



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**FÁBIO LISBOA MACHADO**

**PERFIL DO ATENDIMENTO DE TRAUMAS EM CIDADE DE PEQUENO PORTE  
NO SERTÃO DA PARAÍBA**

**CAJAZEIRAS-PB**

**2017**

**FÁBIO LISBOA MACHADO**

**PERFIL DO ATENDIMENTO DE TRAUMAS EM CIDADE DE PEQUENO PORTE  
NO SERTÃO DA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores – CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ma. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Esp. Fernanda Formiga Flavio

**CAJAZEIRAS-PB**

**2017**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764  
Cajazeiras - Paraíba

M149p Machado, Fábio Lisboa.  
Perfil do atendimento de traumas em cidade de pequeno porte no sertão da Paraíba / Fábio Lisboa Machado. - Cajazeiras, 2017.  
51p.: il.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro.  
Coorientadora: Profa. Esp. Fernanda Formiga Flavio.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1. Enfermagem em emergência. 2. Urgência e emergência - atendimento. 3. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. 4. Morbimortalidade. I. Pinheiro, Maria Berenice Gomes Nascimento. II. Flavio, Fernanda Formiga. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título.

UFCG/CFP/BS CDU - 616-083.98

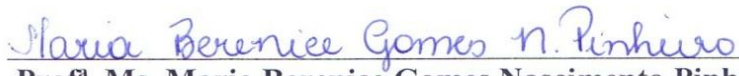
**FÁBIO LISBOA MACHADO**

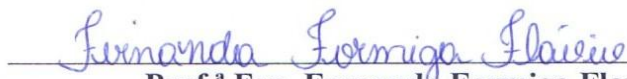
**PERFIL DO ATENDIMENTO DE TRAUMAS EM CIDADE DE PEQUENO PORTE  
NO SERTÃO DA PARAÍBA**

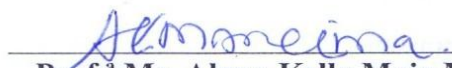
Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem - UAENF, como pré-requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em 24 / 04 /2017.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof.<sup>a</sup> Ms. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro  
UACV/CFP/UFCG  
Orientadora

  
Prof.<sup>a</sup> Esp. Fernanda Formiga Flavio  
UAENF/UFCG  
Coorientadora

  
Prof.<sup>a</sup> Ms. Alana Kelly Maia Macêdo Nobre de Lima  
ETSC/UFCG  
Examinadora

*“Você é quem decide o que vai ser eterno em você, no seu coração. Deus nos dá o dom de eternizar em nós o que vale a pena, e esquecer definitivamente aquilo que não vale...”*

*(Pe. Fábio de Melo)*

Dedico esse trabalho, primeiramente a **Deus**, aos meus pais Fátima e Jorge, a minha noiva Elenita, a minha irmã Fernanda, a minha Orientadora Berenice e minha Coorientadora Fernanda Formiga, e a todos os meus familiares e amigos por mais uma etapa da minha vida conquistada com sucesso.

## AGRADECIMENTOS

Nada na vida se consegue sozinho! Tudo é providência divina. Por trás de cada pensamento ou investida que empreitamos, Deus está acima de nós nos dando discernimento e coragem para decidirmos sempre pelas melhores escolhas. Por isso agradeço a ele por ter me proporcionado força, coragem, sabedoria e perseverança para que em meio a inúmeras dificuldades a vitória possa ser alcançada.

A meu pai Jorge, pela atitude e responsabilidade, características que me fazem tê-lo como exemplo para encarar os desafios da vida e seguir em frente. A minha mãe Fátima, palavras são insuficientes para definir o que ela foi pra mim durante a minha trajetória acadêmica. Exemplo de sabedoria, incentivadora, agradeço a ela pelo amor e carinho dedicados a mim em todos os dias da minha vida.

A minha noiva Elenita, pelo amor, carinho e companheirismo em todas as horas. Falo sempre que é um presente de Deus na minha vida, que me permite ser um homem mais alegre e feliz. Sou imensamente grato por existir e por fazer dos meus dias os melhores, e os momentos se tornarem ímpares. Te amo.

A minha irmã Fernanda, pelo carinho e dedicação dispensados a mim, sou imensamente grato pelas palavras de força e incentivo que estendes a mim, tornando uma mão amiga, que sempre me impulsiona a novas conquistas.

A minha sobrinha Taciana, por ser um anjo que Deus colocou nas nossas vidas para tornar os dias muito mais felizes, mesmo nos momentos em que a tristeza prevaleça, ali estará ela pra nos fazer sorrir.

A secretária de saúde de Santa Helena Áurea, pela compreensão e flexibilidade para que a construção deste trabalho fosse possível. Agradeço a ela por facilitar o estudo junto às secretárias de São João do Rio do Peixe e Triunfo.

Aos profissionais do SAMU que me proporcionaram um ambiente confortável e me ajudaram com as informações necessárias para alimentar o estudo.

Aos meus familiares e amigos, deixo aqui o meu sentimento de gratidão, por todo apoio e incentivo, nas batalhas da vida acadêmica, confesso que foram várias e vocês foram de fundamental ajuda a me encorajarem.

A todos os professores do curso bacharelado em enfermagem da UFCG – campus Cajazeiras, pelas orientações e ensinamentos, que me proporcionaram durante todo o curso, pilares para a busca incessante de conhecimento.

Agradeço de maneira especial, a professora e orientadora Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro, pela paciência e apoio, desde a escolha do tema, até os momentos finais do curso, bem como agradeço a Fernanda Formiga Flávio, que me auxiliou muito e se tornou minha Coorientadora, seus ensinamentos abriram os meus olhos para a dinamicidade do trabalho. Vocês podem ficar na certeza de que contribuíram grandemente para a minha formação acadêmica e serão modelos para seguir como um excelente profissional. Obrigado pela paciência que sempre tiveram comigo, com isso quero expressar o meu reconhecimento e admiração, pela sua capacidade profissional e minha imensa gratidão pela dedicação com a qual conduziram minhas orientações.

Por fim, a todos que de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização dessa nova etapa de conhecimento. O meu muito obrigado.



MACHADO, Fábio Lisboa. PERFIL DO ATENDIMENTO DE TRAUMAS EM CIDADE DE PEQUENO PORTE NO SERTÃO DA PARAÍBA. 2016, 24f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2016.

## RESUMO

Um agravo de grande magnitude e transcendência no Brasil, o trauma por causas externas tem provocado forte impacto na morbimortalidade da população. O objetivo desse estudo foi avaliar o atendimento de urgência e emergência ao paciente vítima de trauma em uma cidade de pequeno porte que não dispõe de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Foi realizada uma pesquisa seguindo a linha de um estudo de campo com caráter descritivo e com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na cidade de Santa Helena, estado da Paraíba (PB), junto as Bases de Atendimento do SAMU das cidades de São João do Rio do Peixe - PB e Triunfo - PB, onde foram analisados os prontuários de atendimentos da cidade de Santa Helena durante o período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2016. Neste estudo, a coleta de dados se deu através de um roteiro de pesquisa semiestruturado, contendo dados que quantificaram os atendimentos a trauma bem como o perfil atendimento de urgência e emergência na localidade de estudo. Os resultados observados foram: 119 atendimentos totais durante o ano analisado, sendo que destes, 40 foram destinados a traumas de diversos tipos, como acidentes de trânsito, de trabalho, quedas, etc. Acometendo em sua maioria pessoas do sexo masculino com faixa etária inferior a 40 anos. Grande parte dos atendimentos foram encaminhados ao Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), tendo apenas duas ocorrências de óbito no local, com maior frequência durante os meses de outubro e novembro. A partir dos resultados pode se concluir que há necessidade da elaboração de medidas preventivas eficientes para a população de Santa Helena – PB, medidas essas que proporcionem a mudança de comportamento na comunidade e o cumprimento das leis existentes, servindo como ferramenta para a redução dos índices de morbimortalidade, gerando uma melhor expectativa e qualidade de vida à população, além de um serviço de qualidade e eficaz para a demanda.

**Palavras chave:** Urgência. Serviços Médicos de Urgências. Morbimortalidade. Enfermagem em Emergência.

MACHADO, Fábio Lisboa. PERFIL DO ATENDIMENTO DE TRAUMAS EM CIDADE DE PEQUENO PORTE NO SERTÃO DA PARAÍBA. 2016, 24f. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2016.

### **ABSTRACT**

An injury of great magnitude and transcendence in Brazil, trauma from external causes has had a strong impact on the morbidity and mortality of the population. The objective of this study was to evaluate the urgency and emergency care of a trauma patient in a small city that does not have a Mobile Attendance Service Unit (SAMU). A research was carried out along the lines of a field study with a descriptive character and a quantitative approach. The research was carried out in the city of Santa Helena, state of Paraíba (PB), together with the SAMU Service Bases of the cities of São João do Rio do Peixe - PB and Triunfo - PB, where the medical records of the city of Santa Helena during the period from January 1 to December 31, 2016. In this study, data collection was done through a semistructured survey script, containing data that quantified trauma care as well as the emergency and emergency care profile in the study site. The results observed were: 119 total visits during the analyzed year, of which 40 were assigned to traumas of various types, such as traffic accidents, work accidents, falls, etc. Accompanying mostly male people with less than 40 years. Most of the visits were sent to the HRC, with only two occurrences of death at the site, most frequently during the months of October and November. Based on the results, it can be concluded that there is a need for efficient preventive measures for the population of Santa Helena - PB, measures that provide behavior change in the community and compliance with existing laws, serving as a tool to reduce the rates of morbimortality, generating a better expectation and quality of life for the population besides a service of quality and effective for the demand.

