a nossa proposta inicial para a prática assistencial. Foi, entretanto, avaliando os pontos positivos desta nova oportunidade que – mesmo com duas semanas de atraso para dar início ao estágio (conforme cronograma da disciplina) e tendo que readaptar todo o projeto inicial –, começamos a prática assistencial que resultou no trabalho que ora apresentamos.

Salvo as condições e peculiaridades desta modalidade assistencial em emergência, para as quais tivemos que fazer adaptações, o caminho utilizado para a prática assistencial foi o mesmo. No entanto, diante das novas condições tivemos que criar e recriar outros instrumentos para a execução deste trabalho, conforme apresentaremos a seguir.

3 – FUNDAMENTANDO TEORICAMENTE A EXPERIÊNCIA

Os homens fazem sua própria história, não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha, e sim sob aquelas que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado

K. Marx

1 - Os Pressupostos que Orientam a Fundamentação Teórica

De acordo com PRADO (1998, p. 71-73), os “pressupostos são entendidos como crenças e valores do pesquisador que orientam a elaboração de seu marco conceitual e o auxiliam no estabelecimento das relações entre os conceitos propostos”.

Segundo no diz MARX e ENGELS, (1996, p. 26-27),

os pressupostos de que partimos não são arbitrários, nem dogmas. São pressupostos reais de que não se pode fazer abstração à não ser na imaginação. São os indivíduos reais, sua ação e suas condições materiais de vida, tanto aquelas por ele já encontradas, como as produzidas por sua própria ação. Estes pressupostos são, pois, verificáveis por via puramente empírica.

Partindo dessa concepção acerca do caráter dos pressupostos na prática da pesquisa, torna-se necessário citarmos a dimensão dos pressupostos que utilizamos na nossa prática assistencial. Ou seja, acreditamos que os pressupostos, ora denominados de “crenças e valores do pesquisador”, podem ser baseados apenas na experiência ou na vivência. Neste sentido, os pressupostos deste projeto de prática assistencial, estão

calcados na realidade, na experiência e na vivência dos envolvidos, tais como a do próprio pesquisador.

A seguir, apresentamos alguns pressupostos pessoais assumidos para o presente trabalho. São eles:

- 1 - a emergência, no ambiente hospitalar, é uma situação em que o ser humano se encontra em risco de vida e muitas vezes perde sua capacidade de decisão, ficando a mercê das decisões do profissional e/ou equipe responsável pelo atendimento, o que implica em sérios conflitos éticos;
- 2 - a enfermagem é uma prática social que se configura entre os atores sociais envolvidos no processo, por isso mesmo, prestar assistência de enfermagem na emergência, às vítimas de causas externas, requer fundamentação num marco teórico referencial, bem como, um corpo de conhecimento específico;
- 3 - a enfermagem precisa reconhecer, que é preciso estabelecer esforços interdisciplinares e multiprofissionais no âmbito dos serviços emergenciais, de forma a integrar os serviços de emergência intra-hospitalar e pré-hospitalar, possibilitando um melhor reconhecimento do quadro de morbi-mortalidade por causas externas e apontando para uma atuação mais sistematizada e regular nestes serviços, de forma a contribuir para a prevenção das causas violentas ou eventos que levam ao atendimento dos indivíduos por estes serviços;
- 4 - educar é antes de tudo, um processo que proporciona outrem a pensar sozinho, com sua própria visão de mundo adquirida neste processo, portanto, o desenvolvimento de

atividades educativas e aprimoramento técnico-científico deve estar subordinado a este processo.

2 - Os Conceitos que Sustentam a Proposição Teórico-Prática

Ao propormos a prática assistencial numa área tão complexa como a emergência hospitalar, que envolve temas potencialmente dinâmicos, tais como a violência e a saúde, não podemos simplesmente dispor apenas do objeto empírico, ou termos como base apenas a experiência. Certamente nossos pressupostos básicos partem da realidade e da experiência, no entanto, esta realidade onde adquirimos as experiências, gera e é gerada simultaneamente por um arcabouço teórico que, por sua vez, necessita ser sustentado por conceitos claros e objetivos, condizentes com a realidade em estudo. Portanto, “os conceitos são representações mentais e gerais de determinadas realidades: mentais, porque não é a realidade em si mesma, mas uma imagem mental dela; são representações gerais, porque contêm características de determinada classe da realidade, como por exemplo livro, sentimento, ser humano e assim por diante” (TRENTINI, PAIM, 1999, p. 56).

Neste sentido, segue alguns dos conceitos imprescindíveis à temática em questão:

a) Enfermagem

À luz da teoria das necessidades humanas básicas, proposta em HORTA (1979, p. 29) enfermagem é: “a ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, de torná-lo independente desta sua assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais”.

Neste sentido, se a enfermagem cuida do ser humano, da família, da comunidade, naquilo que é atinente às Necessidades Humanas Básicas (NHB) é, portanto, ciência pois, o “objeto do conhecimento científico não é o ser, porque este por si só é inobjetivável” (HORTA, 1979, p. 7). A autora esclarece ainda que o “objeto da ciência é o ente concreto que se revela ao homem; por sua vez, todo o ente está no habitáculo do ser” e “um único ser pode ter seus entes concretos como objeto de várias disciplinas científicas” (Id). Sendo assim, “o objeto da enfermagem é assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, sendo estas os entes da enfermagem [...] classificadas para fins de sistematização nos três níveis que formam o “ente” da enfermagem: a) psicobiológicas; b) psicossociais; c) psicoespirituais”² (Id). A variação na forma de manifestação e satisfação destas necessidades de uma pessoa para outra, caracterizam a individualidade, unicidade e indivisibilidade do ser humano. “Descrever estes entes,

² Embora Wanda Aguiar Horta tenha desenvolvido a Teoria das Necessidades Humanas Básicas a partir da Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas (Cf. Horta, 1979, p. 28), aponta que “prefere-se utilizar na enfermagem a denominação de João Mohana: necessitada de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual”(HORTA, 1979, p. 39).

explicá-los, relacioná-los entre si e predizer sobre eles – eis, em síntese, a ciência da enfermagem” (Id.).

A partir da releitura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) realizada por BENEDET, BUB, (2001), que utiliza a classificação proposta por Wanda Horta, podemos entender que uma das “proposições” que expressam as necessidades pode ser representada pela busca do necessário ao indivíduo, família ou comunidade, ou seja, para a sua auto-realização. Esse necessário, aparece como sendo “a manifestação correspondente da necessidade” (PAULA apud BENEDET, BUB, 2001, p. 27).

Em suma, podemos inferir que enfermagem é o cuidado prestado ao ser humano, família e à comunidade, no atendimento das necessidades humanas básicas.

b) Enfermagem na Emergência

A assistência de enfermagem na emergência tem suas particularidades que devemos evidenciá-las à luz da teoria da NHB a partir de um conceito que considera que a emergência “implica sempre em uma situação crítica, que coloca uma vítima em perigo e obriga uma ação para revertê-la. Pode ainda ser definida de modo abrangente, como aquela situação em que o indivíduo entra em desequilíbrio homeostático, por enfrentar obstáculo que se antepõe a seus objetivos de vida. A situação de emergência, também pode ser descrita como aquela em que alterações anormais, no organismo humano, resultam em drástico transtorno da saúde ou em súbita ameaça à vida, exigindo medidas

terapêuticas imediatas” (LIMA, DRUMONT, apud NAZÁRIO, 1999, p. 15). Partindo das considerações deste conceito, podemos acreditar que “a enfermagem deve, em casos de emergência, estabelecer prioridades de assistência de acordo com a avaliação preliminar, garantindo assim a identificação e o tratamento das situações que ameaçam a vida...[de imediato]” (NAZÁRIO, 1999). Assim, para “a utilização do conceito de necessidades na assistência de enfermagem [em emergência] requer que alguns critérios sejam estabelecidos a fim de identificar aquelas necessidades consideradas mais importantes...”, ou seja, as necessidades que, se não forem atendidas de imediato, colocam em risco a vida. Portanto, precisamos desenvolver uma metodologia de assistência de enfermagem em emergência e instrumentalizá-la de forma a “classificar [as] necessidades de acordo com a importância de seus objetivos e propósitos de sua utilização” (BENEDET, BUB, 2001, p. 27).

c) Educação

Com relação à educação, no sentido Freireano, podemos dizer que ela é uma prática transformadora, portanto, de liberdade. Através da “metodologia problematizadora” desenvolve-se numa “relação dialógica entre educador-educando”, uma educação realmente libertadora. Desta maneira, segundo FREIRE, “o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado também educa. Ambos, assim se tornam sujeitos do

processo em que crescem juntos” (1987, p. 68). Ainda, de acordo com ROCHA, nesta relação ambos “desenvolvem sua criatividade e imaginação para buscar caminhos aos problemas que encontram” (2000, p. 57). Neste sentido, “a educação como prática da liberdade”, significa buscar uma visão de mundo que ultrapasse a barreira da superficialidade.

d) Processo Saúde-doença

As dificuldades de aderirmos a conceitos restritos à saúde ou à doença, ou seja, conceitos que se referem a duas situações como se fossem entidades à parte, ainda não foram superadas. Acreditamos, não serão atingidos avanços enquanto as discussões não superarem o âmbito do modelo biomédico-mecanicista hegemônico no setor saúde.

SCLIAR, (1997, p. 32), “descrevendo a história da saúde sob forma de olhares” relata que, “conceituar saúde é um problema que só surgiu recentemente; e surgiu exatamente em função das necessidades de planejar ações de saúde, individuais ou coletivas”. O autor apresenta e discute o conceito de saúde formulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1947,³ e conclui dizendo que tal conceito “é antes uma ‘imagem-horizonte’ do que um objetivo concreto” (Ibid., 33). Apresenta também outros conceitos mais avançados e conclui que “são igualmente pouco operacionais” (Id.).

³ Em 1947, a Organização Mundial da Saúde formulou o seguinte conceito: “Saúde é estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas de ausência de enfermidade”.

Desse modo, consideramos o entendimento do autor quando se refere ao processo saúde- doença e que diz:

Na prática, quem cuida de saúde de grupos humanos procura principalmente evitar danos objetivos à saúde (...). Isto não quer dizer que saúde e doença sejam entidades à parte. Não são; fazem parte de um *continuum* que é o processo saúde-enfermidade. Os fatores da doença já podem estar presentes, antes que esta se manifeste: é o período pré-patogênico, ao qual se segue o período patogênico, da doença propriamente dita. (...) Do período pré-patogênico até o desfecho final (cura, morte, seqüela). Há, pois, uma trajetória que é história natural de enfermidade (SCLIAR, 1997, p. 33-34).

O autor afirma também, “que em cada fase do processo saúde-enfermidade é possível um tipo de intervenção” e divide essas intervenções em “prevenção primária, secundária e terciária da saúde” (Ibid., p. 34).

Este processo saúde-doença, de acordo com VALLA, STOTZ, (1995, p. 124), pode ser mais bem entendido “em sua relação com os processos e relações sociais que estão na base”. Assim, genericamente, longe de almejar conceitos de entidades à parte,

“...a saúde pode ser vista como um conjunto de possibilidades de vida historicamente dadas em uma certa sociedade; possibilidades que dependem das forças sociais em luta no contexto das relações em que se encontram envolvidas e condicionadas. A doença revela, por outro lado, as dificuldades para a reprodução da vida na sociedade e, deste modo, as relações de forças desfavoráveis e destrutivas para certos grupos e classes sociais” (FRANCO, apud VALLA, STOTZ, 1995, p. 124).

e) Violência

PRADO (1998), dissertando sobre a violência, volta seu estudo para a violência no trânsito, cuja tese de doutorado, culminou no livro “Caminhos perigosos: violência e saúde à luz das ocorrências de trânsito”. Elabora alguns “conceitos que sustentam a proposição teórica de análise”, dos quais compartilho para o presente trabalho:

- ▶A violência é um fenômeno social e histórico, que se concretiza nas relações sociais de modo específico, através de sujeitos e em sociedades determinadas. É um fenômeno complexo e diversificado.
- ▶A violência não pressupõe intencionalidade nem o uso da força física, embora ambos elementos possam estar presentes num ato violento, a presença ou não da intencionalidade e da força física identifica o tipo de violência. Portanto, nem toda a violência é intencional; o que caracteriza é a privação. Compreendemos violência, portanto, como toda e qualquer privação de algum bem, seja ele, bem material ou a vida, a integridade do corpo ou do espírito, a dignidade ou a liberdade (de expressão, de movimento ou de opção), pelo uso ou não da força.
- ▶A violência é determinante e é determinada pelos processos de desintegração da sociedade, entendidos como resultados automáticos das necessidades de massa que se tornam incontroláveis ou não atendidas. São exemplos: declínios dos serviços públicos, tais como escolas, polícia, correios, coleta de lixo, transporte; a taxa de mortalidade nas estradas e os problemas de tráfegos nas cidades, a poluição do ar e da água. À medida que aumenta a violência, aumentam os processos de desintegração da sociedade e vice-versa.
- ▶A violência no trânsito, em geral, é um ato não intencional, mas que impõe diferentes formas de privação. Portanto, uma violência, não é um acidente, pois faz parte de um determinado contexto – um processo e, em geral, não é premeditada, nem obedece a uma intencionalidade explícita, mas é frequentemente prevenível; consiste numa realidade duradoura, diversificada e múltipla; tem repercussões que não se limitam à vítima, mas se estendem à sociedade, numa inegável dimensão coletiva (PRADO, 1998, p. 74 et seq.).

f) Ser Humano/vítima

O ser humano, por sua natureza é um ser indefinível. Cada qual com suas particularidades, individualidades e diferenças. No entanto, na impossibilidade de definir algo tão complexo, podemos somente traçar algumas características gerais que podem ser aceitas para compreender o que vem a ser esse ser humano que adiante denominamos de vítima:

- a produção do homem se dá pelo próprio trabalho humano, o laço material dos homens entre si, que é condicionado pelas necessidades e pelo modo de produção, e que é tão velho quanto os próprios homens;
- o ser humano surge como tal, diferenciando-se dos animais a partir do momento em que começa a produzir seus meios de vida;
- o homem modifica as circunstâncias, produz a sociedade, da mesma maneira que a sociedade produz, ela mesma, o homem como homem (Cf. MARX, ENGELS, 1996).

Neste estudo, o ser humano é vítima de um ato violento, que se encontra em situação crítica, em emergência. Ou seja, entendemos que o termo vítima, é geralmente utilizado em relação ao ser humano que sucumbiu a uma desgraça através de ato violento ou acidental que rompe com a resistência ou integridade física de outrem.

No entanto, pensamos que o termo não pode ser limitado às causas violentas e fomos buscar em RATNER (1991, p. 208) os fundamentos para a alternativa a terminologia biomédica, utilizada normalmente quando se acredita, o termo vítima não serve. O autor, antes de iniciar a “análise sócio histórica da loucura” esclarece dizendo:

A utilização que faço dos termos neutro ‘loucura’, ‘psicose’ (sofrimento da psique), ‘disfunção psicológica’ e ‘distúrbio’ visa exatamente a evitar conotações médicas e comportamentais que permeiam a linguagem psiquiátrica convencional da ‘doença mental’, (...). Procuo também evitar certos termos muito carregados de sentido médico, tais como paciente⁴, e em vez disso dizer ‘indivíduos psicologicamente disfuncionais’. Às vezes é difícil evitar a terminologia médica, porque a maior parte dos fenômenos psiquiátricos tem sido tradicionalmente designados sob rótulos médicos e a linguagem não-médica tem sido deixada de lado.(...) Por outro lado, rejeitar as categorizações e conceptualizações convencionais não é negar a realidade da psicose. A tarefa que enfrentamos é descobrir como compreendê-la de maneira mais verdadeira e mais útil (RATNER, 1991, p. 208).

O fato é que o autor, ao longo da análise que empreende, utiliza muitas vezes o termo vítima, para se referir aos “indivíduos psicologicamente disfuncionais”. E acreditamos, o faz, devido o pano de fundo da “psicologia sócio-histórica” que considera a doença como sendo “provocada por relações sociais específicas” que levam aos distúrbios orgânicos aparentemente de origens internas (Cf. RATNER, 1991).

Apesar dos argumentos que utilizamos ter origens numa área específica do conhecimento em saúde, creio que possam ser ampliados para nossa área que de certa forma tem suas relações.

O autor realiza vigorosa crítica ao modelo biológico de interpretação da doença, afirmando que este modelo interpreta erroneamente a verdadeira origem da doença como estando dentro do indivíduo e não fora dele e defende que a “interação maligna” que culmina na doença, “é uma interação entre diversas facetas da cultura” (Ibid., p. 208).

Por estes motivos, considerando o conceito de processo saúde-doença que utilizamos, os “usuários” do serviço de emergência serão referidos por nós, em diversos

⁴ Termos que expressam uma compreensão de passividade e docilidade, por isso pacientes.

momentos, como vítimas, mesmo que o distúrbio que o levou a ser atendido seja considerado de origem endógena, tendo em vista a determinação social da doença.

3 - Violência, Enfermagem e Educação Versus Serviços de Emergência Hospitalar: Inter-relacionando os Conceitos

...É por isso que conviver com a violência se tornou banal. Tãmanha é a banalidade que, freqüentemente, nem a percebemos como tal. Uma violência que, às vezes sentimos, exercemos, pensamos, vemos, negamos... Quase tudo ao mesmo tempo, com maior ou menor profundidade, desvelada ou não, com múltiplas expressões e a diferentes distâncias de nossa individualidade. Vivemos como se sua existência fosse natural e apenas a olhamos indiferentes. Por que reagimos assim?

Marta Lenise do Prado

Os conceitos que ora utilizamos para dar suporte ao trabalho, são de vital importância, pois constituem a coluna dorsal do desenvolvimento do estudo aqui proposto.

MINAYO, SOUZA (1998, p. 520), afirmam que “a violência é exercida, sobretudo, enquanto processo social, portanto, não é objeto específico da área da saúde”. No entanto, mesmo sendo o problema da violência de responsabilidade de toda a sociedade, o setor-saúde tem papel fundamental de intervenção social e, portanto, se constitui em fator desencadeador do processo social, onde através do Estado, podem direcionar ações em diferentes níveis de intervenção. Portanto, qualquer projeto político que pretenda evitar a violência em qualquer campo, necessita envolver toda a sociedade e, principalmente, as instituições públicas. O setor-saúde caracteriza-se enquanto processo social, pois é parte de um complexo social total, ou seja, é determinado pela ação humana

na qual o Estado constitui-se em esfera coletiva de atuação a serviço de modelos de desenvolvimento vinculados a interesses sociais subordinados ao regime de classe.

Como nossa temática da prática assistencial refere-se à emergência hospitalar, optamos por “lançar um olhar” sobre os atendimentos às vítimas de violência, entre as quais destacamos a violência no trânsito.

Dentre os mais diversos campos da violência, é a violência no trânsito que tem se destacado e se constitui, em geral, na maior causa de mortalidade no âmbito das causas violentas.

PRADO (1998), divide em dois eixos básicos os diferentes níveis e áreas de intervenção que permitem construir abordagens de enfrentamento à violência no trânsito.

Nestes dois eixos básicos, “correspondentes e diversificadas medidas são delineadas”: “**(Eixo a)** controle da exposição e redução do dano” e no “**(Eixo b)** manejo pós-trauma”.

No **eixo a**, estão agrupadas “medidas que tem por objetivo diminuir a possibilidade da ocorrência de eventos violentos no trânsito, bem como, as possibilidades de diminuição das seqüelas” (1998, p. 124, grifo nosso). É portanto, um nível de intervenção voltado para a evitabilidade das ocorrências e atenuação daquelas que não puderem ser evitadas. Podemos aqui fazer um paralelo com SCLIAR (1987), o qual chama de prevenção primária ou primeiro nível de atenção nas “fases do processo saúde-enfermidade”, onde “em cada uma das fases é possível um tipo de intervenção”. SCLIAR, assim classifica estas fases:

- ▶ prevenção primária: as medidas de promoção da saúde (saneamento básico, adequada nutrição) e de proteção específica contra doenças (vacinas), dirigidas ao indivíduo sadio.
- ▶ prevenção secundária: as medidas adotadas no período em que a doença já está presente, mas ainda não se manifestou, pode-se fazer o diagnóstico precoce (incluindo o *screening*, a prospecção de uma doença em grandes grupos populacionais, como se faz com a tuberculose, o câncer de colo uterino, a hipertensão arterial, a diabete) e providenciar o pronto tratamento. Quando a doença já se manifestou, temos a possibilidade de limitar o dano.
- ▶ prevenção terciária: a reabilitação das seqüelas de uma enfermidade ou de um acidente (Cf. SCLIAR, 1987, p. 34).

De acordo com o autor, as medidas adotadas na “prevenção primária”, intervêm no “período pré-patogênico” como medidas de evitabilidade da patogenia. As medidas adotadas na “prevenção secundárias e terciárias”, intervêm no “período patogênico”, limitando os danos que possam ser causados ao indivíduo ou grupos populacionais ou reabilitando as seqüelas. No entanto, o objeto de estudo não se configura como especificidade do campo da saúde, como deixa transparecer o citado autor (Cf. SCLIAR, 1987).

Segundo PRADO, no “Eixo a” (*controle da exposição e redução do dano*) estão inclusas “medidas de diferentes naturezas e responsabilidades, que incluem políticas de legislação, de fiscalização e licenciamento, bem como, mudanças comportamentais” (1998, p. 125). Acreditamos sobretudo serem medidas de responsabilidade do Estado, o qual tem por obrigação aglutinar diversos setores da sociedade que possam contribuir no desenvolvimento destas medidas. A referida autora, relaciona diversas medidas de intervenção e diz que, “nesse eixo, em geral, estão dirigidos os menores investimentos, e é quase nula a participação do serviço de saúde, que poderia estar direcionado para pelo

menos duas medidas principais: programas de educação no trânsito e investigação sistemática da realidade violenta” (PRADO, 1998, p. 126).

Especificamente neste último (investigação sistemática da realidade violenta), pretendemos deixar alguma contribuição e o faremos incorporando como “pano de fundo” em determinados momentos, o arcabouço teórico-prático denominado materialismo histórico-dialético. Sobre este arcabouço de conhecimentos, que serve de base aos nossos estudos (e continuará servindo no decorrer do estágio), buscamos uma síntese em TRIVINOS (1987). Este autor compreende o “materialismo dialético como a base filosófica do marxismo e como tal realiza a tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento. Tem como base de seus princípios a matéria, a dialética e a prática social” (*Ob. Cit.*, 1987, p. 54). No mesmo sentido, compreende o “materialismo histórico como a ciência filosófica do marxismo que estuda as leis sociológicas que caracterizam a vida da sociedade, de sua evolução histórica e da prática social dos homens, no desenvolvimento da humanidade. O materialismo histórico esclarece conceitos que ajudam na interpretação de fenômenos sociais como ser social, consciência social, meios de produção, forças produtivas, relações de produção e modos de produção; e define outra série de conceitos fundamentais para compreender suas cabais dimensões...” (*Ibid.*, p. 51), ou seja, as dimensões do fenômeno social em questão.

No entanto, a base teórica assinalada acima é insuficiente para intervir no “*manejo pós-trauma* ou **Eixo b**” - assim denominado por PRADO (1998, p. 127), a qual “inclui as

medidas que visam dar atendimentos às vítimas das ocorrências de trânsito, com o objetivo de garantir a vida e a minimização das repercussões dos danos. Neste eixo, estão incluídas medidas de atenção às vítimas ligadas aos serviços de atendimento pré-hospitalar, serviços de atendimento hospitalar emergencial e serviços de tratamento, reabilitação e reintegração social”.

Similarmente àquilo que Scliar chama de “prevenção terciária”, este é o primeiro passo, fundamental, para que haja êxito na reabilitação dos danos causados pelo **acidente [ou violência]** (Cf. *op.Cit.*, 1987, grifo nosso). Portanto, para as ações ou objetivos previstos, voltados “para assistir o cliente e sua família que se encontram em estado de emergência [...], vivenciando um acontecimento súbito, inesperado e que ameaça a vida” (ROCHA, 2000, p. 53), recorreremos à Teoria das Necessidades Humanas Básicas de HORTA (Cf. *Ob Cit.*, 1979), por seu conteúdo profundamente humanista e visão holística, com a finalidade de direcionar as ações do enfermeiro naquilo que esta autora chama de “área específica de atuação”, citado em ROCHA como, “assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado” (2000, p. 54). Essa assistência passa a ser sistematizada, planejada, de acordo com o processo de enfermagem que, segundo HORTA, “é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano e divide-se em seis fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico” (1979, p. 28).

No entanto, convém salientar que para a implementação do “processo de enfermagem” é necessária a coleta de uma grande quantidade de informações sobre a vítima, o que torna inviável no atendimento emergencial devido à rapidez no atendimento, bem como, ao curto tempo em que permanece no setor de emergência sob os cuidados da equipe de enfermagem. Mas, tendo em vista que não existe uma teoria de enfermagem específica para esta área, adaptaremos da teoria proposta por HORTA, somente “aquelas [Necessidades Humanas Básicas] essenciais para a vida do indivíduo e aplicáveis no atendimento de emergência, como eliminações, oxigenação, entre outras” (ROCHA, 2000, p. 59). Por outro lado, para influir na “área social: dentro de sua atuação como um profissional a serviço da sociedade, função de pesquisa, ensino, administração, responsabilidade legal e de participação na associação de classe [sic]” (*Ob. Cit.*, p.55), faz-se necessário recorrermos a outras teorias.

As ações, nos diferentes níveis de intervenções, devem estar orientadas essencialmente para contribuir na inversão daquilo que PRADO (1998, p. 128) denomina de “ações do Estado nos eixos a e b”, pois, segundo a autora, “historicamente, vamos encontrar os investimentos governamentais centrados no eixo de manejo pós-trauma [eixo b], especialmente no atendimento hospitalar. Menores são os investimentos no atendimento pré-hospitalar...”. No sentido inverso, a autora orienta que:

Para o enfrentamento do problema da violência no trânsito, esses eixos devem ser contemplados, haja vista a necessidade de atuação nos diferentes níveis de intervenção e a impossibilidade de eliminação dessas ocorrências. Entretanto, o volume de investimentos dar-se-á de forma diferenciada quando o Estado responder adequadamente a sua função. Assim, os investimentos

precisam estar dirigidos, prioritariamente, ao Eixo A – controle da exposição e de redução do dano, seguido pelo Eixo B – manejo do trauma (Ibid., p. 129).

Tais ações, devem ser contempladas também com “a utilização da epidemiologia como instrumento de planejamento, acompanhamento e avaliação da política social em saúde que tem sido amplamente recomendada” (POSSAS, apud PRADO, 1998, p. 64).

As ações educativas estarão presentes não apenas nas atividades planejadas para tal, mas também em diversos momentos do estudo/estágio, diluindo-se entre as atividades propostas nos dois Eixos de intervenção na violência do trânsito, que em certa medida podem ser ampliados para outras formas de violência, abrangendo todo o campo das causas violentas, tendo em vista que não pretendemos fazer um recorte para a violência no trânsito.

Todavia, para o processo educar em serviço e na comunidade, nos níveis de atenção ou Eixos propostos, utilizamos como referencial teórico-prático a metodologia problematizadora de Paulo Freire e suas concepções teóricas sobre educação. Através deste processo educativo que conscientiza e politiza, “os envolvidos desenvolvem sua criatividade e imaginação, para buscar caminhos aos problemas que encontram” (ROCHA, 2000, p. 57). É portanto, “a educação como prática da liberdade”.

Por último, salientamos que não se trata de fazer uma associação mecanicista entre teorias, mas sim complementá-las, para que possamos dar conta de atingir os objetivos propostos neste estudo.

Diante do exposto, podemos dizer, que a enfermagem que nos propomos a exercer no campo de estudo/estágio, configura-se como uma prática social ou ação social, que se constitui pela relação entre os atores sociais envolvidos.

4 – DELINEANDO OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Propomos num dos pontos da metodologia deste projeto de prática assistencial de enfermagem, fazermos por hora, uma apresentação geral do campo onde será realizada a prática. Nesse momento, caracterizamos a instituição e ressaltamos alguns aspectos importantes para reconhecimento do campo da prática, especialmente o setor da Emergência Geral onde realizamos nossas atividades.

Adiante, apresentamos objetivamente o campo de atividades assistenciais e um pouco da sua dinâmica.

1 - Contextualização do Campo da Prática Assistencial

O Hospital Regional de São José (HRSJ), Dr. Homero de Miranda Gomes, é um hospital público, situado no Bairro Praia Comprida em São José. Trata-se de um Hospital Geral de referência para politraumatizados. Possui serviços nas especialidades de ortopedia, neurocirurgia, oftalmologia, cirurgia vascular, entre outros; ambulatório de pediatria e maternidade. Juntamente com o Hospital Regional ou em anexo a este, encontramos o Instituto de Cardiologia (INCA), o que faz com que este hospital seja referência também para emergências cardiológicas. O HRSJ é constituído de 227

unidades de internação e 85 unidades transitórias, onde 29 destas encontramos na emergência, denominadas leitos de repouso. Do total de 312 unidades, 294 são leitos coletivos e 18 são apartamentos. O INCA possui 83 unidades de internação, sendo que uma parcela destas são exclusivas para os pacientes atendidos na emergência geral e que inicialmente permanecem no repouso. A emergência geral realiza em média 374 atendimentos a cada 24 horas, incluindo os atendimentos de “emergência, urgência e não-urgência”, sendo que nos dias de pico esse número pode chegar até a 600 atendimentos (ROGERS *et al.*, 1992). No mês de março, 98,55% dos atendimentos foram realizados através do Sistema Único de Saúde (SUS) e 1,45% através de outros convênios e particular⁵.

A emergência está situada nos fundos e lado esquerdo do hospital, no andar térreo; e sua planta física está constituída por áreas ou setores específicos para determinadas atividades de assistência aos mais diversos casos. Para apresentarmos uma idéia geral destes setores atualizamos (devido modificações recentes) um quadro utilizado por SILVA, (1997), para fazer tal apresentação:

QUADRO 1 – ESTRUTURA FÍSICA DO SETOR DE EMERGÊNCIA DO HRSJ

| Área | Quantidade | Descrição |
|------------------------------------|-------------------|--|
| Recepção externa e sala de espera. | 01 | Local onde os pacientes aguardam atendimento com o médico que realizará a triagem. |

⁵ Fonte: dados fornecidos pelo serviço de estatísticas do HRSJ, tendo como base no relatório estatístico do mês de março.

