

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
VIII UNIDADE CURRICULAR

**ACOMPANHANDO O SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-
HOSPITALAR DO COMANDO DO CORPO DE BOMBEIROS DE
SANTA CATARINA - PRESTANDO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
IMEDIATA**

Florianópolis

1996

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
VIII UNIDADE CURRICULAR

**ACOMPANHANDO O SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-
HOSPITALAR DO COMANDO DO CORPO DE BOMBEIROS DE
SANTA CATARINA - PRESTANDO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
IMEDIATA**

ACADÊMICAS: Cristiane de Souza
Vanusa Corrêa Müller

ORIENTADORA: Marta Lenise do Prado

SUPERVISORAS: Aldanéa Norma de Souza
Vera Lúcia S. de Oliveira
Taise Ribeiro Klein
Maria Cristina Goulart
Rejane Albuquerque

N.Cham. TCC UFSC ENF 0308

Autor: Souza, Cristiane d

Título: Acompanhando o serviço de atendi



972492054 Ac. 241514

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0308
Ex.1

Florianópolis

1996

SUMÁRIO

1- RESUMO.....	09
2- INTRODUÇÃO.....	11
3- OBJETIVOS.....	14
3.1- Objetivos Traçados e Alcançados	14
3.2- Objetivos Traçados e não Alcançados	17
3.3- Objetivos não Traçados e Alcançados	17
4- REVISÃO DA LITERATURA.....	18
5- MARCO CONCEITUAL	21
6- PROCESSO DE ENFERMAGEM	23
7- CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO	25
8- METODOLOGIA	27
I- Objetivos Traçados e Alcançados.....	27
II- Objetivo Traçado e não Alcançado.....	44
III- Objetivos não Traçados e Alcançados.....	45
9- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
10- BIBLIOGRAFIA.....	55

ANEXO

“Queríamos crescer, ser alguém

Sabíamos que era preciso caminhar, e este caminho não era fácil.

Muitas vezes, os obstáculos nos pareciam intransponíveis, mais continuamos a caminhar, mesmo assim, munidos de coragem e de vontade de chegar.

Às vezes, a caminhada era árdua e o desânimo se abatia sobre nós, mas o incentivo, a dedicação e o exemplo daqueles que estavam sempre ao nosso lado, nos fortalecia e o tornava mais agadável.

Chegamos aqui hoje e estamos comemorando, não o final de nossa caminhada, mas sim, mais uma etapa que foi vencida.

A nossa conquista é um marco, uma breve parada para agradecermos, antes de tomarmos novos rumos e partirmos para novas conquistas”.

AGRADECIMENTOS

“Aos nossos pais por natureza, por opção e por amor, não bastaria dizer que não temos palavras para agradecer tudo isso, mas é o que nos acontece agora, quando procuramos sofregamente uma palavra verbal de exprimir uma emoção ímpar, uma emoção que dificilmente palavras traduziriam”.

“A quem amamos, obrigado por terem acreditado no nosso ideal, na nossa utopia, no nosso mundo de sonhos.

Por terem escutado nossas constantes angústias, alegrias e decepções, sempre como se fossem a primeira vez.

Por terem acreditado que chegaríamos ao final e por acreditarem que ainda chegaremos a ser mais do que somos”.

“Aos amigos que a afinidade selecionou. Mas, sempre colegas soubemos conviver e respeitar-nos, ainda que nem sempre compartilhássemos as mesmas idéias”.

“A nós que lutamos, sobrevivemos, crescemos....

Acima de tudo como seres humanos.

E, por tudo, a saudade há de ficar”.

“As supervisoras, que além de compartilharem conosco seus conhecimentos, souberam ser nossas amigas, alegrando-se com nossas vitórias e apoiando-se em nossas lutas mais difíceis o nosso MUITO OBRIGADO”.

“As nossas orientadoras que, nos mostraram que tínhamos um barco, um leme, dois rumos, e tínhamos um sol, um céu e um mar.

Um horizonte no qual precisávamos encontrar onhos e esperanças, mas não sabíamos remar.

E vocês vieram. Mostraram-nos a força que tínhamos nos braços e como era fácil navegar”.

“Ao Corpo de Bombeiros, que contribuíram conosco, e que juntos riram, sofreram, mas tendo sempre nos lábios uma palavra de coragem, que é uma das causas da felecidade de hoje”.

“Aos pacientes que nos aceitaram sem ter-nos escolhido, que nos respeitaram quando pouco poderíamos dizer, que assistiram com tanta paciência nossos primeiros passos, que na sua angustia nos confiaram seus segredos e seus sofrimentos, e que, enfim, acabaram por nos ensinar a paciência, o respeito e a humildade”.

“A Deus... que, incompárel e inconfundível na sua infinita bondade, compreendeu os nossos anseios e nos deu a necessária coragem para atingirmos o nosso objetivo.

Oferecemos o nosso porvir e pedimos forças para sempre agirmos com eficiência em nosso trabalho e acertos em nossas decisões”.

1- RESUMO

Trata-se do relato de uma prática assistencial realizada por acadêmicas de Enfermagem - UFSC, como trabalho de conclusão de curso, desenvolvido no Serviço de Atendimento Pré Hospitalar do Comando do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar de Santa Catarina (SvAPH do CCBPM-SC)

Para a operacionalização do marco conceitual, Releitura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, proposto por Paula (1990), utilizamos instrumento recriado pelas acadêmicas, o qual contemplou o Processo de Enfermagem de acordo com as fases e etapas por ele preconizadas.

O estágio realizou-se no período de 22/03 à 20/06 de 1996, com plantões de 12 horas, desenvolvidas de terças à domingos. O atendimento, as chamadas eram realizadas via COPOM (Central de Operações da Polícia Militar) que acionava o Auto Socorro de Urgência (ASU), ambulância que conduzia em seu interior um supervisor enfermeiro, uma acadêmica e três ou quatro socorristas, dependendo da sua capacidade física. Das 69 ocorrências registradas no período de estágios, 78 vítimas tiveram atendimento de enfermagem, sendo que em certas ocorrências foram atendidas mais de uma vítima com aplicação do processo há 46 casos.

Faz parte ainda deste relatório, todas as atividades que as acadêmicas realizaram para o desenvolvimento de suas habilidades como prestadoras de um serviço ainda pouco explorado pela enfermagem.

2- INTRODUÇÃO

Este relatório foi desenvolvido obedecendo os objetivos e normas da disciplina INT-5134- Enfermagem Assistencial Aplicada, que faz parte da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Foi elaborado pelas acadêmicas Cristiane de Souza e Vanusa Corrêa Müller, tendo como orientadora, Marta Lenise do Prado, enfermeira e professora do Departamento de Enfermagem - UFSC. A prática assistencial ocorreu no período de 22\03\1996 à 20\06\1996, tendo carga horária de 306 horas, onde 86 horas foram destinadas a elaboração do projeto e 220 horas para a sua aplicação prática. Este foi realizado em 56 dias, com plantões noturnos de 12 horas, de terça a domingo no Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (SvAPH), vinculado ao Comando do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar de Santa Catarina (CCBPM-SC).

Sabendo da existência do SvAPH do CCBPM-SC, através da realização de outras propostas de conclusão de curso, optamos por este campo de estágio, uma vez que nosso interesse pela área veio se fortalecendo no transcorrer do curso.

Por ser uma área que também necessita da atuação da enfermagem, e até o momento sem a presença de seus profissionais, resolvemos atuar junto à esse

serviço para fortalecer nosso papel quanto a futuras enfermeiras. Escolhemos este campo também, para nos habituarmos com os equipamentos existentes e nos prepararmos para atuar numa eventualidade em que exija grande número de profissionais habilitados pois, com os tempos modernos, à qualquer momento pode ocorrer um trauma de grande porte onde seja exigida também nossa presença.

Este relatório apresenta a estrutura física e funcional do SvAPH, bem como, suas normas e rotinas para o atendimento diário, descreve ainda a forma de assistência de enfermagem imediata aplicada à vítima e o seu acompanhamento até a internação. Descreve e relata a visita domiciliar à uma vítima e família residentes em Florianópolis.

Segundo Jorge e Latorre (1994), os acidentes de trânsito em Florianópolis atingiram 61% em relação ao total de causas externas em morbimortalidade, mantendo-se entre os cinco primeiros lugares em todo país.

O SvAPH surgiu na Europa há 30 anos, iniciando quando os responsáveis pelas Emergências e UTIs (anestesistas), perceberam que muitas vidas poderiam ser salvas se os cuidados às vítimas traumatizadas fossem iniciados já no período pré-hospitalar.

Surgiu daí, o primeiro Serviço de Atendimento Médico Urgente (SAMU). Este serviço foi crescendo e ganhando a confiança da população, porém, para poderem priorizar as ocorrências, resolveram criar uma central onde um médico tria os casos a serem atendidos.

No Brasil, foram implantados dois tipos de atendimentos pré-hospitalar: os estados do Rio de Janeiro e São Paulo se basearam no modelo americano,

enquanto que em Porto Alegre, Paraná, Santa Catarina, entre outros , o modelo europeu com bases no projeto SAMU.

Em Santa Catarina, por exigência do ofício, coube ao Comando do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar, o exercício do atendimento pré-hospitalar de traumatizados, em razão da instituição estar voltada para as ações de busca e salvamento, com competência legal para a execução de tais missões (Constituição Estadual - Art. 107,11, letra "A").

Atualmente , o Corpo de Bombeiros de Santa Catarina desenvolve suas atividades de socorro pré-hospitalar, baseado nas normas do ATLS - Advanced Trauma Life Support, curso desenvolvido pelo Colégio Americano dos cirurgiões. É ministrado no Brasil, por médicos que também participaram deste, e se destina a ensinar a sequência correta das regras fundamentais que devem reger o atendimento inicial ao traumatizado.

Já foram realizados 25 cursos de Formação de Socorristas, sendo que a primeira turma (1991), formou 21 bombeiros militares para atuarem na capital. Atualmente já formaram-se 600 socorristas, entre bombeiros, enfermeiros, médicos e voluntários, que estão capacitados para prestar o suporte básico da vida, preconizado pelo ATLS

3- OBJETIVOS

3.1- Objetivos Traçados e Alcançados

3.1.1- Conhecer a estrutura física e funcional do SvAPH bem como, suas normas e rotinas para o atendimento diário.

ESTRATÉGIA

- Visitar os diferentes setores que integram o SvAPH e as unidades específicas de atendimento de emergência do Corpo de Bombeiros.
- Verificar os pontos positivos e negativos do setor apontados informalmente pelos socorristas e os responsáveis pelo SvAPH.
 - Quais os pontos positivos e negativos que você observa neste setor?
 - Teria a sugerir alguma modificação no atendimento deste setor?
 - Que relação tem este setor com os demais setores do Comando do Corpo de Bombeiros?
- Observar técnicas e rotinas, tanto no campo quanto na instituição.

AVALIAÇÃO

- Realizar análise descritiva do funcionamento do SvAPH, apontando os pontos positivos e negativos, e sugerindo modificações pertinentes e adequadas.
- Avaliar critérios no SvAPH, para realização do atendimento diário.
- Acompanhar técnicas e rotinas no decorrer do estágio.

3.1.2- Prestar assistência de enfermagem imediata à vítima atendida pelo SvAPH e acompanhá-la até a internação.

ESTRATÉGIA

- Participar do atendimento nas 03 viaturas em suas respectivas áreas de abrangência junto com a equipe do ASU, aos indivíduos em situações de crise, conforme demanda de chamadas.
- Realizar os cuidados de enfermagem em situações de crise, aplicando os passos do processo de enfermagem de acordo com o marco conceitual selecionado.
- Avaliar a aplicabilidade dos diferentes passos do processo na especificidade da situação vivenciada.

AVALIAÇÃO

- Prestar assistência de enfermagem imediata junto a equipe do ASU, seguindo nosso marco conceitual, bem como o protocolo de atendimento utilizado pela equipe.
- Aplicar os passos do processo de enfermagem as vítimas encaminhadas a emergência hospitalar, identificando a aplicabilidade ou não do mesmo.

31.3- Realizar visita domiciliar e/ou hospitalar nos casos em que a vítima/família necessite de informações acerca dos cuidados a serem prestados após o atendimento do SvAPH.

ESTRATÉGIA

- Identificar a vítima/família que necessite de informações a cerca dos cuidados a serem prestados após o atendimento do SvAPH, considerando o aumento de necessários identificados pela vítima/família e/ou pelo profissional.
- Fazer visita domiciliar à vítima/família, afim de suprir as necessidades de aprendizagem ao prestar cuidados domiciliar.
- Integrar-se as atividades realizadas pela enfermeira Bernadete, que promovam ampliação dos conhecimentos pertinentes ao nosso trabalho.

