

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MONICA DO CARMO ABRANTES

**O ENFERMEIRO E A VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO –
RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES – UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MONICA DO CARMO ABRANTES

**O ENFERMEIRO E A VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO –
RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES – UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção em Urgência e Emergência, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Lúcia Nazareth Amante

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **O ENFERMEIRO E A VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES – UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA** de autoria da aluna **MONICA DO CARMO ABRANTES** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Dra. Lúcia Nazareth Amante
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este esforço, ao meu pai, *in memoriam*, que durante sua luta contra a neoplasia, pode me incentivar, apesar da sua dor. Não poderia ter maior exemplo de desprendimento. Parte deste trabalho e estudo da especialização foram realizados à beira de seu leito, tanto em casa quanto nos hospitais Bosque da Saúde e Montemagno.

Obrigada pai! A palavra corrige, mas o exemplo edifica!

AGRADECIMENTOS

À minha inestimável mãe, dona Terezinha.

À minha irmã “preferida”, Consolação.

À meu filho, Lucas.

Pela ausência, mesmo quando presente.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	01
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	03
3	MÉTODO	07
4	RESULTADO E ANÁLISE	08
4.1	Conceitos e especificidades da Assistência de Enfermagem no Atendimento Pré-hospitalar	08
4.2	A atuação do enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar	08
4.3	O trabalho em equipe durante o Atendimento Pré-hospitalar	10
4.4	Conclusão	11
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	12
	REFERÊNCIAS	13

LISTA SIGLAS

ACS – *American College of Surgeons*

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN-SP – Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

MS – Ministério da Saúde

NEP – Núcleo de Educação Permanente

NEU – Núcleo de Educação em Urgência

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAV – Suporte Avançado à Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Intermediário de Vida

URAM – Unidade Rápida de Atendimento com Motocicletas

RESUMO

O ENFERMEIRO E A VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO – RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES – UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O presente estudo objetivou identificar as responsabilidades e atribuições do enfermeiro frente à vítima de acidente automobilístico. Para tanto foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura.

O que podemos perceber é que, a cada dia, mais e mais responsabilidades e atribuições são dadas ao enfermeiro, e no APH isso é uma realidade.

Hoje, aqui em São Paulo, temos protocolos que permitem ao enfermeiro medicar em vários casos, após liberação do médico regulador. Pode parecer pouco, mas é um grande avanço para quem se depara com diversos casos todos os dias.

1 INTRODUÇÃO

A cada dia ao enfermeiro vêm sido atribuídas e somadas mais responsabilidades, em suas atividades. São atribuições burocráticas, gerenciais, de supervisão, até aquelas pelas quais, normalmente, ele buscou sua formação, ou seja, a assistencial e no atendimento pré-hospitalar (APH) isso não é diferente. Hoje, um dos maiores problemas que o enfermeiro enfrenta no APH é justamente o da responsabilidade pela equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam no suporte básico de vida (SBV) sem a sua supervisão direta em cada atendimento, mas legalmente sob sua responsabilidade.

O Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) vêm estabelecendo prazos desde 2012 para a solução do problema, ou seja, um enfermeiro em cada unidade de atendimento, independente do grau de complexidade da vítima que ela atenda. Até porque, quando uma unidade recebe a incumbência de atender uma vítima, nem sempre o que se encontra é o real informando pelo solicitante. E mesmo que o chamando seja exatamente aquilo informado à central, durante o deslocamento da unidade de atendimento, por ser dinâmico, o estado da vítima pode sofrer alteração.

Na vítima de trauma por acidente de trânsito, em especial, essa alteração é rápida e exige da equipe, especialmente do enfermeiro, um olhar atento e um compromisso com o atendimento que vai muito além do conhecimento dos agravos, do tratamento, mas da evolução possível do quadro encontrado na avaliação inicial da vítima. Além disso, nos dias atuais, os acidentes de trânsito fazem muitas vítimas e são responsáveis pelo alto índice de morbimortalidade, além de elevar a taxa de internação; onerar os custos hospitalares; provocar perdas materiais e enorme sofrimento para as vítimas e familiares. (MACIEL, 2009). O Brasil está entre os campeões mundiais de acidentes de trânsito, tendo como causas: aumento do número de veículos em circulação; desorganização do trânsito; deficiência geral de fiscalização; condições dos veículos nem sempre adequadas; comportamento das pessoas e impunidade dos infratores. (OLIVEIRA; SOUSA, 2003).