Continuação

QUADRO 1 – ESTRUTURA FÍSICA DO SETOR DE EMERGÊNCIA DO HRSJ

| Área | Quantidade | Descrição |
|---|------------|--|
| Balcão de atendimento. | 01 | Diretamente ligado à sala de espera. É onde os pacientes são atendidos por alguns funcionários, que após identificação pessoal, têm suas fichas de atendimento devidamente preenchidas para serem encaminhadas ao médico, quando forem chamados. |
| Consultórios de triagem médica. | 02 | Dois consultórios onde os pacientes que aguardavam na sala de espera são avaliados pelo médico e, dependendo do caso, os encaminham a outros profissionais especializados. |
| Sala de procedimentos cirúrgicos. | 01 | Local destinado ao atendimento dos pacientes politraumatizados que necessitam de procedimentos de emergência. Nesta sala também são realizadas as suturas, desbridamentos, curativos cirúrgicos, entre outros. |
| Sala de reanimação cárdio-respiratória. | 01 | Sala destinada aos atendimentos de vítimas-pacientes que necessitam de manobras intensivas de reanimação, tanto para casos clínicos quanto aos politraumatizados. Está provida de todo o arsenal terapêutico-medicamentoso para tais procedimentos de reanimação. |
| Sala de medicação | 01 | É para onde os pacientes, após serem avaliados num dos consultórios médicos, são encaminhados para aplicação de medicamentos pela equipe de enfermagem. Nesta sala também são realizadas coletas de materiais para exames laboratoriais pelo serviço de laboratório e com auxílio da equipe de enfermagem. |
| Posto de Enfermagem | 01 | Onde são estocados e preparados os medicamentos destinados aos pacientes internados no repouso. Também dispõe de um balcão com os prontuários médicos e local para a realização de prescrição e evolução médica e de enfermagem. |
| Sala séptica | 01 | Onde são realizados curativos em ferimentos considerados contaminados ou com mais de seis horas. |
| Consultórios médicos | 07 | Um para o atendimento de clínica cirúrgica, um para a cardiologia, um para a ortopedia e dois para a clínica médica. Nestes consultórios, os pacientes são avaliados e, dependendo do caso, são liberados para alta, permanecem em observação ou ficam internados. |
| Isolamento | 02 | Unidades onde são mantidos os pacientes com suspeita ou confirmação de doenças infecto-contagiosas. |
| Sala de gesso | 01 | Onde são realizados os procedimentos de imobilização com gesso ou tala. |
| Repouso | 05 | São cinco quartos que contém em média cinco leitos para internação de caráter transitório. |

Conclusão**QUADRO 1 – ESTRUTURA FÍSICA DO SETOR DE EMERGÊNCIA DO HRSJ**

| Área | Quantidade | Descrição |
|--------------------------|-------------------|---|
| Expurgo | 01 | Local onde são encaminhados os materiais utilizados, que necessitam de limpeza e desinfecção e também as roupas que serão enviadas para a lavanderia. |
| Depósito | 01 | Local onde são armazenados os materiais de consumo e alguns equipamentos. |
| Higienização e chuveiros | 01 | Local onde são realizados procedimentos de sondagens, coleta de materiais para exames laboratoriais, entre outros. |
| Escrituração | 01 | Local onde fica um escriturário responsável pelo encaminhamento das fichas de atendimento, atendimento de telefones, informações, etc. |
| Sala de estar | 01 | Uma sala de estar para os funcionários de enfermagem. Existem também, outras salas para os médicos, médicos residentes e os acadêmicos de medicina. |

Há duas possibilidades de atendimento na emergência geral:

1^a) os pacientes dão entrada através do balcão de atendimento e, neste caso são atendidos pelo médico clínico geral nos consultórios de triagem. Dependendo da situação, classifica e distribui os pacientes para um médico especialista. Qualquer destes médicos que assume o atendimento prescreve os medicamentos e encaminha para a sala de medicação, onde o paciente é atendido pela equipe de enfermagem. Se houver solicitação para exames laboratoriais, o serviço de laboratório é acionado e um técnico de laboratório faz a coleta. O mesmo ocorre em casos de Raios-X, eletrocardiograma e serviço de gesso. Após a realização de exames diagnósticos, o paciente é novamente encaminhado ao consultório médico para reavaliação, podendo ser liberado, permanecer em observação por um determinado tempo, ou então, ser encaminhado para internação. A equipe de enfermagem fica responsável por abrir o prontuário do paciente com relatório de

enfermagem, controle de sinais vitais, colocar horário nas prescrições médicas, realizar todos os procedimentos de enfermagem e encaminhar o paciente para o repouso, isolamento ou outro setor de internação, conforme o caso.

2ª) o paciente é atendido em situação de emergência/urgência na sala de reanimação ou sala de procedimentos cirúrgicos. Este é estabilizado nas suas funções vitais pela equipe multidisciplinar, realiza-se exame laboratorial, de raios-x, tomografia computadorizada, entre outros. Posteriormente, o paciente pode ficar em observação numa dessas salas de atendimento e, dependendo da evolução, pode ser liberado, internado (encaminhado para unidade de internação, UTI ou Centro Cirúrgico) ou transferido para outro hospital.

2 - Operacionalização dos Objetivos

QUADRO 2 - OBJETIVOS/ESTRATÉGIAS/AVALIAÇÃO

| Objetivos | Estratégias | Avaliação |
|---|--|---|
| 1. Prestar assistência de Enfermagem às vítimas que chegam através dos Serviços de Atendimento pré-hospitalar, bem como aos pacientes em geral atendidos na emergência, fundamentado num marco referencial. | a) Receber as vítimas juntamente com a equipe multiprofissional e prestar assistência de enfermagem. | a) Ter acompanhado a equipe nos atendimentos de emergência e prestado assistência de enfermagem durante o período de estágio. |

Conclusão

QUADRO 2 - OBJETIVOS/ESTRATÉGIAS/AVALIAÇÃO

| Objetivos | Estratégias | Avaliação |
|---|--|---|
| 2. Conhecer o perfil da vítima traumatizada atendida na Emergência do Hospital Regional de São José, Dr. Homero de Miranda Gomes. | <p>a) Identificar nas fichas de atendimento na emergência, do mês de março de 2001, idade e sexo das vítimas, distribuição geográfica das ocorrências, tipo ou natureza do trauma (se decorrente de atropelamento, motociclista, automóvel, arma de fogo, arma branca).</p> <p>b) Identificar o quadro de morbimortalidade para causas externas das vítimas atendidas na emergência, no mês de março de 2001, relativo a número de óbitos, número de altas na emergência hospitalar, número de internações, condições de alta hospitalar e transferências.</p> | <p>a) Ter coletado os dados referentes ao período.</p> <p>b) Ter coletado os dados referentes ao período.</p> |
| 3. Desenvolver atividades de educação continuada e aprimoramento técnico-científico. | <p>a) Participar do II Curso Básico de Urgência a ser realizado na UFSC, no período dos meses de abril a junho.</p> <p>b) Realizar atividade educativa junto à primeira fase da graduação em enfermagem da UFSC.</p> <p>c) Realizar visita no Serviço de Atendimento Médico de Urgência da cidade de São Paulo.</p> | <p>a) Ter participado do curso sobre APH, com aproveitamento.</p> <p>b) Ter realizado uma atividade educativa sobre Parada Cárdiorrespiratória (PCR) e Reanimação Cárdiorrespiratória (RCR).</p> <p>c) Ter realizado a visita no SAMU-SP.</p> |

3 - Procedimentos Metodológicos

Não pretendemos aqui, fazer uma discussão sobre o “método”; não é o nosso objetivo. Cabe-nos, de certa forma, fazer uma breve exposição sobre os procedimentos e instrumentos metodológicos que utilizamos, para que seja possível uma melhor

compreensão do caminho que trilhamos para alcançar os objetivos da prática assistencial. Assim, a apresentação do método serve muito mais para a compreensão do processo de construção desta experiência.

Como nos diz LÖWY (1985, p. 110), “a ciência é um processo de produção do conhecimento da verdade”; portanto, “é a tentativa de conhecimento da verdade o que define a ciência como tal”. Porém, “a verdade absoluta jamais será conhecida, todo o processo de conhecimento é um processo de acercamento, de aproximação à verdade”, ou seja, “dentro do conhecimento científico há níveis maiores ou menores de aproximação da verdade”.

Sendo assim, mesmo considerando que o conhecimento para conter uma gota da verdade não precisa passar necessariamente pelo rigor do método científico, nós nos inspiramos na modalidade de pesquisa “convergente-assistencial”, utilizando-se do seu instrumental metodológico para o desenvolvimento da prática assistencial. Isto porque acreditamos que através desta modalidade de pesquisa é possível atingir “*níveis maiores de aproximação da verdade*”. Deste modo, submetemos o presente trabalho - resultado de uma prática assistencial fundamentada por um referencial teórico – ao rigor do método científico, “caracterizado como validade e confiabilidade conforme os paradigmas que orientam a pesquisa quantitativa”, ou seja, considerando que “o rigor de uma investigação se traduz pela fidelidade aos princípios da pesquisa em estudo” (TRENTINI, PAIM, 1999, p. 108).

O método que escolhemos para a prática assistencial, tem inspiração na modalidade de pesquisa “convergente assistencial”, e trata-se de uma pesquisa que possui como “uma das principais características (...) a participação dos envolvidos no espaço da pesquisa” (TRENTINI, PAIM, 1999, p. 83). Por consequência, a “articulação dos três elementos” seguintes: “pesquisa, assistência e participação, que são elementos centrais desta metodologia (...), emerge outro unificador que denominamos convergência; neste, toma parte um duplo jogo: o do ‘pensar’ e ao mesmo tempo o do ‘fazer’; com outras palavras, articula teoria e prática” (Id.).

No âmbito da pesquisa convergente-assistencial, os instrumentos e técnicas utilizadas para assistir, teorizar, obter dados e transformá-los em informações, deverão ser compatíveis com as “características” desta pesquisa, “a participação imprime uma conotação democrática no processo” (Id.).

Após definir as “técnicas de obtenção de informações”, a pesquisa divide-se em três fases, que são assim descritas pelas autoras TRENTINI, PAIM (1999):

- fase de perscrutação que compreende a estratégia para obtenção de informações;
- fase de análise que compreende o processo de apreensão e;
- fase de interpretação reunindo o processo de síntese, processo de teorização e processo de transferência.

Para chegarmos definitivamente na escolha de uma inspiração metodológica para a prática assistencial, decidimos antes sobre o objeto de estudo; e a partir daí atravessamos

toda uma fase de delineamento deste objeto, que à luz da pesquisa convergente-assistencial é denominada de “fase de instrumentação”.

Partimos da contextualização e caracterização do campo, onde realizamos a prática. Posteriormente, decidimos pela elaboração de um referencial teórico pois, de acordo com TRIVIÑOS (1987, p. 99), se o pesquisador “inicia a busca bibliográfica orientado pelos conceitos básicos de uma teoria que servirá para compreender, explicar e dar significado aos fatos que estudará, seu caminho será relativamente traçado”, fato que contribuiu para a delimitação e o alcance dos nossos objetivos.

Na elaboração deste referencial, entendemos que o marco conceitual é o momento onde explicitamos a fundamentação teórica (ou ideológica) da prática assistencial, que no nosso caso, prisma por manter-se longe da suposta neutralidade científica. Portanto, “o marco conceitual consiste numa construção teórica que estabelece a inter-relação entre os diferentes conceitos que o compõe” (PRADO, 1998, p. 71). Segundo TRENTINI, PAIM (1999, p. 53), “o marco é conceitual quando os conceitos da questão ou do propósito da pesquisa se articulam com outros conceitos, que não são componentes de uma teoria ou são apenas partes dos conceitos da teoria”. Também de acordo com PRADO (1998, P. 71), “sua finalidade é fornecer um arcabouço para a realização do estudo e, por conseguinte, sua reflexão teórica”. A partir destes pressupostos metodológicos elaboramos um projeto que buscou delimitar a problemática e a partir daí traçamos os objetivos gerais e específicos da prática assistencial.

Para a operacionalização dos objetivos realizamos diversas atividades voltadas para o desenvolvimento da prática assistencial e à coleta de dados, conforme expomos no relato da prática assistencial.

Creemos que, ao fazermos considerações sobre o caminho até aqui trilhado e os procedimentos e instrumentos metodológicos que utilizamos, facilitamos a compreensão do leitor, sobre o desenvolvimento dos objetivos que traçamos para a nossa prática assistencial. Alcançados estes objetivos, é ora de apresentá-los juntamente com a análise, interpretação do material coletado e o relato das atividades desenvolvidas, mantendo desta forma, “estreita relação com a prática assistencial de Enfermagem” por nós compreendida “como prática social” (TRENTINI, PAIM, 1999, p. 109).

5 – CONHECENDO E AVALIANDO A EXPERIÊNCIA

1 – Prestando Assistência de Enfermagem na Emergência

Na emergência do Hospital Regional, realizamos assistência ao paciente em situações de emergência/urgência, através do acompanhamento da equipe de saúde e realização de procedimentos de enfermagem com base na metodologia da assistência por nós escolhida e desenvolvida. Procuramos acompanhar e realizar atendimento, principalmente nos casos que demonstravam que o paciente estava em situação de emergência. O campo de estágio, por ser um hospital geral e com o Instituto de Cardiologia em anexo, presta atendimentos diversificados, o que levou a superarmos as expectativas no que se refere à demanda de assistência. Abaixo relacionamos os casos atendidos em função da natureza da ocorrência, tipo de caso clínico (conforme diagnóstico médico), sexo, faixa etária, e situação (destino) após o atendimento, sendo que, no item “situação após o atendimento”, denominamos “internado” todos os pacientes que permaneceram em observação por até 24 horas na sala cirúrgica ou de reanimação. No entanto, salientamos que o conjunto de dados não aponta a totalidade de casos atendidos na emergência, tendo em vista que tivemos um período maior de atuação com vítimas de traumas.

QUADRO 03 – RELAÇÃO DOS ATENDIMENTOS QUE PARTICIPAMOS NA SALA CIRÚRGICA E SALA DE REANIMAÇÃO, DURANTE O PERÍODO DE ESTÁGIO

| Natureza da ocorrência | Caso clínico | Idade | Sexo | Situação após o atendimento inicial |
|---|---|-------|------|-------------------------------------|
| Atropelamento | Fratura fechada MID (tíbia) | 21 | M | Internado |
| Acidente de moto | Fratura de costela e clavícula | 41 | M | Internado |
| F.A.F. devido briga | Ferimento perfurante e fratura no pé direito | 38 | M | Internado |
| Acidente de moto | Fratura de fêmur, tíbia/fíbula | 35 | M | Internado |
| Acidente de veículo | Ferimento em tecido mole (laceração na região parietal) e TCE | 39 | M | Internado |
| Acidente de veículo | Ferimento contuso na cabeça | 14 | F | Liberada |
| Tentativa de suicídio | Intoxicação por medicamentos e veneno de rato | 27 | F | Internada |
| Acidente de trabalho (colocou a mão na hélice de um caminhão na oficina mecânica) | Ferimento lacerante na mão direita | 28 | M | Liberado |
| Queda da própria altura | Ferimento inciso na face | 10 | M | Liberado |
| Atropelamento | Fratura (fechada) em MSD | 25 | M | Liberado |
| Acidente de trabalho (caiu um ferro sobre o pé) | Ferimento inciso | 38 | M | Liberado |
| Queda de nível (caiu do telhado da sua residência) | Ferimento contuso no tórax | 41 | M | Liberado |
| Clínica | Síndrome da abstinência alcoólica (tremores, fraqueza, desorientação) | 38 | M | Internado |
| Atropelamento | Contusão na coluna lombar | 21 | M | Internado |
| Incêndio no botijão de gás de cozinha | Queimadura na face e olhos | 28 | M | Liberado |
| Acidente de veículo | Fratura de costelas, ferimento lacerante na cabeça, TCE (aberto) | 56 | M | Internado (UTI) |
| Acidente no esporte (futebol) | Contusão na região pélvica | 46 | M | Liberado |
| Acidente de moto | Ferimento na cabeça | 19 | M | Liberado |
| Acidente de moto | Ferimento inciso na cabeça | 20 | M | Liberado |
| Agressão (levou pedrada na cabeça) | Ferimento lacerante na região occipital, com suspeita de TCE | 15 | M | Internado |
| Acidente de bicicleta | Ferimento inciso na cabeça | 31 | M | Liberado |
| Acidente de moto | Fratura na mão | 21 | M | Liberado |
| Acidente de moto | TCE, ferimento em MID (coxa) | 28 | M | Internado |

Continuação

QUADRO 03 – RELAÇÃO DOS ATENDIMENTOS QUE PARTICIPAMOS NA SALA CIRÚRGICA E SALA DE REANIMAÇÃO, DURANTE O PERÍODO DE ESTÁGIO

| Natureza da ocorrência | Caso clínico | Idade | Sexo | Situação após o atendimento inicial | |
|--|---|--------|------|-------------------------------------|---------|
| Acidente de moto | Fratura no pé direito | 18 | M | Liberado | |
| Acidente de moto | Fratura de tibia/fíbula | 39 | M | Liberado | |
| Queda de nível | Fratura em coluna lombar | 29 | M | Internado | |
| F.A.F. (tentativa de homicídio) | Dois ferimentos perfurantes em MIE e MID, com um projétil alojado na coxa | 42 | M | Internado Cirúrgico) | (Centro |
| Acidente de moto (devido derramamento óleo na pista) | Escoriações generalizadas pelo corpo | 25 | M | Liberado | |
| Acidente de moto (devido derramamento óleo na pista) | Ferimento lacerante na mão | 21 | F | Liberado | |
| Acidente de moto (devido derramamento óleo na pista) | Ferimento contuso MID (coxa) | 19 | M | Liberado | |
| Acidente de moto (devido derramamento óleo na pista) | Contusão na região pélvica | 23 | M | Internado | |
| Acidente de moto (devido derramamento óleo na pista) | Escoriações MMSS | 24 | M | Liberado | |
| Clínica | ICC, DBPOC | 48 | F | Internada | |
| Tentativa de suicídio | Intoxicação medicamentosa | 22 | F | Liberada | |
| F.A.F. (tentativa de homicídio) | Ferimento perfurante no abdome, com projétil alojado | 32 | M | Internado | |
| Acidente de moto | Fratura no braço | 23 | M | Liberado | |
| Acidente no esporte (voleibol) | Fratura no antebraço | 14 | M | Liberado | |
| Pisou sobre um pedaço de madeira | Ferimento inciso no pé D | 21 | M | Liberado | |
| Agressão (espancamento com objeto de madeira) | Ferimento na cabeça | 44 | M | Liberado | |
| F.A.B. (acidental) | Ferimento inciso em MID | 75 | M | Liberado | |
| Acidente de veículo | Trauma ocular, (fechado), fratura de seio maxilar E | TCE 37 | F | Internada Cirúrgico) | (Centro |
| Acidente no esporte | Fratura em MID (fechada) | 22 | M | Internado | |
| Acidente de Moto | Fratura de fêmur (fechada) | 37 | M | Internado | |
| Queda de nível (caiu do telhado) | Entorse no tornozelo E | 32 | M | Liberado | |
| Clínica | Hipertensão, IAM | 49 | F | Internada | |
| Tentativa de suicídio | Intoxicação medicamentosa | 19 | F | Liberada | |
| Clínica | IAM | 38 | F | Internada | |

Conclusão**QUADRO 03 – RELAÇÃO DOS ATENDIMENTOS QUE PARTICIPAMOS NA SALA CIRÚRGICA E SALA DE REANIMAÇÃO, DURANTE O PERÍODO DE ESTÁGIO**

| Natureza da ocorrência | Caso clínico | Idade | Sexo | Situação após o atendimento inicial |
|---|--|-------|------|-------------------------------------|
| Acidente de trabalho (carroceria do caminhão caiu sobre a coluna vertebral) | Ferimento contuso em coluna lombar | 29 | M | Liberado |
| Acidente de moto | Ferimento lacerante em Joelho D, escoriações em MMSS e avulsão na mão E | 34 | M | Liberado |
| Clínica | AVC | 65 | F | Internada |
| Clínica | PCR | 55 | F | Óbito |
| Atropelamento | Ferimento em MID (lacerante e escoriações) | 15 | M | Liberado |
| F.A.F. (tentativa de homicídio) | Ferimento perfurante na face ventral do antebraço | 22 | M | Internado |
| Clínica | PCR | 65 | F | Óbito |
| Queda de nível | Fratura de coluna lombar (L2) | 62 | F | Internada |
| Acidente no esporte (futsal) | Entorse no tornozelo D | 18 | F | Liberada |
| Atropelamento | TCE, ferimento lacerante na região occipital, fratura de costelas, ferimento MMSS e face | 53 | M | Internado |
| Acidente no esporte (futebol) | Contusão na coluna cervical | 38 | M | Liberado |
| Clínica | Precordialgia, hipotensão | 60 | F | Internada |
| Acidente no esporte (futebol) | Entorse no Joelho | 32 | M | Liberado |
| Clínica | Precordialgia, insuficiência respiratória | 59 | F | Internada |
| Acidente de bicicleta | Ferimento em tecido mole | 13 | M | Liberado |
| F.A.B. (tentativa de homicídio) | Ferimento no abdome | 51 | M | Liberado |
| Clínica | Abscesso em cirurgia de fratura de fêmur com platina | 72 | M | Liberado |
| Queda de skate | Escoriações generalizadas | 25 | M | Liberado |
| Clínica | EAP, dispnéia, DM | 55 | F | Internado |
| Clínica | CA no pulmão | 65 | M | Internado |
| Tentativa de suicídio | Intoxicação medicamentosa | 25 | F | Liberada |
| Clínica | Transtorno mental e alcoolismo | 35 | M | Liberado |

TABELA 06 - CASOS ATENDIDOS (TRAUMAS E CLÍNICOS) NO PERÍODO DE 10 DE ABRIL A 08 DE JUNHO DE 2001 SEGUNDO CAUSA, SEXO E FAIXA ETÁRIA:

| Causas Externas | Faixa etária | | | | | | | | Total |
|----------------------------|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| | < 20 | | 21-40 | | 41-60 | | >60 | | |
| | M | F | M | F | M | F | M | F | |
| Atropelamento | 1 | - | 3 | - | 1 | - | - | - | 5 |
| Acidente de bicicleta | 1 | - | 1 | - | - | - | - | - | 2 |
| Acidente de moto | 4 | - | 10 | 1 | 1 | - | - | - | 16 |
| Acidente de veículo | - | 1 | 1 | 1 | 1 | - | - | - | 4 |
| Acidente de trabalho | - | - | 3 | - | - | - | - | - | 3 |
| Acidente no esporte | 1 | 1 | 3 | - | 1 | - | - | - | 6 |
| Ferimento por arma de fogo | - | - | 3 | - | 1 | - | - | - | 4 |
| Ferimento por arma branca | - | - | - | - | 1 | - | 1 | - | 2 |
| Agressão | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - | 2 |
| Queda de nível | 1 | - | 3 | - | 1 | - | - | 1 | 6 |
| Queimadura | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| Intoxicação | - | 1 | - | 3 | - | - | - | - | 4 |
| Outras causas | - | - | 2 | - | - | - | - | - | 2 |
| Clínico | - | - | 2 | 1 | - | 6 | 2 | 2 | 13 |
| Total | 9 | 3 | - | 6 | 8 | 6 | 3 | 3 | 69 |

TABELA 07 - CASOS ATENDIDOS (TRAUMAS E CLÍNICOS) NO PERÍODO DE 10 DE ABRIL A 08 DE JUNHO DE 2001, SEGUNDO CAUSAS EXTERNAS E SITUAÇÃO APÓS ATENDIMENTO INICIAL (EVOLUÇÃO):

| Causas externas | Situação após o atendimento inicial | | | |
|----------------------------|-------------------------------------|-----------|----------|-----------|
| | Internado | Liberado | Óbito | Total |
| Atropelamento | 3 | 2 | - | 5 |
| Acidente de bicicleta | - | 2 | - | 2 |
| Acidente de moto | 5 | 11 | - | 16 |
| Acidente de veículo | 3 | 1 | - | 4 |
| Acidente de trabalho | - | 3 | - | 3 |
| Acidente no esporte | 1 | 5 | - | 6 |
| Ferimento por arma de fogo | 4 | 1 | - | 5 |
| Ferimento por arma branca | - | 1 | - | 1 |
| Agressão | 1 | 1 | - | 2 |
| Queda de nível | 2 | 3 | - | 5 |
| Queimadura | - | 1 | - | 1 |
| Intoxicação/envenenamento | 1 | 3 | - | 4 |
| Outras causas | - | 2 | - | 2 |
| Clínico | 9 | 2 | 2 | 13 |
| Total | 29 | 38 | 2 | 69 |

Analisando a relação de atendimentos, dos quais participamos, e considerando como uma amostra no período compreendido, podemos perceber que os acidentes de moto realmente se destacaram neste período conforme vimos no item “perfil da vítima traumatizada atendida na emergência”. Conclui-se também, que os atendimentos de maior complexidade também estão direcionados às vítimas das ocorrências de moto, veículos, atropelamentos e ferimento por arma de fogo, tendo em vista que resultou em maior número de internações.

Por último, salientamos que os atendimentos relacionados foram realizados no período de estágio compreendido entre 10 de abril e 08 de junho, em horários (turnos) e dias da semana diversos. Salientamos que não representa o conjunto de pessoas por nós atendidas, pois também realizamos atividades na sala de medicação, cujos pacientes não relacionamos devido a grande maioria darem entrada pelo serviço de triagem, em caráter “não urgente”. Todavia, relacionamos apenas os atendimentos dos quais participamos na sala de reanimação e sala cirúrgica. Devido o fato de atuarmos a maior parte do estágio no atendimento às vítimas de traumas, estes casos aparecem em maior número. Por isso, salientamos que não significa que é a maior demanda de atendimento da referida emergência.

1.1 - Desenvolvendo a Metodologia da Assistência de Enfermagem em Emergência

Mesmo sendo a violência no trânsito a maior expressão das mortalidades por causas externas, os homicídios, os suicídios, entre outros, também são preocupantes e compõem o quadro drástico da violência. Perante essa consideração, podemos perceber a importância dos serviços de emergência como potenciais interventores no produto dessa violência, ou seja, serviços que intervêm quando os danos à vítima – levando a privação, especialmente da integridade física – já estão presentes.

Deste modo, acreditando que “a enfermagem como parte integrante da equipe de saúde, implementa estados de saúde, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrio em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento da suas necessidades básicas, procura reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço”, propomos uma metodologia de assistência de enfermagem na emergência, fundamentada na combinação da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta com a classificação diagnóstica da NANDA⁶ realizada por BENEDET, BUB (2001) em combinação com o “método mnemônico ‘ABCDE’” preconizado pelo programa ATLS/SAVT (1996, p. 13).

⁶ NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION – NANDA.

1.1.1 - Fundamentando a Metodologia Proposta

De acordo com HORTA (1979), “para que a enfermagem atue eficientemente, necessita desenvolver sua metodologia de trabalho que está fundamentada no método científico. Este método de atuação da enfermagem é denominado processo de enfermagem” (1979, p. 31). Tal processo de enfermagem é definido pela autora como sendo “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos” (Ibid., p. 35). BENEDET, BUB (2001), afirmam que o processo de enfermagem tem como objetivo principal guiar as ações de enfermagem com o propósito de auxiliar o cliente a satisfazer suas necessidades individuais (2001, p. 34). Trata-se portanto, de uma forma de planejamento da assistência de enfermagem, com a finalidade de atingir objetivos esperados. Esta assistência de enfermagem na emergência, para que seja sistematizada através do processo de enfermagem, requer “instrumentos básicos indispensáveis”, tais como: “observação, comunicação, aplicação de métodos e princípios científicos, destreza manual, planejamento, avaliação, criatividade, trabalho em equipe...” (HORTA, 1979, 37).

“Conforme IYER et al. (1993),” apud, BENEDET, BUB (2001), “o processo de enfermagem possui seis propriedades (...)”, onde uma delas é “a flexibilidade porque pode ser utilizado em qualquer área da prática assistencial e suas fases podem ser utilizadas de forma seqüencial e concomitante” (Cf. Op Cit.). No entanto, para área de emergência

intra-hospitalar, faz-se necessário algumas adaptações ou combinações com a sistemática de atendimento segundo uma escala de prioridades no atendimento, proposta pelo programa ATLS/SAVT e similares (PHTLS e TLSN). Antes de argumentar sobre estes programas e fazer as devidas adaptações, veremos antes, as fases do processo de enfermagem proposto por HORTA (1979) centrado no indivíduo, família e comunidade:

► **Histórico de Enfermagem:** roteiro sistematizado para o levantamento de dados (significativos para o (a) enfermeiro (a) do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas);

► **Diagnóstico de enfermagem:** após a análise e avaliação dos dados levantados no histórico é possível realizar o diagnóstico de enfermagem que é a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pela (o) enfermeira (o) do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão;

► **Plano assistencial:** a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido;

► **Plano de cuidados ou prescrição de enfermagem:** implementação do plano assistencial pelo roteiro diário (ou período aprazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano;

► **Evolução de enfermagem:** relato diário (ou aprazado) das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional;

► **Prognóstico de enfermagem:** (a partir do estudo analítico e avaliação dos passos anteriores) é a estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem (HORTA, 1979, p 35 et seq.).

Conforme a autora, “somente por razões didáticas e de sistematização estas fases são separadas” e pelo fato delas estarem inter-relacionadas, “ao fazermos o diagnóstico e mesmo na própria coleta de dados já teremos uma idéia do prognóstico” (Id.). Na emergência, devido as suas peculiaridades e também por razões de praticidade, algumas destas fases não aparecem. GOMES (1994), no capítulo “planejamento da assistência de enfermagem”, estabelece na metodologia da assistência, um instrumento contendo: “histórico, evolução e prescrição de enfermagem”.

O que queremos ressaltar é que no processo de enfermagem em emergência, o levantamento de histórico detalhado, não é pré-requisito para iniciarmos os cuidados de enfermagem, especialmente no paciente politraumatizado, pois nestes casos, o mais importante é atender primeiro os desequilíbrios homeostático ou alterações anormais do organismo, relacionadas às necessidades fisiológicas que ameaçam a vida de imediato. Sendo assim, essas intervenções iniciam ao realizarmos uma fase diagnóstica, simplificada, voltada para fatores fisiológicos que necessitam de intervenções ao nível de suporte de vida. Se isto é verdade, devemos salientar que estas intervenções de enfermagem não se tratam, ainda, neste primeiro momento, de assistência de enfermagem sistematizada, que dê conta de todas as NHB afetadas, embora também deva ser planejada e executada com extrema habilidade.