**Keywords:** Urgency. Emergency Medical Services. Morbimortality. Nursing in Emergency.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição dos atendimentos do SAMU no Município de Santa Helena, 2016.....	31
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição dos atendimentos traumáticos quanto ao tipo de trauma. Santa Helena, 2016.....	33
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição dos atendimentos traumáticos quanto ao mês do ano 2016. Santa Helena, 2016.....	34
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição dos atendimentos traumáticos quanto ao desfecho do atendimento. Santa Helena, 2016.....	35

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Mapa do Município de Santa Helena.....	28
--	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição dos dados sócio demográficos dos atendimentos no município de Santa Helena-PB pelo SAMU, 2016.....	32
---	----

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

CEM – Centro de Especialidades Médicas

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

Cofen – Conselho Regional de Enfermagem

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual

FAB – Ferimento por Arma Branca

FAF – Ferimento por Arma de Fogo

HRC – Hospital Regional de Cajazeiras

HSJRP – Hospital de São João do Rio do Peixe

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBAIT – Sociedade Brasileira de Atendimento Integral ao Traumatizado

SBV – Suporte Básico de Vida

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1. GERAL.....	18
2.2. ESPECÍFICOS.....	18
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>19</b>
3.1. TRAUMAS POR CAUSA EXTERNAS.....	19
3.2. ABORDAGEM INICIAL DO TRAUMA.....	21
3.3. SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA.....	24
3.4. ENFERMAGEM EMERGENCIAL.....	25
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
4.1. TIPO DE PESQUISA.....	27
4.2. LOCAL DO ESTUDO.....	28
4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	29
4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	29
4.5. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	29
4.6. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	29
4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	30
<b>5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>31</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>37</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>39</b>

**APÊNDICE**

**ANEXO**

## 1. INTRODUÇÃO

O trauma é um problema de saúde pública que vem atingindo cada vez mais pessoas nos dias de hoje. Muitas vezes este se dá por irresponsabilidade do indivíduo acometido, bem como de alguns órgãos do setor responsável pela manutenção e sinalização no local do acontecido. Alguns autores tratam o trauma não como consequência de um acidente, mas sim como uma doença, com a finalidade de preveni-lo. Dessa forma, para a Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT) o trauma é uma doença que representa um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência no Brasil, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população.

Em busca da prevenção sabe-se *in loco* que o mecanismo do trauma tem vários fatores e podem ocorrer de diversas formas, tais como: acidentes de trânsito, trabalho, ferimento por armas brancas e de fogo, acidentes domésticos, enfim várias são as causas do trauma e o que elas tem em comum é o simples fato da transferência de energias entre os corpos a elas submetidas e que segundo *Pré-Hospital Trauma Life Support - PHTLS* (2011, p. 19) “O trauma é hoje definido como um evento nocivo que advém da liberação de formas específicas de energia ou de barreiras físicas ao fluxo normal de energia.”

Essa prevenção se daria de forma educativa onde nas ocasiões existem os incentivos e obrigatoriedade do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), conscientização sobre a necessidade de se ter a responsabilidade obrigatória no trânsito, cuidados para com a segurança doméstica e acessibilidade, etc. No Brasil o trânsito é um agente que vem causando cada vez mais vítimas de acidente onde se estima que no ano de 2014 obteve-se 43.075 vítimas fatais e um número de aproximadamente 200.000 pessoas feridas.

Este quantitativo é bem relevante, levando em consideração as medidas adotadas pelos governos e pelo poder judiciário, nas quais há o investimento em propagandas, em penalizações referentes a atos de irresponsabilidade tais como: embriaguez ao volante combinada com velocidade excessiva, além do uso indevido de outras drogas que tem o poder de causar alucinações.

O atendimento as vítimas de traumas por acidentes de trânsito, bem como de outros tipos de acidentes requerem um tempo de ação mais rápido, tendo em vista que a vítima que se encontra com um quadro razoável pode ter o agravamento deste, e uma vítima mais debilitada pode vir a óbito. Na área da urgência e emergência o tempo pode ser um aliado e/ou um inimigo, pois ainda existem cidades de pequeno porte que não dispõem de uma



unidade de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e obrigatoriamente tem que esperar uma unidade disponível das cidades mais próximas.

Diante da precariedade que se encontra a saúde pública no Brasil, e tendo em vista a necessidade de um atendimento mais ágil e eficaz em algumas ocasiões, desenvolvemos uma pesquisa onde a principal pergunta norteadora foi: qual o perfil dos atendimentos de Urgência e Emergência a vítimas de trauma na cidade de Santa Helena?

Esse estudo avaliou uma cidade no interior da Paraíba onde realizou-se a pesquisa para entender como é feito o atendimento inicial em um local onde não existe base do SAMU.

O tema da pesquisa foi escolhido minuciosamente, devido a minha grande identificação e paixão pela área da urgência e emergência, e pelo fato de ainda não ter sido realizado nenhum estudo de relevância similar na localidade. A preocupação com o estudo também foi influenciada pelo atendimento que é prestado a vítimas de acidentes na cidade de Santa Helena no estado da Paraíba, tendo em vista que esta é uma cidade pequena e que dispõe apenas de unidades básicas de saúde (UBS), e o suporte básico de vida depende única e exclusivamente do SAMU das cidades vizinhas. Na qual o tempo de atendimento depende da disponibilidade de unidades bem como da regulação das mesmas que advém de outra cidade polo.

Outra função do estudo foi tentar abrir o olho das autoridades quanto ao risco que se tem quando o tempo de espera de uma vítima de acidente se estende e assim respectivamente aumenta também o risco de um agravamento do quadro clínico desta. Dessa forma, pretende-se viabilizar métodos e soluções que venham a diminuir o tempo de espera pelo atendimento de urgência, ao qual se pode adotar incentivos aos profissionais para atividades que promovam à educação sobre segurança no trabalho, trânsito, doméstica, etc. visando prevenir eventuais acidentes.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GERAL:

- Avaliar o perfil do atendimento de urgência e emergência as vítimas de trauma em uma cidade de pequeno porte que não dispõe de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

### 2.2. ESPECÍFICOS

- Averiguar, através dos registros de ocorrências do SAMU, o percentual de vítimas de trauma no município de Santa Helena-PB, no ano 2016;
- Identificar o sexo e a faixa-etária mais acometida pelo agravo na região em estudo;
- Verificar o tipo mais prevalente de acidentes automobilísticos ocorridos no período da pesquisa;
- Averiguar qual a época do ano que mais ocorreram os atendimentos de trauma.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1. TRAUMAS POR CAUSAS EXTERNAS

O trauma é uma lesão causada por um agente de natureza externa, que acarreta danos ao funcionamento do corpo ou área específica a qual se encontra danificada podendo ser causados por agentes de caráter físico ou químico. (SBAIT, s/d)

O trauma pode ser dividido em três fases ou eventos distintos que se sucedem, chamados de: pré-colisão, colisão e pós-colisão, onde o significado da palavra refere a toda e qualquer troca de energia de um objeto qualquer com o corpo da vítima. A fase de pré-colisão é a fase que precede a colisão, ou seja, todos os acontecimentos que ocorrem antes da colisão, podem, na maioria das vezes, serem evitados. (PHTLS, 2011).

Ainda de acordo com o autor supracitado, na fase de colisão temos o evento em si, o exato momento em que ocorre o trauma, compreendendo o termo colisão como todo evento traumático sem associá-lo apenas a uma colisão automobilística, essa etapa compreende todo o processo traumático onde pode haver mais de uma vítima, devendo levar em consideração o local, a ocasião e como se deu esse processo traumático.

A fase de pós-colisão é a primordial para a sobrevivência da vítima, pois é nessa fase onde acontece o atendimento propriamente dito, é nesse momento que o profissional solicitado para a ocorrência, utiliza toda a informação colhida e o seu conhecimento para realizar o atendimento a vítima (PHTLS, 2011).

Ressalta-se que todos os acontecimentos desde antes do sinistro até o final deste são importantes para proporcionar uma melhor avaliação e cuidado com a vítima, bem como facilitar trabalho do profissional solicitado, sendo de extrema importância para o sucesso do atendimento. (SALLUM; PARANHOS, 2010)

Assim, sabendo-se que o trauma é uma lesão causada por uma força externa, podemos dividi-lo, em trauma fechado e trauma penetrante, a principal diferença entre eles é a presença da cavitação que o trauma penetrante apresenta, levando ao rompimento dos tecidos que circundam a área perfurada. (PORTAL EDUCAÇÃO, 2013)

O conhecimento do profissional que realiza o primeiro atendimento a vítima, sobre a biomecânica do trauma é de extrema importância para o prognóstico da vítima, pois segundo PHTLS (2011, p. 44) “Quando o socorrista, em qualquer fase do atendimento, não compreende os princípios da biomecânica ou os mecanismos envolvidos, as lesões podem

passar despercebidas.” Tal compreensão leva o profissional a discernir e escolher as melhores condutas levando segurança a vítima e aumento a chance de sobrevivência da mesma.

