

AVALIAÇÃO DO INDIVÍDUO VÍTIMA DE POLITRAUMATISMO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE SANTA CATARINA

Evaluation of the polytrauma victim by the nursing staff in an emergency service of Santa Catarina

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Conhecer as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem do serviço de emergência de um hospital privado do sul de Santa Catarina, Brasil, na realização das avaliações primária e secundária de indivíduos vítimas de politraumatismo. **Métodos:** Pesquisa de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, realizada com doze profissionais de enfermagem. A amostra caracterizou-se como não probabilística intencional. A coleta de dados foi realizada através das técnicas de entrevista semiestruturada e observação participante. A análise dos dados foi desenvolvida por meio da técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** A análise dos depoimentos dos profissionais de enfermagem e os resultados da observação evidenciaram que a maioria dos participantes têm compreensão acerca da importância da adoção da regra do ABCDE na avaliação primária - **A** (Air Way) - permeabilidade das vias aéreas com administração segura do colar cervical; **B** (Breathing) - respiração; **C** (Circulation) - busca de sangramentos e controle da circulação; **D** (Disability) - avaliação neurológica; e **E** (Exposure) - exposição corporal do paciente à procura de lesões não visualizadas - e sobre a necessidade de avaliação secundária minuciosa da vítima de politraumatismo. Porém, devido à demanda de urgência e agilidade em atendimentos dessa natureza, a regra não é seguida de forma sistemática. **Conclusão:** Evidenciou-se a preocupação da equipe de enfermagem com os seguintes aspectos: agilidade do atendimento; realização imediata dos exames solicitados; comunicação entre os profissionais do serviço de emergência; percepção adequada do estado geral da vítima; e o acolhimento à vítima e aos seus familiares.

Descritores: Traumatismo Múltiplo; Serviços Médicos de Emergência; Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To investigate the actions developed by the nursing staff of a private hospital emergency service in the southern Santa Catarina (SC), related to primary and secondary evaluation of polytrauma victims. **Methods:** Research of a qualitative approach, the type of case study, performed with twelve nurses. Sample has been characterized as non-probabilistic intentional. Data collection has been performed using the techniques of semi-structured interview and participant observation. Data analysis has been developed using the technique of content analysis. **Results:** Analysis of nurses' testimonies and the results of observation have showed that most participants comprehend the importance of adopting the ABCDE rule in primary evaluation - **A** (Air Way) - airway permeability with safe administration of cervical collar; **B** (Breathing); **C** (Circulation) - search for bleeding and control; **D** (Disability) - neurological evaluation; e **E** (Exposure) - patient's body exposition seeking missed injuries - and the need of meticulous secondary evaluation of polytrauma victim. However, due to demand of urgency and agility in emergencies of this nature, the rule is not followed in a systematic way. **Conclusion:** It has been demonstrated the nursing staff's concern over the following aspects: agility of service; immediate performance of examinations; communication between emergency service professionals; adequate perception of the general condition of the victim; and the reception to victim and family.

Descriptors: Multiple Trauma; Emergency Medical Services; Nursing, Team.

Leandro Sanceverino Mattos⁽¹⁾
Maria Regina Silvério⁽¹⁾

1) Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL - Florianópolis (SC) - Brasil

Recebido em: 17/08/2011
Revisado em: 27/09/2011
Aceito em: 25/10/2011

INTRODUÇÃO

O trauma é percebido por muitos estudiosos como um evento devastador da sociedade moderna, posto que se constitui em uma epidemia silenciosa e letal, a ponto de lhe ser conferido *status* de problema na área da saúde pública⁽¹⁻⁵⁾.

De modo geral, o politraumatismo advém de um evento traumático em que há grande desprendimento de energia, como quedas, acidentes de trânsito, atropelamentos e ferimentos por armas de fogo, entre outras causas que resultem em graves lesões⁽²⁻⁶⁾.

O politraumatismo é considerado a primeira causa de morte entre indivíduos na faixa etária de 20 a 40 anos de idade, ou seja, na fase em que o indivíduo é mais produtivo, sendo as vítimas, na grande maioria, do gênero masculino⁽¹⁻⁶⁾. Esta prevalência pode ser atribuída ao fato da população masculina ser mais propensa a atividades e comportamentos de risco⁽²⁻⁵⁾.

Este fenômeno se constitui em um problema que, além de gerar prejuízos para os serviços públicos de saúde, em função dos gastos com o tratamento e com o processo de reabilitação da vítima, pode ocasionar prejuízos pessoais, econômicos e sociais de grande proporção, haja vista que as sequelas, geralmente, requerem que o indivíduo se afaste de suas atividades, incluindo as laborais⁽¹⁻⁵⁾.

O trauma, apesar de causar impacto na saúde pública e representar altos custos sociais, foi negligenciado como doença por muito tempo. Tal situação pode ser atribuída ao fato de o trauma ser considerado acidente e ter conotação de algo inesperado e sem controle⁽⁷⁾.

Entretanto, o conhecimento acerca das causas e consequências desse agravo favorecem a obtenção do diagnóstico e a adoção de medidas de prevenção, controle e assistência⁽⁸⁾.

Esta problemática é objeto da atenção da atual política de saúde do país e impõe aos profissionais que atuam nas áreas de urgência e emergência a necessidade de qualificação específica⁽⁹⁾.

A redução dos percentuais de morbimortalidade decorrentes do trauma e a redução do conseqüente impacto social requerem que a abordagem e a atenção às vítimas de politraumatismo sejam cada vez mais eficazes. Isto perpassa a integração dos sistemas de atendimento: prevenção, atendimentos pré-hospitalar e hospitalar, e reabilitação. Ademais, a vítima de politraumatismo necessita de atenção especial e contínua, desde sua admissão no serviço de emergência até a alta hospitalar^(10,11).

