



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA

FACULDADE DE ITAITUBA – FAI

CURSO DE BACHAREL EM ENFERMAGEM

KENNEDY FIGUEIRA GAMA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM FRATURA
FECHADA DE FÊMUR**

Itaituba

2016

KENNEDY FIGUEIRA GAMA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM FRATURA
FECHADA DE FÊMUR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção de título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Enf. Raimison Antônio de Abreu
Santos.

Itaituba

2016

Gama, Kennedy Figueira.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM FRATURA FECHADA DE FÊMUR - Pará/ Kennedy Figueira Gama. Itaituba: FAI, 2016.

58 f. il.

Orientador: Raimison Antônio de Abreu Santos

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Itaituba, 2016.

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Santos, Raimison Antônio de Abreu. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR – PA, 2016.

KENNEDY FIGUEIRA GAMA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM FRATURA
FECHADA DE FÊMUR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção de título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Enf. Raimison Antônio de Abreu
Santos.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Raimison Antônio de Abreu Santos

Avaliador: _____ Nota: _____

Resultado: _____ Média: _____

Data: _____ de julho de 2016

Dedico este trabalho aos meus pais que me ensinaram a lutar pelos meus objetivos e à minha namorada Ana Flávia, que me deu apoio emocional e sempre me inspirou a tentar ser uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que em seu infinito amor sempre me consolou e me ajudou nos momentos difíceis.

Aos meus amigos, Italo Rocha, Andréia Demarchi, Linoelma Carvalho, Gleice Macêdo e Letícia Mileide, que formaram o melhor grupo de estudos da qual eu pude participar, e juntos pudemos entender o quanto é importante o trabalho em equipe.

Ao meu orientador e amigo Raimison Abreu que sempre esteve disposto a me ajudar e tirar as minhas dúvidas durante a produção deste trabalho.

Aos meus professores que com paciência e sabedoria, me ensinaram através da teoria e da prática toda a beleza de ser um enfermeiro.

E aos enfermeiros do Hospital Municipal de Itaituba que participaram desta pesquisa e foram de grande importância para o êxito na realização desta monografia.

*Agradeço todas as dificuldades que
enfrentei, não fosse por elas, eu não teria
saído do lugar. As facilidades nos
impedem de caminhar.*

Chico Xavier

RESUMO

Fratura óssea, é uma ruptura na continuidade do osso, ela frequentemente ocorre quando a força aplicada sobre o osso é maior que a força que ele consegue suportar. As fraturas de fêmur são fraturas graves e geralmente resultam de um trauma externo direto de grande força e intensidade, porém também pode ocorrer em consequência de deformidades ósseas ou patologias. Quando o osso é quebrado, as estruturas adjacentes também correm grande risco de serem afetadas, o que resulta em edema de tecidos moles, hemorragia para dentro dos músculos e articulações, luxações articulares, tendões rompidos, nervos lacerados e vasos sanguíneos lesados. A avaliação do paciente vítima desse tipo de trauma realizada pelo enfermeiro, tem como finalidade detectar previamente complicações causadas pela fratura, para que sejam realizados procedimentos necessários para estabilizar o paciente. O presente trabalho tem como objetivos, estudar a importância dos cuidados de enfermagem realizados em pacientes com fraturas fechadas de fêmur atendidos no Hospital Municipal de Itaituba, identificar as ações de enfermagem desenvolvidas pelo enfermeiro por meio da prescrição de enfermagem para prevenir as complicações relacionadas a este tipo de fratura, e identificar o grau de conhecimento dos enfermeiros sobre as possíveis complicações relacionadas às fraturas de fêmur. Para a realização do trabalho foi feita uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva, por meio de uma entrevista de 05 enfermeiros da sala de Emergência do Hospital Municipal de Itaituba (HMI), onde suas respostas foram comparadas com citações bibliográficas. O resultado final foi considerado positivo, pois, através das respostas dadas, podemos notar que os entrevistados estão aptos para atuar na área da saúde, pois entende-se que o grau de conhecimento apresentado pelos mesmos possibilita que realizem um atendimento adequado aos pacientes com fratura fechada de fêmur.

Palavras chave: Fratura de fêmur. Assistência de enfermagem. Urgência e emergência

ABSTRACT

Bone fracture, a rupture in bone continuity, often occurs when the force applied on the bone is greater than the force it can withstand. Femoral fractures are serious fractures and usually result from direct external trauma of great strength and intensity, but it can also occur as a result of bone deformities or pathologies. When the bone is broken, adjacent structures are also at great risk of being affected, resulting in soft tissue edema, bleeding into muscles and joints, joint dislocations, ruptured tendons, lacerated nerves, and injured blood vessels. The evaluation of the patient victim of this type of trauma performed by the nurse, has the purpose of previously detecting complications caused by the fracture, so that necessary procedures are performed to stabilize the patient. The present study aims to study the importance of nursing care performed in patients with closed femoral fractures treated at the Municipal Hospital of Itaituba, to identify the nursing actions developed by the nurse through the prescription of nursing to prevent complications related to this type of fracture, and to identify the degree of knowledge of the nurses about the possible complications related to femoral fractures. For the accomplishment of the work, a quantitative approach research of the descriptive type was done, through an interview of 05 nurses of the Emergency Room of the Municipal Hospital of Itaituba (HMI), where their answers were compared with bibliographical citations. The final result was considered positive because, through the answers given, we can note that the interviewees are apt to act in the health area, because it is understood that the degree of knowledge presented by them allows them to perform an adequate care for patients with fracture closed femur.

Keywords: Femur fracture. Nursing care. Urgency and emergency

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
3 TRAUMA.....	14
3.1 FRATURA.....	15
3.1.1 Classificação de Fraturas.....	16
3.2 FÊMUR.....	17
3.3 FRATURA DE FÊMUR.....	18
3.4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR À VÍTIMAS DE FRATURA DE FÊMUR.....	20
3.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	24
4 METODOLOGIA.....	32
4.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
4.2 TIPO DE ESTUDO.....	32
4.3 AMBIENTE DE PESQUISA.....	32
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	32
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	34
6 CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICE A.....	48
APÊNDICE B.....	50
ANEXO A.....	52
ANEXO B.....	54

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa tem como tema, o cuidado de enfermagem aos pacientes com fratura fechada de fêmur, por se tratar de um dos tipos mais comuns de fratura.

Os cuidados de enfermagem realizados no atendimento pré-hospitalar, na sala de emergência, ou no pós cirúrgico, tem como finalidade evitar que ocorram complicações no quadro do paciente.

A avaliação do paciente vítima desse tipo de trauma, serve para detectar previamente a presença de hemorragias internas, que podem comprometer músculos, tendões e causar, luxações articulares, tendões rompidos, nervos lacerados e vasos sanguíneos lesados, para que sejam realizados procedimentos necessários para estabilizar o paciente. O enfermeiro atuante em atendimento pré-hospitalar necessita ter no mínimo o conhecimento sobre alguns conteúdos considerados básicos, para que esteja realmente capacitado para realizar o atendimento. Alguns temas seriam: manobras de reanimação cardiorrespiratória, manejo dos equipamentos necessários ao atendimento de urgências circulatórias, controle da disfunção respiratória grave, urgências traumáticas, reconhecer os sinais de gravidade da vítima traumatizada, atendimento inicial, bem como as técnicas e manejo do paciente vítima de trauma (GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008).

O diagnóstico de fratura, com perfuração de tecidos adjacentes, entre outras complicações, é radiológico. Porém, o enfermeiro tem o dever de reconhecer os sinais e sintomas nesses casos através da anamnese, e exame físico, para realizar um atendimento adequado e com qualidade. Portanto, obter conhecimentos e utilizá-los em intervenções corretas é parte da responsabilidade da equipe de enfermagem, que deve manter-se sempre atualizada para que haja uma atuação mais eficaz no cuidado do cliente, visando a diminuição de riscos, complicações e morte (ALMEIDA; SOARES, 2010).

O enfermeiro que trabalha na urgência e emergência, além de estar apto para avaliar e identificar situações que poderão levar o paciente a óbito caso não haja intervenção imediata, ainda deve estabelecer prioridades de atendimento, monitorar, avaliar a situação continuamente, além de supervisionar a equipe de saúde e orientar familiares e paciente, tudo isso trabalhando em um ambiente sob elevada pressão e limite de tempo (SMELTZER; BARE, 2002).

No período de internação hospitalar, a equipe de saúde que é responsável pelo cuidado ao paciente, é a enfermagem, considerada a profissão do cuidado, tem o dever de assegurar uma assistência integral e individualizada com qualidade ao paciente (MAYUMI; LÚCIA, 2012).

Além de o cuidado envolver os aspectos físico, psíquico, social e/ou espiritual do paciente, para que o cuidado terapêutico e efetivo, o comprometimento com o desenvolvimento pessoal e o respeito a autonomia do sujeito é de extrema importância (MAYUMI; LÚCIA, 2012).

Diante do alto índice de acidentes automobilísticos na cidade de Itaituba-PA, e outros tipos de acidentes que culminam fraturas de variados tipos, dentre elas a fratura de fêmur, observou-se a necessidade de estudar os cuidados prestados a esses pacientes, pelos enfermeiros do Hospital Municipal de Itaituba (HMI).

Este é um trabalho sobre as condutas de enfermagem a serem tomadas na emergência com a finalidade de estabilizar pacientes com o fêmur fraturado, e cuidados no período de internação dos pacientes, além de estudar as possíveis complicações advindas deste procedimento, ações recomendadas para o seu tratamento, e dificuldades enfrentadas para detectá-las.

O presente trabalho teve como objetivos, estudar a importância dos cuidados de enfermagem realizados em pacientes com fraturas fechadas de fêmur atendidos no Hospital Municipal de Itaituba, identificar as ações de enfermagem desenvolvidas pelo enfermeiro para prevenir as complicações relacionadas a este tipo de fratura, e identificar o grau de conhecimento dos enfermeiros sobre as possíveis complicações relacionadas às fraturas de fêmur.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O cuidado é derivado do latim *cura*, usado no contexto de relações de amor e amizade, expressando a atitude do cuidar, zelo, preocupação pela pessoa amada ou objeto querido (BOFF,2000).

Segundo Heidegger (1998) existem duas possibilidades de realizar o cuidado: o assumir pelo outro ou fazer pelo outro. Dessa forma o outro pode tornar-se dependente. Já a segunda possibilidade favorece ao outro para vir a ser, ou seja, preservando a sua autonomia, ajuda o outro a cuidar do seu próprio ser.