Uma boa leitura e interpretação da cena facilitam o atendimento além de favorecer a conduta de outros profissionais no ato do Atendimento Pré-Hospitalar (APH), favorecendo na tomada de decisões como é citado no PHTLS (2011, p. 44) diz que as:

“informações e as lesões suspeitadas podem ser usadas na avaliação adequada do doente no local do acidente e podem ser transmitidas aos médicos e às enfermeiras no pronto-socorro. No local da ocorrência e no trajeto até o hospital, essas lesões suspeitadas podem ser tratadas de modo a oferecer o atendimento adequado ao doente e não “causar mais dano”.

Não se pode negar que os profissionais devem ser preparados e capacitados para a realização de qualquer tipo de atendimento, levando em consideração que vários são os fatores que influenciam num atendimento de qualidade bem como: o local do atendimento, a quantidade de pessoas envolvidas no sinistro e os materiais que o socorrista tem a disposição para realização deste. (GONÇALVES, 2010)

No trauma fechado, nota-se que existe um encontro de forças podendo vir de lados opostos ou não, sendo uma colisão em um objeto parado ou em movimento, onde há uma mudança súbita da velocidade fazendo com que o corpo se choque com outras estruturas levando a uma forte e conseqüente compressão dos órgãos com as demais paredes do organismo. Para Portal Educação (2013): “No trauma fechado, duas forças estão envolvidas no impacto: mudança brusca de velocidade (aceleração ou desaceleração) e compressão. Elas podem ser resultantes de quedas, colisões automobilísticas, acidentes com pedestres, agressões, etc.” Deste modo pode-se dizer que quando a energia do impacto atinge uma área do corpo, e não há a perfuração da pele temos um trauma fechado.

No trauma penetrante, como o próprio nome sugere, existe uma perfuração e conseqüentemente a presença de uma cavidade aberta, sugerindo ou explicitando o caminho de um corpo estranho que ali entrou. De acordo com PHTLS (2011, p. 49): “Se toda energia de impacto é direcionada a uma área pequena e esta força excede a resistência da pele, o objeto é inserido através do tecido. Esta é a definição do trauma penetrante.” Assim podemos dizer que se no momento de uma colisão houver a formação de uma cavidade no corpo, e esta permanecer aberta, ali temos um trauma penetrante.

### 3.2 ABORDAGEM INICIAL DO TRAUMA

No atendimento de urgência e emergência, o procedimento principal é a avaliação do local ou da cena, pois nessa avaliação o socorrista irá trabalhar mantendo sua própria segurança bem como a segurança da vítima. Os elementos primordiais são a segurança e a situação da cena, onde em alguns casos o atendimento pode e deve ser realizado em conjunto com outros profissionais de diferentes áreas como as equipes de polícia, bombeiros, etc. (FRANÇA e BARBOSA, 2013)

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH), como o próprio nome faz referência, é todo e qualquer tipo de atendimento realizado por uma equipe de saúde em um local fora do ambiente hospitalar. Esse atendimento é de extrema importância para que se possa assegurar um bom prognóstico para a vítima, elevando as chances de sobrevivência da mesma. O APH é tido como um serviço que se inclui dentro da Urgência e Emergência, e que segundo Santos (2008, p. 57):

“é o atendimento emergencial em ambiente extra-hospitalar, ou seja, fora do ambiente hospitalar, às vítimas de traumas, seja por acidente de trânsito, industriais, aéreos ou outros; por violência nas cidades, como ferimentos por arma de fogo (FAF) ou por arma branca (FAB), mal súbitos, entre eles os cardiológicos, neurológicos e outros; ou distúrbios psiquiátricos, objetivando sua estabilização clínica no local do acidente e em seguida sua remoção para uma unidade hospitalar compatível, adequada ao quadro apresentado.”

Esse serviço realiza a estabilização da vítima, para que esta possa ser removida para um hospital onde serão controlados todos os sinais vitais, bem como tratar ou encaminhar para o serviço de referência, os demais achados como traumas, perfurações, etc. Nessa perspectiva Eid e Malvestio (2010, p.334) destaca o APH como sendo:

“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”.

Para a realização do APH se faz necessário treinamento e uma boa base de conhecimento da equipe, para que nada fuja do controle e acidentes futuros não venham a acontecer. Santos (2008, p. 57) ressalta que as equipes de APH subdividem-se em: Equipe de Salvamento, Equipe de Suporte Básico de Vida e Equipe de Suporte Avançado, e podem ser

constituídas por profissionais militares (como o corpo de bombeiros) e profissionais de saúde (técnicos em enfermagem, enfermeiros e médicos).

Nesse atendimento o socorrista faz uma breve avaliação da vítima, dando prioridade a abertura das vias aéreas e estabilização da coluna cervical. Esse procedimento chama-se avaliação primária ou inicial, que segundo PHTLS (2011, p. 112) “começa com uma visão simultânea ou *global* dos estados respiratório, circulatório e neurológico do doente para identificar quaisquer problemas externos significativos óbvios, com respeito à oxigenação, à circulação, à hemorragia ou a deformidades flagrantes.” Essa avaliação subdivide-se em cinco etapas conhecidas também como ABCDE do trauma, onde cada letra corresponde à ordem de prioridade ao atendimento do traumatizado.

A etapa A corresponde ao atendimento das vias aéreas e ao controle da coluna cervical, o principal objetivo dessa etapa é manter as vias aérea permeáveis, checando se existe algum objeto que cause a obstrução das mesmas e em caso de comprometimento de acordo com PHTLS (2011) deve-se abrir as vias tentando utilizar métodos simples como, por exemplo, a tração da mandíbula, elevação do mento, remoção do objeto obstrutor bem como de outros resíduos que venham a estar causando essa impermeabilidade aérea.

Tendo sobre o controle do socorrista a manutenção das vias aéreas, conseqüentemente deve ser feito o controle da coluna cervical, tendo em vista que supostamente o evento traumático, leva a suspeita de lesões na coluna, pois segundo PHTLS (2011, p. 113) “O movimento excessivo pode tanto causar quanto agravar lesões neurológicas, porque pode ocorrer compressão óssea da medula espinhal se a coluna estiver fraturada.” Por isso se tem a importância de não remover a vítima antes do socorro especializado.

A etapa B corresponde a ventilação e respiração, ou seja, todo paciente deve receber um aporte de oxigênio extra, para manter o processo metabólico satisfatório, podendo ser através de um cateter nasal, máscaras e se necessário o uso de técnicas mais invasivas como a intubação orotraqueal. Para Gonçalves (2010, p. 353):

“Se após as manobras de abertura e desobstrução das vias aéreas superiores o paciente não conseguir respirar adequadamente, será necessário auxiliá-lo ventilando-o com ressuscitador manual (bolsa autoinflável) e máscara enriquecida com oxigênio (10 a 15 L/min), até que seja estabelecida uma via aérea definitiva (intubação orotraqueal, intubação nasotraqueal, cricotireoidostomia por punção ou cirúrgica).”

Sendo estes últimos métodos, segundo o mesmo autor, utilizados apenas em casos de extrema necessidade, no qual as manobras iniciais de desobstrução não tiveram efeitos positivos ou ainda se a vítima continuar a apresentar rebaixamento dos níveis respiratórios.

Na etapa C o socorrista deve estar atento ao exame do sistema circulatório, onde o mesmo deve se certificar de que a vítima está com uma boa circulação sanguínea e procurar estar fazendo o controle de hemorragias bem como da perfusão capilar periférica. De acordo com PHTLS (2011, p. 114): “O controle da hemorragia é prioritário, pois cada hemácia é importante. O rápido controle da perda sanguínea é um dos objetivos mais importantes no atendimento de um doente traumatizado. A avaliação primária só pode prosseguir após o controle da hemorragia.” Muitas vezes a hemorragia pode ser de difícil controle, então a equipe deve estar preparada para todo e qualquer tipo de manobra para promover o controle do sangramento e reduzir o risco de choque pela vítima.

