

**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE SANTA CATARINA
DIRETORIA DE ENSINO
CENTRO DE ENSINO BOMBEIRO MILITAR
CENTRO DE FORMAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO DE PRAÇAS**

Graziela Souza Formiga

**A importância da padronização para qualidade do Atendimento Pré-Hospitalar e
melhor prognóstico de vítimas de trauma generalizado**

FORMIGA, Graziela Souza. **A importância da padronização para qualidade do Atendimento Pré-Hospitalar e melhor prognóstico de vítimas de trauma generalizado**. Curso de Formação de Soldados. Biblioteca CEBM/SC, Florianópolis, 2011. Disponível em: <Endereço>. Acesso em: data.

**Florianópolis
Dezembro 2011**

A IMPORTÂNCIA DA PADRONIZAÇÃO PARA QUALIDADE DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E MELHOR PROGNÓSTICO DE VÍTIMAS DE TRAUMA GENERALIZADO

GRAZIELA Souza Formiga¹

RESUMO

Este trabalho foi realizado para responder a problemática de pesquisa: “Por que é importante manter um atendimento pré-hospitalar (APH) padronizado às vítimas de trauma generalizado?”, levantada a partir de vivências prévias da autora do estudo e da busca constante pela excelência dos serviços prestados pela corporação, buscando padronizar condutas e delegar a cada socorrista funções pré-estabelecidas, padronizando suas atribuições durante o atendimento. Apresentou como objetivo geral: Demonstrar a importância do atendimento padronizado para a qualidade, garantia de estabilidade e melhor prognóstico das vítimas de trauma generalizado. E objetivos específicos: a) Fundamentar a necessidade de padronização no APH de vítimas de trauma generalizado; b) Revisar as prioridades no APH de vítimas de trauma generalizado; c) Comprovar como a padronização influencia na qualidade do atendimento, manutenção dos sinais vitais, preservação de lesões já existentes e prognóstico das vítimas de trauma generalizado; d) Estimular a execução da padronização do APH de vítimas de trauma generalizado. Para coleta de dados foi realizado um questionário com 30 alunos-sargento e uma pesquisa bibliográfica das principais literaturas referentes à temática, onde se confirmou sua relevância e importância para a qualidade do atendimento e prognóstico das vítimas de trauma generalizado. Evidenciou-se que há a necessidade de que a padronização torne-se rotina para as guarnições, pois assim permitirá aos seus componentes atuarem com maior segurança, em busca de maior qualidade durante o atendimento.

Palavras-chave: Atendimento pré-hospitalar (APH). Vítimas de trauma generalizado. Socorristas. Padronização.

¹ Aluna Soldado do CEBM. Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina. Graduada em Enfermagem. Especialista em Enfermagem em Emergências e Enfermagem em Terapia Intensiva. E-mail: graziela@cbm.sc.gov.br

1 INTRODUÇÃO

O Homem no seu cotidiano é um ser suscetível ao trauma, já que todas as ações que desempenha ofertam risco de quebra da homeostase. O trauma acompanha o ser humano desde o início de sua existência, fazendo parte de sua evolução natural, pois desde os primórdios é possível observar ocorrências envolvendo o trauma, como por exemplo, nas guerras, onde se vivenciava a “morte traumática”. Os traumas intencionais e acidentais apresentam diversos relatos na história, e os instrumentos de agressão são inúmeros, sendo que podemos citar desde uma simples pedra, como a que Davi utilizou para matar Golias, até o automóvel que foi criado no século XIX e hoje é considerado como um grande instrumento para a ocorrência de traumas.

As definições de trauma são as mais variadas possíveis, mas a origem da palavra vem da língua grega, vinda da palavra *traüma*, que significa ferida. Segundo Gomes et. al. (apud FREIRE, 2001, p. 17): “o trauma é uma lesão caracterizada por alterações estruturais ou desequilíbrio fisiológico, decorrente de exposição aguda a várias formas de energia: mecânica, térmica, elétrica, química, irradiações.”

De acordo com Carvalho, 2008 (apud GRIGULO, 2008, p. 30), “A história do trauma confunde-se com a história da evolução da medicina, da cirurgia e do desenvolvimento de procedimentos e técnicas de tratamento”. Para que os pacientes de trauma pudessem ser atendidos foi necessário que se desenvolvessem formas de assistir estes pacientes, sendo que o primeiro registro da história deste atendimento vem de cerca de 3.000 a.C, pelo Código de Hamurabi, onde se encontravam técnicas para a trepanação craniana e leis para a prática médica.

O APH teve início no Brasil em meados de 1980, sendo realizado pela Polícia Rodoviária Federal, Polícia Militar e Corpos de Bombeiros.

A primeira iniciativa de se implantar um serviço público de APH a ser prestado por Bombeiros Militares em Santa Catarina foi em Blumenau, em 1983, com o envolvimento de diferentes instituições como, a Cruz Vermelha, o então 2º Grupamento de Incêndio do Corpo de Bombeiros Militar e do Hospital Santa Isabel. (MARTINS, 2001 apud MARTINS, 2004, p. 80).