O cuidado é uma característica da raça humana, sendo descrito e experienciado desde os primórdios, demonstra ser uma atitude necessária para a existência humana o desenvolvimento do ser (WALDOW; BORGES, 2011).

A aplicação do cuidado em toda a sua complexidade apresenta-se através da atuação multiprofissional, preservação da autonomia e individualidade do ser humano (ERDMANN *et al.*, 2007).

O cuidado em saúde busca o equilíbrio entre ação e atenção, no qual a terapêutica engloba as atividades técnicas e o combate à doença, incluindo a valorização do sofrimento e sentimentos do paciente. Este é um desafio ético, no qual a ação não exclui a atenção, e a assistência que resulta deste equilíbrio, permite um cuidado com qualidade, prestado ao ser humano, de forma humanizada (MELLO; LIMA, 2010).

O cuidado se concretiza na sociedade com significado de solicitude, diligência, zelo, atenção, se colocar no lugar do outro, empenhar esforços transpessoais. No cuidado em enfermagem revelam-se dois objetivos: um se refere aos procedimentos e técnicas, e outro subjetiva, na sensibilidade, criatividade e intuição de cuidar do outro (SOUZA *et al.*, 2005).

Dessa maneira, a atuação do trabalho em equipe permanece em constante transformação, permitindo tanto as relações entre os profissionais, quanto na dimensão das relações com os usuários e familiares. Este trabalho em saúde deve ser oferecido ao ser humano ou coletividade conforme as especificidades individuais. (MATOS; PIRES; RAMOS, 2010).

Para Merly (2000) processo de trabalho na área de saúde tem início a partir do momento do encontro entre profissional e usuário. A relação de ambos deve ter como finalidade a produção do cuidado, que se concretiza por tecnologias, utilizadas

no processo atual de trabalho por meio da tecnologia leve que envolve as relações usuário/profissional, tecnologia leve-dura, relacionada ao conhecimento técnico adquirido e tecnologia dura, que envolve os procedimentos realizados, associados ao uso de equipamentos e instrumentos.

Dessa maneira, é indispensável que a humanização seja diretamente ligada ao cuidado, uma vez que é pertinente ao ser humano. Está presente na essência do indivíduo, diante do reconhecimento recíproco entre profissional e usuário do direito de cuidar e ser cuidado com qualidade respectivamente (SOUZA; MOREIRA 2008).

3 TRAUMA

Recebe a denominação de trauma (ou traumatismo), o conjunto de um ou mais distúrbios físicos ou psíquicos, causados por um agente interno ou externo. Existem muitas variações de traumas, todas elas são ligadas a acontecimentos não previstos e indesejáveis que, de forma muito ou pouco violenta, produzem alguma forma de lesão ou danos aos indivíduos neles envolvidos (SANTOS, 2008).

Segundo Bravo (2010), na atualidade o trauma está sendo considerado “a doença do século”, isso se deve ao fato da tecnologia nos trazer grandes obras e eventos que nem sempre tem uma influência positiva na vida do ser humano. As armas de fogo, os meios de transporte em geral, edificações entre outras intervenções realizadas pelo homem levaram a facilitação do cotidiano de milhões de pessoas, mas, por outro lado, aumentam cada vez mais a quantidade e a gravidade de lesões e mutilações do trauma e seus diversos mecanismos.

Quando um trauma ocorre com uma estrutura óssea, é chamado de traumatismo ósseo. Este tipo de trauma está presente na fratura óssea, que acontece quando existe uma perda de tecido do osso afetado, devido ao impacto sofrido (LOMBA, 2012).

O traumatismo de extremidade é uma lesão no osso, que tem uma origem traumática, podendo ser causada por um trauma direto ou indireto. Geralmente, quando são independentes, estes tipos de traumas não causam a morte da vítima, a menos que sejam acompanhados por outros tipos de traumas de maior gravidade, comprometendo a vida ou o estado da vítima. Traumatismos de extremidades são divididos em luxação, entorse e fratura (SANTOS, 2008).

As luxações podem ser caracterizadas pela separação de um osso de sua articulação, ela é ocasionada pelo estiramento dos ligamentos que proporcionam a estabilidade da articulação (NAEMT, 2007).

Dentre os traumas de extremidades há também a entorse, na qual ocorre o estiramento e laceração dos ligamentos pela torção brusca, ou pela da amplitude do movimento normal. As entorses assemelham-se à fratura e à luxação, porém somente um exame radiológico possibilita a confirmação da lesão (NAEMT, 2007).

Os traumatismos em extremidades podem resultar em alguns problemas que requerem tratamento rápido e de forma imediata. Estes problemas são: a hemorragia, que pode culminar no choque hipovolêmico caso não seja revertida em

tempo adequado, e a instabilidade, decorrente das fraturas e luxações (NAEMT, 2007).

No choque hipovolêmico há a diminuição da pré-carga devido à diminuição do volume intravascular. Em consequência, há uma diminuição no débito cardíaco, que inicialmente é compensado por taquicardia. Conforme esse mecanismo vai sendo superado, os tecidos aumentam a extração de oxigênio, ocasionam aumento na diferença entre o conteúdo de oxigênio arterial e venoso e queda na saturação venosa mista (SvO₂). O diagnóstico do choque é clínico, baseado em uma boa anamnese e exame físico. Para realizar o diagnóstico, avaliam-se sinais e sintomas de inadequação da perfusão tecidual (SIQUEIRA; SCHMIDT, 2003).

Outros sinais apresentados pelo paciente com choque hipovolêmico são: o psiquismo, onde o doente em geral fica imóvel, apático, mas consciente. A apatia pode ser precedida de angústia e agitação. Pele fria, principalmente nas extremidades, pálida, com turgor cutâneo diminuído. Pulso rápido, fraco e irregular, algumas vezes imperceptível. Hipotensão sistólica e diastólica. Pressão venosa central baixa, caracterizada pelo colapso das veias dificultando a sua punção. Respiração rápida, curta e irregular (CECIL, 1997).

Para o tratamento do choque hipovolêmico é recomendado que o enfermeiro realize o controle da pressão arterial, oferte oxigênio, e instale monitorização básica, que são as intervenções necessárias para um bom prognóstico. A reposição volêmica deve ser feita o mais rápido possível, através da transfusão sanguínea ou administração de soro por punção venosa periférica (SIQUEIRA; SCHMIDT, 2003).

Segundo Oliveira (2002), a hemorragia interna ocasionada pela perfuração de tecidos moles adjacentes pode desencadear o choque hipovolêmico, sem que o enfermeiro consiga identificar o local da perda de sangue. No sangramento interno, as evidências mais comuns são áreas extensas de contusão na superfície corpórea. O paciente com fratura de fêmur perde facilmente até um litro de sangue, todo esse líquido fica confinado nos tecidos moles da coxa, ao redor da fratura, o que desenvolve o edema na região fraturada.

3.1 FRATURA

Fratura óssea, é uma ruptura na continuidade do osso, ela frequentemente ocorre quando a força aplicada sobre o osso é maior que a força que ele consegue suportar. As fraturas de fêmur são fraturas graves e geralmente resultam de um

trauma externo direto de grande força e intensidade, porém também pode ocorrer em consequência de deformidades ósseas ou patologias (RENATA; GOMES; ANDRÉ, 2014).

Quando o osso é quebrado, as estruturas adjacentes também correm grande risco de serem afetadas, o que resulta em edema de tecidos moles, hemorragia para dentro dos músculos e articulações, luxações articulares, tendões rompidos, nervos lacerados e vasos sanguíneos lesados. Assim, as principais queixas são: dor, incapacidade de mexer o membro e deformidade, embora possa variar de acordo com a localização e o tipo de fratura (HERBERT; XAVIER, 2008).

3.1.1 Classificação de Fraturas

Existem algumas classificações de fratura, e estão definidas como: fratura transversal (ou transversa), que ocorre quando a lesão óssea forma um ângulo de 90° em relação à linha do segmento ósseo. Fratura oblíqua ou perpendicular, ocorre quando o ângulo formado pela lesão é diferente de 90° em relação à linha de segmento ósseo. Quando tecidos ósseos do osso fraturado se partem, e formam fragmentos que comprometem a consolidação das duas faces, pela união delas, são classificados como fratura cominutiva. Fratura impactada ocorre quando um osso fraturado entra em contato com uma superfície íntegra, e provoca uma perfuração no osso devido ao impacto. Quando uma fratura ocorre devido a doenças crônicas que afetam tecidos ósseos, esta recebe o nome de fratura patológica (LOMBA, 2012).

As fraturas também são descritas e classificadas de acordo com sua localização, extensão, direção, posição e número de linhas de fraturas e fragmentos ósseos resultantes. Cada região do esqueleto possui suas próprias características de fratura e, conseqüentemente, sistemas de classificação próprios. A fratura é inicialmente classificada em completa ou incompleta. A fratura completa apresenta uma solução de continuidade em todo o diâmetro ósseo e a fratura incompleta apresenta um segmento da cortical intacto (RODRIGUES, 2011).

A fratura completa é classificada como simples ou cominutiva. A fratura simples apresenta uma linha de fratura com dois fragmentos ósseos. A fratura cominuta (ou cominutiva) apresenta duas ou mais linhas de fratura, com, pelo menos, três fragmentos ósseos. O grau de cominuição geralmente se relaciona diretamente com a magnitude da energia envolvida no trauma. A fratura que apresenta a pele adjacente intacta é denominada fechada. A fratura que apresenta

lesão da pele associada com ou sem exposição óssea é denominada aberta ou exposta (RODRIGUES, 2011).

Existem complicações que podem se agravar e causar a amputação do membro, que ocorre quando todo o tecido permanece sem nutrição e oxigenação. Outra complicação que pode ocorrer, é a síndrome compartimental, quando há o aumento da pressão no membro, que ocasiona o comprometimento no suporte sanguíneo oferecendo grande risco de perda do mesmo, e a síndrome de esmagamento, na qual em decorrência da lesão muscular grave há insuficiência renal e morte (NAEMT, 2007).

Segundo Smeltzer; Bare (2002) outra classificação existente, detalha o posicionamento anatômico dos fragmentos ósseos, a descrição das fraturas pode ser feita como: avulsão, cominutiva, composta, compressiva, deprimida, epifisária, espiralada, galho verde, impactada, oblíqua, patológica, simples e transversa.

