

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

BRISA SULZBACHER RAMOS

**REVISÃO NARRATIVA PARA ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO
ASSISTENCIAL DE CUIDADOS AOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EM UM
PRONTO ATENDIMENTO DE SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

BRISA SULZBACHER RAMOS

**REVISÃO NARRATIVA PARA ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO
ASSISTENCIAL DE CUIDADOS AOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EM UM
PRONTO ATENDIMENTO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Linhas de Cuidado em
Enfermagem – Curso de Urgência e Emergência
como requisito ao Eixo operativo:
Desenvolvimento do processo de cuidar.

Orientador: Gilson de Bitencourt Vieira

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Revisão Narrativa para Elaboração de Um Protocolo Assistencial de Cuidados aos Pacientes Politraumatizados em Um Pronto Atendimento de Saúde** de autoria do aluno **Brisa Sulzbacher Ramos** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADA** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área de Urgência e Emergência.

Profº. Ddo. Gilson de Bitencourt Vieira
Orientador da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	08
2.1 Diagnóstico Sobre a Morbimortalidade por Causas Externas no Município de Porto Velho e no Estado de Rondônia.....	08
2.2 Conceitos e Definições Sobre Trauma e Suas Causas.....	09
2.3 Métodos Científicos e Protocolos Assistenciais na Atenção à Saúde das Vítimas com Traumas.....	12
3 MÉTODO.....	20
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	21
4.1 Protocolo da Unidade do Pronto Atendimento aos Politraumatizados: Avaliação Primária à Vítima de Trauma pelo Método Mnemônico “ABCDE” do Trauma	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERENCIAIS.....	28
ANEXOS.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Avaliação Primária no Politrauma Segundo o Método Mnemônico ABCDE da ATLS.....	15
Tabela 02. Avaliação Primária a Vítima de Trauma pelo Método Mnemônico “ABCDE” do Trauma	22
Tabela 03. Manejo dos Politrmatizados Durante a Avaliação Primária.....	22
Tabela 04. Escala de Coma de Glasgow.....	24
Tabela 05. Classificação do Traumatismo Cranioencefálico.....	24
Tabela 06. Protocolo para Assistência ao Politraumatizados por Ordem de Prioridade e de Acordo com o Grau de Acometimento dos Traumas e Lesões.....	24

RESUMO

Nesse trabalho foi realizada uma revisão narrativa em bases de dados nacionais. Seu objetivo foi apresentar revisões de literatura sobre protocolos assistenciais em urgência e emergência para vítimas de politraumas, fundamentando assim a elaboração de um protocolo assistencial visando um cuidado mais eficaz e de qualidade a esses pacientes. A metodologia aplicada foi uma revisão bibliográfica realizada no período de dezembro de 2013 a março de 2014, mediante busca de trabalhos científicos na BIREME, e ainda revistas e sites que abordassem o tema, além dos bancos de dados do Sistema de Informação de Mortalidade/SIM DATASUS e do Ministério da Saúde. O trauma é definido como lesão física ou ferido de intensidade variada, causada por ação violenta, de natureza física ou química, externa ao organismo, podendo ser intencional ou não intencional. Sua relevância epidemiológica e social está atrelada com aos seus altos índices de morte no país, pois suas principais por acidentes de trânsito, violência e agressão física, considerado como agravos à saúde pública.

Palavras-chaves: Protocolo assistencial; revisão; paciente politraumatizado; pronto atendimento.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil os traumas são considerados crescente problema de saúde pública, pois provocam forte impacto nos índices de morbidade e mortalidade da população. As principais causas dos traumas são por causa externas acidentes e violência, podendo ser acidentais ou intencionais, considerados conjuntos de agravos à saúde, constam na Classificação Internacional de Doenças – CID, denominada causas externas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATENDIMENTO INTEGRADO AO TRAMATIZADO/SBAIT, 2014).

Os traumas por causas externas são considerados agravos à saúde pública, de alta relevância epidemiológica e social, devendo a Política Nacional de Atenção às Urgências aprimorar condições como a implantação de Unidades de Pronto Atendimento, definido como *“estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências. Estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos...”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE - PORTARIA Nº. 1.601, DE 7 DE JULHO DE 2011) .

No estado de Rondônia os óbitos por causas externas ocasionadas por acidentes de trânsito e por agressão no período de 2009 a 2011 são as causas identificadas com mais de 80% dos óbitos totais ocorridos, refletindo o que vem ocorrendo no país onde as violências e os acidentes por causas externas representam modernas epidemias que assolam países do mundo inteiro, apontando pela recente pesquisa realizada por Miranda *et al.*, (2010).

O diagnóstico da situacional do Pronto Atendimento Ana Adelaide no município de Porto Velho/RO observou-se a inexistência de protocolos assistências para pacientes vítimas de trauma, impossibilitando identificação precoce de possíveis complicações e diminuição de sequelas e/ou óbitos. Sabemos que durante a assistência à saúde em urgência e emergência quando são utilizados métodos científicos como técnicas e implementação de protocolos assistenciais na atenção à saúde das vítimas com traumas, identificando sinais e sintomas, instituindo tratamento e assim evitar as sequelas, morbidade e mortalidade.

A assistência aos pacientes vitima de trauma nos Prontos Atendimentos em sua grande maioria adotam o método científico “ABCDE”, todavia em algumas unidades observa-se a falta de critérios não sendo empregada a ordem de prioridades imposta pelo método, possibilitando possíveis complicações, sequelas e/ou óbitos por ausência de protocolos e técnicas assistenciais

aos pacientes traumatizados. No Pronto Atendimento Ana Adelaide no município de Porto Velho/RO observou-se a inexistência de protocolos assistências para pacientes vítimas de trauma, impossibilitando identificação precoce de possíveis complicações e diminuição de sequelas e/ou óbitos. Sabemos que durante a assistência à saúde em urgência e emergência quando são utilizados métodos científicos como técnicas e implementação de protocolos assistenciais na atenção à saúde das vítimas com traumas, identificando sinais e sintomas, instituindo tratamento e assim evitar as sequelas, morbidade e mortalidade.

Dessa forma, justifica-se a presente pesquisa de abordagem bibliográfica sobre a revisão narrativa para elaboração de um protocolo assistencial de cuidados aos pacientes politraumatizados em um pronto atendimento de saúde com objetivo de implantar no Pronto Atendimento Ana Adelaide no município de Porto Velho – RO.

O objetivo geral a pesquisa apresenta revisões de literatura que apresentem protocolos assistenciais em urgência e emergência para vítimas de traumas, fundamentando a elaboração de protocolo assistencial aos pacientes politraumatizados. Nos objetivos específicos temos como proposta evidenciar a redução da morbimortalidade quando aplicado técnicas assistenciais durante a assistência em urgência e emergência e ainda elaborar protocolo assistencial em urgência e emergência a partir da fundamentação teórica dessa pesquisa, que será compartilhado com profissionais de saúde do Pronto Atendimento Ana Adelaide no Município de Porto Velho/RO através de encontros a literatura encontrada para posterior discussão para implantação do protocolo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Diagnóstico Sobre a Morbimortalidade por Causas Externas no Município de Porto Velho e no Estado de Rondônia

Dados epidemiológicos sobre a mortalidade por causas externas no Estado de Rondônia evidenciando as causas dos óbitos por traumas no ano de 2009 num total de 1.436, desses 1.060 óbitos ocorreram em decorrência de acidentes de trânsito e por agressão, ocorrendo nesse mesmo período no município de Porto Velho 392 óbitos por causas externas. No ano de 2010, de 1.528 óbitos, desses 1.161 óbitos ocorreram em decorrência de acidentes de trânsito e por agressão, ocorrendo nesse mesmo período no município de Porto Velho 502 óbitos por causas externas. Em 2011 de 1.397 óbitos, desses 1.052 óbitos ocorreram em decorrência de acidentes de trânsito e por agressão e nesse mesmo período ocorreram 472 óbitos por causas externas no município de Porto Velho.

Evidenciando o trauma como uma das principais mortes por acidentes de trânsito e violência na atualidade no estado de Rondônia e no município de Porto Velho, impactando investimento financeiro de quase 4 bilhões somente com serviços hospitalares por morbidades por causas externas por traumas nos anos de 2009 a 2011 (MS/SVS/DASIS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM, 2014).

As ocorrências dos óbitos por causas externas no estado de Rondônia e no município de Porto Velho no período de 2009 apontam que a principal causa de maior incidência foi por acidente de trânsito de todos os tipos, terrestre, aquático e aeroespacial, no estado de RO com 522 óbitos e em Porto Velho com 120 óbitos; logo em seguida aparecem os óbitos por agressão, no estado de RO com 538 óbitos e no município de Porto Velho com 160; seguido dos óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente, no estado de RO com 85 óbitos e no município de Porto Velho 21 e após os óbitos por quedas, sendo que no estado de RO 58 e em Porto Velho 28 óbitos (MS/SVS/DASIS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM, 2014).

No ano de 2010 apontam que a principal causa de maior incidência foi por acidente de trânsito de todos os tipos, terrestre, aquático e aeroespacial, no estado de RO com 616 óbitos e em Porto Velho com 177; logo em seguida vem os óbitos por agressão com 545 no estado de RO e em Porto Velho 203; após vem os óbitos por Lesões autoprovocadas intencionalmente com 81

óbitos em RO e em Porto Velho com 31 óbitos; após os óbitos por quedas sendo que em RO foram 70 óbitos e em Porto Velho 32; e com relevância também apareceram os óbitos por Afogamento e submersão acidental que no estado de RO apresentaram 67 óbitos e no município de Porto Velho somente 32 (MS/SVS/DASIS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM, 2014).

No ano de 2011 apontam que a principal causa de maior incidência foi por acidente de trânsito de todos os tipos, terrestre, aquático e aeroespacial, no estado de RO com 604 óbitos e em Porto Velho 184; logo em seguida vem os óbitos por agressão com 448 no estado de RO e em Porto Velho 167; após vem os óbitos por Lesões autoprovocadas intencionalmente com 78 óbitos em RO e em Porto Velho com 30 óbitos; por afogamento e submersão acidental que no estado de RO apresentaram 84 óbitos e no município de Porto Velho somente 24; após os óbitos por quedas sendo que em RO foram 50 óbitos e em Porto Velho 16. Observando houve um considerável aumento dos óbitos por afogamento e submersão acidental crescente do ano de 2010 para 2011 (MS/SVS/DASIS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM, 2014).