Ao mesmo tempo em que ganhamos mais e mais responsabilidades e atribuições perante a vítima e seu atendimento, observamos o aumento do número de veículos automotores, motocicletas e também bicicletas, que contribuem para o aumento do número de atendimento de vítimas de acidente de trânsito. Neste sentido, tornam quase rotineiro o atendimento diário a vítimas de colisões envolvendo esses, pois muitos fatores contribuem para o aumento da frota, dentre eles, o baixo custo

de alguns meios de transporte, a qualidade duvidosa do transporte público, a falta de segurança nas ruas e a pressa de cada cidadão em resolver as questões diárias.

Atuando como enfermeira intervencionista do suporte avançado à vida e como instrutora do Núcleo de Educação em Urgências do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU, 192 da Cidade de São Paulo), e SAMU (192 Regional Oeste de São Paulo), acompanho a cada dia o preparo de condutores de veículos de emergência, técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos do sistema. Percebo em cada um a preocupação advinda da responsabilidade abraçada em um serviço novo (criado em 2003 pelo Governo Federal e implantado gradativamente em cada cidade ou região), que apesar do cunho federal, possui suas adaptações a cada cidade ou região.

Mesmo no suporte básico de vida, cuja tripulação mínima preconizada pela Portaria nº 2048 do MS é composta por um auxiliar ou técnico de enfermagem e um condutor de veículo de emergência, a responsabilidade técnica ainda é do enfermeiro, que é responsável por cada atendimento da equipe, mesmo não podendo estar presente. (BRASIL, 2002).

Levando em consideração a responsabilidade do enfermeiro junto aos pacientes graves e críticos, à complexidade do trauma por acidente de trânsito, ao quadro epidemiológico brasileiro e mundial, à rapidez no raciocínio clínico e às especificidades do atendimento a essas vítimas, desenvolveu-se o atual estudo para contribuir e destacar a atuação do enfermeiro no atendimento de vítimas de trauma, causados por acidentes automobilísticos, e a importância de um bom atendimento pré-hospitalar. Diante deste contexto tem-se como problema de pesquisa: *quais são as reais atribuições do enfermeiro de APH frente às vítimas de trauma por acidente automobilístico?*

O presente estudo tem por objetivo identificar as ações do enfermeiro frente às vítimas de trauma por acidente automobilístico, por meio de revisão bibliográfica da literatura.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Refletindo sobre o aumento constante do número de veículos em circulação, a desorganização do trânsito, a deficiência da fiscalização e das condições dos veículos, somados ao comportamento dos usuários e a quase certeza de impunidade dos infratores, temos o Brasil se destacando no cenário mundial, como um dos campeões em acidentes de trânsito. Dentre esses acidentes, destacamos os envolvendo motocicleta, um veículo barato, ágil e econômico, aprovado pela população (OLIVEIRA; SOUSA, 2003).

No Brasil, em 2002, aproximadamente um milhão de pessoas foram vítimas de acidentes nas rodovias brasileiras mostrando que cerca de 50.000 pessoas morrem, 300.000 são feridas. Os prejuízos são de 4,5 milhões em danos materiais, tratamentos médicos, homens-hora de trabalho, indenizações e representando mundialmente uma média acima de 3.200 mortes diárias e de 20 a 50 milhões de feridos por ano. Os acidentes de trânsito, apesar de serem considerados como eventos não intencionais, uma injúria traumática, são condicionados por fatores imprevisíveis, como, por exemplo, aqueles ligados ao próprio indivíduo (dormir no volante, negligências, alta velocidade, ultrapassagens...) e à estrutura das rodovias (deficiência nas estradas) que atualmente estão caóticas.” RESENDE et al (2012, p. 178).

