

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NA SALA DE EMERGÊNCIA AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO – O PROTOCOLO EM EVIDÊNCIA

Autores: Santos NS, Faria R, Costa AL, Correa AL

Universidade do Vale do Paraíba – Faculdade de Ciências da Saúde – Rua: Shishima Hifumi, 2911
norlandiasouza@hotmail.com

Resumo- Politraumatismo é um termo utilizado quando ocorre mais de uma lesão corporal, seja de maneira provocada ou acidental. A qualidade do atendimento prestado na sala de emergência é determinante para uma rápida recuperação do paciente. A equipe de enfermagem ocupa lugar de suma importância na equipe de emergência e cabe ao profissional enfermeiro coordenar e direcionar as ações de enfermagem. O atendimento mediante utilização de protocolos direciona melhor a equipe e a torna mais ágil nos cuidados que devem ser prestados. A presente pesquisa objetivou conhecer a atuação da equipe de enfermagem no atendimento ao politraumatizado em sala de emergência, frente à ausência de protocolo de atendimento.

Palavras-chave: Traumatismo, emergência, protocolos.

Área do Conhecimento: Enfermagem

Introdução

O pronto socorro é um estabelecimento que visa principalmente o atendimento de casos de urgência e emergência durante 24 horas. Urgência é uma ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Emergência é a constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. O enfermeiro que atua nesta unidade necessita ter conhecimento científico, prático e técnico, afim de que possa tomar decisões rápidas diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente (MARTINS et al., 1998). O profissional de enfermagem desta unidade é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem e é uma parte vital e integrante da equipe de emergência (WEHBE et al., 2001).

Dentre os diferentes tipos de urgência e emergência que chega a um pronto socorro está o politraumatizado. Politraumatismo são lesões múltiplas de diversas naturezas, determinadas por agentes mecânicos podendo comprometer diversos órgãos e sistemas, ou seja, o termo é empregado quando mais de uma região do corpo sofre lesões concomitantes intencional ou acidentalmente (FORTES et al. 1986; KNOBEL et al., 1999). O paciente politraumatizado é diferente de qualquer outro tipo de doente, pelas próprias circunstâncias que originam o seu estado. De um modo geral era uma pessoa hígida e com saúde, até que subitamente devido a algum tipo de acidente, passou a se encontrar em estado grave, necessitando de assistência médica imediata, sem que se encontrasse preparado de maneira alguma

para tal situação (PIRES et al, 1996). O trauma representa a causa de morte mais significativa nas primeiras quatro décadas de vida. Por acometer preferencialmente pessoas jovens e previamente saudáveis, resulta em perda de potencial de trabalho e de produtividade e, portanto em custos sociais imensamente maiores que outras doenças como: cardiovasculares e as neoplasias (GONÇALVES et al, 2007). Apesar da complexidade o politraumatizado deve ser encarado como portador de uma entidade única, atendido, examinado e tratado de forma global não sendo possível separar as medidas diagnósticas das terapêuticas.

O atendimento inicial separando os setores é a causa dos erros e insucessos mais importantes que acompanham o seu tratamento (KNOBEL, et al, 1999). Para que o êxito no atendimento seja obtido é fundamental que toda a equipe esteja em sintonia. A existência de protocolos de atendimento direciona a equipe fazendo com que siga uma mesma linha de raciocínio. Os profissionais que atuam em unidade de emergência deveriam receber treinamento específico e aperfeiçoamento técnico-científico na prática, pois é neste local que a equipe de enfermagem em conjunto com a equipe médica, executa um atendimento sincronizado ao paciente vítima de trauma. (AGUIAR et al. 2006).

Logo, é importantíssimo o conhecimento técnico e prático da equipe com entendimento de toda complexidade que envolve o atendimento prestado a uma vítima de politrauma, sendo o trabalho de educação continuada com aprimoramentos constantes de suma importância para tal atendimento. O objetivo da presente pesquisa é conhecer o atendimento prestado por profissionais de enfermagem em uma unidade de urgência e emergência do litoral norte de São

Paulo frente à ausência de protocolo de atendimento de enfermagem a politraumatizados.