3.2 FÊMUR

O fêmur é um osso longo de forma tubular que possui uma articulação ao nível do quadril com o osso íliaco e se estende até o joelho articulando-se com a patela, a tibia e a fíbula. Em sua epífise superior é possível observar a cabeça do fêmur, de forma esférica, o colo e duas eminências, que são os trocânteres maior e menor, para inserções dos músculos. A diáfise femural é longa, resistente, ligeiramente encurvada e retorcida sobre o seu eixo, é constituída por osso compacto e apresenta um canal medular no seu interior. Na epífise inferior encontram-se as superfícies articulares que formam o joelho: tróclea do fêmur, epicôndilo lateral e medial, côndilo medial e lateral, fossa intercondilar e face patelar (HERBERT; XAVIER, 2008).

Sua resistência e seu comprimento estão relacionados à maneira do homem andar. O osso apresenta obliquidade em sentido medial, o que traz os pés para baixo da linha de peso do corpo. Assim, quando o homem está de pé e ereto, os pés se aproximam da linha mediana do corpo (MOURÃO; VASCONCELLOS, 2001).

Na mulher, essa obliquidade encontra-se mais acentuada pela diferença no diâmetro da pelve, o que modifica a distância entre a cavidade acetabular de cada lado do quadril (MOURÃO; VASCONCELLOS, 2001).

Segundo Saudek (1993), por ser o maior osso do corpo humano, o fêmur está sujeito a estresses de pressão, cisalhamento e arqueamento quando recebe uma

sobrecarga. Esses estresses são importantes para a produção de fraturas, bem como no desenvolvimento de variados processos patológicos. A sustentação de peso é um dos fatores a serem considerados quando se observam os principais estresses suportados pelo fêmur, principalmente pela característica geométrica da sua extremidade proximal. Outro fator, de grande importância, é o estresse transmitido ao osso pela contração dos músculos existentes no quadril, especialmente os abdutores.

O fêmur é bastante vascularizado, participa da locomoção e é responsável pela sustentação do corpo. Está envolto por grandes massas musculares, dificultando sua exposição óssea em caso de fratura, porém, quando ela ocorre, está sempre associada à lesão de partes moles, especialmente músculos (AAOS/SBOT, 2000).

Os autores Faulkner *et al.* (1993) observaram que o comprimento do eixo do colo do fêmur pode ser um dos fatores que aumentam o risco de fratura, independentemente do valor quantitativo da densidade óssea, é um dado importante e de baixo custo de obtenção. Os autores dizem que há lógica em se admitir que quanto maior o comprimento do eixo do colo do fêmur, maior a suscetibilidade de fratura nessa área.

3.3 FRATURA DE FÊMUR

Existem diferentes tipos de fraturas que podem acometer o fêmur, onde pode-se destacar as mais comuns: fratura de cabeça do fêmur, colo de fêmur, diáfise femural, fratura transtrocanterica e fratura subtrocanterica. O conhecimento do tipo de fratura de fêmur e sua causa são importantes para a escolha do tratamento e manuseio do corpo, visando uma recuperação rápida e eficiente do paciente (AAOS/SBOT, 2000).

Após ocorrer uma fratura da diáfise de fêmur, o paciente quase sempre apresenta rigidez do joelho. Neste caso a rigidez não é devido a problemas no joelho em si, mas às aderências periarticulares e intramedulares que impedem o livre deslizamento de umas fibras musculares sobre outras, e as aderências entre os músculos e o fêmur (BRAVO, 2010).

As fraturas da diáfise do fêmur causam danos a estas estruturas, interferindo nas suas funções específicas e comprometendo todo o membro inferior, quando relacionados com a vascularização e a inervação (BRAVO, 2010).

As fraturas de fêmur podem ocorrer em qualquer faixa etária, porém, sendo causadas por acidentes domésticos em casos de fraturas em crianças e idosos, e acidentes de trabalho e em grande parte automobilísticos quando relacionados a pessoas adultas (ARIYOSHI, 2013).

De acordo com Molina *et al.* (2009) as características socioeconômicas, políticas e culturais de cada região exercem um papel importante na causa de ocorrências de acidentes. Estudos apontam que homens adultos jovens são os mais acometidos por agravos traumáticos, com predominância de acidentes de trânsito.

“Apesar de todas as orientações fornecidas à população, referente a prevenção de traumas, diversas pessoas continuam sofrendo lesões e até indo a óbito por sofrer algum tipo de trauma. Estas situações poderiam ser evitadas. Podemos citar como exemplo os acidentes automobilísticos e a desconscientização das pessoas sobre os cuidados com o uso do cinto de segurança, capacete e muitos outros acessórios de proteção.” (CORRÊA, 2011).

Em relação a outros tipos de traumas causados por acidentes automobilísticos, existem ainda as lesões que acometem a coluna vertebral e/ou medula espinhal, que são consideradas um traumatismo raquimedular. Tais lesões podem ser desde uma concussão transitória até uma transecção completa da medula, que poderá desencadear uma alteração sensorial e motora no nível abaixo da lesão. A maioria desses traumas é causada por ferimentos por arma de fogo, queda de nível, traumas ao mergulhar e acidentes automobilísticos (SANTOS, 2008).

Outro tipo de trauma causado por acidentes de trânsito em que principalmente os motociclistas estão sujeitos, é o trauma de face que pode acometer o encéfalo, olhos, nariz, boca e dentes. Nesse tipo de lesão a vítima pode ter consequências emocionais, pois deformidades na face podem estar presentes. A obstrução das vias aéreas é comum nesse tipo de trauma pois o choque primário na maioria das vezes atinge o septo nasal (SANTOS, 2008).

Em idosos, são vários os fatores associados ao risco de fraturas de fêmur, entre eles estão, a massa corporal reduzida, dieta pobre em cálcio, climatério, pouca atividade física, institucionalização, menor grau de escolaridade e a baixa densidade óssea, considerado fator primordial para a ocorrência de fraturas (ARIYOSHI, 2013).

A partir do momento em que há uma fratura, a vítima apresenta algumas manifestações clínicas, tais como: dor, perda da função, deformidade, encurtamento

do membro fraturado, crepitação, edema na área lesionada e mudança na coloração da pele. Nem sempre todas as manifestações clínicas estarão presentes, a apresentação dos sinais do paciente vítima do trauma dependerá especificamente do tipo de fratura que ocorreu no osso (SMELTZER; BARE, 2002).

3.4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR À VÍTIMAS DE FRATURA DE FÊMUR

No que se refere ao atendimento pré-hospitalar (APH), Santos (2008) diz que é o atendimento realizado por profissionais especialmente treinados e capacitados, como técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e militares do corpo de bombeiros. Este atendimento é considerado como um atendimento de emergência, realizado a vítimas de traumas ou em situações clínicas no ambiente extra-hospitalar, onde se realiza a estabilização das mesmas no local e após realiza-se a remoção até uma unidade hospitalar capaz de realizar o atendimento adequado.

Segundo Corrêa (2011), o profissional que realiza o atendimento à vítima de trauma, independentemente do tipo de acidente ocorrido, deverá estar habilitado para realizar todos os procedimentos padrões referente a este tipo de atendimento. O profissional deve ter conhecimento específico para que possa realizar a avaliação da vítima para a identificação de uma possível fratura, pois requer do profissional um bom conhecimento prévio sobre a anatomia humana, principais manifestações clínicas apresentadas e a biomecânica do trauma. É de extrema importância que o profissional tenha um bom entendimento sobre a biomecânica do trauma, para que possa detectar precocemente possíveis lesões e assim agir adequadamente no atendimento à vítima, para evitar agravamento da lesão.

No momento do atendimento à vítima de trauma é fundamental que haja uma boa avaliação da mesma para que seja tomada a decisão correta. Na avaliação primária, realiza-se uma visão geral do estado da vítima, verificando padrões respiratórios, circulatórios e estado neurológico. Rapidamente poderá ser verificado quais situações apresentam risco de vida e com isso, realizar as intervenções de urgência até estabilizar a vítima e transportá-la até o hospital (NAEMT, 2007).

Conforme diz Corrêa (2011), é crucial o atendimento decorrido desde o momento do trauma até o tratamento definitivo, conhecido como o “Período de Ouro”. Neste período, o atuante tem como dever, realizar toda a avaliação inicial e instituir os cuidados necessários para manter/salvar a vida no menor tempo possível. As principais avaliações a serem feitas nesse momento em ordem de prioridades

são: via aérea, ventilação, oxigenação, controle de hemorragia, perfusão e função neurológica.

Entre as competências mais importantes para o exercício da prática de enfermagem no atendimento pré-hospitalar, estão o raciocínio clínico para a tomada de decisão e a habilidade para executar as intervenções rapidamente (GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008).

O enfermeiro atuante em atendimento pré-hospitalar necessita ter no mínimo o conhecimento sobre alguns conteúdos considerados básicos, para que esteja realmente capacitado para realizar o atendimento. Alguns temas seriam: manobras de reanimação cardiorrespiratória, manejo dos equipamentos necessários ao atendimento de urgências circulatórias; controle da disfunção respiratória grave; urgências traumáticas, reconhecer os sinais de gravidade da vítima traumatizada, atendimento inicial, bem como as técnicas e manejo do paciente vítima de trauma (GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008).

Segundo Santos (2008) o atendimento pré-hospitalar nas situações de trauma deverá ser realizado pelos profissionais com rapidez, organização e eficiência, permitindo que o atendimento e remoção das vítimas sejam a partir de uma adequada tomada de decisão.

O autor relata este atendimento dividindo-o em etapas sequenciais, sendo elas: primeira etapa – Controle da cena: a partir do momento que a equipe se aproxima do local do acidente deverá avaliar toda a situação, assegurar a sua própria segurança, das vítimas e demais presentes, para assim agir de acordo com a avaliação pertinente ao mecanismo do trauma. Segunda etapa: abordagem primária, realizada sem mover a vítima segue-se o ABCD onde A - Vias Aéreas, Controle da Cervical, B – Respiração, C – Circulação, D – Estado Neurológico e E – Exposição da vítima em busca de outras lesões. A abordagem seguinte serão avaliados detalhadamente todos os segmentos do corpo, reavaliar o ABCD, realizar curativos (SANTOS, 2008).

Siqueira; Lemos (2011) descrevem o protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support), que fornece subsídios para todos os profissionais realizarem o atendimento primário e secundário do paciente traumatizado. É um protocolo de grande importância para o êxito no bom atendimento ao paciente, que, feito de forma correta e rápida, pode ser de grande valor para evitar e identificar a existência agravantes à saúde do cliente. Conforme o ATLS, o ABCDE no trauma de uma

forma significa: "A" liberação das vias aéreas. "B" verificar boa respiração e ventilação. "C" verificar boa circulação, controle de hemorragia. "D" avaliação neurológica e verificar pupilas. "E" exposição do paciente com aquecimento corporal.