O impacto financeiro de acordo com o diagnóstico real das morbidades por causas externas no Estado de Rondônia e no Município de Porto Velho/RO no período 2009 a 2013 por número de ocorrência de internação e valores hospitalares anuais observou-se um crescente aumento nos gastos nos valores pagos pelo poder público em virtude dos acidentes por causas externas.

No ano de 2009 houve 7.801 ocorrências por morbidade hospitalar no estado de RO e em Porto Velho 1.458 com um impacto de R\$ 776.601,63 de gasto; no ano de 2010 houve 9.138 ocorrências por morbidade hospitalar no estado de RO e em Porto Velho 2.456 com um impacto de R\$ 1.698.321,81; e no ano de 2011 houve 8.743 ocorrências por morbidade hospitalar no estado de RO e em Porto Velho 2.145 com um impacto de R\$ 1.854.314,36 de gasto, sendo que do ano de 2009 para 2011 os gastos aumentaram mais de 100% (MS/SVS/DASIS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM, 2014).

2.2 Conceitos e Definições Sobre Traumas e Suas Causas

O trauma é definido como lesão física ou ferido de intensidade variada, causada por ação violenta, de natureza física ou química, externa ao organismo. Para UFSC (2013, *apud* PHTLS,

2007) definido como evento nocivo ocasionado por liberações específicas de energia ou por barreiras físicas ao fluxo normal de energia, classificadas em formas físicas. São elas: Mecânica, química, térmica, irradiação e elétrica. Podendo o trauma ainda ser intencional ou não intencional, como descrito a seguir:

Trauma intencional: acontece quando há a intenção de ferir alguém ou a si próprio, ou seja, está associado a um ato de violência interpessoal ou autodirecionado; Trauma não intencional: acontece quando as lesões são desenvolvidas devido a um determinado evento, como queda, afogamento, queimadura, colisão de veículos, entre outros UFSC (2013 *apud* PHTLS, 2007, p 223).

Para o Ministério da Saúde (2011) o trauma possui relevância epidemiológica e social, pois são classificadas como a segunda causa de morte em geral no país, considerado suas causas como agravos à saúde pública, com forte impacto econômico. Segundo a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS, 1993) *“a violência pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema da Saúde Pública em vários países” (...)* *“O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e assistência social”*.

A Organização Mundial da Saúde publica é responsável por publicar periodicamente a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, conhecida no Brasil pela sigla CID, que fornece códigos relativos à classificação de doenças de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código possibilitando elaboração de dados estatísticos de morbidade e de mortalidade (WIKIPÉDIA, 2013). Dessa forma os traumas são classificados como causas externas onde englobam para se referir a mortalidade por homicídios e suicídios, agressões físicas e psicológicas, acidentes de trânsito, transporte, quedas, afogamentos, violência e outros, podendo ser intencional ou não.

Considerado como epidemia desde o século passado, o trauma apresenta dados epidemiológicos sobre causas de morbimortalidade no Brasil, vista como doença, é diretamente proporcional a evolução da humanidade evidenciando uma crescente progressão de mortes por causas externas, os acidentes e os homicídios os maiores responsáveis pelos traumas, sendo a segunda causa de óbitos no gênero masculino e a terceira no total. Os dados estatísticos demonstram maior incidência de trauma em grandes centros urbanos, contudo municípios que estão às margens das rodovias também vêm apresentando dados crescentes (UFSC, 2013).

As violências e os acidentes por causas externas representam modernas epidemias que assolam países do mundo inteiro, inclusive o Brasil, recente pesquisa realizada por Miranda *et al.*, (2010) sobre a morbimortalidade por causas externas – acidentes e violência no município de Porto Velho, Rondônia, apresentaram resultados identificando 1.515 casos de acidentes e violência. Desses, 1.200 (79,2%) são de acidentes e 315 (20,8%), de violência. A idade média da população foi de 27,71 anos, a pesquisa também apontou uma descrição do fenômeno e também revelou a fragilidade da vigilância em saúde (MIRANDA, 2010).

Estatisticamente, a Organização Mundial de Saúde, afirma que a violência é uma das principais causas de morte, sobretudo da população de 15 a 44 anos, sendo que os homens representam cerca de 14% dessas mortes e as mulheres, 7%. Entre as causas externas, os acidentes de transporte destacam-se em termos de magnitude, tanto de mortos quanto de feridos. Em 2007, o Departamento Nacional de Trânsito divulgou que durante o ano de 2002, os acidentes com vítimas no Brasil geraram 251.876 casos, sendo 318.313 vítimas não fatais e 18.877 vítimas fatais (OMS, 2011).

Devido a essa alta relevância epidemiológica e social que a morbimortalidade por trauma em suas consequências acometem a sociedade, o Ministério da Saúde (2011) instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, aprimorando as condições de intervenções como a implantação de Unidades de Pronto Atendimento, definido como “*estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências*”.

Segundo a UFSC (2013 *apud*, CONDORIMAY 2003), os serviços que prestam assistência às situações de emergência devem garantir aos usuários a oportunidade de ter sua

assistência ampla e com garantia de segurança nos procedimentos realizados, com a versatilidade para enfrentar as necessidades de cada vítima considerando-se sua individualidade. A qualidade na assistência deve ser sustentada pela eficácia, eficiência, acolhimento e conforto; pela integralidade das ações com vistas a medidas concomitantes de prevenção, promoção e educação e; finalmente, deve ter sustentabilidade, ou seja, os serviços devem ter viabilidade técnica, social, política e econômica.

Nos politraumatismos a mortalidade é classificada em três níveis subseqüentes: imediata, precoce e tardia. Imediata: as mortes são relativas às que acontecem logo após o acidente devido a lesões cerebrais graves, traumatismos cervicais e lesões em grandes vasos ou coração. Precoce: refere às mortes ocorridas dentro de duas horas após o trauma, causa por traumatismos crânio encefálicas, torácicas, abdominais e hemorragia; Tardia: relacionam à ocorrência de septicemia e falência múltiplas dos órgãos, podendo também estar ligada ao traumatismo crânio-enfálico (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO, 2013).

2.3 Métodos Científicos e Protocolos Assistenciais na Atenção à Saúde das Vítimas com Traumas

O ABCDE foi criado no Colégio Americano de Cirurgiões nos Estados Unidos, é uma sistematização do atendimento ao paciente vítima de trauma proposta pelo Advanced Trauma Life Support (ATLS), no qual uniformizar condutas de atenção ao paciente politraumatizado objetivando detectar precocemente as possíveis alterações fisiológicas que ocorrem nos traumas evitando assim os óbitos e sequelas. Divide-se em duas etapas: abordagem primária ou ABCDE primário, visando à estabilização dos sinais vitais e identificações de lesões que comprometem a vida do paciente e a abordagem secundária ou ABCDE secundário, sendo mais completa, quando se realiza exame físico completo, mantendo-se a monitorização dos sinais vitais (SCALISE, 2010).

O método mnemônico ABCDE surgiu porque se notou que o trauma mata seguindo uma cronologia previsível. Assim, por exemplo, a obstrução das vias aéreas mata mais rapidamente do que a perda da capacidade de respirar, matando mais rapidamente do que a redução do volume sanguíneo circulante, vindo a seguir o problema mais letal a presença de uma lesão em massa, expansiva, intracraniana. Portanto, pode-se ter: A - Vias aéreas com proteção da coluna cervical;

B – Respiração e ventilação; C – Circulação com controle de hemorragia; D – Incapacidade, estado neurológico e, E – Exposição (despir) e controle do ambiente (temperatura). O exame primário consiste na identificação e tratamento imediato das condições ameaçadoras de vida, seguindo um roteiro preconizado, num tempo que ultrapasse 2 a 5 minutos. Enquanto que, o exame secundário consiste na anamnese e exames físicos rápidos e objetivos, não ultrapassando 5 a 10 minutos. Etapa que só deve ser feita quando o exame primário tiver sido completado, a reanimação iniciada e, a resposta à terapia estimada. Procede-se a identificação e tratamento imediato das condições ameaçadoras da vida. Simultaneamente, realiza-se o exame primário e a reanimação, seguindo o roteiro ABCDE (ROLOFF, 2007) (SCALISE, 2010).

Para Wilkinson & Skinner (2000) assistir ao politraumatizado “*requer a identificação e tratamento prioritário daquelas lesões que põem em risco a vida do doente*”, constituindo assim a avaliação primária, onde se identificar lesões como: obstrução da via aérea; lesões torácicas com dificuldade respiratória; hemorragia severa interna ou externa; lesões abdominais. Quando houver mais que um doente politraumatizado, estabelecem tratamento aos doentes por ordem de prioridade como a Triagem, que depende da experiência técnica e recursos tecnológicos. A avaliação ABCDE compreende atender sistematicamente ao politraumatizado nas sequencias de avaliações: Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção neurológica e Exposição. Esta avaliação denomina-se primária não deve demorar mais que 2-5 minutos. O tratamento simultâneo das lesões pode ocorrer quando existem mais do que uma lesão potencialmente mortal.

Avaliação primária do paciente com trauma maior deverá ocorrer conforme o protocolo de atendimento inicial do politraumatizado recomendado pelo *ATLS*. Reanimação frente à parada cardiocirculatória é realizada imediatamente após o diagnóstico. Avaliação primária e reanimação ocorrem simultaneamente, em uma seqüência lógica de condições de risco à vida, conhecida como “ABCDE”. A avaliação ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition* - Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição) é efetuada e esta avaliação primária em até 2 a 5 minutos. Tratamento simultâneo de lesões potencialmente fatais pode ser feito (PROTÓCOLOS CLÍNICOS PARA PACIENTES POLITRAUMATIZADOS DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS 2011 *apud* CHIARA, 2009).

Esse atendimento ao paciente de politraumas tem como principal objetivo a diminuição e, se possível, a abolição de seqüelas do trauma evitando assim as complicações que levam ao óbito.

