



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

PEDRO MARTINS DA SILVA

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
AS CONDUTAS DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AO
PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

ARIQUEMES - RO
2012

Pedro Martins da Silva

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
AS CONDUTAS DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AO
PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

Trabalho apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como requisito à obtenção do Grau de Bacharel.

Prof^a. Orientadora: Esp. Denise Fernandes de Angelis Chocair

Ficha Catalográfica elaborada pela bibliotecária Elaine de Oliveira Machado CRB11/848, na Biblioteca “Júlio Bordignon”, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA em Ariquemes/RO.

610.771

S586u

SILVA, Pedro Martins da

Urgência e emergência: as condutas do enfermeiro no atendimento ao paciente politraumatizado. / Pedro Martins da Silva – Ariquemes: [s.n], 2012.

48 f.il .; 30cm.

Monografia de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Orientador: Prof.^a Esp. Denise Fernandes de Angelis Chocair

Pedro Martins da Silva

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
AS CONDUTAS DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AO
PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

Trabalho apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como requisito à obtenção do Grau de Bacharel.

Profª. Orientadora: Esp. Denise Fernandes de Angelis Chocair

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª. Orientadora Esp. Denise F.de Angelis Chocair
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Profª. Ms. Mônica Fernandes Freiberger
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Profª. Esp. Sílvia Michelly Rossetto
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 15 de Junho de 2012

Dedico primeiramente este trabalho a Deus, a minha mãe, ao meu pai (*in memoriam*), aos meus filhos, a minha esposa, aos meus irmãos, meus amigos da faculdade, aos meus professores e meus colegas de trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço de coração à docente Denise por sua ajuda e paciência no decorrer desta inesquecível jornada, que estará sempre em minha lembrança.

Ao Senhor Deus, criador e sustentador de todas as coisas, pela vida e a oportunidade de trabalhar, lutar e conquistar, pois grandes são suas misericórdias.

À minha querida mamãe por estar presente em todos os momentos da minha vida, com suas preocupações e ajuda na estrada desta vida.

Ao meu querido papai (*in memoriam*), que não lhe foi conferido tempo necessário para que pudesse ver-me terminar o curso, mas de onde ele está sei que está torcendo por mim.

Aos meus filhos, Nicolly e Pedro Júnior, que muitas vezes estive ausente para que agora pudesse estar presente.

À minha amada esposa Maria Solange, por sua compreensão e companhia, pelo apoio e carinho.

Aos meus irmãos, que me incentivaram.

Aos meus professores da faculdade.

Aos meus amigos da faculdade.

Aos meus amigos de estágio, inseparáveis: Elza, Alzenir, Renilson e Juliana, que sempre estavam presentes, me apoiando e me ajudando emocionalmente.

Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio e colaboração na realização deste sonho.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

RESUMO

As unidades de urgência e emergência são ambientes em que o atendimento aos pacientes deve ser realizado prontamente, visando minimizar danos e preservar a vida. Neste contexto, uma das maiores demandas hospitalares refere-se a pacientes politraumatizados, principalmente as vítimas de acidentes de trânsito. Sendo assim, é fundamental estudar esta temática, que representa custos onerosos à sociedade e representa situação crítica que merece intervenção do enfermeiro. Este estudo objetiva destacar a importância da atuação do enfermeiro frente a pacientes com politraumatismo e as condutas recomendadas. Para realização deste estudo realizou-se revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Júlio Bordignon e acervo pessoal. Os Descritores em Ciências da Saúde utilizados foram: Enfermagem, trauma, emergência e politraumatismo. O enfermeiro é um dos profissionais que atuam na assistência a estes pacientes, portanto conhecer os sinais e sintomas, identificar riscos e priorizar os cuidados realizados é essencial para preservar a vida desses indivíduos. O paciente politraumatizado deve ser visto como um todo, mas deve ser dada prioridade ao padrão circulatório, devido ao risco de parada cardio-respiratória. Os inúmeros riscos aos quais o paciente está exposto devem ser analisados criticamente pelo enfermeiro para aumentar as taxas de sobrevivência. A assistência deve ser sistematizada visando preservar a vida e o profissional deve estar capacitado para desenvolver suas atividades corretamente e de acordo com o que a legislação lhe permite.