Quando HORTA apresenta a metodologia da assistência, expõe que “o processo de enfermagem introduziu termos como assistência e cuidado de enfermagem (...) e de modo geral, considera significados distintos” (HORTA, 1979, p.36). Aqui está a grande especificidade para a assistência de enfermagem em emergência pois:

Assistência de enfermagem é a aplicação, pelo (a) enfermeiro (a), do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender às necessidades básicas do ser humano (Id.).

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 (Id.).

Se por outro lado, segundo a autora “o histórico deverá ser feito na admissão, isto é, no primeiro contato com o cliente, o que poderá ocorrer no quarto, na sala de admissão

clínica, no ambulatório, no domicílio” (1979, p. 42), em nosso caso ocorre na emergência (sala de reanimação ou sala cirúrgica) e acontece de forma diferente de todas as outras situações. Não há um ambiente propício para uma boa coleta de dados o que conduz às especificidades desta modalidade assistencial. Neste primeiro contato, um tanto conturbado, iniciamos a coleta de dados ou levantamento do histórico, como faríamos em qualquer outra área. Os procedimentos, ou cuidados de enfermagem, dispensados ao paciente no primeiro atendimento, também será conteúdo deste histórico. Quando a vítima ainda está em condições de se comunicar, a anamnese é realizada diretamente, destacando-se assim a importância dos dados subjetivos. No entanto, por se tratar de emergência, em muitos casos é comum a desorientação ou inconsciência. Nestas situações, é de fundamental importância colher os dados sobre a natureza da ocorrência, diretamente dos familiares, equipe de atendimento pré-hospitalar ou outras pessoas que porventura realizaram a condução da vítima até a emergência.

Conforme BENEDET, BUB (2001), “muitas vezes as enfermeiras e enfermeiros terão de interromper a coleta de informações para implementar ações de cuidado” (2001, p. 36). Essa interrupção ocorreria em situações em que houve intercorrências durante a fase de levantamento do histórico e que não estava prevista. Sendo a emergência local específico para estas situações, portanto, durante o atendimento inicial não é momento específico para levantamento de histórico para o processo de enfermagem necessário a uma assistência sistematizada. O que fazemos então, é levantar dados mínimos durante a intervenção que ocorre simultaneamente. Dados que possam ajudar a elucidar o

diagnóstico médico necessário a uma eficaz intervenção direcionada a estabelecer e/ou restabelecer as funções vitais do paciente. De acordo com BENEDET, BUB (2001) “bom senso e flexibilidade são importantes para a identificação do momento e da maneira mais apropriada para realizar a atividade do histórico”. Portanto, o atendimento de emergência deve estar voltado inicialmente, com maior ênfase, no “cuidado” às “necessidades básicas” afetadas (oxigenação, hidratação, regulação vascular, regulação neurológica e regulação térmica), ou seja, necessidades psicobiológicas que põem em risco a vida ou podem trazer seqüelas importantes.

De acordo com HORTA (1979), “quando a necessidade se manifesta, o faz por sinais e sintomas que em enfermagem, por enquanto, denomina-se **problemas de enfermagem**”. Como na intervenção inicial, ainda não estamos trabalhando com diagnósticos de enfermagem, visto que não completamos a primeira e mais importante fase do processo de enfermagem, o histórico, intervimos pois, nos problemas de enfermagem.

Por isso, a essa fase de intervenção da enfermagem, não podemos denominar de assistência de enfermagem, mas sim, cuidados de enfermagem, pois as ações ainda não têm origem num processo de enfermagem. Os dados levantados neste momento, onde se faz necessário uma intervenção agressiva seguindo uma ordem de prioridades de atendimento às necessidades que ameaçam a vida de imediato, formam apenas uma parcela do histórico de enfermagem necessário à construção do processo de enfermagem, após a estabilização das funções vitais da vítima. Posteriormente, damos início ao

planejamento da assistência através da elaboração deste processo de enfermagem. De acordo com GOMES (1994),

este planejamento baseia-se no atendimento às necessidades, que tendem a sofrer variações em curtos intervalos de tempo. Apóia-se na avaliação do paciente, a qual deve-se desenvolver por meio de uma abordagem organizada e sistematizada para levantar os dados essenciais (...). De uma forma geral, o planejamento da assistência pretende assegurar: o atendimento de enfermagem, a coordenação, a continuidade, a avaliação e a orientação das práticas desenvolvidas pela equipe.

Após esta etapa, o objetivo terapêutico central, é a recuperação da vítima, por isso mesmo, estes propósitos terapêuticos devem ser flexíveis, proporcionando interação entre os envolvidos no atendimento e o mais correto encaminhamento para um tratamento definitivo.

1.1.2 - Relacionando a Assistência de Enfermagem com o Método

Mnemônico “ABCDE”

A intervenção inicial ou assistência imediata nas situações de emergência, está baseada num programa bastante antigo que surgiu da necessidade de aprimorar a sistemática da assistência. “Como freqüentemente acontece, em fevereiro de 1976 ocorreu uma tragédia que mudou a face do atendimento na primeira hora aos traumatizados nos Estados Unidos, e, potencialmente, em muitos lugares no resto do mundo” (ATLS/SAVT, 1996, p. 11-12). Com o acidente de avião ocorrido com um

cirurgião-ortopedista (e sua família), que obteve atendimento inadequado, decidiu que era necessário melhorar a sistemática de atendimento na primeira hora após o trauma (Cf. ATLS/SAVT, 1996, p. 12).

De acordo com o American College of Surgeons, Committee on Trauma, em 1978 realizou-se o primeiro curso de Advanced Trauma Life Support (ATLS). Esse curso (...) piloto foi testado na prática conjuntamente com os Serviços de Emergência Médica do Sudeste de Nebraska. Um ano depois, em 1979, o Comitê de Trauma (COT) do Colégio Americano de Cirurgiões (ACS), reconhecendo o trauma como doença cirúrgica, adotou o curso entusiasticamente e o incorporou no seu programa educacional (ATLS/SAVT, 1996, 11).

Atualmente este programa vem se expandindo no mundo, com a tendência de se tornar um sistema universal de assistência ao traumatizado. No entanto, como as denominações “Advanced Trauma Life Support® e ATLS® são marcas registradas de produtos e serviços”, o programa e cursos, só podem ser multiplicados com autorização do American College of Surgeons ou por indivíduos ou entidades que pertencem ao comitê do trauma deste colégio. Segundo o ACS, “atualmente 15 países estão proporcionando ativamente o curso ATLS/SAVT para seus médicos (...) e um curso paralelo do tipo ATLS/SAVT é o Curso Pré-hospitalar de Suporte de Vida no Trauma (PHTLS/PHSVT), patrocinado pela Associação Nacional de Técnicos em Emergências Médicas (NAEMT), desenvolvido em cooperação com o Comitê do Trauma do ACS, é baseado nos conceitos do ATLS/SAVT para médicos do ACS, e é dirigido para técnicos

de emergência médica, paramédicos e enfermeiras que executam o atendimento pré-hospitalar em trauma” (ATLS/SAVT, 1996, p. 15).

“Após a consolidação do ATLS, surgiu também o Trauma Life Support for Nurses (TLSN), [desenvolvidos com conceitos e filosofias semelhantes] o qual tem como um dos objetivos, sistematizar a assistência de enfermagem acompanhando a assistência médica, para formar uma equipe adequada e com uma mesma filosofia no atendimento a clientes traumatizados” (ROCHA, 2000, p. 38).

O curso protótipo se baseou numa premissa maior – que o atendimento inicial dado de forma adequada e em tempo hábil, poderia melhorar significativamente o resultado do atendimento a traumatizados graves – que foi provada pela identificação da distribuição trimodal⁷ de óbitos devido ao trauma (Cf. ATLS/SAVT, 1996, p. 12).

O referido treinamento ou curso do ATLS/SAVT é voltado exclusivamente para reduzir a mortalidade no segundo pico óbitos, de modo a reduzir seqüelas e favorecer a reabilitação. A focalização primária deste pico foi fundamentado posteriormente “com base no conceito da ‘hora de ouro’ e defendido há vários anos pelo American College of Surgeon “ que preconiza que se o politraumatizado receber atendimento definitivo em até uma hora após o trauma, suas chances de sobrevivência aumentarão em até 80% ” (GOMES, 1995).

⁷ A distribuição trimodal de óbitos devido ao trauma foi descrita em 1982 (5 anos após o curso piloto) e diz que a morte decorrente de trauma ocorre em um de três períodos de tempo: O **primeiro pico** de morte ocorre nos primeiros segundos a minutos do trauma; O **segundo pico** ocorre dentro de minutos a várias horas depois do trauma; O **terceiro pico**, ocorrendo de vários dias a semanas depois do traumatismo inicial, é mais freqüente devido à sépsis e à insuficiência de múltiplos órgãos e sistemas (ATLS/SAVT, 1996, p 12).

O método mnemônico “ABCDE” estabelecido pelo ATLS “define as avaliações e intervenções específicas, ordenadas e priorizadas que devem ser seguidas em todos os pacientes traumatizados”, ou seja, significa a seqüência de prioridades que devem ser seguidas durante o atendimento inicial ao politraumatizado (ATLS/SAVT, 1996, p.13). A partir do ABCDE são traçadas prioridades no atendimento inicial, onde:

A=Airway (vias aéreas) – abertura de vias aéreas com proteção da coluna cervical;
B=Breathing (respiração) – avaliação da respiração e implementação de ventilação artificial;
C=Circulation (circulação) – avaliação da circulação com controle de hemorragias e realização de RCP;

D=disability (inabilidade) avaliação do estado neurológico;

E=exposure (exposição) - exibição do corpo da vítima e controle da temperatura.

O ATLS/SAVT, segundo o Comitê do Trauma do ACS (1996), fornece (...) um método seguro e confiável para controle imediato do paciente traumatizado, e o conhecimento básico necessário para: 1) Avaliar, rápida e precisamente, as condições do paciente; 2) Reanimar e estabilizar o paciente em obediência a prioridades definidas; 3) Determinar se as necessidades do paciente provavelmente excederão os recursos da instituição; 4) Providenciar a transferência inter-hospitalar do paciente; 5) Garantir que o máximo de cuidados esteja disponível em cada etapa da transferência (Cf. ATLS/SAVT, 1996).

A partir do curso ATLS/SAVT para médicos e os referidos cursos similares para outros profissionais envolvidos no atendimento ao paciente traumatizado, iniciou-se a padronização de técnicas de resgate e manutenção dos sinais vitais passando a desenvolver uma linguagem única entre o pessoal de Atendimento Pré-hospitalar e Inter-hospitalar e entre a equipe multidisciplinar envolvida nestas modalidades de atendimento.

1.2 - Adaptando o Processo de Enfermagem em Emergência: Histórico, Evolução e Prescrição de Enfermagem

Após esta breve explanação sobre o instrumento pretendido, começamos a expor a necessidade de atendimento ou cuidados de enfermagem voltada às necessidades psicobiológicas (em especial as necessidades fisiológicas) por ordem de prioridades fazendo uma combinação com a seqüência do atendimento preconizada pelo programa do ATLS/SAVT e similares. Deste modo, o atendimento inicial tenderá a ocorrer de forma sincronizada através da equipe multidisciplinar. Ainda de forma a contribuir neste sentido, as ações de cada um dos integrantes da equipe podem ser determinadas previamente através de protocolos de atendimento nas situações principais de emergências, o que requer muito estudo e discussão entre os profissionais, de forma a prover participação nas decisões que passariam a ser pré-determinadas.

Segundo GOMES (1994, p. 35),

...estarão sujeitos ao planejamento da assistência de enfermagem os pacientes [que depois de serem atendidos na sala de reanimação ou sala cirúrgica, são] admitidos em leitos da Sala de Repouso, Observação e Isolamento. Dele fazem parte: um sucinto histórico (roteiro sistematizado a ser preenchido pelo enfermeiro para levantamento de dados); uma evolução (registro feito pelo enfermeiro após a avaliação do paciente, com informações sobre problemas identificados e que serão alvos de atenção) e uma prescrição (condutas estabelecidas para a assistência individualizada e contínua do paciente).

a) Histórico de Enfermagem na Emergência

O histórico de enfermagem ou levantamento de dados, tem início no primeiro contato com o paciente e acompanhantes, passa pelo momento de estabelecimento/restabelecimento das funções vitais do paciente e termina após serem realizados todos os exames diagnósticos médicos e complementares. Só então é que devemos encerrar a coleta e registro de dados que serão de fundamental importância na continuidade do processo de enfermagem, e conseqüentemente, na determinação dos diagnósticos de enfermagem, pois ajudam “na identificação dos problemas a serem abordados nas intervenções de enfermagem, segundo uma escala de prioridades” (GOMES, 1994, p. 35).

Considerando a flexibilidade característica do processo de enfermagem, devemos após o estabelecimento/restabelecimento das funções vitais e a realização do histórico de enfermagem, proceder a uma evolução de enfermagem - na qual se inclui o diagnóstico de enfermagem -, devido às mudanças orgânicas que ocorreram até então.

b) Evolução de Enfermagem na Emergência

Esta evolução ou avaliação de enfermagem poderá ser realizada pela metodologia preconizada por WEED sob forma de SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análise, Plano) através do prontuário orientado para o problema que também é fundamentado no método científico (PHILIP, LESLIE, 1967, Apud, BENEDET, BUB, 2001, p. 49). No entanto, GOMES, (1994), propõe que a evolução de enfermagem deve ser registrada juntamente com a prescrição de enfermagem, numa mesma folha, e deve conter um resumo das condições gerais do paciente e com a relação dos problemas a serem atendidos numa primeira intervenção e baseia-se também na evolução e prescrição médicas; deve ser realizada pelo menos a cada período de 6 horas (Cf. GOMES, 1994, p. 37). Sendo assim, a evolução contempla em “P” do SOAP a prescrição de enfermagem.

Ainda com base em BENEDET, BUB, (2001, p. 49-50) no “modelo de avaliação” proposto pelo método WEED como metodologia de evolução, seguimos os seguintes passos:

- ▶**dados subjetivos (S):** refere-se às informações fornecidas pelo cliente, familiares e/ou cuidadores sobre o atendimento de suas necessidades, o que observa as suas percepções sobre si mesmo. É importante que este registro seja realizado utilizando as palavras do próprio cliente, pois caracterizam seu jeito próprio de falar;
- ▶**dados objetivos (O):** contemplam as observações clínicas, resultado dos exames complementares e tratamentos (terapêutica medicamentosa, cirurgias);
- ▶**análise (A):** explica o significado dos dados subjetivos e objetivos. Aqui o profissional registra a sua opinião sobre como definir o problema com maior grau de precisão, avaliando

ao mesmo tempo as respostas à conduta adotada e identificando novas necessidades. Devem estar incluídas as razões para manter, mudar ou abandonar uma conduta;

► **plano (P):** é abordado do mesmo modo como é feito o plano inicial. Um plano (P) representa a decisão para tomar uma conduta específica baseada na análise de novos dados. Quando o profissional faz o registro do plano, preocupa-se em relatar as condutas a serem tomadas de forma mais abrangentes e não de forma detalhada como o faz quando fornece as orientações aos clientes/ familiares e equipe de enfermagem ou cuidadores informais.

Assim, pelo método WEED, nos “dados subjetivos e objetivos” são anotadas todas as “informações” e “observações” referentes às necessidades humanas básicas. Essas informações e observações devem “subsidiar a elaboração da prescrição de enfermagem” (GOMES, 1994, 37). Na “análise” explicamos o “significado dos dados subjetivos e objetivos” e avaliamos ao mesmo tempo “as respostas à conduta adotada, identificando novas necessidades”. Os diagnósticos de enfermagem serão escritos nesta etapa de análise (A), conforme recomendado por BENEDET, BUB, (2001, p. 44).

c) Prescrição de Enfermagem na Emergência

O planejamento de cuidados ou prescrição de enfermagem é contemplada na etapa do plano (“P”), da evolução. Assim, através da análise dos dados é que determinaremos os cuidados que darão seqüência a evolução. Ou seja, após os cuidados iniciais de estabilização da vítima, que pode ser planejado através de protocolos ou algoritmos, realizado os exames mais importantes e estabelecido o diagnóstico médico, são criadas as condições para que seja realizada a evolução a partir dos dados levantados e registrados

no histórico e dos novos dados que significam as alterações orgânicas, em maior proporção, no nível fisiológico. A prescrição de enfermagem é a seqüência desta evolução de enfermagem e continuará seguindo a “escala de prioridades” para a realização da assistência de enfermagem, a fim de favorecer um atendimento individualizado para o paciente que necessita ficar em observação na Sala de Reanimação, Sala Cirúrgica, Repouso ou Isolamento. Certamente que este processo de enfermagem será importante para a continuidade desta “assistência de enfermagem” quando o paciente for transferido para uma Unidade de Internação, Centro Cirúrgico, UTI e outros.

1.3 - Adequando o Instrumento Para Assistência de Enfermagem em Emergência às Vítimas de Trauma

Conforme fundamentamos, essa proposta tem como base o “Manual de Diagnóstico de Enfermagem – Uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas e na Classificação Diagnóstica da NANDA” de BENEDET, BUB, (2001), em combinação com o método mnemônico “ABCDE” de atendimento de emergência a traumatizados, preconizada pelo programa do ATLS/SAVT e foi elaborado com referência o instrumento de assistência em enfermagem do setor de emergência do Hospital Governador Celso Ramos, o instrumento de assistência em enfermagem das unidades de internação do Hospital Universitário, o instrumento de assistência médica do ATLS/SAVT e também com base no “instrumento proposto” por GOMES (1994, p. 36 et seq.) (ANEXOS 02).

QUADRO 04 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

| | | | |
|---|--|---|--------------------------------------|
| I – Identificação: | | | |
| Nome: | Idade: | Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | |
| Data: / / | Hora da Chegada: / | h. | |
| Local da ocorrência: Rua: | | | |
| Bairro: | Município: | | |
| Local de residência: Rua: | | | |
| Bairro: | Município: | | |
| II - Encaminhado a EMG por: | | | |
| <input type="checkbox"/> populares | <input type="checkbox"/> Corpo de Bombeiros | <input type="checkbox"/> Polícia Militar | |
| <input type="checkbox"/> Polícia Rodoviária Federal <input type="checkbox"/> Outros serviços de APH. | | | |
| III – Transferido para a EMG do: | | | |
| <input type="checkbox"/> HF <input type="checkbox"/> HGCR <input type="checkbox"/> HU HC <input type="checkbox"/> Outros: | | | |
| IV – Tipo de ocorrência pré-hospitalar: | | | |
| <input type="checkbox"/> acidente de veículo | <input type="checkbox"/> condutor | <input type="checkbox"/> passageiro | <input type="checkbox"/> alcoolizado |
| <input type="checkbox"/> acidente de moto | <input type="checkbox"/> condutor | <input type="checkbox"/> passageiro | <input type="checkbox"/> alcoolizado |
| <input type="checkbox"/> acidente de bicicleta | <input type="checkbox"/> condutor | <input type="checkbox"/> passageiro | <input type="checkbox"/> alcoolizado |
| <input type="checkbox"/> atropelamento | <input type="checkbox"/> alcoolizado | | |
| <input type="checkbox"/> FAF por: | <input type="checkbox"/> tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> tentativa de homicídio | <input type="checkbox"/> acidental |
| <input type="checkbox"/> FAB por: | <input type="checkbox"/> tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> tentativa de homicídio | <input type="checkbox"/> acidental |
| <input type="checkbox"/> agressão | | | |
| <input type="checkbox"/> intoxicação/envenenamento: <input type="checkbox"/> tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> tentativa de homicídio <input type="checkbox"/> acidental | | | |
| <input type="checkbox"/> queda de nível: metros <input type="checkbox"/> própria altura | | | |
| <input type="checkbox"/> soterramento/ desabamento | | | |
| <input type="checkbox"/> queimadura: <input type="checkbox"/> térmica <input type="checkbox"/> elétrica <input type="checkbox"/> química | | | |
| <input type="checkbox"/> afogamento <input type="checkbox"/> água doce <input type="checkbox"/> água salgada | | | |
| <input type="checkbox"/> acidente de trabalho | | | |
| <input type="checkbox"/> outros motivos: | | | |
| V - História pré-hospitalar/cinemática do trauma (ambiente/eventos relacionados): | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| VI – Situação da vítima quando chegou na EMG: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

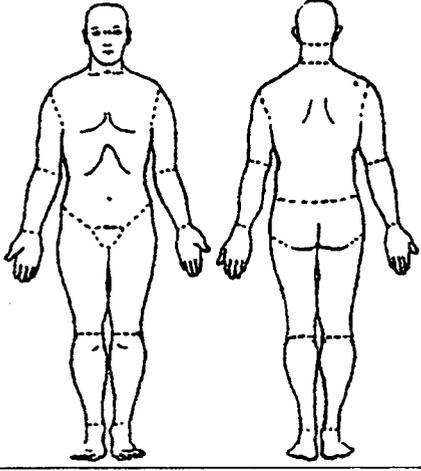
Continuação

QUADRO 04 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

| | | |
|--|---|---|
| VI – Problemas relacionados às Necessidades Humanas Básicas: | | |
| 1. Necessidades psicobiológicas: | | |
| 1.1. Oxigenação: | | |
| Abertura das vias aéreas: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retirada de corpo estranho <input type="checkbox"/> Próteses <input type="checkbox"/> Aspiração orofaríngea/nasofaríngea <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia <input type="checkbox"/> Cânula orofaríngea <input type="checkbox"/> Cânula endotraqueal (TOT) | | |
| Respiração: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Toráco-abdominal <input type="checkbox"/> Torácica <input type="checkbox"/> Simétrica <input type="checkbox"/> Assimétrica <input type="checkbox"/> Tiragens Ausculta pulmonar: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Roncos ___/___ <input type="checkbox"/> Sibilos ___/___ <input type="checkbox"/> Ventilação diminuída ___/___ <input type="checkbox"/> Ventilação ausente ___/___ <input type="checkbox"/> Eupnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Ortopnéia <input type="checkbox"/> Parada respiratória <input type="checkbox"/> FR: _____ mrm | | |
| Oxigenioterapia: <input type="checkbox"/> máscara facial <input type="checkbox"/> catéter de oxigênio _____ litros/min | | |
| Ventilação: <input type="checkbox"/> assistida (ambú) <input type="checkbox"/> acoplado no oxigênio _____ litros/min | | |
| <input type="checkbox"/> lesão torácica <input type="checkbox"/> enfisema subcutâneo Observações: _____ | | |
| 1.2. Regulação vascular e Hidratação: | | |
| PA: _____ x _____ mmhg FC: _____ bpm <input type="checkbox"/> Parada cardíaca | | |
| <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia Pulso: <input type="checkbox"/> Regular Fraco/filiforme <input type="checkbox"/> Forte/cheio | | |
| Pele: <input type="checkbox"/> corada/rósea <input type="checkbox"/> pálida na extremidades <input type="checkbox"/> cianótica na face | | |
| Ausência de pulso: MS ___/___, MI ___/___ Enchimento capilar: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | | |
| Hemorragia: <input type="checkbox"/> interna <input type="checkbox"/> externa local: _____ <input type="checkbox"/> epistaxe <input type="checkbox"/> otorragia | | |
| <input type="checkbox"/> Hipovolemia <input type="checkbox"/> Hemotransusão | | |
| <input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> Ingestão de líquidos/alimentos antes do trauma Genitália: <input type="checkbox"/> sangramento <input type="checkbox"/> lesões | | |
| Abdome: <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Rígido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Doloroso | | |
| 1.3. Regulação neurológica: | | |
| Motricidade: <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente | | |
| Sensibilidade: <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Ausente Bbabinsk: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | | |
| <input type="checkbox"/> Tontura <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Perda de consciência no local da ocorrência | | |
| Reação das pupilas: OE: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Miótica <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> midriática OD: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Miótica <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Midriática (<input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas) | | |
| Nível de consciência - escala de Glasgow (GCS) | | |
| Abertura Ocular: | Melhor Resposta Verbal: | Melhor Resposta Motora: |
| Espontânea 4 <input type="checkbox"/> | Orientado 5 <input type="checkbox"/> | Obedece comando 6 <input type="checkbox"/> |
| Comando verbal (à voz) 3 <input type="checkbox"/> | Confuso 4 <input type="checkbox"/> | Localiza estímulo doloroso 5 <input type="checkbox"/> |
| Estímulo doloroso (à dor) 2 <input type="checkbox"/> | Palavras inapropriadas 3 <input type="checkbox"/> | Retira membro à dor 4 <input type="checkbox"/> |
| Nenhuma 1 <input type="checkbox"/> | Sons 2 <input type="checkbox"/> | Flexão anormal 3 <input type="checkbox"/> |
| | Nenhuma 1 <input type="checkbox"/> | Tensão anormal 2 <input type="checkbox"/> |
| | | Nenhuma 1 <input type="checkbox"/> |
| Total GCS (3 –15) _____ | | |

Continuação

QUADRO 04 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

| | | |
|--|--|-------------------------|
| 1.4. Regulação térmica: | | |
| <input type="checkbox"/> Exposição <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> hipertermia <input type="checkbox"/> prevenção de hipotermia | | |
| Temperatura: _____ °C <input type="checkbox"/> Tremores <input type="checkbox"/> Sudorese | | |
| 1.5. Integridade física: | | |
| Legenda por números: |  | |
| 1. Fratura fechada | | 12 – F.A.B. |
| 2 Fratura exposta | | 13 - Avulsão |
| 3. Luxação | | 14 – Hematoma |
| 4. Entorse | | 15 – Edema |
| 5. Ferimento inciso | | 16 – F.A.F. |
| 6. Ferimento lacerante | | 17. Queimaduras 1º grau |
| 7. Ferimento abrasivo | | 18. Queimaduras 2º grau |
| 8. Ferimento perfurante | | 19 Queimaduras 3º grau |
| 9. Ferimento contuso | | 20 – Próteses |
| 10. Dor | | 21 – Objeto empalado |
| 11. Amputação | | |
| Observações: _____ | | |
| 1.6. Eliminação | | |
| Urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Hematúria | | |
| Intestinal: <input type="checkbox"/> Evacuação <input type="checkbox"/> Características: _____ <input type="checkbox"/> Constipação | | |
| 1.7. Terapêutica (médica e de enfermagem): | | |
| <input type="checkbox"/> Intubação endotraqueal <input type="checkbox"/> Colar cervical <u>Dreno tórax:</u> <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo n° _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Cateter venoso central <input type="checkbox"/> Lavagem/punção abdominal: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - | | |
| <input type="checkbox"/> Punção venosa periférica: Dispositivo: _____ Calibre: _____ Local: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Sonda: <input type="checkbox"/> Nasogástrica <input type="checkbox"/> Nasoenteral <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> SVA | | |
| <input type="checkbox"/> Tala gessada: <input type="checkbox"/> MS ____ / ____ <input type="checkbox"/> MI ____ / ____ | | |
| <input type="checkbox"/> Sutura: Região _____ <input type="checkbox"/> Curativo: <input type="checkbox"/> região _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Outros procedimentos: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Encaminhamentos: <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Raio-X <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> outros: _____ | | |
| Medicações utilizadas/dosagem: _____ | | |
| Outras informações: <input type="checkbox"/> Usava medicamentos - Tipo: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> amamentação | | |
| Passado médico _____ | | |

Continuação

QUADRO 04 - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

| |
|---|
| 1.8. Segurança física/meio ambiente: |
| <input type="checkbox"/> Necessidade de: prevenção de queda/contenção - Motivo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Necessidade de isolamento - motivo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Necessidade de prevenção de fugas - Motivo: _____ |
| 2. Necessidades psicossociais e espirituais: |
| 2.1. Segurança emocional: |
| Notificações: <input type="checkbox"/> Família Obs: _____ |
| <input type="checkbox"/> Autoridade policial/IML Obs: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pertences: <input type="checkbox"/> Prótese dentária <input type="checkbox"/> Aparelho auditivo <input type="checkbox"/> Óculos <input type="checkbox"/> Relógio <input type="checkbox"/> Carteira |
| Relacionar: <input type="checkbox"/> Documentos <input type="checkbox"/> Valores <input type="checkbox"/> Roupas |
| Entregues a: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Próprio hospital Nome: _____ |
| 2.2. Gregária: |
| <input type="checkbox"/> Acompanhante <input type="checkbox"/> Nome/parentesco: _____ |
| <input type="checkbox"/> Alta hospitalar ___:___ h <input type="checkbox"/> A pedido |
| 2.3. Educação para a saúde |
| <input type="checkbox"/> Necessidade de encaminhamento: <input type="checkbox"/> Assistente social <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Médico especialista Obs: _____ |
| <input type="checkbox"/> Necessidade de orientações sobre sua patologia _____ |
| 2.4. Outras informações: |
| <input type="checkbox"/> Transferência: <input type="checkbox"/> UTI ___:___ h <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico ___:___ h Unidade de internação ___:___ h |
| <input type="checkbox"/> Outra instituição ___:___ h <input type="checkbox"/> Ambulância <input type="checkbox"/> Transporte aéreo |
| <input type="checkbox"/> Acompanhado de: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Familiar: _____ <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Óbito: ___:___ h causa: _____ <input type="checkbox"/> família avisada |
| Constatado por: _____ <input type="checkbox"/> Encaminhado ao IML <input type="checkbox"/> SVO |
| <input type="checkbox"/> Doação de órgão (s): _____ |

QUADRO 05 - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Horário: ___:___h

Dados subjetivos:

Dados objetivos:

| Sinais vitais | | | | | | Líquidos:entrada | | Líquidos:saída | | |
|---------------|------|-----------|----|----------------------------|------|------------------|----------------------|----------------|-----------|----------------|
| Hora | FR | FC | PA | PVC | T | Soros | Sangue e derivados | Dreno torácico | SVD | Sonda gástrica |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Radiografia | | | | Tomografia computadorizada | | | Exames laboratoriais | | | |
| Hor a | Área | Resultado | | Tora | Área | Resultado | Hora | Tipo | Resultado | |

Análise:

Diagnóstico de enfermagem:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

Plano:

Recomendações Especiais: _____

Continuação

QUADRO 05 – EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

| Data/hora | Prescrição de Enfermagem | Execução |
|-----------|---|----------|
| | 1. Prevenir obstrução de vias aéreas | |
| | 2. Manter estabilizada a coluna cervical | |
| | 3. Realizar aspiração orofaríngea/nasofaríngea com aspirador rígido (TCE) | |
| | 4. Fazer aspiração TOT (traqueal/oral) | |
| | 5. Observar dispnéia/cianose /palidez/sudorese | |
| | 6. Trocar cateter de O2 | |
| | 7. Manter cuidados com drenagem de tórax, observar débito e aspecto de sangue/secreção | |
| | 8. Observar sangramentos externos | |
| | 9. Observar sinais de hemorragia interna | |
| | 10. Controlar reposição de volume | |
| | 11. Aquecer solução salina a 39° C | |
| | 12. Controle sinais vitais | |
| | 13. Observar queixas de dor/tontura e fraqueza | |
| | 14. Observar nível de consciência (controle da escala de Glasgow-GCS) | |
| | 15. Manter paciente com acesso venoso (abocath 14 ou 16) até sua estabilização e cuidados com soroma/flebite/equimose | |
| | 16. Manter paciente aquecido | |
| | 17. Fazer rodízio IM/SC | |
| | 18. Fazer curativo (s) em: | |
| | 19. Manter cuidados com SVD/ SNG/SNE | |
| | 20. Controlar DU e conteúdo gástrico (volume e aspecto) | |
| | 21. Restringir o paciente no leito | |
| | 22. Manter grades elevadas | |
| | 23. Fazer/estimular higiene oral | |
| | 24. Incentivar/realizar higiene corporal/banho de leito | |
| | 25. Manter cuidados com pacientes em maca rígida/prevenir escaras de decúbito | |
| | 26. Manter M/MM _____ elevado (s) | |
| | 27. Observar edema e controlar: perfusão distal, motricidade e sensibilidade em M/MM _____ | |
| | 28. Outras ações | |

1.3.1 - Avaliando o Instrumento de Assistência de Enfermagem

O instrumento construído neste estudo foi aplicado para alguns pacientes atendidos no Serviço de Emergência do HRSJ, com a finalidade de avaliá-lo (APÊNDICE 01).

a) Sobre o Histórico de Enfermagem

Como vimos anteriormente, o histórico serve para ajudar na identificação dos problemas e elaboração dos diagnósticos de enfermagem voltados para as intervenções de enfermagem em casos de trauma. Na emergência, este histórico deve conter o registro dos problemas que foram atendidos segundo uma escala de prioridades, bem como, as ações realizadas pela equipe, no momento da chegada do paciente. Além destas informações voltadas para a assistência ao paciente, o histórico deve conter dados que são necessários ao planejamento e administração de recursos humanos e materiais do serviço de emergência. Assim, saber quem está trazendo as vítimas até a emergência pode ser importante para elaborar ações conjuntas com os serviços de APH e orientar a população sobre a importância dessas vítimas serem atendidas e conduzidas por profissionais especializados. Levantar dados sobre o motivo dos atendimentos ou tipo de ocorrência pré-hospitalar, pode ser útil não somente para a administração do serviço, mas especialmente para que a instituição possa contribuir com programas e ações de prevenção a estes tipos de ocorrências. Registrar o destino dos pacientes após darem

entrada no hospital, ajuda a definir os quadros de morbidade e mortalidade decorrentes das causas violentas. Contribuir com organismos policiais e de investigação e registrar fatos, pode contribuir na elucidação das ocorrências. Registrar os encaminhamentos para outros profissionais e especialidades, determina as necessidades de ampliar a equipe multidisciplinar. Percebemos também, que os pacientes exibem considerável preocupação com pertences pessoais, documentos e roupas, e isso prejudica a assistência aos pacientes, bem como, sua segurança emocional. Guardar com segurança esses pertences e registrar, significa também, evitar problemas aos profissionais devido a extravios e danos a esses pertences. A história pré-hospitalar e cinemática do trauma, o ambiente e eventos relacionados ao trauma, são essenciais para a elucidação dos problemas da vítima e diagnóstico médico. Enfim, o histórico deve conter todos os dados clínicos sobre a situação do paciente no momento do atendimento inicial, assim como os procedimentos ou cuidados que foram realizados no primeiro atendimento. Além de esses dados serem úteis para elaboração das evoluções de enfermagem, não somente durante a permanência do paciente na emergência, mas na continuação dessa assistência em outra unidade, serve também, de amparo legal aos profissionais de enfermagem envolvidos neste processo assistencial. Acreditamos que um instrumento desse tipo, possa ser informatizado e compartilhado por outras unidades, outros hospitais que porventura recebam o paciente transferido e, principalmente com os serviços de atendimento pré-hospitalar, se criado dispositivos de segurança e sigilo de informações.

b) Sobre a Evolução e Prescrição de Enfermagem

Conforme GOMES (1994, p. 37), a prescrição de enfermagem “cobre um período de 12 horas” e “é alterada quando houver qualquer intercorrência, precedida de uma evolução de enfermagem” que normalmente é realizada a cada 6 horas. Devido às adaptações que fizemos, depois da primeira evolução, a assistência é prescrita e pode sofrer alterações a cada evolução realizada num período de até 6 horas, antes da troca de plantões. A cada evolução subsequente, cuidados são retirados ou acrescentados, dependendo da análise e diagnóstico de enfermagem na evolução. De acordo com GOMES (1994, p. 37) “os cuidados prescritos são checados quando executados”, porém salientamos que alguns dados encontrados ou proporcionados, devem ser registrados em colunas específicas da evolução. “Alguns aspectos específicos da prescrição de enfermagem, que exigem uma atenção redobrada, são anotadas no espaço destinado à “recomendações especiais” (exemplo: não mobilizar o paciente durante 3 horas)” (id.). Os itens considerados na prescrição seguem, em primeiro lugar, o método “ABCDE” tendo em vista que o paciente pode tornar-se instável a qualquer momento, e por isso visa prevenir a instabilidade. Estando voltada especificamente para traumatizados, pode seguir alguns métodos e técnicas preconizadas pelo programa ATLS/SAVT, no que tange as ações de enfermagem.

“O planejamento da assistência de enfermagem é a garantia de um atendimento individualizado dispensado ao paciente e contribui para que ele esteja cercado de

segurança durante sua permanência na unidade: pelo menos um membro da equipe é responsável por ele; deve executar o plano e estar vigilante às suas reações” (GOMES, 1994, p. 37).

2 - Conhecendo o Perfil das Vítimas de Causas Externas

... O ato violento não pressupõe intencionalidade, mas privação.

Marta Lenise do Prado

A estratégia inicial para conhecer o perfil da vítima traumatizada na emergência do Hospital Regional, Dr. Homero de Miranda Gomes (HRHMG), era identificar nas fichas de “atendimento único de urgência⁸” (ANEXO 01), dados quantitativos tais como: sexo, local, natureza da ocorrência, idade das vítimas, número de óbitos/altas na emergência e número de internações referentes às vítimas de causas externas. Com estes dados, não só identificaríamos o perfil das vítimas atendidas na emergência, mas também o quadro de morbi-mortalidade para causas externas das vítimas atendidas na emergência deste hospital.

No entanto, ao iniciarmos a verificação das fichas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), constatamos que o grande volume de fichas – resultado da média de 374 atendimentos/dia na emergência geral – seria inviável realizar o levantamento de uma amostra referente ao número de traumatizados. Além do mais, percebemos que o campo “motivo do atendimento”, da ficha única de atendimento de urgência, geralmente era preenchido incorretamente ou ficava incompleto. Alguns tipos de ocorrências de trânsito,

⁸ Trata-se de uma ficha preenchida pelo médico que realizou o atendimento inicial da vítima

por exemplo, envolvendo motoqueiro, eram registrados apenas como “acidente de trânsito”, fato que colocaria em risco a qualidade dos dados coletados.

Logicamente este problema teria sido evitado, se tivéssemos tido um contato prévio com a instituição que escolhemos como campo de estágio, ou seja, um reconhecimento do funcionamento do campo de estágio, antes de traçarmos os objetivos da prática assistencial.

Todavia, tendo em vista as circunstâncias que envolveram a escolha por este campo de estágio, esse reconhecimento prévio não foi possível⁹. Deste modo, tivemos que buscar outros mecanismos para atingir este objetivo, que consideramos essencial neste estudo. Por consequência, na medida que íamos realizando o estágio e conhecendo o funcionamento do serviço de emergência, novas idéias iam surgindo.

Neste ínterim, foi possível perceber algumas características no perfil das vítimas, entre as quais destacamos: os altos índices de vítimas motoqueiros, os ferimentos por arma de fogo e arma branca geralmente resultavam em ferimentos graves, as ocorrências decorrentes de quedas acidentais também eram importantes e na maioria das vezes resultavam em lesões da coluna vertebral. No entanto, percebemos que não eram os atendimentos decorrentes da violência no trânsito e violência interpessoal os atendimentos que geram maior demanda de atendimentos na emergência referente aos casos de trauma. O que realmente implica num maior número de atendimentos – mesmo sendo

⁹ Ver o item 2 deste trabalho, intitulado “O primeiro caminho trilhado”, página 05.

atendimentos de menor complexidade – tem origem em causas de difícil identificação, pela sua diversidade.

Foi então que decidimos aplicar um instrumento com o objetivo de levantar estes dados. Discutimos previamente com a supervisora do estágio esta possibilidade e, a partir das constatações referidas, começamos determinando quais dados seriam importantes para serem registrados. Desse modo, para atingir o objetivo de traçar o perfil da vítima traumatizada atendida na emergência, vimos que era necessário pegar do universo de atendimentos da emergência, uma amostra que seria referente apenas aos traumatizados, os quais dão entrada ou são atendidos na sala cirúrgica. Em função das características acima relatadas, decidimos que os dados a serem coletados deveriam referir-se principalmente à violência no trânsito, violência interpessoal e quedas acidentais. Outros motivos que não se enquadrariam nessas questões, tendo em vista sua diversidade, seriam relacionados num único item denominado “outras causas¹⁰”. Por outro lado, partindo da premissa de que a violência no trânsito, no Brasil, é a maior causa de mortalidade no que tange as causas violentas, achamos importante distinguir os principais tipos destas ocorrências para saber qual delas gerava o maior número de vítimas.

A partir destas considerações preliminares, decidimos realizar um estudo prospectivo, cujo planejamento apresentamos em uma reunião dos funcionários de enfermagem da emergência. Na oportunidade, esclarecemos os objetivos do

¹⁰ No item “outras causas” estão incluídos os acidentes de trabalho, queimaduras, agressões que não envolveram arma de fogo ou arma branca, acidentes na prática de esportes, mordeduras por animais (especialmente cachorros), ferimentos com pregos, cacos de vidros, entre outros.

enfermagem da emergência. Na oportunidade, esclarecemos os objetivos do levantamento destes dados, bem como a necessidade destes dados serem coletados pelo técnico de enfermagem responsável pela sala cirúrgica – no seu turno de serviço –, tendo em vista que tivemos que optar por uma fonte de dados de periodicidade ocasional. Na reunião, ficou combinado que o instrumento ou tabela, seria preenchido pelo técnico de enfermagem durante o seu respectivo plantão na sala cirúrgica.

Sendo o estudo baseado nas etapas do processo de análise estatística, após realizar a primeira etapa ou levantamento de dados, fizemos o processamento ou ordenação desses dados (Ver APÊNDICE 01) e distribuimos em tabelas com frequência absoluta e frequência relativa. Deste modo, fizemos os seguintes cruzamentos por intervalos de classes e/ou valores:

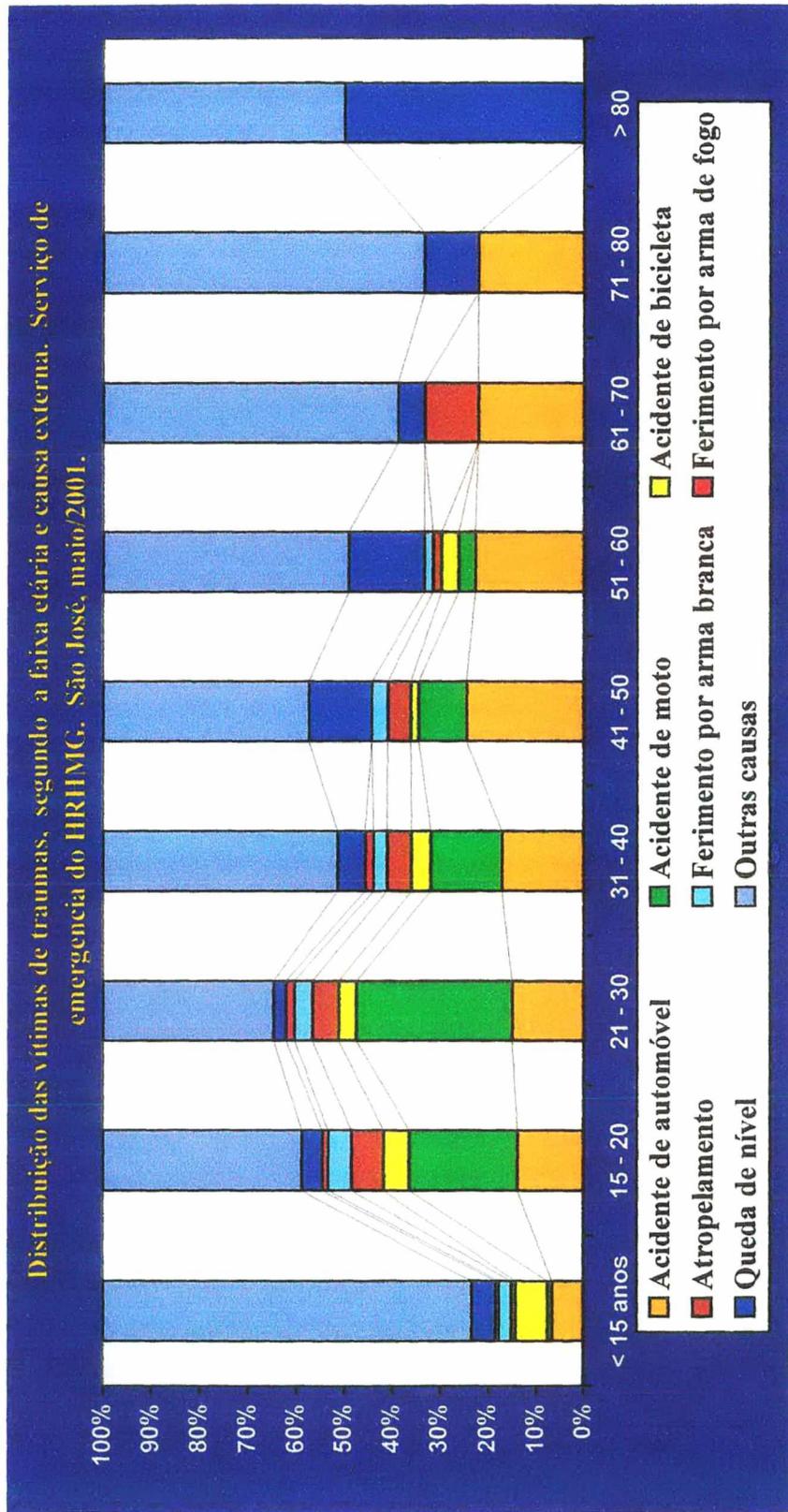
- idade x sexo;
- idade x causa;
- idade x causa x sexo;
- sexo x causa.

Elaboramos tabelas mistas, ou seja, variáveis de natureza qualitativa e quantitativa. E para cada tabela, elaboramos um gráfico ou histograma no sentido de facilitar a compreensão da análise.

TABELA 01 - DISTRIBUIÇÃO DAS VÍTIMAS DE TRAUMAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E CAUSA EXTERNA. SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HRHMG. SÃO JOSÉ, MAIO/2001.

| Causa externa | Faixa etária | | | | | | | | | | | Total |
|----------------------------|--------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|----------|----------|------------|---------------|-------|
| | < 15 anos | 15 - 20 | 21 - 30 | 31 - 40 | 41 - 50 | 51 - 60 | 61 - 70 | 71 - 80 | > 80 | Nº | % | |
| Acidente de automóvel | 8 | 23 | 41 | 30 | 30 | 13 | 4 | 2 | 0 | 151 | (16%) | |
| Acidente de moto | 1 | 37 | 88 | 26 | 12 | 2 | 0 | 0 | 0 | 166 | (18%) | |
| Acidente de bicicleta | 8 | 9 | 10 | 7 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 38 | (4%) | |
| Atropelamento | 1 | 11 | 15 | 9 | 6 | 1 | 2 | 0 | 0 | 45 | (5%) | |
| Ferimento por arma branca | 3 | 8 | 10 | 5 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 31 | (3%) | |
| Ferimento por arma de fogo | 1 | 2 | 5 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | (1%) | |
| Queda de nível | 6 | 3 | 7 | 10 | 16 | 9 | 1 | 1 | 2 | 59 | (6%) | |
| Outras causas | 91 | 68 | 96 | 85 | 52 | 29 | 11 | 6 | 2 | 440 | (47%) | |
| Total | 119 | 165 | 272 | 175 | 122 | 57 | 18 | 9 | 4 | 941 | (100%) | |

HISTOGRAMA 01:



Na Tabela 01, podemos constatar que o maior percentual de atendimentos, encontra-se no item que denominamos de “outras causas”, o que representa 47% do total de atendimentos na emergência. As faixas etárias mais atingidas por estas causas são as primeiras cinco décadas de vida. No entanto, convém destacar que este conjunto de atendimentos englobam especialmente os traumas de menor complexidade, onde muitos podem ser classificados como situações “não-urgentes”, fato que constatamos no decorrer do estágio. Nestas situações, após o atendimento, a vítima é liberada, pois geralmente necessitam apenas de sutura e curativos. Concluimos que estas são as situações que implicam em uma maior demanda de atendimentos, mas não necessariamente implica num maior dispêndio de recursos humanos e materiais.

No campo da violência no trânsito, constatamos um maior índice de atendimentos nas ocorrências, envolvendo motoqueiros com 18%, superando até mesmo as ocorrências de automóveis com 16%. No geral, as faixas etárias mais atingidas vão de 15 a 40 anos, o que possibilita concordarmos com autores que apontam o trauma como a maior causa de mortalidade nas primeiras quatro décadas de vida.

TABELA 02 - DISTRIBUIÇÃO DAS VÍTIMAS DE TRAUMAS DO SEXO MASCULINO, SEGUNDO SUA FAIXA ETÁRIA E CAUSA EXTERNA. SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HRHMG. SÃO JOSÉ, MAIO/2001.

| Faixa etária \ Causa externa | Faixa etária | | | | | | | | | Total |
|------------------------------|--------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|-----------------------|
| | < 15 | 15-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | >80 | |
| Acidente de automóvel | 3 | 13 | 27 | 24 | 18 | 7 | 3 | 1 | - | 96 |
| Acidente de moto | 1 | 32 | 71 | 22 | 10 | 1 | - | - | - | 137 |
| Acidente de bicicleta | 7 | 8 | 8 | 7 | 2 | 2 | - | - | - | 34 |
| Atropelamento | 1 | 4 | 10 | 6 | 5 | 1 | 2 | - | - | 29 |
| Ferimento por arma branca | 2 | 4 | 9 | 3 | 3 | 1 | - | - | - | 22 |
| Ferimento por arma de fogo | 1 | 2 | 5 | 3 | - | - | - | - | - | 11 |
| Queda de nível | 3 | 4 | 7 | 6 | 7 | 5 | 1 | 1 | 1 | 34 |
| Outras causas | 60 | 48 | 68 | 58 | 38 | 24 | 6 | 6 | - | 302 |
| Total | 78 | 115 | 205 | 129 | 83 | 41 | 12 | 8 | 1 | 672 (71,5%) |

TABELA 03 - DISTRIBUIÇÃO DAS VÍTIMAS DE TRAUMAS DO SEXO MASCULINO, SEGUNDO SUA FAIXA ETÁRIA E CAUSA EXTERNA. SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HRHMG. SÃO JOSÉ, MAIO/2001.

| FAIXA \ Causas externas | FAIXA | | | | | | | | | Total |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|
| | < 15 | 15-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | >80 | |
| Acidente de automóvel | 3% | 13,5% | 28% | 25% | 19% | 7% | 3% | 1% | - | 100% |
| Acidente de moto | 1% | 23,5% | 52% | 16% | 7% | 1% | - | - | - | 100% |
| Acidente de bicicleta | 20,5% | 23,5% | 23,5% | 20,5% | 6% | 6% | - | - | - | 100% |
| Atropelamento | 3,5% | 14% | 34,5% | 20,5% | 17% | 3,5% | 7% | - | - | 100% |
| Ferimento por arma branca | 9% | 18% | 41% | 13,5% | 13,5% | 4,5% | - | - | - | 100% |
| Ferimento por arma de fogo | 9% | 18% | 45,5% | 28% | - | - | - | - | - | 100% |
| Queda de nível | 8% | 12% | 20% | 17% | 20% | 14% | 3% | 3% | 3% | 100% |
| Outras causas | 20% | 16% | 22% | 19% | 12% | 8% | 2% | 2% | - | 100% |

HISTOGRAMA 02:

Distribuição das vítimas de traumas do sexo masculino, segundo faixa etária e causa externa. Serviço de emergência. São José, maio/2001.

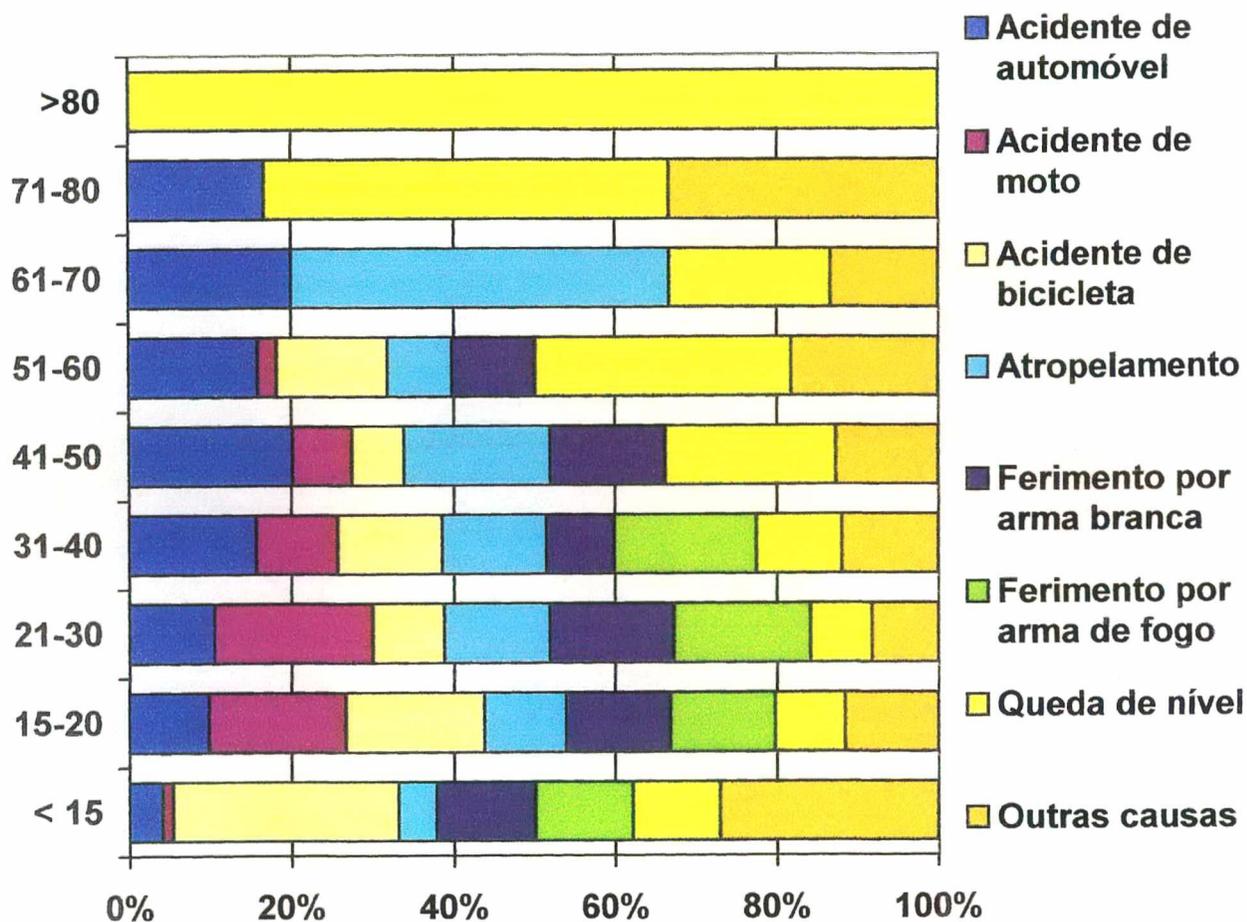


TABELA 04 - DISTRIBUIÇÃO DAS VÍTIMAS DE TRAUMAS DO SEXO FEMININO, SEGUNDO SUA FAIXA ETÁRIA E CAUSA EXTERNA. SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HRHMG. SÃO JOSÉ, MAIO/2001.

| Faixa etária \ Causa externa | Faixa etária | | | | | | | | | Total |
|------------------------------|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|------------------------------|
| | < 15 | 15-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | >80 | |
| Acidente de automóvel | 5 | 10 | 14 | 6 | 12 | 6 | 1 | 1 | - | 55 |
| Acidente de moto | - | 5 | 17 | 4 | 2 | 1 | - | - | - | 29 |
| Acidente de bicicleta | 1 | 1 | 2 | - | - | - | - | - | - | 4 |
| Atropelamento | - | 7 | 5 | 3 | 1 | - | - | - | - | 16 |
| Ferimento por arma branca | 1 | 4 | 1 | 2 | 1 | - | - | - | - | 9 |
| Ferimento por arma de fogo | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Queda de nível | 3 | 3 | - | 4 | 9 | 4 | - | - | 1 | 24 |
| Outras causas | 31 | 20 | 28 | 27 | 14 | 5 | 5 | - | 2 | 132 |
| Total | 41 | 50 | 67 | 46 | 39 | 16 | 6 | 1 | 3 | 269 (28,5%) |

Confrontando as Tabelas 02 e 04, percebemos que o índice de maior atendimento está voltado ao sexo masculino, chegando a 71,5% do total. O sexo masculino teve maior índice também nas ocorrências de ferimentos por arma de fogo onde, no conjunto de dados levantados, não houve nenhum atendimento dessa natureza ao sexo feminino, o que podemos constatar no Histograma 03.

Já nos acidentes de automóveis, considerando o conjunto de ocorrência por sexo, confrontando o Histograma 02 e 03, concluímos que o sexo feminino é atingido quase que na mesma proporção que o sexo masculino por estes tipos de ocorrências, com destaque nas faixas etárias de 15 a 40 anos.

Considerando o conjunto da amostra, podemos concluir que o sexo masculino está mais exposto ao trauma e, conseqüentemente, às situações de violência.

TABELA 05 - DISTRIBUIÇÃO DAS VÍTIMAS DE TRAUMAS DO SEXO FEMININO, SEGUNDO SUA FAIXA ETÁRIA E CAUSA EXTERNA. SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HRHMG. SÃO JOSÉ, MAIO/2001.

| Causa Externa \ Faixa etária | Faixa etária | | | | | | | | | Total |
|------------------------------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| | < 15 | 15-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 60-70 | 70-80 | >80 | |
| Acidente de automóvel | 9% | 18% | 25% | 11% | 22% | 11% | 2% | 2% | - | 100% |
| Acidente de moto | - | 17% | 58,5% | 14% | 7% | 3,5% | - | - | - | 100% |
| Acidente de bicicleta | 25% | 25% | 50% | - | - | - | - | - | - | 100% |
| Atropelamento | - | 44% | 31% | 18,5% | 6,5% | - | - | - | - | 100% |
| Ferimento por arma branca | 11% | 44,5% | 11% | 22,5% | 11% | - | - | - | - | 100% |
| Ferimento por arma de fogo | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 100% |
| Queda de nível | 12,5% | 12,5% | 0% | 16,5% | 37,5% | 16,5% | - | - | 4% | 100% |
| Outras causas | 23% | 15% | 21% | 20,5% | 10,5% | 4% | 4% | - | 1,5% | 100% |

HISTOGRAMA 03:

Distribuição das vítimas de traumas do sexo feminino, segundo a faixa etária e causa externa. Serviço de emergência do HRHMG, maio/2001.