AVALIAÇÃO

- Acompanhar no mínimo, duas vítimas/família através de visitas hospitalar/domiciliar.
- Observar os cuidados prestados no domicílio promovendo desta maneira a ponte educação-saúde.

3.2- Objetivos Traçados e não Alcançados

- *Participar de cursos e atividades juntamente com a equipe do SvAPH de interesse ao estágio das acadêmicas de Enfermagem.*

3.3- Objetivos não Traçados e Alcançados

- *Participação do curso: II Simpósio de Enfermagem.*
- *Participação no Treinamento dos Militares na Base Aérea.*
- *Participação do I curso ATLS (teórico) e conhecendo o SvAPH em Blumenau.*
- *Participação do curso : Emergência Toxicológicas*
- *Obter informações sobre SvAPH no mundo.*

4- REVISÃO DA LITERATURA

O síndrome do acidente pode ser virtualmente desencadeados nos mesmos componentes de qualquer doença: hospedeiro e doença. Do ponto de vista epidemiológico, os acidentes são primeiramente classificados segundo a causa, em seguida, são estudados os fatores associados a vítima ou hospedeiro, o agente que provocou o acidente e finalmente as circunstâncias do ambiente que para ele contribuíram. Exatamente como em qualquer enfermidade este método permite ao profissional de saúde focalizar os fatores etiológicos relevantes.

Ao considerar os acidentes através da visão epidemiológica, é conveniente agrupá-los de acordo com os principais ambientes onde ocorrem: veículos automotores, domicílios e lugares públicos. Destes ambientes, o veículo automotor é o responsável pelo maior número de mortes e mutilações.

O sexo e a idade são importantes fatores no quadro do acidente. O coeficiente de mortalidade por essa causa é muito maior entre os homens, exceto nas idades acima de 75 anos. Na verdade, cerca de 70% de todas as mortes acidentais ocorrem entre os homens, sendo a proporção de homens para mulheres, neste particular, de 5:1 nas idades entre 15 a 45 anos.

O quadro epidemilógico dos acidentes apresenta variações estacionais. Segundo Iholleboe, Larimore, (1990 cap.3) “durante os últimos 10 anos registrou-se maior número de mortes em julho devido aos acidentes por veículos

automotores e em dezembro a elevação dos acidentes com veículos automotores vem seguido com acidentes ligados ao calor”, entre eles estão afogamento e acidentes náuticos. Algumas causas de morte acidental como envenenamento e queimaduras por frio ou calor não apresentam variações estacionais.

Os acidentes domésticos causam maior número de lesões que os de qualquer categoria e como causa de morte, ocupam o segundo lugar depois dos acidentes por veículos automotores. Embora os acidentes domésticos possam afetar qualquer grupo etário, as pessoas mais susceptíveis são as de menos de 05 anos e as maiores de 60 anos de idade. A causa dentro do domicílio é a causa mais importante de morte acidental, e em segundo lugar estão as queimaduras seguidas em ordem decrescente por acidentes com armas de fogo, envenenamento por líquidos, sólidos ou gás. O restante das mortes por acidentes domésticos dá-se por diversas causas que incluem sufocação, afogamento e queimaduras por substâncias quentes.

Nos últimos anos, vem se reconhecendo cada vez mais a gravidade do problema dos acidentes por veículos automotores tendo aumentado nos últimos anos. O problema em si, não é novo e sua existência coincide com a introdução do automóvel como meio de transporte. Exceto nos anos de guerra, as perdas absolutas em termos de óbito e ferimentos por acidentes de veículos automotores tem se mostrado relativamente estáveis.

O amadurecimento político, social, cultural e econômico de nosso país neste final de século, indica, dentre outras causas, que haverá uma prevalência do trauma entre os grandes problemas de saúde pública nos próximos anos. Tal fenômeno, que tem caráter mundial, teve os primeiros traços sensivelmente

delineados no Brasil quando este deixou de ser “o país das verminoses” para adotar um perfil semelhante ao dos países de primeiro mundo, nos quais as causas mais significativas de mortalidade são moléstias cardio-vasculares, câncer e principalmente o trauma.

Em meados da década de 80, surgiram várias iniciativas públicas para tentar minimizar as nefastas consequências desse mal, datando daí a criação dos primeiros serviços de atendimento pré-hospitalar organizados e operados por bombeiros em Blumenau SC, Rio de Janeiro e São Paulo.

Muitas pessoas acreditam que alguns dos chamados “Serviços de Emergência”, atualmente funcionando em muitas cidades, contribuí com suas deficiências para aumentar a morbi-mortalidade, quando existem apenas para tentar reduzi-las. Os profissionais de saúde, além de interessar-se pela qualidade da assistência de urgência na coletividade, tem também o dever de exigir, juntamente com a população leiga a existência de recursos adequados para o atendimento de transporte de vítimas por acidentes.

5- MARCO CONCEITUAL

Para colocar em prática toda a crença de um trabalho a ser desenvolvido, fez-se necessário que buscássemos referenciar nossa prática em conceitos, crenças e valores que se aproximassem dos nossos próprios referenciais.

Para isso, buscamos realizar a ponte entre a teoria e a prática com a utilização de um marco conceitual que nos permitisse fundamentar nossas ações.

A teoria das Necessidades Humanas Básicas, proposta por Horta (1979, p.38), diz que: “necessidades são estados de tensões conscientes ou inconscientes resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais”.

Na releitura desta teoria, Paula (1990), questiona este pressuposto, pois, se as necessidades são resultantes do estado de desequilíbrio, não podem existir em estado de equilíbrio. Consoantes com Paula (1990), acreditamos que:

1- Necessidades Humanas Básicas - é o conjunto de entes do ser humano, cujas funções podem ser representadas pela busca do necessário. Estas se desequilibram bruscamente em uma situação de crise, necessitando prioridade em obter seus necessários;

2- Necessário: são manifestações correspondentes das necessidades como também, estados de tensões resultantes de situações de crise;

3- Ser Vivo: organismo animal ou vegetal que executa trabalhos, sujeitos a seres físico-químicos de fenômeno natural;

Sentimos necessidade de a partir do referencial estudado formular nossos próprios conceitos quanto:

4- Vítima: indivíduo em situação de crise;

5- Situação de crise: é um estado de insuficiência aguda em que há um desequilíbrio súbito, onde a vítima se vê impossibilitada de suprir suas necessidades por si mesma;

6- Enfermeiro: ser da natureza que contém necessários qualificados, que em situações de urgência são colocados à disposição da vítima;

7- Ser Humano: sujeito que dispõe dos mesmos necessários que o outro precisa, porém em situações diferentes.

6- PROCESSO DE ENFERMAGEM

Para aplicação do marco conceitual, optamos pelo Processo de Enfermagem proposto por Paula, por estarmos habituados à sua aplicação, pela afinidade com os seus conceitos e pela sua adequação ao propósito deste trabalho. Em uma situação de emergência, busca-se manter a vida, atendendo-se primeiramente as necessidades de oxigenação e circulação, sem as quais as outras necessidades não podem manifestar seus necessários.

Sentimos, porém, necessidade de adaptarmos parte do processo para o melhor desempenho de nossas atividades. O processo ficou assim constituído:

1- Histórico de Enfermagem: descrição concisa dos dados da vítima atendida, apontando as primeiras informações desta através da história da ocorrência (situação da vítima, e número de vítimas), da identificação da vítima (nome, idade, estrutura física e endereço).

2- Diagnóstico de enfermagem: é a determinação do estado de atendimento das Necessidades Humanas Básicas de uma pessoa.

2.1- Diagnóstico Situacional: identifica a situação (problema), que se encontra a vítima. Para efeito de aplicação foram considerados os problemas relacionados ao nível de consciência, obtendo informações através da escala de

coma de Glasgow, parâmetros de sinais vitais e situação anatomofisiopatológica através do exame físico primário e secundário.

2.2- Diagnóstico de natureza: é a identificação das necessidades afetadas, que possam ser atendidas no atendimento pré-hospitalar.

2.3- Diagnóstico de suficiência: determina se a vítima tem ou não condições de atender suas necessidades afetadas sozinha ou com a ajuda da equipe do SvAPH, numa situação de crise.

3- Conduta de Enfermagem: é a assistência que a vítima necessita receber na situação de crise vivenciada, que possa ser prestada no atendimento pré-hospitalar.

4- Evolução de Enfermagem: É o relato das mudanças de estado ocorridas com a vítima atendida. Por se tratar de uma situação de crise, descrevemos a evolução a partir do momento que observávamos o retorno ou não das funções da vítima desde o primeiro contato no local da ocorrência até a chegada na emergência hospitalar.

5- Prognóstico de Enfermagem: é a estimativa da capacidade da vítima em atender suas necessidades afetadas em termos de Auto Suficiência e Auto Insuficiência. Será considerado bom., quando o estado do cliente evoluir para auto-suficiência, ou ruim. quando o estado evolui para auto-insuficiência.

6- Observações Gerais: serão descritas informações observadas durante o atendimento pré-hospitalar prestados à vítima para contemplar a descrição do ambiente, condições do tempo e as dificuldades encontradas para o estabelecimento da conduta adequada.

7- CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

O Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (SvAPH) do Comando do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar de Santa Catarina (CCBPM-SC) , está situado à rua Almirante Lamego n. 927, Centro - Florianópolis - SC.

O Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Imediato em Santa Catarina, teve início em 1987 na cidade de Blumenau, quando o Corpo de Bombeiros local recebeu um carro adaptado para este fim, sendo denominado “Auto Emergência”. Em seguida, outras cidades catarinenses receberam carros com os mesmos equipamentos.

A primeira turma do curso de Formação de Agentes de Socorro de Urgência se formou em 1991 com 21 bombeiros para atuarem na capital. Hoje o Corpo de Bombeiros tem um efetivo de 1835 homens, entre eles 690 socorristas, distribuídos em diversos municípios do estado.

Atualmente , há 32 viaturas em Santa Catarina, do tipo Auto Socorro de Urgência (ASU), sendo 03 na capital. Estas atuam com 04 socorristas, sendo um motorista, um sargento e dois soldados, fazendo plantão de 24 horas, com 48 horas de folga, atuando durante toda semana.

A viatura ASU 01, situada no bairro Estreito, abrange as ocorrências do Continente e BR 101, e a viatura ASU 03, situada no bairro Centro, abrange as

ocorrências do Norte da Ilha e Centro. A viatura ASU 02, situada na Av. Beira Mar Norte, próxima a cabeceira da Ponte Hercílio Luz, abrange as ocorrências no Sul da Ilha e Centro. Esta divisão de áreas por abrangência deixa de existir quando ocorre baixa de uma viatura para concerto e/ou revisão ou ainda duas chamadas simultâneas. Cabe ao comando de área determinar o campo de ação da viatura, utilizando-se para isso de referência como: local, gravidade do acidente e proximidade de hospitais.

Cada viatura é equipada com duas macas rígidas, uma maca inflável, um armário contendo materiais para instalação de fluidoterapia, aspiração, curativos, imobilizações, desinfecção, Kit estéril para parto, luvas de procedimentos e cirúrgicas, lençóis, etc.. Existem ainda o colete de imobilização dorsal (Ked), tala de tração de Fêmur (TTF), torpedo de oxigênio, White-med (tubo de oxigênio portátil), ambú e uma bolsa contendo oxímetro de pulso, esfigmomanômetro, estetoscópio e lanterna para avaliar pupilas.

O atendimento à população é bem variado, desde de acidentes de carro, atropelamentos, casos clínicos, partos emergenciais, mal súbito, queimaduras, esfaqueamentos, e outros.

8- METODOLOGIA

Para melhor compreensão, dividimos nossos objetivos em: Traçados e Alcançados, Traçados e Não Alcançados e Não Traçados e Alcançados. Usando como critério de avaliação as estratégias traçadas na elaboração do projeto.

I- Objetivos Traçados e Alcançados

1. Objetivo 01

- **Conhecer a estrutura física e funcional do SvAPH, bem como suas normas e rotinas.**

1.1- Estratégias

1.1.1- Adaptar as acadêmicas aos serviços e práticas de Atendimento Pré - Hospitalar (SvAPH)

A adaptação se deu em forma de um treinamento teórico-prático na Academia da Polícia Militar de Santa Catarina, situada à rua Madre Benvenuta,

no bairro Trindade, no período de 26 de março à 12 de abril, no horário das 16:30 às 18:00 horas.

Participaram do treinamento duas acadêmicas e uma supervisora de estágio. No primeiro momento buscou-se a associação dos conhecimentos intra-hospitalar, à nível de graduação, com os protocolos de procedimentos no atendimento pré-hospitalar emergencial do SvAPH.

A seguir foram feitas demonstrações pelos instrutores, com treinamento das acadêmicas e supervisora, de forma a se ambientarem com as ações pré-hospitalares, e com o uso de equipamentos e do protocolo seguidos por este serviço no atendimento às vítimas.