Palavras-chave: Enfermagem trauma; Enfermagem em emergência; Enfermagem no politraumatismo.

ABSTRACT

The unit from the emergency care is a place where patient care should be performed promptly in order to minimize damage and preserve life's of the patients. In this context, a major hospital, demands and refers to poly traumatized patients, especially the victims of traffic accidents. It is therefore essential to study this issue, which is expensive for the society and it represents a critical situation of nurse intervention. This study aims the highlight of the importance of nurses' performance compared to patients with multiple trauma and recommended guidelines. To conduct this study a literature review was made in the Library Virtual Health Library Julius Bordignon and personal collection. The Health Sciences Descriptors were used: nursing, trauma, emergency and poly traumatism. The nurse is one of the professionals working at the emergency care for these patients, they know the signs and symptoms, identify risks and prioritize the care that is needed and provided is essential care to preserve the lives of these individuals. The poly trauma patient should be seen as a whole, but priority should be given to the circulatory pattern due to the risk of cardio-respiratory arrest. The numerous risks to which the patient is exposed shall be reviewed by the nurse to increase survival rates. Assistance should be systematized in order to preserve the life's of these patients and in work they must be able to develop their activities properly in accordance with what the law allows.

Keywords: trauma nursing, emergency nursing, nursing in polytrauma.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Algoritmo de SBV Adulto simplificado	30
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Regra Mnemônica do ABCDE	31
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Comparativo de dados entre Brasil, EUA e União Européia21

Tabela 2: Registro de mortes de trânsito no Brasil.....22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABPAT	Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes de Trânsito
AHA	American Health Association
ATLS	Advanced Trauma Life Support
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CNM	Confederação Nacional de Municípios
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONTRAN	Conselho Nacional de Trânsito
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DENATRAN	Departamento Nacional de Trânsito
DPVAT	Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre
NANDA	North American Nursing Association
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCR	Parada Cardio-Respiratória
PE	Prescrição de Enfermagem
RCP	Reanimação Cardio-Pulmonar
SAE	Sistematização de Assistência de Enfermagem
SBOT	Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
SBV	Suporte Básico de Vida
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 METODOLOGIA	16
4 REVISÃO DE LITERATURA	17
4.1 AS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	17
4.2 O PACIENTE POLITRAUMATIZADO	20
4.2.1 Consequências Fisiológicas no Paciente Politraumatizado	23
4.3 O ENFERMEIRO NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	25
4.3.2 Abordagens Iniciais do Enfermeiro na Estabilização do Paciente Politraumatizado	27
4.3.2.1 Avaliações e intervenções primárias.....	32
4.3.2.2 Avaliações e intervenções secundárias.....	34
4.4 O PROCESSO DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE URGÊNCIA EMERGÊNCIA	37
4.4.1 A Sistematização da Assistência de Enfermagem frente ao Paciente Politraumatizado	39
4.4.1.1 Anamnese e exame físico.....	40
4.4.1.2 Diagnóstico de Enfermagem (DE) e Prescrição de Enfermagem (PE)....	42
4.4.1.3 Evolução	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	44

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), as estatísticas referentes aos pacientes politraumatizados são assustadoras. Os acidentes de trânsito matam mais do que várias guerras simultâneas, em todo o mundo morrem mais de 1,2 milhões de pessoas por ano vítimas destes acidentes. No Brasil esses números somam mais de 50.000 mortes anuais, sendo que a quantidade de feridos resultante de acidentes a cada ano chega aos exorbitantes 500.000. Por ano são gastos aproximadamente 30 bilhões de reais para custear esses atendimentos. (Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – SBOT, 2011).