Após a suspeita de fratura de um membro, a imobilização deve ocorrer de forma imediata, para evitar que o paciente seja movimentado desnecessariamente. A realização deste procedimento deve ser adequadamente, ou seja, sempre incluir articulações adjacentes, isso evitará que haja movimentos desnecessários e cause lesões em partes moles. Todos os cuidados na movimentação dos membros são necessários para evitar a hemorragia, dor ou aumento nas lesões (SMELTZER; BARE, 2002).

Após, um exame físico detalhado deve ser realizado, onde o socorrista examina de maneira ordenada e sistemática todo o corpo da vítima com a finalidade de verificar a existência de lesões não observadas na fase anterior. E por fim, a avaliação continuada, onde os socorristas deverão avaliar periodicamente a vítima, verificando seus sinais vitais e se ocorre mudanças nos aspectos gerais da vítima, reavaliando as vias aéreas, a respiração, a circulação e o nível de consciência até a sua chegada ao hospital (APH-B, 2008).

No caso das fraturas expostas os cuidados referente à contaminação devem ser maiores ainda, pois toda fratura exposta é considerada contaminada. Em nenhum momento o membro deverá ser movimentado a fim de evitar o aumento da fratura, este deverá receber curativo estéril e ser imobilizado na posição inicial (SMELTZER; BARE, 2002).

De acordo com o COREN-SP (2011), em atendimento pré-hospitalar, poderá ser necessário que o profissional de enfermagem realize imobilizações para estabilização de lesões ósteo-musculares para impedir o movimento do membro ferido, e contribuir com a redução da dor, do comprometimento de tecidos moles adjacentes e do risco de complicações.

Porém quando se refere a tratamento de imobilização ósteo-muscular, o Parecer CFM nº 12/1985, fala que a redução de fraturas e sua manutenção, deve ser assumida por médicos:

“A indicação de colocação de aparelhos gessados, talas gessadas, etc., é de exclusiva competência médica. Na confecção do aparelho gessado, talas, etc., entretanto pode o médico solicitar a participação de auxiliares não médicos desde que assumam a supervisão e responsabilidade pelo ato. Quando da feitura de aparelhos gessados ou talas gessadas que se

seguem a redução de fraturas, na maior parte das vezes, cabe ao médico a manutenção dos fragmentos ósseos na posição desejada, enquanto os auxiliares colocam o aparelho gessado. A manutenção da redução da fratura é de importância maior e exige maiores conhecimentos técnicos do que a colocação do gessado em si. Em resumo, aparelhos gessados podem ser colocados e retirados por pessoal auxiliares não médicos qualificados desde que por indicação, supervisão e responsabilidade do médico assistente.”

Ainda com relação às imobilizações de fraturas, há uma resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 422/2012, que fala sobre o treinamento de capacitação na área ortopédica existente para enfermeiros e determinou que o profissional de enfermagem necessita de capacitação especializada em imobilizações ortopédicas para realizar estes procedimentos:

Art. 1º: A assistência de enfermagem em Ortopedia e os procedimentos relativos à imobilização ortopédica poderão ser executados por profissionais de Enfermagem devidamente capacitados.

Parágrafo único. A capacitação a que se refere o caput deste artigo será comprovada mediante apresentação ou registro, no Conselho Regional de Enfermagem da jurisdição a que pertence o profissional de Enfermagem, de certificado emitido por Instituição de Ensino, especialmente credenciada pelo Ministério da Educação ou concedido por Sociedades, Associações ou Colégios de Especialistas, da Enfermagem ou de outras áreas do conhecimento, atendido o disposto nas Resoluções Cofen nº 389/2011 e 418/2011.

Art. 2º: Os cuidados e procedimentos a que se refere esta Resolução deverão ser executados no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se às determinações da Resolução Cofen nº 358/2009.

No atendimento fora do ambiente hospitalar, sem a presença da equipe de atendimento pré-hospitalar, o enfermeiro deve fazer uma rápida análise do ocorrido e verificar a vítima, chamar socorro médico, manter a vítima no local até ter certeza de que não ocorreu nada mais grave que a fratura (SANTOS, 2008).

Primeiramente deve-se observar o nível de consciência da mesma, e se houver algum tipo de objeto sobre a vítima, retirar para não prejudicar o local lesado, a menos, que o objeto tenha perfurado o tecido, nesse caso, não deve ser retirado, para que não seja lesionado nenhum vaso ou artéria. Rasgar ou cortar partes da vestimenta que estejam fazendo pressão sobre a região lesionada, de forma que o local fique exposto. Deve ser dada a orientação para que a vítima não tente se levantar ou tentar levantar a cabeça, pois movimentos bruscos podem causar lesão de cervical. Se a fratura for fechada, deve-se imobilizar o local. Se for fratura aberta, apenas proteger o local com gazes estéreis. Tanto no caso de fratura fechada, como

aberta, não tentar realinhar o membro fraturado, pois nesse momento pode causar complicações ao estado da vítima (SANTOS, 2008).

O tratamento pode ser conservador através de redução fechada, imobilização por gesso e tração esquelética, ou cirúrgico através de osteossíntese, fixação externa, fixação interna com haste intramedular, fixação por placa, artroplastia parcial e artroplastia total (AAOS/SBOT, 2000).

3.5 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR

No período de internação hospitalar, a equipe de saúde que é responsável pelo cuidado ao paciente é a enfermagem, considerada a profissão do cuidado, tem o dever de assegurar uma assistência integral e individualizada com qualidade ao paciente (MAYUMI; LÚCIA, 2012).

Na chegada do paciente ao hospital, a equipe de enfermagem deve transferi-lo para uma maca própria, protegendo o membro afetado. Verificar o tipo de lesão, providenciar a retirada das vestimentas, puncionar acesso venoso, para colher amostra de sangue e para manter hidratação conforme orientação médica. Verificar sinais vitais, dando atenção especial ao pulso do membro fraturado. Realizar limpeza na área da lesão com SF 0,9% e manter a lesão coberta. Manter o material de ortopedia em local de fácil acesso e aguardar orientação do enfermeiro responsável ou equipe atuante. Providenciar a transferência do paciente, da sala de emergência para a sala de imobilização ou outro local predestinado (SANTOS, 2008).

A hidratação venosa tem três tipos de propostas terapêuticas, de acordo com a situação clínica do paciente: 1) A terapia de manutenção repõe as perdas fisiológicas normais; 2) A terapia de reposição, repõe as perdas anormais e excessivas; 3) A terapia dos déficits, é indicada para o tratamento do paciente hipovolêmico (FERREIRA, 2011).

A verificação dos sinais vitais sendo realizada de forma frequente é essencial na avaliação da vítima, devendo ser realizada simultaneamente à história e ao exame físico. São ainda mais significativos quando obtidos em série, e possibilita o acompanhamento de suas variações, e seus valores devem ser analisados conforme a situação clínica (SANTOS, 2008).

O enfermeiro especialista em emergência obteve uma educação direcionada para realizar o cuidado de pacientes em situações de urgência e emergência. Sendo

assim, deverá estar apto para avaliar e identificar situações que poderão levar o paciente a óbito caso não haja intervenção imediata. O profissional de enfermagem ainda estabelece prioridades de atendimento, monitora, avalia a situação continuamente, supervisiona a equipe de saúde, orienta familiares e paciente, e tudo isso em um ambiente sob elevada pressão e limite de tempo (SMELTZER; BARE, 2002).

Segundo Nascimento; Diniz; Assis (2011), os fatores contribuintes para complicações relacionadas à fratura de fêmur em uso de tração esquelética estão associados à deficiência na assistência de enfermagem, envolvendo cuidados relacionados à falta de exame físico, técnicas de manuseio e gravidade apresentada. Além disso, pode-se incluir a deficiência da equipe multidisciplinar, e as condições relacionadas aos pacientes, as quais envolvem: idade, peso, condições ósseas, impactos psicológicos e fisiológicos.

O cuidado com fraturas necessita de um grande empenho do profissional de enfermagem de maneira sistematizada e assertiva, porém, existem falhas desses profissionais quando necessitam identificar e gerenciar este tipo de assistência, sendo de sua responsabilidade identificar as necessidades de cuidado evidenciada no cliente e prescrever cuidados para prevenir complicações e garantir uma assistência sem maiores prejuízos à vida (FRAGOSO; SOARES, 2010).

O tratamento conservador com tração ou tração seguida de imobilização gessada tem altos índices de consolidação, porém o tempo de internação e o tempo para a consolidação e a incidência da consolidação viciosa são maiores que com o tratamento cirúrgico. A tração pode ser utilizada como método de tratamento temporário até a fixação definitiva ou, nos casos de conversão de fixação externa para interna, com necessidade de retirada do fixador externo (FERREIRA; KOJIMA, 2008).

A imobilização mecânica de membros tem como principais finalidades, aliviar a dor e o espasmo muscular, apoiar e alinhar os danos causados ao esqueleto, restringir os movimentos enquanto as lesões cicatrizam, manter a posição funcional até a conclusão da cicatrização, permitir atividades durante a restrição dos movimentos da área lesionada e evitar demais danos estruturais e de deformidades (TIMBY, 2007).

Existem muitos tipos de dispositivos para imobilização mecânica, o uso de vários destes dispositivos pode atingir resultados benéficos. Entre os principais

dispositivos, estão as talas, tipoias, aparelhos ortopédicos, gessos e trações. Esse último sendo mais frequentemente usado de forma breve, para o realinhamento de um osso quebrado, redução de espasmos musculares, alívio de dores, prevenir deformidades e podendo também ser utilizada na recolocação de um osso deslocado à sua posição original (TIMBY, 2007).

Os membros inferiores são responsáveis pelo suporte e mobilidade do corpo humano, região essa de grande vascularização e circulação venosa, a ocorrência de uma fratura pode levar a um comprometimento no funcionamento no padrão circulatório e linfático, além disso, em algumas situações é empregado o uso de uma tração esquelética, que pode predispor o paciente a uma diminuição na qualidade do osso, comprometendo a resistência óssea, e acarretando em complicações musculoesqueléticas devido à força de carga que o osso está recebendo na tração esquelética (SMEITZER; BARE, 2002).

Com o uso de tração esquelética por fratura de fêmur pode também desenvolver complicações como a necrose avascular, trombose venosa profunda e osteoartrose, onde a lesão do suprimento arterial que é causada pelo desvio do osso, faz com que impossibilite a passagem do sangue para a região afetada (SOUZA, 2003).