Diante do grande número de ocorrências traumáticas e do seu impacto perante a sociedade o trauma não é mais definido como “acidente” e sim como “doença”, além de ser encarado como um problema de saúde pública, em virtude de seu impacto na sociedade. Esta definição ocorre porque muitos traumas são ocasionados intencionalmente e, porque estes poderiam ser evitados na maioria das vezes.

Ao analisar os dados estatísticos é possível perceber que os mesmos demonstram o crescimento de ocorrências traumáticas, inclusive as com grande desprendimento de energia e vítimas politraumatizadas e, para atender adequadamente estas ocorrências, os bombeiros devem estar preparados para a correta manipulação destas vítimas, sabendo estabelecer prioridades de atendimento e assim, garantindo um melhor prognóstico a estas vítimas. Além do fato de que seja discutido e implementado o atendimento com a distribuição de funções entre os socorristas, o que agilizará o atendimento, bem como melhoraria a qualidade do mesmo, garantindo um melhor prognóstico às vítimas de trauma generalizado. Pois, como disse Nicolas Senn, um cirurgião: “O destino do traumatizado está nas mãos de quem faz o primeiro curativo”.

Com base nisso, o problema que norteou este estudo foi: Por que é importante manter um APH padronizado às vítimas de trauma generalizado? Tendo como objetivo geral: Demonstrar a importância do atendimento padronizado para a qualidade, garantia de estabilidade e melhor prognóstico das vítimas de trauma generalizado. E os objetivos específicos são: a) Fundamentar a necessidade de padronização no APH de vítimas de trauma generalizado; b) Revisar as prioridades no APH de vítimas de trauma generalizado; c) Comprovar como a padronização influencia na qualidade do atendimento, preservação de lesões já existentes e prognóstico das vítimas de trauma; d) Estimular a execução da padronização do APH das vítimas de trauma generalizado.

2 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

O APH caracteriza-se pelo atendimento realizado fora do ambiente hospitalar por profissionais tecnicamente capacitados para tal, tendo como foco a manutenção da vida e a minimização de sequelas, especialmente quando se fala de vítimas de trauma generalizado. Cabe neste aspecto o conceito abaixo citado:

Consideramos atendimento pré-hospitalar toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, através dos diversos meios e métodos disponíveis, com uma resposta adequada à solicitação, a qual poderá variar de um simples conselho ou orientação médica ao envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, visando a manutenção da vida e/ou a minimização das sequelas. (LOPES; FERNANDES, 1999, p.381).

Segundo Formiga e Silva (2007), desde os primórdios o Homem apresenta a necessidade de transportar seus feridos, fazendo isso inicialmente de forma improvisada, com o auxílio de animais como o cavalo. Em meados dos anos 100, os povos anglo-saxões

começaram a transportar seus feridos em carruagens, mas este transporte era feito de qualquer maneira, sem qualquer conhecimento técnico.

Já as raízes do que hoje conhecemos como APH tiveram origem por volta de 1792, nas batalhas de Napoleão Bonaparte, com a criação da “ambulância voadora” pelo cirurgião Dominique Jean Larrey, que consistia em um veículo com a capacidade de transportar vários feridos, sendo utilizada fortemente nos campos de batalha. E o aspecto mais interessante dessa ousada criação e dos pensamentos deste médico é que muitos de seus preceitos ainda são os que norteiam o APH, ou seja: “1. Rápido acesso ao paciente por profissional treinado, 2. tratamento e estabilização no campo, 3. rápido transporte aos hospitais apropriados e 4. cuidados médicos durante o transporte.” (SANTA CATARINA, 2006, p. 35).

Ao analisar-se a história do APH é possível observar que as guerras sempre foram molas propulsoras para o desenvolvimento do mesmo, pois na Guerra da Coreia em 1952 é que começaram a ser utilizados helicópteros para resgate, garantindo um correto atendimento e o rápido transporte dos feridos, o que diminuiu muito os índices de mortalidade dos mesmos.(GRIGULO, 2008).

Segundo o PHTLS (2004, p. 08): “O Dr. Sam Banks com o Dr. Farrington ensinaram o primeiro curso de atendimento pré-hospitalar no Departamento de Bombeiros da cidade de Chicago, em 1957, iniciando-se assim o atendimento adequado ao paciente traumatizado”.

O APH apresenta duas vertentes de metodologia de atendimento, o Norte Americano e o Francês, sendo que o Francês é o que norteia o atendimento do SAMU. Já o atendimento realizado pelo Corpo de Bombeiros segue o modelo norte-americano, que preconiza a estabilização de funções vitais e a rápida transferência para as equipes hospitalares. (GRIGULO, 2008).

Por volta de 1980 é que se registra o início do serviço de APH no Brasil, prestado por instituições públicas, como as Polícias Militar e Rodoviária e Corpos de Bombeiros Militares. Sendo que especificamente no Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, o primeiro registro que se observa da implantação do serviço de APH ocorreu em Blumenau, no ano de 1983, no então 2º Grupamento de Incêndio do Corpo de Bombeiros Militar, com o apoio do Hospital Santa Isabel.