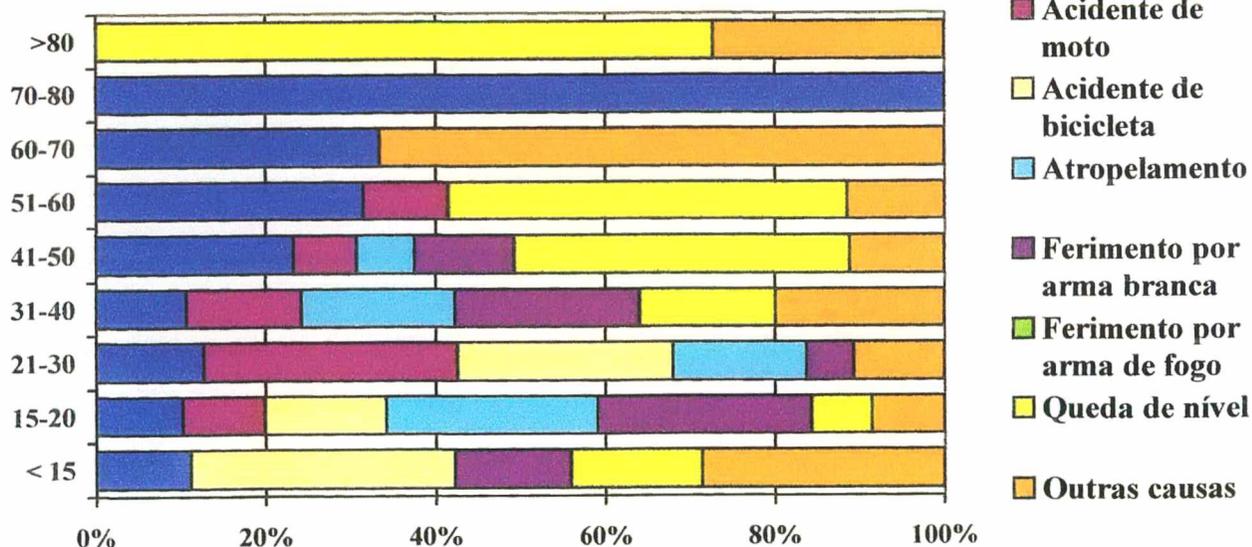
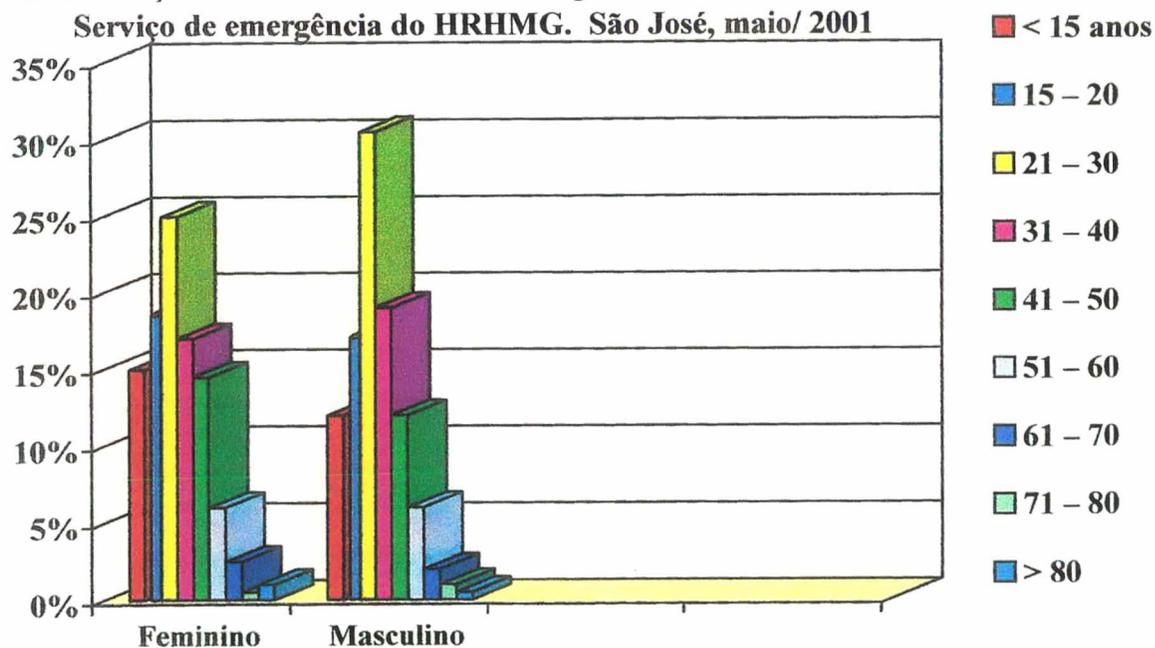


TABELA 06 - DISTRIBUIÇÃO DAS VÍTIMAS DE TRAUMAS, SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA. SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HRHMG. SÃO JOSÉ, MAIO/2001.

| SEX | Feminino | | Masculino | | Total | |
|--------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | Feminino | % | Masculino | % | Total | % |
| < 15 anos | 41 | 15 | 78 | 12 | 119 | 12,5 |
| 15 – 20 | 50 | 18,5 | 115 | 17 | 165 | 17,5 |
| 21 – 30 | 67 | 25 | 205 | 30,5 | 272 | 29 |
| 31 – 40 | 46 | 17 | 129 | 19 | 175 | 18,5 |
| 41 – 50 | 39 | 14,5 | 83 | 12 | 122 | 13 |
| 51 – 60 | 16 | 6 | 41 | 6 | 57 | 6 |
| 61 – 70 | 6 | 2,5 | 12 | 2 | 18 | 2 |
| 71 – 80 | 1 | 0,5 | 8 | 1 | 9 | 1 |
| > 80 | 3 | 1 | 1 | 0,5 | 4 | 0,5 |
| Total | 269 | 100% | 672 | 100% | 941 | 100% |

HISTOGRAMA 04:

Distribuição das vítimas de traumas segundo sexo e faixa etária. Serviço de emergência do HRHMG. São José, maio/ 2001



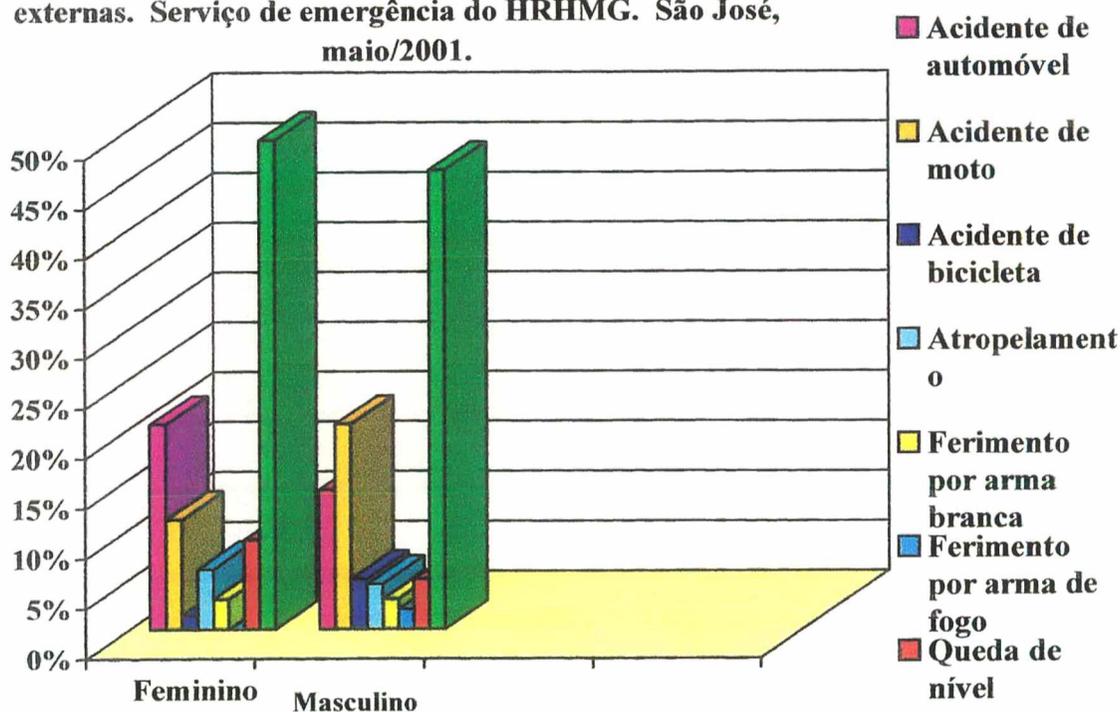
Através da Tabela 06, podemos afirmar a preponderância do trauma nas faixas etárias entre 15 e 40 anos com um considerável pico na faixa etária de 21 a 30 anos. Entre 21 e 40 anos o sexo masculino é mais atingido que o feminino e, até 20 anos, o sexo feminino é mais atingido que o masculino.

TABELA 07 - DISTRIBUIÇÃO DAS VÍTIMAS DE TRAUMAS SEGUNDO SEXO E CAUSA EXTERNA. SÃO JOSÉ, MAIO/2001.

| Causa Externa | Sexo | | Sexo | | Total | % |
|----------------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | Feminino | % | Masculino | % | | |
| Acidente de automóvel | 55 | 20,5 | 96 | 14 | 151 | 16 |
| Acidente de moto | 29 | 11 | 137 | 20,5 | 166 | 18 |
| Acidente de bicicleta | 4 | 1,5 | 34 | 5 | 38 | 4 |
| Atropelamento | 16 | 6 | 29 | 4,5 | 45 | 5 |
| Ferimento por arma branca | 9 | 3 | 22 | 3 | 31 | 3 |
| Ferimento por arma de fogo | 0 | 0,0 | 11 | 2 | 11 | 1 |
| Queda de nível | 24 | 9 | 35 | 5 | 59 | 6 |
| Outras causas | 132 | 49 | 308 | 46 | 440 | 47 |
| Total | 269 | 100% | 672 | 100% | 941 | 100% |
| | (28,5%) | | (71,5%) | | | |

HISTOGRAMA 05:

Distribuição das vítimas de traumas segundo sexo e causas externas. Serviço de emergência do HRHMG. São José, maio/2001.



Na Tabela 07, observamos que do total de atendimentos (941), apenas 28,5% foram direcionados ao sexo feminino, enquanto que os homens totalizaram 71,5%. No entanto, analisando o universo de atendimentos ao sexo feminino, comparativamente ao universo de atendimentos ao sexo masculino, percebemos que as mulheres são mais atingidas que os homens nos acidentes de automóveis e atropelamentos. Por outro lado, o sexo masculino é mais atingido pelas ocorrências de acidentes de moto e bicicleta.

No campo da violência interpessoal com uso de arma de fogo ou arma branca, o sexo masculino é mais atingido que o sexo feminino nos ferimentos por arma de fogo; já nos ferimentos por arma branca existe uma mesma proporção.

O conhecimento do perfil do usuário vítima de trauma, torna de suma importância para a realização do planejamento dos serviços de saúde, especialmente na emergência, justamente porque possibilita respostas mais adequadas às necessidades impostas. Por isso, a importância e a necessidade de se estabelecer fontes ou instrumentos que possibilitem a coleta de dados de forma permanente e sistematizada.

Por ora, ao realizarmos esta análise, concluímos que no serviço hospitalar, assim como “no serviço pré-hospitalar, conhecer o perfil dos usuários, do ponto de vista epidemiológico, contribui para adequar o serviço no tocante a equipamentos e materiais, formação e treinamento da equipe, previsão de escalas e rotinas (protocolos) entre outros” (ROCHA, 2000, p. 70). Além de que, “no planejamento dos serviços de saúde, o administrador estabelece suas metas para possíveis conquistas, necessitando assim, de

dados concretos, para o que a epidemiologia desempenha papel fundamental. Conhecer o perfil do serviço aprofunda a compreensão e amplia a visão do responsável”.

Por último, através da coleta de dados que fizemos, é possível criar outros mecanismos que possibilitem levantar mais questões. Por exemplo: Qual o horário de pico de atendimentos a cada uma das causas? E nestes picos de atendimentos, qual causa (por exemplo, os atendimentos que envolvem motoqueiros) está relacionada às condições climáticas, locais de ocorrências, etc... Assim como também, analisar quais são as lesões predominantes e mais graves nestes casos de atendimento. Deixamos aqui algumas indagações para um possível e próximo trabalho.

3 - Desenvolvendo Atividades de Educação Continuada e Aprimoramento Técnico-científico

3.1 - Participando do II Curso Básico de Urgência

No período compreendido entre 20 de abril a 19 de junho, participamos do II Curso Básico de Urgência realizado na UFSC, organizado por estudantes de enfermagem, medicina e departamento de Clínica Médica, sendo ministrado por professores da UFSC, da área de medicina, enfermagem e outros convidados. O curso, ainda não tem objetivos ou funções claramente definidas, mas foram ministrados vários conteúdos na área de emergência e direcionados para o Atendimento Pré-hospitalar (ANEXO 03). Apesar dessa falta, pudemos destacar aspectos importantes que poderão apontar uma estratégia definida para cursos subseqüentes:

- o curso nasceu com caráter multidisciplinar, ou seja, voltado para estudantes de enfermagem e medicina;
- esses estudantes, na grande maioria, são de fases iniciais da graduação, tendo em vista o caráter “básico” do curso;
- os temas, apesar de todas as dificuldades dos professores, foram direcionados ao Atendimento Pré-hospitalar;

Podemos perceber que essa vivência precoce de caráter multiprofissional é necessária e possível e contribui não somente no sentido de aperfeiçoar as relações de trabalho num futuro próximo, mas também de compartilhar conhecimentos.

Acreditamos que seja necessário destacar um pouco mais o caráter básico do curso, direcionando-o especificamente para estudantes de fases iniciais dos cursos de graduação da área da saúde, no sentido de favorecer um contato prematuro com a temática.

Tais contribuições, por meio deste curso, sem dúvida favorecerão um despertar para o tema. Com novas ponderações, que num segundo momento ou módulo, poderiam oferecer um curso mais aprofundado voltado para estudantes que estão em fases finais do curso de graduação. Neste segundo módulo, devido aos estudantes terem passado por diversos momentos de prática profissional, poderá ser possível oferecer também, estágios em unidades ou viaturas de atendimento pré-hospitalar e unidades de emergência hospitalar num período mais intensivo, favorecendo uma visão dessas duas modalidades de assistência muito próximas. Logicamente que isto depende também, da disposição das instituições responsáveis em realizar essas modalidades de assistência, em abrir campo de estágio para as universidades, fato que no momento encontra-se um tanto abotoado.

Além dessas observações, outras que consideramos menos importantes também devem ser destacadas: os temas das aulas foram adequados, porém é necessário organizar melhor a seqüência de desenvolvimento. Os conteúdos abordados também devem ser direcionados um pouco mais para as intercorrências cardiovasculares e temas específicos do atendimento a traumatizados, áreas nas quais encontramos as grandes incidências de

acometimentos súbitos e violentos, sem no entanto, deixar de lado temas que representam menor incidência. A prevenção e discussões sobre as problemáticas que envolvem as emergências, também devem ser enfocadas.

Enfim, é sobre estes aspectos que deixamos aqui algumas sugestões para serem discutidas para o próximo curso, que esperamos, continue com esta boa organização. É preciso apenas colocar em evidência, que cursos como estes têm que ter como propósito fundamental, o suprimento de uma lacuna existente em nossos currículos com relação ao tema, no sentido de propiciar num futuro próximo um atendimento com caráter cada vez mais multidisciplinar aos indivíduos em situações de emergência e, principalmente, formando consciências voltadas à necessidade de buscar formas de intervir nas causas desses acometimentos.

3.2 - Realizando Atividade Educativa

Nos dias 20 e 27 de maio de 2001, no Centro de Ciências da Saúde-UFSC, realizamos atividade educativa junto à primeira fase do curso de graduação em enfermagem, na disciplina de Enfermagem em Primeiros Socorros (ANEXO 04). O espaço referente à quatro horas/aulas na disciplina, foi cedido pela professora Vera Radünz, responsável pela disciplina sendo, que a mesma acompanhou e supervisionou as aulas. Convidamos também, duas acadêmicas da 7ª fase do curso de enfermagem (Mirela

Schmidt Virgílio e Keyla Cristiane do Nascimento), - que organizaram o curso de Socorro Básico de Urgência e, no próximo semestre realizarão o TCC na emergência do HRSJ - para ajudar no desenvolvimento da técnica escolhida para os conteúdos teórico e prático.

Elaboramos um plano de aula (APÊNDICE 03), no qual descrevemos os objetivos e estratégias, bem como o conteúdo genérico. Utilizamos duas horas/aulas para ministrar o conteúdo teórico sobre o tema, Parada Cárdio-pulmonar (PCR) e Reanimação Cárdio-respiratória (RCP) e duas horas/aulas para ministrar a aula prática sobre o conteúdo teórico do respectivo tema.

Na aula teórica, aplicamos uma técnica onde a turma foi dividida em equipes e os participantes de cada equipe elaboraram o conteúdo dos seguintes tópicos sobre o tema: **Conceito, Causas de PCR, Sinais que indicam PCR, Conseqüências da PCR, Conceito de RCP, Objetivos da PCR e Abordagem da vítima em PCR (ANEXO 05).** Esses conteúdos foram elaborados a partir do conhecimento prévio de cada integrante da equipe. Posteriormente discutimos no grande grupo, confrontando o conhecimento levantado pelas equipes, com o conhecimento obtido a partir de bibliografias recentes para ministrar ao grupo (Ver APÊNDICE 03). A partir daí, desmistificamos através da discussão, as crenças ou conhecimentos superficiais sobre o tema até que atingimos um conhecimento mais elevado. Os recursos e materiais didáticos utilizados foram: retroprojektor, folhas A3, pincel atômico, fita adesiva e textos de apoio, fornecidos pelo departamento de Enfermagem.

A parte prática foi ministrada através da apresentação ou demonstração da seqüência de atendimento à vítima de PCR. Utilizamos como recursos didáticos: manequim de RCP (adulto e infantil), ventilador manual (ambu), cânula de Guedel. Posteriormente o grupo foi dividido em equipe de dois integrantes e estes realizaram a técnica de RCP nos manequins adulto e infantil. Neste tempo, corrigimos (com auxílio das acadêmicas da 7ª fase) a técnica.

Para esta aula prática, também solicitamos uma viatura Auto Socorro de Urgência (ASU) do Corpo de Bombeiros e realizamos demonstração da viatura e apresentação do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar (SvAPH) realizado pelo Corpo de Bombeiros.

No final das aulas, a professora Vera, realizou uma avaliação oral com a turma sobre a atividade educativa, onde vários integrantes das equipes comentaram dizendo que o conteúdo e as técnicas realizadas foram interessantes e que a professora titular poderia continuar convidando outras pessoas ligadas aos temas da disciplina, pois estava sendo de grande valia.

3.3 - Visitando o Serviço de Atendimento Médico de Urgência da Cidade de São Paulo.

Nos dias compreendidos entre 17 e 20 de maio/2001, participamos da V Semana de Enfermagem e realizamos visita no Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU/SP (ANEXO 05).

Nos dias 17 e 18 participamos das palestras e debates (programação científica. Ver ANEXO 07) com os respectivos temas desenvolvidos cada uma com um tempo de trinta minutos divididos para a exposição do assunto pelo palestrante seguido de debate com a plenária. Das palestras que acompanhamos, escolhemos algumas, de maior destaque, para realizar uma sinopse sintética dos assuntos abordados: no tema “prevenção do trauma”, foi salientado a priorização das ações de prevenção, sem esvaziar a assistência, ou seja, também devem ser direcionados recursos para os espaços assistências.

Partiu-se então, da indagação: O que prevenir? Segundo os dados apresentados, as mortes por causa violentas ocupam o 3º lugar na mortalidade geral no Brasil. Por outro lado, o trauma no país, a primeira causa de morte na faixa etária dos 20 aos 49 anos, sendo um dos principais problemas de saúde do país. Em algumas cidades, como é o caso de São Paulo, a violência interpessoal, que inclui os homicídios, assume o primeiro lugar da mortalidade entre as causas externas, diferentes dos dados sobre o conjunto do país, que apresenta a violência no trânsito em primeiro lugar. Neste quadro da violência interpessoal, há uma preponderância do sexo masculino, e entre pessoas sem instrução ou com até o primeiro grau, ou seja, este campo de violência atinge mais as pessoas de piores condições sócio-econômicas. Em 1999, as causas externas atingiram 14,3% do total de óbitos, sendo que deste percentual, 43,9% foram decorrentes de homicídios e os acidentes de transportes em segundo lugar com 21,7%. Conclui-se que o trauma tem origem em profundas desigualdades sociais, pois os mais pobres são as maiores vítimas da violência. Para intervir nessa problemática há que se enfrentar uma enorme problemática que está

relacionada com a setorização das ações de saúde, onde cada um destes setores prioriza as suas particularidades sem se preocupar com os aspectos envolventes. Fato este, que contribui para o cenário que foi apresentado e prejudica as intervenções em conjunto. Deste modo, propõe-se como sugestão para a área de prevenção: é necessário envolver todas as instituições públicas relacionadas através de ações intersetoriais, que devem ser controladas através de conselhos de saúde amplamente envolvidos no debate. A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, lançou uma agenda estadual de saúde para o ano 2001, que visa estabelecer estratégias para o SUS, que auxiliem no enfrentamento da morbi-mortalidade por causa externas. Essa agenda de saúde tem como pretensão, ser o instrumento orientador do processo de planejamento de saúde estadual e serve também, como referência para as agendas municipais. Nesta agenda, o SAMU é visto como um serviço que intervém no agravo, após o ocorrido e pode subsidiar as ações de planejamento, levantando informações sobre o que ocorre de maior gravidade.

Em outra palestra sobre “a atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar”, foi realizado uma contextualização ou relação da história do atendimento pré-hospitalar com a história da enfermagem, situando a profissão de enfermagem nesses contextos. No SAMU da cidade de São Paulo a enfermagem passa a atuar logo no início, em 1989, nas unidades de suporte avançado (USA) que é tripulada por médico, enfermeiro e um motorista-socorrista bombeiro militar.

Após realizar essa contextualização, comentou-se sobre a **“rotina da enfermagem no atendimento pré-hospitalar”**:

ao assumir/durante o serviço:

- checagem e reposição de materiais que inclui a padronização dos kits de atendimento;
- verificação do funcionamento dos equipamentos;
- verificação de volume de oxigênio;
- previsão de material de reserva;
- conferir e encaminhar material para a esterilização;

após as ocorrências:

- reposição de material utilizado;
- colocar equipamentos para recarregar;
- efetuar a limpeza e desinfecção dos equipamentos e veículos de emergência;
- repor oxigênio;
- efetuar os registros das ocorrências;
- registro de ocorrência;
- relatório em livro de enfermagem;

população atendida:

- maiores incidências são vítimas de traumas;
- homicídios;
- acidentes de veículos automotores;
- 30% são casos clínicos com ênfase nas PCR em residências;

outras situações:

- soterramento;

- desabamento;
- tentativas de suicídio;
- atendimentos à múltiplas vítimas;

peculiaridades do atendimento:

- acessar a vítima com segurança;
- avaliar a cena;
- estabelecer prioridades no atendimento;
- prestar cuidados intensivos;
- assegurar a manutenção do cuidado à vítima;
- prover transporte seguro;
- passar as informações na sala de emergência;

características do ambiente de atendimento:

- exigüidade do espaço para realizar as técnicas;
- falta de luminosidade;
- excesso de ruídos e vibrações;
- situações adversas, como riscos de explosões, tiroteios, emoções exacerbadas de familiares, etc.;

situações de estresses:

- atendimento em residências com dificuldades de acesso, com familiares envolvidos emocionalmente;
- atendimentos de jovens e crianças gravemente feridos ou em óbitos;

- falta de equipamento apropriado;
- mau relacionamento da equipe;
- mau funcionamento do veículo de emergência;
- doença ou lesão em membro da equipe;
- exposição a doenças infecto-contagiosas;

formação e requisitos para os profissionais de atendimento pré-hospitalar:

- a formação dos profissionais se dá principalmente através dos programas americanos com ATLS, TLSN, PHTLS, BLS, etc. São requisitos importantes para trabalhar em APH, a experiência profissional, capacidade física, elevada motivação, trabalho em equipe, trabalho com profissionais de diferentes áreas, capacidade de lidar com o estresse, treinamento constante.

No tema “transporte de vítima grave no pré e intra-hospitalar”, foram abordadas noções básicas dessas duas modalidades de transporte. Posteriormente foi comentado que estes transportes são normatizados pelo Ministério da Saúde (MS) através da portaria nº 824, de 24 de junho de 1999 que está sendo revisada e será alterada¹¹.

Comentou-se sobre as finalidades do transporte pré-hospitalar e intra-hospitalar: o *transporte pré-hospitalar* visa minimizar a morbi-mortalidade do trauma e prevenir seqüelas. O *transporte inter-hospitalar* visa transferir a vítima para um centro de referência para dar continuidade no atendimento, no sentido de manter a estabilidade,

¹¹ A alteração foi realizada recentemente através da Portaria do MS n.º 814/GM de 01 de junho de 2001. Antes dessa portaria, também foi lançada a Decisão COREN-SP-DIR/01/2001 que regulamenta a atividade de enfermagem no APH daquele estado.

prevenir a morbi-mortalidade e promover transporte seguro. A transferência é realizada após a estabilização das funções vitais, depende da área de lesão e contato prévio com o centro que receberá que deve ser o mais próximo possível e com melhor acesso. A modalidade de transporte a ser escolhida e depende:

- da gravidade da patologia;
- urgência em chegar ao hospital de destino;
- distância entre hospitais;
- disponibilidade do tipo de transporte adequado;
- geografia;
- condições de tráfego.

Na palestra sobre a “abordagem das emergências clínicas” foi mencionado que 30% das ocorrências atendidas pelo SAMU e Resgate, são emergências clínicas. As mais comuns são: PCR, AVC, IAM, arritmias, intoxicações exógenas, broncoespasmo.

Nas PCR a equipe do SAMU/SP utiliza os algoritmos do ACLS para cada tipo de arritmia encontrada: FV, TVSP, assistolia, atividade elétrica se pulso. Foram descritas as condutas dessas principais ocorrências, das quais citamos:

IAM:

- anamnese;
- exame clínico;
- ECG;

- Oxigênio terapia;
- monitorização;
- acesso venoso;
- MONA (morfina 0,2ml, oxigênio 10 l/m, nitrato – isordil após verificar se a isquemia não for no ventrículo anterior devido riscos de EAP, AAS);
- viabilizar utilização de trombolíticos.

Intoxicações exógenas:

- identificação do agente;
- sondagem gástrica;
- suporte das funções vitais;
- utilização de antagonistas;
- carvão ativado juntamente com laxantes.

AVC:

- anamnese;
- exame clínico;
- viabilizar uso de trombolíticos se AVCI;
- suporte das funções vitais;
- oxigênio terapia;
- monitorização;
- acesso venoso;
- transporte rápido.

Na mesa redonda sobre “como lidar com o stress da equipe de saúde no pré-hospitalar” foram abordadas diversas situações, onde a equipe fica submetida ao stress constante, por exemplo, o excesso de ocorrência que resultam em óbitos das vítimas atendidas, nas situações de catástrofes onde a tensão é maior e leva a um intenso desgaste físico e mental. Outras situações da rotina de trabalho também são desgastantes, tais como, alarme, trajeto para a ocorrência, falta de segurança durante o atendimento, falta de equipe de apoio, deficiência de equipamentos e outras situações próprias do serviço. Várias conseqüências do stress foram discutidas tais como: cansaço, insegurança, ansiedade crônica, depressão, sensação de fracasso, insônia, gastrite, e hipertensão. Estes sintomas podem ser minimizados com algumas medidas que originam da própria equipe: divisão de responsabilidades, criação de protocolos, cuidados com equipamentos, entrosamento da equipe, treinamento. No entanto, foi salientado que os serviços de emergências devem ter disponíveis, constantemente, serviços de psicologia e serviço social.

No dia 19 de maio/2001, encerrada a programação científica da “semana”, realizamos visita na base do SAMU, situada no Bairro Casa Verde, margens do Rio Tietê e no Grupamento de Rádio Patrulhamento Aéreo, ambos na Zona Norte da cidade de São Paulo. As bases do SAMU estão situadas juntamente com os quartéis do Corpo de Bombeiros. A base, a qual visitamos, denominada Posto Casa Verde, situa-se no 2º Grupamento de Incêndio do Corpo de Bombeiros.

No dia 20 de maio/2001, participamos do Curso Pós-evento, Transporte Aeromédico – Fisiologia e Segurança do Vôo (Ver ANEXO 07) com carga horária de oito horas. O curso foi Ministrado pelo Capitão Médico da Aeronáutica, Especialista em Medicina Aeroespacial, Dr. Eduardo Serra Negra Camerini e Enf^ª Veríssimo Simões Cardoso – Enfermeiro do SAMU/SP.

3.3.1 - O Serviço de Assistência Médica de Urgência da cidade de São

Paulo

Como sabemos, existem dois modelos de Atendimento Pré-hospitalar no mundo: a escola francesa ou Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e a norte-americana que é executado por Paramédicos e Técnicos em Emergências Médicas. Fato que tem tomado basicamente no mundo inteiro, proporções diferentes, onde muitos países - como é o caso do Brasil - adotam modelos mistos, ou seja, algumas localidades (ou Estados) adotam o modelo americano e em outras, o modelo francês.

Essas duas grandes escolas de atendimento pré-hospitalar que se propagam pelo mundo, inclusive para outros países centrais, alguns autores chamam de: “as duas correntes metodológicas” (MAFRA et al., apud ROCHA, 2000, p. 20).

“O SAMU de origem francesa, foi criado por anestesistas, intensivistas e emergenciais, devido ao reconhecimento da necessidade de atendimento pré-hospitalar às

vítimas que muitas vezes chegavam ao hospital com piora do caso ou mesmo mortas, por não receberem atendimento precoce e adequado” (Ibid., p. 21). “Este sistema tem como referencial o médico, tanto na Regulação do Sistema, como no atendimento e monitoramento do paciente, até a recepção hospitalar. Trata-se de um serviço ligado ao Sistema de Saúde, hierarquizado e regionalizado, possuindo comunicação direta com os Centros Hospitalares” (CARDOSO, apud ROCHA, 2000, p. 21).

No final da década de 80, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo criou o Programa de Atendimento às Emergências com o intuito de “diminuir a mortalidade por causas externas e assim reverter esse triste quadro epidemiológico” (SÃO PAULO, 1988, p. 7). Esse programa envolve “ampliação e aprimoramento da rede de Prontos Socorros e Unidades de Emergências (...), a organização dessas unidades em um sistema estruturado, hierarquizado segundo níveis de complexidade e regionalizado (...), a criação de um sistema de resgate que permita atendimento pré-hospitalar e traslado eficiente para o pronto socorro e hospital mais próximo, que tenha condições de atender o problema; envolve por fim, a educação da população para evitar problemas desse tipo e cuidar dos primeiros socorros quando os problemas ocorrem” (Id.). Logo após, no final de 1989 e início de 1990 é lançado o “Projeto Resgate” através do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de São Paulo que adota uma sistemática de atendimento, nos moldes do modelo e tecnologia dos EUA, sendo que os bombeiros inicialmente “foram treinados no Centro de Formação de Bombeiros, em cursos teóricos e práticos de 100/horas aula, ministrados com a colaboração do Hospital das Clínicas (através de seu serviço de Pronto

Socorro) e do Instituto Médico Legal” (Id.). No entanto, na mesma época, juntamente do mesmo projeto, teve início o Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU que operava com médico, Técnico de Enfermagem ou Enfermeiro. Já em 1990 teve a primeira equipe de USA e os médicos e enfermeiros passaram também, a ter treinamento específico em técnicas de salvamento e extricação (retirada de vítimas das ferragens de veículos). Atualmente, o CB de SP opera com Unidades de Resgate (UR) ao nível de suporte básico da vida que são tripuladas por Bombeiros Militares formados em cursos de Resgate, com aproximadamente 100 horas aulas e Unidades de Suporte Avançado (USA) do SAMU, que são tripuladas por um médico, um enfermeiro e um motorista-socorrista do Corpo de Bombeiros. O SAMU está diretamente ligado e subordinado à Secretaria Estadual de Saúde, porém, ainda não faz parte do organograma da secretaria. Possui as seguintes coordenadorias: Coordenadoria de Enfermagem, Coordenadoria Médica, Coordenadoria de Treinamento, Coordenadoria Administrativa. Todas são subordinadas à Coordenadoria Geral. Coordenadoria Técnica de Enfermagem é responsável por toda a assistência de enfermagem realizada através das quatro Unidades de Suporte Avançados que dispõe o sistema em toda a cidade de São Paulo. Essas quatro unidades estão localizadas nas bases do Corpo de Bombeiros nos Bairros: Cambuci, Casa Verde, Itaguera e Butantã. O sistema dispõe também de um almoxarifado central de equipamentos e materiais de consumo e, em cada base, um pequeno almoxarifado para estoque de materiais de consumo diário.

Segundo informações do Central de Operações do Corpo de Bombeiros (COBOM), o Corpo de Bombeiros atende em média, 300 ocorrências diariamente na cidade de São Paulo, sendo que aproximadamente 60% destas ocorrências, ou seja, 180 são casos de socorro pré-hospitalar (salvamento e resgate). Este universo de ocorrências são atendidas essencialmente pelas unidades de resgate (UR), que realizam suporte básico e quando necessário solicitam apoio da USA. Os médicos do SAMU, também atuam no COBOM como “médico regulador” e são responsáveis em decidir sobre a necessidade de deslocar uma USA para uma determinada ocorrência, mesmo que seja em apoio a uma UR. O médico regulador também faz orientações por rádio àqueles que estão no local da ocorrência, sobretudo informando sobre o hospital preparado para receber a vítima, mediante contato prévio com o respectivo hospital.

