



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

PARECER COREN-SP GAB Nº 058 / 2011

Assunto: Realização de Imobilização de fratura por profissionais de enfermagem.

1. Do fato

Solicitado parecer pela AATec sobre as competências do profissional de enfermagem na realização do procedimento de imobilização de fratura.

2. Da fundamentação e análise

Trauma é a permutação de energia entre dois corpos, dos quais um poderá ser uma pessoa, ou os dois poderão ser pessoas. Se no trauma for criada uma cavidade temporária, este recebe o nome de trauma fechado ou contusão, sendo que quando a cavidade possuir dois componentes, sendo temporária pelas ondas de choque e permanente por causa da destruição de tecido, fica configurado o trauma aberto ou ferimento. O atendimento ao traumatizado incluirá, então, a fase pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação.¹

O atendimento pré-hospitalar (APH) está regulamentado, atualmente, pela Portaria GM/MS sob o nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Em APH, o profissional, inclusive de enfermagem, poderá se deparar com a necessidade de realizar imobilizações para estabilização de lesões ósteo-musculares com a finalidade de impedir o movimento do membro ferido, contribuindo para a redução da dor, do comprometimento de tecidos moles adjacentes e do risco de complicações, prevenindo incapacidades. Em geral, utilizam-se talas comerciais moldáveis e acolchoadas para imobilizar uma articulação acima e outra abaixo da lesão suspeita.^{2,3}

Ressalta-se que a ruptura de estruturas de suporte de uma articulação, a fratura de um osso ou a lesão grave de músculo ou tendão afetam a capacidade de uma extremidade de



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

sustentação. As lesões que causam instabilidade de osso ou articulações são denominadas fraturas e luxações.²

Neste sentido, tem-se que a fratura é caracterizada por uma lesão óssea de origem traumática, produzida por trauma direto ou indireto, de alta ou baixa energia. O conjunto de fragmentos ósseos produzidos pela fratura e os tecidos lesados em torno da contusão são denominados focos da fratura. O osso é o único tecido do organismo humano que cicatriza com o mesmo tecido anterior a lesão, sendo esse processo denominado de consolidação.²

As fraturas podem ser classificadas quanto ao traço de fratura em⁴:

- Incompleta: ocorre a lesão óssea, mas não rompe a continuidade óssea.
- Completa: os fragmentos ósseos perdem a continuidade, ficando desviados ou não. O manuseio desse tipo de fratura deve ser realizado com cuidado e conhecimento técnico para evitar lesão nos tecidos vizinhos.

No que se refere à exposição do foco de fratura, podem ser⁴:

- Fechada: o foco da fratura está protegido por partes moles e com pele íntegra.
- Aberta ou Exposta: o foco da fratura está em contato com o meio externo, com o osso exteriorizado ou não. A pele, nesses casos, está sempre lesada.

Assim, antes e após a realização do procedimento de imobilização o profissional deverá avaliar atentamente o membro quanto à função circulatória, motora e sensitiva.³ Ressalta-se que a imobilização inadequada ou o manuseio grosseiro de um membro fraturado pode transformar uma fratura fechada em exposta e agravar o quadro do paciente.²

No que se refere ao tratamento de imobilização da lesão ósteo-muscular, propriamente dita, o Parecer CFM nº 12/1985⁵ relata que a redução de fraturas e sua manutenção é de importância maior do que a própria imobilização pós-redução, devendo 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



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO
participação de auxiliares não médicos desde que assuma 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.***

(Grifos Nossos)

Ainda, de acordo com o Parecer CFM nº 35/2002⁶, **a imobilização de risco** é atribuição do médico e não de pessoal auxiliar, “*in verbis*”:

“As imobilizações especiais ou de risco, tais como as realizadas em pacientes anestesiados, as confeccionadas em pós-operatório imediato, as aplicadas em pacientes com lesões neurológicas, vasculares ou extensa da pele, as que visem correção em crianças, as que necessitem mesa ortopédica para sua confecção, as que incluem três ou mais articulações e as que se sigam à redução ou manipulação serão procedidas, necessariamente, com a participação direta do médico.”

Cumprе ressaltar que a colocação de aparelho gessado (gesso funcional ou fechado) ou tala gessada no tratamento conservador de lesões ósteo-musculares, quando mal realizada, poderá ocasionar danos à vítima imobilizada, como alterações na circulação sanguínea local podendo gerar gangrena com perda parcial ou total do membro imobilizado; úlceras de gesso; pressão sobre os nervos periféricos com consequente perda de movimentos; e dermatites.⁷



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

Esclarece-se que, a profissão de enfermagem, suas categorias e respectivas atribuições, está regulamentada pela Lei 7.498/1986⁸ e pelo Decreto 94.406/1987. De acordo com a referida Lei, compete ao Enfermeiro:

“Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

...”