A implantação de um socorro de emergência no Brasil iniciou-se em Blumenau no estado de Santa Catarina no ano de 1983, pelo então presidente da Cruz Vermelha Joel de Oliveira, pelo Sr. Cap. BM Antônio Curso e pelo médico Dr. Newton Mota. Apesar dos esforços, somente em dezembro de 1987, na cidade de Blumenau, é que

a atividade foi efetivamente implantada pelo corpo de bombeiros na cidade. (CARNEIRO, 2007 apud MARZAROTTO, 2009, p. 56).

Já em 1991, o Ministério da Saúde realizou curso de capacitação de socorristas, buscando padronizar o atendimento, cabendo ao Corpo de Bombeiros a esfera do atendimento pré-hospitalar.

Após este início, rapidamente o serviço de APH realizado pelo Corpo de Bombeiros foi sendo disseminado pelos quartéis do estado, conquistando a confiança da população e o reconhecimento da mesma. E, atualmente com o aumento da cobertura de aquartelamentos pelo estado, torna-se cada vez mais presente no cotidiano das pessoas. Apesar de não ser a atividade inicial pela qual foram criadas as corporações de bombeiros, hoje é uma das atividades mais executadas dentro da corporação, fazendo com que seja cada vez mais necessária a atualização de conhecimentos e a padronização deste atendimento pelos socorristas.

3 TRAUMA

Durante muito tempo o trauma foi considerado como um acidente, mas atualmente ocupa um lugar de destaque, sendo considerado uma doença e, segundo alguns autores, até mesmo enquadrado como a doença do século. Acredita-se que o trauma não possa ser considerado um acidente, pois muitas situações traumáticas poderiam ter sido evitadas, sendo classificado como doença, por apresentar os três itens necessários para isso, o hospedeiro (Homem), o agente (energia) e o ambiente, que pode ser qualquer lugar de ocorrência do trauma.

Pode-se citar o conceito estabelecido pelo PHTLS, (2004, p. 05): “Trauma não é acidente. Um acidente é definido como ‘um evento ocorrido por acaso, ou oriundo de causas desconhecidas’ ou ‘um acontecimento desastroso por falta de cuidado, atenção ou ignorância”

De acordo com Formiga e Silva (2007), as causas de morte em todo o mundo vem mudando de foco, ou seja, as causas externas estão tomando grandes proporções. De acordo com dados mundiais e dados do Ministério da Saúde, cerca de 5,8 milhões de pessoas morreram de trauma no mundo inteiro no ano de 1998, cabendo ressaltar que o trauma está matando mais do que um conjunto de todas as doenças.

Conforme ocorre a evolução do Homem e sua maneira de viver, cercado de tecnologias, a incidência de ocorrências traumáticas toma maiores proporções já que, por exemplo, a chance de ocorrer um trauma quando se andava de carroça, aumenta muito quando

comparada aos potentes veículos atuais. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009), é possível observar que algumas causas que preocupavam até algumas décadas, como as infecciosas e parasitárias, perderam lugar para enfermidades não transmissíveis e causas externas.

Mas, além dos impactos nas taxas de mortalidade, pode-se observar também a diferença que este aumento das ocorrências traumáticas causa nos anos de vida perdidos, ou seja, nos anos de vida que a pessoa deixa de viver de forma plena em virtude das sequelas de traumas, ou seja, anos de vida são perdidos em virtude de situações que poderiam ter sido evitadas.

As causas externas (violentas), consideradas causas evitáveis, têm um impacto significativo nos diferenciais da esperança de vida ao nascer entre homens e mulheres, principalmente naquelas regiões e unidades da federação onde sua incidência é elevada. Ao longo das últimas duas décadas, parte dos ganhos obtidos na esperança de vida devidos à queda da mortalidade infantil e de menores de 5 anos foram perdidos em função do aumento de mortes por causas externas. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

Os dados do livro Prehospital Trauma Life Support (PHTLS, 2004), também vem ao encontro desta realidade, pois aborda que os anos de vida perdidos por vítimas de trauma equivalem a 5,1 milhões de anos e também a gastos que totalizam 65 bilhões de dólares nos Estados Unidos. De acordo com Gomes (apud FREIRE 2001), no Brasil, para cada vítima de atropelamento são gastos 236 reais, enquanto que o gasto anual por pessoa, sem a ocorrência de traumas, é cerca de 97 reais.

Somente a partir de 1980 é que o trauma começou a ser visualizado como problema de saúde pública, já que até então as doenças infecciosas ainda o obscureciam. Entretanto atualmente, vem sendo abordado como a epidemia negligenciada em virtude do grande número de ocorrências traumáticas. (FORMIGA; SILVA, 2007).

Diante de todo este cenário é cada vez maior a responsabilidade das equipes de atendimento pré-hospitalar, já que as atitudes destas equipes podem garantir a preservação da vida, aumentar a sobrevida, além do fato de não agravar lesões já existentes e prevenir sequelas. Este fato pode ser verificado ao observar-se muitos casos onde o simples fato de imobilizar corretamente a cervical na mobilização das vítimas, foi o diferencial entre uma sobrevida com sequelas ou até uma plegia.