O politraumatismo representa uma das causas de morte mais significativa nas primeiras quatro décadas de vida, por acometer pessoas jovens e previamente saudáveis. Isto resulta em perda potencial de trabalho e de produtividade, além de ser um dos problemas de saúde mais caros que se conhece. Esses custos ultrapassam imensamente os custos com outras morbidades, tais como as doenças cardiovasculares e neoplasias, pois o tratamento hospitalar e o período de reabilitação em alguns casos se estendem por meses ou prolongam-se para o resto da vida. (CALIL; PARANHOS, 2007).

Neste contexto, o atendimento em equipe é essencial para melhorar a qualidade do cuidado prestado ao paciente com traumas múltiplos. A equipe deve ter um olhar diferencial e deve ser composta por diferentes profissionais, compreendendo médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, radiologista, pessoal de laboratório entre outros. (WEHBE; GALVÃO, 2001).

Os profissionais que atuam na unidade de emergência devem receber treinamentos específicos, científicos e práticos, pois neste local de atendimento a equipe de Enfermagem e a equipe médica executam atendimentos complexos que dependem de uma boa formação. (COELHO; FIGUEIREDO; CARVALHO, 2009).

O enfermeiro como líder na assistência de enfermagem ao paciente deve atuar como coordenador e orientador de sua equipe, visando atendimentos de boa qualidade, a fim de preservar a vida e evitar complicações ao paciente. (AGUIAR et al., 2006).

O enfermeiro deve avaliar e identificar criticamente cada paciente e gravidade, complexidade e multiplicidade das lesões, apresentando agilidade no atendimento, priorizando cuidados e procedimentos que visem ao reestabelecimento imediato do paciente. (CALIL; PARANHOS, 2007).

Uma equipe de saúde qualificada faz com que os objetivos sejam concluídos com raciocínio rápido e seguro ao paciente. Às vezes devido à falta de conhecimento do profissional, o paciente e os familiares sofrerão consequências pelas más condutas adotadas. (AGUIAR et al., 2006).

A avaliação do paciente tem início a partir da visualização, observando as circunstâncias do acidente e as condições clínicas do indivíduo. O enfermeiro e a equipe que o atendem devem identificar imediatamente a gravidade do trauma no exame físico, estando em alerta quanto aos riscos iminentes de vida, como Parada Cardio-Respiratória (PCR) e choque hipovolêmico. (AGUIAR et al., 2006, American Heart Association – AHA, 2010).

A história do acidentado deve ser levada em conta, assim como as lesões no paciente, pois o traumatismo representa ameaça à vida do paciente. O tratamento prestado deve ser baseado nas propriedades do ABCDE, quando não há PCR, e deve ser iniciado simultaneamente os sinais vitais e condições clínicas do paciente. Entretanto, na ocorrência de PCR deve-se proceder imediatamente à Reanimação Cardio-Pulmonar para reestabelecer o padrão circulatório do paciente, e posteriormente observa-se os outros sistemas. (ATLS, 2008, AHA, 2010).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Discorrer sobre a importância da assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado no processo de preservação da vida.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as unidades de urgência e emergência.
- Descrever o paciente com politraumatismo e as consequências fisiológicas.
- Destacar o papel do enfermeiro na unidade de urgência e emergência nas abordagens iniciais de estabilização primária e secundária do paciente politraumatizado.
- Descrever o processo de enfermagem e a sistematização da assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado.

3 METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado no período de julho de 2011 a maio de 2012 através de revisão bibliográfica sistemática, de caráter descritivo e exploratório de artigos indexados e publicados em base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – que compreende a SciELO (Scientific Eletronic Library Online), Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde e a utilização de acervo pessoal e da biblioteca Júlio Bordignon que estavam relacionados ao tema abordado e aos objetivos pretendidos.

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: Enfermagem, trauma, emergência e politraumatismo. Não foi adotado delineamento temporal, devido à existência de obras de publicação antiga cujos conceitos são usados ainda hoje.

Foram incluídos os estudos disponíveis na íntegra que evidenciavam as ações de promoção e prevenção no cuidado ao paciente politraumatizado, supervisão em enfermagem, assistência primária e secundária ao politraumatizado, ações e estratégia na equipe multidisciplinar em saúde e as condutas de enfermagem na assistência ao paciente, publicados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola nos periódicos nacionais e internacionais. Após a leitura dos artigos, foram excluídos os que não apresentavam relação com a temática estudada e/ou que não atendiam aos critérios de inclusão anteriormente descritos.