Metodologia

O presente estudo, de natureza quantitativa, foi realizado, após aprovação do CEP da Universidade do Vale do Paraíba sob protocolo nº H 282 / CEP 2008, por meio de um questionário aplicado à profissionais de enfermagem que atuam em um pronto socorro do município de São Sebastião, Litoral Norte de São Paulo. Foram entrevistados 25 voluntários, após esclarecimento verbal sobre a natureza e objetivo da pesquisa e após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

A revisão de literatura foi feita a partir de artigos extraídos dos bancos de dados eletrônicos SCIELO e LILACS e livros voltados ao assunto.

Resultados

Quanto a faixa etária participaram 04 voluntários entre 18 a 30 anos, 15 entre 31 a 50 e 06 com idade superior a 50 anos. Em relação ao sexo, 03 eram homens e 22 eram mulheres. Quanto ao nível de formação profissional, 09 eram auxiliares de enfermagem, 12 eram técnicos de enfermagem e 04 eram enfermeiros. Em relação ao tempo de atuação no atendimento emergencial, 20 voluntários trabalham a mais e 05 a menos de 03 anos. Dos voluntários pesquisados, 17 relataram já terem participados de curso de atualização, 06 ainda não participaram e 02 se recusaram a responder a questão.

Tabela 1 – Causas de politraumatismo. São Sebastião, SP. 2010. N = 25.

Causas	n	%
Atropelamento em via pública	25	100
Queda da própria altura	12	48
Acidente automobilístico	25	100
Acidente motociclístico	25	100
Acidente ciclístico	24	96
Esportes radicais	24	96
Mergulho	8	32

Na tabela.1, observamos algumas discrepâncias no que se refere a origem do trauma. Dos 25 voluntários apenas 12 acreditam que uma queda da própria altura pode ocasionar um trauma e somente 08 acham o mesmo em relação ao mergulho.

Tabela 2 – Traumas que um politraumatizado pode apresentar. São Sebastião, SP. 2010. N = 25.

Traumas	n	%
Crânio	21	84
Pélvico	19	76
Encefálico	13	52
Membros	25	100
Torácico	23	92
Raquimedular	18	72
Abdominal	19	76

Na tabela 2 relacionada ao tipo de trauma que pode ser apresentado, observa-se contradições significativas. Dos 25 voluntários, 21 acreditam que um lesão no crânio pode ser considerada um trauma mas apenas 13 acreditam que uma lesão no encefalo também pode ser um tipo de trauma.

Tabela 3 – Itens a serem observados na admissão do politraumatizado. São Sebastião, SP. 2010. N = 25.

Observar	n	%
Nível - consciência	25	100
E. C. Glasgow e pupilas	18	72
Padrão respiratório	3	12
Sangramento visível	25	100
Dor	22	88
Edema	18	72
Pele fria e pegajosa	20	80
Coloração - pele/mucosa	19	76

Já na tabela 3 todos os voluntários acreditam ser importante observar o nível de consciência dos pacientes, e dos 25, 18 afirmaram ser importante que essa observação seja feita por meio de escala de coma de Glasgow e pupilas. Apenas 03 dos 25 voluntários afirmaram observar o padrão respiratório, 22 observam queixa de dor, e 18 se atentam para ocorrência de edema. Todos dizem observar sangramento visível, porém nem todos observam pele fria e pegajosa e 19 observam coloração da pele e mucosas, apenas 3 dos 25 voluntários diz observar o padrão respiratório do politraumatizado.

Tabela 4 – Distribuição dos procedimentos de enfermagem que devem ser realizados na admissão do politraumatizado. São Sebastião, SP. 2010. N = 25.

