

Adultos com fraturas: das implicações funcionais e cirúrgicas à educação em saúde*

FRACTURES IN ADULTS: FROM FUNCTIONAL AND SURGICAL IMPLICATIONS TO HEALTH EDUCATION

ADULTOS CON FRACTURAS: DE LAS IMPLICACIONES FUNCIONALES Y QUIRURGICAS HASTA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Luciana Tokunaga Itami¹, Ana Cristina Mancussi e Faro², Paolo Meneghin³, Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite⁴, Cleidileno Teixeira Silveira⁵

RESUMO

Este estudo objetivou identificar as implicações funcionais e cirúrgicas relativas a pacientes adultos com fraturas, caracterizar o perfil sociodemográfico da amostra do estudo, avaliar a independência funcional das vítimas de fraturas e discutir as implicações relacionadas aos procedimentos cirúrgicos envolvidos no tratamento a esses pacientes. A pesquisa foi realizada entre novembro de 2006 e abril de 2007 com 74 pacientes internados em um hospital de São Paulo. Foram predominantes indivíduos do sexo masculino (91,9%), média de idade de 31,8 anos, brancos (51,3%), vítimas de acidentes de trabalho (51,4%). As fraturas de membros inferiores representaram 73,0% dos casos e membros superiores 13,5%. Os acidentes automobilísticos foram responsáveis por 58,1% das internações. Quanto à Medida de Independência Funcional (MIF), houve aumento nas médias dos valores no decorrer da avaliação. Por outro lado, há diminuição desses valores em casos de acidentes automobilísticos e atropelamentos e naqueles em que os membros inferiores são atingidos.

DESCRITORES

Ferimentos e lesões.
Causas externas.
Enfermagem ortopédica.
Enfermagem em emergência.
Educação em saúde.

ABSTRACT

This study aimed to identify the functional and surgical implications for adult patients with fractures, characterizing the demographic profile of the study sample, to assess the functional independence of victims of fractures and discuss the implications related to surgical procedures involved in treating these patients. The survey was conducted between November 2006 and April 2007 with 74 patients admitted to a hospital in Sao Paulo. Male subjects were predominant (91.9%), mean age 31.8 years, whites (51.3%), victims of accidents (51.4%). Fractures of lower limbs accounted for 73.0% of cases and upper limbs 13.5%. The accidents were responsible for 58.1% of admissions. Regarding Functional Independence Measure (FIM), there was an increase in mean values of FIM during the evaluation. Moreover, there is a decrease of these values in cases of accidents and pedestrian accidents and in those whose limbs are affected.

KEY WORDS

Wounds and injuries.
External causes.
Orthopedic nursing.
Emergency nursing.
Health education.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar las implicaciones funcionales y quirúrgicas de adultos con fracturas, caracterizar el perfil demográfico de la muestra del estudio, evaluar la independencia funcional de las víctimas de fracturas y discutir las implicaciones relativas a los procedimientos quirúrgicos implicados en el tratamiento de estos pacientes. La encuesta fue realizada entre noviembre de 2006 y abril de 2007 con 74 pacientes ingresados en un hospital de Sao Paulo. Varones fueron predominantes (91,9%), edad promedio 31,8 años, blancos (51,3%), víctimas de accidentes (51,4%). Las fracturas de extremidades inferiores representaron el 73,0% de los casos y de extremidades superiores 13,5%. Los accidentes fueron responsables por 58,1% de los ingresos. Quanto a la Medida de Independencia Funcional (MIF), hubo un aumento en los valores medios durante la evaluación. Por otra parte, hay una disminución de estos valores en casos de accidentes, atropellamientos y en aquellos cuyos miembros inferiores son lesionados.

DESCRIPTORES

Heridas y traumatismos.
Causas externas.
Enfermería ortopédica.
Enfermería de urgencia.
Educación en salud.