Segundo estatísticas da Organização das Nações Unidas (2013), os acidentes nas estradas mataram, em um ano, cerca de um milhão e duzentas mil pessoas, em todo o mundo, deixando cinquenta milhões de feridos. O Anuário Estatístico das Rodovias Federais 2010 – Acidentes de Trânsito e Ações de Enfrentamento ao Crime traz estatísticas alarmantes: 182.900 acidentes em estradas federais no ano de 2010; com 102.896 feridos, 8.616 mortos e 14.968 não informados. O mês de maior número de ocorrências é dezembro, o dia da semana em que ocorre maior número de acidentes é a sexta-feira; e a hora de maior ocorrência é entre 18 e 19 horas. Contradizendo a crendice popular, em 2010, 87,1% dos condutores envolvidos em acidentes de trânsito eram do sexo masculino, contra 8,7% do sexo feminino e 4,3% não informado. A faixa etária dos condutores envolvidos em 26,1% dos acidentes vai de 30 a 40 anos, seguida por 19,0% entre 40 e 50 anos. BRASIL (2010, p. 28-41.).

De acordo com Minayo e Deslandes (2009, p. 1642) “a violência e os acidentes de trânsito instituem-se como um dos principais problemas de saúde pública no país desde o final da década de setenta”. O perfil epidemiológico da morbimortalidade da população mudou devido ao aumento da incidência de acidentes por causas externas, o que levou a um impacto na saúde pública. Fato esse

que faz com os serviços de urgência passem a ter maior relevância e que possam fornecer um atendimento capaz de diminuir sequelas decorrentes. (DALLARI et al, 2001).

Segundo Hyde *apud* Malvestio e Sousa (2002 , p. 394) “além da potencialidade para altas taxas de mortalidade, os acidentes de trânsito têm em comum, a capacidade de provocar às vítimas um padrão de lesão semelhante”. Influenciam neste padrão: a aceleração, direção da força envolvida no acidente, a posição da vítima no veículo e sua idade, o uso de equipamentos de segurança, e ainda, tipo e tamanho dos veículos envolvidos (HYDE *apud* MALVESTIO; SOUSA, 2002, p. 394-401).

Todos estes fatores são relevantes na análise da biomecânica do evento e, conseqüentemente, influenciam a troca de energia entre os veículos e as pessoas envolvidas, além da gravidade do trauma e as intervenções necessárias. No enfrentamento ao trauma, têm-se realizado intenso investimento no desenvolvimento de serviços de atendimento pré-hospitalar, APH (MALVESTIO; SOUSA, 2002).

Em 1955, na França, surgiram as primeiras equipes móveis de atendimento, tendo como objetivo a assistência médica aos pacientes vítimas de acidentes de trânsito e a manutenção da vida dos pacientes que necessitavam de transferências inter-hospitalares. Nos anos 60 os médicos franceses perceberam que existia uma desproporção entre os meios disponíveis para tratar doentes e feridos nos hospitais e os meios arcaicos do atendimento pré-hospitalar existentes. Dessa forma, investiu-se em treinamento visando aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes, começando pelos cuidados básicos e avançados fundamentais, cuidados estes centrados na estabilização e manutenção da ventilação, respiração e circulação adequadas. (FONTANELLA *apud* LOPES, FERNANDES, 1999).

Segundo Martins, Prado (2003) atender as vítimas no local da ocorrência é um pensamento que vem de longe, tanto no Brasil quanto em outros países. Em 1893, quando a capital do nosso país era o Rio de Janeiro, o Senado da República aprovou a lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência em via pública. Seguindo o modelo francês que objetivava a assistência ao paciente em situação de urgência e emergência, antes da chegada ao hospital, visando evitar a piora do quadro ou até mesmo a morte dos pacientes por atendimento inadequado.

De acordo com o Ministério da Saúde, APH é o

atendimento que procura chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo a sua saúde (de natureza traumática ou não traumática, ou ainda, psiquiátrica), que possa levar ao sofrimento ou mesmo a morte, sendo necessário prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2002, p. 20.)