Esta etapa foi realizada obedecendo a seguinte ordem:

a) Ter conhecimentos de suporte básico da vida e de técnicas para que o atendimento seja corretamente aplicado, desde o local onde ocorreu o acidente, durante o transporte, até a admissão ou internação da vítima nas unidade hospitalares. Segundo, Oliveira, (1995), “Suporte Básico da vida é uma medida de emergência que consiste no reconhecimento e na correção imediata da falência dos sistemas respiratórios e ou cardiovascular” (...).

b) Reconhecimento da cena - avaliar o ambiente onde ocorreu o acidente, procurando identificar ameaças à sua segurança ou à segurança da vítima.

c) Avaliação Primária - avaliação de todas as condições clínicas que impliquem em risco imediato de vida, quais sejam, nível de consciência, permeabilidade das vias respiratórias, respiração eficaz, estabilidade circulatória e

sangramento de grande importância. Em seguida avalia-se possíveis lesões que impliquem risco imediato de vida.

d) Avaliação Secundária - consiste, numa avaliação céfalo-caudal, que procura identificar ferimentos, deformidades, os sinais vitais e a história da vítima.

e) Transporte para o hospital.

No início nos sentíamos inibidas ao participar dos treinamentos, pois sempre havia necessidade de um voluntário no papel de vítima para que as demais realizassem os procedimentos. Com o decorrer dos dias a inibição diminuiu.

Realizamos simulações sobre reanimação cárdio-respiratória. Uma acadêmica era a vítima e a outra juntamente com a supervisora, as socorristas. O instrutor, simulava o soar do alarme desencadeando o processo de socorro. Imediatamente a “vítima” era abordada e recebia os procedimentos necessários para situação simulada.

Foram realizadas outras simulações como, imobilização da coluna cervical e de outros locais fraturados, uso de bandagens, transporte de vítimas. Utilizamos o colar de vários tamanhos, inclusive infantil, talas de alfa gesso, ou seja, talas flexíveis que se moldam anatomicamente e que podem acompanhar a vítima até o RX, bem como a TTF e bandagens para fixação de talas e/ou curativos.

O transporte da vítima era o último procedimento a ser realizado. Treinamos o “rolamento” da vítima, concomitante com o exame físico minucioso realizado através da palpação da coluna cervical no sentido céfalo caudal.

Conhecemos a maca rígida, uma maca de tábua com prendedores de velcro aranha e a maca a vácuo inflável.

Fez-se necessário também realizar a simulação de retirada de vítima de dentro de um veículo, utilizando-se as técnicas de retirada com o uso de colar cervical e Ked, e com a manobra de Rauteck.

Usamos o veículo de uma acadêmica e colocamos uma “vítima” na posição de motorista para que as duas acadêmicas e ou supervisora pudessem realizar a sua retirada e o seu atendimento.

Foram lembradas ainda as manobras de Heimlich.

Para nós acadêmicas foi de grande valia esse treinamento, pois ampliou nossos conhecimentos e nos instrumentalizou para colocarmos em prática toda uma conduta de enfermagem.

1.1.2- Visitar os diferentes setores que integram o SvAPH e as unidades específicas de atendimento do Corpo de Bombeiros.

Como parte do cronograma foi realizado uma visita à Central de Operações da Polícia Militar de Santa Catarina (COPOM), situada no centro de Florianópolis. O COPOM, recebe todas as chamadas realizadas à Polícia Militar e ao Corpo de Bombeiros e as distribui aos respectivos comandos. Neste prédio atuam o ASU 03, a terceira guarnição de incêndio, e a ATM (que atua na liberação de vítimas presas em ferragens). Visitamos a sala de operações, que após receber as chamadas do COPOM aciona o alarme para determinada viatura.

Visitamos o local onde desenvolvemos o estágio descrito neste relatório, o segundo Batalhão de Bombeiros Militar/Grupo de Busca e Salvamento (BBM\GBS), que situa-se na Av. Beira Mar Norte, abaixo da Ponte Hercílio Luz. Neste prédio funcionam a viatura do ASU 02, ATM, e as lanchas que cobrem a região marítima. A sala de operações que fica ao lado da garagem recebe as chamadas do COPOM, e encarrega-se de soar o alarme até as 22:00 horas. Após esse horário, se houver ocorrências a guarnição é chamada em seus Alojamentos, ou seja, dormitórios.

No primeiro BBM, situado à rua Fulvio Adulce no bairro Estreito, estão o ASU 01, ATM, 03 viaturas de combate à incêndios e uma viatura para captura de insetos ou animais. A sala de operações fica no mesmo prédio e ao lado da garagem. O alarme é acionado sempre que houver necessidade, sem restrições de horário.

Em todos os três quartéis, sempre pelo início da manhã, após a troca de guarnições aproximadamente 07:30 horas, são verificados e testados todos os equipamentos e feito a higienização das viaturas.

1.1.3- Verificar os pontos positivos e negativos do setor apontados informalmente pelos socorristas e os responsáveis pelo SvAPH, com a ajuda de um roteiro básico pré estabelecido no projeto.

a) *Quais os pontos positivos e negativos que você observa neste setor?*

Segundo alguns relatos, o serviço visa o auxílio à comunidade, no tocante ao socorro de vítimas de diversos tipos de acidentes. Funciona 24 horas

por dia, 07 dias na semana, de forma gratuita, sendo acionado pelo fone 193 e 190. As técnicas utilizadas são as mais modernas, baseadas em bibliografias americana e de forma padronizada de atendimento. Os materiais usados, estão dentro dos padrões aceitáveis de investimento financeiro, ou seja, os usados em países de primeiro mundo para o atendimento pré-hospitalar.

Do ponto de vista das acadêmicas o serviço funciona e é de grande valia para a comunidade. No período de baixa das viaturas as guarnições recebem e dão palestras e são reavaliadas.

Quanto aos pontos negativos os relatos mostram que a falta de credibilidade no serviço por parte da comunidade na maioria dos casos, ainda existe, pelo fato de desconhecerem o tipo e a qualidade do serviço prestado.

Ainda infelizmente existe a não aceitabilidade do tipo de serviço prestado, por parte da classe médica e de enfermagem. A não continuidade dos serviços prestados no âmbito extra-hospitalar demonstra claramente a pouca integração entre estas.

A falta de conhecimentos dos procedimentos intra-hospitalar por parte dos bombeiro socorrista e dos procedimentos extra-hospitalar por parte dos profissionais da saúde é um dos fatores que favorece a desintegração.

As viaturas empregadas no serviço, ainda não são as mais adequadas, sendo necessário sua baixa com frequência, sobrecarregando as demais.

A impossibilidade de realizar determinados procedimentos invasivos, como fluido terapia e entubação, limita o atendimento prestado à vítima.

Segundo as observações das acadêmicas, existe entre as diversas guarnições uma “competição” no sentido “do quem sabe mais,” deixando-as em alguns momentos em posição constrangedora.

Sugerimos que seja estimulada a interação social, bem como seja feito rodízio entre as guarnições, para que possam trocar suas experiências e perceber as limitações de cada membro. E nessas interações ver cada membro da equipe como todo, não apenas como um socorrista.

b) *Teria a sugerir alguma modificação neste setor?*

As sugestões referidas pelos entrevistados foram:

Integração do serviço com os demais profissionais médicos e de enfermagem, através de trocas de experiências no que se refere a atualização de técnicas e uso de equipamentos.

Ter maior número de unidades de resgate, ou seja, viaturas por cidade, para o atendimento da comunidade local.

Repasse direto das unidades de bombeiros, da produção ambulatorial do SUS.

Na nossa opinião, as informações recebidas no ASU, via rádio/HT, nem sempre refletem a realidade do ocorrido, no que se refere a gravidade da situação e a localização da ocorrência, o que dificulta a ação rápida da guarnição. Sugerimos que o COPOM, realize uma triagem, ou seja um treinamento acerca das perguntas que se deve fazer ao atender determinada chamada, transferindo a sala de operações ou diretamente ao ASU, o máximo de informações possível. No que se refere ao histórico da vítima, sugerimos transcrever informações mais

claras e concisas das condições da mesma, sendo que ao transportar essas informações para o computador, nenhuma informação seja esquecida transformada, ou acrescentada pelo operador.

c) *Que relação tem este setor com os demais setores do CCB?*

Na percepção dos componentes das guarnições, o setor se relaciona com todos os tipos de resgates: aéreo, aquático, sub-aquático e terrestre, quando na busca e salvamento de vidas humanas e combate à incêndios em edificações com vítimas.

Na opinião das acadêmicas os setores se relacionam de maneira correta, pois há uma integração entre eles, onde preenchem as necessidades de acordo com as ocorrências.

1.1.4- Observar técnicas e rotinas, tanto no campo quanto na instituição.

As técnicas e rotinas seguem uma padronização baseadas nos moldes americanos, ATLS - Advanced Trauma Life Support.

O atendimento à ocorrência obedece a seguinte rotina:

- 1- Acionamento do alarme.
- 2- Posicionamento da guarnição na viatura com deslocamento para o local da ocorrência.
- 3- Paramentação da equipe com luvas, máscaras, óculos, colete de identificação de socorrista.

- 4- Reconhecimento do local e da vítima.
- 5- Realização do exame primário e secundário.
- 6- Transporte da vítima.

O encaminhamento hospitalar obedece uma hierarquização (anexo 01), onde condições da vítima, proximidade e tipo de atendimento hospitalar são levadas em consideração.

Nem sempre é possível seguir essa hierarquização, devido o estado da gravidade da vítima, do local da ocorrência, do número de vítimas, da disponibilidade de atendimento das emergências, cabendo ao responsável pela guarnição determinar as prioridades.

Ao chegar na emergência de um hospital, as portas logo se abrem e uma equipe se encarrega de atender a vítima.

É preenchido um histórico de APH e um formulário listando os pertences da vítima (anexo 2).

Todas as informações sobre a chegada na ocorrência, chegada no hospital e retorno ao quartel, são feitas via rádio através de códigos à sala de operações.

Ao chegar no quartel é realizado desinfecção do material e da viatura com álcool e hipoclorito de sódio. Alguns materiais como máscara de oxigênio, colar cervical etc., sujos de sangue são levados para “sala” de desinfecção e acondicionados em recipientes com solução de hipoclorito de sódio. As roupas de cama, como lençóis, bandagens são colocados dentro de um saco plástico específico e pela manhã conduzidos ao Hospital da Polícia Militar (HPM).

Na sala de operações são entregues uma via do Recibo da Entrega da Vítima e Pertences, e da Ficha de APH (histórico), sendo as informações dos mesmos transferidos para o computador.

Através do acompanhamento direto das técnicas e rotinas durante o estágio feito pelas acadêmicas, foi possível observar que se faz necessário seguir um padrão de atendimento, que busca oferecer uma assistência adequada e favorecer suporte para que a vítima chegue ao hospital com um padrão de respostas positivas.

As comunicações se dão principalmente por telefone e rádio/HT, através de códigos. No início tornou-se difícil gravar os nomes e entender os códigos. No decorrer do estágio, já havíamos nos familiarizado com as normas, a tal ponto que não gostávamos de ouvir QTA - o que significava fim da ação na ocorrência.

1.2. Avaliação

O objetivo foi atingido na íntegra, pois as acadêmicas realizaram a análise descritiva do funcionamento do SvAPH apontando os pontos positivos, negativos e sugeriram modificações pertinentes e adequadas as técnicas e rotinas acompanhadas.

2. Objetivo 02

- **Prestar assistência imediata à vítima atendida pelo SvAPH.**

2.1. ESTRATÉGIA

2.1.1. Participação do atendimento nas 03 viaturas em suas respectivas áreas de abrangência junto com a equipe do ASU, aos indivíduos em situações de crise, conforme a demanda de chamadas.

A participação do atendimento nas 03 viaturas se deu em forma de rodízio periódico. A partir da terceira semana de Abril, foram iniciadas as atividades práticas nas viaturas do ASU, com plantões semanais de 12 horas, entre às 20:00 e 08:00 horas. Os plantões realizaram-se das terças feiras à domingos, mas não eram escalas fixas, pois estavam sujeitas à mudanças, tanto no horário como nos dias da semana. A maior parte dos plantões ocorreram no período noturno, pois acadêmicas de projetos anteriores e os membros das guarnições do ASU referiam ser este o período de maior número de ocorrência, além da disponibilidade de horário das cinco supervisoras.

A Ordem de serviços número 04/B-3/CB/96, (anexo 03) do Comando do Corpo de Bombeiros determinaram as normas de estágio a serem seguidas pela instituição, acadêmicas e supervisoras.

No início do desenvolvimento do estágio uma acadêmica acompanhou as atividades desenvolvidas no ASU 02 e a outra no ASU 01, promovendo um rodízio periódico de plantão para que as oportunidades pudessem ser as mesmas.