A etapa D compreende a avaliação neurológica, onde o socorrista avalia o nível de consciência da vítima, a partir desta avaliação, o profissional pode suspeitar da possibilidade ou não de haver um nível de hipóxia cerebral. Para essa avaliação o profissional utiliza e se baseia em outra escala conhecida como Escala de Coma de Glasgow, que é definida através de scores, podendo ter valor máximo de 15, e valor mínimo de 3, sendo compreendida como:

“um método simples e rápido para determinar a função cerebral e é preditivo da sobrevivência do doente, especialmente a melhor resposta motora. Também fornece a função cerebral basal para avaliações neurológicas seriadas. A Escala de Coma de Glasgow é dividida em três seções: (1) abertura *ocular*; (2) melhor resposta *verbal*; (3) melhor resposta motora (OVM).”(PHTLS, 2011, p. 116)

Essa escala foi elaborada com o intuito de demonstrar uma avaliação rápida dos níveis de consciência do paciente, onde um score menor que 8 propõe que a vítima esteja com nível de consciência muito rebaixado, ou seja, um score menor que 8 define o indivíduo com estado comatoso. (MUNIZ, et. al., 1997)

A etapa E corresponde a exposição do paciente, ou seja, remover a roupa da vítima a fim de localizar todas as lesões possíveis, tomando cuidado para não deixar a vítima em estado de hipotermia, como diz PHTLS (2011, p. 117) “Somente as partes necessárias do doente devem ser expostas quando ele estiver no ambiente externo. Uma vez dentro da unidade de emergência aquecida, pode-se completar o exame e recobrir o doente o mais

rápido possível.” Dessa forma o socorrista mantém a integridade da vítima além de preveni-la contra possíveis quedas da temperatura corporal, visto as condições gerais do paciente.

Existe ainda a avaliação secundária, que nada mais é do que um exame físico completo e detalhado da vítima, que pode e deve ser realizado dentro da viatura e a caminho do hospital. Esta avaliação é realizada a fim de identificar lesões que tenham passado despercebidas durante a avaliação primária. Para Gonçalves (2010, p. 356-357):

“O atendimento completo das vítimas é também conhecida como Avaliação Secundária. É o exame minucioso do paciente traumatizado, iniciado somente quando foram tratadas as condições que põem em risco a vida do paciente. Compreende um exame detalhado da cabeça aos pés, mensuração dos sinais vitais (pressão arterial, pulso e respiração) e um exame neurológico detalhado, incluindo escala de coma de Glasgow.”

Segundo o autor supracitado, a avaliação secundária tem fundamental importância, pois muitas vezes na correria do atendimento onde se tem muitas vítimas, alguma lesão ou informação podem passar despercebidas e vir a agravar o quadro do paciente.

### 3.3 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, também conhecido como SAMU, é o principal meio de atendimento pré-hospitalar utilizado no Brasil. Este serviço é utilizado em meio as urgências e emergências onde se encontram uma ou mais vítimas com diferentes tipos de afecções. Segundo Brasil (2014) o SAMU tem como “objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo a morte.” Assim, vemos a importância deste serviço, tendo em vista que será prestada uma primeira assistência ao paciente antes que seja encaminhado a um serviço especializado.

O SAMU tem como principal objetivo prestar assistência direta ou indiretamente, através de um serviço de regulação médica, realizado através de via telefônica, havendo assim, se necessário, o deslocamento de uma equipe até o local do evento, visando diminuir maiores sequelas, bem como do risco iminente de morte. (DIAS et. al., 2016)



Este serviço trata-se de um programa do Governo Federal, que pode e deve ser solicitado via telefone pelo número 192, com ligação gratuita, onde será avaliada perante a informação passada a um profissional médico, e aí este verifica se há ou não necessidade de encaminhar uma viatura para o local. De acordo com Brasil (2014) trata-se de:

“um serviço gratuito, que funciona 24 horas, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. O SAMU realiza os atendimentos em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, e conta com equipes que reúne médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas.”

Este programa dispõe de profissionais qualificados e capacitados para o exercício da profissão, com visão ampla e raciocínio rápido para desempenhar o atendimento a vítima. O SAMU dispõe ainda de dois tipos de equipes distintas pelo nível de atendimento, nomeadas de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV), que para Marques, Fonseca e Rocha (2013, *apud* FERREIRA; GARCIA, 2001):

“O suporte básico de vida (SBV) se constitui como uma sequência de etapas do socorro a vítima em situação eminente de risco a vida, geralmente seu atendimento é realizado fora do ambiente hospitalar sem a realização de manobras invasivas, já o Suporte avançado de vida (SAV) em princípio é parecido, porém realizam-se procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório.”

O que não quer dizer que ambos os tipos de atendimento, não exijam dos profissionais responsáveis um nível de conhecimento adequado, para que este venha a desempenhar um bom atendimento, bem como saber se sair de situações rotineiras onde a vítima apresente intercorrências que necessitem de um raciocínio crítico e ações rápidas para que haja a resolução do problema.

### 3.4 ENFERMAGEM EMERGENCIAL

A enfermagem, no âmbito emergencial, exerce função fundamental no que diz respeito a gerência do cuidado de modo que, esta tem como responsabilidade articular e mediar as ações da equipe de enfermagem, bem como coordenar o processo assistencial, efetuando o papel de líder da equipe, dimensionamento de pessoal, previsão e provisão de recursos materiais além de prestar o cuidado direto com o paciente. (SANTOS et. al., 2016)

Com isso segundo Silva *et. al.* (2014), no processo de trabalho do enfermeiro no âmbito da urgência e emergência a liderança é o mecanismo essencial, tanto para o profissional exercer o cuidado em si, desde o planejamento até a tomada de atitudes, como também para este gerenciar a equipe transmitindo-os segurança e firmeza, para que o ambiente se torne confortável e assim melhore as condições de trabalho.

Ainda de acordo com o autor acima citado, o processo de liderança requer habilidades do profissional para que o trabalho se desenvolva de maneira satisfatória e o objetivo seja alcançado. Assim, o enfermeiro tem que manter uma boa comunicação entre todos os integrantes da equipe, manter o estima e o bom relacionamento interpessoal, demonstrar total segurança para a tomada de decisões bem como o conhecimento e prática para o processo assistencial.

Atuando desta forma, a enfermagem pelo ponto de vista de Santos *et. al.* (2016), atua como articuladora, buscando integrar e potencializar as ações da equipe nos serviços de emergência, tendo como principal ferramenta para atender de forma holística todas as necessidades dos pacientes o diálogo entre os demais companheiros da equipe, para que haja uma boa interação entre estes bens como uma melhor divisão e consecução do trabalho.

Com bons resultados na execução do trabalho, o líder inevitavelmente adquire a confiança da equipe, o que torna a comunicação um objeto de trabalho cotidiano direto e claro entre os membros, tornando o serviço mais concreto, com uma redução significativa dos erros. O profissional deve ainda ser flexível no que diz respeito à adequação do estilo de liderança para cada situação, onde a observação e o raciocínio crítico de cada situação do ponto de vista pessoal e da equipe permite avaliar as ações ali desenvolvidas para que possa conferir ao paciente um bom resultado. (MORAIS FILHO *et. al.*, 2016)

Torna-se nítido que dentro do serviço de emergência a comunicação tem papel crucial para o desenvolvimento das ações de assistência, de modo que a tomada de decisões atrelada a uma boa comunicação garante o sucesso do atendimento, existindo ainda grandes dificuldades no estabelecimento das mesmas. O líder deve manter o diálogo objetivando que a tomada decisão seja coletiva, visando manter um bom entrosamento e motivação da equipe. (SILVA *et. al.*, 2014)

Existem funções que são privativas do enfermeiro dentro de sua equipe, como exemplo temos a classificação de risco, que está regulamentada em todo território nacional e respaldada por resolução no Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). (MORAIS FILHO *et. al.*, 2016)

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Foi realizada uma pesquisa seguindo a linha de um estudo de campo com caráter descritivo e com abordagem quantitativa.

Segundo Gil (2008, p. 57), em um estudo de campo, “procuram muito mais o aprofundamento das questões propostas do que a distribuição das características da população segundo determinadas variáveis.” Seguindo essa linha Marconi e Lakatos (2003) citam as vantagens e desvantagens do estudo de campo, delineando as informações colhidas e objetivando as mesmas para que outros pesquisadores possam utilizá-las com outros objetivos de pesquisa.

Na pesquisa, a utilização de método quantitativo, buscou avaliar estatisticamente uma amostra que pode ser mensurada em números buscando comparar o total da população utilizada no estudo com a objetividade do retrato real com o que se pede no instrumento de estudo. Desse modo, o estudo seguiu por meio da abordagem descritiva que segundo Gil (2008, p. 27) as pesquisas “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.” Nesta perspectiva Marconi e Lakatos (p. 187, 2003) descrevem que as pesquisas de abordagem quantitativo-descritivas:

“consistem em investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave. Qualquer um desses estudos pode utilizar métodos formais, que se aproximam dos projetos experimentais, caracterizados pela precisão e controle estatísticos, com a finalidade de fornecer dados para a verificação de hipóteses. Todos eles empregam artifícios quantitativos tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, programas, ou amostras de populações e programas. Utilizam várias técnicas como entrevistas, questionários, formulários etc. e empregam procedimentos de amostragem.”

Em síntese a abordagem parte da busca em analisar os dados, por meio de descrição da quantidade das noções obtidas, buscando oferecer suporte suficiente para a constatação das informações alcançadas.

## 4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa realizou-se no SAMU das cidades de São João do Rio do Peixe – PB e Triunfo – PB, que estavam responsáveis pela regulação dos atendimentos a população da cidade de Santa Helena, estado da Paraíba (PB).