Mesmo o paciente com fratura fechada da diáfise do fêmur frequentemente apresenta perda de sangue e alterações hemodinâmicas, porém nem sempre há sinais com o aparecimento de hipotensão. Cerca de 40% dos pacientes com fraturas do fêmur podem necessitar de, em média, 2,5 bolsas de concentrado de glóbulos no cuidado e internação inicial (FERREIRA; KOJIMA, 2008).

Segundo Almeida; Soares (2010), o conhecimento do tipo de fratura de fêmur e sua causa são importantes para a escolha do tratamento e manuseio do corpo, para recuperação rápida e eficiente do paciente. O enfermeiro como parte da equipe de saúde tem papel fundamental no processo de cuidado. Ao avaliar o estado clínico, físico e a história do trauma que ocasionou a fratura no fêmur e suas complexidades, o enfermeiro faz seu diagnóstico de enfermagem e prescreve os cuidados de enfermagem. Ainda pelo fato de existirem as complicações precoces e tardias, e o enfermeiro ser o profissional de saúde que está durante mais tempo próximo do paciente, ele tem uma grande responsabilidade e um papel muito importante no tratamento e recuperação de fraturas, pois deve ter um olhar apurado para identificar precocemente qualquer risco ou complicação.

Quando se trata de fraturas do colo femoral, as indicações para o tratamento conservador são limitadas principalmente ao tipo de fraturas por fadiga. O risco de desvio e a alta taxa de necrose avascular são suficientes para que o tratamento conservador não seja indicado para fraturas agudas impactadas ou transversas do colo femoral. O tratamento nos casos conservadores consiste em limitar a atividade a um nível isento de dor, muitas vezes com o uso de muletas e sustentação do peso parcial. Uma vez que os sintomas tenham desaparecido e o tempo suficiente tenha decorrido para a consolidação da fratura, a retomada progressiva da atividade normal é iniciada. O tratamento conservador pode ser indicado para pacientes limitados ao leito, debilitados, incluindo aqueles que possam ser capazes de transferir-se para uma cadeira de com auxílio (AZEVEDO; SOLTAU, 2015).

No cuidado de um paciente que sofreu fratura, o enfermeiro deve avaliá-lo, observando a ocorrência de complicações neurovasculares e sistêmicas. Entre as medidas gerais de enfermagem se inclui: analgesia, instituir medidas de conforto ao paciente, auxílio em atividades cotidianas, prevenção de constipação, promoção da mobilidade física, prevenção de infecção, atenção para os sinais de hipovolemia, manter a integridade cutânea e realizar educação em saúde para preparar o paciente para o autocuidado (TIMBY; SMITH, 2005).

O enfermeiro deve realizar a avaliação neurovascular a cada trinta minutos durante várias horas até a sua estabilização, e depois, de 2 a 4 horas durante 1 ou 2 dias, para detectar complicações, como a síndrome compartimental (TIMBY; SMITH, 2005).

Segundo Mayumi; Lúcia (2012), é imprescindível que a humanização esteja diretamente ligada ao cuidado de enfermagem, uma vez que é inerente ao ser humano. A humanização está na essência do indivíduo, pelo reconhecimento mútuo entre profissional e usuário do direito de cuidar e ser cuidado com qualidade, respectivamente.

O enfermeiro deve ainda, administrar analgésicos prescritos, para que possam aliviar a dor causada pela lesão. Elevar a extremidade afetada é outro cuidado utilizado para a melhora no estado de saúde do paciente, pois reduz o edema e a dor. Para a redução do edema e da dor, também deve-se plicar bolsa de gelo no local da lesão conforme o indicado. Para aliviar a pressão sobre proeminências ósseas e promover o conforto é indicado mudar o paciente de posição dentro dos limites prescritos (TIMBY; SMITH, 2005).

Podem existir complicações durante a recuperação do paciente, embora que na maioria das fraturas, a consolidação ocorra favoravelmente, e pouca ou nenhuma incapacidade permaneça, nem todas as fraturas evoluem tão bem, podendo ter complicações inevitáveis de leves a gravíssimas. A infecção é praticamente limitada às fraturas expostas nas quais a ferida é contaminada por germes trazidos do meio externo. As fraturas fechadas podem infectar-se, quando convertidas em fraturas expostas por uma intervenção cirúrgica. Pode ocorrer lesão de uma artéria ou um vaso pode ser contundido, obliterado por trombose, ou apenas temporariamente ocluído por um espasmo. A consequência pode ser: aneurisma traumático, supressão de suprimento sanguíneo no vaso lesado, com consequência gangrena, paralisia nervosa ou contratura muscular isquêmica. Embolia gordurosa: embora pouco frequente, é uma das mais graves complicações das fraturas e a despeito dos recentes avanços obtidos em seu tratamento, geralmente é fatal. O fator essencial é a oclusão de pequenos vasos sanguíneos por glóbulos de gordura (BRAVO, 2010).

Em casos de fratura exposta, o paciente deve ser acolhido em caráter de emergência, pois o tempo de exposição do osso e de tecidos deve ser mínimo, para evitar contaminações. Em seguida deve-se proteger a fratura com gase estéril. A avaliação para identificação de lesões não detectadas também deve ser realizada, além de coletar a história do paciente e solicitar exames. Deve-se solicitar uma reserva de sangue para transfusão devido à grande perda sanguínea neste tipo de trauma. Para o pré-cirúrgico, deve-se realizar antibioticoterapia venosa, profilaxia do tétano, exames complementares de rotina específico para o tipo de fratura e solicitar a documentação por imagem digital da lesão e da radiografia (DRUMOND; BRAGA; CUNHA, 2012).

Avaliações do estado geral do paciente é uma conduta de rotina para o enfermeiro. O enchimento capilar deve ser rápido (três segundos), a pele deve ter uma temperatura pouco elevada, ser normocorada e o paciente deve ser capaz de mover a extremidade. A diminuição ou ausência de pulsos periféricos, a pele com coloração pálida ou manchada, fria a gelada ou o aumento da dor (principalmente com o movimento) podem indicar obstrução arterial. Sensibilidade alterada como, por exemplo, parestesia, formigamento, pontadas, podem indicar compressão, lesão nervosa e/ou síndrome compartimental. Elevar a extremidade e manter alinhamento adequado quando indicado são medidas utilizadas para promover a circulação e diminuir a interferência na circulação arteriovenosa. Estimular o paciente a

movimentar os dedos dos pés e das mãos e extremidades não afetadas promove a circulação e indica função neurológica e motora (TIMBY; SMITH, 2005).

Os pacientes traumatizados são beneficiados quando recebem um atendimento adequado. Os cuidados recebidos poderão fazer a diferença entre a vida e a morte, entre permanecer com sequela temporariamente ou permanente e entre continuar a desfrutar a vida com bem-estar. Portanto a sobrevivência das vítimas de trauma ao receberem um tratamento rápido e adequado aumenta consideravelmente (NAEMT, 2007).

Quando uma cirurgia se torna necessária, a equipe de enfermagem é responsável pelo estabelecimento e desenvolvimento das diversas ações de cuidado de acordo com a especificidade cirúrgica, no caso da especialidade da cirurgia ortopédica, os cuidados que merecem destaque são: a estabilização de fraturas, o alinhamento e o posicionamento corretos (MAYUMI; LÚCIA, 2012).

Destaca-se a importância ao optar por uma assistência que permita a recuperação precoce dos pacientes com fratura de fêmur, é fundamental ressaltar um cuidado que seja assertivo, a fim de evitar possíveis agravos e contaminações provocados pela longa permanência no ambiente hospitalar (MONTEIRO; FARO, 2006).

Outra necessidade de cuidado de enfermagem é referente à autonomia do paciente, apesar das limitações impostas no momento da hospitalização. A perda da autonomia do paciente e a ruptura com as atividades de vida diária geradas pelo fato da internação hospitalar propiciam os sentimentos desconfortáveis. Frente a isso, os cuidados prestados durante a hospitalização devem estimular a independência do paciente ortopédico conforme as necessidades individuais, pois cada pessoa tem seu histórico de vida, que deve ser respeitado (MAYUMI; LÚCIA, 2012).

Segundo Assunção *et al.* (2008) uma hospitalização leva consigo uma série de problemas com implicações variadas que podem promover perda de funcionalidade, o tempo de internamento durante o período pré-cirúrgico, a mobilidade diminuída, a existência de antecedentes pessoais podem levar ao aparecimento e manutenção de sequelas que originam rapidamente altos graus de dependência. A imobilidade que é gerada pela fratura pode provocar ou agravar uma grande quantidade de patologias clínicas e ortopédicas, como a osteoporose em idosos, com mortalidade após um ano de fratura podendo chegar a 33% dos casos.

Portanto a necessidade de melhorias na assistência a esse paciente está relacionada ao empenho de uma educação continuada e permanente aos envolvidos, uma equipe bem preparada para atender este tipo de paciente e uma avaliação contínua e rigorosa para um planejamento direcionado e aplicado em busca de um resultado satisfatório, adequando sempre às necessidades do trabalho e à qualidade da assistência (PASCHOAL *et al*, 2007).

A equipe de enfermagem tem grande responsabilidade na manutenção da educação em saúde, deste modo, o profissional deve ensinar o paciente a mudar de posição com segurança e aderir às restrições, sempre explicando para quê serve cada procedimento realizado pela equipe de enfermagem. Isso encoraja a participação ativa do paciente e evita que ocorram outras lesões. Desta forma, o paciente irá recuperar ou manterá mobilidade máxima e posição funcional ideal (TIMBY; SMITH, 2005).

Em alguns casos o paciente pode não ter uma boa evolução na sua recuperação após a saída do hospital, porém este não é um problema do pós-alta, mas uma provável consequência da não avaliação das repercussões da doença na vida da pessoa com os cuidados recebidos durante a internação hospitalar, porque o declínio do estado funcional não está associado à patologia, mas à forma de como os cuidados estão organizados, com pouca liberdade do paciente na tomada de decisões e na sua autonomia, empurrando-a para a passividade e com esta, ocorre a diminuição das suas capacidades funcionais (CABETE, 2004).

Portanto, em uma perspectiva de continuidade de cuidados, torna-se fundamental preparar o paciente para o regresso à sua casa, de modo a promover o autocuidado mesmo que existam limitações, prevenir a redução da sua capacidade funcional e motivá-lo/responsabilizá-lo para o restabelecimento do seu estado de saúde e progressão para a independência (MARQUES *et al.*, 2012)

O enfermeiro tem um papel muito importante em todos os períodos do tratamento, pois é o profissional de saúde que está por mais tempo próximo do paciente e deve ter um olhar apurado para identificar qualquer risco ou complicação precocemente. Portanto, obter conhecimentos e utilizá-los em intervenções corretas é parte da responsabilidade da equipe de enfermagem, que deve manter-se sempre atualizada para que haja uma atuação mais eficaz no cuidado do cliente, visando a diminuição de riscos, complicações e morte (ALMEIDA; SOARES, 2010).