No serviço hospitalar a avaliação inicial do indivíduo politraumatizado é realizada na emergência, visando ao estabelecimento do equilíbrio fisiológico da vítima, através

da identificação e tratamento das lesões. Tal avaliação, denominada de exame primário, é seguida pela identificação de outras lesões (exame secundário) e das orientações para o tratamento definitivo (cuidados definitivos)⁽¹²⁾.

A equipe de enfermagem, ao realizar o exame primário e secundário da vítima de politraumatismo, necessita atuar de forma ágil e eficaz, com o intento de reduzir a gravidade das lesões e as taxas de mortalidade por esta causa. Neste contexto, compete ao enfermeiro a identificação de lesões e agravos, e o gerenciamento da assistência de enfermagem, posto que este tipo de ocorrência requer que os profissionais possuam habilidade e competência técnico-científica⁽¹¹⁾. Nesse sentido, a assistência ao indivíduo politraumatizado mediante práticas sistematizadas possibilita que o atendimento seja mais seguro e eficaz.

A par disto, elegeu-se como referencial teórico deste estudo a regra do ABCDE, sistematizada pelo Comitê do Prehospital Trauma Life Support⁽¹³⁾ e o Protocolo de Atendimento às Unidades de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde (MS)⁽¹⁴⁾.

A regra do ABCDE constitui-se de uma metodologia de trabalho eficaz para a assistência às vítimas de politraumatismo. Esta regra consiste em uma sequência mnemônica, assim disposta: **A** (Air Way) – permeabilidade das vias aéreas com administração segura do colar cervical; **B** (Breathing) – respiração; **C** (Circulation) – busca de sangramentos e controle da circulação; **D** (Disability) – avaliação neurológica; e **E** (Exposure) – exposição corporal do paciente à procura de lesões não visualizadas e posterior aquecimento na prevenção da hipotermia e do choque⁽¹⁵⁾.

O Protocolo do MS (2002) sistematiza o atendimento a diversas situações que configuram uma ocorrência de urgência/emergência, com enfoque no atendimento à vítima de politraumatismo, e apresenta fluxogramas que orientam o atendimento a vítimas de trauma, conforme o tipo de ocorrência e sua gravidade, os quais devem ser seguidos em todos os serviços de urgências e emergências.

O interesse do pesquisador em estudar a temática “avaliação de enfermagem em indivíduos vítimas de politraumatismo” foi aguçado a partir de sua vivência profissional como socorrista do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (SC) e foi fortalecido na prática acadêmica nesta área. Por meio desta vivência, o pesquisador pôde constatar que as equipes de enfermagem dos serviços de emergência, na maioria das vezes, realizam as avaliações primária e secundária da vítima de politraumatismo de forma assistemática, o que pode repercutir de modo desfavorável na evolução do prognóstico. Outras observações empíricas acerca desta problemática também serviram de estímulo para o desenvolvimento de pesquisa.

Com base na realidade acima descrita estabeleceu-se a seguinte questão de pesquisa: Quais as ações desenvolvidas

pela equipe de enfermagem do serviço de emergência de um hospital privado do sul de SC para avaliação primária e secundária do indivíduo vítima de politraumatismo?

Para responder a esta questão definiu-se como objetivo conhecer as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem do serviço de emergência de um hospital privado do sul de SC na realização das avaliações primária e secundária de indivíduos vítimas de politraumatismo.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso^(16,17), desenvolvida no serviço de emergência de um hospital privado do sul de SC. Ressalta-se que a instituição é privada com caráter filantrópico, sendo que 60% dos usuários são atendidos pelo Sistema Único de Saúde.

O estudo de caso caracteriza-se como um estudo minucioso e particularizado de situações que, de alguma forma, necessitam ser detalhadamente exploradas para que se adquira um real conhecimento a seu respeito⁽¹⁶⁾. Levando-se em conta essa especificidade, considerou-se pertinente a adoção dessa modalidade de pesquisa para a apreensão da realidade que se tomou como objeto de estudo.

O tipo de amostragem caracterizou-se como não probabilística intencional⁽¹⁸⁾. Participaram do estudo doze profissionais que compõem a equipe de enfermagem do serviço de emergência de um hospital privado do sul de SC, sendo 3 enfermeiros, 7 técnicos e 2 auxiliares. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: profissional de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro) que trabalhasse no turno matutino ou vespertino; atuasse no serviço de emergência do hospital, no mínimo, há seis meses; realizasse assistência às vítimas de politraumatismo; aceitasse participar voluntariamente do estudo; e assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada através das técnicas de entrevista semiestruturada e da observação participante⁽¹⁷⁾. Tais instrumentos foram elaborados com base no referencial teórico do estudo.

O instrumento de entrevista conteve duas partes. A primeira parte tratou dos dados dos participantes (sexo, idade, tempo de atuação na enfermagem, tempo de atuação no setor de urgência/emergência, turno de trabalho, categoria profissional, capacitação e carga horária para o atendimento à vítima de politraumatismo). A segunda parte conteve uma questão norteadora que se voltou para as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no atendimento à vítima de politraumatismo, envolvendo a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) e a avaliação primária e secundária da vítima (aspiração

de sangue ou secreções da boca e/ou nariz, manipulação, imobilização, punção venosa, uso do colar cervical e busca de lesões secundárias, entre outros procedimentos).