Os integrantes do SAMU são servidores públicos do estado, ingressaram mediante concurso público ou seleção interna através de contrato de emergência. São lotados em outras unidades de saúde do estado. Alguns destes profissionais realizam sua carga horária semanal numa destas unidades de saúde e, no SAMU, realizam hora plantão ou horas extras. No SAMU, executam escalas de serviços de 24 horas.

Os médicos e enfermeiros são treinados a partir de cursos específicos para o atendimento de emergência intra-hospitalar e pré-hospitalar, principalmente o Advanced Trauma Life Support (ATLS), Pré-hospital Trauma Life Support (PHTLS) e Trauma Life Support four Nurses (TLSN). Estes cursos fazem parte de programas norte-americanos e são ministrados somente por instrutores autorizados. Passaram a acontecer com maior

frequência a partir de 1995 quando foi criado o Centro de Treinamento de Resgate pela Secretaria Estadual de Saúde em convênio com o Corpo de Bombeiros, que tinha como principal propósito o treinamento de bombeiros e profissionais dos prontos socorros em Suporte Básico de Vida. Em 1997, foi criado o curso de Atendimento Avançado em Emergência para Enfermeiros (AAEE). Os profissionais do SAMU também são responsáveis em proporcionar treinamento contínuo para os bombeiros que atuam nas UR.

A rotina de serviço dos integrantes do SAMU tem semelhanças em relação às rotinas do serviço do Corpo de Bombeiros, pois incorpora, em certa medida, as normas que regem esta instituição, apesar de estarem submetidos ao Estatuto dos Funcionários Públicos Civis. No entanto, tem suas peculiaridades por ser um serviço exclusivo de assistência à saúde em emergências pré-hospitalares ao nível de suporte básico da vida. Após a apresentação para o serviço às 08:00h, os profissionais realizam a passagem de plantão, realizam a conferência de materiais e equipamentos e solicitam os encaminhamentos administrativos para os problemas anotados pela equipe anterior. No tocante à assistência, a equipe é acionada através de alarme, após o COBOM recebe as solicitações através do 193. No deslocamento para a ocorrência são repassadas todas as informações disponíveis sobre a localização, natureza da ocorrência e situação da vítima. No local, a equipe realiza a triagem conforme preconizado pelo programa do PHTLS e presta o atendimento de acordo com a seqüência de prioridades ABCDE, através de protocolos para as situações mais importantes, ou seja, assistem em ordem de prioridades

os problemas que ameaçam a vida da vítima de imediato. O médico regulador também presta as informações solicitadas pela equipe e determina para qual hospital ou pronto socorro deve ser encaminhada a vítima. Após o encerramento da ocorrência, a equipe retorna para a base, realiza a higienização da viatura e reposição dos materiais consumidos, recarga de cilindros de oxigênio, eletrocardiógrafos/ desfibriladores e oximêtros. O motorista-socorrista, que é um integrante do Corpo de Bombeiros é responsável pela manutenção de primeiro escalão da viatura e também presta os devidos auxílios à equipe em toda a rotina do serviço.

Os socorristas bombeiros também dispõem de motocicletas equipadas com uma mochila contendo equipamentos de suporte básico de vida. São deslocadas para a ocorrência em situações que não seja possível chegar com a USA ou UR, devido o congestionamento de veículos. Os dois socorristas, tripulantes das motocicletas, prestam o socorro básico e aguardam a chegada de uma USA ou UR (dependendo do caso), quando possível. Caso contrário, é realizado o acionamento do helicóptero da Polícia Militar (PM), denominado “Águia”, de uso exclusivo para resgate e salvamento que realizará o apoio à unidade que estiver solicitando. O Águia é pilotado por oficiais da Polícia Militar e a equipe de assistência pré-hospitalar e composta de um médico do SAMU e um profissional de enfermagem (técnico, auxiliar de enfermagem ou enfermeiro), militar do efetivo da Polícia Militar. A PM dispõe de um segundo helicóptero para atender ocorrências policiais que pode eventualmente ser equipado e transformado em unidade de salvamento.

A partir destas informações coletadas informalmente e presenciadas em alguns aspectos através da visita ao SAMU, pudemos constatar que esse sistema ainda tem diversas dificuldades a serem superadas. O primeiro deles, talvez o mais importante, é estrutural. O SAMU de São Paulo guarda poucas semelhanças com o modelo de origem francesa. Não tem ordenamento sobre as unidades de saúde, pois não há relação ou ligação direta com estas unidades. Faz parte de um sistema de saúde setorizado, onde cada um destes setores tem suas particularidades, pois atuam em diversos níveis de atenção à saúde. Esta setorização prejudica quaisquer ações para intervir em conjunto na problemática que está envolto os sistemas de atendimentos emergenciais, os altos índices de mortalidade por causas externas e por doenças cardiovasculares. Aliás, este foi um dos assuntos bastante discutido na programação da “semana”, quando se comentava muito sobre a dificuldade de integração com as emergências e prontos socorros da cidade. Sendo assim, podemos dizer que o atendimento pré-hospitalar em São Paulo tem origens num sistema misto (o SAMU baseado no modelo francês e o Resgate no modelo dos E.U.A.). Portanto, o SAMU, nasceu no meio de um programa maior, o Projeto Resgate, que envolvia a Secretaria de Segurança Pública e Secretaria da Saúde, onde foram formados inicialmente, integrantes do Corpo de Bombeiros nos moldes de um sistema que pretendia aproximar-se do modelo norte americano.

Atualmente está sendo discutida a possibilidade de municipalização do SAMU, unificando com o sistema municipal denominado “A.P.H.” que atende através do telefone

192, com viaturas de suporte avançado (tripulada por médicos e enfermeiros) e de suporte avançado (tripulada por auxiliares e técnicos de enfermagem).

Conforme debatido durante a “semana da enfermagem” baseado na fonte da Secretaria da Saúde de São Paulo, em 1999, 14,3% dos óbitos na cidade de São Paulo foram decorrentes de causas violentas ocupando a 3ª maior causa de mortalidade geral, dentre estas, 43,9% foram por homicídios, ultrapassando inclusive os acidentes de trânsito, que é a segunda maior causa dentro das causas violentas ocupando 21,7%. De acordo com as fontes do COBOM, entre as ocorrências atendidas pelas USA, 30% são casos clínicos, onde partes consideráveis são emergências cardiovasculares. Deste modo, fica fácil constatar que quatro unidades de suporte avançado para atender uma cidade do porte de São Paulo é muito pouco e que por isso, muitos casos em que seria necessário o atendimento por estas unidades acabam sendo realizados por unidades de suporte básico onde muito pouco se pode fazer pela vítima. Os baixos salários, o excesso de trabalho, as deficiências de materiais/equipamentos, de infra-estrutura, a exposição constante em situações de stress, a falta de apoio psicológico e social, sem dúvidas são problemas que estão explícitos não somente no SAMU, mas em todo o sistema do Corpo de Bombeiros. Com certeza esses problemas seriam muito mais intensos, não fosse a excelente integração entre esses dois sistemas.

Apesar destes aspectos negativos, onde muitos deles não são apenas característicos do SAMU, pois fazem parte de todo o contexto de desintegração que enfrenta o setor público, podemos dizer com muita propriedade, que o Sistema de Atendimento Médico de

Urgência de São Paulo deve ser considerado referência no Brasil em se tratando de experiência e conhecimento técnico. Pelo que temos conhecimento, foi o único sistema no Brasil que realizou até agora, cinco seminários de enfermagem para tratar exclusivamente da atualidade em assistência pré-hospitalar que tem aglutinado pessoas de diversos estados e até de outros países da América Latina. Nas palavras de um dos debatedores da V Semana de Enfermagem- SAMU, “quem ganha após compartilhar estes conhecimentos, não é apenas a profissão de enfermagem ou a área de atendimento pré-hospitalar, mas todos aqueles que dedicam boa parte de sua vida para que os brasileiros vivam mais e melhor”.

3.3.2 - O Atendimento Pré-hospitalar em Outros Estados

No Brasil, a idéia de atender às vítimas no local da ocorrência é bastante antiga. Segundo CARDOSO (2000), “em 1893, o Senado da República aprovou a Lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública, sendo que o Rio de Janeiro, no momento capital do país, possuía cerca de 522 mil habitantes. No ano de 1904, foram instalados pontos de Pronto Socorro e em 1907, o Prefeito Pereira Passos, encomendou algumas ambulâncias na Europa” (apud ROCHA, 2000, p. 26). No entanto, foi durante a década de 80, que o atendimento pré-hospitalar no Brasil, passou a ser aplicado de forma básica em alguns Corpos de Bombeiros Militares, sobretudo no Rio de

Janeiro e São Paulo. Entre estes Corpos de Bombeiros e através deles, é fato que o Rio de Janeiro (RJ) foi o primeiro Estado a dar início à estruturação de um SvAPH. Conforme o autor supracitado, “um dos programas pioneiros de socorro extra-hospitalar aeromédico, foi iniciado em 1988 pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, em associação com a Coordenadoria Geral de Operações Aéreas do Estado (CGOA)” (Idem.). Pressupomos então, que nesta época já estava bastante avançado sistema por via terrestre.

Posteriormente à iniciativa do RJ, cada Estado foi estruturando o seu modelo de APH conforme as suas peculiaridades, sendo estes sistemas, gradativamente espalhados pelo Brasil e tomando proporções diversas.

Além do SAMU da cidade de São Paulo e o SvAPH do CB em SP, que foram os próximos a se estruturar, outros serviços no estado de São Paulo foram se estruturando, em outras realidades. Assim, encontramos o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) do Vale do Ribeira que segundo ROCHA (2000, p. 114), “é um serviço público estadual, ligado ao Hospital Regional Vale do Ribeira e ao Consórcio de Desenvolvimento Intermunicipal do Vale do Ribeira (CODIVAR)”. O SAMU do Vale do Ribeira, foi “implantado em 1997 e atende às vítimas de acidentes automobilísticos da Rodovia Federal Régis Bittencourt (BR 116), no trecho de Itapeccerica da Serra à divisa com o Estado do Paraná” (Id.). O serviço é realizado com “viaturas de Suporte Básico (tripulada por um motorista socorrista e um Auxiliar de Enfermagem) e UTIs móveis cuja equipe é composta por um motorista socorrista, um médico e um enfermeiro, sendo a

equipe coordenada pelo médico. O atendimento das ocorrências, geralmente ocorre através do telefone 0800150054 ou por chamadas diretas nas bases. As ligações são atendidas por um auxiliar de regulação e a triagem é feita pelo médico regulador que coordena todas as atividades que estão sendo realizadas no local da ocorrência” (Ibid., p. 114-115).

O modelo adotado pelo Corpo de Bombeiros do DF também está muito próximo desta sistemática, nos moldes dos EUA. Os bombeiros são formados através de “dois cursos preparatórios: Curso de Socorro de Urgência (CSU), com duração de 220 horas/aula e Curso Técnico de Emergência Pré-hospitalar (CTE), com 1500 horas/aulas” (KAYSER et al., 1995, p. 72).

O Paraná (PR), desenvolveu o “sistema chamado SIATE, em que há médicos relacionados à atividade”, ou seja, médicos dentro do sistema regulador que pode deslocar para o local da emergência quando necessário, dependendo da situação (Id.).

No Rio Grande do Sul (RS), é adotado um modelo misto, ou seja, que varia entre o modelo francês e o norte-americano. Isso ocorre devido a existir neste Estado, especificamente no município de Porto Alegre, uma unidade hospitalar denominada Hospital Municipal de Pronto Socorro (HPS). “Inaugurado em 19 de abril de 1944”, são 56 anos “prestando atendimento universal e igualitário de urgência e emergência, promovendo o ensino e a pesquisa na área da saúde (...)”. Administrado pela Prefeitura, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, o HPS funciona 24 horas por dia e realiza mais de 900 atendimentos diários em diversas especialidades ambulatoriais e todas as

especialidades médicas e odontológicas necessárias ao atendimento integral de pacientes politraumatizados, sendo o principal serviço de emergência do Rio Grande do Sul (SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, 2001).

Com esta trajetória, o HPS desenvolve com muita propriedade - através do atendimento emergencial ao nível hospitalar - a cultura de pronto socorro, tornando-se referência para atendimento aos politraumatismos e emergências ambulatoriais. Segundo NASI et al. (1994), “ao longo destes últimos 40 anos, o corpo clínico do Hospital Municipal de Pronto Socorro de Porto Alegre especializou-se exatamente neste tipo de atendimento, tornando-se hoje um centro de referência em trauma no sul do país”. No entanto, o HPS nunca havia exteriorizado o seu atendimento. Conforme KAYSER et al., em 1995, “a população de Porto Alegre conta com o Serviço de Atendimento Pré-hospitalar dos ‘Anjos da Guarda’ do Corpo de Bombeiros (...) que presta atendimento de suporte básico da vida (...). Nas ambulâncias correm um motorista e três socorristas, todos auxiliares de enfermagem (...), tendo a colaboração de uma enfermeira e de um médico de plantão no Hospital de Pronto Socorro, que fazem orientações via rádio quando as equipes de socorro julgarem necessárias” (1995, p. 59). “A equipe é treinada pela Secretaria municipal de Saúde; os materiais de consumo são fornecidos pelo HPS que também realiza a limpeza, desinfecção e esterilização dos materiais utilizados pelas viaturas do CB” (Id.).

Em 1994, NASI et al. e colaboradores (vários médicos do corpo clínico do HPS), organizam uma rica bibliografia sobre rotinas em Pronto Socorro, que apesar de

sistematizar o conhecimento produzido no HPS, fica por isto mesmo, muito restrito ao ambiente intra-hospitalar.

De certa forma, apesar de ainda não ter exteriorizado o atendimento nesta época (1995), podemos perceber que o HPS mantinha importante relação de colaboração com o Serviço do CB. Por outro lado, a instituição (HPS) constatava que “a necessidade do transporte assistido cresceu nos últimos anos, principalmente em decorrência do número crescente de acidentes (...) e que a reversão desse quadro inicia com o transporte adequado das vítimas” (NASI et al., 1994, p. 3). Foi então que a partir da experiência francesa, em meados de 1995, “iniciou-se a implantação do Projeto Sistema de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) (...) onde, através de um termo de cooperação técnica com a França, seria efetuado um intercâmbio de pessoas para realizarem treinamentos” (KAYSER et al., 1995 p. 60). Neste modelo, diferente daquele realizado pelos bombeiros ao nível de suporte básico da vida, encontra-se o suporte avançado, realizado através de “UTI móvel que compreende além de pessoal treinado (médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem), equipamentos que permitam a monitorização e tratamento do paciente durante o percurso” (NASI et al., 1994, p. 6). Segundo KAYSER et al., “a equipe médica é composta por médico regulador que comanda o atendimento através da central de operações e o médico socorrista que se desloca para o local da emergência. A enfermeira fica responsável pela organização dos materiais e equipamentos e pela capacitação do pessoal de enfermagem” (Ob. Cit., p. 60) “Atualmente, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), acionado pelo

telefone 192, dispõe de 12 ambulâncias equipadas para buscar e atender pacientes vítimas de acidentes graves e risco de vida” (PORTO ALEGRE, 2001).

O serviço pré-hospitalar no RS está dividido entre o modelo implantado pelo HPS em Porto Alegre e o modelo adotado pelo Corpo de Bombeiros de abrangência estadual.

Com essa breve síntese sobre os serviços de APH existentes em alguns estados do Brasil, fica óbvia a existência de diversos modelos, com características próprias; não há uma padronização entre os Estados, mesmo com a recente normatização por parte do Ministério da Saúde. No entanto, estas são algumas informações relevantes que marcam o ponto de partida dos Serviços de Atendimento Pré-hospitalar no Brasil até a “criação em 1990, do Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas pelo MS” (BRASIL, 2001). A partir de então, dá-se início a uma nova era para os sistemas de APH.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

*O que é, exatamente por ser tal
como é, não vai ficar como
está.*

Bertold Brecht

1 - Avaliando o Alcance dos Objetivos Propostos

Prestar assistência de enfermagem às vítimas traumatizadas e aos pacientes em geral que chegam na emergência, fundamentada num referencial teórico (objetivo 1) demonstrou ser a coluna dorsal de toda a proposta de prática assistencial. Portanto, de vital importância quanto ao desenvolvimento de conhecimentos relativos à prática assistencial de enfermagem nas situações de emergência/urgência, clínicas e traumáticas. Proporcionou ainda, aproximação com as atividades profissionais no que tange à coordenação da assistência de enfermagem nos diversos segmentos da emergência geral.

Foram realizados 69 atendimentos individualizados na sala de reanimação e sala cirúrgicas, bem como diversos outros atendimentos, não contabilizados, na sala de medicação e repouso. Acompanhamos toda a dinâmica dos atendimentos de maior gravidade e percebemos a necessidade de uma especialização na área, em função da

complexidade dessa modalidade assistencial. Tendo em vista essa necessidade, podemos dizer que é uma área na qual precisamos de um maior período de estágio, tendo em vista a diversidade de situações, cada qual com suas peculiaridades, necessitando de um período maior para adaptação, estudo e conquista de experiência.

Com relação às ações do profissional enfermeiro, além da assistência direta nos casos de emergência, pudemos constatar quase que diariamente, a função deste profissional na administração e supervisão da assistência de enfermagem. Ter sempre uma visão geral da situação clínica de todos os pacientes que se encontram em observação ou internados na emergência e tudo que ali acontece; administrar a transferência interna de pacientes que deram entrada na emergência; viabilizar transferências para outros centros hospitalares de referência sempre que necessário; coordenar os encaminhamentos para exames diagnósticos; supervisionar a assistência de enfermagem prestadas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem; implementar normas e rotinas para o setor; são algumas das responsabilidades do enfermeiro na unidade de emergência hospitalar.

Além destas atribuições, o enfermeiro também deve se preocupar com a integração da equipe de enfermagem, com suas condições físicas e psicológicas, com o treinamento constante da equipe, estimulando a educação continuada. São ações essenciais com vistas a criar condições que favorecem um atendimento de qualidade com uma equipe harmoniosa.

Sendo assim, consideramos que este foi um dos objetivos de fundamental importância, fato que nos levou a repensar a metodologia de assistência de enfermagem na emergência.

Conhecer o perfil da vítima traumatizada atendida na emergência do Hospital Regional de São José, foi um dos objetivos desse estudo (objetivo 2).

Inicialmente, por não conhecermos previamente o funcionamento do campo de estágio, tivemos dificuldades para desenvolver esse objetivo mediante as estratégias inicialmente traçadas. No entanto, ao conhecer melhor o serviço de emergência, modificamos e recriamos as estratégias, através das quais conseguimos definir o perfil das vítimas traumatizadas ou de causas externas que foram atendidas na emergência. Ao atingir tal objetivo, evidenciamos pela frequência dos problemas de emergência relativos aos traumas por ocorrências no trânsito, a importância de se desenvolver programas de educação no trânsito. Deste modo, retomamos PRADO (1998), para salientar que investimentos com vistas a enfrentar esta tragédia, “precisam estar dirigidos, prioritariamente, ao Eixo A – controle da exposição e de redução do dano, seguido pelo Eixo B – manejo do trauma (...) haja vista a necessidade de atuação nos diferentes níveis de intervenção e a impossibilidade de eliminação dessas ocorrências” (Cf. Ob. Cit., p. 129).

Sendo assim, o desenvolvimento deste objetivo permitiu fazermos um pequeno ensaio sobre as possibilidades de investigação nesse campo de prática assistencial. Para futuros trabalhos de conclusão de curso, propomos que este exercício seja estimulado e

aperfeiçoado, no sentido de aproximar a prática profissional com o processo de investigação/pesquisa.

Desenvolver atividades de educação continuada e aprimoramento técnico científico (objetivo 3), é um dos objetivos que deve estar ligado ao campo da prática assistencial, tendo em vista esta necessidade concreta, relacionada acima, onde nós acadêmicos podemos deixar algumas contribuições e, ao mesmo tempo, ampliarmos as relações de ensino-aprendizagem com a equipe de enfermagem, conquistando sua confiança, interagindo e trocando conhecimentos, mediados pela teoria e prática.

Devido optarmos por continuar com os objetivos previstos no projeto anterior - na área de emergência pré-hospitalar - participamos de um curso sobre temas específicos de atendimento pré-hospitalar, o que nos levou a rever os conhecimentos adquiridos na graduação e aprofundar outros, fato que contribuiu para o desenvolvimento prático deste trabalho. Da mesma forma, a participação em eventos e visitas a outros serviços de emergência, proporcionaram experiências diferenciadas que nos levaram a refletir um pouco mais sobre a importância desses serviços, assim como, dos seus limites e perspectivas.

Finalmente, realizar esta atividade educativa, foi uma oportunidade única, a qual nos esforçamos para corresponder à altura, primando e evocando sempre a qualidade que será sempre o fio condutor de nossas ações em outras instâncias e circunstâncias. Para aqueles que virão podemos dizer que a emergência hospitalar “é uma área especial, uma vez que estimula o desenvolvimento de novas atividades e a prestação de atendimentos

[diversificados] [...]; como também proporciona um crescimento pessoal a partir do confronto com o sofrimento físico e psíquico de outras pessoas” (ROCHA, 2000).

2 - Refletindo Acerca da Experiência: em Busca de Uma Síntese

*Talvez que seja a brisa
Que ronda o fim da estrada,
Talvez seja o silêncio,
Talvez não seja nada.*

Fernando Pessoa

A partir da experiência pela qual passamos, na prática assistencial, constatamos alguns fatos de extrema importância, tanto para a enfermagem quanto para a área de emergência como um todo.

A emergência hospitalar é um ambiente de trabalho onde se vivencia situações extremas que levam a uma série de reflexões pessoais. O trabalho lá realizado é um trabalho penoso, difícil, mas também é um trabalho que proporciona prazer. Não pelo fato de lidar com situações de emergência, mas porque possibilita ajudar as pessoas em situações críticas, onde suas necessidades humanas básicas estão profundamente comprometidas. Sendo assim, para que o trabalho nesta área se processe com qualidade é preciso que o profissional desenvolva algumas habilidades fundamentais, tais como: equilíbrio emocional e domínio técnico adequado. Daí a necessidade da emergência ser um dos locais da área hospitalar que exigem profissionais experientes e especializados. Fato que resulta na necessidade das instituições hospitalares, em conjunto com as universidades, ampliarem as possibilidades de especialização. Por outro lado, também é

necessário que o curso de graduação de enfermagem contemple mais conteúdos relacionados às emergências, como parte efetiva do seu currículo.

Destacamos também, a necessidade de se aprofundar teorias científicas que fundamentem novas metodologias de assistência de enfermagem nesta área, abrindo portas para um reencontro da profissão com este campo.

Esta vivência, que buscou articular teoria e prática, nos fez refletir sobre as possibilidades, limitações e conseqüências da prática profissional. Nos levou a entrar em contato com a realidade desta prática, nos colocando diante das dificuldades e alegrias enfrentadas pelos trabalhadores da área da saúde desde as condições precárias de trabalho ao prazer de estar colaborando para a preservação da vida. Tal vivência, enfim, suscitou uma mistura de sentimentos, como o prazer e a penosidade, desencadeando conflitos difíceis de serem trabalhados.

Por ora, o estudo que realizamos não tem forma acabada. Serviu apenas de têmpera à nossa prática assistencial que primou pela tentativa de articulação dos elementos de pesquisa, assistência e educação - teoria e prática.

Todavia, salientamos que o campo de estágio em emergência, representa uma área importante de investigação, de aprofundamento e aperfeiçoamento acadêmico e por isso nosso estudo está longe de ser concluído. Mesmo inconcluso, evidencia a necessidade de repensar o papel e a atuação do profissional de enfermagem nos serviços de emergência, não somente enquanto categoria profissional que tem direitos e deveres, mas ir além, com vistas a assumir sua identidade no sentido de desvelar a importância enquanto agente

social com papel fundamental na transformação desses serviços. Em suma, "...a enfermagem, há que se assumir o compromisso com a vida em sociedade, na busca da cidadania..." (PRADO, 1998, p. 136).

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. **Filosofando. Introdução à Filosofia.** São Paulo: Ed. Moderna, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Programa de enfrentamento às emergências e traumas.** Brasília: 1990.

BENEDET, Silvana Alves; BUB, Maria Bettina Camargo. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA.** Florianópolis: Bernúncia, 1998.

_____. **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA.** 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** 18. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GOMES, Araújo. **Multiple victim incident: training module:** Florianópolis, [1995] 30 f. Apostila Elaborada Para o 1º Estágio de Resgate em Automóveis. Corpo de Bombeiros do Estado de Santa Catarina, PMSC.

GOMES, Alice Martins. **Emergência: planejamento e organização da unidade e assistência de enfermagem.** São Paulo: E.P.U., 1994.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1979.

HECKMAN, James D; Chairman, MD. **Emergency care e transportation**. 5. ed. Rosemont: American Academy of Orthopedic Surgeons, 1991. p. 2-16.

HAFEN, Brent Q; KARREN, Keith J. **Prehospital emergency care & Crisis intervention**. 2. ed. Englewood: MP, 1983. p. 2-12.

KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave**. São Paulo: Editora Atheneu, 1994.

KAYSER, Claudete Patrícia, et. al. **Vivenciando momentos de estresse: uma experiência de assistência de enfermagem junto ao indivíduo e família em situações de emergência**. Florianópolis, 1995. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

LANE, John Cook. **Manual de reanimação cardíaco-respiratória**. 2ª ed. São Paulo: AGE, 1994.

LÖWY, Michael. **Ideologias e ciência social: elementos para uma análise marxista**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1988.

ATLS/SAVT. Ministério da Saúde. **Manual de suporte avançado da vida no trauma**, 1996.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. Prefácio de “para a crítica da economia política”. In.: _____. **Manuscritos econômicos-filosóficos**. São Paulo: Abril Cultural.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E.- R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, n. IV (3), p. 513-531, nov. 1997/ fev. 1998.

MCSWAIN, Norman E, et. al. **Pre-hospital trauma life support: basic and advanced**. 2. ed. Ohio: eti, 1990. p. iii-xxiii.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Enfrentamento a Emergências e Catástrofes. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 20 fev. 2001.

NASI, Antônio Luiz, et. al. colaboradores. **Rotinas em pronto socorro: politraumatizados, emergências ambulatoriais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

NAZÁRIO, Nazaré Otilia. **Fragmentos de uma construção do assistir em situações de emergência/urgência**. Florianópolis: Insular, 1999.

OLIVEIRA, Marcos de. **Fundamentos do socorro pré-hospitalar: suporte básico da vida**. Florianópolis: CIASC, 1996.

_____. **Acidentes automobilísticos: abordagem ao traumatismo e tratamento pré-hospitalar**. Florianópolis: IOESC, [199-].

ODALIA, Nilo. **O que é violência**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

PAIVA, Marcelo Whately (Org.). **O pensamento vivo de Che Guevara**. São Paulo: Martin Claret editores, 1987.

PRADO, Marta Lenise do. **Caminhos perigosos: violência e saúde à luz das ocorrências de trânsito.** Pelotas: Universitária, 1998.

ROCHA, Patrícia Kuerten. **Assistência de enfermagem em serviço de emergência pré-hospitalar e remoção aeromédica.** Florianópolis, 1995. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

RATNER, Carl. **A psicologia sócio-histórica de vygotsky: aplicações contemporâneas.** Tradução de: Lólio Lourenço de Oliveira. Porto Alegre: artes médicas, 1995. p. 206-263.

ROUQUAYROL, Almeida Filho. **Sistemas de informação em saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: Médici, 1999. p. 505-520.

ROGERS, Jean H; OSBORN, Harold H; POUSADA, Lídia. **Enfermagem de emergência: um manual prático.** Porto Alegre: 1992. p. 13-26.

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. **Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU).** Disponível em : <<http://www.portoalegre.rs.gov.br>>. Acesso em: 15 fev. 2001.

SCLIAR, Moacir. **Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública.** Porto Alegre: L & M, 1987.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Programa de atendimento às emergências.** São Paulo: 1998.

SANTOS, Raimundo Rodrigues, et al. **Manual de Socorro de emergência**. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

SILVA, Marcelo Luiz do. **Emergência – quando os segundos contam... relatando uma prática assistencial de enfermagem no serviço de emergência do hospital regional de São José. Florianópolis, 1997. Monografia (Graduação em enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.**

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1999.

TIMERMAN, Sérgio, et al. **Suporte básico e avançado de vida em emergência**. Brasília: Centro de Documentação e Informação/Coordenadoria de publicações, 2000.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLA, Vicente Victor; STOTZ, Eduardo Navarro. **Educação, saúde e cidadania**. São Paulo: Cortez, 1995. p. 123-145.

VAZQUEZ, Adolfo Sanchez. **Ética**. 20. ed. Rio de Janeiro: brasileira, 2000. p. 9-150.

VIEIRA, Heitor. **Avaliação de medidas de contenção de acidentes: uma abordagem Multidisciplinar**. Florianópolis, 1999, p. 2-32, 308-314. Tese (Doutorado em Engenharia) - Pós-graduação Em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

8 - APÊNDICES

APÊNDICE 1 – AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS DE TRAUMAS

APÊNDICE 2 – PLANO DE AULA E CONTEÚDO MINISTRADO

APÊNDICE 1 – AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS DE TRAUMAS

Histórico:**I – Identificação:**

Nome: D.H. _____ Idade: 22 _____ Sexo: M (X) F ()

Data: 01/06/01 Hora da Chegada: 20:00 h.

Local da ocorrência: Rua: Geral do Pacheco _____

Bairro: Pacheco _____ Município: Palhoça _____

Local de residência: Rua: Geral do Pacheco _____

Bairro: Pacheco _____ Município: Palhoça _____

II - Encaminhado para a EMG por: () populares
 (X) Corpo de Bombeiros
 () Polícia Militar
 () Polícia Rodoviária Federal
 () Outros serviços de A.P.H. _____
 () Transferência: () HF
 () HGCR
 () HU
 () Outros _____

III – Motivo do atendimento (tipo de ocorrência pré-hospitalar):

() acidente de veículo () condutor () passageiro () alcoolizado
 () acidente de moto () condutor () passageiro () alcoolizado
 () acidente de bicicleta () alcoolizado
 () atropelamento () alcoolizado
 (X) FAF por: () tentativa de suicídio () tentativa de homicídio (X) acidental
 () FAB por: () tentativa de suicídio () tentativa de homicídio () acidental
 () agressão
 () intoxicação/envenenamento () tentativa de suicídio () tentativa de homicídio
 () acidental
 () queda de nível: ____ metros () própria altura
 () soterramento/ desabamento
 () queimadura () térmica () elétrica () química
 () afogamento () água doce () água salgada
 () acidente de trabalho
 () outros motivos _____

IV - Síntese da história pré-hospitalar e cinemática do trauma (ambiente e eventos relacionados ao trauma):

paciente estava na frente da sua residência com o seu colega, quando outro masculino passou de carro e disparou vários tiros contra os dois.