* Extraído da Pesquisa "Causas externas e seu impacto sobre a independência funcional em adultos com fraturas", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008. ¹ Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Enfermeira do Hospital Santa Lucinda da Pontifícia Universidade Católica de Sorocaba. Sorocaba, SP, Brasil. luciana.itami@gmail.com ² Livre Docente do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. rafacris@usp.br ³ Enfermeiro. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. paolomen@usp.br ⁴ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. rboleite@usp.br ⁵ Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Enfermeiro do Setor de Educação Continuada do Hospital A.C. Camargo. São Paulo, SP, Brasil. leno.silveira@hcancer.org.br

INTRODUÇÃO

Violências e acidentes – conhecidos por causas externas – configuram, nos dias atuais, uma das principais preocupações do setor saúde no Brasil e no mundo. O aumento significativo da incidência das causas externas, a partir dos anos 80 do século XX, traz a tona um novo quadro de morbimortalidade no país e nos remete à necessidade de implementação de medidas de prevenção e controle, uma vez que se tornam um problema de saúde pública. Historicamente, as ações voltadas para o rápido atendimento às vítimas de causas externas cresceram durante as guerras do século XX e fizeram cair substancialmente o tempo de remoção das vítimas até o atendimento definitivo que era de 4 horas, durante a II Guerra Mundial, para 27 minutos na guerra do Vietnã. A partir daí, esta experiência foi generalizada, especialmente para vítimas de lesões por causas externas em grandes centros urbanos⁽¹⁾.

As lesões, traumas e mortes causados por acidentes e violência geram altos custos econômicos, sociais e emocionais. Gastos com internações, terapêutica e reabilitação, previdência, dias de afastamento do trabalho, anos potenciais de vida perdidos, danos psicológicos às vítimas e seus familiares, são altamente onerosos, principalmente pelo fato de que a grande concentração de atingidos são indivíduos jovens, em idade produtiva. O Ministério da Saúde, reconhecendo o aumento de acidentes como um problema de Saúde Pública, aprovou em maio de 2001 a portaria GM/MS Nº737 que consiste na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências⁽²⁾. Foi criado então o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, SAMU, estruturado com equipamento e viaturas capazes de transportar as vítimas dessas injúrias⁽²⁾.

Pesquisas demonstraram que na faixa etária de zero a 18 anos os acidentes de trânsito representam 31% das causas de morte e o traumatismo físico representa, no Brasil, a terceira causa global de mortes na faixa etária dos cinco aos 40 anos. Isto representa uma média de 100.000 brasileiros mortos por trauma e aproximadamente 1.500.000 feridos⁽³⁾.

Em termos econômicos, os custos das perdas nos acidentes de transporte alcançam cerca de 1,0% do produto interno bruto (PIB) em países de baixa renda e 2,0% do PIB em países de alta renda⁽²⁾. Em 2005, verificou-se que as internações por causas externas no sistema público de saúde no Brasil geraram um custo de aproximadamente R\$157 milhões, situando-se em terceiro lugar por custo e a sexta causa das internações⁽⁴⁾.

Considerando a realidade dos dias atuais e diante da dimensão dos números envolvidos, as patologias traumáticas, vêm, progressivamente, ocupando espaço diferenciado nas estatísticas de diagnósticos e internações hospita-

lares. Admite-se que o trauma atingiu o primeiro lugar como etiologia de morbimortalidade na população de zero a 39 anos de idade, tornando-se um grave problema de saúde pública que necessita de medidas intervencionistas de caráter imediato⁽⁵⁾.

Para diminuir o impacto dessa realidade, os serviços de atendimento móvel de urgência têm por objetivo prestar atendimento rápido e adequado às vítimas com a finalidade de minimizar seqüelas e restituir a plena capacidade funcional à pessoa vitimada. Estudos comprovam que a primeira hora (*golden hour*) após a ocorrência de uma lesão traumática é considerada o tempo crítico para a instituição do tratamento que modificará o prognóstico, uma vez que até 40% dos óbitos ocorrem na fase pré-hospitalar. Este curto período de tempo é a margem de atuação do serviço de atenção pré-hospitalar, que visa retirar a vítima de lesão traumática de forma rápida e segura do local do evento e levá-la ao local onde receberá o tratamento mais adequado⁽⁶⁾.

Vítimas de traumas ortopédicos e, em especial de fraturas ósseas, são representantes importantes de indivíduos que apresentam, de forma temporária ou permanente, incapacidades, deficiências, seqüelas e diminuição de capacidade funcional. O reconhecimento do aumento do número de vítimas que sobrevivem aos acidentes e a magnitude das seqüelas desses eventos põe em evidência a necessidade de programas de reabilitação para esta clientela. Para tanto, os profissionais de saúde podem utilizar instrumentos capazes de quantificar a capacidade funcional dos pacientes, permitindo, dessa maneira, melhor direcionar os programas de reabilitação e um deles é a MIF.