Para o detalhamento metodológico de coleta de dados, foram encontradas 520 referências, 421 com textos completos, sendo utilizados para análise 103 referências, e para construção do trabalho foram utilizados ao todo 32 publicações.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 AS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Ministério da Saúde define hospital como:

Parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente. (BRASIL, 1977).

Quanto à classificação, segundo Cavallini e Bisson (2002), os hospitais podem ser classificados em diferentes aspectos como:

- Regime jurídico: os hospitais podem ser públicos ou privados.
- Porte: os hospitais são classificados pela quantidade de leitos oferecidos à população – o de pequeno porte tem menos de 50 leitos, o de médio porte possui de 50 a 200 leitos e o de grande porte contém mais de 200 leitos.
- Tipo de atendimento prestado a população: esta classificação é feita conforme as especialidades que serão atendidas no hospital, por exemplo, hospitais que atendem somente pacientes cardíacos, e o hospital de atendimento geral cuja assistência é prestada em mais de uma clínica.

Com a evolução dos serviços de saúde e o surgimento da assistência fracionada, os hospitais e as unidades de saúde são divididos em setores específicos para todas as especialidades. Neste contexto, surgem as unidades de urgência e emergência; com uma das localidades mais importantes e exigência de atendimentos de altas complexidades devido às situações críticas ocorridas frequentemente. (CAVALLINI; BISSON, 2002).

Gomes (1994) define as unidades de emergência como:

Meio encontrado para o atendimento a pacientes com afecções agudas específicas, propiciando recursos eficazes, para que as suas necessidades sejam satisfeitas [...] Áreas que propiciam meios para uma pronta avaliação médica do doente e facilidades que implementam uma ação terapêutica, com o trabalho de equipes especificamente treinadas.

Deve-se atentar para a diferença entre urgência e emergência, ainda que estes atendimentos sejam realizados num mesmo espaço. Gomes (1994) relata que

o atendimento de urgência destina-se a pacientes com condições agudas, que requerem atenção imediata, entretanto não há risco iminente de falência de nenhuma de suas funções vitais. O atendimento de emergência destina-se a agravos cuja intervenção também deve ser imediata, porém as condições clínicas do paciente determinam risco às funções vitais e com a evolução do tempo a chance de recuperação diminui progressivamente.

O crescimento da demanda de serviços nessa área nos últimos anos é causado por fatores como o crescimento demográfico da população, aumento da violência urbana, pontos críticos de rodovia, e principalmente, a ingestão de bebidas alcoólicas e drogas psicoativas, que elevam a ocorrência de acidentes. (Confederação Nacional de Municípios – CNM, 2009).

Wehbe e Galvão (2001) definem que a unidade de urgência e emergência é um setor multidisciplinar sendo composto por diversas classes profissionais de saúde com experiência para atendimentos de pacientes em estado grave, cuja intervenção deve ser imediata para preservar a vida.

Além da equipe de saúde especializada, as unidades de urgência e emergência devem dispor de organização física que atenda às necessidades de seus usuários. Dessa forma, sua localização deve apresentar-se na área de melhor acesso do hospital, facilitando a identificação dos casos de urgência ou emergência. De acordo com Smeltzer e Bare (2005) e Cavallini e Bisson (2002), nas unidades de urgência e emergência deve haver ambientes que possibilitem ao paciente ser assistido de forma organizada, integral e preservando os princípios científicos, tais como:

- Recepção: onde são feitas as fichas de atendimento;
- Sala de espera: onde os pacientes aguardam pelo atendimento;
- Sala de pré consulta ou triagem: onde o enfermeiro realiza a consulta de enfermagem e verifica as prioridades de atendimento a cada paciente;
- Sala de emergência: local de atendimento a paciente em situação crítica e que representam risco de vida;
- Consultórios médicos: locais de consulta médica;