A característica do trauma ira além do contexto hospitalar, pois engloba a participação de equipes na cena do acidente, passando pela fase hospitalar, até a existência de programas de reabilitação para as vítimas. A abordagem inicial na estabilização do politraumatizado deve ser realizada em unidades de urgência e emergência levando em conta: materiais; instalações; banco de sangue.

Na assistência aos politraumas, os profissionais devem usufruir de conhecimentos que o permite visarem situações que representam risco imediato de vida a vítima. Para efetividade das prioridades de condutas baseadas nas necessidades de cada politraumatizado, a equipe de saúde deve utilizar os critérios sequenciais das vias aéreas: atenção à coluna cervical; verificação dos sinais sugestivos de comprometimento da respiração e ventilação; circulação e controle de hemorragias; exposição completa do paciente; atenção à família do politraumatizado (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO, 2013).

Avaliações e intervenções primárias e seus objetivos devem estabelecer uma via aérea estável e desobstruída e ao abordar as vias aéreas, deverá realizar os seguintes passos: levantamento da mandíbula (jawtrust); retirada de corpos estranhos; inserção de uma cânula orotraqueal; suplementação de oxigênio via ambú com máscara. Completando o exame e as condutas da primeira fase da assistência ao politraumatizado, seguem: a exposição completa do paciente, no qual ele é despido para que sejam pesquisados sinais como: escoriações; hematomas; ferimentos; sangramentos; afundamentos (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO, 2013).

As avaliações e intervenções secundárias começam com exame secundário e suas intervenções quando tenham sido garantidas: a via aérea; respiração e circulação; envolve uma avaliação da cabeça aos pés, combinada com os diagnósticos definitivos e tratamento das lesões, exames complementares como a radiografia, tomografia computadorizada entre outros, serão realizados nessa fase. A equipe que assiste ao politraumatizado deve ser previamente capacitada e estar atento para os sinais clínicos de lesão de coluna, pois a mobilização ou imobilização inadequada pode gerar comprometimento neurológico, sendo que os traumatismos vertebrais podem não estar acompanhados de lesões medulares (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO, 2013).

Outros efeitos sistêmicos do trauma é muito comum, ocorre no traumatismo torácico, as lesões torácicas estão entre as quatro principais causas de óbitos em politraumatizados e a rapidez na avaliação e nos procedimentos, deve ser aplicada, pois a falta de precocidade no diagnóstico

do trauma abdominal pode levar ao óbito. Isso porque a cavidade abdominal é potencial reservatório em casos de perdas sanguíneo, os sinais e sintomas da lesão abdominal são frequentemente, sutis e mascarados por outros traumatismos. Quando ocorre o choque hipovolêmico, na maioria das vezes por hemorragia interna que desencadeará o choque hipovolêmico e, posteriormente poderá levar ao óbito. Deve-se ressaltar também que há situações que exigem manejo mais específico e cuidados nos atendimentos de politraumatizados como, por exemplo: traumatismos em gestantes, crianças, queimados, dentre outros. Nas gestantes, a equipe deve ter claro que atende dois pacientes e que o prognóstico do feto depende da gravidade das lesões maternas (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO, 2013).

Tabela 01

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA NO POLITRAUMA SEGUNDO O MÉTODO MNEMÔNICO ABCDE DA ATLS		
A	Airway	Vias Aéreas
B	Breathing	Respiração
C	Circulation	Circulação
D	Disability	Disfunção Neurológica
E	Exposition	Exposição

Fonte: Abordagem ao Paciente Politraumatizado. Protocolos Clínicos do Estado de Saúde de Minas Gerais. 2011

A Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais em 2011 elaborou o Protocolo Clínico para Pacientes Politraumatizados e utilizou como fundamentação o “Protocolo para Atendimento IntraHospitalar do Trauma Grave” de Chiara (2009) onde o método mnemônico do ABCDE do Trauma desenvolvido pela ATLS foi seguido. O Manual da Abordagem Primária ao Trauma (WILKINSON & SKINNER, 2000) que também utilizaram os métodos da ATLS e o EMST Australiano como base do roteiro para curso de Atenção Primária ao Trauma e elaboração do manual. E ainda a Universidade Federal de Santa Catarina (2013) utilizou como fundamentação para a elaboração do Módulo VIII: Linha de Cuidados nas Urgências/Emergências Traumatológicas o método ABDCE primário da ATLS como sistematização da proposta do curso

de especialização em Urgência e Emergência. Dessa forma, apresentam fundamentação teórico científico similares na sistematização da assistência ao paciente com trauma.

A avaliação das vias aéreas e coluna cervical consistem em avaliar a permeabilidade das vias aéreas superiores observando os seguintes sinais e sintomas: Capacidade do paciente falar; Inspeção da cavidade oral, buscando possível obstrução da via aérea; Queda de língua; Presença de vômito, sangue, corpo estranho na cavidade oral; Trauma bucomaxilofacial; Queimadura extensa de face com acometimento da cavidade oral; A respiração tipo *gasping*, estridor laríngeo. No caso de obstrução real ou potencial de vias aéreas, fazer manobras para sua liberação mediante: Aspiração; Anteriorização do mento; Posicionamento da cânula orofaríngea; Administração de oxigênio 10-12L/min em máscara com reservatório; Intubação traqueal se necessário; Intubação via nasotraqueal no potencial trauma maxilofacial é contraindicada; Traqueostomia pode ser necessária em traumas faciais com fraturas graves de mandíbula e maxila; Politrauma deve ter coluna cervical imobilizada até lesão raquimedular ser descartada (PROTOCOLOS CLÍNICOS PARA PACIENTES POLITRAUMATIZADOS DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2011).

Para analisar a via aérea alta e a coluna cervical, o enfermeiro avalia as condições de permeabilidade das vias aéreas possibilitando a entrada do ar inspirado para manter a ventilação/oxigenação. Uma revisão da anatomia e fisiologia do sistema respiratório de vias aéreas superiores e inferiores tornam-se fundamental durante a avaliação (UFSC, 2013). A via aérea tem como função conduzir o ar pela nasofaringe, durante a inspiração a epiglote se levanta, abrindo a laringe e permitindo que o ar passe pelas cordas vocais e pela traqueia, alcançando a via aérea baixas. Pode ser definida pela abertura da boca e do nariz até a traquéia (UFSC 2013 *apud* JARVIS, 2010).

Ao avaliar a respiração consiste em observar a ventilação através da inspeção, percussão, palpação e ausculta do tórax. Onde os diagnósticos a serem identificados são: Pneumotórax hipertensivo: Conduta: Toracocentese imediata e/ou toracotomia com drenagem torácica fechada; Pneumotórax aberto: Conduta: Curativo de três pontos imediatamente (paciente não intubado), sendo que a Drenagem torácica é tratamento definitivo; Tórax instável: Conduta: Intubação e ventilação com pressão positiva; Hemotórax maciço: Conduta: Toracotomia com drenagem torácica fechada; Se Ar sob Pressão: Conduta: Toracotomia com drenagem torácica fechada; Descompressão negativa ou resultar em sangue: Conduta: Preferir Rx Tórax antes de qualquer

outro procedimento (PROTÓCOLOS CLÍNICOS PARA PACIENTES POLITRAUMATIZADOS DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2011).

Nessa avaliação da respiração e ventilação, reunimos dados objetivos da condição de oxigenação e respiração da vítima de trauma. A cavidade torácica contém órgãos cujo funcionamento é vital para a manutenção da vida. Assim, os sinais e sintomas de alterações apresentados devem ser identificados com rapidez por intermédio da inspeção, palpação, percussão e ausculta (...). Assim, no atendimento à vítima de trauma, o enfermeiro deverá, na inspeção torácica, avaliar a *frequência respiratória (eupnéia, dispnéia, taquipneia ou apneia)*. Outro fator a ser inspecionado é a presença de sinais de dificuldade respiratória, como: *retração intercostal, retração de fúrcula supraesternal, batimento de asa nasal e tosse*. Ainda, agregado a esse fator, deve-se observar o *uso do abdome, tórax ou de ambos*, para conseguir uma ventilação eficaz (UFSC, 2013).

Ao avaliar a circulação nos pacientes politraumatizados, o manuseio durante do traumatizado com choque deve ser sempre considerado e tratado, a princípio, como hemorrágico. *“Os sinais mais precoces de choque são taquicardia e vasoconstrição cutânea, cuja manifestação clínica é a palidez e a frialdade de extremidades, além da lentificação do enchimento capilar após compressão digital (>12segundos)”* (UFSC, 2013). Conduta ao avaliar: Pesquisar e controlar fontes de sangramento externo, mediante compressão; Puncionar dois acessos periféricos calibrosos (14-16 G) e, na impossibilidade destes, obter acesso central; Colher amostra de sangue para prova cruzada (lactato, troponina no trauma cardíaco, BHCG para mulheres jovens); Em caso de choque, realizar reposição volêmica, utilizando solução salina (SF 0,9%, em bolus de 2000 ml). Para cada ml de sangue perdido repõe-se 3ml de cristalóide isotônico. A hemotransfusão é somente indicada em caso de choque grau III e IV.

Logo que se finaliza a infusão devem-se reavaliar os parâmetros hemodinâmicos classificando em adequada, transitória, ausente. Observando que as classificações dos tipos de choque para os diagnósticos preciso: Choque cardiogênico e Choque obstrutivo causado por Pneumotórax hipertensivo ou Tamponamento cardíaco; Choque neurogênico deverá ser tratado com infusão de volumes e drogas vasoativas (PROTÓCOLOS CLÍNICOS PARA PACIENTES POLITRAUMATIZADOS DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2011).

Ao avaliar o exame neurológico durante atenção primária aos politraumatizados é realizada a classificação do paciente de acordo a escala de Coma de Glasgow (ECG), além de examinar a pupila (diâmetro e reatividade à luz) e a motricidade dos membros. Todavia, a

pontuação definitiva da ECG só é atribuída após manobras de reanimação com resolução dos problemas respiratórios e circulatórios. A equipe da unidade do pronto atendimento deve conhecer os valores normais e a modalidade de classificação da ECG e em crianças em idade pré-escolar pelas particularidades na maneira de se expressar e locomover. Importante enfatizar que a ECG que categoriza a gravidade do traumatismo craniano deve ser calculada na ausência de efeitos de fármacos sedativos e uma vez excluído o efeito de álcool ou drogas (PROTOCOLOS CLÍNICOS PARA PACIENTES POLITRAUMATIZADOS DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2011).