A avaliação da gravidade do trauma e a instituição de manobras para manutenção básica da vida, no local do evento, podem representar a oportunidade de sobrevida para as vítimas de trauma até a sua chegada ao hospital. Além disso, nessa fase, por meio do processo de triagem, torna-se possível a adequação de recursos humanos e materiais às reais necessidades da vítima, podendo, desta forma, exercer influência nas taxas de morbidade e mortalidade. Para tal, é necessária a existência de serviços

de atendimento pré-hospitalar integrado ao sistema de saúde. (WHITAKER et al, 1998, p. 111).

Portanto, é preciso que os profissionais de APH tenham a real noção da importância de seu atendimento rápido e adequado no prognóstico de uma vítima de trauma generalizado, buscando cada vez mais capacitar-se para este correto atendimento.

4 O ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE TRAUMA GENERALIZADO

O APH prestado às vítimas de trauma generalizado deve ser realizado de acordo com uma sequência lógica de atendimento, visando sempre preservar a vida e evitar sequelas. Além de avaliar as condições de cada vítima é preciso que exista uma sequência correta de atendimento, para que todos que prestam essa assistência saibam como agir frente às situações. Pensando nisso, dentro da corporação existem os protocolos de atendimento, que norteiam de que forma o mesmo deve ser prestado, exigindo padrões mínimos para que o atendimento seja adequado, além de fornecer as diretrizes para constantes atualizações e discussões sobre os temas.

Segundo o Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar do CBMSC, a finalidade do APH é reduzir a morbi-mortalidade decorrente do atendimento inicial inadequado em situações de emergências médicas e traumas. Para isso o socorrista tem como objetivos do serviço: manter o paciente vivo pela preservação do “ABC” da vida; evitar que as lesões ou problemas médicos da vítima se agravem, comprometendo a vida ou incrementando a possibilidade de seqüelas; promover o transporte seguro, rápido e adequado do paciente para uma unidade hospitalar de referência onde possa receber seu atendimento definitivo. (LAZZARIS et al., 1999 apud MARZAROTTO, 2009, p. 58).

Todo o prognóstico da vítima de trauma generalizado é diretamente influenciado pelo atendimento inicial dispensado a essas vítimas, sendo que o mesmo deve seguir uma sequência lógica. O atendimento a estas vítimas inicia-se a partir da entrada da chamada de emergência, quando o despachante da central busca maiores informações a respeito do cenário da ocorrência e da necessidade de recursos adicionais.

Ao chegar no local da ocorrência, o socorrista deve avaliar a cena, ou seja, realizar o dimensionamento da mesma, com o objetivo de estabelecer a segurança da cena e a necessidade de outros recursos para o atendimento das vítimas. Após este passo, o socorrista deve iniciar o gerenciamento dos riscos existentes na cena, além de buscar estabelecer ligações entre a cena da ocorrência e os possíveis mecanismos de trauma e lesões presentes nas vítimas. De acordo com Bergeron (2007), o mecanismo de trauma se relaciona ao conjunto de forças que pode ocasionar a lesão, ou seja, o socorrista deve ser capaz de

compreender que a energia decorrente de um trauma pode desencadear uma série de lesões nas vítimas, sendo que saber prevê-las pode mudar todo o prognóstico destas. Ainda concordando com as idéias de Bergeron (2007), o socorrista necessita reconhecer que ao determinar o mecanismo de trauma, está permitindo a prevenção de complicações mais graves.

A próxima etapa a ser realizada consiste na avaliação inicial destas vítimas, sendo que esta deve ser realizada com ações que busquem corrigir problemas que ameçam a vida em curto prazo. Estas ações, apesar de parecerem básicas são de extrema importância, pois a partir delas é possível realizar uma avaliação e decisão mais adequada da conduta a ser estabelecida naquele momento. A sobrevivência das vítimas de trauma que são conduzidas ao atendimento definitivo dentro dos primeiros 60 minutos que seguem ao acontecimento é mais elevada. Sendo que esta primeira hora foi denominada “hora de ouro” (*golden hour*), e deve ser respeitada, realizando-se o atendimento inicial, estabilização e transporte desta vítima no menor tempo possível. (FORMIGA; SILVA, 2007)

O atendimento a uma vítima de trauma requer avaliação rápida das lesões e instituição de medidas terapêuticas de suporte de vida. O traumatizado deve ser considerado como um doente prioritário, pela potencialidade de sua gravidade, pois pode haver a deterioração das suas funções vitais, num curto período de tempo, já que o trauma grave pode acometer vários órgãos. (PAVELQUEIRES, 1996 *apud* MAGNANO, 2002, p. 14)

Na avaliação inicial o socorrista deve ser capaz de identificar os problemas e corrigi-los imediatamente, devendo seguir a seqüência que preconiza que forme uma impressão geral do paciente, avalie seu nível de consciência, garanta a permeabilidade de vias aéreas, avalie respiração e circulação, sendo que em cada uma destas etapas, deve decidir a melhor conduta a ser tomada naquele momento. Segundo Bergeron, (2007), o Socorrista deve garantir a avaliação ABC da assistência e, simultaneamente controlar os problemas que colocam em risco a vida do paciente. Cabe aqui ressaltar que um dos cuidados essenciais em vítimas de trauma generalizado é garantir a permeabilidade de vias aéreas com o controle efetivo da coluna cervical, já que um manejo incorreto da mesma pode mudar todo o prognóstico destas vítimas. Além de garantir a estabilização da cervical com a escolha do colar cervical de tamanho adequado, prevenindo desta forma lesões de cervical e sequelas decorrentes da mesma. O socorrista também deve providenciar a administração de oxigênio a cerca de 12 a 15 l/min., visando garantir níveis adequados de oxigenação às vítimas de trauma generalizado, certificando-se que a respiração está efetivamente acontecendo.