- Sala de observação: onde o paciente recebe as medicações e os cuidados pela equipe de enfermagem;
- Sala de traumas: onde são atendidos os pacientes com diversos tipos de fraturas, ferimentos, queimaduras e outros;
- Sala de curativos: onde são realizados os curativos pela equipe de enfermagem;
- Posto de enfermagem: onde a equipe de enfermagem prepara as medicações e registros de enfermagem;
- Sala de gesso: utilizada para confeccionar o aparelho gessado;
- Sala de atendimentos para pacientes especializados: local onde são acomodados os pacientes imunodeprimidos;
- Sala ginecológica: destinada aos atendimentos e consultas ginecológicas;
- Sala de parto: onde são realizados partos normais;
- Sala de pequena cirurgia: onde são realizados pequenos procedimentos cirúrgicos, por exemplo, retirada de corpos estranhos, amputações de falanges, suturas de procedimentos cortantes;
- Sala de procedimentos especiais: onde realiza-sea lavagem intestinal, toque retal, banhos etc.;
- Sala de coleta: onde são coletados materiais para exames laboratoriais;
- Sala de diagnóstico por imagem: onde são realizadas as tomografias computadorizada, ressonâncias e radiologias.
- Sala de utilidades: onde ficam armazenados materiais de apoio ao paciente e à equipe, por exemplo, macas, cadeira de roda, papagaio, dentre outros;
- Expurgo: onde são depositados e processados os materiais contaminados,
- Sanitários: deve haver sanitário exclusivo para os pacientes e outros para uso da equipe de trabalho;
- Copa: local reservados para refeições e lanches;
- Sala de reuniões: exclusiva para treinamentos, mini-cursos, educação continuada e reuniões da equipe profissional;
- Sala de enfermeiro: destinada aos enfermeiros responsáveis pela unidade de trabalho, onde desenvolvem suas atividades assistenciais, administrativas e pesquisas.

Segundo Calil e Paranhos (2007), a equipe de enfermagem, os profissionais de saúde, as instalações físicas e as equipes administrativas compõem o conjunto necessário para o funcionamento adequado das unidades de urgência e emergência. Em relação à burocracia, as equipes administrativas são responsáveis por operações cotidianas da unidade, como manutenção dos registros e execução dos procedimentos administrativos.

4.2 O PACIENTE POLITRAUMATIZADO

O politrauma é uma síndrome decorrente de lesões múltiplas, ocorrendo, alterações sistêmicas em um organismo podendo danificar ou deixar falhas em um órgão ou sistema lesado, sendo provocados por lesão intencional ou acidental. (CAMARGO et al., 2004).

Nas pesquisas os acidentes com pacientes politraumatizados constituem estatísticas extremamente elevadas e alarmantes, que colocam o Brasil entre os países com mais mortes no trânsito no mundo. As análises mostram que a maioria das vítimas fatais são homens jovens, sendo que 80% dos acidentes resultam de efeitos de álcool ou drogas psicoativas. (CNM, 2009).

Dentre os atendimentos referentes a pacientes politraumatizados estão as seguintes causas: queda de altura, queda de nível diferente e por acidente automobilístico. (ULBRICH et al., 2010).

Os pacientes politraumatizados sofrem múltiplos ferimentos e são cada vez mais frequentes nos serviços de emergências, constituindo-se como uma enfermidade devastadora e destrutiva que afeta principalmente os jovens, os membros mais produtivos da sociedade, representa também uns dos problemas de saúde mais caro que se conhece. (CALIL; PARANHOS, 2007).

A síndrome de politrauma constitui umas das principais causas de morte até os 40 anos de idade, sendo que mais da metade das mortes e das lesões por trauma são evitáveis, portanto é fundamental o conhecimento dos diferenciados quadros clínicos que surgirão no paciente, pois acometem pessoas jovens e

previamente saudáveis, resultando em perda potencial de trabalho e de produtividade, resultando, então, em custos sociais imensamente maiores que outras doenças como, as patologias cardiovasculares e neoplasias. (CALIL; PARANHOS, 2007).