A Exposição é a remoção de toda vestimenta é realizada na chegada, com exposição do tórax e membros superiores para avaliação, monitoramento e punção venosa. Durante este momento é realizada a rolagem em bloco para facilitar a remoção das vestimentas e realização do exame e avaliação da região dorsal, compreendendo a inspeção e palpação. Após faz-se a limpeza e medicação temporária das feridas, posicionamento de talas e tutores ortopédicos e o paciente são cobertos com manta térmica para se prevenir a dispersão de calor controlando hipotermia. Assim completa a avaliação primária (PROTOCOLOS CLÍNICOS PARA PACIENTES POLITRAUMATIZADOS DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2011).

O ABCDE do trauma compreende avaliar as Via aérea, onde observar se o doente pode falar ou respirar livremente. Caso obstruído deve-se: elevação do queixo/subluxação da mandíbula (a língua está agarrada à mandíbula); aspiração (se disponível); tubo orofaríngeo/nasofaríngeo; intubação; manter o pescoço imobilizado em posição neutra. Ao avaliar a Respiração é quando a patência da via aérea e adequabilidade da respiração são reavaliadas. Se inadequada deve-se: descompressão e drenagem de pneumotórax/hemotórax sobtensão; encerramento de ferida aberta do tórax; ventilação artificial; Administrar oxigênio se disponível.

Ao avaliar a circulação, quando na administração de oxigênio, a patência da via aérea e a adequabilidade da respiração foram avaliadas. Se inadequadas deve-se: parar a hemorragia externa; estabelecer 2 linhas venosas (cânulas 14-16G) se possível administrar fluidos se disponíveis. Ao avaliar a Disfunção neurológica, o exame neurológico rápido (o doente está consciente, responde vocalmente à dor ou está inconsciente). Não há tempo para fazer a escala de coma de Glasgow, por isso, considerar a letra A para Acordado; V para Resposta verbal; P para Resposta à dor e U para Sem resposta. O sistema nesta fase é claro e rápido. Na avaliação da

Exposição deve-se despir o doente e procurar as lesões. Se há suspeita de lesão cervical ou da coluna, é importante fazer a mobilização em alinhamento (WILKINSON & SKINNER, 2000).

A avaliação secundária compreende a etapa sequencial do atendimento inicial da vítima traumatizada, momento de reconhecer lesões secundárias ao trauma. Considerando a importância desse atendimento, devem-se identificar lesões que no primeiro momento não comprometem a vida da vítima, mas identificar as lesões que poderão comprometer a vida nas horas seguintes. Deve-se entender também a importância de reconhecer o exame físico completo com foco nas prováveis lesões associadas ao trauma (UFSC, 2013).

A morbidade e mortalidade associada às causas por trauma pode ser reduzida por uma intervenção médica precoce e eficaz, mediante abordagem primária ao trauma, fornecendo conhecimentos básicos e capacidades técnicas necessárias a identificar e tratar aqueles doentes traumatizados que requerem uma avaliação rápida, reanimação e estabilização das suas lesões, enfatizando a necessidade de um diagnóstico precoce e um tratamento imediato naquelas lesões que põem em risco a vida. Alguns métodos e protocolos assistenciais utilizados em pacientes com traumas são fundamentados a partir das metodologias da *American College of Surgeons*, ATLS e o EMST Australiano, esses enfatizam os cuidados básicos e prioritários no momento da assistência com a finalidade da redução dos índices de morbimortalidade (WILKINSON & SKINNER, 2000).

3 MÉTODO

A metodologia aplicada foi revisão narrativa, que teve como conhecer as diferentes contribuições científicas disponíveis sobre determinado tema, disponibilizando suporte a todas as fases de qualquer tipo de pesquisa, uma vez que auxilia na definição do problema, na determinação dos objetivos, na construção de hipóteses, na fundamentação da justificativa na conclusão da pesquisa (MARCONI & LAKATOS, 2007).

A revisão bibliográfica foi realizada no período de dezembro de 2013 a março de 2014, Realizada busca de trabalhos científicos na BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) e Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), e ainda revistas e sites que abordem o tema, não descartando publicações com edições mais antigas que contribua para fundamentar a pesquisa, além dos bancos de dados do Sistema de Informação de Mortalidade/SIM DATASUS e Ministério da Saúde/MS.

Após a conclusão da pesquisa será realizado encontro com os profissionais de saúde do Pronto Atendimento Ana Adelaide no município de Porto Velho/RO para a apresentação da pesquisa e elaboração de Protocolo.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Os métodos de assistência aos pacientes vítimas de traumas sistematizados através de protocolos ou manuais na presente pesquisa apresentaram o método mnemônico do ABCDE do trauma fundamentado na ATLS, como o método científico referenciado para tratamento de politraumatizados, de acordo com as Diretrizes estabelecidas pelo Colégio Americano de Cirurgiões e pelo Comitê de Trauma.

A Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais em 2011 elaborou o Protocolo Clínico para Pacientes Politraumatizados e utilizou como fundamentação o “Protocolo para Atendimento IntraHospitalar do Trauma Grave” de Chiara (2009) onde o método mnemônico do ABCDE do Trauma desenvolvido pela ATLS foi seguido. O Manual da Abordagem Primária ao Trauma (WILKINSON & SKINNER, 2000) que também utilizaram os métodos da ATLS e o EMST Australiano como base do roteiro para curso de Atenção Primária ao Trauma e elaboração do manual. E ainda a Universidade Federal de Santa Catarina (2013) utilizou como fundamentação para a elaboração do Módulo VIII: Linha de Cuidados nas Urgências/Emergências Traumatológicas o método ABDCE primário da ATLS como sistematização metodologicada proposta do curso de especialização em Urgência e Emergência.

Nesse contexto, observou-se que mesmo com um referencial teórico com mais de dez anos (2000), as referenciais teóricas dos anos de 2011 e 2013 em seu conteúdo são similares. Dessa forma, a elaboração do protocolo assistencial para ser implantado em um Pronto Atendimento aos pacientes vitima de politraumas proposto durante a pesquisa foi elaborado a partir de protocolos e manuais já existentes.

4.1 Protocolo da Unidade do Pronto Atendimento aos Politraumatizados: Avaliação Primária à Vitima de Trauma pelo Método Mnemônico “ABCDE” do Trauma

A principal prioridade na assistência ao politraumatizado é fazer a avaliação primária segundo o esquema ABCDE:

- A - manutenção da patência das vias aéreas com atenção especial à coluna cervical;
- B - controle ou suporte respiratório;

- C - controle circulatório com monitorização da tensão arterial;
- D - observação do grau de disfunção do sistema nervoso (déficit neurológico e nível de consciência);
- E - exposição do doente para a identificação de lesões cutâneas ou dano nas extremidades.

Tabela 02

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA A VITIMA DE TRAUMA PELO MÉTODO MNEMÔNICO “ABCDE” DO TRAUMA		
A	<i>Airway</i> Via aérea	Inicialmente, é avaliada a permeabilidade das vias aéreas superiores: Capacidade do paciente falar, Inspecção da cavidade oral, buscando possível obstrução da via aérea; Queda de língua; Presença de vômito, sangue, corpo estranho na cavidade oral; Trauma bucomaxilofacial, Queimadura extensa de face com acometimento da cavidade oral; A respiração tipo <i>gasping</i> , estridor laríngeo; Em obstrução real ou potencial de vias aéreas, fazer manobras para sua liberação: Aspiração, Anteriorização do mento, Posicionamento da cânula orofaríngea, Administração de oxigênio 10-12L/min em máscara com reservatório, Intubação traqueal se necessário; Intubação via nasotraqueal no potencial trauma maxilofacial é contraindicada; Traqueostomia pode ser necessária em traumas faciais com fraturas graves de mandíbula e maxila; Politrauma deve ter coluna cervical imobilizada até lesão raquimedular ser descartada;
B	<i>Breathing</i> Respiração	Avaliação da ventilação se faz através da inspecção, percussão, palpação e ausculta do tórax. Os diagnósticos a serem buscados são: Pneumotórax hipertensivo: Conduta: Toracotomia imediata e/ou toracotomia com drenagem torácica fechada; Pneumotórax aberta: Conduta: Curativo de três pontos imediatamente (paciente não intubado) e Drenagem torácica é tratamento definitivo; Tórax instável: Conduta: Intubação e ventilação com pressão positiva; Hemotórax maciço: conduta: Toracotomia com drenagem torácica fechada; Se ar sob pressão: Conduta: Descompressão pleural; Descompressão negativa ou resultar em sangue: Preferir Rx Tórax antes de qualquer outro procedimento;
C	<i>Circulation</i> Circulação	No manuseio do traumatizado o choque deve ser sempre considerado (e tratado), a princípio, como hemorrágico. Como seqüência para exame deve-se: Pesquisar e controlar fontes de sangramento externo, mediante compressão; Puncionar dois acessos periféricos calibrosos (14-16 G) e, na impossibilidade destes, obter acesso central; Colher amostra de sangue para prova cruzada (lactato, troponina no trauma cardíaco, BHCG para mulheres jovens); Em caso de choque, realizar reposição volêmica, utilizando solução salina (SF 0,9%, em bolus de 2000ml). Para cada ml de sangue perdido repõe-se 3ml de cristalóide isotônico. A hemotransfusão é somente indicada em caso de choque grau III e IV. Logo que se finaliza a infusão devem-se reavaliar os parâmetros hemodinâmicos classificando em adequada, transitória, ausente. ATENÇÃO! Avaliar possibilidade de: Choque cardiogênico; Choque obstrutivo causado por: Pneumotórax hipertensivo, Tamponamento cardíaco; Choque neurogênico. Deverá ser tratado com infusão de volumes e drogas vasoativas;
D	<i>Disability</i> Disfunção neurológica	O exame neurológico durante a avaliação primária é realizado: Classificando o paciente de acordo a Escala de Coma de Glasgow (ECG), Examinando a pupila (diâmetro e reatividade à luz), Motricidade dos membros. A pontuação definitiva da ECG só é atribuída após manobras de reanimação com resolução dos problemas respiratórios e circulatórios. Devem-se conhecer os valores normais e a modalidade de classificação da ECG em crianças em idade pré-escolar pelas particularidades na maneira de se expressar e locomover. A ECG que categoriza a gravidade do traumatismo craniano deve ser calculada na ausência de efeitos de fármacos sedativos.
E	<i>Exposition</i> Exposição	Remoção de toda vestimenta é realizada na chegada, com exposição do tórax e membros superiores para avaliação, monitoramento e punção venosa. Durante este momento é realizada a rolagem em bloco para facilitar a remoção das vestimentas e realização do exame do dorso, que compreende a inspecção e palpação. Posteriormente faz-se a limpeza e medicação temporária das feridas, posicionamento de talas e tutores ortopédicos e, por fim, o paciente é coberto com manta térmica para se prevenir a dispersão de calor.