Procedimentos	n	%
Verificar sinais vitais	19	76
Instalar oxigênio	8	32
Puncionar veia calibrosa	15	60
Desobstruir V/A S/N	5	20
Aquecer o paciente	4	16
Monitorizar	6	24
Exame físico completo	2	8
Realizar prescrição de enf.	0	0

A tabela 4 demonstra que um número considerável dos voluntários diz verificar os sinais vitais 19 dos 25, e 15 puncionam veia calibrosa, procedimentos importantes no atendimento, porém uma minoria realiza procedimentos tão importantes quantos os citados acima. Dos 25 apenas 8 instalam oxigênio, 5 se preocupam em desobstruir vias aéreas quando necessário, 4 aquecem o paciente, 6 monitorizam 2 realizam um exame físico completo. Lembrando que houve a participação de 4 enfermeiros e que o exame físico é de competência do mesmo, e dos enfermeiros voluntários nenhum relatou fazer prescrição de enfermagem. Também não foi mencionada a importância de despir o paciente logo na admissão. Deve-se despir o paciente para permitir e facilitar a avaliação global do seu estado, além de evitar que lesões passem despercebidas. (KNOBEL et al., 1999).

Discussão

Para a qualidade no atendimento é importante que cada profissional tenha conhecimento do que vem a ser um politrauma e todos os riscos que cercam esse indivíduo, já é sabido que: Traumatismo é o termo clínico que traduz o conjunto de alterações causadas por um agente físico em uma pessoa. Politraumatismo é empregado quando mais de uma região do corpo sofre lesões concomitantes, intencional ou acidentalmente. (KNOBEL et al., 1999).

Chamou-nos a atenção quando um número significativo de voluntários referiu observar escala de coma de *Glasgow* quando essa avaliação é de competência do enfermeiro. Segundo COREN, a aplicação da Escala de *Glasgow* deverá ser assumida, privativamente, por Enfermeiro, dentro da equipe de enfermagem, pois requer do profissional avaliação das condições do estado de saúde-doença e do nível neurológico do

cliente/paciente, inclusive através da realização de exame físico. Assim, não poderá o Enfermeiro delegar essa ação ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem. (COREN SP 2010).

A observação do padrão respiratório é extremamente necessária, pois pode determinar lesões importantes. Segundo Leite et al. (1984), os traumatismos graves costumam ser acompanhados de lesões faciais importantes, com obstrução de vias aéreas. A anóxia conseqüente é fator de agravamento do comprometimento encefálico e da hipertensão intracraniana. Já para Knobel et al., (1999) todo paciente politraumatizado agitado, confuso ou sonolento apresenta respiração inadequada até prova em contrário. O que vem de encontro com a necessidade de desobstruir as vias aéreas se necessário for. A obstrução de vias aéreas pode decorrer da presença de corpos estranhos, fragmentos dentários ou restos alimentares aspirados, a desobstrução de vias aéreas é prioritária. (LEITE et al., 1984).

A hemorragia que não é percebida a tempo pode ser letal. Podemos observar que todos os voluntários observam sinais de sangramento visível, mas nem todos observam coloração da pele e pele fria e pegajosa, sinais clínicos de sangramento interno, não visível. Tal sangramento pode ser tão grave quanto o visível. É oportuno ressaltar que a causa principal de instabilidade hemodinâmica no politraumatizado é a perda sanguínea externa ou interna, sendo de suma importância a avaliação do estado de perfusão tecidual através do pulso, coloração da pele, hipotensão arterial, palidez cutânea e sudorese, parâmetros que ajudam no diagnóstico. O trauma cranioencefálico, como muitos profissionais pensam, dificilmente é uma causa primária de alteração hemodinâmica, mas sim as hemorragias visíveis ou não (KNOBEL et al, 1999).

Entendemos pelo relato dos voluntários que, na sala de atendimento emergencial onde a pesquisa foi realizada não há protocolo de enfermagem para atendimento de politraumatizado, pois nenhum voluntário descreveu a sequência do atendimento como descrito pelo ATLS.

O atendimento inicial de todos os pacientes dentro de uma sala de emergência, segundo preconização do colégio americano de cirurgiões, apresentado em seu curso *Advancend Trauma Life Support* (ATLS), envolvem as seguintes etapas: planejamento, triagem, avaliação primária, restabelecimento dos sinais vitais, avaliação secundária (exame minucioso), reavaliação, tratamento definitivo (GONÇALVES et al., 2007). Uma vez que essas etapas estejam relacionadas em um protocolo de atendimento ao politraumatizado, será de suma importância que o

conceito e a razão de cada uma delas sejam entendidos por cada membro da equipe. Essas etapas têm caráter didático, entretanto com frequência, todas são executadas simultaneamente, dependendo da gravidade do estado do paciente e a equipe que presta o atendimento (KNOBEL et al., 1999).