Soares, Gerelli e Amorim (2008) relatam que as lesões podem ser provocadas por violência externa, alterações ósseas, articulares, dérmicas, vasculares, e outras lesões internas, as quais devem ser avaliadas convenientemente desde o atendimento primário ao paciente politraumatizado.

Epidemiologicamente, o politrauma representa umas das mortes mais devastadoras até os 40 anos de idade e segundo a estatística, em média, morrem mais de 50.000 pacientes por ano e 500.000 feridos anualmente no país. (Associação Brasileira de Prevenção de Acidentes de Trânsito – ABPAT, 2010).

Na tabela 1 verifica-se a disparidade nas mortes causadas por acidentes de trânsito, comparando-se Brasil, Estados Unidos e União Européia. O Brasil apresenta um coeficiente de mortalidade elevado em comparação aos outros locais.

Tabela 1: Comparativo de dados entre Brasil, EUA e União Européia

País	Mortes por acidente de trânsito em 2008	População 2008 (milhões)	Coeficiente de mortalidade/ 100 mil habitantes
BRASIL	57.116	189.6	30.1
EUA	37.261	304.0	12.5
UNIÃO EUROPÉIA	38.876	498.0	7.8

Fonte: CNM, 2009

Na tabela 2 é possível verificar a divergência de dados referentes a mortalidade por acidentes de trânsito de acordo com o órgão notificador. O maior número de óbitos registrados ocorre na instituição Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT), provavelmente, pelo fato de a população recorrer a esta seguradora para reivindicação de benefícios para restituir gastos devido à hospitalização, morte, ou seqüela por acidente de trânsito. (CNM, 2009).

Tabela 2: Registro de mortes de trânsito no Brasil

ANO	DENATRAN	SUS	DPVAT
2002	18.877	32.753	-
2003	22.629	33.139	-
2004	25.526	35.105	-
2005	26.409	35.994	55.024
2006	19.910	36.367	63.776
2007	-	37.407	66.836
2008	-	-	57.116

Fonte: CNM, 2009

Apesar de haver um número elevado e significativo relativo aos óbitos por acidentes de trânsito, deve-se reconhecer o efeito positivo resultante da publicação da Lei n. 11.705/08, conhecida como “Lei Seca”, que redefine os níveis aceitáveis de alcoolemia e torna as punições mais restritivas para os infratores com condutas impróprias. Após análise estatística verificou-se redução de 183 mortes por dia em 2007 para 156 mortes por dia em 2008. (CNM, 2009).

O avanço tecnológico mostra que os acidentes de trânsito constituem um índice muito preocupante em nosso meio, responsável por elevar o índice de lesões traumáticas e as inatividades. Apesar dos grandes esforços da equipe médica e de enfermagem que prestarão assistência ao paciente politraumatizado, as vítimas de traumatismo craniano ou de tórax representam um alto índice de óbito na sociedade. (SGARBI; SILVA-JR; NETO, 2006 apud BOTARELLI, 2010).

Segundo Oliveira, Parolin e Teixeira-Jr (2004), a mortalidade em pacientes politraumatizados é classificada em três níveis: imediata, precoce e tardia.

Na mortalidade imediata, as mortes ocorrem no momento do acidente, ou nos primeiros minutos após o acidente, decorrentes de lesões cerebrais graves, rupturas de grandes vasos sanguíneos ou traumatismo cervical com lesão de medula. Amortalidade precoce ocorre dentro de duas horas após o acidente, está relacionada

ao traumatismo cranioencefálico (TCE), trauma fechado com hemorragias, entre outros. Deve-se enfatizar que neste momento se os pacientes forem socorridos a tempo e adequadamente, apresentarão maiores chances de recuperação. As mortalidades tardias ocorrem no período de 72 horas após o acidente, são causadas por septicemia ou falência de alguns órgãos, podendo ser consequência de trauma cranioencefálico. (CAMARGO, et al., 2004).