O enfermeiro deve ter em mente que além de o cuidado envolver os aspectos físico, psíquico, social ou espiritual do paciente, para que o cuidado terapêutico seja efetivo efetivo, o comprometimento com o desenvolvimento pessoal e o respeito a autonomia do sujeito é de extrema importância (MAYUMI; LÚCIA, 2012).

4. METODOLOGIA

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa teve início somente após o parecer positivo do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Pará (UEPA) da cidade de Santarém, para que pudesse atender aos preceitos éticos pressupostos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

As informações para o presente estudo foram coletadas somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ser realizada pelos entrevistados. Todos os participantes foram informados sobre a finalidade do estudo. Os entrevistados tiveram suas identidades resguardadas, lembrando-os que sua participação não acarretará nenhum prejuízo aos mesmos.

4.2 TIPO DE ESTUDO

O método escolhido, foi um estudo com abordagem descritiva e qualitativa. A pesquisa bibliográfica foi realizada através de livros e artigos científicos relacionados ao tema. A seleção da amostra utilizou uma amostragem não probabilística, onde os elementos da população selecionados para compor a amostra depende do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo. A decisão de quem participou da pesquisa, exigiu que o universo fosse definido de modo que uma amostra adequada pudesse ser selecionada. As entrevistas realizadas com o público correto são fatores básicos para a validade do estudo.

4.3 AMBIENTE DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada com os enfermeiros que atuam na urgência e emergência o Hospital municipal de Itaituba, um hospital de média complexidade que atende todo o município de Itaituba-PA e municípios circunvizinhos.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa qualitativa foi constituída por 05 enfermeiros da sala de Emergência do Hospital Municipal de Itaituba (HMI), tendo utilizado a entrevista, como o instrumento de coleta de dados.

De acordo com Leopardi (2001) “A entrevista é a técnica em que o investigador está presente junto ao informante e formula questões relativas ao seu

problema”. A entrevista foi realizada conforme disponibilidade do profissional entrevistado no ambiente de sua escolha.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Após a obtenção do material, foi realizada a transcrição das respostas dadas pelos participantes selecionados, para que fosse iniciada a fase analítica do trabalho, para que fossem atingidos os objetivos propostos pela pesquisa.

A análise dos dados coletados foi realizada pela comparação entre os resultados da entrevista e a literatura pesquisada, e em sua com representação escrita na qual “[...] consiste em apresentar os dados coletados em forma de texto”, como define Oliveira (2002).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quais os primeiros cuidados de enfermagem a serem tomados com um paciente que possui fratura fechada de fêmur?

Para primeira pergunta da entrevista, que se referia aos primeiros cuidados de enfermagem a serem tomados pelos enfermeiros em casos de pacientes com fratura fechada de fêmur, foram dadas as seguintes respostas:

Apenas o entrevistado 1, citou o protocolo ATLS, reforçando que todo paciente vítima de trauma deve ser atendido seguindo o referido protocolo, para que tenha um atendimento completo e eficaz.

Para Siqueira; Lemos (2011) o ATLS (Advanced Trauma Life Support), é um protocolo de grande importância para o êxito no bom atendimento ao paciente, que, feito de forma correta e rápida, pode ser de grande valor para evitar e identificar a existência agravantes à saúde do cliente. Conforme o ATLS, o ABCDE no trauma de uma forma significa: "A" liberação das vias aéreas. "B" verificar boa respiração e ventilação. "C" verificar boa circulação, controle de hemorragia. "D" avaliação neurológica e verificar pupilas. "E" exposição do paciente com aquecimento corporal.

Percebe-se que a resposta do entrevistado está de acordo com os autores, seguindo o protocolo ATLS, que é um protocolo internacional utilizado para a realização do atendimento ao paciente vítima de trauma. Através desta resposta, pode-se dizer que o entrevistado tem o conhecimento necessário para atuar em sua área e realizar um bom atendimento de enfermagem.

Para os entrevistados 1, 3, 4 e 5, a verificação dos sinais vitais é de fundamental importância para que se possa decidir quais as condutas a serem tomadas inicialmente.

Um exame físico detalhado deve ser realizado, onde o socorrista examina de maneira ordenada e sistemática todo o corpo da vítima com a finalidade de verificar a existência de lesões não observadas anteriormente. E por fim, a avaliação continuada, onde os profissionais de saúde deverão avaliar periodicamente a vítima, verificando seus sinais vitais e se ocorre mudanças nos aspectos gerais da vítima (APH-B, 2008).

A literatura confirma a resposta dos entrevistados, mostrando que através dos sinais vitais do paciente e sua monitorização periódica pode-se perceber as mudanças que podem ocorrer no seu estado de saúde. A atenção e percepção do

enfermeiro para com o paciente, possibilita um atendimento eficaz com uma boa e rápida recuperação do paciente.

Todos os entrevistados acrescentaram às suas respostas, a imobilização como um dos cuidados primordiais a serem realizados no atendimento ao paciente quando for identificada a fratura ou suspeita de fratura.

Segundo Timby (2007), a imobilização mecânica de membros tem como principais finalidades, aliviar a dor e o espasmo muscular, apoiar e alinhar os danos causados ao esqueleto, restringir os movimentos enquanto as lesões cicatrizam, manter a posição funcional até a conclusão da cicatrização, permitir atividades durante a restrição dos movimentos da área lesionada e evitar demais danos estruturais e de deformidades.

Baseado nas informações dadas pelo autor, pode-se notar a grande importância e a necessidade de se realizar a imobilização em membros fraturados para que o paciente tenha um alívio na dor causada pelo trauma, e para que o osso cicatrize de forma correta durante o seu processo de cura.

Quais as complicações que podem ocorrer em um paciente com este tipo de fratura?

Quando perguntado para os entrevistados sobre as complicações que podem ocorrer em um paciente com este tipo de fratura, as respostas obtidas foram as seguintes:

Todos os entrevistados responderam que há perigo de hemorragia interna com risco de evolução para choque hipovolêmico e hipotensão arterial.

Os traumatismos em extremidades podem resultar em alguns problemas que requerem tratamento imediato. Estes problemas são: a hemorragia, que pode levar ao choque hipovolêmico caso não seja revertido em tempo adequado, e a instabilidade, decorrente das fraturas e luxações (NAEMT, 2007).

Através da literatura, é possível notar que os entrevistados responderam de forma correta em relação ao risco que pacientes com fratura de fêmur correm do osso fraturado atingir artérias ou partes de tecidos moles desencadeando uma hemorragia interna que pode evoluir para o choque hipovolêmico.

Foi citada ainda pelos entrevistados 1 e 5, a síndrome compartimental como complicação que também pode ocorrer no paciente com fratura óssea.

Outra complicação que pode ocorrer, é a síndrome compartimental, quando o aumento da pressão no membro ocasiona o comprometimento no suporte sanguíneo oferecendo grande risco de perda do mesmo, e síndrome de esmagamento, na qual em decorrência da lesão muscular grave há insuficiência renal e morte (NAEMT, 2007).

O conhecimento das complicações que o paciente pode ter é necessário para que o enfermeiro possa detectar prematuramente essa complicação e evitar que ela ocorra ou se desenvolva a ponto de o paciente vir a óbito ou perder o membro afetado pela lesão. Diante disso e através da literatura, podemos confirmar o alto grau de conhecimento dos participantes da pesquisa em relação ao assunto.

Apenas o entrevistado 3 acrescentou à sua resposta, o risco existente de infecção no local fraturado, no caso de fratura exposta se o paciente não for atendido com os cuidados necessários.

A infecção é praticamente limitada às fraturas expostas nas quais a ferida é contaminada por germes trazidos do meio externo. As fraturas fechadas podem infectar-se, quando convertida em fratura exposta por uma intervenção cirúrgica (BRAVO, 2010).

O tema do trabalho é relacionado aos pacientes com fraturas fechadas, o que não impede que seja citado pelo entrevistado, um risco que pacientes com fratura aberta correm. Portanto ao analisar a resposta dada pelo entrevistado juntamente com a literatura utilizada no presente trabalho, pode-se afirmar que o participante da pesquisa utilizou-se de uma resposta correta baseada em seus conhecimentos adquiridos durante o processo de aprendizagem em sua formação profissional.

Como identificar tais complicações?

Referindo-se às complicações citadas anteriormente pelos entrevistados, Todos os entrevistados responderam que através de alterações nos sinais vitais (principalmente pressão arterial), é possível identificar a evolução do paciente para choque hipovolêmico.

O diagnóstico do choque é clínico, baseado em uma boa anamnese e exame físico. Para realizar o diagnóstico, avaliam-se sinais e sintomas de inadequação da perfusão tecidual. Hipotensão arterial pode estar presente, e tem grande importância no diagnóstico do choque hipovolêmico (SIQUEIRA; SCHMIDT, 2003).

Como já citado anteriormente, através dos sinais vitais do paciente e sua monitorização periódica pode-se perceber as mudanças que podem ocorrer no seu estado de saúde. A atenção e percepção do enfermeiro para com o paciente, possibilita um atendimento eficaz com uma boa e rápida recuperação do paciente. Portanto, através dos sinais apresentados pelo paciente e a atenção na verificação dos sinais vitais, é possível identificar quando existe a evolução do mesmo para choque hipovolêmico.

Palidez, pele húmida e fria, sede excessiva e visão nublada, foram outros sinais de choque hipovolêmico relatados pelos entrevistados 3 e 4. Foi acrescentado às suas respostas, que na presença de hemorragia interna, o membro afetado apresenta edema local e o paciente queixa dor na área do trauma.

Alguns dos sinais do choque hipovolêmico são: o psiquismo, onde o doente em geral fica imóvel, apático, mas consciente. A apatia pode ser precedida de angústia e agitação. Pele fria, principalmente nas extremidades, pálida, com turgor cutâneo diminuído. Pulso rápido, fraco e irregular, algumas vezes imperceptível. Hipotensão sistólica e diastólica. Pressão venosa central baixa, caracterizada pelo colapso das veias dificultando a sua punção. Respiração rápida, curta e irregular (CECIL, 1997).