Após o término da avaliação inicial o socorrista deve classificar as vítimas e, assim estabelecer a necessidade e prioridade de transporte das mesmas. Esta decisão baseia-se

na Escala CIPE, que classifica as vítimas como críticas, instáveis e potencialmente instáveis. De acordo com Oliveira (2004, p. 38, grifo do autor) a classificação segue a seguinte ordem:

Crítico – Paciente em parada respiratória ou parada cardiorrespiratória; **Instável** – Paciente inconsciente, com choque descompensado e/ou dificuldade respiratória severa, lesão grave de cabeça ou tórax; **Potencialmente instável** – Paciente vítima de mecanismo agressor importante, em choque compensado, portador de lesão isolada importante ou lesão de extremidade com prejuízo circulatório ou neurológico; **Estável** – Paciente portador de lesões menores, sem problemas respiratórios e com sinais vitais normais.

Esta escala deve ser utilizada de forma clara e precisa, pois é a partir dela que se dará toda a sequência de atendimento das vítimas de trauma generalizado, e o que definirá todo o seu prognóstico. Pois as vítimas críticas ou instáveis devem ser transportadas imediatamente, sendo realizada apenas a avaliação inicial na cena da ocorrência, devendo o socorro ser prestado em 3 a 5 minutos. Já as vítimas potencialmente instáveis e estáveis devem receber todas as avaliações ainda na cena da emergência e ser transportadas após a estabilização, ou seja, tem-se de 10 a 12 minutos na cena da ocorrência. Se este padrão for seguido, é possível tentar garantir o atendimento definitivo dentro da “hora de ouro”.

Caso o paciente esteja potencialmente instável ou estável o socorrista deve prosseguir suas avaliações, partindo para a avaliação dirigida. Esta etapa da avaliação deve ser dirigida ao problema específico ao qual o paciente foi acometido, ou seja, o trauma. A vítima de trauma generalizado sofreu um grande desprendimento de energia que pode ter ocasionado várias lesões que necessitam ser investigadas e tratadas, sendo que a avaliação dirigida neste caso consistirá em exame físico dirigido, sinais vitais e histórico. O objetivo desta avaliação é identificar e tratar lesões, decidindo quais as melhores condutas a serem tomadas, visando sempre um melhor prognóstico destas. “Podemos conceituá-la como sendo um processo ordenado para obter informações, descobrir lesões ou problemas médicos que, se não tratados, poderão vir a ameaçar a vida do paciente” (OLIVEIRA, 2004, p. 41).

Conforme a situação da vítima e a necessidade, o socorrista deve partir para a avaliação física detalhada, que consiste em um exame físico céfalo-caudal minucioso, no menor tempo possível, devendo ser sempre aplicado com muita cautela, para não ocasionar movimentações desnecessárias que possam interferir no prognóstico destas vítimas. O socorrista também não deve esquecer da privacidade e do cuidado para que o mesmo seja realizado de forma precisa e minuciosa, buscando detalhar lesões que não foram detectadas nas outras etapas do atendimento. E, como última etapa há a avaliação continuada que deve ser realizada durante o transporte do paciente, no qual o socorrista deverá verificar os sinais vitais e observar as condições gerais do paciente. Para então, poder transferi-lo para a equipe

hospitalar com o máximo de detalhes e conhecimento do quadro inicial da vítima, pois esta equipe prestará os cuidados definitivos adequados para garantir a continuidade dos cuidados e um melhor prognóstico a estas vítimas.

Dentro deste aspecto do atendimento, não se pode esquecer que além da padronização da sequência de atendimento, o Corpo de Bombeiros também busca padronizar a distribuição de funções e atribuições entre os socorristas. Para isto busca-se classificá-los em Socorristas 1, 2 e 3, sendo que o socorrista 1 é o líder da equipe, responsável pela avaliação da vítima e das decisões a serem tomadas, coordenando todo o trabalho. Já o socorrista 2, sendo responsável em grande parte dos atendimentos por garantir a permeabilidade das vias aéreas e a estabilidade da coluna cervical. Enquanto o socorrista 3 é um auxiliar geral da equipe, responsável pela condução da ambulância e assistência direta ao socorrista 1 durante os procedimentos de hemostasia e imobilizações, além de garantir que todos os materiais e equipamentos estejam funcionando e de acordo com as necessidades para a realização do APH com a melhor qualidade. Esta divisão permite que todos saibam as suas funções ao chegar na ocorrência, não perdendo tempo em discutir o que cada um fará. Além do fato de permitir que o atendimento às vítimas seja padronizado em qualquer lugar do estado, garantindo desta forma que qualquer socorrista possa desempenhar adequadamente suas funções, com qualquer equipe que vier a trabalhar. E, por fim, esse conjunto de vantagens, garante um atendimento de qualidade e que garante um melhor prognóstico às vítimas de trauma, já que nenhum segundo será perdido em virtude de discordâncias entre a equipe. (Informação verbal)²

Enfim, para que ocorra um atendimento adequado às vítimas de trauma é necessário que ocorra a padronização dos cuidados e das equipes de socorristas, para assim garantir um atendimento de qualidade e um melhor prognóstico às vítimas de trauma generalizado.