Na Cidade de São Paulo, hoje, dispomos de das seguintes modalidades de atendimento: o Suporte Básico à Vida (SBV), o Suporte Avançado à Vida (SAV), o Suporte Intermediário à Vida (SIV) e as Unidades Rápidas de Atendimento com Motocicletas (URAM). O SBV objetiva a preservação da vida, sem manobras invasivas e o atendimento é realizado por técnico e/ou auxiliares de enfermagem, juntamente com um condutor de veículo de emergência, ambos treinados em primeiros socorros. O SAV já realiza manobras invasivas e de maior complexidade realizadas exclusivamente por médico e enfermeiro. O SIV realiza algumas manobras invasivas protocolares e na falta do SAV, atende aos chamados mais complexos. As URAMs visam o atendimento rápido, e também são tripuladas por enfermeiros, ou na falta deles, um técnico ou auxiliar de enfermagem ou bombeiro militar que tenha realizado o curso de adequação de protocolo no SAMU. Podemos constatar, então, que o enfermeiro atua no APH em todos os níveis e que o paciente grave com risco de morte deve sempre ser assistido por enfermeiro.

De acordo, ainda, com a Portaria nº 2048 do Ministério da Saúde, compete ao enfermeiro as seguintes atividades:

- Administrar tecnicamente o serviço de atendimento pré-hospitalar;
- Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;
- Participar da formação dos bombeiros, policiais rodoviários e dos demais profissionais na área de urgência/emergência pré-hospitalar;
- Prestar assistência direta às vítimas, quando indicado;
- Avaliar a qualidade dos profissionais atuantes nos atendimentos pré-hospitalares e proporcionar-lhes supervisão em serviço;
- Subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;
- Participar do desenvolvimento de recursos humanos para o serviço e a comunidade caso integre ao Núcleo de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos da área;

- Exercer todas as funções legalmente reconhecidas à sua formação profissional. Nos termos da legislação específica que regulamenta a profissão de enfermagem – Lei número 7.498/86 (Lei do Exercício Profissional). (BRASIL, 2002)

De acordo com essa Lei, no seu artigo 11º, está determinado como privativo do Enfermeiro no item I, inciso I: “*cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida*; e no inciso m – *cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas*”, e a decisão do COREN-SP – DIR 01/2001, no parágrafo terceiro do artigo 2º, fica estabelecido conforme a Lei 7.498/86, que “*a assistência de Enfermagem em unidades móveis de UTI e Suporte Avançado de Vida (terrestre, aéreo e aquático), deverá ser prestada pelo Enfermeiro*” (BRASIL, 1986)

Especialistas em trauma, ao reconhecerem este como epidemia, desenvolveram protocolos de atendimento tanto para o APH quanto para o atendimento intra-hospitalar e ao treinamento dos profissionais que atuam ou pretendam atuar nessas áreas, com vista à diminuição da mortalidade e redução de sequelas (ACS, 2010).

“A padronização da assistência às vítimas de trauma vem sendo realizada pelas instituições de saúde, no Brasil, há mais de vinte anos. No entanto, a necessidade de individualizar a assistência é realidade vivenciada por todos os profissionais que participam desses atendimentos, devido às diferentes formas de apresentação, gravidade e complexidade dos mesmos e, nesse sentido, a utilização de diagnósticos de enfermagem parece caminho interessante e útil para a atuação no cenário da emergência” (SALLUM, SANTOS, LIMA, 2012, p. 1). Levando em consideração a responsabilidade do enfermeiro junto aos pacientes graves e críticos, à complexidade do trauma, ao quadro epidemiológico brasileiro e mundial, à rapidez no raciocínio clínico e às especificidades do atendimento a essas vítimas, desenvolveu-se o atual estudo para contribuir e suscitar a atuação do enfermeiro para as vítimas de traumas causados por acidentes automobilísticos e a importância de um bom atendimento pré-hospitalar.

3 MÉTODO

O produto é um material educativo. Para a efetiva concretização deste projeto foi feito levantamento bibliográfico que, de acordo com Marconi; Lakatos (2001) tem por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica que se realizaram sobre determinado assunto, de forma geral, não sendo mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propiciando o exame de um tema sob um novo enfoque ou abordagem chegando a conclusões inovadoras.