A observação participante foi desenvolvida através de instrumento elaborado para este fim, sendo registradas, na primeira parte, as informações gerais da observação (número do instrumento, data e horário da observação e histórico do evento desencadeante do trauma) e, na segunda parte, os aspectos observados na recepção da vítima no serviço de emergência e na avaliação primária e secundária. Os procedimentos observados na recepção da vítima referiram-se à utilização de EPI (óculos de proteção, máscara de procedimento, luvas de procedimento e avental) e à identificação do mecanismo do trauma envolvido. Na avaliação primária os procedimentos observados seguiram a regra do ABCDE, a saber: **A** (Air Way) – realização do alinhamento da coluna cervical, desobstrução das vias aéreas, retirada de corpo estranho da cavidade oral, limpeza e aspiração de sangue ou secreções da boca e/ou nariz, elevação do queixo ou mandíbula, aplicação da cânula orofaríngea, mensuração e aplicação de colar cervical e aplicação de coxins laterais de cabeça; **B** (Breathing) – avaliação da saturação de O₂, observação de ausência ou presença e padrão da respiração, aplicação de máscara facial adequadamente, realização de ventilação assistida com bolsa-válvula-máscara, verificação de alterações torácicas e verificação da frequência e características da respiração; **C** (Circulation) – verificação e controle de hemorragias, administração de soro de forma adequada, realização de ausculta cardíaca, avaliação de perfusão periférica, avaliação da umidade, temperatura e coloração da pele, observação de presença de estase jugular; **D** (Disability) – realização de Alert, Verbal, Pain ou Unresponsive (AVPU), aplicação da Escala de Coma de Glasgow; **E** (Exposure) – retirada das vestes da vítima, procura de outras lesões de forma rápida e técnica, cobertura e aquecimento da vítima.

A observação da avaliação secundária previu o acompanhamento de cuidados com lesões de coluna, a saber: realização de exame físico completo da cabeça aos pés; atenção às particularidades de cada estrutura examinada; aferição dos sinais vitais; realização de entrevista completa com o paciente ou o acompanhante; e sugestão de exames complementares, laboratoriais.

Os dados foram analisados através do método de análise de conteúdo⁽¹⁷⁾, envolvendo um processo de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretados. Inicialmente, com base na questão norteadora e no objetivo do estudo, fez-se a transcrição integral e a leitura repetida dos conteúdos das entrevistas e da observação participante. Em seguida, procedeu-se à análise do material por meio da técnica de análise temática. Tal técnica é considerada apropriada a estudos qualitativos

em saúde e visa a descobrir os núcleos de sentido presentes em uma comunicação⁽¹⁷⁾. Posteriormente, fez-se a identificação de categorias, que consistiu no exercício de redução do texto a expressões significativas⁽¹⁷⁾. Finalmente, realizou-se a reflexão à luz da literatura e do referencial teórico do estudo.

A análise dos dados acerca da avaliação primária possibilitou a identificação das seguintes categorias: comunicação entre as equipes de atendimento pré-hospitalar (APH) e a equipe de enfermagem (EE) do Serviço de Emergência (SE); repasse de informações sobre as condições do indivíduo vítima de politraumatismo; definição de atribuições no atendimento ao indivíduo vítima de politraumatismo; e avaliação primária do indivíduo vítima de politraumatismo, com base na regra mnemônica ABCDE. No que diz respeito à avaliação secundária, identificou-se somente uma categoria: reavaliação detalhada das condições anatômicas e fisiológicas da vítima.

Na realização do estudo foram observados os preceitos éticos recomendados pelo Conselho Nacional de Saúde referentes às pesquisas com seres humanos⁽¹⁹⁾. A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), obtendo sua aprovação, conforme Protocolo N° 11.112.4.04.III. A fim de assegurar-se o anonimato dos participantes adotou-se o código de identificação representado pela letra P (Profissional) seguida por um número (P1...).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos doze profissionais que participaram do estudo (3 enfermeiros, 7 técnicos e 2 auxiliares) 6 trabalhavam no turno matutino, 5 no turno vespertino e 1 em ambos os turnos. A idade dos participantes variou entre 18 e 36 anos. O tempo de atuação como integrante da equipe de enfermagem do serviço de emergência foi ainda mais diversificado – de 8 meses a 8 anos. A maioria dos profissionais foi capacitada para atuar na assistência à vítima de politraumatismo, porém com carga horária extremamente reduzida, variando de 1 a 3 horas.

A análise dos dados acerca da avaliação primária possibilitou a identificação de quatro categorias, descritas a seguir:

Comunicação entre as equipes de atendimento pré-hospitalar (APH) e a equipe de enfermagem (EE) do Serviço de Emergência (SE)

A importância do estabelecimento de contato prévio por parte das equipes de APH quanto ao atendimento e encaminhamento de indivíduos politraumatizados graves para o SE evidenciou-se nos discursos dos entrevistados como um dos aspectos primordiais no processo de preparação psicológica da equipe e da logística do setor. O

APH consiste no atendimento realizado no ambiente extra-hospitalar por profissionais capacitados tecnicamente com vistas à prevenção de agravamento das lesões existentes ou desenvolvimento de iatrogenias⁽¹³⁾.

Ser avisado faz toda a diferença porque, às vezes, estamos com todas as bancadas ocupadas (macas) e se somos avisados dá tempo para a gente se preparar (P 8).

Quase sempre os bombeiros avisam e a gente pede para sempre avisarem quando forem trazer alguém grave, porque já vamos agilizando e deixando tudo pronto (P 11).

Efetuar o contato prévio com a unidade hospitalar à qual será conduzida a vítima de politraumatismo deve ser entendido, pelos socorristas do APH, como um procedimento preventivo que assegura a continuidade do atendimento no ambiente intra-hospitalar⁽¹³⁾. Nesse sentido, “as informações transmitidas acerca da condição do doente, como ele está sendo atendido e o tempo estimado de chegada da ambulância, dão tempo ao hospital que recebe o doente, para se preparar”⁽¹³⁾.