5 METODOLOGIA

Este estudo baseou-se em uma pesquisa bibliográfica, utilizando referências do assunto acima discorrido, sendo utilizados textos existentes em meio eletrônico, monografias

² Informação verbal obtida no módulo de Atendimento Pré-Hospitalar do Curso de Formação de Soldados – 2011, com os instrutores ST RR BM ADELINO E Sgt. BM JAIRDO

e livros. De acordo com Chaves (2009, p. 23): “Pesquisa bibliográfica investiga o problema a partir do referencial teórico existente em publicações”.

Também foi utilizado para a realização deste trabalho um questionário aplicado a 30 alunos-sargentos que estavam em curso de formação no Centro de Ensino Bombeiro Militar. O questionário foi escolhido por ser a forma mais prática e imparcial de obter as opiniões dos alunos-sargento, já que em virtude dos mesmos estarem finalizando seu curso e o calendário acadêmico não possibilitar encontros para entrevistas. Concordando com Chaves (2009, p. 31):

De maneira geral, podemos dizer que o questionário é um conjunto de perguntas elaboradas pelo pesquisador com o objetivo de coletar informações que lhe permitam, por meio dos resultados obtidos, responder a problematização que motivou a realização da pesquisa.

Os questionários foram entregues pelo monitor aos alunos-sargento e recolhidos após 48 horas, sendo que o mesmo constituía-se de 09 perguntas fechadas, com cunho quantitativo, referentes à temática em estudo.

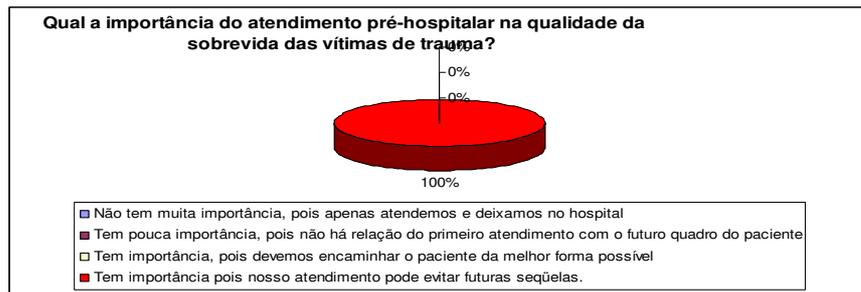
Os sujeitos do estudo foram 30 alunos-sargento em curso de formação no Centro de Ensino Bombeiro Militar, sendo que todos aceitaram participar da pesquisa, não sendo necessário realizar amostragem.

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão analisados os dados, buscando correlacionar as respostas constantes do questionário, com os referenciais teóricos existentes na bibliografia consultada.

Cabe aqui ressaltar que se sabe que as respostas obtidas neste questionário podem não refletir a realidade exata da corporação, mas foi considerada válida para o enriquecimento do artigo, pois os sujeitos do estudo atuam em diversas regiões do estado e, após o Curso de Formação, serão designados para outras unidades, provavelmente como comandantes de seções ou pelotões, onde suas opiniões acerca desta temática serão de grande valia.

Gráfico 1 – Importância do atendimento pré-hospitalar



Fonte: do autor (2011)

De acordo com o gráfico 1, verifica-se que há unanimidade entre os alunos-sargento participantes da pesquisa, o que é extremamente importante, pois sabendo da importância de seu atendimento para um melhor prognóstico destas vítimas, consequentemente os mesmos tentarão disseminar a importância de um atendimento padronizado e de qualidade a estas vítimas. Concordando com PHTLS (2004), onde ressalta que:

Saber onde procurar e como avaliar, a fim de encontrar lesões, é tão importante quanto saber o que fazer depois que as lesões foram encontradas. Um histórico completo e preciso do evento traumático bem como uma interpretação adequada dessas informações podem fazer com que o socorrista pré-hospitalar antecipe a maioria das lesões antes de examinar o doente. (PHTLS, 2004, p.32).

Gráfico 2 – Importância da Padronização



Fonte: do autor (2011)

Com relação à importância da padronização do atendimento também se verifica no gráfico 2 que 100% dos participantes considera importante que ocorra a padronização, o que reforça ainda mais a necessidade de que esta ideia seja difundida em todo o estado, para que este atendimento padronizado seja realmente realizado em todas as unidades da corporação.