Tabela 03

MANEJO DOS POLITRAMATIZADOS DURANTE A AVALIAÇÃO PRIMÁRIA		
A	<i>Airway</i> Via aérea	A primeira prioridade é estabelecer ou manter a patência da via aérea. Um doente que consegue falar claramente deve ter a via aérea permeável. O doente inconsciente pode necessitar de assistência à via aérea e à ventilação. A coluna cervical deve estar protegida durante a intubação se há suspeita de lesão do pescoço, crânio ou tórax. A queda da língua é a causa mais frequente de obstrução da via aérea num doente inconsciente. Conduta: Administrar oxigênio; via bolsa insufladora ou máscara; Avaliar a via aérea: São sinais de obstrução da via aérea: ressonar ou gargolejo; estridor ou sons respiratórios anormais; agitação (hipoxia); uso dos músculos acessórios da ventilação/movimentos paradoxais do tórax; cianose. Estar alerta para os corpos estranhos. A sedação intravenosa está absolutamente contra-indicada nesta situação. Considerar a necessidade de manejo avançado da via aérea. Indicações para técnicas de manejo avançado da via aérea incluem: obstrução persistente da via aérea por trauma penetrante do pescoço com hematoma (em expansão); apneia; hipoxia; trauma craneano severo; trauma torácico e lesão maxilofacial;
B	<i>Breathing</i> Respiração	A inspecção (VER) da frequência respiratória é essencial se estão alguns dos seguintes sinais presentes: cianose; ferida penetrante; fragmento instável; feridas abertas com aprisionamento de ar; uso dos músculos acessórios: Palpação (SENTIR) para desvio da traquéia; costelas partidas; enfisema subcutâneo; a percussão é útil no diagnóstico de hemotórax e pneumotórax; Auscultação (OUVIR): pneumotórax; detecção de sons anormais no tórax; Ação de ressuscitação. Se há dificuldade respiratória coloca-se um dreno intercostal para drenagem da pleura para saída de ar/sangue, mesmo antes de se fazer um Rx do tórax . Quando há indicações para intubação traqueal mas isso não é conseguido, deve-se fazer o acesso

		direto via cricotiroidotomia. Notas especiais: manter o doente com oxigênio até obter completa estabilidade; Se há suspeita de pneumotórax sob tensão introduz-se uma agulha de grande calibre no 2o EIC, na linha médio-clavicular para descomprimir a tensão, seguida de colocação de um dreno intercostal; Se não for possível intubar após uma ou duas tentativas, considerar cricotiroidotomia; como prioridade; Isto depende da experiência do pessoal médico disponível, de equipamento apropriado, e pode não ser possível em muitos lugares;
C	Circulation Circulação	A terceira prioridade é restabelecer uma adequada circulação. Choque é definido como uma inadequada perfusão e oxigenação dos órgãos tecidos. No politraumatizado a maior parte das vezes é devido a hipovolemia. O diagnóstico de choque é baseado em sinais clínicos: hipotensão, taquicardia, taquipneia, hipotermia, palidez, extremidades frias, diminuição do preenchimento capilar e diminuição da produção de urina. Há três diferentes tipos de choque: Choque hemorrágico (hipovolémico): devido a perda aguda de fluidos. A quantidade de sangue perdido após trauma é muitas vezes deficientemente avaliado e no trauma por queimaduras é muitas vezes subestimado. Lembrar que: • grandes volumes podem estar escondidos nas cavidades abdominais e pleurais: a fratura da diáfise do fêmur pode levar a perdas acima de 2 litros de sangue; fratura da bacia leva a perdas muitas vezes acima de 2 litros; Choque cardiogênico: devido a inadequado funcionamento cardíaco. Isto pode ser devido a: contusão miocárdica; tamponamento cardíaco; pneumotórax sob tensão (impedindo a chegada do sangue ao coração); ferida penetrante do coração e • infarto do miocárdio. A avaliação da pressão venosa jugular é essencial nestas circunstâncias e deve ser feito um ECG. Choque neurogênico: devido à perda do tônus simpático, geralmente resultante de lesão medular, com a apresentação clássica de hipotensão sem taquicardia reflexa ou vasoconstrição cutânea. Choque séptico: raro na fase precoce do trauma, mas uma causa comum de morte tardia (via falência multiorgânica) nas semanas seguintes ao trauma. É mais comumente vista nas feridas penetrantes do abdômen e nos queimados;
D	Disability Disfunção neurológica	O objetivo é restaurar o fornecimento de oxigênio aos tecidos. Sendo o principal problema a perda de sangue, a ressuscitação com fluidos é uma prioridade. Obter um adequado acesso vascular. Isto requer a inserção de pelo menos 2 cânulas de grande calibre (14-16G). Pode ser necessário desbridamento. Aquecer se possível, os fluidos de infusão (cristalóides, por ex. NaCl 0,9%, como primeira linha) à temperatura corporal (manter soros quentes num ebolidor). Lembrar que a hipotermia pode provocar anomalias da coagulação. Evitar soluções que contenham glicose. Colher amostras de sangue para laboratório e determinação de grupo sanguíneo. Urina: Medir o débito urinário como indicador do grau de preenchimento vascular. O débito deve ser superior a 0.5 ml/kg/hora. Nos doentes inconscientes pode ser necessário algaliar se o choque persiste. Transfusão de sangue: Pode ser muito difícil obter sangue. Lembrar possível incompatibilidade, riscos de transmissão de hepatite B e HIV, mesmo entre a própria família do doente. Deve considerar-se a transfusão de sangue quando o doente mantém instabilidade hemodinâmica apesar da infusão de fluidos (cristalóides/colóides). Se não há possibilidade de se determinar o grupo sanguíneo e fazer provas de compatibilidade deve ser usado concentrado de glóbulos O negativo. Deve-se fazer transfusão se a hemoglobina for inferior a 7g/dl e se o doente continua a sangrar. Primeira prioridade: parar a hemorragia: Lesões dos membros: os garrotes não servem. Além disso, provocam síndromes de reperfusão que agravam a lesão inicial. O procedimento recomendado de “pressão com compressa” é uma entidade mal definida. A hemorragia severa resultante de lesões penetrantes de alta energia e por amputação pode ser controlada mediante colocação subfascial de compressas de gaze <i>mais</i> compressão manual na artéria proximal <i>mais</i> aplicação de penso compressivo de todo o membro lesado. <i>A perda de sangue é a principal causa de choque em doentes com trauma.</i> Lesões do tórax: A fonte mais comum de hemorragia são as artérias da parede torácica. A colocação imediata dum dreno torácico com aspiração intermitente e uma eficiente analgesia (IV Ketamina é o fármaco de eleição) faz expandir o pulmão e pára a hemorragia. Lesões no abdômen: a laparotomia de controle das lesões deve ser efetuada o mais cedo possível nos casos em que a ressuscitação com fluidos não permite manter a TA sistólica a 80-90 mmHg. O único objetivo desta laparotomia é comprimir com compressas os quadrantes abdominais sangrantes, enquanto a incisão na linha média fica temporariamente fechada com pinças de campo durante 30 minutos. Este tipo de laparotomia não é cirurgia, mas um procedimento de ressuscitação que deve ser feito sob anestesia com ketamina por qualquer médico ou enfermeiro treinado a nível distrital. Deve-se observar esta técnica antes de a executar; efetuado corretamente, pode salvar vidas. Segunda prioridade: substituição de volume, aquecimento e analgesia com ketamina: Os líquidos de substituição devem estar aquecidos: A coagulação fisiológica funciona melhor a 38,5°C, sendo a hemostase difícil a temperaturas abaixo de 35°. A hipotermia em doentes com trauma é comum durante as evacuações prolongadas feitas ao relento – mesmo nos trópicos. É fácil arrefecer um doente mas é difícil reaquecê-lo, pelo que é essencial prevenir a hipotermia. Os fluidos administrados por via oral ou IV devem ter uma temperatura de 40-42° C. Usando fluidos IV à “temperatura ambiente” significa arrefecimento! Fluidos de ressuscitação da hipotensão: Nos casos em que a hemostase não está assegurada ou não é definitiva, devem controlar-se os fluidos de modo a manter a TA sistólica a 80-90 mm durante a evacuação. Não às soluções coloidais – sim às soluções electrolíticas! Revisões cuidadosas realizadas recentemente de estudos clínicos controlados demonstraram efeitos discretamente piores dos colóides em comparação com os eletrólitos, na ressuscitação após perdas de sangue. A ressuscitação por via oral é segura e eficiente em doentes com reflexo da deglutição sem lesão abdominal: os fluidos por via oral devem ser pobres em açúcar e sais; soluções concentradas podem provocar uma retenção osmótica na mucosa intestinal, e o efeito será negativo. Recomendam-se papas de cereais diluídas baseadas em alimentos disponíveis localmente. Escolha da analgesia: Os efeitos inotrópicos positivos, e o fato de não afetar o reflexo da deglutição, faz recomendar a ketamina por via IV em doses repetidas de 0.2 mg/Kg durante a evacuação de todos os casos de trauma severo.
E	Exposition Exposição	A avaliação Exposição com controle de hipotermia é uma etapa crucial durante a avaliação primária e preconiza a necessidade do exame global da vítima traumatizada. Portanto, a equipe precisa remover, ou melhor, cortar as vestimentas da vítima, garantindo a imobilização e o alinhamento do corpo. Para o exame dorsal é necessária a mobilização em bloco dessa vítima, lembrando que um socorrista deverá estar na cabeça do acidentado comandando o giro lateral. Proteger a vítima com lençol e cobertor protege contra a hipotermia.