A MIF é um instrumento multidimensional onde o foco principal diz respeito à solicitação de cuidados de terceiros que o paciente exige nas atividades cotidianas. Aplica-se à verificação da evolução do paciente na reabilitação iniciada, ainda na internação, sobretudo para aqueles que sofreram trauma ocasionando severas incapacidades abruptamente. É muito utilizada em instituições especializadas no atendimento ao paciente com afecções ortopédicas. Compreende 18 atividades distribuídas em dois domínios. No motor, a ênfase é dada ao autocuidado (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir, utilização do vaso sanitário), ao controle de esfíncter (urinário e fecal), à transferência (leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, chuveiro) e à locomoção (marcha e escadas), englobando treze atividades. O domínio cognitivo/social compreende as funções da comunicação (compreensão e expressão) e cognição social (interação social, resolução de problemas e memória), contendo cinco atividades⁽⁵⁾. Essas áreas são cotadas de 1 (dependência total) a 7 (independência total); quanto maior a pontuação, maior a independência da pessoa, sendo que a pontuação total varia de 18 a 126⁽⁷⁾.

O trauma atingiu o primeiro lugar como etiologia de morbimortalidade na população de zero a 39 anos de idade, tornando-se um grave problema de saúde pública que necessita de medidas intervencionistas de caráter imediato.

OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivo geral, identificar as implicações funcionais e cirúrgicas relativas a pacientes adultos com fraturas e, como objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico da amostra do estudo;
- Avaliar a independência funcional das vítimas de fraturas; e
- Discutir as implicações relacionadas aos procedimentos cirúrgicos envolvidos no tratamento a esses pacientes.

MÉTODO

Trata-se de um estudo longitudinal, exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa. O estudo teve como campo de pesquisa o Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IOT/FMUSP); unidades de Trauma e Geriatria e Pronto Socorro sendo aprovado pela Comissão Científica (memorando 51/2006) e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (protocolo 537/2006 - CEP/EEUSP).

A amostra do estudo foi composta por 74 indivíduos adultos (18 a 59 anos), com fraturas e hospitalizados por um período mínimo de 48 horas. No período da coleta de dados foram atendidos 538 adultos, sendo 459 excluídos e seis perdas. Excluíram-se pacientes com trauma raquimedular, trauma crânio-encefálico, portadores de distúrbios psiquiátricos e de comportamento por ocasião da pesquisa, pacientes que foram transferidos para outra unidade ou instituição no decorrer da internação, os que possuíam amputação prévia de membros e os casos de fraturas patológicas. O poder amostral foi de 99,80%, índice de Alfa de Cronback. A coleta de dados realizou-se no período de 16 de novembro de 2006 a 16 de abril de 2007 por meio de entrevista estruturada e preenchimento de um questionário com questões sociodemográficas e referentes ao trauma e aplicação da MIF. A primeira aplicação da MIF foi realizada após 48 horas de internação devido à realização de cirurgias dentro das primeiras 24 horas, em alguns casos. A segunda aplicação foi realizada na alta hospitalar do paciente e a terceira e última ocorreu por contato telefônico, em aproximadamente um mês após o regresso do paciente a seu domicílio. As três entrevistas foram realizadas somente com o paciente, não sendo consultados os cuidadores e familiares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o preenchimento do instrumento, foram utilizadas as informações obtidas do voluntário participante do estudo e de seu prontuário médico hospitalar. No que se refere à idade dos pacientes, verificamos que a média foi

de 31,7 anos. Houve predomínio do sexo masculino (91,9%) e da etnia branca (51,3%).

A alta incidência de indivíduos jovens, em diversas sociedades, vem sendo relacionada à falta de experiência na condução de veículos, além de características próprias da juventude, como a impulsividade e a necessidade de autoafirmação perante seus pares. Como agravante, os jovens, geralmente, consomem mais álcool e drogas que adultos de idade mais avançada, e tendem a exceder mais os limites de velocidade e a desrespeitar outras normas de segurança no trânsito, o que aumenta as chances de ocorrência de acidentes⁽⁸⁻⁹⁾. Em um estudo realizado em Londrina no ano de 2000 verificou-se que 65,6% dos jovens do sexo masculino participantes já haviam se envolvido em acidentes de trânsito, 15,6% já haviam participado de “rachas” e em 44,6% verificou-se associação de ingestão de bebidas alcoólicas previamente à condução de veículos nos últimos 30 dias⁽¹⁰⁾. Outro estudo realizado no sul do país, no período de 1997 a 2000 apontou que a faixa etária predominante nos acidentes de trânsito foi de 10 a 39 anos, com valores superiores a 70,0%⁽¹¹⁾.