Foram utilizados artigos nas bases de dados da “*Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), delimitando-se o tempo entre 2005 e 2013 (com exceção de resoluções, leis e portarias de vigência anterior), no idioma português e que respondiam o objetivo do estudo. Foram usados os descritores “acidente de trânsito”, “atendimento pré-hospitalar”, “trauma”, “epidemiologia do trauma”, “atuação do enfermeiro” e “trauma de tórax”. A partir da busca, identificou-se 37 artigos e, posteriormente à análise do resumo, foram selecionados 22 e acrescidos de 6 livros e 8 *sites* específicos de leis e portarias, considerados relevantes para o presente estudo.

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

4 RESULTADO E ANÁLISE

1. Conceitos e especificidades da Assistência de Enfermagem no Atendimento Pré-hospitalar

O COFEN instituiu resoluções que dão subsídios legais para atuação da enfermagem no APH. O cumprimento de prescrição/terapêutica médica à distância, por profissionais da enfermagem, prescritas via rádio ou telefone, em casos de urgência, é legalizada pela Resolução nº 225 de 28 de fevereiro de 2000. (COFEN, 2000).

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), em 2001, editou a Resolução DIR/01/2001 que “dispõe sobre a regulamentação da Assistência de Enfermagem em Atendimento Pré-Hospitalar e demais situações relacionadas com o Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida”. (COREN, 2001, p. 1).

No APH os trabalhos são realizados em situações adversas, onde técnica, habilidade, tempo, tomada de decisões rápidas e trabalho em equipe são fundamentais para alcançar os objetivos de recuperar e salvar vidas (SANTANA et al, 2012).

Diante das normatizações que surgiram, a formação da equipe multiprofissional, constituída por coordenador do serviço, responsável técnico médico, responsável reguladores, médicos intervencionistas, enfermeiros assistenciais, auxiliares e técnicos de enfermagem, são provenientes da área da saúde. (PEREIRA; FERNANDES; FERREIRA JUNIOR, 2012).

2. A atuação do enfermeiro no Atendimento Pré-hospitalar

De todos os profissionais que prestam socorro direto à vítima, ou seja, profissionais assistenciais, o enfermeiro tem dentre as suas atribuições, a supervisão e avaliações de toda e qualquer ação de enfermagem da sua equipe, além de ter que prestar cuidado direto ao paciente mais grave ou com risco iminente de morte, que requer um maior grau de conhecimento científico para a adequada tomada de decisão, não se esquecendo da Lei nº 7.498 sobre o Exercício Profissional da Enfermagem em nosso país.

A equipe de enfermagem necessita ter um olhar holístico para toda e qualquer vítima, mas principalmente a vítima de trauma, dando atenção às queixas, mantendo contado sempre, e nunca se esquecendo de informar o que está acontecendo. (SANTOS, 2007)

De acordo com Pereira e Lima (2006), o atendimento a uma ocorrência de acidente automobilístico inicia-se a partir do momento em que o radio operador passa a localização da ocorrência para a equipe destinada ao atendimento. Em seguida, o médico regulador informa a natureza desta e qualquer outra informação relevante que tenha sido fornecida pelo solicitante. A partir daí a equipe se prepara para atender, combinando a organização do trabalho. No local, o enfermeiro realiza a avaliação da cena, verificando a segurança e a cinemática do trauma, direcionando as atividades da equipe, juntamente com o médico controlador.

A avaliação preliminar é a base para a tomada de todas as decisões. De acordo com a *National Association of Emergency Medical Technicians* (2007, p. 68) “é a pedra fundamental para o melhor tratamento do doente”.

Não menos importante do que o socorro à vítima, a segurança de cena é o primeiro aspecto verificado em toda e qualquer cena, visando, em primeiro lugar, a segurança da equipe, seguida da segurança do entorno, para que mais ninguém se torne vítima, seguida da segurança da vítima, que será abordada e, em seguida é realizada a avaliação inicial, seguida de procedimentos de estabilização e imobilização e transporte.