V – Situação da vítima ao chegar na emergência:

deu entrada na emergência apresentando ferimento perfurante em MSD (antebraço) ocasionado por projétil; com sangramento em pequena quantidade em perfuração próximo do cotovelo e edema no punho.

VI – Problemas relacionados às necessidades humanas básicas:**1. Necessidades psicobiológicas:****1.1. Oxigenação:**

abertura das vias aéreas - espontânea (X) retirada de corpo estranho () próteses () aspiração orofaríngea/nasofaríngea () cânula endotraqueal (TOT) () traqueostomia () cricotireoidostomia () cânula orofaríngea ()
 respiração - espontânea (X) tipo: abdominal () toráco-abdominal (...) torácica (...)
 simétrica (X) assimétrica () tiragens () outros movimentos anômalos () _____
 ausculta pulmonar: normal (X) roncos ___/___ () sibilos ___/___

ventilação diminuída ___/___ ventilação ausente ___/___
 rítimo: eupnéia (X) dispnéia () ortopnéia () PR () FR: 20mm
 oxigenação: máscara facial () catéter de oxigênio () _____ litros/min
 assistida (ambú) () acoplado no oxigênio (...) _____ litros/min
 lesão torácica () enfisema subcutâneo ()

Observações: _____

1.2. Regulação vascular e Hidratação:

PA: 120x70 mmhg FC:90bpm PC ()

pulso: bradicardia () taquicardia () regular (X) fraco/filiforme () forte/cheio ()

pele: corada/rósea (X) pálida na extremidades () cianótica na face ()

ausência de pulso: MS ___/___, MI ___/___ enchimento capilar: normal (X) anormal ()

hemorragia: interna () externa (X) local: antebraço _____

epistaxe () otorragia () hipovolemia () hemotransfundido () vômito ()

líquidos e alimentos ingeridos (anterior ao trauma) _____

abdome: flácido (x) distendido () rígido () globoso () doloroso

genitália: () sangramento () lesões ()

1.3. Regulação neurológica:

motricidade: total () parcial (x) diminuída () ausente ()

sensibilidade: total (x) parcial () ausente () babinsk + (X) - ()

tontura () convulsões () cefaléia () perda de consciência no local da ocorrência ()

reação das pupilas:

Olho esquerdo: reagente (X) não reagente () miótica () normal (X) midriática ()

Olho direito: reagente (X) não reagente () miótica () normal (X) midriática ()

isocóricas (X) anisocóricas ()

| Nível de consciência - escala de Glasgow (GCS) | |
|--|-----------|
| Abertura Ocular: espontânea | 4 (X) |
| comando verbal (à voz) | 3 () |
| estímulo doloroso (à dor) | 2 () |
| nenhuma | 1 () |
| Melhor Resposta Verbal: orientado | 5 (X) |
| confuso | 4 () |
| palavras inapropriadas | 3 () |
| sons | 2 () |
| nenhuma | 1 () |
| Melhor Resposta Motora: obedece comando | 6 (X) |
| localiza estímulo doloroso | 5 () |
| retira membro à dor (flexão normal) | 4 () |
| flexão anormal (descorticação) | 3 () |
| extensão anormal (descerebração) | 2 () |
| nenhuma | 1 () |
| Total GCS (3 -15) | 15 |

1.4. Regulação térmica:

exposição () hipotermia () prevenção de hipotermia () hipertermia

temperatura: _____ °C tremores () sudorese ()

1.6. Integridade física:

problemas encontrados:

| | | | |
|---|--|--|--|
| Legenda por números: 1 – fratura fechada 2 – fratura exposta 3 – luxações 4 - entorses 5 – ferimento inciso 6 - ferimento lacerante 7 - ferimento abrasivo 8 - ferimento perfurante 9 – ferimento contuso 10 – dor 20 – amputação | | 11 – F.A.B. 12 - avulsão 13 – hematoma 14 – edema _____/4 15 – F.A.F. queimaduras: 16 – 1º grau 17 – 2º grau 18 – 3º grau 19 – próteses 21 – objeto empalado | |
|---|--|--|--|

Observações: o ferimento perfurante próximo do cotovelo, no antebraço, foi decorrente da entrada do projétil e o edema no punho onde ficou alojado o projétil.

1.6. Eliminação

urinária: espontânea (X) incontinência () retenção () hematúria ()

Intestinal: evacuação () características _____ constipação () incontinência ()

1.7. Terapêutica (médica e de enfermagem):

intubação endotraqueal () colar cervical () dreno tórax: direito () esquerdo () nº _____

cateter venoso central () lavagem/punção abdominal: positivo () negativo ()

punção venosa periférica (X) dispositivo: abocath _____ calibre: 16 _____ local: MSE _____

sonda: nasogástrica () nasoenteral () SVD () SVA ()

tala gessada: MS ___/___ () MI ___/___ ()

sutura: região _____ curativo: região do antebraço _____

Outros procedimentos: _____

encaminhamentos: exames laboratoriais () Raio-X (X) TC () outros: _____

medicações utilizadas/dosagem: ringer lactato 500 ml EV, dipirona 4 mg EV, vacina antitetânica (dT) 0,5 ml IM – no atendimento inicial;

SG 5% 500 ml EV/dia, tilatil 20 mg EV 12/12h, diopirona 3cc 6/6h, solução de dolantina (2:8) SN, valium 10 mg VO SN – na prescrição para o período de observação

Outras informações: usava medicamentos () tipo: _____

alergia () gravidez () amamentação ()

passado médico _____

1.8. Segurança física/meio ambiente:

necessidade de: prevenção de queda/contenção () motivo: _____

necessidade de isolamento () motivo: _____

necessidade de prevenção de fugas () motivo: _____

2. Necessidades psicossociais e espirituais:

2.1. Segurança emocional:

notificações: família (X) Obs: avisado a mãe _____

autoridade policial/IML (X) Obs: a PC esteve no hospital coletando informações do paciente

pertences: prótese dentária () aparelho auditivo () óculos () relógio () carteira ()

relacionar: documentos, valores, roupas _____

entregues a: paciente () familiar () próprio hospital () nome: _____

2.2. Gregária:

acompanhante (X) nome/parentesco: mãe _____

alta hospitalar () ___:___hs a pedido ()

2.3. Educação para a saúde

necessidade de encaminhamento:

assistente social () psicólogo () fisioterapeuta: () médico especialista (X)

Obs: Ortopedista

necessidade de orientações sobre sua patologia (x) demonstra preocupação sobre porquê não vão retirar o projétil alojado

2.3. Outras informações:

transferência UTI () ___:___hs centro cirúrgico () ___:___hs

unidade de internação () ___:___hs

outra instituição () ___:___hs ambulância () transporte aéreo ()

acompanhado de: médico () enfermeiro () Outros () _____

familiar () _____ Outros () _____

óbito () ___:___hs causa: _____ família avisada ()

constatado por: _____ encaminhado ao IML () SVO ()

doação de órgãos () órgão(s): _____

3. Evolução:

Horário: 23:00h

3.1.dados subjetivos:

Paciente relata que seu amigo estava sendo perseguido devido envolvimento com drogas e que o mesmo foi atingido na cabeça. Está preocupado e pouco esclarecido da não retirada do projétil. Refere “fisgadas” no punho e por isso que não consegue dormir., permanece com MSD elevado, apresenta edema na região do punho D

3.2. dados objetivos:

apresenta edema na região do punho D, pulsos distais sp, perfusão periférica distal sp, sem dor importante quando da mobilização dos dedos. Demonstra ansiedade e dificuldade para dormir.

| sinais vitais | | | | | | líquidos:entrada | | líquidos:saída | | |
|---------------|----|----|--------|-----|--------|------------------|--------------------|----------------|-----|----------------|
| hora | FR | FC | PA | PVC | T | soros | Sangue e derivados | Dreno torácico | SVD | Sonda gástrica |
| 2300 | 20 | 60 | 130/80 | | 36,4°C | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

exames:

| radiografia | | | tomografia computadorizada | | | exames laboratoriais | | |
|-------------|---------------------------------------|---|----------------------------|------|-----------|----------------------|------|-----------|
| Hora | área | Resultado | hora | área | resultado | hora | tipo | resultado |
| 2030 | área extremidad e distal do antebraço | Resultado Apresenta projétil alojado entre o rádio e ulna | | | | | | |

3.3. análise:

o projétil entrou na face ventral do antebraço, próximo do cotovelo e percorreu distalmente o antebraço se alojando na extremidade distal próximo dos ossos cárpicos. O edema é devido a lesão no local onde o projétil se alojou.

diagnóstico de enfermagem:

- 1) Dor relacionada com os efeitos do ferimento perfurante e alojamento do projétil;

- 2) Integridade da pele prejudicada relacionada ao ferimento traumático;
- 3) Alterações sensoriais-perceptivas, relacionadas ao traumatismo, dor e estresse e evidenciado pela ansiedade.

3.4.plano:

recomendações especiais: orientar sobre as desvantagens de retirar o projétil e riscos de síndrome compartimental, caso não seja retirado.

| Data/hora | Prescrição de Enfermagem | Execução |
|-----------|--|-------------------------|
| | 1. Observar sangramentos externos | 23 - 01 - 03 05 - 07 |
| | 2. Controlar reposição de volume | 7 gotas/min |
| | 3. Controle sinais vitais | 23 - 01 - 03 05 - 07 |
| | 4. Observar queixas de dor/tontura e fraqueza | 23 - 01 - 03 05 - 07 |
| | 5. Manter paciente com acesso venoso (abocath 14 ou 16) até sua estabilização e cuidados com soroma/flebite/equimose | Rotina |
| | 6. Fazer curativo (s) em: MSD | M |
| | 7. Fazer higiene oral | Após refeição |
| | 8. Incentivar/realizar higiene corporal do paciente/banho de leito | M |
| | 9. Manter paciente aquecido | No período |
| | 10. Manter paciente aquecido | No período |
| | 11. Manter MSD elevado | No período |
| | 12. Observar edema e controlar: perfusão distal, motricidade e sensibilidade MSD | 23 - 01 - 03 05 - 07 |

Evolução:

Horário: 05:00h

dados subjetivos:

Paciente relata que conseguiu dormir um pouco após o “remédio”. Ainda sente “fisgadas” no punho.

dados objetivos:

continua edema na região do punho D, pulsos distais sp, perfusão periférica distal sp, sem dor importante quando da mobilização dos dedos. Dormiu aproximadamente três horas. Sua mãe permaneceu ao lado e o levou ao banheiro.

sinais vitais: FC = 60, FR = 16, PA = 120 x 80 mmhg

análise: sem sinais/sintomas que possam indicar síndrome compartimental. Demonstra-se menos ansioso.

permanece o mesmo diagnóstico

plano:

| Data/hora | Prescrição de Enfermagem | Execução |
|-----------|--|---------------|
| | 1. Controlar reposição de volume | 7 gotas/min |
| | 2. Controle sinais vitais | 09 - 11 |
| | 3. Observar queixas de dor | 09 - 11 |
| | 4. Manter paciente com acesso venoso (abocath 14 ou 16) até sua estabilização e cuidados com soroma/flebite/equimose | Rotina |
| | 5. Fazer higiene oral | Após refeição |
| | 6. Manter MSD elevado | No período |
| | 7. Observar edema e controlar: perfusão distal, motricidade e sensibilidade MSD | 09 - 11 |

APÊNDICE 2 – PLANO DE AULA E CONTEÚDO MINISTRADO

PLANO DE AULA

OBJETIVO GERAL: ministrar aulas teórico-práticas para acadêmicos de Enfermagem da UFSC, sobre Parada Córdio-pulmonar (PCR) e Reanimação Córdio-respiratória (RCR).

PÚBLICO ALVO: acadêmicos da 1ª fase do curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

DATA: 20 e 27 de abril das 10:10h às 12:00h.

ASSUNTOS:

1ª AULA) Parada Córdio-pulmonar (teoria)

2ª AULA) Reanimação Córdio-respiratória (prática)

TÉCNICAS:

- 1) ministrar aula teórica sobre PCR, usando recursos visuais e realizando oficina de debates sobre tópicos do tema central;
- 2) demonstrar através de manequin a técnica de RCP
- 3) Juntamente com as equipes, desenvolver a parte prática das aulas;

AVALIAÇÃO: a avaliação se dará no final das atividades através das falas dos participantes, além da avaliação prevista no programa da disciplina e que será realizada pela professora titular da disciplina.

AULA: PARADA CÁRDIO-PULMONAR (PCR) E REANIMAÇÃO CÁRDIO-RESPIRATÓRIA (RCR)

Introdução

As emergências decorrentes de Parada Cárdio-respiratórias, tem suas origens tanto nas doenças cardiovasculares quanto nos agravos traumáticos. Segundo NASI et. al, (1994), “o trauma, um crescente problema de saúde pública no Brasil, produz cerca de 50.000 mortes por ano...” Ainda conforme KNOBEL, (1994), “no Brasil o traumatismo físico é a terceira causa global de mortalidade e a primeira na faixa etária de cinco a 40 anos” e “essa epidemia que assola o país pode e deve ser enfrentada executando-se programas em nível de prevenção, atendimento pré-hospitalar, atendimento hospitalar e reabilitação”. Por outro lado, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de mortalidade geral no Brasil, sendo que “a doença coronariana predomina” (LANE, 1994).

A sistematização das técnicas de RCP e a transmissão desse conhecimento para a população, juntamente com medidas de prevenção dos eventos que levam a PCR, “possibilitam o salvamento de muitas vidas ameaçadas e melhoram a qualidade de vida de pessoas que sofrem de emergências cardiovasculares e traumáticas”(TIMERMAN, 2000, p. 747).

Para aumentar o índice de sobrevivência de pessoas que sofrem de PCR (...) a American Heart Association (AHA) adotou uma padronização de condutas sistematizadas

em ressuscitação, onde o sucesso das intervenções depende de esforços interligados entre si, que é chamado de “corrente de sobrevivência” que prevê ações de SBV e SAV. Primeiramente, convém destacar as diferenças nesses níveis de atendimento. Para tanto vejamos antes o que vem a ser Atendimento Pré-hospitalar (APH), ou seja, uma das modalidades de atendimento dentro da corrente de sobrevivência.

Atendimento Pré-hospitalar: Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de vida (SAV)

Na atualidade, o APH tem o seguinte conceito mais difundido entre àqueles que de uma ou outra forma, abraçaram a realidade destes serviços: “são medidas ou providências de emergência/urgência, ao nível de suporte básico ou avançado da vida, fora do ambiente hospitalar e no percurso para o hospital onde a vítima terá o atendimento definitivo de sua condição específica” (OLIVEIRA, 1993).

O Atendimento Pré-hospitalar divide-se em duas formas de atendimento derivadas do nível de complexidade da emergência/urgência. Deste modo, os sistemas permitem desde o atendimento mais simples através do Suporte Básico da Vida até o atendimento mais complexo através do Suporte Avançado da Vida, onde neste último, é imprescindível recorrer ao mais elevado grau tecnológico, inclusive em se tratando de conhecimento técnico-científico, a saber:

a) por **Suporte Básico da Vida** entendemos àqueles “procedimentos simples de emergência que podem ajudar uma pessoa em falência respiratória e/ou circulatória” (CHAIRMAN, HECKMAN, 1991, p. 2). Essas medidas consistem “no reconhecimento e na correção imediata da falência dos sistemas respiratórios e/ou cardiovascular, ou seja, avaliar e manter a vítima respirando, com pulso e sem hemorragias” (OLIVEIRA, 1996, p. 10). Em outras palavras, **estabilizar** os sinais vitais da vítima para que ela possa ser conduzida (por profissionais habilitados), **até o pronto socorro ou unidade hospitalar mais próxima**, ou se a situação da vítima permitir, até o pronto socorro ou unidade hospitalar referência.

b) por **Suporte Avançado da Vida**, entendemos o conjunto de procedimentos intensivos e invasivos, através de equipamentos especiais, realizados por profissionais habilitados, visando **estabilizar e restabelecer** os sinais vitais da vítima, no próprio local da cena, ou dentro da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) móvel e durante o deslocamento para o **hospital ou pronto socorro referência** ao tipo de trauma sofrido, pré-diagnosticado pela equipe. São procedimentos realizados pelo Suporte Avançado da Vida: intubação endotraqueal, terapia intravenosa (administração de medicamentos de emergência, reposição de volume e eletrólitos), ventilação mecânica controlada, drenagem torácica, sondagem vesical, gastrintestinal, entre outros; alguns procedimentos (às vezes servindo de meios diagnósticos), mesmo não sendo invasivos podem ser considerados de suporte avançado pois requerem consideráveis níveis de conhecimento técnico, por exemplo o uso de eletrocardiógrafos, desfibriladores, etc. De acordo com

NASI (1994, p. 6), “a UTI móvel surgiu da necessidade de transportar pacientes graves e compreende, além de pessoal treinado (médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem) [no Brasil], equipamentos que permitam a monitorização e tratamento do paciente durante o percurso”.

Sendo assim, conforme a associação americana do coração, a corrente de sobrevivência é composta de quatro elos:

Acesso precoce: a pessoa que reconhece uma emergência deve imediatamente solicitar ajuda e atendê-la prontamente;

RCP precoce: manobras de ressuscitação com abertura das vias aéreas, ventilação e circulação sanguínea devem ocorrer tão breve quanto possível;

Desfibrilação precoce: identifica e trata o ritmo de fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular (TV) sem pulso. Considerada pela AHA a intervenção isolada mais importante, está comprovado que 90% das vítimas que ressuscitaram de uma PCR apresentaram FV; e

Suporte precoce: controle avançado da via aérea e medicações apropriadas ao ritmo devem ser aplicadas tão logo possível.

Conforme LANE (1994, p. 14), “a RCR por si só não é suficiente para salvar vidas na maioria das paradas cardíacas, mas é o primeiro elo de uma corrente vital para que a vítima possa ser salva”.

As medidas iniciais de atendimento devem ser fornecidas por pessoas previamente treinadas ou profissionais habilitados, e baseadas num conhecimento sistematizado que

proporcione um conjunto seqüencial no atendimento. Desta forma, tais medidas evitam o agravamento das lesões já estabelecidas e diferenciam o atendimento por ventura prestado por leigos, ou seja, um atendimento que no afã de ajudar, pode acabar agravando a situação da vítima. Portanto, este corpo de conhecimento sistematizado, denominado de APH, compreende ações de resgate - estabelecer e restabelecer a situação da vítima - que envolvem transporte adequado e encaminhamento correto às unidades de atendimento.

È fato que o atendimento realizado na emergência, é extremamente básico no local da emergência, qualificando apenas o resultado do atendimento ou da remoção que anteriormente era realizado pelos bombeiros. Ou seja, o que a população faz dentro do SBV é garantir dentro dos precários conhecimentos ao nível de suporte básico da vida, que a vítima seja corretamente removida do local do acidente, que as lesões não sejam agravadas, que os sinais vitais sejam mantidos e que possa chegar através de um transporte adequado, o mais rápido possível num hospital para o atendimento final. Em resumo, que a vítima seja conduzida viva para o hospital onde será atendida.

Parada Cárdio- pulmonar

Conceito

Vários conceitos são utilizados para definir PCR. SANTOS et al., (1999, p. 52) diz que “parada cardíaca é a interrupção repentina da função de bombeamento cardíaco, que pode ser revertida com intervenção rápida, mas que causa a morte se ao for tratada”.

Outro conceito importante que encontramos é descrito por KNOBEL, (1994, p. 84), onde “designa-se parada cardíaca a cessação súbita e inesperada da circulação, em paciente cuja expectativa de morte não existia”. NASI et al., (1994, p. 17), conceitua parada cardíaca “como a cessação da atividade mecânica ventricular eficaz”. Convém salientar ainda que freqüentemente designa-se o termo parada cárdio-respiratória devido a inevitável conseqüência de que um desses sistemas pare de funcionar num curto espaço de tempo após o outro sistema parar. Ou seja, mesmo que a parada respiratória aconteça isoladamente, conduz à parada cardíaca em poucos minutos se não for revertida. Do mesmo modo, se a parada cardíaca acontecer independentemente da parada respiratória, poucos segundos serão necessários para que a para respiratória também aconteça.

Causas

Como vimos na introdução, as paradas cardíacas ou respiratórias ou PCR, podem ser decorrentes das doenças cardiovasculares - como por exemplo o infarto agudo do miocárdio que decorre da isquemia das artérias coronarianas – mas podem ser decorrentes de causas externas que levam aos traumatismos diversos. De acordo LANE, (1994, p. 11), “inúmeras causas podem levar à parada respiratória e/ou cardíaca, como sufocamento, afogamento, pneumotórax hipertensivo, hemopericárdio, choque elétrico, obstrução de vias aéreas, broncoespasmo, alergias, trauma, uso excessivo de drogas e acidente vascular cerebral”. SANTOS et al., (1999, p. 52), classifica estas causas de PCR em dois grupos:

“primárias ou cardíacas: aquelas com origem no próprio coração, (ex: isquemia cardíaca que resulta na chegada de quantidade insuficiente de sangue oxigenado ao coração), causando uma arritmia cardíaca, geralmente a fibrilação ventricular. São as principais causas de parada cardíaca no adulto que não foi vítima de traumatismo.

secundárias: a disfunção do coração é causada por problema respiratório ou por causa externa. São as principais causas de PCR em crianças e vítimas de traumatismos.

1) *oxigenação deficiente:* obstrução de vias aéreas e doenças pulmonares.

2) *transporte inadequado de O₂:* hemorragias graves, estados de choque e intoxicação pelo CO.

3) *ação de fatores externos sobre o coração:* drogas e descargas elétricas.

Sinais que indicam PCR

Baseado em SANTOS et al., (1999), LANE, (1994), KNOBEL, (1994), NASI et al., (1994) e TIMERMAN, (2000), os sinais mais comuns que indicam PCR são:

-*ausência de pulso em grande artéria:* no adulto pode ser verificado na artéria carotídea e lactente na artéria braquial);

-*ausência de respiração:* como já comentamos a parada respiratória ou ausência de respiração pode preceder a parada cardíaca ou ocorrer após o seu estabelecimento;

-inconsciência: a inconsciência por si só, não nos leva a concluir que a pessoa esteja em PCR, pois pode acontecer em várias outras situações de emergência. No entanto, toda pessoa em PCR está inconsciente.

-midríase: é um achado tardio, pode aparecer em até 45 segundos após a parada cardíaca, porém, pode aparecer em outras situações e por isso não deve ser utilizada isoladamente para diagnóstico de PCR pois também é um achado inespecífico. Também não deve ser utilizada para definir que a vítima encontra-se com lesão cerebral irreversível, mas a persistência da midríase com a RCP é sinal de mau prognóstico.

-palidez/cianose: geralmente nos infartos fulminantes, a palidez é o achado instantâneo que se dá no momento da parada; posteriormente a vítima evolui para a cianose de extremidades.

-imobilidade: também é um sinal inespecífico e pode aparecer em outras situações; Sendo assim, somente a ausência de pulso em grande artéria e ausência de respiração, podem ser considerados sinais específicos de PCR, portanto são os sinais clínicos mais importantes; os demais são sinais que complementarão o diagnóstico baseado nestes dois achados.

Conseqüências

Sabemos que, com a diminuição da circulação sanguínea, diminui a quantidade de sangue nos órgãos vitais levando a morte celular destes órgãos. No que se refere às

respostas a diminuição da quantidade de sangue circulante, “os órgãos mais sensíveis à falta de oxigênio são o cérebro e o coração” (SANTOS et al., 1999, p. 54). Ainda conforme o autor, “a lesão cerebral irreversível ocorre geralmente após quatro a seis minutos (morte cerebral)” (Id.).

Conceito de RCP

Vários termos são utilizados para se referir às técnicas de reanimação, porém o termo mais abrangente é Reanimação Cárdiorrespiratória Cerebral pois “engloba todas as medidas terapêuticas visando a recuperação das funções cárdiocirculatórias, respiratórias e a preservação da integridade funcional do sistema nervoso central” (KNOBEL, 1999, p. 84).

Conforme SANTOS et al., (1999, p. 54), “RCP é a técnica adotada para retardar a lesão cerebral até a instituição de medidas de suporte avançado. Consiste na associação das técnicas de abertura das vias aéreas, ventilação artificial e compressões torácicas”.

Objetivos da PCR

KNOBEL, (1999, p. 84), afirma que “a causa mais freqüente de parada cardíaca reversível em adultos é a cardiopatia isquêmica, sendo que mais da metade das mortes causadas por ela são súbitas e imprevisíveis. É provável que grande parte dessas mortes

poderia ser evitada por socorro imediato, o que também é válido nos casos de afogamento, intoxicações medicamentosas, asfixias e eletrocuções. Independente da etiologia da parada cardíaca, a realização sistemática de etapas fundamentais de reanimação cardiopulmonar pode evitar lesões cerebrais irreversíveis”. Ainda conforme TIMERMAN, (2000, p. 747), “o índice de sobrevivência de pessoas em RCP eleva-se acentuadamente quando o suporte básico de vida (SBV) é iniciado nos primeiros quatro minutos e o suporte avançado de vida (SAV) até oito minutos, pois em quatro minutos o cérebro começa a sofrer danos e em 10 a morte cerebral está confirmada”. Feito essas considerações, podemos relacionar alguns objetivos de se realizar RCP ao nível de suporte básico de vida, quais são:

- oxigenar e circular o sangue até que seja iniciado o tratamento definitivo, pois a quantidade de sangue circulante está entre 10 e 30% do normal” (SANTOS et al., 1999, p. 55).

- retardar a lesão cerebral;

- prolongar a duração da fibrilação ventricular (FV), impedindo que se transforme em assistolia e permitir que a desfibrilação precoce tenha sucesso, tendo em vista que a arritmia mais importante na PCR é a FV (“aproximadamente 90% dos casos”, segundo a American Heart Association - AHA).

- reverter a PCR em alguns casos por causas respiratórias, principalmente nos casos de afogamentos onde, segundo NASI et al., (1994, p. 19), “em 10 a 12% dos casos de afogamento não há aspiração, devido ao espasmo glótico intenso e a morte é por asfixia”.

Abordagem da vítima em PCR

As etapas fundamentais de reanimação foram preconizadas pela American Heart Association através do Advanced Circulation Life Support (ACLS), que adota a seqüência de prioridades que devem ser tratadas de imediato no indivíduo em PCR. “Estas manobras podem e devem ser executadas foram de unidades hospitalares por pessoal leigo, visto que o atendimento rápido é fundamental para o sucesso terapêutico” (KNOBEL, 1994, p. 84). As manobras de reanimação incluem as etapas mnemônicas “ABCD” onde:

A – abertura de vias aéreas

B – ventilação artificial

C – suporte circulatório (compressão torácica externa)

D – desfibrilação

Tais procedimentos são realizados conjuntamente e/ou decorrentes da avaliação primária que, segundo OLIVEIRA, (1996), “é sempre o primeiro passo após a verificação das condições de segurança no local do acidente. Deve-se posicionar-se ao lado da vítima e executar o exame rapidamente, geralmente em um prazo inferior a 45 segundos, para determinar as condições da vítima nas seguintes áreas:

1. Consciência,
2. Vias aéreas,
3. Respiração,
4. Circulação.

O propósito do exame primário consiste na identificação e correção imediata das falhas nos sistemas respiratório e/ou cardiovascular, que representem risco iminente de vida ao vitimado”.

Limitações

O suporte básico de vida sem desfibrilação não é capaz de manter a vida por períodos prolongados. A reversão da PCR na maioria dos casos também não é obtida...”(SANTOS et al., 1999, p. 55). Assim, é necessário intervir precocemente com desfibrilação e suporte avançado de vida para reverter a vítima ao ritmo normal do coração, na maioria dos casos.

Como vimos, existem programas relacionados diretamente na intervenção dos acontecimentos súbitos, ou seja, após se instalar a parada cárdiorrespiratória, como é o caso da “Corrente de Sobrevivência” lançado pela American Heart Association que já está sendo divulgado no Brasil pela Associação Brasileira de Cardiologia. Este programa prevê uma redução dos índices de mortalidade através dos “elos: acesso precoce, RCP precoce, desfibrilação precoce e SAV precoce (...); se alguns desses elos for inadequado, os índices de sobrevivência serão baixos” (TIMERMAN, 2000, p. 748).

Particularmente acredito que no Brasil, por vivermos uma realidade um tanto diferente dos países centrais, temos outras prioridades além dessa. Existe um universo de pessoas passando fome, desempregadas, sem ter onde morar, enfim, vivendo sobre

condições precárias de vida. Portanto, penso que programas como esse que requer investimentos e treinamento da população em técnicas de RCP, pode ser complementar a um programa principal que deve estar diretamente relacionado à prevenção dos eventos que levam aos acontecimentos súbitos de parada cárdiorrespiratória, o que requer medidas que estão diretamente ligadas à melhoria das condições de vida de ampla maioria da população.

Referências Bibliográficas:

TIMERMAN, Sérgio, et al. **Suporte básico e avançado de vida em emergência.** Brasília: Centro de Documentação e Informação/Coordenadoria de publicações, 2000.

SANTOS, Raimundo Rodrigues, et al. **Manual de Socorro de emergência.** São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

LANE, John Cook. **Manual de reanimação cardiorrespiratória.** 2ª ed. São Paulo: AGE, 1994.

KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave.** São Paulo: Editora Atheneu, 1994.

NASI, Antônio Luiz, et. al. colaboradores. **Rotinas em pronto socorro: politraumatizados, emergências ambulatoriais.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

9 – ANEXOS

ANEXO 1 – FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

ANEXO 2 – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL CELSO RAMOS E HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

ANEXO 3 – CRONOGRAMA DO II CURSO BÁSICO DE URGÊNCIA

ANEXO 4 – CERTIFICADO DA ATIVIDADE EDUCATIVA

ANEXO 5 – CONCEITOS SOBRE OS TÓPICOS DA ATIVIDADE EDUCATIVA ELABORADOS PELOS ACADÊMICOS DA 1ª FASE.

ANEXO 6 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA V SEMANA DE ENFERMEGEM – SAMU/SP.