Quanto ao estado civil, verificamos que a maioria era solteira (47,2%), seguida dos que eram casados ou em união consensual (45,9%). Em relação à região corporal acometida pelo trauma ortopédico, verificamos que 73,0% sofreram lesões em membros inferiores (MMII). A segunda região corporal mais atingida foi os membros superiores (MMSS), com 13,5% (Figura 1).

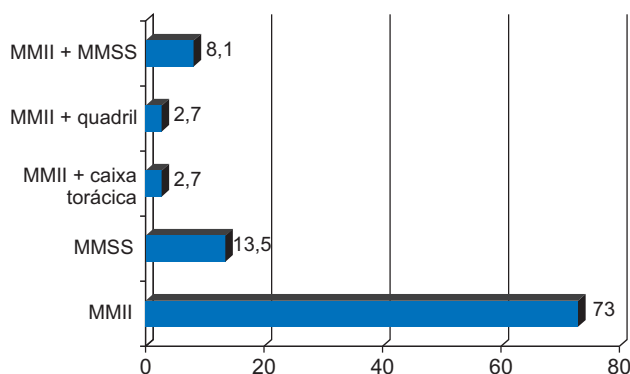


Figura 1 - Distribuição em porcentagem dos entrevistados, segundo topografia das lesões corporais - São Paulo - 2007

O diagnóstico médico do trauma foi obtido do prontuário hospitalar dos pacientes devido à maior precisão da informação. Cabe ressaltar que apenas foram incluídos na amostra os casos em que havia fraturas ósseas, de qualquer tipo, exceto as patológicas. Quanto ao tipo de fratura, verificou-se que houve predominância das expostas (47,2%), seguida das fechadas (41,9%).

Quando questionados sobre a causa externa que motivou a hospitalização, verificamos que 58,1% dos casos foram por acidente automobilístico, sendo que desses, 81,4% foram acidentes envolvendo motos. Em 66,20% dos casos houve necessidade de tratamento cirúrgico.

O procedimento cirúrgico em vítimas de causa externa, de trauma ou politrauma é, geralmente, de caráter de emergência ou urgência e exige da equipe uma intervenção focalizada na prevenção de riscos e na manutenção da vida do paciente. Nessa situação, muitas vezes, o paciente advém do Pronto Socorro e as informações mais relevantes para a ocorrência de um ato anestésico-cirúrgico seguro geralmente são precárias ou inexistentes. O jejum pode não estar adequado, pois se deve ter um período mínimo de oito e, idealmente, de 12 horas, para evitar o risco de aspiração. Informações importantes como etilismo, tabagismo, uso de medicamentos, drogas ou entorpecentes muitas vezes não são obtidas, o que dificulta prevenir eventos adversos associados aos efeitos dos anestésicos. Dados sobre o histórico saúde-doença que também devem ser colhidos na recepção deste paciente no CC, como: alergias, doenças progressas e cirurgias anteriores ficam a desejar⁽¹²⁻¹³⁾.

Os motociclistas ainda estão sujeitos à maior vulnerabilidade e há maior gravidade nos acidentes em que se envolvem no trânsito das grandes cidades. Seu potencial de mortalidade, medido com dados brasileiros, é 10 vezes maior que de automóveis. Essa elevada periculosidade, contudo, não encontra paralelo na literatura internacional que, ao contrário, menciona 3 a 4 vezes mais acidentes com carros de passeio em relação à motocicleta⁽¹⁴⁾. Estudos realizados em Londrina também apontam os motociclistas como principal tipo de vítima de acidente de trânsito, com valores superiores a 40,0%, seja entre sobreviventes, seja entre os que foram a óbito⁽¹⁰⁾.

A ocorrência dos traumas ortopédicos segundo o dia da semana e o horário do acontecimento teve maior incidência nas quartas-feiras, sexta-feiras e finais de semana (20,3%, 16,2% e 20,3%, respectivamente) e no intervalo de tempo entre 18 horas e 24 horas (31,1%). Esses resultados são muito semelhantes aos encontrados na literatura, onde diversos autores descrevem maior ocorrência de acidentes de trânsito e de vítimas nos finais de semana⁽¹⁵⁾.