O município de Santa Helena está localizado no alto-sertão paraibano na microrregião de Cajazeiras, a 549 km da capital João Pessoa, ocupando uma área equivalente a 210.322 km<sup>2</sup>. A população em 2016 está estimada em 5.902 habitantes, segundo o senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O município dispõe atualmente de seis estabelecimentos de saúde, sendo um Laboratório de Análises Clínicas, um Centro de Especialidades Médicas (CEM), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), e três Unidades Básicas de Saúde (UBS's) das quais uma localiza-se na sede do município e duas na zona rural.

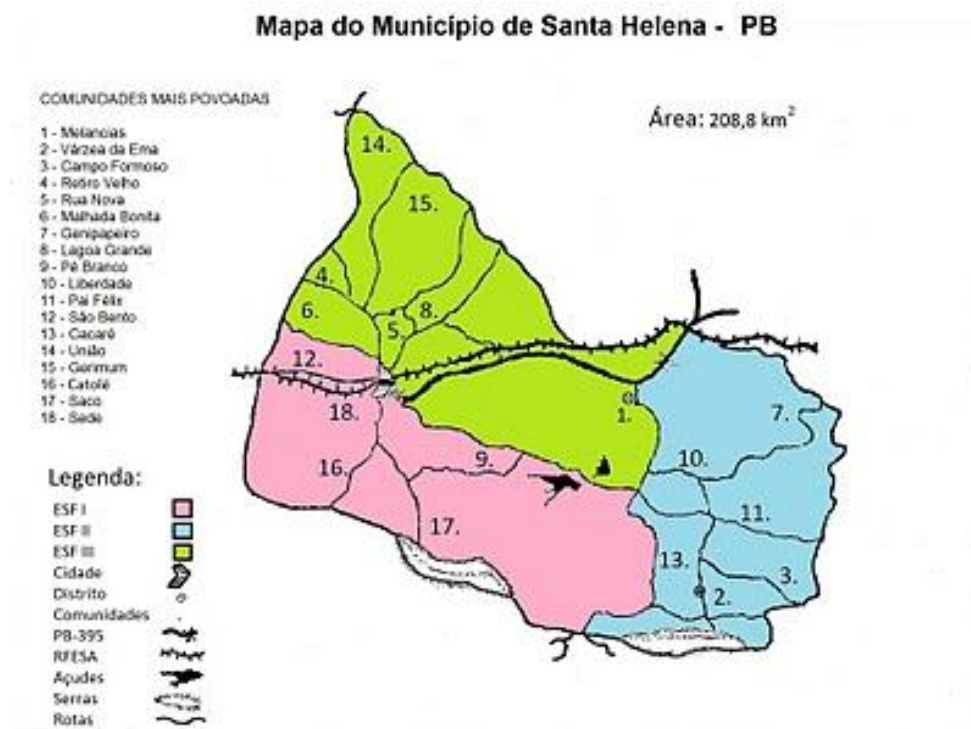


Figura 1: Mapa do Município de Santa Helena  
Fonte: Google.imagem

A cidade foi escolhida para o estudo pelo fato da mesma não dispor de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), levando a população local a depender deste serviço advindo das cidades vizinhas, em casos de urgência e emergência.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população de acordo com Marconi e Lakatos (2003, p. 223), “é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum.” Nesse contexto, foram analisados os prontuários dos atendimentos as vítimas de trauma em Santa Helena-PB no período de tempo referente ao ano de 2016. Esses referidos prontuários ficam na Unidade Reguladora de São João do Rio do Peixe - PB e Triunfo – PB.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa, os prontuários de vítimas de traumas ocorridos dentro do perímetro urbano e rural do município de Santa Helena-PB.

E excluídos os prontuários que estavam ilegíveis e/ou incompletos nas informações sobre o município de ocorrência e o tipo de agravo, bem como os atendimentos às ocorrências de caráter clínico.

#### 4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Neste estudo, a coleta de dados foi realizada através de um roteiro semiestruturado para investigação dos prontuários a fim de atender aos objetivos do estudo.

A princípio o trabalho foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Seguidamente, apresentado as Secretarias de Saúde e Coordenadores do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) das cidades de São João do Rio do Peixe-PB e Triunfo-PB e encaminhado para o Coordenador do Curso de Enfermagem/ Campus Cajazeiras/UFCG, ao qual foi solicitado a autorização para a realização desta pesquisa. Após o fornecimento do Termo de Anuência, foi iniciada a coleta de dados no mês de março de 2017 com o levantamento das informações necessárias para atingir os objetivos da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada na sede do SAMU de São João do Rio do Peixe-PB e Triunfo-PB, no horário indicado pela coordenação, respeitando o baixo fluxo de ocorrência esperado e conforto da equipe que está de plantão.

#### 4.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram analisados de acordo com estatística simples, com valores absolutos e percentuais, processados pelo Software Microsoft Excel, transformados em uma tabela e quatro gráficos e, em seguida, os resultados foram confrontados a luz da literatura pertinente.

#### 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Essa pesquisa garantiu aos participantes todos os aspectos éticos, pois seguiu fielmente a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que trata de pesquisas e testes em seres humanos de forma direta ou indireta.

Dessa maneira, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Tendo em vista que a participação na pesquisa era livre, assim também como a desistência seria uma escolha do participante a qualquer instante, nesta perspectiva, é imprescindível que todos os participantes tenham a consciência de sua importância na participação desta pesquisa, sendo mantido através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Desse modo, BRASIL (2012) na resolução 466/12, nos diz que:

II. 10 - Participante da pesquisa - indivíduo que, de forma esclarecida e voluntária, ou sob o esclarecimento e autorização de seu(s) responsável (eis) legal(is), aceita ser pesquisado. A participação deve se dar de forma gratuita, ressalvadas as pesquisas clínicas de Fase I ou de bioequivalência.

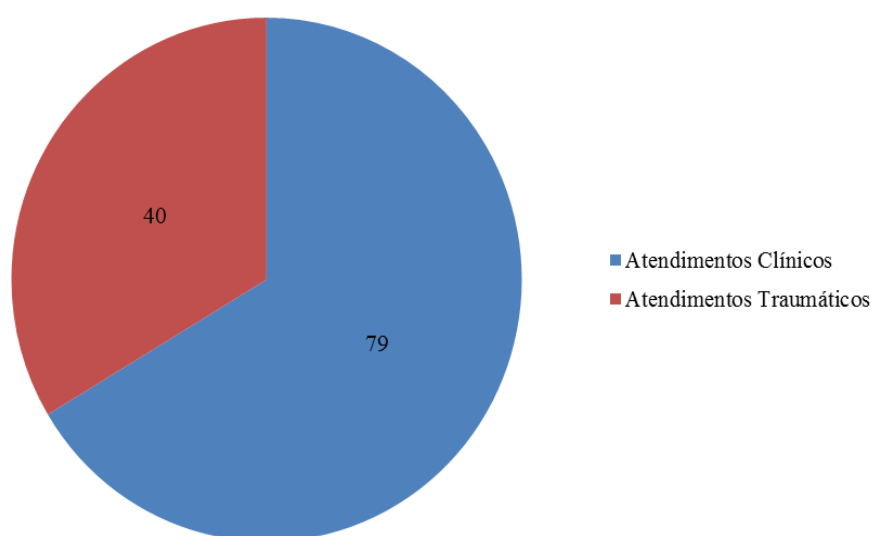
Desta maneira, o estudo não ofereceu nenhum risco à integridade física ou mental de nenhum dos participantes ou provocou constrangimento. Tendo em vista não oferecer estresse emocional, ou omissão de respostas, que serão relacionadas ao sentimento e também intimidação pelo método adotado.

A pesquisa foi norteada a partir do compromisso em respeitar os aspectos éticos dos prontuários envolvidos, ao qual foi assegurada a não identificação do sujeito. Para garantir a não identificação dos prontuários iremos nomeá-los como (P 01, P 02, P 03...) e assim sucessivamente, para que pudéssemos caracterizá-los conforme seus dados. A pesquisa foi realizada tendo como foco principal a privacidade dos participantes.

## 5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A seguir, serão apresentadas as análises e discussões dos resultados da pesquisa, para facilitar a visualização os dados foram dispostos em gráficos e tabelas, seguidos do confronto com a literatura pertinente.

**Gráfico 1-** Distribuição dos atendimentos do SAMU no Município de Santa Helena, 2016.



Fonte: Pesquisa direta, 2017

Ao analisar o gráfico, podemos totalizar um quantitativo total de 119 atendimentos durante o ano de 2016, onde observou-se um percentual em que 35% dos atendimentos foram destinados a traumas. O que nos leva a refletir sobre quais fatores contribuem para essa totalidade.

Após uma análise quantitativa desses dados pode-se afirmar que, no ano correspondente a pesquisa teve-se um número de aproximadamente 10 atendimentos clínicos para cada 5 atendimentos de caráter traumático. Nesta perspectiva, Brasil (2003) corrobora ao afirmar que em algumas cidades brasileiras, os dados estatísticos correspondentes aos atendimentos dos serviços de atenção pré-hospitalar móvel, demonstram em média a relação de 6 emergências clínicas transportadas para cada 4 casos de trauma atendidos por aqueles serviços de saúde.