Segundo Oliveira (2002), a hemorragia interna pode desencadear choque hipovolêmico, sem que o enfermeiro identifique o local da perda de sangue. No sangramento interno, as evidências mais comuns são áreas extensas de contusão na superfície corpórea. O paciente com fratura de fêmur perde facilmente até um litro de sangue, ficando confinado nos tecidos moles da coxa, ao redor da fratura, e apresenta edema na região fraturada.

O enfermeiro precisa estar sempre atento à todos os sinais apresentados pelo paciente, identificá-los é de extrema importância. Os autores citam os principais sinais do choque hipovolêmico, e o sinal de hemorragia interna, apresentado através do edema no local da fratura, além de explicarem os motivos pelo qual ocorre o edema, que coincide com as respostas dadas pelos entrevistados, confirmando assim, que os mesmos estão aptos à atuar na área da saúde.

Como preveni-las?

Os participantes da entrevista responderam à pergunta da seguinte forma:

Controle hemodinâmico e de sinais vitais, e compressa de água fria sobre o membro fraturado, foram as medidas citadas pelos entrevistados 1, 2, 4 e 5, para que se possa evitar o choque hipovolêmico e a evolução de hemorragia interna respectivamente.

Segundo Siqueira; Schmidt (2003) para o seu tratamento é recomendada a correção da pressão arterial, ofertar oxigênio, e instalar monitorização básica, que são intervenções necessárias para um bom prognóstico. A reposição volêmica deve ser feita o mais rápido possível, através da transfusão sanguínea ou administração de soro na veia.

A reposição volêmica e o controle de sinais vitais são de fundamental importância no atendimento do paciente fraturado, pois além de servir para tratar as alterações no organismo causadas pelo trauma, também são utilizados para prevenir demais complicações que possam ocorrer. Pode-se confirmar isso através das respostas dadas pelos entrevistados e pelas palavras do autor na citação utilizada.

O entrevistado 3 utilizou-se da seguinte resposta:

"Para que não haja complicações graves é necessário que toda a equipe esteja preparada para atender esse paciente de forma rápida e sistematizada, tendo o máximo de cuidado na imobilização do fêmur e estar atento nos sinais vitais e nas queixas que o paciente vai referir."

Os pacientes traumatizados são beneficiados quando recebem um atendimento adequado. Os cuidados recebidos poderão fazer a diferença entre a vida e a morte, entre permanecer com seqüela temporariamente ou permanente e entre continuar a desfrutar a vida com bem-estar. Portanto a sobrevivência das vítimas de trauma ao receberem um tratamento rápido e adequado aumenta consideravelmente (NAEMT, 2007).

Através da literatura, percebe-se que o entrevistado responde de forma correta. Como já citado anteriormente, é necessário que a equipe de enfermagem esteja atenta à todos os sinais apresentados pelo paciente, sintomas relatados por eles, mas além disso, é necessário que a equipe trabalhe de forma rápida e sistematizada para que o paciente possa ter uma melhora rápida e com qualidade.

Quais medidas devem ser tomadas pelo enfermeiro para estabilizar o paciente, frente às referidas complicações?

A última pergunta do roteiro de entrevistas, se referia aos cuidados de enfermagem necessários para estabilizar o paciente com fratura de fêmur mediante complicações no seu quadro clínico.

Todos os participantes da entrevista reforçaram a importância da imobilização do membro fraturado e reposição volêmica através de acesso venoso periférico.

Segundo Santos (2008) a equipe de enfermagem deve puncionar acesso venoso, para manter hidratação conforme orientação médica. Verificar sinais vitais, dando atenção especial ao pulso do membro fraturado. Realizar limpeza na área da lesão com SF 0,9% e manter a lesão coberta. Manter o material de ortopedia em local de fácil acesso e aguardar orientação do enfermeiro responsável ou equipe atuante. Providenciar a transferência do paciente, da sala de emergência para a sala de imobilização ou outro local predestinado.

Ao consultar a literatura é possível notar que a resposta dada pelos participantes da pesquisa está correta. A imobilização da fratura tem como finalidade corrigir a posição do osso e evitar que ele atinja artérias, tecidos moles, provocando hemorragia interna, edema, entre outras complicações. Por esse motivo é fundamental que a equipe de enfermagem realize a imobilização do membro, além de manter a hidratação venosa para manter os sinais vitais dentro dos parâmetros normais.

Os entrevistados 1 e 5 citaram a ativação da circulação sanguínea no edema e a elevação do membro afetado.

Para Timby; Smith (2005), elevar a extremidade afetada é outro cuidado utilizado para a melhora no estado de saúde do paciente, pois reduz o edema e a dor. Para a redução do edema e da dor, também deve-se plicar bolsa de gelo no local da lesão conforme o indicado.

Segundo os autores, as medidas de elevação do membro fraturado e a aplicação da bolsa de gelo sobre o edema realmente ajudam na estabilização do paciente, confirmando a resposta dos entrevistados como corretas. Entre as suas funções, o enfermeiro deve saber os métodos para aliviar a dor do paciente, sem depender somente do tratamento medicamentoso prescrito pelo médico, portanto é de extrema importância ter conhecimentos sobre os procedimentos que podem ser realizados.

A eliminação de compressões nas proeminências ósseas do paciente através da mudança de posição ou o uso do colchão "casca de ovo", foi outra medida de cuidado de enfermagem citada pelo entrevistado 1.

Para aliviar a pressão sobre proeminências ósseas e promover o conforto é indicado mudar o paciente de posição dentro dos limites prescritos (TIMBY; SMITH, 2005).

Durante o internamento hospitalar, o paciente passa muito tempo acamado na mesma posição, o que pode ocasionar úlceras por pressão. Por esse motivo é sempre importante a mudança de decúbito, e/ou a utilização do colchão "casca de ovo", que alivia a pressão nas proeminências ósseas evitando o aparecimento de úlceras. Portanto, baseando-se na literatura pode-se considerar a resposta correta.

6. CONCLUSÃO

Diante desses argumentos, podemos considerar que o enfermeiro tem grande importância em relação ao paciente fraturado, desde que empregue os cuidados de enfermagem de forma correta e ágil, baseando-se na literatura para alcançar um bom resultado a partir dos procedimentos realizados.

Sabemos que o atendimento realizado fora do ambiente hospitalar deve ser feito pelo enfermeiro seguindo um protocolo pré-estabelecido, pois o A, B, C, D, E do trauma possui grande relevância para a vida do paciente, e que ao se deparar com um caso de fratura de fêmur, o enfermeiro deve realizar um rápido exame físico, que deverá apresentar as principais determinantes para uma conduta correta.

Na chegada do paciente ao hospital, o mesmo deve ser atendido pela equipe de enfermagem, que irá fazer um exame físico mais detalhado, e realizar os cuidados primários para que ocorra a estabilização do paciente. Imobilização, monitorização de sinais vitais, punção venosa periférica, analgesia com administração das demais medicações prescritas, e atenção aos sinais e sintomas apresentados pelo paciente também são cuidados de enfermagem que não podem faltar durante o primeiro atendimento ao paciente no ambiente hospitalar.

Em relação às condutas de enfermagem para a prevenção de complicações causadas pela fratura de fêmur, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento sobre tudo que possa agravar o estado de saúde do paciente, os procedimentos necessários e a forma correta de realiza-los, para que o período de internação hospitalar sirva apenas para a recuperação do trauma do paciente, sem que o mesmo tenha que passar por complicações advindas da falta de atenção ou pela falta de conhecimento do enfermeiro responsável. As complicações mais comuns citadas pelos participantes da presente pesquisa, foram: hemorragia interna, choque hipovolêmico com hipotensão arterial e a síndrome compartimental. Todas as complicações citadas, podem na maioria das vezes ser evitadas através dos cuidados de enfermagem, com a inspeção, palpação, verificação de sinais vitais, atenção aos sinais e sintomas apresentados. Todos esses aspectos podem ser notados pelo enfermeiro se ele manter uma avaliação de forma periódica ao quadro clínico do paciente.

A pesquisa realizada com os enfermeiros da sala de emergência do Hospital Municipal de Itaituba, foi de grande relevância, pois entende-se que o grau de

conhecimento apresentado pelos mesmos possibilita que realizem um atendimento adequado aos pacientes com fratura fechada de fêmur.

Nesse contexto, pode-se dizer que a presente pesquisa termina com pontos positivos, pois as respostas apresentadas pelos enfermeiros entrevistados em comparação com a pesquisa bibliográfica, mostra que todos possuem conhecimentos e habilidades para realizar um bom atendimento.

Os cuidados de enfermagem e os conhecimentos necessários para um atendimento eficaz ao paciente com fratura fechada de fêmur, são de grande relevância para que o paciente não venha a óbito e tenha uma recuperação com qualidade.

Pode-se concluir que todos os enfermeiros entrevistados atuantes na sala de Emergência do Hospital Municipal de Itaituba possuem conhecimento e preparação necessários para realizar um atendimento com qualidade aos pacientes vítimas de fratura fechada de fêmur.

REFERÊNCIAS

AAOS (AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS)/SBOT. **Atualização em Conhecimentos ortopédicos– Trauma**. Editora Atheneu, 2000.

ALMEIDA, D. R.; SOARES, E. Assistência de enfermagem a um paciente com fratura de fêmur. **Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental online**. Universidade federal do estado do Rio de Janeiro. Out/dez 2010. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/1092c>>. Acesso em: 29 de Agosto de 2015.

APH-B. Curso de Formação de Socorristas em Atendimento Pré-Hospitalar-Básico. CBMSC, Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, 2008. Disponível em: <https://www.acafe.org.br/new/concursos/cfo_bombeiro_2009_2/recurso_questao/anexos/250647_52_12463942414a4a77819b76b.doc>. Acesso em: 04 fev 2015.

ARIYOSHI, A. F. Características epidemiológicas das fraturas de fêmur proximal tratadas na Santa Casa de Misericórdia de Batatais – SP. **Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto**. 2013. P 99.

ASSUNÇÃO, J. H. *et al*. Fatores preditivos para marcha na fratura transtrocanteriana do fêmur. **Acta ortop. bras.**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 35-39, 2008.

AZEVEDO, E.; SOLTAU, W. D. Elementos básicos de diagnóstico Fatura do colo femoral. **Revista brasileira de medicina**. P 06-10. 2015. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3259. Acesso em: 08 de Novembro de 2015.

BOFF, L. **Saber cuidar**. Petrópolis: Vozes; 2000.

BRAVO, A. L. Alterações Funcionais Decorrentes das Fraturas de Diáfise de Fêmur em Adultos Jovens. **Monografia de pós-graduação em Especialização em Fisioterapia Traumato-ortopédica e Esportiva - Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)**. Dez. 2010. P 26-27. Disponível em: <<http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/00004E/00004E85.pdf>>. Acesso em: 26 set 2015.