Normalmente, o horário da noite é o de maior incidência de vítimas, uma vez que nesse período, geralmente, os acidentes apresentam maior gravidade, em virtude de diversos fatores ligados ao meio ambiente (excesso de velocidade, desrespeito aos semáforos, menor luminosidade) atrelados a fatores pessoais, tais como uso de álcool e drogas, entre outros. Esses dados indicam que a solução ou, ao menos, a atenuação desse importante problema de saúde pública, passa, obrigatoriamente, primeiro pela compreensão e identificação dos fatores determinantes do comportamento dos condutores de veículos e, segundo, por um processo de educação em saúde voltado para promover, não só mudanças comportamentais quanto aos cuidados e prudência ao dirigir, mas também, pela implantação de programas de atendimento às vítimas, destinados à população.

No Brasil, a resolução 168/04 aprovada pelo Conselho Nacional de Trânsito, em dezembro de 2004, tornou obrigatória a realização de curso de Primeiros Socorros aos motoristas que possuíam Carteira Nacional de Habilitação

(CNH) anterior a 19 de novembro de 1999 e que fossem renovar suas carteiras. Ao receber pela primeira vez a CHN, os indivíduos também devem realizar este curso de primeiros socorros, obrigatoriamente. Essas são determinações importantes, porém, incipientes, pois no Brasil ainda não existem programas de alta abrangência em escolas públicas e privadas, que treinem a população para o atendimento às vítimas de trauma ou de parada cardíaca.

Em um estudo realizado num serviço privado de atendimento de urgência, de um total de 54 casos de atendimento a pessoas com parada cardiorrespiratória, a maioria das vítimas (88,8%) foi a óbito. Apenas em 3,7% dessas vítimas os procedimentos de ressuscitação foram realizados por circunstâncias com treinamento, sendo que dessas, todas (100%) chegaram com vida ao hospital⁽¹⁶⁾. Esses dados permitem concluir que a população não está preparada para agir em situações de emergência, o que seria de grande valia numa região onde os serviços de emergência se deparam com muitos obstáculos para alcançar um tempo-resposta ideal para garantir a sobrevivência das vítimas⁽¹⁶⁾. Posto este cenário, pode-se perceber a importância do atendimento precoce à pessoa vitimada, iniciado por pessoa leiga, num cenário como a cidade de São Paulo, onde diversas variáveis como índices de congestionamento em suas principais vias de trânsito, podem impedir ou dificultar a chegada do serviço médico de urgência às vítimas e, por conseguinte, sua sobrevivência.

Independência funcional de adultos com fraturas

A tabela Anova e o teste de Bonferroni ajustado revelam que entre a MIF motor e MIF total, as médias são significativamente diferentes entre os três momentos de avaliação ($p < 0,001$); e que não há diferença estatisticamente significativa entre as médias da MIF cognitivo-social ($p > 0,05$).

Verificou-se que em relação à MIF motor e consequentemente, MIF total, houve um aumento considerável na média dos valores da MIF no momento da alta e um mês após o regresso ao domicílio, sugerindo ganho de independência funcional em relação ao estado imediato ao trauma. Conforme já citado a média do domínio cognitivo-social manteve um padrão linear nos três momentos de aplicação do instrumento.

É esperado que os entrevistados tenham uma melhora do escore da MIF motor e, consequentemente da MIF total nos três momentos de aplicação do instrumento. A terapêutica instituída durante a hospitalização, tais como cirurgias, imobilizações para a estabilização da fratura, uso de analgésicos e realização de fisioterapia são fatores importantes para o aumento dos escores desse domínio, uma vez que os pacientes sentem-se mais capazes, dispostos e seguros para a realização das atividades, ainda que com dificuldades impostas pela situação clínica.

Ao comparar as médias obtidas nas três aplicações da MIF, verificou-se que, apesar de serem minoria, as mulhe-

res apresentam melhores escores, especialmente após um mês de regresso ao domicílio. Cabe ressaltar também, que as quedas, agressões e mordeduras por animais foram as causas predominantes dos traumas sofridos pelas mesmas, o que poderia explicar os maiores escores, uma vez que esses eventos possuem menor impacto que os acidentes automobilísticos.