O estabelecimento desse tipo de contato entre a equipe de APH e a do SE fortalece favoravelmente o prognóstico da vítima, criando uma condição de referência e contra-referência⁽²⁰⁾.

A observação desenvolvida pelo pesquisador a este respeito corrobora a importância do estabelecimento da comunicação entre as referidas equipes, posto que, em uma dada situação observada, ao ser informada pela equipe de APH sobre o encaminhamento de vítima com suspeita de múltiplas fraturas, a equipe de enfermagem do SE do hospital mobilizou-se rapidamente, possibilitando que o acidentado fosse atendido de forma ágil e eficiente. Em outra situação, a equipe de APH transportou para o SE uma vítima de politraumatismo, sem estabelecer qualquer contato prévio com este serviço, e esse fato, de certo modo, dificultou a agilização do início do atendimento, uma vez que as equipes de enfermagem e médica realizavam outros atendimentos quando da chegada da vítima ao hospital.

Repasse de informações sobre as condições do indivíduo vítima de politraumatismo

O repasse de informações da equipe de APH para a equipe do SE sobre as condições do evento e da vítima foi outro aspecto referido pelos participantes do estudo como uma questão essencial à adequada abordagem do indivíduo politraumatizado.

Os bombeiros e o SAMU sempre passam o que houve com o paciente – às vezes, para o médico; às vezes, para a enfermagem – mas vai da equipe também questionar mais para saber melhor as coisas que aconteceram (P 3).

Os bombeiros e o SAMU também passam as informações para a gente, porque isso é importante, saber o que aconteceu com o paciente (P 4).

Alguns dos participantes também consideram importante que os profissionais do SE questionem os profissionais das equipes de APH, com vistas a obterem maiores informações sobre a vítima e sobre a biomecânica envolvida.

Saber o que aconteceu com ele (paciente) lá fora é importante, porque até a velocidade da batida faz diferença no quadro do paciente (P 8).

Os bombeiros e o SAMU passam o que aconteceu com o paciente sempre para o médico, mas se a equipe de enfermagem quiser pode perguntar para eles, até porque depois tem que assinar uma ficha (P 9).

A busca de informações revela, de certa forma, a compreensão dos participantes sobre a importância de conhecerem a cinemática (cenário do evento) e a biomecânica (lesões resultantes) envolvida no trauma, bem como as lesões que poderão advir. Ademais, o registro das informações acerca da ocorrência denota a preocupação com a qualidade da assistência.

O repasse destas informações oferece ao SE uma visão geral sobre o evento desencadeador do trauma e das possíveis lesões que o indivíduo possa ter, em decorrência deste fato⁽¹³⁾.

A análise dos dados obtidos através da observação envolvendo essas questões revelou que as equipes de APH, na maioria das vezes, transmitem as informações à equipe do SE. Por sua vez, observou-se que a busca de informações por parte dos profissionais de enfermagem junto às equipes de APH não é uma prática comum entre os participantes do estudo, posto que foi reduzido o número de profissionais observados que se ateu a estes questionamentos. A maioria dos auxiliares e técnicos de enfermagem, com o intuito de agilizar o atendimento à vítima, inicia o atendimento sem realizar tais questionamentos. Pôde-se observar que esta responsabilidade geralmente fica a cargo da chefia de enfermagem e do médico plantonista apenas, quando toda a equipe deveria preocupar-se com obter essas informações.

Definição de atribuições no atendimento ao indivíduo vítima de politraumatismo

A definição de atribuições entre os profissionais de enfermagem na assistência à vítima de politraumatismo é uma estratégia que, segundo alguns participantes, organiza o processo de trabalho (PT).

Cada um já sabe o seu lugar e não precisa a enfermeira para dizer quem fica onde; eu não gosto de ficar na medicação e daí já digo e fico em outro lugar (P 2).

[...] geralmente já tem gente na sala e quando chega (o politraumatizado) um já vai para a aspiração, um já vai punccionar um acesso calibroso, um já vai para a medicação (P 12).

O atendimento a indivíduos vítimas de politraumatismo sempre requer agilidade da equipe do SE, em função da gravidade do caso. A definição de atribuições entre os integrantes da EE demonstrou ser uma estratégia eficiente no Serviço observado.

Essa forma de organização do PT foi verificada em apenas uma das situações observadas pelo pesquisador. Na oportunidade, um dos integrantes da equipe atuou no preparo de medicações e auxiliou na administração destas. Neste caso, observou-se que, ao assumir seu papel na equipe, atuando somente no preparo e administração de medicações, o profissional não considerou que estava atuando diretamente na assistência à vítima, pois não utilizou EPI. Por outro lado, percebeu-se que os profissionais trocam informações entre si, a fim de estabelecerem o adequado entrosamento na realização dos procedimentos.

Todavia, há situações em que o enfermeiro estabelece, no momento do atendimento, a atribuição de cada um dos integrantes da equipe.

Os profissionais da equipe de enfermagem atuam por função. Por exemplo: uma fica na medicação, uma fica na aspiração se tiver que fazer, outra administra o soro, e assim por diante, mas geralmente é a enfermeira quem decide isso, porque sempre tem uma na sala (P 1).

Foi possível perceber que o enfermeiro, como gerenciador da assistência à vítima de politraumatismo, é respeitado pelos demais integrantes da EE, haja vista que as atribuições definidas por este profissional são acatadas.

O gerenciamento do serviço e da assistência são prerrogativas que qualificam o enfermeiro como coordenador do setor de urgência e emergência. Para tanto, este profissional “[...] precisa possuir conhecimentos específicos que possam subsidiar os procedimentos e técnicas necessárias”⁽²¹⁾.