A avaliação é seguida de intervenção (se necessário), ou seja, no APH a regra é: *trato conforme encontro*. Seguindo os princípios de assistência ao politraumatizado, sistematizado como ABCDE (PEREIRA, LIMA, 2006) que fundamenta e direciona a assistência sistematizada pelo Comitê de *Prehospital Trauma Life Support* (*National of Emergency Medical Technicians* 2007) e o Protocolo de Atendimento às Unidades de Urgência e Emergência do MS (BRASIL, 2002). ABCDE é uma sequência mnemônica, muito eficaz, utilizada para a assistência às vítimas de trauma, na qual:

A (*Air Way*) – permeabilidade das vias aéreas com estabilização da coluna cervical;

B (*Breathing*) respiração;

C (*Circulation*) – busca de sangramentos e controle da circulação;

D (*Disability*) – avaliação neurológica; e

E (*Exposure*) – exposição corporal do paciente à procura de lesões não visualizadas, seguido de posterior aquecimento na prevenção da hipotermia e do choque.

Muito bem nos fala Duarte, Freitas e Santana (2009, p. 232) que “o enfermeiro de APH deve ter iniciativa, estar preparado para trabalhar em conjunto com a equipe, tomar decisões

rápidas, embasadas em conhecimentos prévios e protocolos de atendimento. Além disso, deve ter um equilíbrio emocional para agir sob pressão e estresse.”

Portanto, torna-se fundamental que os enfermeiros de APH tenham algumas características e habilidades, como agilidade, capacidade de trabalho em equipe, destreza, atenção, atualização constante, concentração, conhecimento científico, equilíbrio emocional, iniciativa, condicionamento físico, psíquico, entre outras. (GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008).

Durante a realização da avaliação primária e secundária da vítima de trauma, o enfermeiro precisa ser ágil e eficaz, visando reduzir ou prevenir a gravidade das lesões, conseqüentemente reduzindo mortalidade por trauma. Ao enfermeiro também compete a identificação do agravo seguido do gerenciamento da assistência de enfermagem.

No atendimento à vítima de traumatismo, o Protocolo do MS (2002) sistematiza o atendimento através de fluxogramas que orientam o atendimento, conforme a ocorrência e sua gravidade. Esses protocolos sempre devem ser seguidos em todos os serviços de urgência e emergência. A quebra do protocolo, quando necessária, deverá ser fundamentada nos princípios da manutenção da vida da vítima, ou no protocolo que estabelece a regra primeira do APH, ou seja, segurança de vida.

3. O trabalho em equipe durante o Atendimento Pré-hospitalar

Para que o atendimento seja efetuado de forma adequada, é fundamental que a equipe esteja em sintonia, escolha um líder e possuam equilíbrio emocional, além do conhecimento das técnicas corretas. Podem ocorrer situações onde não existam os equipamentos mais adequados para o procedimento imprescindível para a manutenção daquela vida e naquele momento. O profissional não pode entrar em desespero, além de tentar improvisar. Na impossibilidade da improvisação, não deve se frustrar, daí a importância de se ter equilíbrio emocional (SANTOS, 2007).

Além de toda a responsabilidade já citada, cabe aqui lembrar que toda reposição de material após cada atendimento, preparo desse material, além das capacitações para os demais membros das equipes de atendimento, preenchimento das fichas contendo informações de cada atendimento, também é de responsabilidade da enfermagem.

4. Conclusão

O APH ainda pode ser considerado novo, em nosso país. No Brasil não existe a figura do paramédico, tão comum em alguns países, e que possui a habilitação para atuar conforme seu grau de conhecimento e estudo, mas que não possui graduação, sendo, portanto, um técnico em emergência médica, habilitado a executar procedimentos. O que podemos perceber é que, a cada dia, mais e mais responsabilidades e atribuições são dadas ao enfermeiro, e no APH isso é uma realidade. Hoje, aqui em São Paulo, temos protocolos que permitem ao enfermeiro medicar em vários casos, após liberação do médico regulador. Pode parecer pouco, mas é um grande avanço para quem se depara com diversos casos todos os dias.

Um atendimento de uma parada cardiopulmonar onde se possa administrar adrenalina, apesar de não se ter um médico presente, faz a diferença para a vítima e para a equipe, que possui o recurso e está treinada para utilizá-lo. Faz diferença para a vítima, que pode ter uma chance. Faz diferença para os familiares, que assistem o atendimento. E mesmo que não se atinja o objetivo da reversão do quadro, resta a todos os envolvidos a certeza de que tudo ao alcance foi tentado. Todos os recursos utilizados. Para a equipe, a certeza de dever cumprido. Para os familiares, o consolo de ter seu ente atendido, de ter visto a equipe investir – não evita, mas ameniza a dor.