Com o retorno do ASU 03 e a baixa do ASU 01 o esquema de rodízio permaneceu, sendo que desta vez as viaturas eram diferentes.

Normalmente, quando não havia ocorrência no horário das 20:00 horas (início do nosso plantão), acompanhávamos a guarnição na troca e abastecimento de materiais, de combustíveis e nas operações chamadas P18, que significa “ficar a postos em pontos extratêgicos” e no P13, ficar num determinado ponto, como por exemplo: trevo da DVA veículos, na avenida principal do Kobrasol, próximo a praça XV de novembro e no largo da Alfândega.

A primeira semana foi de adaptação ao serviço onde nossa ação ficou mais limitada a observação e ajuda nas diversas ocorrências, sem no entanto nos responsabilizarmos pelo atendimento direto à vítima.

2.1.2. Realização dos cuidados de enfermagem em situações de crises aplicando os passos do processo de enfermagem de acordo com o marco conceitual selecionado.

Durante o nosso período de atuação, nos defrontamos com 75 ocorrências. Entendendo-se como ocorrência qualquer chamada ao ASU, inclusive aquelas com QTA. De 69 ocorrências atendidas, prestamos atendimento de enfermagem à 78 vítimas, das quais conseguimos aplicar 46 processos de enfermagem.

Na aplicação do processo de enfermagem utilizamos as etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem (situacional, de natureza e de suficiência), conduta de enfermagem, evolução e prognóstico, conforme anexo 04.

2.1.3- Avaliação da aplicabilidade dos diferentes passos do processo nas especificidades da situação vivenciada.

A aplicabilidade dos diferentes passos do processo de enfermagem, no atendimento as vítimas tornou-se difícil nos momentos onde as ocorrências eram seguidas, não nos permitindo em tempo hábil o preenchimento de todas as etapas.

2.2- Avaliação

O objetivo foi alcançado na íntegra, pois as acadêmicas, participaram do atendimento nas 03 viaturas, realizando as condutas de enfermagem e aplicando o processo de enfermagem, a 46 vítimas mesmo não tendo um número de vítimas definidos no projeto.

3- Objetivos 03

- Realizar visita domiciliar e ou hospitalar nos casos em que a vítima /família necessite de informações acerca dos cuidados a serem prestados após o atendimento do SvAPH.

3.1- Estratégia

3.1.1- Identificar a vítima/família que necessite de informações acerca dos cuidados a serem prestados após o atendimento do SvAPH, considerando o número de necessidades afetadas identificadas pela vítima/família e/ ou pelas acadêmicas.

Na ocorrência - 16/06/1996.

Ao atender A.G.L. , masculino, 23 anos, vítima de queda, fui logo reconhecida por este, pois nos conhecemos desde a infância ao estudarmos no mesmo colégio. Isto me deixou chocada e deprimida pois, a lembrança que tinha dele era a de um garoto pobre e trabalhador que vendia “pipas”no colégio para ajudar a família.

Após o atendimento, buscamos entre os “curiosos” alguém que pudesse acompanhá-lo, somente uma tia se dispôs, porém, sua mãe resolveu também nos acompanhar, por insistência de sua irmã.

No caminho, fui interrogada por A., sobre a minha presença ali. Expliquei-lhe então sobre meu estágio e me dispus à ajudá-lo.

Enquanto A., estava sendo atendido no hospital, sugeri as duas acompanhantes uma visita domiciliar, caso elas também achassem necessário. A tia de A., aprovou a idéia, porém, sua mãe não disse nada. Logo em seguida, conversando com A., este também gostou da idéia, pois queria alguém para conversar e lhe dar forças para sair dessa vida.

Deixei o telefone de meu trabalho com a tia de A., para que eles amadurecessem a idéia, combinando a ligação para o dia seguinte (segunda feira).

Esperei a ligação dela por toda à tarde e às 17:30 horas a tia de A. me ligou confirmando a visita para o dia seguinte, às 10:30 horas.

Fiquei contente e aflita, pois não sabia o que fazer. Liguei para a supervisora Aldanéa que me acompanhou na visita.

3.1.2- Fazer visita domiciliar à vítima/família, afim de suprir as necessidades de aprendizagem ao prestar cuidados domiciliares.

Concretizando a visita domiciliar: 18/06/96.

S- Chegamos a residência às 10:30 horas conforme o combinado e fomos recepcionadas por A. , sua tia e sua mãe. A tia de A. disse ter perguntas a nos fazer para poder melhor ajudar seu sobrinho. Nos sentamos à convite da mãe de A. e esta nos disse que seu filho recebeu alta no dia seguinte após seu atendimento no hospital e o nosso encontro. A. disse que ficou com vergonha de mim por vê-lo naquela situação, porém, como lhe falei querer ajudá-lo resolveu “se abrir”. Contou que começou a beber com mais ou menos 14 anos quando iniciou sua vida noturna, porém, as drogas só entraram em sua vida quando “perdeu às esperanças de ser alguém na vida”.

Após o contato mantido e uma vez vencida a vergonha que sentiu ao me ver ajudá-lo resolveu deixar-se ajudar. Nesse momento, a mãe de A. nos interrompeu dizendo vou esperar pra ver.

Sua tia porém, disse que ajudaria A. no que fosse preciso, pois também é sua madrinha e gosta muito dele “como um filho”.

O- Ao chegarmos, estavam tia e sobrinho nos esperando na porta e mãe numa janela lateral. A casa é de madeira, possui dois quartos, sala, cozinha e banheiro e se encontrava com mobília ordenadamente arrumada. Moram na residência A., sua mãe e dois irmãos. A mãe de A. faz faxinas, A. trabalha como “flanelinha” e seus dois irmãos são carregadores numa empresa de transportes.

A. encontrava-se com lesão na parte frontal esquerdo da face e escoriações leves no dorso das mãos.

A- Senti a necessidade de A. em ser ajudado e de querer se recuperar. Observei o descaso de sua mãe em relação a recuperação do filho, porém, sua tia se dispôs à ajudá-lo.

P- * Encaminhado para o grupo de apoio do professor Wilson;

* Marcado consulta para A. com clínico do Hospital Universitário; e

* Reforçado os cuidados com uso de drogas injetáveis.

No final da semana (sexta feira) , a tia de A. me ligou dizendo que ele não queria participar do grupo de apoio, porém, foi à consulta e começou a participar das reuniões dos Alcoólicos Anônimos juntamente com sua tia.

Creio que a visita foi válida, pois, tenho certeza que reguei a plantinha de esperança em A. para se recuperar. Para mim, foi uma experiência nova e aprendi a buscar forças em mim mesma para enfrentar meus problemas.

3.2- Avaliação

Este objetivo foi alcançado em 50% de seu total, pois foi realizada apenas uma visita.

Até a terceira semana do estágio, as vítimas/famílias atendidas não apresentaram os necessários que comprovassem a realização da visita.

A partir daí , a impossibilidade de se dar cumprimento ao objetivo se deveu ao fato de que as vítimas/famílias não confirmavam a data pré-agendada, bem como, em alguns momentos se expressavam quanto à não necessidade da visita.

A visita hospitalar não foi realizada pois era nosso entendimento que a vítima e /ou família nos desse o seu consentimento. Como este fato não ocorreu, as tentativas por nós realizadas sempre foram mal sucedidas, pois em alguns momentos a própria família nos julgava como alguém que estava tirando a oportunidade de visita dos próprios familiares, já que entraríamos na escala de visitas.

II- Objetivo Traçado e não Alcançado

1- Objetivo

- *Participar de cursos e atividades juntamente com a equipe do SvAPH de interesse ao estágio das acadêmicas de enfermagem.*

2- Estratégia

2.1- Participar do curso TRAUMA: II Simpósio. I Encontro do Trauma do Mercosul.

2.2- Integrar-se às atividades realizadas pela enfermeira Bernadet K. Erdtmann, que promovam ampliação dos conhecimentos pertinentes ao nosso trabalho.

3- Avaliação

Pretendíamos participar deste curso pois, este abordava temas que eram importantes para o desenvolvimento de nosso estágio e relatório, sendo que traziam atualidades à respeito do trauma no Brasil e no Mercosul.

Porém, não pudemos concretizar este objetivo por não termos condições financeiras, na época, para pagar a inscrição e outras despesas com alimentação, passagens e estadia.

Fazia ainda parte da estratégia a nossa integração no projeto Prevenção e Controle de Infecção Junto ao SvAPH do CCBPM-SC: Em Busca de Uma Melhor Qualidade de Serviço da enfermeira Bernadete, desenvolvido junto às guarnições dos ASUs.

Por incompatibilidade de horário, não nos foi possível realizar esta integração.

Assim, consideramos que este objetivo não foi atingido.

III- Objetivos não traçados e Alcançados

Objetivo 01

- Participação no II Simpósio de Enfermagem .

Resolvemos participar deste curso por serem ministrados temas e o papel do SvAPH como parte da assistência interdisciplinar ao politraumatizado (anexo.05)

Este curso foi promovido pela Direção de Enfermagem do Hospital Governador Celso Ramos com carga horária de 24 horas/aula tendo a participação de enfermeiros, médicos, socorristas, nutricionista e psicóloga.

Dentre os assuntos abordados destacamos: Ser humano como ser total , Humanização na hospitalização, A importância do uso de uma metodologia na assistência de enfermagem, Assistência de enfermagem ao paciente

politraumatizado na emergência e UTI e Assistência ao paciente politraumatizado: uma abordagem interdisciplinar.

O SvAPH esteve presente no Simpósio, na pessoa do Tenente César de Assunção, que estabelecia a ponte entre o atendimento pré-hospitalar e o hospitalar. Acrescentamos um resumo (anexo 06) da sua participação neste Simpósio por julgarmos que representa a realidade que vivenciamos neste campo de atividade.

Objetivo 02

- Participação no treinamento dos militares da Base Aérea.

O treinamento para militares da Base Aérea de Florianópolis, visando o resgate de vítima no mar, exigia a presença da equipe do Auto Socorro Aquático (ASA), no local.

Com a ajuda do Major Cláudio do Terceiro Batalhão de Bombeiros Militares (3º BBM) foi possível nossa presença no local e a permissão para atuarmos, caso houvesse necessidade de cuidados de urgência. O treinamento ocorreu nos dias 02 e 03 de Abril e nossa participação teve o acompanhamento de uma supervisora.

Fomos transportadas, juntamente com a equipe do ASA, de lancha até uma das várias praias localizadas na vila militar da Base Aérea de Florianópolis onde se realizou o evento.

Ficamos a postos em ponto estratégico e seguro.

As manobras se resumiram em resgate de vítimas no mar, sua localização, imobilização e transporte por helicóptero.

Consideramos uma experiência válida, pois, além de tomarmos conhecimento do que é feito para resgate de vítimas no mar, sentimos o quanto é difícil ficar no mar em uma lancha ou barco que faz movimentos de balanço ocasionando desconforto abdominal.

Reafirmamos a importância da nossa participação neste treinamento, uma vez que no decorrer do estágio no ASU nos deparamos com atendimento à vítimas de veículos na água.

Objetivo 03

- Participação no I Curso do ATLS (teórico) e conhecendo o SvAPH de Blumenau.

Participamos , nos dias 24 e 25/05 do I ATLS teórico que se realizou em Blumenau com patrocínio do Centro de Estudos do Hospital Santa Isabel e apoio da Associação Médica (anexo 07).

Resolvemos participar deste curso por ser de interesse para o nosso trabalho. Vencida a dificuldade inicial de alojamento, propiciada pelo Tenente Aldo Batista Neto, ficamos hospedadas no quartel do Comando do Corpo de Bombeiros o que nos possibilitou a chance de conhecermos o SvAPH prestado nesta localidade.

Chegamos em Blumenau no dia 24/05 às 19:30 horas, fomos apresentadas pelo Ten. Neto ao pessoal de plantão noturno do quartel, acomodamos nossas bagagens e nos dirigimos para o Grande Hotel Blumenau onde se realizou o curso. Este teve início às 20:00 horas com uma introdução à respeito do que se trata o ATLS e os cuidados iniciais com as vias aéreas.

Após às 22:00 horas saímos para jantar retornando para o quartel, pois tínhamos que descansar para o próximo dia, que começaria cedo e se estenderia até a noite.

No dia 25, levantamos às 07:30 horas, tomamos café e nos dirigimos novamente ao hotel juntamente com dois dos socorristas que também participavam do curso. A partir das 08:30 horas foram ministrados os seguintes temas respectivamente: Choque, Trauma de Tórax, Trauma Abdominal, Trauma Crânio-encefálico e Trauma Raquimedular.