Fonte: Protocolo Clínico para Pacientes Politraumatizados – SESA/MG (2013); Wilkinson & Skinner (2000); UFSC (2013).

Tabela 04

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
Variáveis		Escore
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Voz	3
	À dor	2
	Nenhum	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras Inapropriadas	3
	Palavras Incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece ao comando	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão Anormal	3
	Extensão Anormal	2
	Nenhuma	1

Fonte: Protocolo Clínico para Pacientes Politraumatizados – SESAU/MG (2011). Wilkinson & Skinner (2000).

Tabela 05

CLASSIFICAÇÃO DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO		
TCE	TCE leve	ECG = 15 - 14
	TCE moderado	ECG = 13 - 9
	TCE grave	ECG < 9

Fonte: Wilkinson & Skinner (2000).

Tabela 06

PROTOCOLO PARA ASSISTÊNCIA AO POLITRAUMATIZADOS POR ORDEM DE PRIORIDADE E DE ACORDO COM O GRAU DE ACOMETIMENTO DOS TRAUMAS E LESÕES	
CONCEITO DE TRAUMA	O trauma consiste em lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos, elétricos), de forma acidental ou intencional, capaz de produzir perturbações locais ou sistêmicas.
ETIOLOGIA	Acidentes automobilísticos: atropelamentos e colisões; Quedas; Acidente de recreação (jogos de contato, mergulho); Agressões interpessoais; Ferimento por projétil de arma de fogo; Ferimento por arma branca; Lesão por corrente elétrica.
TRAUMA MAIOR	Paciente que na classificação pré-hospitalar apresenta um ou mais dos critérios: 1. Parâmetros vitais: ECG < 14 ou deterioração neurológica; PAS < 90; FR < 10 ou > 29 ou mecânica ventilatória que necessite intubação pré-hospitalar. 2. Anatomia da lesão: o Ferimento penetrante craniano, cervical, torácico, abdome, extremidades proximais ao cotovelo e joelho; Combinação de traumas ou queimaduras de 2º ou 3º graus; Suspeita clínica de instabilidade da pelve; Suspeita de fratura de dois ou mais ossos longos proximais (fêmur ou úmero); Paralisia de um ou mais membros; Amputação completa ou incompleta proximal ao punho ou ao tornozelo. 3. Impacto violento: Ejeção do veículo; Velocidade do veículo superior a 60 km/h; Deformação externa superior a 50 cm; Intrusão da lataria superior a 30 cm; Capotamento do veículo; Morte de um ocupante do mesmo veículo; Colisão de automóvel, atropelamento de pedestre ou de ciclista com velocidade superior a 10 km/h; Colisão de automóvel, atropelamento de pedestre ou de ciclista com projeção à distância ou amputação traumática; o Queda de motocicleta em velocidade superior a 40 km/h; Queda de motocicleta com projeção à distância, ou impacto secundário, ou amputação traumática; Queda de altura superior a 6 m; Remoção de ferragens com tempo superior a 20 min. 4. Condições clínicas de risco aumentado: Idade < 12 anos ou > 70 anos; Gravidez confirmada ou presumida; Doenças crônicas graves; Terapia com anticoagulante.
TRAUMA MENOR	Trauma menor é aquele que na triagem pré-hospitalar se enquadra em um ou mais dos critérios: Dados vitais normais; Fraturas alinhadas, luxações, lacerações; dor leve – moderada; Lesão de pele e subcutâneo com sangramento compressível

	o Trauma torácico com dor leve sem dispnéia; Suspeita de fratura, entorse, luxação, contusões, mialgias; Escoriações, ferimentos que não requerem fechamento e outros traumas que não contém critérios para trauma maior.		
TRAUMATISMO ABDOMINAL ABERTO PENETRANTE	Cursa com solução de descontinuidade da pele e ultrapassa a camada do peritônio.		
TRAUMATISMO ABDOMINAL ABERTO NÃO PENETRANTE	Cursa com solução de descontinuidade da pele e não ultrapassa o peritônio.		
TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO	Não ocorre solução de descontinuidade e as lesões ocorrem por mecanismo indireto, podendo cursar com compressão e esmagamento/cisalhamento de vísceras abdominais; hemorragia; ruptura de órgãos e vasos abdominais além de lesões por desaceleração.		
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO ABERTO	Presença de uma solução de continuidade com a dura-máter.		
PROTOCOLO DE MANCHESTER			
NÚMERO	NOME	COR	TEMPO ALVO
1	Emergência	Vermelha	0 min.
2	Muito Urgente	Laranja	10 min.
3	Urgente	Amarela	1h
4	Pouco Urgente	Verde	2h
5	Não Urgente	Azul	4h

Fonte: Protocolo Clínico para Pacientes Politraumatizados – SESAU/MG (2011).

Por se tratar de uma Unidade de Pronto Atendimento deve-se ser instituído um protocolo de classificação de risco relacionado ao tempo de atendimento, pois haverá mais que um doente politraumatizado, dessa forma tratar os doentes por ordem de prioridade e de acordo com o grau de acometimento dos traumas e lesões. Devendo ainda contar com recurso humano especializados dotado de conhecimento técnico e científico para prestar assistência ao politraumatizado, são fundamentais para diminuição da mortalidade e redução de sequelas por trauma durante a avaliação primária e ainda de recurso tecnológico para o suporte da assistência em tempo real.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trauma é definido como lesão física ou ferido de intensidade variada, causada por ação violenta, de natureza física ou química, externa ao organismo, classificadas em formas físicas, sendo dos tipos mecânicos, químicos, térmica, irradiação e elétrica. Podendo o trauma ainda ser intencional ou não intencional. Sua relevância epidemiológica e social está atrelada com os altos índices de morte em geral no país, considerado suas causas como agravos à saúde pública.

As causas dos traumas na população em geral apontam a violências e os acidentes por causas externas e estatisticamente, a Organização Mundial de Saúde, afirma que a violência é uma das principais causas de morte, sobretudo da população de 15 a 44 anos, sendo que os homens representam cerca de 14% dessas mortes e as mulheres, 7%. Entre as causas externas, a violência e os acidentes de transporte destacam-se em termos de magnitude, tanto de mortos quanto de feridos.

Dados epidemiológicos sobre a mortalidade por causas externas no Estado de Rondônia evidenciando as causas dos óbitos dos anos de 2009 a 2013, os óbitos em decorrência de traumas no ano de 2009 num total de 1.436, desses 1.060 óbitos ocorreram em decorrência de acidentes de trânsito e por agressão, ocorrendo nesse mesmo período no município de Porto Velho 392 óbitos por causas externas. No ano de 2010, de 1.528 óbitos, desses 1.161 óbitos ocorreram em decorrência de acidentes de trânsito e por agressão, ocorrendo nesse mesmo período no município de Porto Velho 502 óbitos por causas externas. Em 2011 de 1.397 óbitos, desses 1.052 óbitos ocorreram em decorrência de acidentes de trânsito e por agressão e nesse mesmo período ocorreram 472 óbitos por causas externas no município de Porto Velho. Evidenciando o trauma como uma das principais mortes por acidentes de trânsito e violência na atualidade no estado de Rondônia e no município de Porto Velho, impactando investimento financeiro de quase 4 bilhões somente com serviços hospitalares por morbidades por causas externas por traumas nos anos de 2009 a 2011 (MS/SVS/DASIS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM, 2014).

As Unidades de Pronto Atendimento bem como a equipe dos profissionais da saúde que atendem à vítima de trauma precisam de uma base de conhecimento sólido em fisiologia e anatomia, além de habilidades cognitivas, técnicas interpessoais e ético/legais, no intuito de trabalharem em equipe, para que o atendimento seja rápido e eficiente, associado aos protocolos

para assistência às vítimas de politraumas. As Unidades de Pronto Atendimento e a equipe de saúde que prestam assistência ao politraumatizado devem ocupar uma posição diferenciada na atenção à saúde das vítimas de trauma, pois identificam e intervêm nas taxas de morbimortalidade, associando a prática baseada em evidências, diminuindo a mortalidade e redução de sequelas por trauma.

Nesse contexto a pesquisa evidenciou que o método científico utilizado durante a assistência ao politraumatizados com a redução da morbimortalidade foi o Método Mnemônico do “ABCDE” do Trauma que consiste em avaliação primária dos pacientes politraumatizados, recomendado pelo *ATLS*. Avaliação primária e reanimação ocorrem simultaneamente, em uma sequência lógica de condições de risco à vida, “ABCDE”: *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition* – entende-se respectivamente *por* Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição, sendo que esta avaliação primária é efetuada em até 2 a 5 minutos. Assim, para a assistência às vítimas de trauma é reconhecido mundialmente o método mnemônico “ABCDE”, aceitos internacionalmente.

A reflexão crítica sobre a realidade a ausência da sistematização dos cuidados aos pacientes politraumatizados em uma Unidade de Pronto Atendimento no município de Porto Velho/RO motivou e a elaboração da presente pesquisa e de Protocolo de Atendimento ao Trauma e posterior apresentação à equipe de saúde daquela unidade para intervenção assistencial na prática profissional.

REFERÊNCIAS

BIREME. Biblioteca Regional de Medicina. Artigos sobre Assistência ao Politraumatizados – Urgência e Emergência. Protocolos e Manuais sobre Assistência ao Politraumatizado. Disponível em: <<http://www.bireme.br/>>.

CHIARA, Osvaldo; Cimbanassi, Stefania. **Protocolo para atendimento intra-hospitalar do trauma grave**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

CONDORIMAY, Y.R.T. **Vivências de Enfermagem na assistência a criança em situação de emergência** – Ribeirão Preto. 2003, 127p. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto – 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=>> Acesso em: 11/03/2014.