ANEXO 7 – PROGRAMAÇÃO DA V SEMANA DE ENFERMAGEM DO SAMU-SP

ANEXO 8 – CERTIFICADO DO CURSO: TRANSPORTE AEROMÉDICO – FISIOLOGIA E SEGURANÇA DE VÔO.

ANEXO 1 – FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO

HOSPITAL REGIONAL DE SAÚDE
DR. HOMERIO DE MIRANDA GOMES
C/GC 82.951.245/00010-50
Rua Adolfo Donato da Silva, S/Nº
CEP 88103-901 Praia Comprida São José-SC

SEGURADO

NOME

PROFISSÃO

LOCAL DE TRABALHO

ONVÊNIO

IPESC/SAÚDE - MATRÍCULA

UNIMED - MATRÍCULA

SUS

OUTROS

VALIDADE

VALIDADE

VALIDADE

ACIENTE

NOME

IDADE

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

MUNICÍPIO

HORA

DATA ATENDIMENTO

OTIVO DO ATENDIMENTO

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

OBS.: Anexar os resultados dos exames complementares realizados

NATUREZA DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

CID

PROCEDIMENTO

CÓDIGO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

CLÍNICO

OBSTÉTRICO

OUTROS

CIRÚRGICO

PEDIÁTRICO

MEDICAÇÃO

PRESCRITA

APLICADA

ENCAMINHAMENTO

PARA RESIDÊNCIA

INTERNAÇÃO

OUTROS

PARA AMBULATORIO

ÓBITO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO(A) OU ODONTÓLOGO(A)

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a debitar em folha de pagamento a quantia correspondente ao serviço acima executado, exceto o SUS.

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE OU SEGURADO

CASO NÃO SAIBA ASSINAR, APLICAR O POLEGAR DIREITO AO LADO →

**ANEXO 2 – HISTÓRICO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL CELSO RAMOS E
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM DO PACIENTE POLITRAUMATIZADO

I - Identificação do Paciente

Nome: _____ Data: ____/____/____

Idade: _____ Sexo: M F Hora de chegada: _____

Encaminhado ao Hospital por: Populares
 Bombeiros
 P.M.

Transferido Hospital Florianópolis
 Hospital Regional São José
 Hospital Universitário
 Outros _____

Tipo de Ocorrência pré-hospitalar:

- Acidente de Trânsito Alcoolizado
 Atropelamento
 Agressão
 Queda de Nível: _____ metros Própria Altura
 Soterramento/Desabamento
 Outros _____

II Exame Físico do Paciente

A - Nível de Consciência

| | | | |
|--|--|---|---|
| A - Nível de Consciência (Glasgow) Abertura Espontânea 4 <input type="checkbox"/> Ocular À Voz 3 <input type="checkbox"/> À Dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 <input type="checkbox"/> Melhor Orientado 5 <input type="checkbox"/> Resposta Confuso 4 <input type="checkbox"/> Verbal Palavras Inaprop. 3 <input type="checkbox"/> Sons 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 <input type="checkbox"/> Melhor Obedece Comando 6 <input type="checkbox"/> Resposta Localiza Dor 5 <input type="checkbox"/> Motora Flexão Normal 4 <input type="checkbox"/> Flexão Anormal 3 <input type="checkbox"/> Extensão à Dor 2 <input type="checkbox"/> Nenhuma 1 <input type="checkbox"/> Total de A(3 - 15) _____ | | B - Frequência 10 - 29 4 <input type="checkbox"/> Respiratória > 29 3 <input type="checkbox"/> 06 - 09 2 <input type="checkbox"/> 01 - 05 1 <input type="checkbox"/> 0 0 <input type="checkbox"/> C - Pressão > 89 4 <input type="checkbox"/> Arterial 76 - 89 3 <input type="checkbox"/> Sistólica 50 - 75 2 <input type="checkbox"/> 01 - 49 1 <input type="checkbox"/> 0 0 <input type="checkbox"/> D - Nível de 13 - 15 5 <input type="checkbox"/> Consciência 09 - 12 4 <input type="checkbox"/> 06 - 08 3 <input type="checkbox"/> 04 - 05 2 <input type="checkbox"/> 03 1 <input type="checkbox"/> Total Trauma Score (1 - 13) _____ | Medida Pupilar (mm) 2 3 4 5 6 7 8 9 Diametro D _____ Reage <input type="checkbox"/> Não Reage <input type="checkbox"/> Diametro E _____ Reage <input type="checkbox"/> Não Reage <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> |
|--|--|---|---|

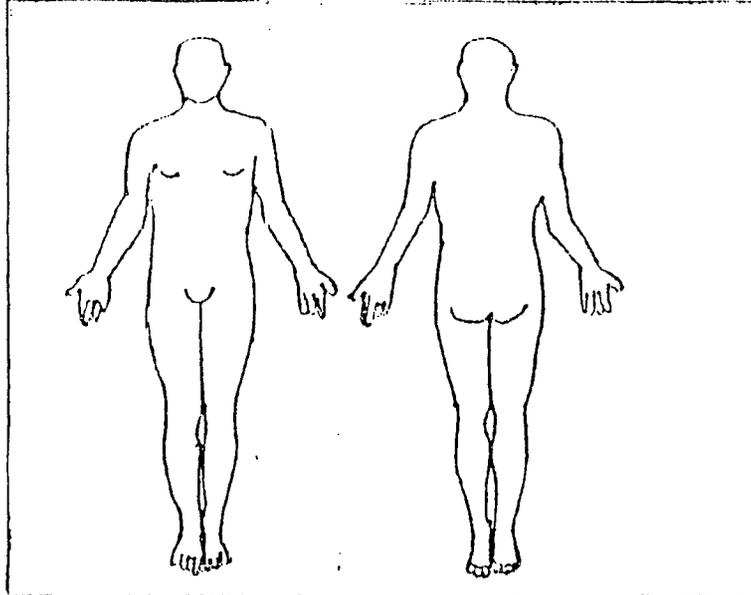
Observações: _____

B - Ventilação:

- Espontânea
- Cânula Endotraqueal
- Traqueostomia
- Máscara Facial
- Oxigênio ____ litros
- Mecânica (Ambú)

Observações: _____

C - Problemas Encontrados



Legenda:

- Fratura Fechada =
- Fratura Exposta =
- Hematoma =
- Ferimento - Cortocontuso =
- Lacerante =
- Abrasivo =
- Perfurante =
- Escoriação =
- Hemorragia
- Rinorragia/Otorragia
- Rinorréia/Otorréia
- Edema =
- Emfisema Subcutâneo =

Pele:

- Corada
- Hipocorada
- Cianótica
- Ruborizada
- Fria
- Úmida
- Sudoreica

Observações: _____

Tórax:

Lesão Torácica: Sim Não

Observações: _____

Parada Cardio Respiratória:

Recuperado: Sim Não

Abdomen:

Apresentação:

- Flácido
- Distendido
- Rígido
- Globoso
- Náuseas
- Vômitos
- Evacuação

Observações: _____

Vias Urinárias

- Diurese Espontânea
- Retenção
- Incontinência
- Sonda Vesical

Características:

- Normal
- Hematúrica

Observações: _____

III - Procedimentos

Sonidas e cateteres

- Intubação Endotraqueal cânula nº _____
- Cateter Venoso Central cateter nº _____
- Veia Periférica - Dispositivo _____
Calibre _____
Local _____

- Drenagem de tórax : D E
- Sonda de Foley nº _____
- Sonda Nasogástrica nº _____

Tala Gessada : MSD MSE
 MID MIE

- Colar Cervical
- Lavagem /Punção Abdominal: Positivo Negativo
- Sutura : Região _____

Curativo: Região _____

Outros : _____

Encaminhamentos:

- Exames Laboratoriais
- Raio X
- Tomografia da Região _____
- Outros _____

Medicações Usadas S. E. : _____ Dosagem _____
_____ Dosagem _____
_____ Dosagem _____
_____ Dosagem _____
_____ Dosagem _____

Sinais Vitais: Pulso: Resp.: P.A.: x TAX TR

Nome do Enfermeiro _____ Data ____ / ____ / ____

Nota: Este Histórico de Enfermagem foi elaborado pelas En^{fm}. Lúcia Xavier dos Santos, Carmem Lilian B. Marques, Maria de Lourdes Silva, com a colaboração dos demais Enfermeiros da Unidade de Emergência do H.G. C. R.
Digitação e Diagramação: José Carlos dos Santos.

| | |
|---|---|
| 1.7. Integridade Física | |
| Amputação () Local: | Deformidade () Local: |
| Próteses () | Outras Cirurgias () |
| 1.8. Integridade Cutâneo - Mucosa | |
| a) Pele: Hipocorada () Ictérica () Descamativa () Rush Cutâneo () Escabiose () Lesões () Caract.: | |
| b) Couro Cabeludo: Pediculose () Seborréia () Sujidades () Alopecia () Outros: | |
| c) Olhos e Pálpebras: Icterícia () Hipocromia () Secreção Ocular () Hiperemia Ocular () | |
| d) Ouvidos: Cerume () Descamação () | |
| e) Boca: Língua saburrosa () Afta () Monilíase () Lesões: | |
| f) Nariz : Epistaxe () Lesões: | g) Dentes: Ausência () Cáries () |
| h) Garganta: Placas () Edema () Hiperemia () | |
| i) Ânus: Hemorróidas () Fissura () | j) Órgãos Genitais: |
| k) Abdome: Globoso () Distendido () Timpânico () Flácido () Doloroso à Palpação () Lesões: | |
| l) MMII: Edema () /4. Lesões () | Ausência de Pulsos () |
| 1.9. Cuidado Corporal | |
| Condições de Higiene: Boas () Regulares () Péssimas () Necessita de Auxílio () Necessita Tricotomia Facial () | |
| 1.10. Regulações | |
| a) Térmica : T °C. | |
| b) Hormonal: Glicemia: mg/dl. | |
| c) Neurológica: Desorientação () Confusão () Torpor () Coma () Tontura () Cefaléia () Distúrbios Visuais () Convulsões () Paresia () Parestesia () Hiperestesia () Plegia () Pupilas foto reagentes () Midriase () Miose () Anisocoria () | |
| d) Hidroeletrólítica : Polidipsia () Edema () Local : | |
| e) Vascular : PA mmHg P bpm. Precordialgia () Hemorragia () Hemotransfundido () | |
| f) Crescimento Celular : Quimioterapia () Radioterapia () | |
| 1.11. Percepção dos Órgãos dos Sentidos | |
| a) Visual: Acuidade Diminuída () Cegueira () | b) Auditiva : Acuidade Diminuída () Surdez () |
| c) Dolorosa: | |
| 1.12. Terapêutica | |
| Rede Venosa: | Musculatura: |
| Alergia a medicamento () Qual (is): | |
| Terapêutica: | |
| 1.13. Sexualidade | |
| Menarca: anos. DUM: / / . Está menstruada () Faz uso de anticoncepcional () Qual: | |
| 1.14. Segurança Física | |
| Necessidade de Prevenção de Queda () Motivo: | |
| Necessidade de Isolamento () Motivo: | |
| Necessidade de Prevenção de Fugas () Motivo: | |
| 1.15. Meio Ambiente | |
| Orientado Quanto as Rotinas do Setor () | |
| 2. Necessidades Psicossociais e Espirituais | |
| Segurança Emocional : | |
| Amor, Afeto, Atenção : | |
| Auto-imagem, Aceitação, Auto-estima, Auto-realização: | |
| Liberdade, Participação, Comunicação: | |
| Criatividade: | |
| Gregária: | |
| Recreação, Lazer, Espaço : | |
| Religiosa, Ética: | |
| Educação para a Saúde: Necessidade de Encaminhamento e/ ou Orientações sobre sua Patologia () | |

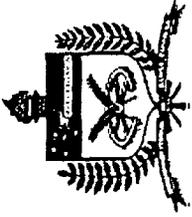
| | | |
|----------------|-------|-------|
| ENFERMEIRA(O): | DATA: | HORA: |
|----------------|-------|-------|

ANEXO 3 – CRONOGRAMA DO II CURSO BÁSICO DE URGÊNCIA

CRONOGRAMA DO II CURSO BÁSICO DE URGÊNCIA:

| Assunto | ABRANGÊNCIA | DATA | PROFESSOR (A) |
|---|-----------------|----------|-------------------|
| Ética no atendimento de Urgência (1/2) e Sistema Integrado de Urgência (1/2) | Teórico | 20/03/01 | Edward Jorge |
| Bioproteção (1/2) e Desinfecção, Anti-sepsia (1/2) | Teórico | 27/03/01 | Lalbert |
| Vias Aéreas e RCP e Quase Afogamento | Teórico | 03/04/01 | Jorge César e Odi |
| Vias Aéreas e RCP e Quase Afogamento | Prático | 10/04/01 | Jorge César e Odi |
| Abordagem inicial do paciente Consciente/Inconsciente e Atendimentos a Desmaios e Convulsões | Teórico/Prático | 17/04/01 | Gladys |
| Sinais Vitais | Teórico/Prático | 24/04/01 | Odi |
| Ferimentos, Hemorragias e Queimaduras | Teórico | 03/05/01 | Cláudio César |
| Curativos e bandagens | Teórico/Prático | 08/05/01 | Margareth |
| Fraturas, Luxações, Entorses e Imobilizações Improvisadas | Teórico/Prático | 15/05/01 | Tenente Matiuzzi |
| Abordagem do Traumatizado (ATLS) | Teórico | 22/05/01 | Pedro Araújo |
| Manobras Básicas de Resgate, Desencarceração, Transporte e Cinemática do Acidente | Teórico/Prático | 29/05/01 | Tenente Matiuzzi |
| Práticas de Enfermagem (Administração de Medicamentos e fluidoterapia) | Teórico/Prático | 05/06/01 | Josiane |
| Atendimento ao Parto e Cuidados da Gestante | Teórico | 12/06/01 | |
| Intoxicações, Acidentes com Animais Peçonhentos | Teórico | 19/06/01 | Margareth (CIT) |
| Simulado | Prático | 01/07/01 | |

ANEXO 4 – CERTIFICADO DA ATIVIDADE EDUCATIVA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DO CURSO

CERTIFICADO

Certificamos que **Pedro Paulo Scremin Martins**, participou do Ensino no CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM da Universidade Federal de Santa Catarina na qualidade de Palestrante do Tema "Reanimação Cardio-Respiratória", na disciplina NFR 5128 – Enfermagem em Primeiros Socorros, totalizando 04 horas.

Florianópolis, 27 de abril de 2001.

Prof.ª Vera Radünz
Presidente do Colegiado do
Curso de Graduação em Enfermagem

Prof.ª Dr.ª Alacoque-Lorenzini Erdmann
Chefe do Departamento de Enfermagem

Prof.ª Dr.ª Vera Radünz
Coord. ou Prof. Responsável

**ANEXO 5 – CONCEITOS SOBRE OS TÓPICOS DA ATIVIDADE EDUCATIVA
ELABORADOS PELOS ACADÊMICOS DA 1ª FASE.**

O CORAÇÃO PARA DE BATER, O
SANGUE DEIXA DE SER BOMBEE-
ADO, DIMINUI A HEMATOSE
O CORPO NÃO RECEBE O₂
ADEQUADAMENTE, PARANDO
AS FUNÇÕES VITAIS.

→ Corre quando ~
para de bombear o
sangue e a pressão
baixa a oxigenação
sangüínea.

(Adi)

Parada Simultânea

do coração e da

Respiração, que se

não Revertido Jesus

chama!

INTERRUPÇÃO DAS FUN-
ÇÕES VITAIS DE CIRCU-
LAÇÃO E OU RESPIRA-
ÇÃO DEVIDO À PATOLO-
GIAS OU CAUSAS
EXTERNAS.

DOENÇA CÁRDIO-VASCU-
LAR (PATOLOGIAS), E FATO-
RES EXTERNOS (ACIDEN-
TES E TRAUMAS), VIDA
SEDENTÁRIA.

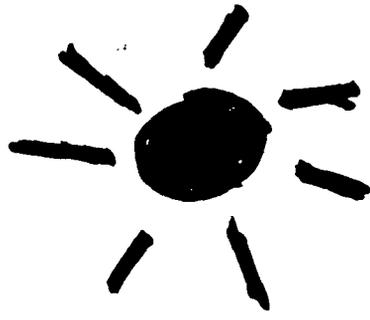
DOENÇA CABG-Misc

AFOGAMENTOS
DOENÇAS CARDÍACAS
HIPERTENSÃO
DIABETE
ASFIXIA
TRAUMAS GERAIS
QUE VENHAM A
COMPROMETER AS
FUNÇÕES CARDÍACAS
E OU RESPIRATÓRIAS

→ Problemas Cardíacos
(Exército de misericórdia...)

→ Traumatismos

→ Causas Naturais



- Traumas
- Doenças cardiovasculares
- Afogamento.
- Asfixia
- ingestão de drogas.
- estudar na mesma sala dos 4 + bonitos da enfermagem.

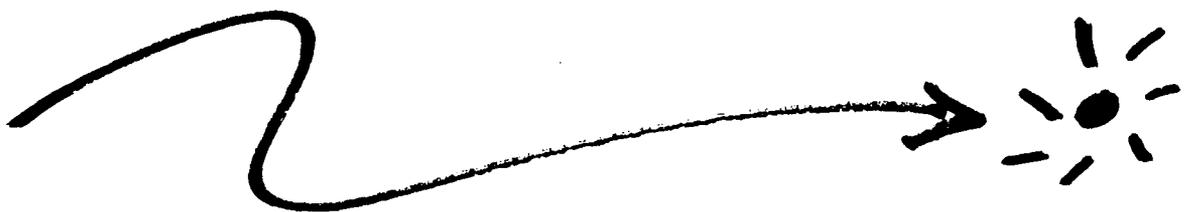
FORTES DORES NO PEI
TO, DORMENCIA NO BRA
ÇO, ARRITMIA, CIANOSE

→ AUSÊNCIA DE PULSAÇÃO

→ FORMIGAMENTO NO
BRAÇO ESQUERDO

→ DILATAÇÃO DA
PUPILA

→ PALIDEZ



- Ausência de pulso
- Ausência de respiração
- Inconsciência
- Cianose (pontas dos dedos, lábios)
- Pupilas s/ reflexo
-

- CIANOSE
- MIDRIÁSE
- ALTERAÇÃO DOS SINAIS VITAIS
- PALIDEZ DA FACE
- SUDORESE
- ESTADO DE INCONSCIÊNCIA

-MORTE

-DANOS CEREBRAIS

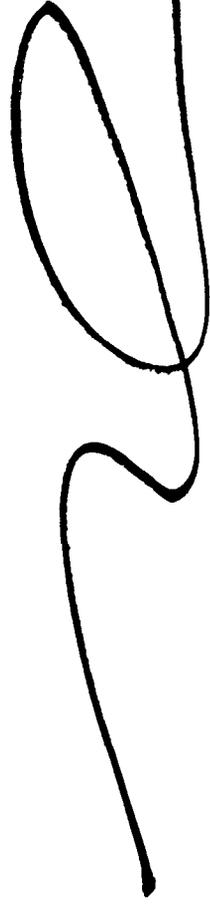
-PARALISIAS

-FICA MANTIDA ATRAVÉS
DE APARELHOS (VEGETAN-
DO)

→ pela falta de O_2 no cérebro
isso pode causar paralisia,
coma.

→ Morte †

→ É a isquemia ...



• FIM

• LESÕES CEREBRAIS

• COMA

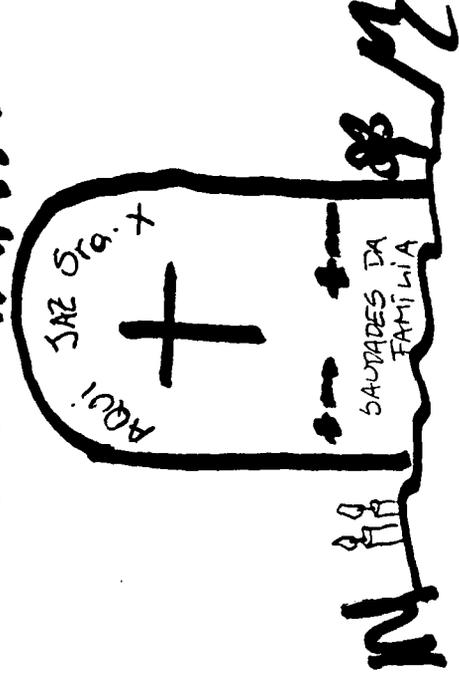
• MORTE DE ALGUNS TECIDOS

• ÓBITO

• TER QUE FAZER CIRURGIAS

• IMPLANTTAÇÃO DE MARCAPAS-

SO



- FALTA DE O_2 NO CÉREBRO

- COMPROMENTIMENTO DE ÓRGÃOS

- NECROSE DE TECIDOS

- SE O CASO NÃO FOR REVERTIDO LEVA À MORTE.

SÃO TÉCNICAS E MÉTODOS UTILIZADOS PARA

0 ♡ VOLTAR A "BATER"

- É a massagem para
reanimação cardíaca e
respiratória para reu-
paração dos sinais
vitalis.

conjunto de medidas p/

estimular novamente a função

meccânica e/ou elétrica do 

e, consequentemente restabele-

cer a resp. a circ. sangôic-
mea.

TENTATIVA DE RESTA-
BELECER A VÍTIMA,
ATRAVÉS DE MÉTO-
DOS ADEQUADOS.

- VERIFICAR RESPIRAÇÃO E ~~OS~~ SINAIS VITAIS
- COLOCAR A VÍTIMA EM POSIÇÃO ADEQUADA
- FAZER COMPRESSÃO TORÁCICA E VENTILAÇÃO ARTIFICIAL
- BUSCAR ATENDIMENTO DEFINITIVO O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL

- colocar a forssca em posição confortável
- abraçar noubas...
- iniciar a RCP
- ligar para o 190

Obrigada!

FIM

• DESOBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS

• ~~INFER~~ INICIAR COMPRESSÃO TORÁCICA.

• VENTILAÇÃO ARTIFICIAL.

CONCLUSÃO DO GRUPO: (MASC.)

TER SEMPRE UMA BOA ENFERMEIRA AO LADO

- COLOCAR EM POSIÇÃO

ADEQUADA

- MASSAGEM (COMPRESSÃO)

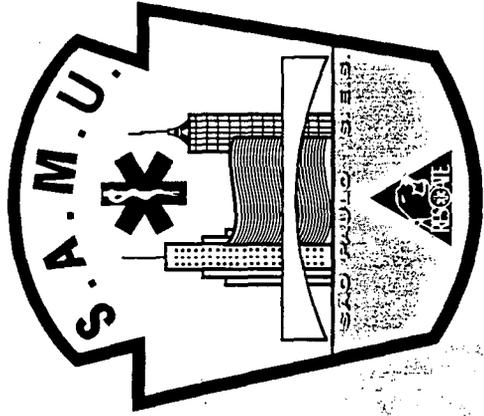
CÁRDIO - VASCULAR

- VENTILAÇÃO

- AFROUXAR A ROUPA E

ACESSÓRIOS

**ANEXO 6 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA V SEMANA DE ENFERMAGEM –
SAMU/SP.**



S.A.M.U.

V SEMANA DE ENFERMAGEM
17 a 20 de maio de 2001

CERTIFICADO

Certificamos que **PEDRO PAULO SCREMIN MARTINS**

participou da **V SEMANA DE ENFERMAGEM**, realizada no período de 17 a 20 de maio de 2001, no Hotel Dânubio e Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos "Dr. Antonio Guilherme de Souza" São Paulo - SP.

São Paulo, 20 de maio de 2001.

Isa Amorim Porto

Estherina Alves de Souza

*Sônia Aparecida Batista*⁰⁴⁹

ISA SANDRA AMORIM PORTO

ESTERINA ALVES DE SOUZA

SÔNIA APARECIDA BATISTA

COMISSÃO ORGANIZADORA

ANEXO 7 – PROGRAMAÇÃO DA V SEMANA DE ENFERMAGEM DO SAMU-SP

Programação da Semana da Enfermagem do SAMU-SP

► **Como está o Atendimento Pré-Hospitalar na cidade de São Paulo, o que mudou?**

Dr Pedro Rozolen – Coordenador Geral do SAMU/SP

► **Triagem do Atendimento Pré-Hospitalar via Central de Atendimento**

Drª Nádia Gebelem – Médica do SAMU/SP

► **Segurança da Equipe em Saúde no Atendimento Pré-Hospitalar**

Enfª Sônia Aparecida Batista – Enfermeira do SAMU/SP

► **Cinemática do Trauma, qual sua importância?**

Enfª Gisele Rossi Carneiro – Enfermeira do SAMU/SP

► **Prevenção do Trauma**

Enfª Ligia Maria C. Soares – Enfermeira da Secretaria da Saúde/SP

► **Atuação do Enfermeiro com o Paciente Psiquiátrico**

Enfº João Fernando Marcolam – Enfermeiro do Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde SMSP/SP

► **Atuação do Enfermeiro no Pré-hospitalar na Cidade de São Paulo**

Enfª Rosimey Tomaz Romero – Enfermeira do SAMU/SP

► **Transporte da Vítima Grave no Pré e Inter-Hospitalar**

Enfª Sônia Aparecida Batista – Enfermeira do SAMU/SP

► **Relato de Caso: Vítima por Acidente de Moto**

Enfª Catia Cristina Gomes Lopes – Enfermeira do Hospital Santa Marcelina – Itaim Paulista/SP

► **Abordagem em Emergências Clínicas no Pré-Hospitalar**

Enfª Silene Celarino da Fonseca – Enfermeira do SAMU/SP

► **Lesões e Complicações causadas por Arma de Fogo**

Enfª Lúcia Mitsuko Kimura – Enfermeira do SAMU/SP

► **Como Lidar com o Stress da Equipe de Saúde no Pré-Hospitalar:**

O Stress da Morte

Enfª Isa Sandra Amorim Porto – Coordenadora Técnica do Serviço de Enfermagem do SAMU/SP

O Stress Diário

Enfª Sônia Aparecida Batista – Enfermeira do SAMU/SP

O Stress no Paciente Suicida

Enfª Silene Celarino Fonseca – Enfermeira do SAMU/SP

O Stress nas Situações de Catástrofe

Enfº Veríssimo Simões Cardoso – Enfermeiro do SAMU/SP

O Limite do Stress

Psicóloga Jaqueline Mazzoni – Doutoranda pela Universidade Havana/Cuba

►Custos de um Paciente no Atendimento Pré-Hospitalar

Enfª Isa Sandra Amorim Porto - Coordenadora Técnica do Serviço de Enfermagem do SAMU/SP

►Atendimento de Enfermagem a Vítima em Parada Cárdio Respiratória no Pré-Hospitalar

Enfº Antônio Cláudio de Oliveira – Enfermeiro do SAMU/SP

►Resgate Aeromédico

Enfº Veríssimo Simões Cardoso – Enfermeiro do SAMU/SP

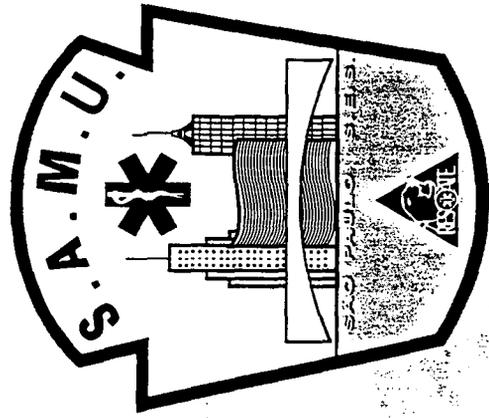
►Humanização no Atendimento Pré-Hospitalar

Enfª Maisa Ferreira dos Santos – Enfermeira do SAMU/SP

►Protocolo de Higienização e Limpeza Terminal e Concorrente de Viaturas e Equipamentos

Enfª Karen Rose Freua Sahad - Enfermeira do SAMU/SP

**ANEXO 8 - CERTIFICADO DO CURSO: TRANSPORTE AEROMÉDICO -
FISIOLOGIA E SEGURANÇA DE VÔO.**



S.A.M.U.

V SEMANA DE ENFERMAGEM

17 a 20 de maio de 2001

CERTIFICADO

PEDRO PAULO SCREMIN MARTINS

Certificamos que

participou da **V SEMANA DE ENFERMAGEM**, realizada no período de 17 a 20 de maio de 2001, no Hotel Dánubio e Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos "Dr. Antonio Guilherme de Souza"

São Paulo - SP.

*Na qualidade de PARTICIPANTE na Atividade CURSOS PÓS-EVENTO:
TRANSPORTE AEROMÉDICO - FISILOGIA E SEGURANÇA DE VÔO - 20/05/2001 - Carga Horária: 08 horas*

São Paulo, 20 de maio de 2001.

ISA SANDRA AMORIM PORTO

ESTERINA ALVES DE SOUZA

SÔNIA APARECIDA BATISTA

COMISSÃO ORGANIZADORA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail : nfr@nfr.ufsc.br

DISCIPLINA INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O relatório apresentado por Pedro Paulo Scremin Martins consiste num primoroso relato acerca de sua experiência junto ao Serviço de Emergência do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes – São José/SC. A trajetória seguida de acadêmico demonstra sua preocupação e compromisso com a sua formação, refletida no presente texto com domínio da escrita pouco comum.

Em sua experiência, Pedro Paulo buscou oportunidades de aprofundamento de seus conhecimentos e habilidades na assistência de enfermagem em emergência, especialmente, no tocante a vítima de trauma. Com experiência profissional no Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros, buscou um olhar direcionado aos pacientes vítimas de trauma (ocorrência de maior incidência no SAPH) para traçar um perfil epidemiológico que apontasse as especificidades que um serviço de emergência precisa considerar para a sua organização, tanto de recursos materiais quanto humanos. Também, explorou as possibilidades e limites da aplicação da metodologia de assistência de enfermagem no serviço de emergência, propondo uma forma de registro e acompanhamento de tais pacientes considerando suas especificidades. Nesta trajetória, enfrentou questões éticas, refletiu criticamente acerca da importância de serviços dessa natureza (emergência hospitalar e pré-hospitalar) e do vazio existente no ensino de graduação, apontando a necessidade de criação de espaços curriculares e/ou extra-curriculares que contribuam para a formação do graduando de Enfermagem nessas áreas.

Pela determinação e posicionamento crítico que demonstrou durante sua prática assistencial, Pedro Paulo deixa um convite àqueles que desejarem desenvolver seu trabalho de conclusão na mesma área. Mostrou que o

entusiasmo, a dedicação e a responsabilidade, superam a natural inabilidade e insegurança ao iniciar a carreira profissional e que o compromisso social e político contribuem para formação do cidadão e não apenas do profissional.



Profa. Dra. Marta Lenise do Prado

Orientadora