Avaliação primária do indivíduo vítima de politraumatismo, com base na regra mnemônica do ABCDE

Na avaliação primária do indivíduo vítima de politraumatismo, realiza-se a busca de lesões que ofereçam risco iminente à vida do indivíduo. Esta avaliação é desenvolvida por meio de exame físico rápido, seguindo-se de tratamento imediato, a fim de restabelecer o padrão hemodinâmico da vítima. Neste procedimento priorizam-se os critérios preconizados na regra mnemônica do ABCDE^(13,15).

A maioria dos entrevistados referiu que realiza a avaliação primária e observa a regra mnemônica do ABCDE.

Tudo começa pela avaliação primária do ABCDE, mas tem que se ver o que tem que fazer assim que o paciente

chega; é que tudo acaba sendo meio subjetivo e, então, tomamos uma conduta de atendimento. O ABCDE para mim é uma sequência padrão de prioridades, mas que pode ser dinâmica, dependendo do quadro do paciente (P 3).

Nós sempre tentamos seguir o ABCDE no atendimento e cada uma assume uma função na hora do atendimento (P 8).

Embora a maioria dos participantes tenha mencionado a observância da regra do ABCDE, há situações que requerem extrema agilidade, dificultando que a regra seja seguida integralmente.

A gente procura fazer as coisas seguindo o ABCDE, mas na hora, às vezes, se está fazendo um procedimento e depois já vai lá para o outro e as coisas acabam se misturando, é tudo muito rápido (P 1).

A intervenção médica no atendimento à vítima de politraumatismo foi apontada por um dos participantes como algo que interfere na observância desta regra.

Nós tentamos sempre seguir o ABCDE, mas às vezes não dá para perceber bem a sequência porque vai depender muito do médico, porque dependendo do médico essa sequência de atendimento é toda alterada e, como alguns não aceitam opinião, fica complicado (P 10).

A avaliação primária, com base na regra do ABCDE, possibilita ao profissional de enfermagem realizar a assistência com maior segurança e agilidade, sendo o procedimento preconizado para este tipo de atendimento⁽¹⁵⁾.

Todavia, os depoimentos dos entrevistados evidenciam que o SE não dispõe de um protocolo específico para a realização desta avaliação.

É como eu disse, a gente faz tudo tão automático que nem percebe que as coisas vão acontecendo; nós não seguimos nenhum protocolo, não (P 9).

A inexistência de um protocolo pode interferir na eficácia do atendimento prestado pelo SE, já que a observância correta da regra se torna essencial para a assistência ao paciente politraumatizado.

O desenvolvimento e a aplicação de ações protocolares minimizam a possibilidade de erros no atendimento à vítima de politraumatismo e, consequentemente, maximizam a qualidade deste atendimento⁽¹⁵⁾.

Ainda em relação à avaliação primária, pôde-se identificar, nos discursos de alguns participantes, que, mesmo relatando a adoção da regra supracitada, eles não souberam definir objetivamente as ações preconizadas em suas etapas.

O ABCDE é a sequência que temos que seguir para atender este tipo de paciente, e o significado disso são uns termos em inglês [...] (P 7).

Quando o paciente chega entubado um já vai “ambuzar”, o que não deixa de estar fazendo o ABC da vida [...] (P 12).

A avaliação primária com base na sequência ABCDE é compreendida como sendo a aplicação de uma sequência de procedimentos na busca de lesões prioritárias que ofereçam risco à vida em curto prazo. Por esta razão, as equipes que atuam no atendimento às vítimas de politraumatismo devem ter clareza sobre o momento exato de se realizarem os procedimentos^(13,15).

Ao serem questionados sobre a avaliação e/ou utilização do colar cervical, os sujeitos do estudo referiram que:

O colar cervical e a maca rígida a gente só tira se o médico liberar, o que já vamos abrindo é o tirante aranha. Eu até peço que seja anotado na evolução do paciente o momento em que foi tirada a maca e o colar cervical e, também, quem mandou tirar, porque é bem importante isso (P 12).

O uso do colar cervical tem por objetivo manter a imobilização do pescoço, prevenindo-se, assim, o surgimento de lesões nessa região ou mesmo o agravamento de alguma preexistente⁽²⁰⁾.

A retirada do colar cervical é considerada responsabilidade do médico, devido à importância de se manter a permeabilidade das vias aéreas e, principalmente, da certeza da ausência de qualquer lesão na região da coluna cervical.

As observações realizadas pelo pesquisador acerca desta prática corroboram os depoimentos dos entrevistados, uma vez que a avaliação da região cervical e a retirada do colar cervical ficaram sempre a cargo do médico plantonista.

Em relação à permeabilidade das vias aéreas e à manutenção do padrão respiratório da vítima de politraumatismo, os participantes mencionaram o seguinte:

Primeiro vemos se as vias aéreas estão obstruídas ou não, e é administrado O₂. Vemos se o paciente está com colar cervical, e se ele não estiver usando, nós o colocamos. Avaliamos o padrão respiratório, a saturação, monitoramos e fazemos ausculta pulmonar (P 10).

A gente avalia as vias aéreas, aspira, prepara a intubação se tiver indicado pelo glasgow do paciente. Se o médico não está na hora que o paciente chega e tem que aspirar, a enfermagem aspira [...]. Isso é o “A” do atendimento, né? (P 7).

Conforme a regra, os cuidados com as vias aéreas e com a respiração são os principais mecanismos a serem avaliados, uma vez que asseguram ao indivíduo o adequado aporte de oxigênio.