DATASUS- **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**. Disponível no site:<<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10/03/2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Rondônia 2010**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>. Acesso em 11/03/2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M.; **Metodologia do Trabalho Científico Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ª ed. São Paulo. Ed. 2007. 304 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - PORTARIA N°. 1.601, DE 7 DE JULHO DE 2011. **Estabelece diretriz para a implantação do componente das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html>. Acesso em: 11/03/2014.

MIRANDA, M. I. F.; DELFNO, R. K., CARVALHO, Q. H.; PINTO, C. C. P.; SILVA, M. C.; RESTIER, R. B.; LUANA, K.; **Morbimortalidade por causas externas – acidentes e violência no município de Porto Velho, Rondônia**. Aceito para publicação em setembro de 2010.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Bireme. **OMS Divulga Estatísticas de Saúde Mundiais 2011**. Disponível no site: <<http://www.paho.org>>. Acesso em: 11/03/2014.

PHTLS – **Básic and Advanced Prehospital Trauma Life Support**. 6ª Edição. Atendimento Pré Hospitalar ao Traumatizado. 2007.

ROLOFF, A. Atendimento inicial em vítima de trauma. *Enfermagem Brasil*, v. 6, n. 3, p. 205-12, mai./jun., 2007.

SBAIT. Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado. **Trauma. 2014.** Disponível em: <www.sbait.org.br>. Acesso em: 11/03/2014.

SCALISE, M.; NETO, T. L. J.; GIORDANI, T. A.; DESIDERIO, P. I.; MELO, C. E., MARZOLA, C.; **Gerenciamento do Cuidado no Atendimento Inicial ao Politraumatizado.** 2010. Especialista em Urgência e Emergência, Saúde Pública e da Família pelo Instituto de Estudos Avançados (ESAP – Unidade Bauru) e Educação na área da saúde pela Fiocruz/Fundação Oswaldo Cruz (RJ).

SCIELO. *Scientific Electronic Library Online.* Coleção de revistas e artigos científicos. Artigos sobre Assistência ao Politraumatizados – Urgência e Emergência. Protocolos e Manuais sobre Assistência ao Politraumatizado. Disponível em: <<http://www.scielo.org/>>.

UEM - Universidade Estadual do Maranhão. Centro de Estudos superiores de Itapecuru. **Enfermagem em UTI.** Assistência ao Paciente Politraumatizado. 2013.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem. Urgência e Emergência.** Módulo VIII: Linha de Cuidados nas Urgências/Emergências Traumatológicas. UFSC/ENFERMAGEM/PEN. Florianópolis 2013.

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. **Classificação internacional de doenças.** Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/CID>>. Acesso em: 11/03/2014.

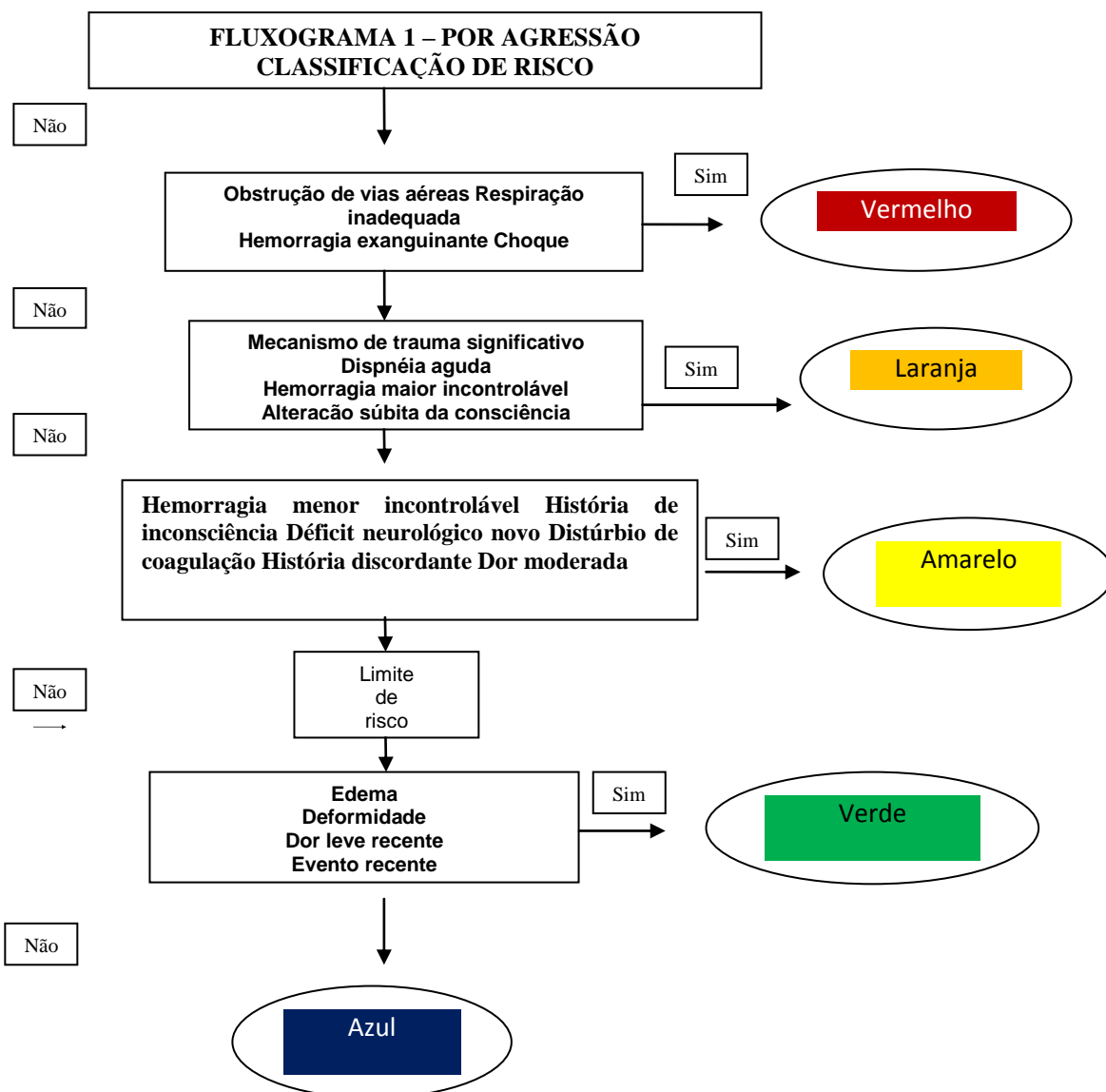
WILKINSON, Douglas A., SKINNER, Marcus W. **Manual de Abordagem Primária ao Trauma.** Edição Standard. Ano: 2000. Um Manual para a Gestão do Trauma a nível distrital e zonas remotas.

ANEXOS

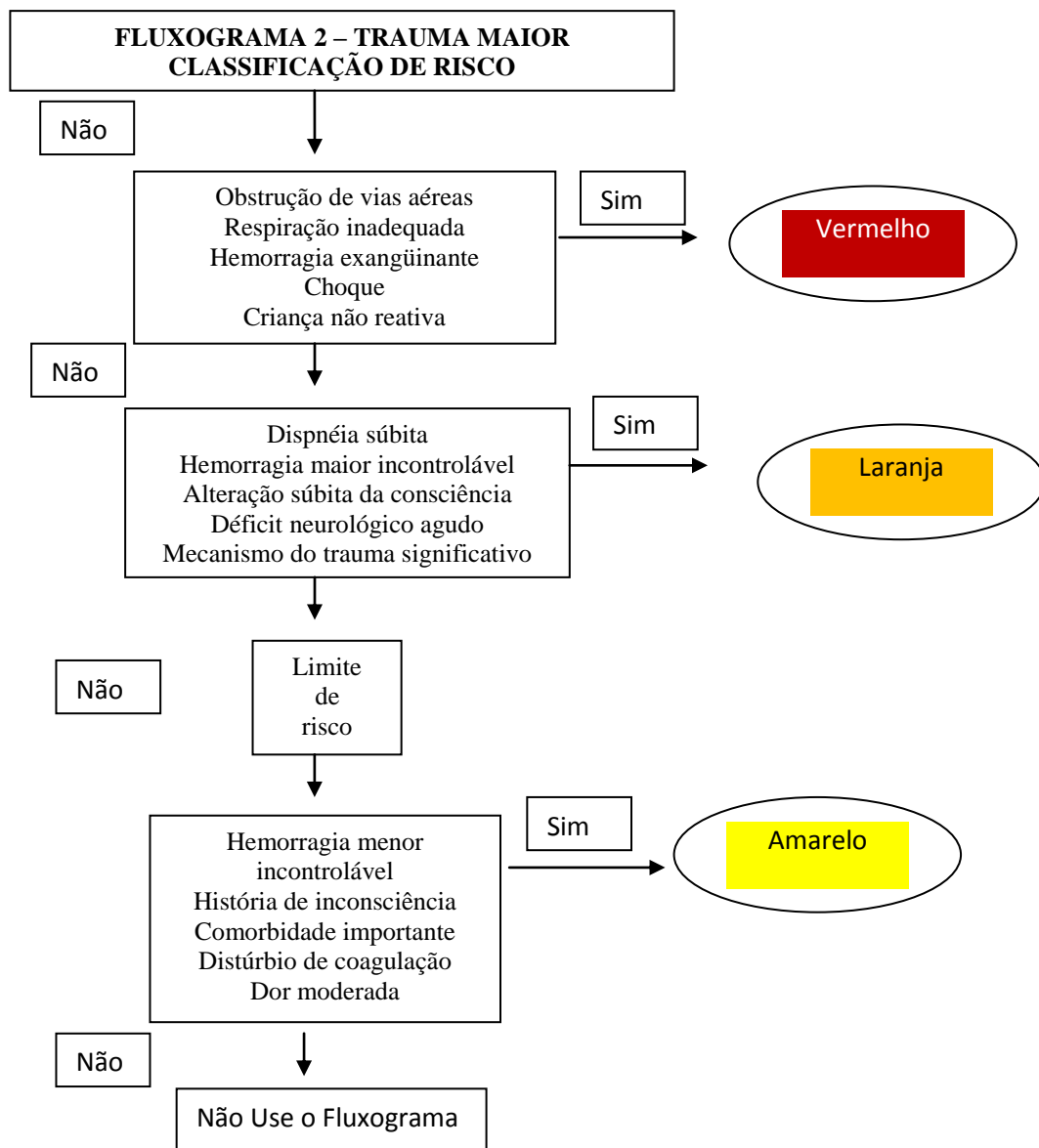
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PRIORIDADE – FLUXOGRAMA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PRIORIDADE – FLUXOGRAMA	
Discriminadores	Explicação
Alteração súbita da consciência	Alteração da Escala de Coma de Glasgow nas últimas 12h em relação ao estado prévio. Em caso de dúvida, presumir alteração do estado de consciência.
Comorbidade Importante	Qualquer condição médica pré-existente que requeira medicação contínua ou outros cuidados.
Comprometimento vascular distal	Haverá associação de palidez, diminuição da temperatura, alteração de sensibilidade e dor com ou sem ausência de pulso distal à lesão.
Déficit neurológico agudo	Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal.
Déficit neurológico novo	Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24h.
Deformidade	Isto é sempre subjetivo. Inclui angulação ou rotação anormais.
Dispnéia aguda	Fôlego curto ou falta de ar súbita ou súbita piora de falta de ar crônica
Déficit neurológico agudo	Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal.
Dor pleurítica	Dor em fincada localizada no peito que piora com respiração, tosse ou espirro.
Edema	Inchaço, qualquer aumento anormal de tamanho.
História de Inconsciência	Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente esteve inconsciente e por quanto tempo. Caso contrário, se paciente que não se lembra do incidente deve-se presumir que esteve inconsciente.
História Discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso.
Infecção local	Manifesta-se geralmente como inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus.
Inflamação local	Implica em dor, inchaço e vermelhidão restrita a uma área definida.
Mecanismo de trauma significativo	Trauma penetrante (facada ou arma de fogo) e trauma com alta transferência de energia como quedas de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 65 Km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo.