(grifo nosso)

Também, segundo o artigo 15 do mesmo diploma legal, **todas as atividades desenvolvidas pelo Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, somente poderão ser realizadas sob supervisão do Enfermeiro:**

“ Art. 15 – As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta lei, quando exercidas em instituições de saúde públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão do Enfermeiro.”



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

3. Da Conclusão

Diante do exposto, tem-se que a redução de fraturas e sua manutenção, bem como as imobilizações de risco descritas no Parecer CFM 35/2002 devem ser assumidas exclusivamente por médicos. Contudo, o próprio Conselho Federal de Medicina permite ao médico obter auxílio na colocação de aparelhos gessados/imobilizações para tratamento de lesões ósteo-musculares, desde que esta imobilização não seja de risco e o médico esteja efetivamente presente.

Assim, poderá o profissional de enfermagem assumir este auxílio, **desde que treinado e capacitado**, para realização do procedimento, admitindo-se a presença do Técnico/Auxiliar de Enfermagem nesta execução sob exclusiva indicação e supervisão do Enfermeiro e não do médico, conforme afirmou o CFM em seu parecer, pois é de exclusiva competência daquele profissional supervisionar as ações dos profissionais de nível médio de enfermagem de acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem.

No entanto, entende-se que a imobilização na fase de atendimento pré-hospitalar (APH) com o uso de talas comerciais moldáveis e acolchoadas para imobilizar uma lesão suspeita, bem como de imobilização de membros que não contenham lesão ósteo-muscular (imobilização com objetivo cicatrização tecidual), poderá ser assumida por profissionais de enfermagem treinados e capacitados.

Cabe destacar que compete ao Enfermeiro avaliar e acompanhar estes procedimentos, ao máximo possível, antes, durante e após sua execução, garantindo a aplicação de todas as medidas preventivas a respeito; também a importância da existência de um Protocolo Técnico Institucional prevendo a forma de imobilização, o executor e a determinação prévia por parte do Enfermeiro, visando minimizar riscos à biossegurança e integridade do paciente nessa condição (artigo 12 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁹).

O Enfermeiro, bem como os Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, deverão avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem (artigo 13 do



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem), podendo se assim o fizer responder a processos ético-legais, inclusive penalmente.

Cabe colocar que os procedimentos executados pelos profissionais de enfermagem devem sempre ter respaldo em recomendações científicas para garantir a segurança do paciente e dos próprios profissionais e ser realizado mediante a elaboração efetiva do Processo de Enfermagem, previsto na Resolução COFEN 358/2009¹⁰.

É o nosso parecer.

São Paulo, 06 de julho de 2011.

Enf^ª Daniella Cristina Chanes
COREN-SP-115.894

Enf^ª Regiane Fernandes
COREN-SP-68.316

Revisão Técnico-Legislativa

Enf^º Cláudio Alves Porto
COREN-SP-2286

Enf^ª Mirela Bertoli Passador
COREN-SP-72.376

Referências

1. Sousa RMC. Prevenção do trauma. In: Sousa RMC, Calil AM, Paranhos WY, Malvestio MA. Atuação no trauma – uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 2009: pp. 29-42.
2. NAEMT (National Association of Emergency Medical Technicians). Trauma músculo-esquelético. In: Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado/NAEMT (National Association of Emergency Medical Technicians), [tradução de Diego Alfaro e Hermínio Mattos Filho]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007: pp. 312-31.



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

3. Malvestio MA. Reanimação e estabilização na cena e no transporte no atendimento pré-hospitalar. In: Sousa RMC, Calil AM, Paranhos WY, Malvestio MA. Atuação no trauma – uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 2009: pp. 181-204.
4. Falavinha RS. Fraturas e Luxações. In: Oliveira BFM, Parolin MKF, Teixeira Junior EV. Trauma: Atendimento Pré-hospitalar. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2007: pp. 251-64.
5. Conselho Federal de Medicina. Processo-Consulta CFM N° 1.709/1999 PC/CFM/N° 35/2002 - A imobilização de fraturas simples, após diagnóstico, indicação e total supervisão pelo médico assistente, poderá ser realizada pelo técnico, não configurando exercício ilegal da Medicina. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2002/35_2002.htm. Acesso em: 06/07/2011.
6. Conselho Federal de Medicina. Processo-Consulta CFM N° 17/84. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1985/12_1985.htm. Acesso em: 06/07/2011.
7. Marques C, Medroa L, Raimundo S. O doente com aparelho de gesso. Instituto Politécnico da Guarda. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/2783874/O-doente-com-aparelho-de-gesso>. Acesso em: 13/07/2011.
8. Brasil. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>.
9. COFEN. Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de enfermagem. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4394>
10. COFEN. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implantação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO
profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em:
<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>.