Os atendimentos clínicos nunca deverão ser menos importantes visto que segundo dados do DATASUS, as doenças cardiovasculares, em 2014 eram a principal causa de morte no Brasil, o que gera a necessidade de um pronto atendimento para o indivíduo que apresente

os sintomas pertinentes a um infarto agudo do miocárdio, pois quanto mais rápido o atendimento maior são as chances de sobrevivência e diminuição de sequelas por este. Segundo o Ministério da Saúde, em 2011 as causas externas ocupavam a quinta posição entre as principais causas de internamentos hospitalares, o que correspondia a um percentual de 8,6% do total de internações no Brasil

O nível pré-hospitalar móvel de urgência tem por objetivo chegar precocemente a vítima após um agravo de saúde, seja ela de natureza clínica ou traumática, visando diminuir o sofrimento, possíveis sequelas ou até a morte, prestando sempre um atendimento de qualidade, e encaminhando se necessário a um serviço de saúde. (BRASIL, 2003)

**Tabela 1** – Distribuição dos dados sócio demográficos dos atendimentos no município de Santa Helena-PB pelo SAMU, 2016.

VARIÁVEL	N	%
<b>SEXO</b>		
FEMININO	07	17.5
MASCULINO	33	82.5
<b>FAIXA ETÁRIA</b>		
MENOR DE 20 ANOS	08	20.0
20 A 30 ANOS	11	27.5
31 A 40 ANOS	07	17.5
41 A 50 ANOS	04	10.0
51 A 60 ANOS	04	10.0
61 A 70 ANOS	02	5.0
MAIS DE 70 ANOS	03	7.5
NI*	01	2.5
<b>TOTAL</b>	40	100

NI\* Não Informado

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Em análise da tabela 1, pode-se observar um percentual de 17,5 % dos atendimentos de traumas em vítimas do sexo feminino, enquanto 82,5% foram vítimas do sexo masculino. Sendo a grande maioria dos atendimentos direcionados a faixa etária de 21 a 30 anos (27,5%), seguido da faixa etária inferior a 20 anos (20%) e de 31 a 40 anos (17,5%).

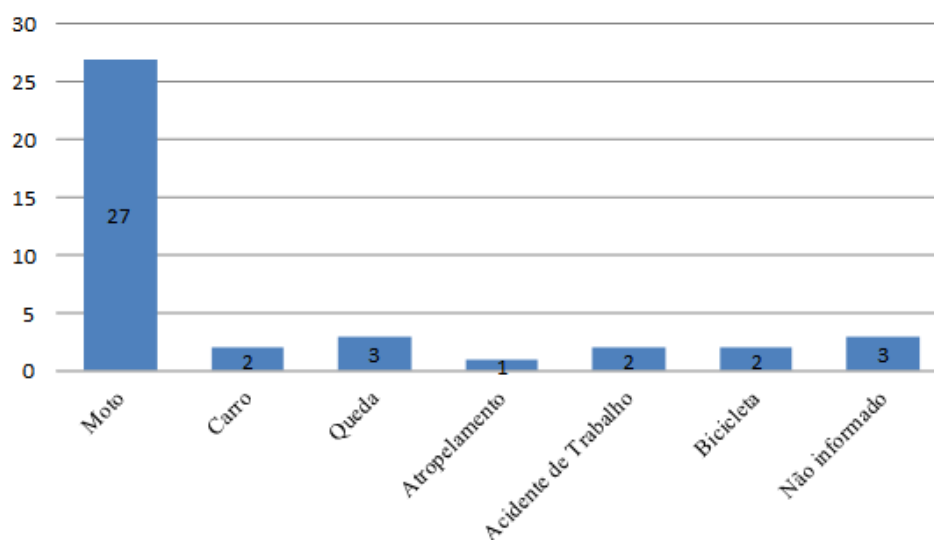


Braga Junior et al. (2005) em seu artigo “Epidemiologia e grau de satisfação do paciente vítima de trauma músculo-esquelético atendido em hospital de emergência da rede pública brasileira”, afirmam que existe uma presença predominante do gênero masculino (60,7%), haja vista que, esses indivíduos tendem a apresentar um comportamento de risco que potencialmente podem ser causadores de acidentes, o que passa a desaparecer com a idade. No caso, a maioria das vítimas encontra-se entre as faixa-etárias de 12 a 32 anos.

Essa realidade não deve ser desprezada visto que ao analisar a tabela 1 pode-se observar que uma abrangência de mais de 50 % dos indivíduos que foram atendidos por trauma possuíam faixa etária inferior a 40 anos.

Salienta-se ainda, que os danos causados por agentes externos, podem afetar drasticamente a produtividade econômica, visto que os traumas são responsáveis por uma parcela significativa dos afastamentos de profissionais por perda da capacidade produtiva, de caráter temporário ou permanente, tornando esse agravante da saúde como um problema social e econômico. (BRAGA JUNIOR et al., 2005)

**Gráfico 2-** Distribuição dos atendimentos traumáticos quanto ao tipo de trauma. Santa Helena, 2016.



Fonte: Pesquisa direta, 2017.

O gráfico 2 evidencia uma prevalência de acidentes causados por motocicletas, com índices que alcançam 67,5% do total de atendimentos. Vários fatores influenciam esses números. Assim sendo, um dos principais agravantes e que exige muita atenção é a falta de equipamentos de segurança que, no caso dos motociclistas, evitariam maiores danos como,

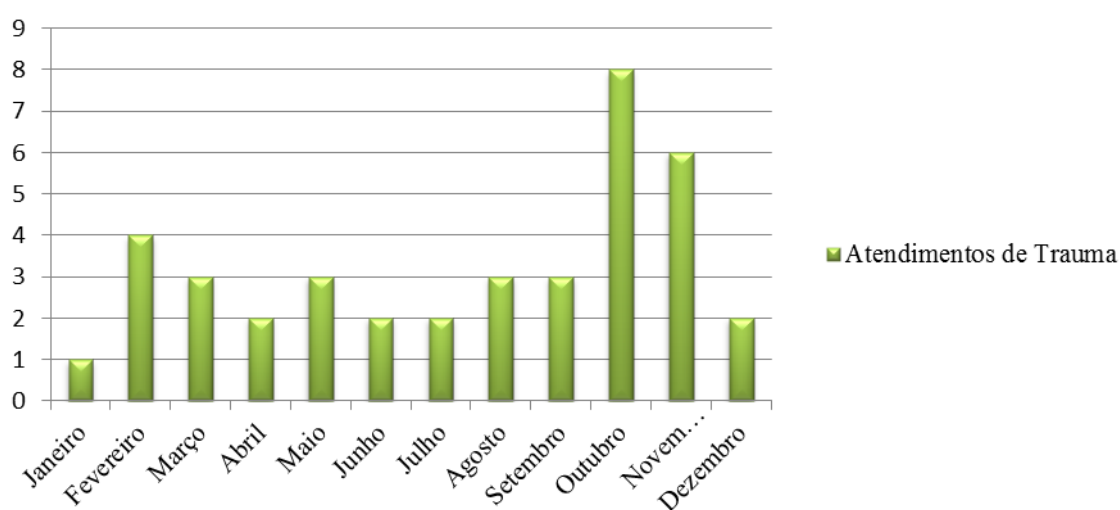
por exemplo, o capacete, que é de uso obrigatório, porém em grande maioria seu uso é negligenciado pelo sujeito.

Segundo Braga Junior (2005) a multiplicação da violência e da quantidade elevada de veículos automotores circulantes, vem contribuindo para o aumento das patologias de caráter traumático, admitindo-se que estas venham a atingir o primeiro lugar como fator de morbimortalidade na população entre 0 e 39 anos de idade, tornando-se um problema de saúde grave que necessita urgentemente de medidas que intervenham junto a população para que estas venham ser reduzidas.

Brasil (2012) destaca os acidentes por transportes terrestres como sendo o responsável por 15,8% das hospitalizações, onde ainda se destacam os indivíduos do sexo masculino com uma taxa de 12,8 internações por 10 mil homens, durante o ano de 2011. As quedas correspondiam a 38,4% das internações. As informações ainda constam que entre 2002 e 2011, o incremento da taxa de acidentes por transportes terrestres foi de 31% para os homens e de 10% para as mulheres.

Braga Junior (2005) corrobora com Brasil (2012) no que diz respeito as causas que levam a este alto índice de traumas, notando-se uma porcentagem significativa de imprudências e inconseqüências, que muitas vezes são impulsionadas por uma personalidade diretamente ligada com atividades perigosas, representando um risco para elevação do número de acidentes, estimando-se que 80% das mortes entre adolescentes e 60% das mortes infantis são secundárias a traumatismos.