Gráfico 3 – Dia a dia na guarnição



Fonte: do autor (2011)

Apesar de considerarem importante a padronização no atendimento, é possível observar no gráfico 3 que 23% dos participantes afirmaram não utilizá-la em seu dia a dia de trabalho, o que fundamenta mais ainda a necessidade de implementar medidas para que esta padronização seja absorvida e incutida no cotidiano de todas as guarnições. Já que quando se trabalha de forma padronizada é possível cometer menos erros e realizar um trabalho de qualidade e com melhor resposta, garantindo desta forma um melhor prognóstico às vítimas de trauma generalizado.

Gráfico 4 – Capacitação



Fonte: do autor (2011)

Apesar de estarem em processo de formação no Curso de Sargentos, verifica-se no gráfico 4, 7% dos participantes relatam que não tiveram capacitação sobre o referido assunto, o que pode ocorrer em virtude de não terem absorvido corretamente o conteúdo, apesar de o mesmo ter feito parte de seu curso de formação.

Gráfico 5 – Manobras inadequadas



Fonte: do autor (2011)

Observa-se que 100% dos participantes consideram importante a padronização na realização do APH, compreendendo que uma simples desestabilização da coluna cervical, ou uma avaliação mal realizada pode acarretar em severas lesões a estas vítimas, mudando todo seu prognóstico. Para fundamentar esta importância, concorda-se com PHTLS (2004, p. 62): “identificação precoce, compreensão adequada e tratamento apropriado de lesão subjacente influenciarão significativamente no resultado, isto é, se o doente vive ou morre”.

Gráfico 6 – Atividades que incentivem a padronização no APH de vítimas de trauma



Fonte: do autor (2011)

Referente à atividades que incentivem a padronização no APH de vítimas de trauma generalizado, é possível observar no gráfico 6 que 100% dos participantes considera importante a realização destas atividades. Ou seja, deve-se buscar ações que proporcionem a aprendizagem e o entendimento da necessidade de padronização para melhoria do atendimento. Cabe neste aspecto o conceito de educação exposto por Freire em 1983:

A educação é uma resposta da finitude da infinitude. A educação é possível para o homem, porque este é inacabado. Isto o leva a sua perfeição. A educação, portanto, implica numa busca realizada por um sujeito que é o homem. O homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Não pode ser o objeto dela [...] a educação tem caráter permanente. Não há seres educados e não educados. Estamos todos nos educando. (FREIRE, 1983, p. 27-28)

Gráfico 7 – Fatores que influenciam para a despadroneização



Fonte: do autor (2011)

No gráfico 7 é possível averiguar que ao serem questionados sobre os fatores que influenciam para a despadroneização, 52% acreditam que a falta de conhecimento impeça que as guarnições realizem um atendimento padronizado, já que muitos não compreendem a real

importância desta padronização e de que forma ela influenciará no prognóstico das vítimas de trauma generalizado. Já 36% apontam que a despadronização ocorre muitas vezes por falta de efetivo, o que impossibilita a divisão adequada de atribuições e um atendimento de melhor qualidade as estas vítimas, fator este que será melhorado com a inclusão de novos integrantes às guarnições, ressaltando que estes já começarão a trabalhar tendo o conhecimento da importância da padronização. E, 12% colocam que a falta de materiais adequados é que leva à despadronização do atendimento, impedindo que o mesmo seja realizado conforme preconizam as literaturas.

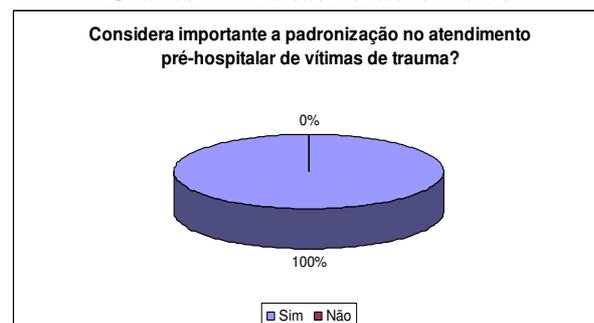
Gráfico 8 – Divisão de funções S1, S2 e S3



Fonte: do autor (2011)

No gráfico 8 observa-se que 100% dos participantes considera importante a divisão de funções na guarnição, o que é extremamente positivo para o Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina já que a corporação está incentivando a padronização de divisão de funções nas equipes de APH, buscando que todas as equipes saibam o que cada componente deve fazer e como deve fazer, o que possibilitará um atendimento padrão e de qualidade. Concorda-se com Ferreira quando afirma que: “treinamento dentro de uma empresa poderá objetivar tanto a preparação do elemento humano para o desenvolvimento de atividades que virá a executar, como desenvolvimento de suas potencialidades para o melhor desempenho das que já executa” (FERREIRA, 1979, p. 219).

Gráfico 9 – Divisão no atendimento



Fonte: do autor (2011)

Referente à importância da divisão de funções para agilizar o atendimento e evitar seqüelas, observa-se no gráfico 9, que 83% dos participantes consideram que a divisão de funções possa agilizar o atendimento, além de garantir a prevenção de seqüelas.

7 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou verificar que todas as referências consultadas demonstram a importância do serviço de APH e como um serviço de qualidade e realizado de forma comprometida e profissional pode influenciar na qualidade do prognóstico de vítimas de trauma generalizado.