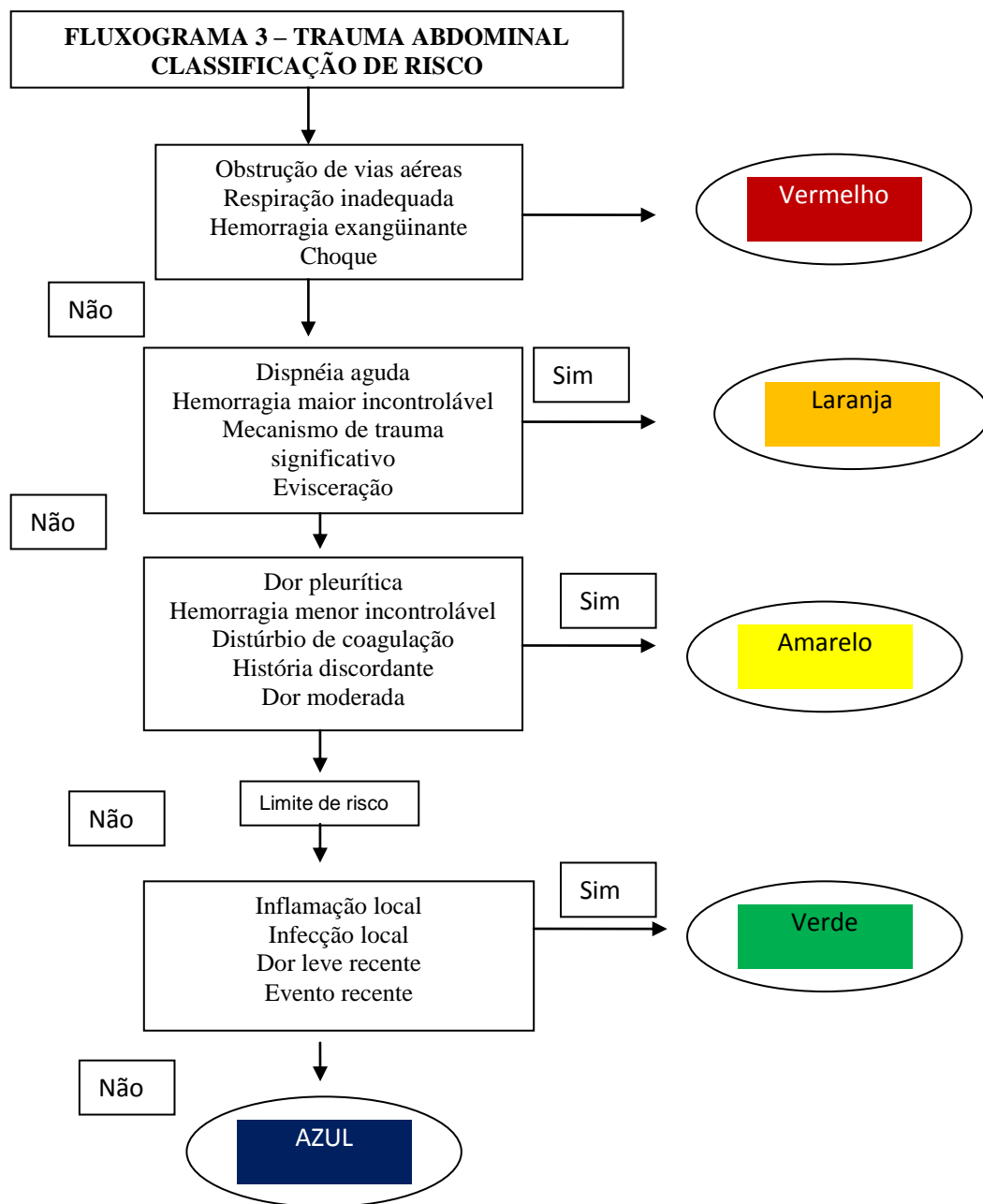
Fonte: Protocolo Clínico para Pacientes Politraumatizados – SESA/MG (2011).



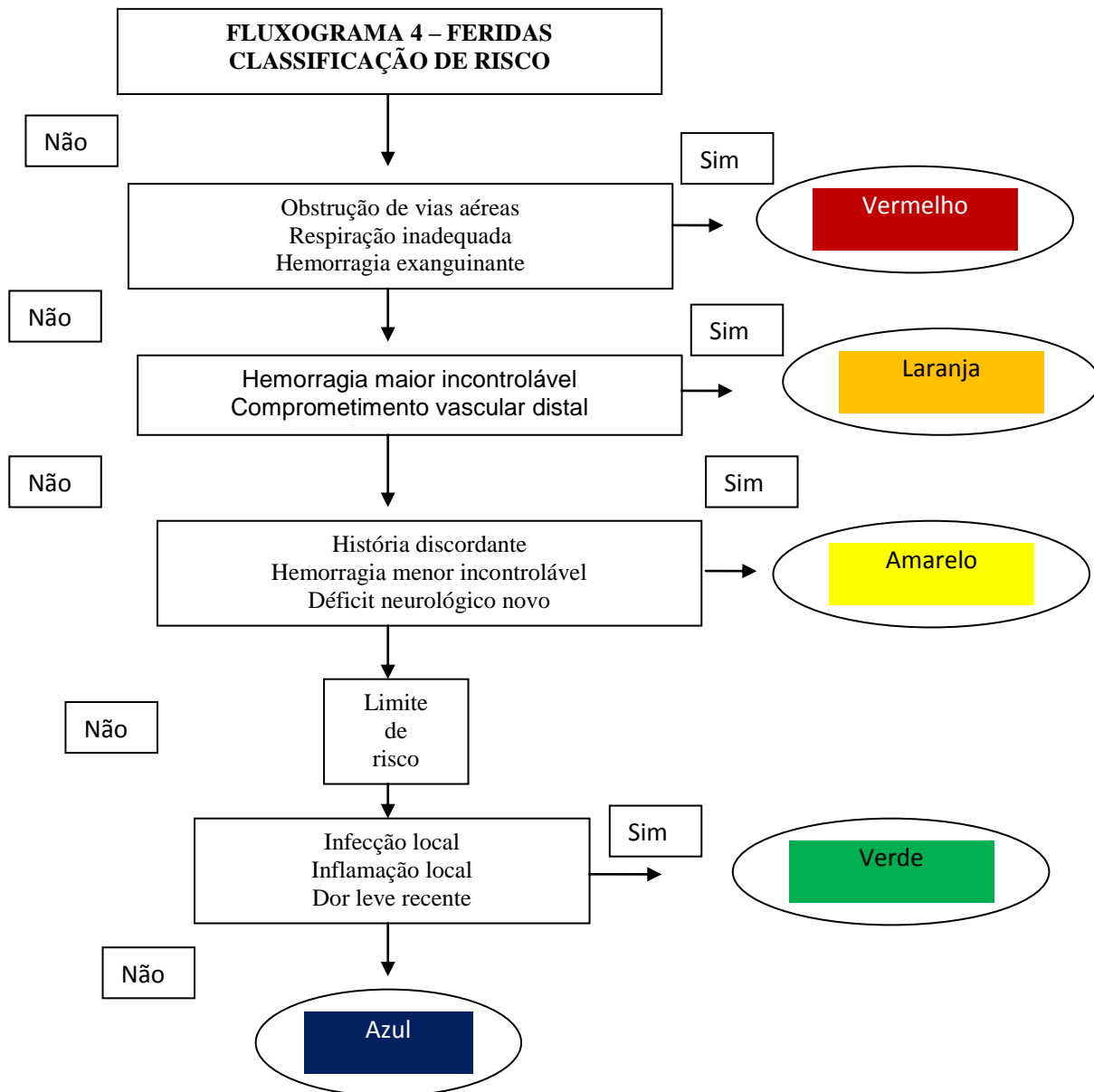
Fonte: Protocolo Clínico para Pacientes Politraumatizados – SESAU/MG (2011).
Adaptada Por Brisa S. Ramos, 2014.



Fonte: Protocolo Clínico para Pacientes Politraumatizados – SESA/MG (2011).
Adaptada Por Brisa S. Ramos, 2014.



Fonte: Protocolo Clínico para Pacientes Politraumatizados – SESA/MG (2011).
Adaptada Por Brisa S. Ramos, 2014.



Fonte: Protocolo Clínico para Pacientes Politraumatizados – SESA/MG (2011).
Adaptada Por Brisa S. Ramos, 2014.