**Gráfico 3** - Distribuição dos atendimentos traumáticos quanto ao mês. Santa Helena, 2016.



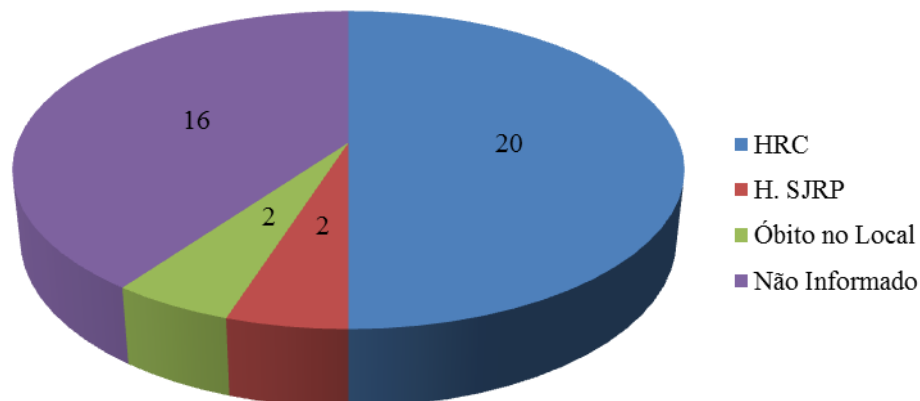
Fonte: Pesquisa direta 2017.

A análise do gráfico 3 também nos chama a averiguar em qual mês do ano aconteceram mais atendimentos de trauma durante o ano de 2016. Tornou-se nítido a prevalência destes, durante os meses de outubro e novembro, com percentuais de 20 e 15% respectivamente. Durante esse ano pode-se observar que ocorreram atendimentos a trauma em todos os meses, onde no mês de janeiro observou-se apenas 1 atendimento o que corresponde a um percentual de 2,5%, Nos meses de abril, junho, julho e dezembro observou-se um total de atendimentos equivalente a 5% em cada um. Os meses de março, maio, agosto e setembro totalizaram 30% dos atendimentos, o que corresponde a 7,5% em cada um desses meses. E o mês de fevereiro com um total de 10% desses atendimentos.

Os meses de outubro e novembro são marcados por festas nas regiões circunvizinhas da cidade de Santa Helena – PB, bem como marca o período eleitoral de 2016, o que gera muita euforia e ingestão de bebidas pelos condutores de veículos tornando-se estes mais propensos a acidentes.

Em uma pesquisa realizada no município de Porto Velho – RO sobre morbimortalidade por causas externas no ano de 2009, Miranda et al. (2010), verificaram que no mês de junho foi onde mais predominou os atendimentos. Comparados os índices de crescimento durante esse mês, nos anos de 2008 e 2009, percebeu-se um pico de crescimento de 374% em 2009. O que pode estar relacionado com algum evento que causou o aumento da população durante esse mês. A distribuição dos atendimentos de violência e/ou acidentes por mês, pode refletir diretamente pelas características socioculturais, regionais e nacionais.

**Gráfico 4-** Distribuição dos atendimentos traumáticos quanto ao desfecho do atendimento. Santa Helena, 2016.



Fonte: Pesquisa direta, 2017

Observando os dados contidos no gráfico 4 é possível notar que 50% (N=20) dos atendimentos de trauma tiveram um desfecho de encaminhamento ao Hospital Regional de Cajazeiras – PB (HRC), 40% (N=16) dos prontuários não tinham essa informação, 5% (N=02) correspondiam a encaminhamentos ao Hospital de São João do Rio do Peixe – PB e outros 5% (N=02) correspondem a óbito no local.

Após o primeiro atendimento, de acordo com PHTLS (2011) a equipe faz uma avaliação do estado geral da vítima e encaminha para o serviço de referência a depender da gravidade da mesma. O Hospital Regional de Cajazeiras (HRC) é o hospital de referência aos 15 municípios que compõem a 9ª Gerência regional de saúde.

Gonsaga et al. (2013), descreveram, que a maioria das vítimas atendidas pelo SAMU foram encaminhadas para hospitais terciários. O que demonstra elevação da gravidade do problema, sabendo que uma alta demanda pode causar uma sobrecarga no setor de urgência dos hospitais, pois além dos traumas por causas externas estas instituições também recebem emergências correlacionadas a agravos agudos à saúde.

Segundo Brasil (2012), durante o ano de 2011, a região Nordeste ocupou a segunda colocação no ranking de internações hospitalares por causas externas, atrás apenas da região Sudeste, apresentando um total de 229.468 internações hospitalares.

Desta forma, os serviços de urgência e emergência devem estar preparados para trabalhar em harmonia com os serviços de atendimento pré-hospitalares, havendo assim por parte destes últimos a compreensão e discernimento para assegurar a vítima, um transporte seguro, e indicar a qual serviço aquele paciente deve ser encaminhado, a fim de diminuir a superlotação e garantir um serviço de qualidade.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo me proporcionou observar a importância do serviço de atendimento pré-hospitalar de qualidade prestado pelo SAMU, no que diz respeito ao rápido atendimento as vítimas de traumas, reduzindo o número de óbitos por causas externas, assim como os demais agravos clínicos agudos e/ou crônicos da população.

Possibilitou também conhecer melhor a área de atuação que mais me identifiquei no campo de trabalho. Mantendo o enfoque em analisar os prontuários para através destes, traçar um perfil de atendimento a vítimas de traumas na cidade de Santa Helena – PB. Visto que os traumas vêm se tornando um assunto cada vez mais comentado e estudado.

Tendo por base os objetivos propostos, pôde-se verificar que no curso do ano de 2016 foram realizados 119 atendimentos pré-hospitalares pelo SAMU na cidade de Santa Helena-PB, onde 40 foram destinados a vítimas de traumas, caracterizando um percentual de 35% dos atendimentos, sendo incluídos na pesquisa os traumas causados por acidentes automobilísticos, de motocicleta, de bicicleta, de trabalho, quedas, etc. Sendo os acidentes de moto responsáveis por 67,5% dos atendimentos a trauma. Com relação ao sexo e faixa etária verificou-se que os homens com idade inferior a 40 anos foram os mais incidentes na pesquisa.

Quanto a época do ano em que mais ocorreram atendimentos, pode-se destacar os meses de outubro e novembro com uma incidência de 20 e 15% respectivamente, fato que torna-se explicável pelas festas nas regiões circunvizinhas e o período eleitoral. No tocante ao desfecho dos atendimentos ressalta-se que 50% (N=20) foram encaminhados ao Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), tendo apenas 5% (N=2) dos atendimentos com óbito no local.

Com isso, evidencia-se que o acidente, seja ele no trânsito, trabalho ou qualquer outro tipo de queda que indique um atendimento de trauma ainda é um grande problema de saúde pública, porém ainda se tem mais incidências de caráter clínico o que compõe ainda as principais causas de mortalidade no Brasil.

Destarte, é perceptível o grau de importância de se realizar estudos sobre os demais agravos de saúde que afetam a população de um determinado espaço geográfico, pois a partir disso, se torna possível elaborar medidas que venham promover a prevenção de acidentes de qualquer que seja o tipo. Dando prosseguimento as políticas públicas de natureza sócio educativa, propiciando campanhas educativas, que busquem promover a saúde, cumprimento das leis ou até mesmo criação de novas conforme a necessidade, chamando a atenção do

poder público para os investimentos no que se torna essencial para a sociedade como: saúde, segurança, infraestrutura e educação. Visando com essas medidas melhorar a qualidade de vida e diminuir os índices de morbimortalidade da população.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAGA JÚNIOR, Manoel Bonfin, et al. Epidemiologia e grau de satisfação do paciente vítima de trauma músculo-esquelético atendido em hospital de emergência da rede pública brasileira. **Acta Ortop Bras.** V. 13, n. 3, p. 137-140, 2005. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-78522005000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522005000300007) > acesso em: 02 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012a;

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Morbidade por acidentes e violências no Brasil: tendência das hospitalizações no período de 2002 a 2011. In: \_\_\_\_\_. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.** Brasília: Editora do MS, 2012. p. 227-248. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf) >. Acesso em: 02 de abril de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação Geral de Urgência e Emergência. **Projeto de reorganização da atenção as urgências e emergências: Implantação do componente pré-hospitalar móvel e regulação da atenção às urgências (SAMU-192).** Brasília, 2003. Disponível em: < [http://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/24/1.%20SAMU\\_08\\_ago\\_2003.pdf](http://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/24/1.%20SAMU_08_ago_2003.pdf) > Acesso em: 31 de março de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde. Infarto agudo do miocárdio é primeira causa de mortes no País, revela dados do DATASUS, 2014. Disponível em: < <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/559-infarto-agudo-do-miocardio-e-primeira-causa-de-mortes-no-pais-revela-dados-do-datasus> > Acesso em: 01 de abril de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências . **Portaria MS 2048/02**, de 05 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Portal Saúde. **O que é o SAMU 192?.** Brasília, 2014. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/959-sas-raiz/dahu-raiz/urgencia-e-emergencia/12-urgencia-e-emergencia/20472-servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-193> > Acesso em: 23 de Fevereiro de 2017.

DIAS, et. al. Perfil de atendimento do serviço pré-hospitalar móvel de urgência estadual. **Cogitare Enferm.**, v.21, n.1, p. 01-09, jan/mar., 2016.

EID, Carlos Alberto Guglielmi, MALVESTIO, Marisa A. Amaro. **“O Sistema Pré-hospitalar”**, in: SALLUM, Ana Maria Calil, PARANHOS, Wana Yeda (org.). O Enfermeiro e as Situações de Emergências. 2. Ed. São Paulo. Editora Atheneu, 2010, p. 333-348.