Os serviços de APH são cada vez mais reconhecidos e utilizados pela população que entende que os socorristas são os profissionais mais capacitados para realizá-los e responder às suas necessidades, especialmente tratando-se do Corpo de Bombeiros Militar, que atualmente é a instituição apontada como de maior confiabilidade pelos brasileiros.

Através do questionário realizado com os alunos-sargento foi possível verificar que todos consideram importante a padronização do atendimento e das funções de cada membro da equipe e entendem a necessidade de sua compreensão por todos os socorristas para que este conhecimento seja implementado como uma rotina.

Acredita-se que o objetivo geral foi atingido, ou seja, por meio deste artigo foi possível demonstrar a importância do atendimento padronizado para a qualidade, garantia de estabilidade e melhor prognóstico das vítimas de trauma generalizado, já que toda a bibliografia consultada, bem como o relato dos pesquisados demonstram a importância da padronização, tanto do atendimento, quanto da divisão de funções entre os socorristas, já que estas medidas melhorarão muito a qualidade do atendimento, além de garantir a estabilidade das vítimas de trauma. O constante aperfeiçoamento dos profissionais de APH é primordial para se conseguir trabalhar com diferentes situações, sejam elas referentes ao conhecimento técnico-científico quanto humano, bem como reflexão do papel desempenhado e da necessidade de atualização permanente.

Enfim, algumas pessoas ainda criticam a padronização do APH, relatando que a mesma pode diminuir a capacidade e a criatividade dos socorristas, mas este artigo demonstrou que a mesma serve como guia e padrão mínimo para que ocorra um atendimento de qualidade e que garanta um prognóstico digno às vítimas de trauma generalizado. Fica aqui a sugestão de que ocorram atualizações constantes dentro da corporação referentes a esta

temática, pois a mesma certamente influenciará na qualidade do atendimento e numa linguagem uniforme do atendimento prestado pelos socorristas do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina. Diariamente muitas vidas passam pelas mãos destes profissionais e cabe a eles prestar o melhor atendimento a estas vítimas, pois as mesmas não escolheram estar naquela situação, mas os socorristas escolheram prestar este atendimento, cabendo a eles realizá-lo da melhor maneira possível, já que o prognóstico dos mesmos será diretamente influenciado pela qualidade do APH.

REFERÊNCIAS

BERGERON, J. David et.al. Revisor médico: Howard A. Werman/Tradução: Maria Alice Fortes Gatto, Kazuko Uchekawa Graziano. **Primeiros Socorros** 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

CHAVES, Laura Cristina Peixoto; LEMOS, Maria Genoveva. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Blumenau: Edifurb, 2009.

FERREIRA, Paulo P. **Treinamento de Pessoal: a tecnopedagogia do treinamento**. São Paulo: Atlas, 1979.

FORMIGA, Graziela Souza; SILVA, Sabrina Antunes da. **Repensando o processo de cuidar da vítima de trauma junto à equipe do SAMU 192 – Lages, SC**. 2007. 163 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade do Planalto Catarinense, Lages, 2007.

FREIRE, Evandro. **Trauma: a doença dos séculos**. São Paulo: Atheneu, 2001. v.1.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GRIGULO, André Luiz. **Utilização de motocicletas operacionais no atendimento às emergências do Corpo de Bombeiros Militar no município de São José-SC**. 2008. 69 f. Monografia (Tecnólogo em Gestão de Emergências) – Universidade do Vale do Itajaí, São José, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil/2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 setembro 2011.

LOPES S.L.B; FERNANDES R.J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina**, Ribeirão Preto, 381-387, out./dez. 1999.

MAGNANO, Tânia Solange Bosi de Souza. **Uma reflexão crítica sobre o “modo de fazer” da enfermeira perante o doente traumatizado grave em unidade de pronto-atendimento**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: < <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0405.pdf>>. Acesso em 10 setembro 2011.

MARTINS, Pedro Paulo Scremin. **Atendimento pré-hospitalar: atribuição e responsabilidade de quem? Uma reflexão crítica a partir do serviço do corpo de bombeiros e das políticas de saúde “para” o Brasil à luz da filosofia da práxis**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

MARZAROTTO, Diego Felipe. **Oximetria de pulso aplicada ao atendimento pré-hospitalar destinado ao suporte básico de vida prestado pelo Corpo de Bombeiros**

Militar do Estado de Santa Catarina. 2009. 89 f. Monografia (Tecnólogo em Gestão de Emergências) – Universidade do Vale do Itajaí. São José, 2009.

OLIVEIRA, Marcos de. **Fundamentos do socorro pré-hospitalar.** 4. ed. Florianópolis: Editograf, 2004.

PHTLS (Prehospital Trauma Life Support). Comitê do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) em cooperação como o Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. POGGETTI, R. S. (trad.) et.al. 7ª Reimpressão da 5ª Edição. Elsevier, 2004.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. NITSCHKE, C.A.S. **Apostila do SAMU – 192.** Núcleo de Educação em Urgências – NEU. Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, 2006.

WHITAKER, I.Y.; GUTIERREZ, M.G.R. de; KOIZUMI, M.S. Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 44, n. 2, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 Outubro 2011.