Para Poll, A. M. et al. (2008), a equipe que atua na unidade de emergência necessita estar preparada com o mais alto nível de profissionalização para atender aos usuários acometidos por causas externas. Dessa forma a educação continuada e permanente, assim como os treinamentos para utilização dos protocolos de atendimentos imediato ao trauma, possibilitam maior autonomia aos profissionais da equipe de saúde, rompendo paradigmas e exigindo transformações conceituais no atendimento a esta população específica.

Mediante tais relatos, evidencia-se a necessidade da existência de protocolos para que a enfermagem, sendo a profissão do cuidar, consiga fornecer cuidados com excelência ao politraumatizado para que o mesmo seja atendido a tempo, de modo que sua vida não seja comprometida com sequelas futuras ou mesmo com o óbito.

Conclusão

A presente pesquisa permite concluir que é de suma importância a aplicação de um protocolo de atendimento de enfermagem na sala de emergência para atendimento aos pacientes politraumatizados, juntamente com a educação continuada permanente a fim de uniformizar as ações de enfermagem. A pesquisa ainda nos mostra que os profissionais da enfermagem necessitam de maiores informações e direcionamento nas ações de enfermagem que, juntamente com a conduta médica e de outros profissionais, são imprescindíveis para a boa recuperação do paciente. Salientamos que o Ministério da Saúde dispõe de modelo de protocolo cabendo à instituição adotá-lo ou aprimorá-lo para sua realidade. Ainda enfatizamos que o protocolo não deve em momento algum robotizar as ações de enfermagem tornando mecânico e pouco humanizado o atendimento prestado, mas sim colaborar no direcionamento da equipe para um atendimento mais ágil e eficaz.

Referências

- AGUIAR, V. R. A et al. 2006. A produção científica sobre urgência/emergência na enfermagem. Publicada na revista brasileira de enfermagem. Disponível em <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem>.

- COREN, Conselho Regional de Enfermagem. Disponível em: www.corensp.org.br. Acessado em 22 de Março de 2010.

- CALIL A. M, PARANHOS W.Y. O enfermeiro e as situações de emergência Rio de Janeiro, Atheneu 2007.

- FORTS, JULIA IREDA. Enfermagem em emergências, São Paulo, E.P.U. 1986.

- GONÇALVES SL, MAGALHÃES ZR. Acompanhamento do trabalhador de enfermagem em reabilitação: A experiência de um hospital universitário. Texto e contexto Enfermagem. 2003.

- GONÇALVES, V.C. SANCHES. O enfermeiro e as situações de emergência. Ana Maria e Wana Yeda Paranhos. São Paulo, Atheneu 2007.

- KNOBEL, ELIAS. Condutas no paciente grave. Elias Knobel. São Paulo, editora Atheneu, 1999.

- LEITE, P. C MÁRIO. Manual de condutas no paciente grave. Equipe médica do C.T.I do hospital Albert Einstein. Rolf Francisco Bub e Flavio Marcos Tavares Martins. 1984

- PIRES, B. MARCO TÚLIO. Manual de urgência em pronto socorro, 5º edição, 1996- Editora Medsi Editora Médica e Científica Ltda.

- POLL, A. M. et al 2008 Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. Disponível em <http://www.scielo.br> acessado em 02/agosto de 2010.

- WEHBE, G, GALVÃO, C.M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado, 2001.

- COMITÊ DE TRAUMA DO COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado, (ATLS) Rio de Janeiro: Elsevier; 2004. p.10-29. Tradução do original: PHTL basic and advanced prehospital trauma life support].

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos da Unidade de Emergência. 10º Ed, 2002. Brasília. Editora MS.

XIV INIC

Encontro Latino Americano
de Iniciação Científica

X EPG

Encontro Latino Americano
de Pós Graduação

IV INIC Jr

Encontro Latino Americano
de Iniciação Científica Júnior