Após o almoço fizemos um breve passeio pelo centro de Blumenau e retornamos às 14:00 horas para o reinício das palestras. Os temas da tarde foram: Trauma de Extremidades, Queimaduras, Trauma na Gravidez, Trauma na Criança, Estabilização e Transporte. Às 17:00 horas vimos um “Vídeo-demonstração” finalizando com uma discussão de casos entre os participantes e os palestrantes.

Chegamos no quartel às 18:00 horas, conhecemos a planta física, as viaturas e seus equipamentos. Fomos acompanhadas pelo Sargento Korki, socorrista atuante em Blumenau.

A planta física é a mesma que a do quartel do Estreito, em Florianópolis, porém, com algumas alterações na utilização das áreas físicas. Conhecemos a sala de comunicação, dos oficiais, de criação de cobras, refeitório, cozinha, expurgo,

torre de treinamento e garagem, onde estão alocadas as viaturas de resgate, do ASU e de combate à incêndio.

Hoje Blumenau possui 04 viaturas do tipo ASU, sendo utilizadas 03 diariamente em forma de rodízio e uma “baixada”. Duas viaturas ficam no quartel (sede) do CCB e a terceira, no Posto Avançado de Atendimento no bairro Itoupava Norte, que fica às margens da rodovia BR 480.

A administração e a instrução dos socorristas é realizada por um oficial e um sargento responsáveis pelo serviço.

Nos chamou à atenção no quartel a existência dos diferentes alarmes para cada tipo de ocorrência como fogo e casos clínicos. Outra curiosidade é que, quando há chamadas para o ASU ou Combate à Incêndio, os semáforos próximos ao quartel ficam vermelhos para facilitar o trânsito das viaturas.

As viaturas atendidas pelo SvAPH são encaminhadas para um dos três hospitais existentes em Blumenau, sendo que um é particular, um semi-particular e outro público. As vítimas conveniadas vão para os dois primeiros, e quando se encontra desacordada é levado diretamente para o hospital público.

A verba resultante do atendimento ambulatorial é diretamente repassada pela Secretaria Municipal de Saúde ao Fundo de reequipamento do Corpo de Bombeiros de Blumenau, possibilitando assim, a aquisição de novos e modernos equipamentos.

Retornamos para Florianópolis após o término do curso.

Ressaltamos a validade do curso e da visita realizada, que nos propiciou a aquisição de novos conhecimentos teóricos e desenvolveu nossa percepção acerca do serviço prestado.

Objetivo 04

- Curso de Emergências Toxicológicas

O Curso de Emergências Toxicológicas promovido pelo Centro de Informações Toxicológicas (CCI) do Hospital Universitário (HU), ocorreu do dia 30/06 e 01/07 (anexo 08).

No intervalo da manhã, tivemos a oportunidade de conhecer, numa exposição feita no local, diversas espécies de animais citados durante o curso, como: cobras, lonomia e escorpiões.

No período vespertino, o curso foi finalizado com o tema “Animais Peçonhentos: aranhas e Escorpiões - Identificações , Diagnóstico e Tratamento.”

O curso nos proporcionou a atualização em Emergências Toxicológicas, no que diz respeito ao atendimento as pesquisas e aos trabalhos sobre prevenção de acidentes com produtos tóxicos e animais peçonhentos.

Objetivos 05

- Obter informações sobre o SvAPH no mundo

Através de informações obtidas junto a orientadora, tivemos a oportunidade de entrevistar o Dr. César Soares Nitschke, que vivenciou a realidade do SvAPH existente no mundo. Na entrevista realizada na primeira

semana de elaboração do projeto, obtivemos informações a cerca do que é um atendimento pré-hospitalar, sua evolução histórica no mundo, no Brasil e as questões éticas pertinentes a SvAPH. Colocamos na íntegra a entrevista em forma de anexo (nº 09) por julgarmos que estas informações ampliaram nossos conhecimentos sobre o SvAPH.

9- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que você acha de fazer estágio no ASU ? Não sei, eu tenho medo. Essas foram as primeiras frases que surgiram , quando nos deparamos com a chegada da sétima fase. Foi sem dúvida uma escolha mais do que acertada, as aspirações eram muitas, mas o medo estava sempre presente. Toda a preparação do projeto, treinamento da acadêmica, confecção do macacão, etc. Parecia um ritual, porém sem saber ao certo o que nos esperava.

Primeiro dia de plantão no ASU, coração disparado, olhos arregalados. Toca a sirene, e agora. O que fazer ? O que será ? Tem muitas vítimas ? Onde é o local ? Perguntas e mais perguntas. Saímos em disparada, e assim foram dias e mais dias de nosso estágio. Em alguns dormíamos, contávamos piadas e dormíamos, em outros, ocorrência, ocorrência e mais uma ocorrência.

Hoje, sentimo-nos totalmente realizadas por trabalhar em um local tão restrito, com pré-conceitos e preconceitos, com hierarquias e ordens, mas sem dúvida um excelente campo de estágio. A cada plantão tínhamos a chance de conhecer guarnições diferentes, e a equipe de saúde dos diversos hospitais frequentados: H.G.C.R., H.U., H.R.S.J., H.I.J.G e H.F. A interação foi total.

O marco conceitual escolhido, serviu de alicerce e sedimentou nossa prática. A teoria das N.H.B., como o nome mesmo já diz, oportuniza tratar a

vítima de maneira ampla. Procurávamos atendê-las da melhor maneira possível e dentro de nossas capacidades, pois também somos seres humanos.

Observamos que o serviço pré-hospitalar, possui grande valor dentre a comunidade, o reconhecimento da valia desse tipo de serviço, fica cada vez mais explícito, o que contribuí para o aperfeiçoamento e valorização dos socorristas que se prestam a esta função.

A interação com os socorristas (à qual tínhamos maior contato) e com os demais membros do Corpo de Bombeiros, deu-se de maneira prazerosa e respeitosa. Várias foram as oportunidades de trocar-se idéias sobre o atendimento, sobre ocorrências anteriores efetuadas por estes, como funciona o corpo de bombeiros, além de rotineiramente falarmos sobre assunto do cotidiano. Dessa forma laços de amizade foram estabelecidos entre guarnição e acadêmicas. Fazendo com que o trabalho fosse realizado mutuamente e ajudando um ao outro, visando o atendimento rápido e eficiente da vítima.

Através da avaliação dos casos e da abertura que nos foi dada pelos familiares conseguimos realizar uma visita domiciliar, que pode não ter surtido os efeitos e resultados desejáveis, mas que com certeza a pessoa que foi visitada terá seus próprios conceitos e percebeu que o atendimento não restringiu-se apenas até o hospital.

Deixamos como sugestão que seria de grande valia que esse tipo de serviço fosse demonstrado ou enquadrado na disciplina de Primeiros Socorros ministrada na primeira fase do curso de Enfermagem - UFSC, já que o mesmo abre espaço para estágio da VII fase curricular.

Servindo dessa forma de ponte entre Universidade e Corpo de Bombeiros, o que possibilita uma maior interação social.

O campo de estágio é muito rico em informações a cerca do atendimento pré-hospitalar. Fomos muito bem recebidas pela Instituição e seus componentes, apesar de ser um serviço realizado inteiramente por homens.

Sugerimos aos próximos grupos que trabalhem dentro das guarnições, um maior entrosamento entre seus componentes, como também entre profissionais da área da saúde, promovendo oficinas, palestras e outras atividades que promovam a integração e a troca de experiências e conhecimentos entre eles.

10- BIBLIOGRAFIA

- 01- WARNER, C. G. Enfermagem Emergências. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
- 02- JORGE, M.H.P. de M., LATORRE, M. R. A. O. Acidentes de Trânsito do Brasil: dados e tendências. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.10 (Supl. 1), p. 19-44, 1994.
- 03- UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. Normas para apresentação de trabalhos. 3 ed. Curitiba: v.3,6,8, 1994.
- 04- OLIVEIRA, M. de. Acidentes automobilísticos - abordagem ao traumatizado e tratamento pré-hospitalar. CCBPM-SC. 1995.
- 05- PRADO, M. L. do., SOUZA, M. de L. Epidemiologia da Violência - uma aproximação ao problema através da morte violenta na sociedade brasileira contemporânea - o caso de Santa Catarina. Florianópolis, 1995.
- 06- Protocolo de APH - Suporte Básico de Vida . CCBPM-SC

- 07- Socorros Médicos de Emergências - The Committee on Allied Health - American Academy of Orthopaedic Surgeons.
08. PAULA, W. K. de. Releitura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Florianópolis: UFSC, 1993. 101 p. Trabalho submetido a prova Concurso Público ao cargo de professor titular. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1993.
09. ERDTMANN, B. K., MOCELLIN, D. de O., VIEIRA, T. P. Atuação do enfermeiro ao serviço de atendimento pré-hospitalar (SvAPH): uma experiência de acadêmicos de enfermagem da UFSC - Florianópolis: UFSC, 1994. Trabalho de conclusão de curso em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
10. COSTA, C. R. da., ALBUQUERQUE, R. M. de A., GOULART, M. C., et al. Assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar emergencial. Florianópolis: UFSC, 1995. Trabalho de conclusão de curso em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. 1995.

ANEXO 01

Hierarquização dos hospitais da grande Florianópolis

Trauma / Tipo	Hospitais de destino das vítimas traumatizadas			
	1º lugar	2º lugar	3º lugar	4º lugar
Politraumatizado	H.R.S.J.	H.C.R.	H.U.	H.F.
Trauma de crânio ou Cóluna	H.C.R.	H.R.S.J.		
Traumas infantis	H.I.J.G.	H.R.S.J.		
Traumas Torácico	H.R.S.J.	H.C.R.	H.F.	H.U.
Traumas abdome	H.R.S.J.	H.F.	H.U.	H.C.R.
Traumas ortopédi cos	H.R.S.J.	H.C.R.	H.F.	
Partos emergênci ais ou correlatos	M.C.D.	H.R.S.J.		
Traumas cardíacos	H.R.S.J.			
Queimaduras	H.F.			
Envenenamentos	H.U.	H.C.R.	H.R.S.J.	

H.R.S.J - Hosp. Regional de São José

H.C.R. - Hosp. Celso Ramos

H.F. - Hosp. Florianópolis

H.U. - Hosp. Universitário

H.I.J.G. - Hosp. Infantil Joana de Gusmão

M.C.D. - Maternidade Carmelha Dutra

ANEXO 02

POLÍCIA MILITAR
FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR



DIA MÊS ANO VTR Nº OCORRÊNCIA CÓDIGO Nº F. REG.

NOME: _____
 SEXO: _____ IDADE: _____
 LOCAL DA OCORRÊNCIA: _____
 BAIRO: _____
 CIDADE: _____ ESTADO: _____
 IDENTIDADE: _____
 OBSERVAÇÕES: _____

HORÁRIOS:
 AVISO
 SAÍDA QUARTEL
 CHEGADA LOCAL
 SAÍDA LOCAL
 CHEGADA HOSPITAL
 SAÍDA HOSPITAL
 CHEGADA QUARTEL
 ÓBITO

HORA MIN

TIPO DE OCORRÊNCIA (PRÉ-HOSPITALAR)

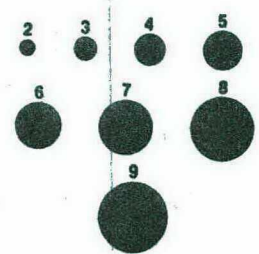
- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO | <input type="checkbox"/> EMPALAMENTO | <input type="checkbox"/> OBSTÉTRICO |
| <input type="checkbox"/> ACID. TRÂNSITO | <input type="checkbox"/> F.A.B. | <input type="checkbox"/> QUEDA DE NÍVEL |
| <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO | <input type="checkbox"/> F.A.F. | <input type="checkbox"/> SOTER./DESABAMENTO |
| <input type="checkbox"/> AGRESSÃO | <input type="checkbox"/> INCENDIO | <input type="checkbox"/> VÍTIMA JÁ REMOVIDA |
| <input type="checkbox"/> CASO CLÍNICO | <input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO | <input type="checkbox"/> OUTROS |