Em relação à faixa etária, para realizar tal análise, os grupos etários foram divididos em intervalos compreendidos entre: 18 a 29 anos; 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos. Nessa variável, foi observado não existir diferenças entre os grupos e as médias da MIF motor, cognitivo-social e total (respectivamente, $p=0,503$; $p=0,868$; $p=0,650$). Da mesma forma, verificou-se que não há diferenças significativas quando se considerou o estado civil e os escores da MIF.

Para realizar a análise das causas externas sobre a MIF total e seus domínios, classificou-se esse fator em: 1) Outros; 2) Ferimentos por Armas de Fogo (FAF); 3) Quedas; 4) Atropelamentos; 5) Acidentes Automobilísticos. Nessa variável, o teste de Bonferroni ajustado evidenciou que em relação à MIF total, as médias são significativamente diferentes entre os grupos 1 e 2 ($p=0,04$); 1 e 4 ($p=0,02$) e 3 e 4 ($p=0,02$). Quanto à MIF motor, as médias são significativamente diferentes entre os grupos de causa externa 1 e 4 ($p=0,02$), 1 e 5 ($p=0,003$) e 3 e 5 ($p=0,03$). Por fim, em relação à MIF cognitivo social, as médias são significativamente diferentes entre os grupos 2 e 3 ($p=0,03$) e 3 e 4 ($p=0,02$).

Para a análise da variável região corporal acometida pela fratura, classificou-se em subgrupos, como se segue: 1) Membros inferiores e quadril; 2) Membros inferiores e superiores; 3) Membros superiores; 4) Membros inferiores. Observou-se que na MIF total as médias são significativamente diferentes entre os grupos 1 e 3; 2 e 3; 3 e 4 (todos com $p<0,001$); 1 e 4 ($p=0,031$) e 2 e 4 ($p=0,020$). Quanto à MIF motor, as médias são significativamente diferentes entre os grupos 1 e 3; 3 e 4; 2 e 3 (todos com $p<0,001$) e 2 e 4 ($p=0,020$).

Pessoas acometidas de lesões em membros inferiores ou associação de fraturas em ossos da bacia e membros inferiores apresentaram menor média no escore da MIF motor e, conseqüentemente, na MIF total. Cabe ressaltar que no domínio motor da MIF, das 13 atividades avaliadas, oito dependem direta ou indiretamente de uma boa funcionalidade dos membros inferiores para que se consiga realizar tal tarefa sem o auxílio de terceiros e/ou maior demanda de tempo, fatores esses que contribuem para a queda dos escores dados ao indivíduo avaliado.

Verificou-se que a independência funcional para essas atividades é bastante afetada no período de trauma agudo, especialmente naqueles cujos membros inferiores foram atingidos e, posteriormente, demandem por tratamento cirúrgico. É um paciente que demanda um número maior de profissionais para atendê-lo, devido não só às queixas álgicas como também a comprometimentos motores determinando o diagnóstico de mobilidade física prejudicada. O início do período intra-operatório reger monta-

gem rápida e adequada da sala, ajuda na indução anestésica e começo da cirurgia. Portanto o procedimento anestésico cirúrgico nesse contexto necessita de uma equipe de enfermagem qualificada para atender pacientes em situação de urgência ou emergência, onde os riscos cirúrgicos são mais suscetíveis e as complicações mais frequentes.

O CC e o Centro de Materiais e Esterilização (CME) são unidades que estão diretamente relacionadas ao atendimento do paciente vítima de trauma. Um sistema de designação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMEs), que atenda à variedade de traumas, é recomendado. Os OPMEs já devem ter passado por todas as etapas do processo de esterilização e armazenados de forma adequada visando a redução do risco para infecção do sítio cirúrgico. Este quadro antecipa o processo operatório e o início da recuperação do paciente.

O paciente que apresente este déficit funcional deve possuir ações de reabilitação cujos resultados promovam a sua melhor independência possível, coerente às expectativas e possibilidades clínicas e sociais suas, dos seus familiares e cuidadores. Portanto, é recomendado que a equipe multiprofissional, se possível, explique a situação do paciente aos familiares ou amigos com o objetivo de incentivar uma participação efetiva de ajuda na esfera física e emocional a esse paciente⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

Estes resultados permitem concluir que, quanto à caracterização sociodemográfica dos sujeitos, a idade variou de 18 a 59 anos com média de 31,8 anos; que 91,9% dos indivíduos eram do sexo masculino; 51,3% se declaram brancos e 31,1% pardos; que 47,2% eram solteiros e 45,9% casados ou em união consensual. Quanto ao nível de escolaridade 36,5% haviam cursado até o ensino médio completo e 25,7% até o ensino fundamental incompleto.