As vítimas de politraumatismo devem ser rapidamente avaliadas quanto ao seu padrão respiratório, haja vista que o quadro de hipoxia resultante de uma ventilação inadequada

ocasiona graves alterações metabólicas e consequente alteração da homeostase⁽¹³⁾.

A necessidade de se obter acesso venoso de grosso calibre foi outro aspecto evidenciado por todos os participantes do estudo.

[...] colocamos acesso calibroso e de preferência bilateralmente para não perder o acesso (P 2).

O procedimento para “o atendimento relacionado à prioridade circulatória é a contenção de sangramentos e reposição volêmica, através de soluções aquecidas a 39°C”⁽¹⁵⁾. São também incentivados outros procedimentos que, somados, garantem um padrão circulatório desejado⁽¹⁵⁾.

Além disso, “o choque no paciente vítima de trauma, quando não tratado adequadamente, pode provocar a morte do paciente. Deve ser considerado devido à hemorragia, até que se prove o contrário”⁽²²⁾.

Em suas observações, o pesquisador identificou ser rápida a obtenção de acesso venoso por parte da EE, sendo o procedimento, geralmente, realizado por profissionais com maior experiência nesse tipo de atendimento.

Em eventos traumáticos, os ferimentos teciduais, com presença de hemorragias e fraturas ósseas são os de maior ocorrência. Nessas situações, o atendimento à vítima no SE estudado é realizado da seguinte forma:

Se administra medicação para dor, imobilização, compressa para parar o sangramento (P 5).

Quando é fratura exposta e o bombeiro ou o SAMU já trazem imobilizada, nós sempre abrimos para o médico poder avaliar, mas quando a fratura é fechada, geralmente, a gente só mexe depois que foi feito o RX, para que o paciente não sinta muita dor (P 1).

A hemorragia presente nos ferimentos teciduais é o principal fator desencadeante dos quadros de choque, requerendo da equipe do SE atuação imediata no controle e tratamento deste sangramento. A fratura óssea é sempre uma condição em que o paciente demonstra e relata sentir muita dor, o que faz com que a equipe do SE opte por conduzi-lo o mais rápido possível, para a realização de exames radiológicos. É importante que a equipe de enfermagem tenha em mente que, no paciente politraumatizado, qualquer sangramento deve ser investigado e tratado com vistas a manter a saturação de oxigênio (O₂) acima de 90%^(13,22).

Conforme a regra do ABCDE, a quarta etapa a ser observada pela equipe do SE diz respeito ao nível de consciência (exame neurológico).

Após a completa avaliação das etapas anteriores e a adequada correção das lesões encontradas, o profissional do SE deve identificar o padrão neurológico em que a vítima se encontra, sendo indicado o uso da Escala de Coma de Glasgow para este fim⁽¹⁵⁾.

A utilização da Escala de Coma de Glasgow como ferramenta da avaliação neurológica não foi devidamente descrita pelos participantes do estudo, o que pode indicar possível carência de conhecimento teórico sobre a adequada utilização desta escala. Por sua vez, os profissionais associam a diminuição do nível de consciência com a queda do padrão respiratório, o que, segundo eles, requer a aplicação da cânula de Guedel.

A gente vai conversando com ele e vendo se ele está consciente, se consegue se mexer normalmente, se está lúcido, se sente dor, [...] essas coisas (P 1).

Vemos escala de Glasgow, se precisar é colocado cânula de Guedel (P 10).

A importância de expor todo o corpo da vítima foi relatada por alguns participantes, demonstrando sua preocupação com a busca de lesões e ferimentos não visíveis.

Assim que o paciente chega, a gente já corta logo a roupa dele – foi assim que aprendi – porque aí temos a exposição completa do paciente (P 6).

Depois que a gente tirou a roupa toda da vítima, às vezes a gente cobre ele todo, às vezes não, mas a região da cintura sempre é coberta com um lençol. Às vezes, a gente não cobre porque fica melhor para ver o paciente (P 5).

De acordo com regra do ABCDE, na avaliação primária a exposição corporal é a última etapa a ser realizada. Neste momento, os ferimentos que ainda não haviam sido visualizados serão avaliados e tratados.

De todas as vítimas de politraumatismo devem ser retiradas as vestes à procura de outras lesões e, logo após, deve-se cobri-las e aquecê-las⁽¹⁵⁾.

Por outro lado, alguns participantes referiram que evitam a exposição desnecessária da vítima e se preocupam em preservar sua intimidade.

Eu prefiro sempre avaliar a situação do paciente, porque nem sempre precisa expor ele todo (P 8).

Mesmo sendo necessário expor o corpo da vítima na realização da avaliação, deve-se ter cuidado quanto ao desencadeamento de hipotermia, que se constitui num agravante em pacientes traumatizados⁽¹³⁾.

O pesquisador presenciou o atendimento de duas situações distintas envolvendo a questão da exposição do corpo da vítima de acidente. Na primeira delas, a vítima, um motociclista que colidiu frontalmente com outro veículo, na chegada ao SE teve a maior parte de suas vestes retiradas pela EE, que o manteve assim por um longo período, não observando a regra do ABCDE quanto a este procedimento. Na segunda situação, também de um motociclista cuja cinemática do trauma foi semelhante ao primeiro caso, a EE limitou-se a retirar as vestes que cobriam as lesões,

respeitando a regra. Em ambas as situações o cuidado com hipotermia e choque não foram efetivamente desenvolvidos.

Quanto à procura por alterações na região dorsal e ao cuidado para evitar iatrogenias, os participantes referiram o seguinte:

Viramos o paciente em monobloco para retirar as roupas dele e, também, olhamos se tem algum ferimento nas costas (P 1).

Se tivermos que lateralizar o paciente para avaliar o colar cervical, um profissional posiciona a cervical com as mãos e os outros rolam o paciente de lado para evitar lesão na cervical (P 10).