O simples ato de se infundir volume em uma vítima com hemorragia, que apresenta melhora do quadro, já nos traz satisfação. Reverter uma hipoglicemia, amenizar a dor de um trauma, cada procedimento em si representa a vitória de muitos e muitos enfermeiros que lutaram para que a categoria pudesse, hoje, medicar sem a presença física do médico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por finalidade identificar as ações do enfermeiro frente às vítimas de trauma por acidentes automobilísticos, evidenciando que nessa atuação, existe a necessidade de, além de habilidade de conhecimento técnico-científico, a capacidade de tomada rápida de decisões, além de garantir que o trabalho em equipe ocorra de forma harmônica.

O que encontramos na literatura é a evidência de que o enfermeiro em sua atuação nas vítimas de trauma por acidente automobilístico deve estabelecer prioridades, avaliar e monitorar as vítimas, proporcionando uma estrutura lógica para a resolução dos problemas encontrados, porém, não efetua nenhuma ação isolada, a não ser a de coordenação, ou seja, atentando a hierarquia pertinente a sua função de acordo com as atribuições descritas em leis e portarias. Ele faz parte de uma equipe que tem seus trabalhos sincronizados e de atuação concomitante, sendo que o tempo e a eficiência e eficácia do socorro prestado proporcionarão condições de qualidade de vida, visando que a vítima retome suas atividades em menor tempo e com o mínimo de sequelas possíveis.

Além disso, as equipes necessitam de avaliação constante, promovida pela educação continuada, através dos Núcleos de Educação em Urgências (NEUs) e Núcleos de Educação Permanente (NEPs), visando o melhor preparo e o aprimoramento para enfrentamento das ocorrências e qualidade da assistência de enfermagem prestada. Garantindo que, além de estar tecnicamente pronto, esteja também emocionalmente preparado e amparado nessa tão nobre quanto difícil missão da manutenção da vida.

REFERÊNCIAS

ACS - AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS – ACS. *Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support Manual*. 9ª ed. Des Plaines, Illinois; 2010. In: SALLUM MC, SANTOS JLF, LIMA FD. Diagnóstico de Enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da emergência. **Rev. Latino-Am Enfermagem**. 20(1): [08 telas] jan-fev 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 2048/GM**, de 5 de novembro de 2002. Brasília (DF): 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Imprensa Oficial. Novembro 2002. Disponível em: http://saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_2048_B.pdf. Acesso em 28/04/2014.

BRASIL, Ministério dos Transportes e Ministério da Justiça. **Anuário Estatístico das Rodovias Federais 2010 – Acidentes de Trânsito e Ações de Enfrentamento ao Crime**. Disponível em: <http://www.dnit.gov.br/rodovias/operacoes-rodoviaras/estatisticas-de-acidentes/anuario-2010.pdf>. Acesso em 24/03/2014.

CALIL, Ana Maria; PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos. A importância da avaliação e padronização analgésica em serviços de emergência. **Acta Paul Enferm**. 2010; 65(1): 132-8.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 225/2000**: Dispõe sobre o cumprimento de prescrição medicamentosa/terapêutica a distância. Rio de Janeiro (RJ): 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Lei Nº 7.498 do Exercício Profissional de Enfermagem**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): 1986. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em 28/04/2014.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Decisão COREN/SP DIR-01/2001**: Regulamenta as atividades de enfermagem no atendimento pré-hospitalar. São Paulo. 2001. <http://www.apf.com.br/coren.htm>. Acesso em 28/04/2014.

DALLARI, Sueli Gandolfi; PITELLI, Sérgio Moraes; PIROTTA, Wilson R. B.; OLIVEIRA, Milca Lopes de. **Atendimento médico de urgência na grande São Paulo. Saúde e Sociedade**. (76) Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/06.pdf>. Acesso em 02/03/2014.

DUARTE BRA, FREITAS DM, SANTANA JCB, RODRIGUES LG, MATOS RA. Atendimento Pré-hospitalar: Percepção de docentes de enfermagem diante do atendimento com múltiplas vítimas. *Rev Enferm UFPE OnLine*. 2009. Apr/June; 3 (2) 230-6.