FRANÇA, C. R.; BARBOSA, R. M. **Manual técnico operacional da central SAMU 192 Sergipe**: livro do aprendiz 4. Aracaju: FUNESA, 2011. p. 13. Disponível em: < [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_932919788.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_932919788.pdf) >. Acesso em: 08 de fevereiro de 2017.

GIL. A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, Valterli Conceição Sanches. “**Atendimento ao Paciente Politraumatizado**”, in: SALLUM, Ana Maria Calil, PARANHOS, Wana Yeda (org.). **O Enfermeiro e as Situações de Emergências**. 2. Ed. São Paulo. Editora Atheneu, 2010, p. 349-361.

GONSAGA, R. A. T. et al. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 263-267, jul-ago. 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912012000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912012000400004) >. Acesso em: 02 de abril de 2017.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [online]. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2513307> > Acesso em 15 de novembro de 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed, São Paulo: Atlas, 2003.

MIRANDA, M. I. F. et al. Morbimortalidade por causas externas - acidentes e violência no município de Porto Velho, Rondônia. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 119-123, 2010. Disponível em: < <http://revista.portalfcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/40/40> >. Acesso em: 01 de abril de 2017.

MORAIS FILHO, et. al. Competência legal do enfermeiro na urgência/emergência. **Enferm. Foco**, v. 7, n. 1, p. 18-23, 2016.

MUNIZ, et. al. Utilização da escala de coma de Glasgow e escala de coma de Jovet para avaliação do nível de consciência. **Ver. Esc. Enf. USP**, v.31, n.2, p. 287-303, ago. 1997.

PHTLS – Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. PHTLS/NAEMT : [ tradução Renata Scavose., et. Al.] 7 ed. – Rio de Janeiro : Elsevier. 2011.

Portal Educação. Trauma Fechado. 2013. Disponível em: < <https://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/27212/trauma-fechado> > acesso em: 28 de janeiro de 2017.

SALLUM, Ana Maria Calil, PARANHOS, Wana Yeda (org.). **O Enfermeiro e as Situações de Emergências**. 2. Ed. São Paulo. Editora Atheneu, 2010.

SANTOS, et. al. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, mar. 2016.



SBAIT. Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Trauma. s/d. Disponível em:  
<[http://www.sbait.org.br/projeto\\_trauma.php](http://www.sbait.org.br/projeto_trauma.php)>. Acesso em 3 de novembro de 2016.

SILVA, et. al. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência.  
**Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 211-219, jan/mar. 2014.

## APÊNDICES



## APÊNDICE B

**Pesquisadora Responsável:** Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

**Pesquisador Participante:** Fábio Lisboa Machado

**Título da Pesquisa:** **PERFIL DO ATENDIMENTO DE TRAUMAS EM CIDADE DE PEQUENO PORTE NO SERTÃO DA PARAÍBA**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Bom dia (boa tarde ou noite), meu nome é Fábio Lisboa Machado, eu sou aluno do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande e o Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), à participar da pesquisa intitulada “**Perfil do atendimento de traumas em cidade de pequeno porte no sertão da paraíba**”

**JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:** Esse estudo é realizado com o enfoque nos acidentes de trauma automobilístico ocorridos no município de Santa Helena - PB. O principal motivo de estudar esse tema é a atenção redobrada que se deve ter quanto a abordagem as vítimas de trauma automobilístico na área da urgência e emergência. Tendo em vista que este estudo se dará na cidade de Santa Helena-PB, uma cidade pequena e que não dispõe de unidades do SAMU, e este tipo de atendimento depende exclusivamente das unidades móveis de atendimento de urgência das cidades vizinhas. O objetivo desta pesquisa é avaliar o perfil do atendimento de urgência e emergência as vítimas de trauma em uma cidade de pequeno porte que não dispõe de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Para o desenvolvimento dessa pesquisa se faz necessário a autorização dos Coordenadores do SAMU das cidades de São João do Rio do Peixe – PB e Triunfo – PB.

**DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:** Não haverá desconforto ou risco mínimo previsível para a instituição que se submeter à coleta dos dados, tendo em vista tratar-se apenas de respostas a um roteiro de pesquisa, onde não haverá identificação individualizada e os dados da coletividade serão tratados com padrões éticos (conforme resolução cns 466/12) e científicos. Com o resultado deste estudo espera-se detectar o perfil do atendimento de traumas automobilísticos. Levando em conta as razões científicas, espera-se que essa pesquisa descubra e some novos conhecimentos aos já existentes, na perspectiva de contribuir na promoção e prevenção de acidentes, bem como propor capacitações para os profissionais da área da saúde.

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** A participação do Sr. (a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que a presente pesquisa não tem a finalidade de realizar diagnóstico específico para o senhor, e sim identificar fatores gerais da população estudada. Além disso, no estudo não haverá dados específicos de identificação do Sr. (a), a exemplo de nome, CPF, RG, etc., não será possível identificá-lo posteriormente de forma individualizada.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do ROTEIRO antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurando o absoluto sigilo das informações obtidas. A segurança plena de que não serei identificado mantendo caráter oficial da informação, assim como, está assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo. A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como, esta pesquisa não causará nenhum tipo de risco, dano físico ou mesmo constrangimento moral e ético a instituição. A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa são dos pesquisadores, bem como, fica assegurado que poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), e caso haja algum, a proponente será responsável pela indenização a vítima ou instituição.

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:** Eu, \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. O (a) pesquisador (a) \_\_\_\_\_ certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ele compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar o (a) estudante **Fábio Lisboa Machado**, através do telefone (0xx83) 99893-3847 e e-mail: flisboa093@gmail.com ou a professora orientadora **Maria Berenice Gomes Nascimento**

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador responsável

**Pinheiro**, através do e-mail: [berenice\\_pinheiro@hotmail.com](mailto:berenice_pinheiro@hotmail.com) ou pelo telefone (83) 98702-2930. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, situado na BR 230, Km 504, Cristo Rei, Cajazeiras-Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do Telefone: (83) 3531-2722.

_____	_____	/ /
Nome	Assinatura do Participante da Pesquisa	Data

_____	_____	/ /
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador responsável

## APÊNDICE C

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR  
RESPONSÁVEL:

EU, **Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro**, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de **Fábio Lisboa Machado**, discente do curso de graduação em enfermagem, assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no trabalho de conclusão de curso – TCC pelo (a) discente.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo cumprimento da Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem, pelos prazos estipulados junto à disciplina TCC, e pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras-PB, 14 de Novembro de 2016.



Prof. Ma. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro  
Universidade Federal de Campina Grande/ SIAPE-1641892

## APÊNDICE D

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR  
PARTICIPANTE:

EU, **Fábio Lisboa Machado**, aluno do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com minha orientadora, Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro, a desenvolver projeto de pesquisa para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem seguindo a Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem e a seguir os prazos estipulados na disciplina TCC; comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador, nas atividades de pesquisa, e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico ou científico.

Santa Helena ou Cajazeiras-PB, 14 de Dezembro de 2016.



Fábio Lisboa Machado/ Matrícula: 211220046



## **ANEXOS**

## ANEXO A



PREFEITURA DE  
**SÃO JOÃO  
DO RIO DO PEIXE**

**TRABALHO E DESENVOLVIMENTO**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Tabelião José Candido Dantas, 334 - Centro.

CEP:58.910-000 - São João do Rio do Peixe - Paraíba - Brasil

CNPJ: 08.924.029/0002-52

Tel.: (83) 9954-9835 - TIM

E-mail: sms.sjrp@hotmail.com

OFÍCIO Nº 260/2017

São João do Rio do Peixe - PB, 08 de Março de 2017.

Autorizo que o pesquisador Fabio Lisboa Machado responsável pelo projeto de pesquisa “PERFIL DO ATENDIMENTO DE TRAUMAS EM CIDADE DE PEQUENO PORTE NO SERTÃO DA PARAÍBA” a ser submetido ao CEP/UFCG utilizam o espaço desta instituição, especificamente a com objetivo exclusivo de coletar os dados necessários para referida pesquisa. Esta autorização e a respectiva coleta de dados serão válidos somente após a aprovação e apresentação do protocolo de pesquisa do CEP/UFCG.

Atenciosamente,

**Mychelle Dantas de Almeida Noletto**  
**Secretária Municipal de Saúde**

## ANEXO B



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Hilton Muniz de Brito, s/nº - Centro.  
CEP: 58.920-000 - Triunfo - Paraíba - Brasil

Autorizo que o pesquisador Fabio Lisboa Machado responsável pelo projeto de pesquisa "PERFIL DO ATENDIMENTO DE TRAUMAS EM CIDADE DE PEQUENO PORTE NO SERTÃO DA PARAÍBA" a ser submetido ao CEP/UFCG utilizam o espaço desta instituição, especificamente a com objetivo exclusivo de coletar os dados necessários para referida pesquisa. Esta autorização e a respectiva coleta de dados serão válidos somente após a aprovação e apresentação do protocolo de pesquisa do CEP/UFCG.

Atenciosamente,

*Kennaline Késsia Egídio Andrade Pereira*  
Kennaline Késsia Egídio Andrade Pereira  
Secretária Municipal de Saúde