Em relação aos aspectos relacionados ao trauma e à independência funcional, os dados apontam que 73,0% sofreram lesões em membros inferiores e 13,5% em membros superiores; 47,2% dos entrevistados tiveram fraturas expostas; 58,1% foram vítimas de acidentes automobilísticos e 20,2% de quedas; 32,7% das ocorrências foram nos finais de semana e 20,3% na quarta-feira e os horários com maior concentração de casos foram os que abrangiam os intervalos entre 18h e 23:59 h (31,1%) e entre 12h e 17:59h (29,7%). Houve aumento considerável nas médias dos valores da MIF motor e total no momento da alta e um mês após o regresso ao domicílio comparado à admissão hospitalar. Por outro lado, a média do domínio cognitivo-social apresentou variação insignificante nos diferentes momentos de avaliação, mantendo um padrão linear. Por fim, observou-se que a incapacidade funcional aumentou em casos de acidentes automobilísticos, atropelamentos e ferimentos por armas de fogo e ainda uma significativa associação entre fraturas de membros inferiores e maiores comprometimentos funcionais.

REFERÊNCIAS

1. Ladeira RM, Barreto SM. Fatores associados ao uso de serviço de atenção pré-hospitalar por vítimas de acidentes de trânsito. *CAD Saúde Pública*. 2008;24(2):287-94.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01. Brasília; 2005.
3. Cazarim JLB, Ribeiro LFG, Faria CN. Trauma: pré-hospitalar e hospitalar - adulto e criança. Rio de Janeiro: Medsi; 1997.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise da tendência da morte violenta. Brasília; 2005.
5. Braga Junior MBB, Chagas Neto FA, Porto MA, Barroso TA, Lima ACM. Epidemiologia e grau de satisfação do paciente vítima de trauma músculo esquelético atendido em hospital de emergência da rede pública brasileira. *Acta Ortop Bras*. 2005;13(3):137-4.
6. Comitê do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians em cooperação com o Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. 6ª ed. New York: Elsevier; 2007.
7. Kawasaki K, Cruz KCT, Diogo MJD. A utilização da medida de independência funcional (MIF) em idosos: uma revisão bibliográfica. *Med Rehabil*. 2004;23(3):57-60.
8. Longo MC, Hunter CE, Lokan RJ, White MA. The prevalence of alcohol, cannabinoids, benzodiazepines and simulants amongst injured drivers and their role in driver culpability. Part I: the prevalence of drug use in drivers, and characteristics of the drug-positive group. *Accid Anal Prev*. 2000;32(5):613-22.
9. Shibata A, Fukuda K. Risk factors of fatality in motor vehicle traffic accidents. *Accid Anal Prev*. 1994;26(3):391-7.
10. Andrade SM, Mello Jorge MHP. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):149-56.
11. Bastos YGL, Andrade SM, Soares DA. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil, 1997/2000. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):815-22.
12. Leite RCBO, Calache ALSC. Paciente cirúrgico na situação de emergência. In: Calil AM, Paranhos WY. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 353-9.
13. Gray A. What are the standards for the emergency anaesthetic services? *J R Soc Med*. 2001; 94 Suppl 39:23-5.
14. Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Violência no trânsito: expressão da violência social. In: Morgado R. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde; 2006. p. 280-312
15. Pereira WAPP, Lima MADS. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidentes de trânsito. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(3):279-83.
16. Inácio MP, Meneghin P. Caracterização das vítimas de parada cardiorrespiratória atendidas por circunstâncias e análise do tempo-resposta no atendimento pré-hospitalar realizado por um serviço privado do município de São Paulo. In: 12ª Mostra de Monografias de Conclusão de Curso da EEUSP/2008. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
17. Faro ACM. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):128-33.
18. Dalayon A. Components of preoperative patient teaching in Kuwait. *J Adv Nurs*. 1994; 19(3):537-42.

Apoio

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, processo nº 06/53018-0