FONTANELLA JM; CARLI P. *Les matériels et les techniques de réanimation pré-hospitalière – Les Unités Mobiles Hospitalière des Samu*. In: SFEN eds. *Collection Médecine d'Urgence SAMU*, 1992. In: LOPES, Sérgio Luiz Brasileiro; FERNANDES, Rosana Joaquim. **Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar**. Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: TRAUMA II 32: 381-387, out/dez. 1999 Capítulo I.

GENTIL, Rosana Chami; RAMOS, Lais Helena; WHITAKER, Iveth Yamaguchi. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2008; 2:1-7.

HYDE AS. *Crash Injuries: How and why they happen*. Florida: Hyde; 1992. In: MALVESTIO, Marisa Amaro; SOUSA, Regina Márcia Cardoso de. Acidentes de trânsito: caracterização das vítimas segundo o “*Revised Trauma Score*” medido no período pré-hospitalar. **Rev Esc Enferm USP** 2002; 36(4): 394-401.

MACIEL, Wamberto Vieira et al. Internações hospitalares por fraturas do crânio e dos ossos da face no nordeste brasileiro. **Rev AMRIGS** 2009; 53(1): 28-33.

MALVESTIO, Marisa Amaro; SOUSA, Regina Márcia Cardoso de. Acidentes de trânsito: caracterização das vítimas segundo o “*Revised Trauma Score*” medido no período pré-hospitalar. **Rev Esc Enferm USP** 2002; 36(4): 394-401

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicação e trabalho científico**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2001. 219 p.

MARTINS, Pedro Paulo Scremin; PRADO, Marta Lenise do. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **REBEn – Revista Brasileira de Enfermagem** 2003, 56 (1): 71-75.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **Análise da Implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde**. Cienc Saude Coletiva. 2009; 1641-49

NATIONAL OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. **PHTLS – Prehospital Health Trauma Life Support**. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.

OLIVEIRA, Nelson Luiz Batista de; SOUSA, Regina Maria Cardoso. **Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito**. Ver Latino-Am Enfermagem [on line] 2003; 11(6): 749-56.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS. **Acidentes de trânsito matam mais de um milhão de pessoas por ano**. Disponível em: <http://www.onu.org.br/mais-de-um-milhao-de-pessoas-sao-vitimas-mortais-de-acidentes-de-transito-alerta-onu-em-dia-internacional>. Acesso em: 18/03/2014.

PEREIRA, Elenilda de Andrade; FERNANDES, Joelcio Pereira; FERREIRA JUNIOR, Marcos Antonio. Atribuições do enfermeiro nas unidades de suporte avançado do serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU: Uma revisão da bibliografia. **Rev Científica Indexada Linkania Junior** – ISSN: 2236-6652 Ano 2 – nº 2 – fev/mar 2012.

PEREIRA, Waleska Antunes Porciúncula; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. A organização tecnológica do trabalho no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. **Ciência, Cuidado e Saúde Maringá**, v. 5, n. 2, p. 127-134, mai/ago 2006.

RESENDE, Viviane Diniz; MORAIS, Daniela Aparecida; MOTA, Patrícia Aparecida; ARAÚJO, Raider Marzo; AVELINO, Rejane Pires; HENRIQUE, Tatiane Rezende Petronilho. **Ocorrências de Acidentes de Trânsito atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Belo Horizonte**. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2012 mai/ago; 2 (2): 177-194.

SALLUM, Ana Maria Calil; SANTOS, Jaírd Lício Ferreira dos; LIMA, Fernão Dias de. Diagnósticos de enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Vol. 20 no. 1 Ribeirão Preto. Jan/Fev 2012.

SANTANA, Julio Cesar Batista; CAMPOS, Juliana Pereira; DUTRA, Bianca Santana; CAMPOS, Ana Cristina Viana. Desafios enfrentados pelos técnicos de enfermagem que atuam em um serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. Enfermagem Revista**, V. 15 nº 01. Jan/Abr 2012.

SANTOS, Nivea Cristina Moreira. **Urgência e Emergência para a enfermagem: do atendimento pré-hospitalar APH à sala de emergência**. 4ª ed. São Paulo: Iátria, 2007