PROBLEMAS ENCONTRADOS

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> TRAUMA | <input type="checkbox"/> CARDÍACO | <input type="checkbox"/> FERIMENTOS | <input type="checkbox"/> FRATURA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> CHOQUE | <input type="checkbox"/> CABEÇA | <input type="checkbox"/> CABEÇA |
| | <input type="checkbox"/> NEUROLÓGICO | <input type="checkbox"/> FACE | <input type="checkbox"/> COLUNA |
| | <input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIO | <input type="checkbox"/> PESCOÇO | <input type="checkbox"/> MS |
| | <input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO | <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> MI |
| | <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> MI | <input type="checkbox"/> TÓRAX |
| | <input type="checkbox"/> MI | <input type="checkbox"/> TÓRAX | <input type="checkbox"/> BACIA |
| <input type="checkbox"/> QUEIMADURA | <input type="checkbox"/> TÉRM. | <input type="checkbox"/> ABDOME | <input type="checkbox"/> ÓBITO |
| | <input type="checkbox"/> ELÉT. | <input type="checkbox"/> OUTROS | |
| | <input type="checkbox"/> QUÍM. | <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA | <input type="checkbox"/> TRABALHO DE PARTO |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO | <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO | <input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIO | <input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> CARDÍACO | <input type="checkbox"/> MAL SÚBITO | <input type="checkbox"/> ÓBITO |
| | <input type="checkbox"/> CHOQUE | <input type="checkbox"/> NEUROLÓGICO | <input type="checkbox"/> DIST. DO COMPORTAMENTO |
| | <input type="checkbox"/> CONVULSÃO | | |
| | <input type="checkbox"/> OUTROS | | |

A - NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)		B - FREQUENCIA		10-29	4	<input type="checkbox"/>	
ABERTURA	ESPONTÂNEA	4	<input type="checkbox"/>	RESPIRATÓRIA	>29	3	<input type="checkbox"/>
OCULAR	A VOZ	3	<input type="checkbox"/>		6-9	2	<input type="checkbox"/>
	A DOR	2	<input type="checkbox"/>		1-5	1	<input type="checkbox"/>
	NENHUMA	1	<input type="checkbox"/>		0	0	<input type="checkbox"/>
MELHOR	ORIENTADO	5	<input type="checkbox"/>	C - PRESSÃO	>89	4	<input type="checkbox"/>
RESPOSTA	CONFUSO	4	<input type="checkbox"/>	ARTERIAL	76-89	3	<input type="checkbox"/>
VERBAL	PALAVRAS INAPROP.	3	<input type="checkbox"/>	SISTÓLICA	50-75	2	<input type="checkbox"/>
	SONS	2	<input type="checkbox"/>		1-49	1	<input type="checkbox"/>
	NENHUMA	1	<input type="checkbox"/>		0	0	<input type="checkbox"/>
MELHOR	OBEDECE COMANDO	6	<input type="checkbox"/>	D - NÍVEL DE	13-15	5	<input type="checkbox"/>
RESPOSTA	LOCALIZA DOR	5	<input type="checkbox"/>	CONSCIÊNCIA	9-12	4	<input type="checkbox"/>
MOTORA	FLEXÃO NORMAL	4	<input type="checkbox"/>		6-8	3	<input type="checkbox"/>
	FLEXÃO ANORMAL	3	<input type="checkbox"/>		4-5	2	<input type="checkbox"/>
	EXTENSÃO A DOR	2	<input type="checkbox"/>		3	1	<input type="checkbox"/>
	NENHUMA	1	<input type="checkbox"/>	TOTAL			
TOTAL DE A (3 - 15)		_____		TRAUMA SCORE (1 - 13)		_____	

MEDIDA PUPILAR (mm)



NO LOCAL D E
 NO HOSPITAL D E

HOVE MÉDICO PRESENTE NA OCORRÊNCIA: SIM NÃO
 NOME DO MÉDICO: _____ CRM: _____
 HOSPITAL DE DESTINO DA VÍTIMA: _____
 ÓBITO: NO LOCAL ANTES TRANS./APÓS ATEND. NO TRANSPORTE
 PROTOCOLO UTILIZADO: _____

PROCEDIMENTOS EFETUADOS

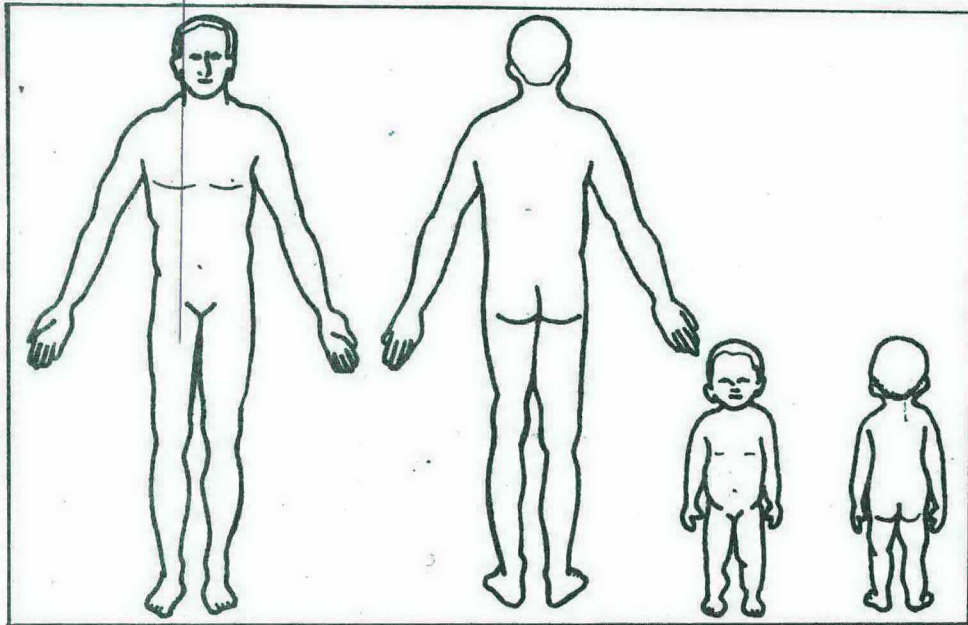
- ANÁLISE PRIMÁRIA/SECUNDÁRIA
- DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
- RESPIRAÇÃO ARTIFICIAL
- RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR
- COLAR CERVICAL
- IMOBILIZAÇÃO MS MI
- TALA INFLÁVEL RÍGIDA
- TRAÇÃO DE FÊMUR
- COLETE DE IMOBILIZAÇÃO DORSAL
- COBERTOR
- VÍTIMA NÃO CONDUZIDA

- MACA RÍGIDA LONGA
- MACA RÍGIDA CURTA
- LIMPEZA LOCAL DE FERIMENTO
- BANDAGEM ATADURA DE CREPON ATADURA TRIANGULAR
- CURATIVO SIMPLES
- CURATIVO COMPRESSIVO
- CURATIVO OCLUSIVO
- CURATIVO EM EMPALAMENTO
- CURATIVO EM QUEIMADURA
- ASPIRAÇÃO
- OXIGENOTERAPIA
- OUTROS

HISTÓRICO (RESUMO DA OCORRÊNCIA)

GUARNIÇÃO _____

FICHA PREENCHIDA POR: _____ Mat: _____



- LEGENDA:**
- FRATURAS, LUXAÇÕES, ENTORSES X
 - FERIMENTOS
 - HEMORRAGIAS
 - QUEIMADURAS
 - F.A.F./F.A.B. •

RECUSA DE ATENDIMENTO

EU, _____ PORTADOR DO RG nº _____ ASSUMO A RESPONSABILIDADE NA RECUSA DO ATENDIMENTO OFERECIDO PELA _____, MESMO QUE ISTO TRAGA MAIORES DANOS A MINHA SAÚDE, ISENTANDO DE QUALQUER RESPONSABILIDADE O SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DE SANTA CATARINA.

_____, de _____ de 19____.

TESTEMUNHAS:

NOME: _____ RG nº _____
 NOME: _____ RG nº _____ ASS. _____

AValiação NO HOSPITAL

DIAGNÓSTICO PROVAVAL: _____
 RESULTADO: ___SATISFATÓRIO ___INSATISFATÓRIO
 EVOLUÇÃO: ___ALTA ___INTERNAÇÃO ___ÓBITO TRANSFERIDO PARA: _____
 APÓS 24 HORAS: ___AGRAVOU ___MELHOROU ___ÓBITO ___NORMAL
 NOME E CARIMBO DO MÉDICO: _____



Polícia Militar

Comando do Corpo de Bombeiros

Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar

Recibo de Entrega de Vítimas e Pertences

Nome : _____ Idade: _____

Identidade: _____ Sexo: _____

Endereço : _____

Recebi a vítima acima nominada com os sinais e sintomas descritos na Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar e com os seguintes pertences (vestuários, objetos, dinheiro, etc.) relacionados, descritos e arrolados em quantidade e condições de apresentação:

Equipamentos da Viatura ASU nº _____ que permanecem com a vítima:

- | | |
|--|-----------------------|
| () Colar cervical | () Maca rígida longa |
| () Tala de tração de fêmur | () Maca rígida curta |
| () Colete de imobilização dorsal | |
| () Bandagens triangulares - Quantidade: _____ | |
| () Outros : _____ | |

_____, de _____ 199____

Ass. _____	Ass. _____
Nome: _____	Nome: _____
Matrícula: _____	Identidade: _____
Cmt da Guarnição ASU	Responsável pelo recebimento

OBS.: O presente recibo deverá ser anexado a Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar.

ANEXO 03

Amex

Estágio

ESTADO DE SANTA CATARINA
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DO CORPO DE BOMBEIROS
B-3

(ba3\texto\os04-96)

ORDEM DE SERVIÇO Nº 04/B-3/CB/96

ASSUNTO: Estágio das Acadêmicas de Enfermagem da 6ª Fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC no CBPMSC.

1. FINALIDADE:

a. Da presente Ordem de Serviço:

- 1) Regular as atividades, providências e trâmites administrativos acerca do referido estágio, dentro da esfera do Corpo de Bombeiros da PMSC.
- 2) Estabelecer procedimentos dos Bombeiros Militares socorristas objetivando o bom andamento do estágio.

b. Finalidade do Estágio dentro do Corpo de Bombeiros - Serviço de Atendimento Pré-hospitalar:

- 1) Proporcionar ao futuro profissional da área da saúde, atividades práticas visando complementar a fundamentação teórica;
- 2) Identificar no atendimento pré-hospitalar prestado pelo Corpo de Bombeiros, as atividades que são atinentes ao processo de enfermagem;
- 3) Integrar, o meio acadêmico, em especial o da área da saúde, nas atividades de resgate e atendimento pré-hospitalar prestadas pelo Corpo de Bombeiros da PMSC.

2. REFERÊNCIAS:

- a. Estágio realizado no CBPMSC por acadêmicos de enfermagem - UFSC 8ª Fase 1994/2º sem, 1995/1º sem, 1995/2º sem e 1995/2º Semestre.
- b. OS nº 04/BM-3/CB/94/Estágio das acadêmicas de Enfermagem/94/2-95/1
OS nº 10/BM-3/CB/95/Estágio das acadêmicas de Enfermagem/95/2-95/2
- c. Ofício nº 015/96 - Centro de Ciências da Saúde da UFSC (Solicitação de Estágio).
- d. Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas - 1990;
- e. Projeto de estágio apresentado ao CCB relativo aos objetivos a ser atingidos.

3. OBJETIVOS:

a. Do Corpo de Bombeiros em proporcionar campo de estágio a Acadêmicos da área da saúde:

- 1) Integrá-las ao meio técnico-profissional BM com profissionais da área da saúde, resultando na troca mútua de conhecimentos e técnicas;
- 2) Divulgação dos serviços do Corpo de Bombeiros da PMSC junto a comunidade Acadêmica da área da saúde;

- 3) Modificar o comportamento do público em geral, acerca de nossas atividades técnico-profissional, inserindo o futuro profissional da área da saúde nas atividades de resgate e atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros da PMSC.

b. Dos Acadêmicos após concluído o estágio:

- 1) Conhecer estrutura física e funcional do SvÁPII, bem como suas normas e rotinas para o atendimento diário. (CBPMSC)
- 2) Prestar assistência de enfermagem imediata às vítimas atendidas pelo ASU e acompanhá-las até a internação;
- 3) Realizar visita domiciliar e/ou hospitalar nos casos em que necessite de informações acerca dos cuidados a serem prestados após o atendimento pelo ASU.
- 4) Participar de cursos e atividades juntamente com a equipe do CB de interesse ao estágio das acadêmicas de enfermagem realizadas nesta localidade.

4. DA SITUAÇÃO GERADORA DO CAMPO DE ESTÁGIO NO CORPO DE BOMBEIROS:

As técnicas e os conhecimentos acumulados pelos socorristas do Corpo de Bombeiros através dos anos, resultaram em um trabalho muito bem aceito e respeitado pelo público em geral e pela comunidade médica. Tal padrão de qualidade atingido, vem gerando uma modificação comportamental em todos os segmentos da população, de especial, de profissionais da área da saúde. Inseridos neste contexto, o Corpo de Bombeiros deve buscar nestes profissionais que aqui aportam, a salutar integração, resultando em troca de conhecimentos, novos aprendizados e o desenvolvimento da capacidade de auxiliar o próximo. A exemplo de outros Corpos de Bombeiros do Brasil, o CBPMSC abre suas portas para mostrar do que é capaz de fazer em prol da sociedade Caruarinense.