Os relatos dos participantes evidenciam o conhecimento que possuem em relação à técnica de avaliação da região dorsal, ou seja, o rolamento em monobloco. Este procedimento é importante para se evitar o agravamento das lesões pré-existentes ou o surgimento de lesões secundárias devido à movimentação incorreta da vítima.

A inspeção da região dorsal é efetuada lateralizando-se a vítima de forma técnica e em movimento único, a fim de se realizar a palpação em toda a extensão da coluna, em busca de qualquer alteração anatômica. Neste momento poderá ser feita a ausculta pulmonar⁽¹³⁾.

A observação realizada a este respeito evidenciou a correta aplicação da técnica de rolamento em monobloco. Na oportunidade, um dos profissionais da EE orientou de forma clara como deveria ser procedida a movimentação e os demais executaram a técnica conforme as orientações recebidas, sendo o procedimento concluído com êxito.

A necessidade de solicitação de exames foi citada por todos os entrevistados, porém houve divergências quanto ao momento mais oportuno para a realização desse procedimento:

Minha prioridade é o ABC. Depois de realizada toda essa etapa no paciente eu faço os contatos com o RX, banco de sangue, laboratório, porque essas coisas têm que ser feitas rapidamente e, principalmente, se for uma vítima com trauma de tórax (P 3).

Tem que fazer o exame para saber se a lesão é grave ou não, quando é assim a gente leva o paciente, às vezes, antes mesmo de ele estar estabilizado (P 11).

As divergências contidas nos depoimentos acima se justificam em função de as prescrições de exames serem de responsabilidade médica.

O protocolo do Ministério da Saúde para atendimento ao indivíduo politraumatizado indica que, após concluídas as etapas do ABCDE, sejam realizados os exames específicos⁽¹⁴⁾.

A iniciativa por parte da EE em sugerir aos médicos solicitação de algum exame adicional não é totalmente aceita por estes profissionais.

De modo geral os médicos não gostam que a equipe de enfermagem dê sugestão para eles, exceto alguma enfermeira, que tem mais liberdade com um ou outro médico. Por isso, mesmo que a gente ache que poderia ser pedido um exame a mais, a gente prefere ficar quieto e não dizer nada, porque eles não gostam (P 1).

Têm médicos que aceitam a opinião da equipe de enfermagem, mas não é de todos que eles aceitam; só de alguns (P 12).

Os profissionais de enfermagem, como integrantes do SE, são também responsáveis pela adequada assistência à vítima de politraumatismo; porém, na prática, não lhes é conferido o direito de sugerirem ao médico a realização de alguns exames que, de acordo com sua experiência, seriam essenciais.

Os médicos não aceitam o que a enfermagem diz, mas se eu acho que vai ser importante para o cuidado do paciente eu corro atrás mesmo, e vou, e falo para a chefe (enfermeira), porque delas eles até ouvem e aceitam a opinião (P 4).

Nos relatos acima é perceptível que a equipe médica do SE não é aberta a sugestões dos integrantes da EE, especificamente de auxiliares e técnicos. Geralmente, intermediar estas questões fica a cargo do enfermeiro.

O exame físico realizado na avaliação primária não garante a eficácia do diagnóstico e do tratamento. O protocolo de atendimento ao politraumatizado, descrito pelo Ministério da Saúde, integra a política de atenção às urgências e, sendo a equipe de enfermagem integrante do SE, deve demonstrar iniciativa na solicitação da prescrição de exames ao médico⁽¹⁴⁾.

A análise dos dados acerca da avaliação secundária do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem possibilitou a identificação de apenas uma categoria, descrita a seguir.

Reavaliação detalhada das condições anatômicas e fisiológicas da vítima

Finalizadas as ações condizentes com a avaliação primária e restabelecido o padrão hemodinâmico da vítima, deve-se observar a presença de lesões de menor gravidade. Neste sentido, a avaliação secundária visa à realização de exame físico detalhado⁽¹⁵⁾.

Os entrevistados foram unânimes ao afirmarem que realizam a busca de ferimentos não identificados na avaliação primária e ao indicarem o momento adequado desta busca.

Depois de tratado o principal problema do paciente, perguntamos se ele sente mais alguma dor ou queixa e, também, vemos se ele tem outras lesões (P 9).

Na avaliação secundária, reavaliamos tudo o que foi feito e fazemos o que não deu para ser feito antes, como

sondagem vesical, controle hídrico e dos sinais vitais (P 10).

A avaliação secundária consiste no exame minucioso do indivíduo politraumatizado e deve ser iniciada somente quando tratadas as condições que colocam em risco a vida do paciente. Deve ser realizada no sentido céfalo-caudal, iniciando pela região do crânio, face e seguindo pelo pescoço, coluna cervical, tórax anterior, abdome, pelve, extremidades inferiores e superiores, e toda a região dorsal⁽¹⁵⁾.

Quando questionados acerca da maneira como investigam a existência de lesões adicionais, os entrevistados informaram que:

A busca de outras lesões é feita se o paciente refere dor, se vemos alguma alteração e, às vezes, também, apalpamos para saber isso. É um conjunto, porque a queixa do paciente é muito importante (P 3).

A gente não fica procurando, tocando o paciente para saber se ele tem mais alguma coisa; isso a gente deixa para o médico, eles é quem fazem isso (P 5).

Na avaliação secundária compete à enfermagem a realização de determinados cuidados como, por exemplo: reavaliação dos procedimentos efetuados na avaliação primária; exame físico completo e minucioso; instalação de sonda nasogástrica e vesical⁽¹⁵⁾.