CABETE, D. G. **O idoso, a doença e o hospital**. Loures: Lusociência, 2004.

CECIL, R. L. **Tratado de Medicina Interna**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen n.º 442, de 4 de abril de 2012. Normatiza a atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados ortopédicos e procedimentos de imobilização ortopédica**. Disponível em: <<http://www.corendf.org.br/portal/index.php/resolucoes/1561-resolucao-cofen-n-422-2012>>. Acesso em: 05 ago 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP Gab. n.º 058/2011. Realização de Imobilização de Fratura por Profissionais de Enfermagem**. P 02-03. Nov. 2011.

CORRÊA, T. L. Prática Assistencial de Enfermagem à Vítima de Trauma com Fraturas de Membros no Atendimento Pré-hospitalar Fundamentada em Wanda de Aguiar Horta. **TCC para obtenção do grau de Especialista em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência - Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)**. P 11. Ago. 2011.

DRUMOND, J. M. N.; BRAGA, G. F.; CUNHA, F. M. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Diretrizes Clínicas: tratamento primário das fraturas expostas**. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/protocolos-clinicos>>. Acesso em: 07 ago 2015

ERDMANN, A. L.; SOUZA, F. G. M.; BACKES, D. S.; MELLO, A. L. S. F. Construindo um modelo de sistema de cuidados. **Acta Paul Enferm**. Mar 2007. P 180-5.

FAULKNER, K. E.; CUMMINGS, S. R.; BLACK, D.; PALERMO, L.; GLÜER, C. C.; GENANT, K. H. **Simple measurement of femoral geometry predicts hip fracture: the study of osteoporotic fracture**. Set 1993.

FERREIRA, L. G. B. **Terapia de Hidratação Venosa**. Revista HUPE. UERJ, Rio de Janeiro, 2011.

FERREIRA, R. V.; KOJIMA, K. E. Fratura Fechada da Diáfise do Fêmur no Adulto. **Projeto Diretrizes-Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**. P 04, abr. 2008.

FRAGOSO, D. A. R.; SOARES, E. Assistência de enfermagem a um paciente com fratura de fêmur, **Revista Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.688-691, 2010.

GENTIL, R. C.; RAMOS, L. H.; WHITAKER, I. Y. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Vol.16, n.2, p. 192-197. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200004&script=sci_abstract&tln. Acesso em: 15 nov 2015.

HEBERT, S.; XAVIER, R. **Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 4^oed. 2008.

HEIDEGGER, M.; **Ser é tempo**. Parte I. 3^a ed. Petrópolis: Vozes; 1998.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2001. Disponível em: < http://www.cesed.br/fisioterapia/blog/wp-content/uploads/2011/01/Plano_de_Ensino_METODOLOGIA_DA_PESQUISA_EM_SAUDE_2010_1.doc>. Acesso em: 02 ago 2015.

LOMBA, M. Traumatismos. **Emergência e atendimentos pré-hospitalares**. Objetivo saúde. Olinda-PE, 4^a ed., v.3, p. 81-82, 2012.

MARQUES, A. S. R. P.; COSTA, V. S. H.; OLIVEIRA, M. J.; LINO, N. F. L.; BAIXINHO, C.; FERREIRA, O. Promotion of self-care to the person dependent on nursing care. **Rev enferm UFPE on line**. 2012 Jan. P. 165-71. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/2369945_88277359998237939_500/promotion-18185731>. Acesso em: 02 dez 2015.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Expressões da subjetividade no trabalho de equipes interdisciplinares de saúde. **Rev. Min.Enferm**. Jan 2010. P 59-67.

MAYUMI, J. H.; LÚCIA, M. G. O cuidado perioperatório ao paciente ortopédico sob o olhar da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**. P 210-211, abr./jun., 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/521>>. Acesso em: 28 nov 2015.

MELLO, D. F.; LIMA, R. A. G. O cuidado de enfermagem e a abordagem Winnicottiana. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 563-9, 2010.

MERLY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface Comunic Saúde Educ.** Jun 2000. P 109-16.

MOLINA, R. Z.; CÉLIA, M. B.; RITA, S. M.; CAMPOS, E. C.; *et al.* Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. **Revista Eletrônica de Enfermagem-UFG.** P. 813, nov. 2009.

MONTEIRO, R. C.; FARO, M. C. A.; O cuidador do idoso e sua compreensão sobre a prevenção e o tratamento cirúrgico das fraturas de fêmur. **Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento**, Porto Alegre, v.10, p.105-121, dez 2006.

LOURÃO, A. L.; VASCONCELLOS, H. A. Geometria do fêmur proximal em ossos de brasileiros. **Revista Acta Fisiátrica**, Rio de Janeiro, dez 2001.

NAEMT. National Association of Emergency Medical Technicians. **Phils: Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. Disponível em: <https://issuu.com/elsevier_saude/docs/naemt_e-sample/5>. Acessado em: 26 out 2015.

NASCIMENTO, R. S.; DINIZ, D. S.; ASSIS, A. M. **Assistência de enfermagem aos pacientes com fratura de fêmur.** Universidade de Mogi das Cruzes – SP. São Paulo 2011. Disponível em: <http://www.unc.br/_img/_diversos/pesquisa/pibic_pvic/XVIII_congresso/artigos/Sheila%20Roberta%20do%20Nascimento.pdf>. Acesso em: 29 de Novembro de 2015.

OLIVEIRA, B. F. M. *et al.* **Trauma - Atendimento Pré-hospitalar.** Curitiba: Atheneu, 2002.

PASCHOAL, S. A.; MANTOVANI, F. M.; MÉIER, J. M. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino, **Ver. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.3, p.478-84, 2007.

RENATA, A.; GOMES, R.; ANDRÉ, C. A importância da liberação miofascial em pós fratura de fêmur. **Revista Científica FAECE Saúde.** P 14, mar 2014.

RODRIGUES, M. B. Diagnóstico por imagem no trauma músculo-esquelético – princípios gerais/ Diagnostic imaging in musculoskeletal trauma - general principles. **Rev Med.** São Paulo. P 186, out.- dez. 2011.

SANTOS, N. C. M. **Urgência e emergência para enfermagem:** do atendimento pré-hospitalar APH à sala de emergência. São Paulo, 5° ed., p. 128-132, látria, 2008.

SAUDEK, C. E. O quadril. In: GOULD, J. A. **Fisioterapia na ortopedia e no esporte**. 2 ed. São Paulo: Manole; 1993. p.345-92.

SIQUEIRA, B. G.; SCHMIDT, A. **Choque circulatório: definição, diagnóstico e tratamento**. Medicina, Ribeirão Preto 2003. P 145-150.

SIQUEIRA, I. A.; LEMOS, L. S. M. **Protocolo de Enfermagem para vítima de traumatismo crânioencefálico**: Revisão do processo através da leitura de prontuários. 2011. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) - Faculdade Anhanguera de Taubaté, 2011. Disponível em: <http://gerenciame1.dominiotemporario.com/doc/Protocolo_de_Enfermagem_para_vitima_com_traumatismo_cranioencefalico_Revisao_do_processo_atraves_da_leitura_de_prontuarios.pdf>. Acesso em: 23 dez 2015.

SMELTZER, S.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. ed.9, vol.4, p 256-289. Guanabara Koogan, 2002.

SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B.; PADILHA, M. I. C. S.; PRADO, M. L. O Cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enferm**. Fev 2005. P 266-70.

SOUZA, S. C. Infecções de tecidos moles. **Simpósio: Urgências e emergências Infeciosas**. Ribeirão Preto, 36, p.351-356, dez 2003.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. The topic of humanization within healthcare: some issues for debate. **Interface Comunic Saúde Educ**. Dez 2008. P 327-38.

TIMBY, B. K. Imobilização Mecânica. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. São Paulo – SP, p.547-555. Artmed, 2007.

TIMBY, B. K.; SMITH, N. E. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 8. ed. Barueri: Manole, 2005. xxii, p 1078.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-8, 2011.

APÉNDICE A

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar.

Em caso de dúvidas poderei contatar a qualquer momento o pesquisador Kennedy Figueira Gama pelo telefone (93) 99184-1605 ou pelo e-mail, kennedyenf@hotmail.com, assim como seu orientador, Raimison Antônio De Abreu Santos, ou ainda com a Secretaria do comitê de Ética em Pesquisa da UEPA (Universidade do Estado do Pará) pelo telefone (93) 3512-8013.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

ITAITUBA, _____ de _____ de 20_____.

Participante

Pesquisador

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Quais os primeiros cuidados de enfermagem a serem tomados com um paciente que possui fratura fechada de fêmur?
2. Quais as complicações que podem ocorrer em um paciente com este tipo de fratura?
3. Como identificar tais complicações?
4. Como preveni-las?
5. Quais medidas devem ser tomadas pelo enfermeiro para estabilizar o paciente, frente às referidas complicações?

ANEXO A



**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA
NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA**

ITAITUBA, 15 de Janeiro de 2016

Ilmo. Sr. Raimisson Abreu
Diretor de Enfermagem do Hospital Municipal de Itaituba
Direção de Enfermagem do Hospital Municipal de Itaituba

Vimos por meio deste solicitar em nome da acadêmica Kennedy Figueira Gama, responsável principal pelo projeto de monografia da disciplina de TCC, o qual pertence ao curso de Enfermagem da Faculdade de Itaituba, autorização do Direção de Enfermagem do Hospital Municipal de Itaituba, para realizar pesquisa no referido hospital para o trabalho de pesquisa sob o título Cuidados de enfermagem a pacientes com fratura de fêmur, Orientado pelo Professor(a) Raimison Antônio de Abreu Santos.

Contato do pesquisador principal e orientador
Kennedy Figueira (93)99184-1605
Raimison Abreu (93)99133-1316

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Gerência.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Kennedy Figueira Gama
Assinatura do Pesquisador Principal
Faculdade de Itaituba

Aline Soares dos Santos
Profa. Me. Aline Soares dos Santos

Coordenadora do Curso de Enfermagem da FAI

Recebido
em 15/01/16

Raimison Abreu
Enfermeiro
COREN - PA 446301

ANEXO B



CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Eu, Raimisson Antonio de Abreu Santos, Diretor de Enfermagem do Hospital Municipal, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada

Cuidados de enfermagem a pacientes com fratura fechada de fêmur

sob responsabilidade do pesquisador

Kennedy Figueira Gama

no setor Emergência

Itaituba, 08 / 02 / 16

Raimisson Abreu

Diretor de Enfermagem do HMI