5. DA EXECUÇÃO:

- a. Datas: (Anexo "A")

6. DA ADMINISTRAÇÃO:

- Compete aos Comandos das ORMs envolvidas, desenvolver esforços no sentido da correta execução do estágio.
- Compete ao CCB, a supervisão geral dos estágios e acompanhamento dos processos e objetivos, tabulando os dados para a emissão de relatório final sobre as atividades realizadas.

7. ORDEM AOS ESCALÕES SUBORDINADOS:

- a. Orientar os escalões subordinados de cada ORM, acerca do estágio e objetivos, bem como da presença das acadêmicas nas escalas de serviço;
- b. Determinar, em especial, os comandantes de guarnição dos ASUs, que empenhem esforços com vistas ao processo de ensino-aprendizagem das estagiárias;
- c. Adequar cada ORM no que for possível para o bom andamento e bem estar das estagiárias e supervisoras quando de serviço nas Vtrs;

- d. O CCB, através do B-3, emitirá "ordem aos Comandantes de Área" acerca do estágio;
- e. Os comandantes de OBM através dos escalões subordinados deverão orientar aos Cmts dos ASUs que quando houver estagiárias e supervisoras deverão comunicar as suas presenças ao Copom, Sala de Operações e Cmt de área, bem como o período de estágio;
- f. As estagiárias, quando da sua chegada a OBM, deverão procurar os chefes-de-socorro ou chefes-de-salvamento, informando de suas atividades na OBM.
- g. A fim de adequar as instalações, cada Cmt de OBM deverá providenciar uma dependência para que sirva de "alojamento transitório", bem como, um banheiro para uso feminino, seguindo sempre os mesmos critérios utilizados nos outros estágios.


B. PRESCRIÇÕES DIVERSAS:

- a. As recomendações decorrentes do desenvolvimento do estágio serão emitidas pelo Cmt do CBPMSC.
- b. Quando do deslocamento para atendimento de ocorrências, somente seguirá na vtr uma estagiária e uma supervisora. Caso haja a excepcional situação de que seja necessário o atendimento de mais de duas vítimas na vtr, uma estagiária e/ou uma supervisora, deverá permanecer no local da ocorrência, sendo que o Cmt da Ca deverá solicitar ao cmt de área ou a sala de operações para vtr 5M para apanhar os integrantes da guarnição que, possivelmente, permanecerem no local da ocorrência;
- c. Os estágios nas viaturas ASU-01, 02 e 03 serão a partir da 2ª semana de maio.
- d. Somente iniciará o estágio nas VTRs, após a conclusão do estágio de capacitação das Acadêmicas que será realizado do dia 24 Março 12 Abr 96 no CEPM.

Quartel em Florianópolis, 18 de Março de 1996.

JAIR WOLFF
Cmt PM CMT CBPMSC

Conferido:


ROBERTO PICKLER BAESSO
Maj PM Resp p/ Ch EM/CB

DISTRIBUIÇÃO:

Cmdo Geral PMSC.....01
Ch EM PMSC.....01
Cmdo 1º BSM.....01
Cmdo 3º BSM.....01
Cmdo 1a/1º BSM.....01
CCB.....01
CCB arq.....01
Cmt Área.....01
TOTAL.....08

ANEXO 04

PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EMERGENCIAL

1. Histórico de Enfermagem

1.1- História da ocorrência

Local: Praia dos Ingleses

Nº de vítimas 01

Situação da vítima: a vítima tratava-se de um homem de 30 anos, que sofreu capotagem de seu veículo ao ser “cortado” por outro. Foi socorrida e transportado por veículo particular, onde encontrava-se mal acomodada no interior deste, estava desacordada nos primeiros minutos, em seguida iniciou quadro de desorientação. Sinais vitais estavam instáveis, isto é, hipotenso, taquicárdico, além de encontrar-se com a pele pegajosa, fria e úmida caracterizando os sinais de choque. Transportada ao ASU, observou-se que o quadro agravava-se significativamente. À palpação notamos fratura de clavícula direita e primeira, segunda e terceira costelas. No local não foi possível realizar avaliação secundária da vítima somente a primária, pelo fato da vítima encontrar-se “jogada no interior de um veículo particular”.

1.2- Identificação da vítima

Nome: M.R.S

Idade: 30

Estrutura física: 1,80 m 78 Kg

Sexo: Masculino

2. Diagnóstico de Enfermagem

2.1- Diagnóstico Situacional

Abertura ocular	espontânea à voz à dor nenhuma	Avaliação pupilar midriase OD OE miose OD OE reação a luz: + OD OE - OD OE
Resposta verbal	orientação confuso palavras inap. Sons nenhuma	
Resposta Motora	obedece comando localiza dor flexão normal flexão anormal extensão à dor nenhuma	
TOTAL		05

Sinais vitais	1º Contato	Transporte
Pulso:		
Frequência:		132 bpm
Rítimo:		arritmico
Volume:		fraco
Pressão arterial		110/70 mmhg
Respiração:		
Frequência		21 mpm
Tipo:		Uso de musc. Acesc.

Exame físico	Local	Transporte
Crânio	sp	sp
Olhos	Anisiocoria	Anisiocoria
Nariz	sp	sp
Boca	uso de prótese	sp
Ouvidos	sinal de Battles	sinal de Battles
Face:	Hematoma reg. Frontal D.	Hematoma reg. Frontal D.
Pescoço	Hematoma lado D. Abaixo do pavilhão auricular	
Torax:		
- FP		
- FL	Fratura em clavícula D. e 1ª, 2ª e 3ª costela direita	
- FA		
Abdômem	sp	sp
Pelve	sp	sp
MMSS/MMII	sp	sp
Pele	fria, úmida e pegajosa	

2.2- Diagnóstico de natureza e diagnóstico de suficiência

NHB	Diagnóstico de Natureza			Diagnóstico suficiência
	1º Contato	No transporte	Hospital	
Percepção	X	X	X	AI
Regulação Circulação		X	X	AI
Regulação Térmica	X	X	X	AI
I.Física	X	X	X	AI
ICM	X	X	X	AI
Locomoção	X	X	X	AI
Sexualidade				
Eliminação				
Hidratação				
Oxigenação	X	X	X	AI
Oriet. T/E	X	X	X	AI
Auto Imagem				
Auto aceitação				
Auto estima				
Imagem				
Estima				
Aprendizagem				
Gregária				
Liberdade				
Filosofia de Vida				
Terapêutica	X	X	X	AI

AS - Auto Suficiência AI - Auto Insuficiência, NHB - Necessidades Humanas Básicas

3- Conduta de Enfermagem

Ao chegar no interior do veículo particular, a vítima recebeu primeiros atendimentos: colocado o colar cervical, retirado aparelho corretivo dentário, feita abertura de vias áreas. Colocado em maca rígida, transportado para viatura ASU 01. Aferido PA, observado pulso periférico. Colocado oxímetro após observação de baixa saturação de O₂, optou-se pela oxigenioterapia 8 litros por minutos de O₂. Restringindo MMSS, com bandagens devido desorientação. Ao chegar na emergência do HGCR a vítima entrou em parada cardiorespiratória, sendo reanimada pela equipe médica e de enfermagem do local.

4- Evolução de Enfermagem

No primeiro momento a vítima encontrava-se inconsciente e com os sinais vitais instáveis. No hospital houve agravamento do quadro e a mesma entrou em parada cardiorespiratória, permanecendo no estado de AI.

5- Prognóstico de Enfermagem

Vítima manteve-se auto-insuficiente nas necessidades de regulação, integridade física, ICM, locomoção, oxigenação, percepção, orientação e terapêutica, portanto seu prognóstico é ruim.

6- Condições de Atendimento

As condições eram precárias, pelo fato da vítima encontrar-se “joagada” no interior de um veículo particular. O que dificultou em muito o atendimento e o transporte para a viatura do ASU 01. No local não foi possível realizar avaliação secundária da vítima, somente a primária, à qual percebeu-se que o quadro era grave. A vítima tratava-se de um homem de 30 anos, que sofreu capotagem de seu veículo ao ser “cortado” por outro.

Percebemos que o atendimento na emergência do H.G.C.R., foi tumultuado e demorado, tendo em vista que a equipe funcional deste, estavam em greve. O atendimento só foi possível, porque uma médica que passava pelo local do acidente agilizou o atendimento no referido hospital.

ANEXO 05

TEMA

SER HUMANO COMO SER TOTAL
HUMANIZAÇÃO NA HOSPITALIZAÇÃO
A IMPORTANCIA DO USO DE UMA METODOLOGIA NA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM
METODOLOGIA UTILIZADA NO SERVIÇO DE EMERGENCIA DO H.G.C.R.
METODOLOGIA UTILIZADA NA U.T.I. DO H.G.C.R.
ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO NA EMERGENCIA
ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO NA U.T.I.
CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM MONITORIZAÇÃO DA P.I.C.
ASSISTENCIA AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO: UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR
ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM À FAMILIA EM EMERGENCIA E U.T.I.
O VIVER E O MORRER

MINISTRANTE

DR. LUIZ ALBERTO SILVEIRA
MARIA RIBEIRO LACERDA
ELIANE NASCIMENTO
IZABEL REGIS
MARISA MONTICELI
DRA. INGRID ELSÉN
SUZANA ENDRES
SUZANEY SARAIVA
LÚCIA MARCON
DR. EVANDRO MARTINS
TEN. CÉSAR
NÁDIA IL. SILVEIRA
SUELI DE C. STHIAGO
CARMEN LILIAN MARQUES
GRACE DAL SASSO
JÚLIO DE QUEIROS

PRESENÇA: 100% CARGA HORÁRIA : 24H

ANEXO 06

DEPOIMENTO DO TENENTE CÉSAR NO IIº SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM DO HGCR

Para a grande maioria da população, a palavra bombeiro significa um profissional que previne e combate incêndios; para outros os bombeiros constituem uma corporação que diuturnamente está pronta para atender as mais diversas solicitações de socorro.

Nos últimos anos os bombeiros vem sendo chamados a cumprir mais uma missão cumulativamente com as já estabelecidas, ou seja, o atendimento pré-hospitalar de vítimas traumatizadas resultantes dos inúmeros traumatismos da vida moderna. Há de se salientar que a constituição estadual delega ao corpo de bombeiros as missões de busca e salvamento de pessoas e bens. Para o melhor cumprimento dessa responsabilidade, o corpo de bombeiros teve de se preparar técnica e materialmente. No início dos anos 90, atendendo a solicitação do ministério da saúde, o corpo de bombeiros de Santa Catarina passou oficialmente a integrar o programa de enfrentamento às emergências e traumas, obrigando-se a executar o atendimento pré-hospitalar com procedimentos de suporte básico da vida.

Havia então, a necessidade de aprimoramento das técnicas assimiladas, sendo assim, passou-se a buscar no ATLS - PHTLS - ACLS , as técnicas e procedimentos pré-hospitalares necessários ao aperfeiçoamento.

Com o passar de seis anos, a realidade é outra e vem mudando. A experiência acumulada em função do grande número de ocorrências atendidas no estado de Santa Catarina, nos leva a conclusões muito positivas acerca da trajetória do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros. Observa-se hoje, uma outra realidade no atendimento ao politraumatizado. Há nítida modificação de comportamento tanto por parte da classe médica como a de enfermagem. Muito foi feito e muito há de se fazer.

Hoje buscamos junto à UFSC a formação adequada e tecnicamente correta para nossos profissionais, estamos em constante aperfeiçoamento e aprimoramento técnico-profissional para melhor atender a comunidade catarinense. Procuramos sempre a tecnologia de ponta e as técnicas mais modernas visando sempre preservar o bem maior: A vida.