Esses cuidados estão inseridos no conjunto de procedimentos preconizados para avaliação e assistência ao indivíduo vítima de politraumatismo. Ressalta-se que no período em que o pesquisador acompanhou a EE do Serviço de Emergência não foi observado realização de procedimentos condizentes com a avaliação secundária, podendo-se constatar a ocorrência, neste item, de uma contradição entre a prática e os discursos obtidos na entrevista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos depoimentos dos profissionais de enfermagem participantes do estudo e os resultados da observação da avaliação primária das vítimas de politraumatismo indicam grande adequação quanto às ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem do serviço de emergência do hospital cenário do estudo na realização da avaliação primária de indivíduos vítimas de politraumatismo.

Identificou-se que a maioria dos profissionais é informada sobre a regra mnemônica do ABCDE, recomendada para a avaliação primária, e possui compreensão acerca da importância da utilização desta regra.

Em todas as situações observadas evidenciou-se a preocupação e o cuidado da EE com os seguintes aspectos:

agilidade do atendimento; realização imediata dos exames solicitados; comunicação entre os profissionais do SE; percepção adequada do estado geral da vítima; e acolhimento à vítima e aos seus familiares. Tais atributos permitem ao pesquisador caracterizá-la como equipe comprometida com a qualidade da assistência à vítima de politraumatismo.

O estudo também identificou que a adoção da regra do ABCDE não está sistematizada no serviço analisado. Todavia, ficou evidenciado que, mesmo sem a devida sistematização, alguns profissionais de enfermagem a utilizam como estratégia na assistência aos indivíduos politraumatizados.

Pôde-se constatar que os profissionais de enfermagem são comprometidos com a assistência a estes indivíduos, e atuam de forma ágil e eficaz.

Entretanto, a realização de procedimentos condizentes com a avaliação secundária não foi observada no período de acompanhamento da EE, ocorrendo, nesse aspecto, uma contradição entre a prática e os discursos dos participantes do estudo.

Ressalta-se que, devido às características e especificidades do processo de trabalho desenvolvido no serviço de emergência, não foi possível apreender o objeto do estudo em sua totalidade, o que se constitui em estímulo para realização de novos estudos.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira DR, Diniz JJR. Caracterização das ocorrências de trauma município de Crato – CE. Rev Nursing. 2010; 145(13):286-90.
2. Souza MMC. Perfil de morbimortalidade relacionada a acidentes e violências no Brasil. In: Souza RMC. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 7-28.
3. Araújo EM, Costa M da CN, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM de, Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. Rev Saúde Públ. 2009; 43(3):405-12.
4. Calil AM, Pimenta CA de M. Conceito de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(3):325-32.
5. Braga MBI, Chagas Neto FA, Porto MA, Barroso TA, Lima ACM, Silva SM, et al. Epidemiologia e grau de satisfação do paciente vítima de trauma músculo-esquelético atendido em hospital de emergência da rede pública brasileira. Acta Ortop Bras. 2005; 13(3):137-40.

6. Silva MRS, Anzolin RM, Claro TC, Medeiros C. Efeitos deletéricos: ausência de cinesioterapia na mobilidade articular em politraumatizado. *Fisioter Mov.* 2008; 21(2):39-45.
7. Novo FCF. Prevenção do trauma. In: Souza RMC, Calil AM, Paranhos WY, Malvestio MA. *Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem.* São Paulo: Atheneu; 2009. p. 29-41.
8. Martins CBG, Andrade SM. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(2):194-204.
9. Calil AM. A disciplina de emergência na formação do enfermeiro. *Rev Nursing.* 2010; 12(142):120-4.
10. Fraga GP. Programa de qualidade no atendimento ao trauma. *Rev Med.* 2007; 40(3):321-8.
11. Lorenzo S, Montovani MF, Ulbrich EM, Bolduino AFA. As intervenções de enfermagem e a classificação de risco em vítimas de trauma. *Rev Téc Cient Enferm.* 2009; 7(23):341-7.
12. Schvartsman C, Carreira R, Abramovici S. Avaliação e transporte da criança traumatizada. *J Pediatr.* 2005; 81(5):223-9.
13. National of Emergency Medical Technicians. *PHTLS: atendimento pré-hospitalar ao traumatizado.* 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
14. Ministério da Saúde (BR). *Protocolo da unidade de emergência: Hospital São Rafael – Monte Tabor.* 10ª ed. Brasília; 2002.
15. Gonçalves VCS. Trauma de extremidades. In: Souza RMC, Calil AM, Paranhos WY, Malvestio MA. *Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem.* São Paulo: Atheneu; 2009. p.347-60.
16. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
18. Marconi MA, Lakatos EM. *Fundamentos de metodologia científica.* 3ª ed. rev. amp. São Paulo: Atlas; 1991.
19. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde [acesso em 2011 Jun 2]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm.
20. Malvestio MA. Reanimação e estabilização na cena e no transporte no atendimento pré-hospitalar. In: Souza RMC, Calil AM, Paranhos WY, Malvestio MA. *Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem.* São Paulo: Atheneu; 2009. p. 181-203.
21. Eliziete MS, Coimbra JA, Batista JP, Procópio MR, Gonçalves W. A relevância do profissional enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência [monografia]. Governador Valadares: Universidade Vale do Rio Doce; 2009.
22. Sallum EA, Calil AM. Choque e reposição volêmica. In: Souza RMC, Calil AM, Paranhos WY, Malvestio MA. *Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem.* São Paulo: Atheneu; 2009. p. 419-28.

Endereço para correspondência:

Leandro Sanceverino Mattos
Rua Presalino Pires, 450
Bairro: Paes Leme
CEP: 88780-000 - Imbituba - SC - Brasil
E-mail: leandromattos.aph@hotmail.com