ANEXO 07

DIA 24/05 - 25/05
I Curso de ATLS de Blumenau
Advanced Trauma Life Support (teórico)

PATROCÍNIO : -CENTRO DE ESTUDOS DO HOSPITAL SANTA ISABEL
APOIO: -ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE BLUMENAU
LOCAL: GRANDE HOTEL BLUMENAU

DIA 24/05

20:00 h Introdução ao ATLS e Atendimento Inicial - Dr. Hamilton Petry de Souza
21:00 h Vias Aéreas - Dr. Alexandre Andreani

DIA 25/05

8:30 h Choque - Dr. Hideo Szuki
9:15 h Trauma de Tórax - Dr. Eduardo Cezar da Silva Ribeiro
10:00 h Intervalo
10:15 h Trauma Abdominal - Dr. Pedro de Almeida Araújo
11:00 h Trauma Crânio- Encefálico - Dr. Eduardo Cezar da Silva Ribeiro
11:15 h Trauma Raquimedular - Dr. Nicolau Fernandes Kruel
12:30 h Almoço
14:00 h Trauma de Extremidades - Dr. Hamilton Petry de Souza
14:30 h Queimaduras- Dr. Wilson Pacheco
15:15 h Trauma na Gravidez - Dr. Pedro de Almeida Araújo
15:45 h Intervalo
16:00 h Trauma na Criança - Dr. Nicolau Fernandes Kruel
16:30 h Estabilização e Transporte - Dr. Nicolau Fernandes Kruel
17:00 h Vídeo Demonstração + Discussão

ANEXO 08

MINISTRANTE	ATIVIDADE/CONTEÚDO	DATA
DRA. DARCILÉA ALVES DO AMARAL	NOIÇÕES GERAIS EM INTOXICAÇÕES SINAIS CLÍNICOS E DROGAS MAIS COMUNS.	30/05/96
DRA. DARCILÉA ALVES DO AMARAL	AGROTÓXICOS, MECANISMO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.	31/05/96
DR. LUIZ ROBERTO C. DALLA COSTA PROFª. MARLENE ZANIN	ACIDENTES POR LONOMIA OBLIQUA. ACIDENTES POR COBRAS PEÇONHENTAS IDENTIFICAÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRA- TAMENTO.	01/06/96
DR. PABLO MORITZ FARM. MARGARET GRANDO	ACIDENTES POR LOXOSCELES ACIDENTES POR PHONEUTRIA E ESCORPIÕES	

CARGA HORÁRIA: 12.00 horas
FREQÜÊNCIA: CES/HU

[Handwritten Signature]

**PRESIDENTE DO CENTRO DE ESTUDOS
HU**
Prof. Paulo Cesar Trivilso Bittencourt
 Presidente do Centro de Estudos
 HU/UFSC

R. q. n.º: 027
 Livro n.º: 009
 Fls. n.º: 146

VISTO

ANEXO 09

Em toda a Europa há sistemas para atendimento médico pré-hospitalar de urgência. Na França há, na maior parte do país, um serviço conjunto entre o SAMU (Service de L'Aide Médicale Urgente) e os bombeiros. Entretanto, em Paris, não há integração, havendo dois serviços pré-hospitalares: os Bombeiros e o SAMU. Há então, por vezes, duplicidade de atendimento e conflitos. Os bombeiros estão ligados ao resgate e ao socorro e são obrigados, como no Brasil, a responder aos pedidos vindo como socorro. O SAMU, serviço originário dos hospitais, responsabiliza-se pela ajuda médica de urgência, quando necessário e após avaliação por um médico. Além disso responsabiliza-se pela conexão com toda a rede pública de saúde (hospitais).

Quando chega uma chamada no SAMU, ele tem a responsabilidade de oferecer uma resposta ao pedido de ajuda, no que tange à saúde da pessoa e tem, em caso de acidentes e catástrofes, a responsabilidade pela atenção de saúde prestada à vítima e a capacidade de agilizar toda a cidade, ativando os serviços de socorro e resgate dos bombeiros (que ficam responsáveis pela proteção da área, desencarceramento, remoção e proteção da vítima), polícia, defesa civil, etc.

Em Paris, os bombeiros, responsáveis pelo salvamento(socorro) e resgate. Igualmente iniciaram a sair para realizar atendimento pré-hospitalar, só que enfrentaram a impossibilidade de criarem uma regulação pois, constitucionalmente estavam atrelados ao socorro, o que sempre os obrigava a responder com o envio de unidades. Houve a tentativa de criação de uma regulação, utilizando os médicos bombeiros mas que foi desativado pelo mesmo fato. Hoje os bombeiros de Paris tem uma coordenação médica que acompanha o socorro e resgate quando solicitado pelos bombeiros que estão no atendimento e em alguns casos inclusive ativam unidades próprias de cuidados intensivos mas, no caso de necessitarem uma ligação com os hospitais isto é feito em contato com o SAMU, responsável por tal. Quando não é feita esta conexão e é necessário internar uma pessoa, os bombeiros acabam andando com a vítima de hospital para hospital e podem ser responsabilizados pela demora no encaminhamento do doente ao hospital.

Em Paris, onde há os dois sistemas trabalhando de maneira independente, o custo do serviço dos bombeiros é de 50 dólares/habitante/ano, onde 90% dos chamados é de socorro à vítima e a pessoa, e o custo do SAMU é de 1 dólar/habitante/ano. Esta diferença de custo pode ser explicada, em grande parte, pela regulação, que racionaliza os recursos oferecidos. No SAMU de Paris, apenas 8% de todos os pedidos são respondidos com o envio de unidades móveis de terapia intensiva, 40% com o envio de unidades básicas ou de salvamento e resgate e os restantes 52% são respondidos apenas por telefone (orientação ou envio de um médico privado, conveniado ao SAMU).

As diferenças entre o sistema americano e o sistema europeu são grandes e partem da origem de cada um destes serviços.

Na Europa, os serviços são públicos, enquanto nos EUA são privados.

Nos Estados Unidos, o paramédico fica conectado a um hospital e esse hospital fica responsável pela recepção daquele grupo de paramédicos. Se o hospital não tiver condições de atender esta pessoa então o médico é obrigado a ligar para outro hospital(is) até conseguir um leito. Na Europa o serviço é único para toda a cidade e totalmente conectado com a rede pública de saúde. O médico regulador tem a responsabilidade e decide qual hospital receberá a vítima.

No sistema americano, em toda chamada sai uma U.T.I. móvel, enquanto no europeu apenas quando é necessário, isto é, em 8 a 10% das chamadas.

No sistema americano o médico continua a permanecer dentro do hospital enquanto no europeu o médico vai até o local do evento para prestar atendimento direto a/as vítimas.

• QUE É O SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR?

É um serviço para prestação de atendimento às pessoas em ambiente extra-hospitalar, ou atendimento antes da chegada ao hospital.

• SERVIÇO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL E NO MUNDO

No Brasil, existe duas correntes, uma que deseja implantar o sistema americano e outra que deseja implantar o sistema europeu, ambos com adaptações a nossa realidade.

Rio de Janeiro e São Paulo foram precusores na instalação do modelo americano no Brasil. No Rio de Janeiro o corpo de bombeiros aumentou seu corpo de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) para atender no pré-hospitalar, entretanto, mesmo com um custo elevadíssimo de manutenção, manteve-se até hoje desconectado dos hospitais, seu grande problema atual, pois não foi originário dos mesmos.

A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo implantou na capital os anjos do asfalto, que ficavam nas rodovias, com Unidades de Cuidados Intensivos a cada 30 quilômetros de distância e seguiram o sistema americano de paramédicos. Este serviço tem-se mostrado de custo elevadíssimo e apresenta-se sem controle dos mesmos.

Curitiba implantou um sistema que se parece ao sistema dos bombeiros de Paris, onde um médico fica na central de atendimento e acompanha os atendimentos mas não é o decisor final dos recursos que são enviados.

Belém do Pará, Marília, Porto Alegre, Campinas, Araraquara, Belo Horizonte, entre outras cidades, Implantaram um sistema tipo SAMU ou estão em fase de implantação. Aqui em Florianópolis e em Joinville estamos tentando implantar este serviço, em comunhão com o Corpo de Bombeiros, onde seremos parceiros neste atendimento.

Em praticamente todos os países desenvolvidos do mundo existem serviços de atendimento às urgências pré-hospitalares e existem as duas correntes, com regulação e sem regulação das urgências mas, na maioria deles, a regulação é necessário.

QUESTÕES ÉTICAS

Em primeiro lugar é de se perguntar sobre a formação para o atendimento pré-hospitalar. Os profissionais de saúde, em suas diversas áreas, estudam um mínimo de 3 anos (técnicos de enfermagem) a 8 anos (médico com residência) e são preparados para o atendimento de saúde à população, para aliviar sofrimento e curar e para a preservação dos direitos da pessoa e seguem um código de ética que respalda estes deveres junto ao paciente e o protege através do sigilo médico, respeitado inclusive pelas autoridades. Serviços de segurança são criados para resguardar a integridade da pessoa e seguem princípios de investigação e policiais que por vezes podem não respeitar a individualidade da pessoa, mesmo quando a mesma está em posição de vítima. Os bombeiros são preparados para salvamento e resgate e tem uma vocação para o atendimento às pessoas de uma forma mais próxima daquela dos profissionais de saúde mas estão igualmente atrelados a uma hierarquia militar e ao código militar, o que, por vezes faz com que não seja preservado o sigilo no atendimento as pessoas.

Em segundo lugar colocariamos a liberdade de decisão, a qual é própria aos profissionais de saúde que, quando em face a uma situação nova ou inusitada, recorrem aos seus conhecimentos e tomam decisões que muitas vezes são imediatas. Isto dificilmente ocorre no sistema militar ou policial, que segue regras estritas e onde, a saída destas regras algumas vezes implica em punição. Sem dúvida, protocolos e regras ajudam a homogeneizar decisões e ações mas, no caso da saúde, as mesmas devem apresentar uma flexibilidade em decorrência da alta variabilidade pessoal que afeta vítimas e pacientes.

A questão ética relacionada a formação profissional leva em conta que cada profissional tem competência e responsabilidades inatas a sua profissão, assim o SAMU não deve ocupar-se de salvamento e resgate, assim como os atos médicos devem ser realizados apenas por médicos e não por outros. O serviço pré-hospitalar, neste aspecto, reveste-se de uma característica multidisciplinar, onde cada ator, profissional de saúde, bombeiro, policial, tem sua competência e responsabilidade preservada, assim como seu campo de atuação.

Em um sistema do tipo SAMU, este atendimento pré-hospitalar mantém conexão com o serviço de bombeiros e os serviços de segurança.

O serviço de saúde tem como função atender vítimas de acidente, a parte relativa ao trauma, como igualmente às pessoas com afecções clínicas na fase extra hospitalar. O serviço é obrigado a dar uma resposta, o que nem sempre leva ao envio de uma unidade móvel. Esta resposta depende da avaliação de um profissional médico que se encarrega de detectar a necessidade da pessoa, triar, classificar, escolher os recursos adequados, enviá-los e monitorá-los. Quando a resposta consiste na unidade móvel de cuidados intensivos, a equipe é composta de um médico, um enfermeiro, e um motorista (socorrista).

Este serviço, em conexão com o corpo de bombeiros, também pode ativar suas unidades de salvamento e resgate.

Outra unidade que pode ser ativada é a básica, ou só de exploração, ou seja, quando o médico não consegue saber a situação da vítima por telefone, quando não há necessidade de uma equipe médica ou quando há necessidade de um reforço que não signifique outra unidade de cuidados intensivos.

O SAMU trabalha conectado aos hospitais ou seja é uma extensão hospitalar. Ex: um acidentado, depois do médico regulador decidir enviar uma U.T.I. móvel, o médico interventor, que é o que vai na unidade e avalia a vítima, liga para o hospital e fala com o médico regulador explicando a probabilidade de uma ruptura de baço. Então o médico regulador indica qual o hospital, conecta-se com o mesmo, enquanto a vítima é encaminhada ao hospital e esta vítima, chegando ao mesmo é encaminhada diretamente ao centro cirúrgico.

HISTÓRICO:

Os primeiros serviços pré-hospitalares europeus surgiram na França, há 30 anos e hoje existem em quase todos os países da Europa.

Tudo começou quando os anestesistas (anestesistas-reanimadores), que na França são os responsáveis pelos setores de emergências e unidades de terapia intensiva dos hospitais, se deram conta que se deveria fazer alguma coisa antes de chegar no hospital, pois havia em muitos casos uma piora desde o evento ocorrido e a chegada ao hospital ou mesmo a morte da pessoa por não ter recebido cuidados e ações mais precoces e adequados. Resolveram então a sair do hospital, criando o serviço de ajuda médica urgente, dando início ao SAMU,

Assim sendo este serviço foi-se estruturando, ganhando a confiança e a aceitação da população. Entretanto, com seu crescimento, a demanda de pedidos foi aumentando e, muitas vezes havia abusos nas solicitações, além do fato de que, no início, muitas vezes se ignorava a real necessidade de que o caso aportava. Em decorrência disto, criaram a central de regulação médica, que começou a racionalizar as saídas das unidades móveis e a atender outros tipos de respostas que envolviam não só as unidades móveis como também médicos generalistas particulares que atendiam pela seguridade social e que eram chamados pelo SAMU. A regulação médica é hoje o coração e cérebro deste serviço e onde um médico, o médico regulador, é responsável por detectar a necessidade de atenção médica de urgência, triar, classificar, decidir a resposta, enviar e ativar os recursos necessários e monitorar o atendimento.

O SAMU, serviço originário dos hospitais mantém-se em conexão completa com todos os hospitais, públicos e privados e hoje existem, na França, 98 SAMU, conectados igualmente entre si e formando uma rede de atendimento em todo o país. Geralmente os SAMU estão ligados ao hospital universitário da cidade.

Vários outros países tanto da Europa como de outros continentes, utilizaram este modelo para a criação de sistemas de atendimento pré-hospitalar.