O atendimento ao paciente politraumatizado tem como objetivo primordial evitar complicações que levem ao óbito e diminuir a possibilidade de sequelas. Sendo assim, toda equipe de assistência deverá estar motivada e envolvida no atendimento, compreendendo vários profissionais, como enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, pessoal do laboratório e outros. Também deve haver atualização de conhecimentos e favorecimento de planos de educação continuada, a fim de prestar melhores atendimentos ao paciente politraumatizado. (PAVELQUEIRES, 2007).

4.2.1 Consequências Fisiológicas no Paciente Politraumatizado

É fundamental compreender os efeitos do trauma, o enfermeiro deve estar atento ao que está acontecendo com o paciente, pois o pronto atendimento é o reconhecimento das reações iniciais do paciente e os efeitos adversos podem alterar os mecanismos de descompensação e os sistemas vitais. (BROWER et al., 2000).

O mecanismo lesado pode ser visto como uma instabilidade que altera a resposta metabólica de um organismo, comprometendo o sistema respiratório, alterações cardiovasculares, sistema neurológico, alterações sanguíneas, entre outras. (PAVELQUEIRES, 2007).

Segundo Albino e Riggenbach (2004), o choque hipovolêmico comprometerá todo órgão vital do politraumatizado, caracterizando-se por sinais e sintomas específicos, aos quais o enfermeiro deve estar atento. Sinais como palidez, sudorese, taquicardia, hipotensão arterial, oligúria, déficit neurológico, exigem reanimação de emergência.

O paciente pode apresentar, ainda, comprometimento das vias aéreas, de forma aguda ou periódica, dependendo do mecanismo causador do trauma. Dessa forma, os problemas respiratórios deixarão sequelas no paciente politraumatizado, causadas na maioria das vezes por: multiplicidade de traumatismos nas vias respiratórias, falha dos equipamentos, inexperiência profissional, falta de recursos adequados para o atendimento. Além disso, os traumatismos faciais, cervical com lesão de medula, torácico e cranioencefálico deixarão o paciente politraumatizado incapaz de falar e respirar adequadamente. (SMELTZER; BARE, 2005).

O paciente politraumatizado com traumatismo cranioencefálico geralmente apresentará deficiência ventilatória ou falta de oxigenação cerebral. Esse tipo de trauma é causado principalmente por traumatismo automobilístico, queda de altura, esportes radicais e outros. (BOTARELLI, 2010).

Geralmente os pacientes com traumatismo cranioencefálico estão associados a um elevado índice de morbidade e mortalidade. Dessa forma, deve-se conhecer os tipos de lesões cerebrais, que são classificadas como:

- Lesão primária: Pode ocorrer lesão cerebral destrutiva, contusão cerebral ou fratura em calota craniana, resultantes do impacto na massa encefálica ou resultante de um corpo estranho;
- Lesão secundária: São aquelas provocadas por hipóxia cerebral, com diminuição de fluxo sanguíneo no cérebro, alteração na pressão intracraniana, entre outros. (OLIVEIRA; PAROLIN; TEIXEIRA-JR, 2004).

Deve-se investigar também sinais como parestesias nos membros superiores e inferiores, ausência de dor nos membros, ausência de flexão ou extensão nos membros, dificuldades respiratórias, hipotensão sem sinais de hipovolemia, diminuição de força motora. Os cuidados com movimentos inadequados do paciente politraumatizado são prioritários, o enfermeiro e a equipe que prestam assistência devem sempre suspeitar de trauma medular, até que essa possibilidade seja descartada. (LOMBA; LOMBA, 2006).

No traumatismo torácico são muito comuns mortes provocadas por lesões em vísceras abdominais, acarretando hipovolemia, hipóxia tecidual, portanto, o quadro clínico de dor torácica, dispnéia, desconforto respiratório, taquicardia, hipotensão, ausência unilateral de murmúrio vesicular, distensão das veias do pescoço e

cianose, são manifestações relacionadas ao pneumotórax hipertensivo (ar no espaço pleural), hemotórax maciço (sangue e líquido na cavidade torácica), tamponamento cardíaco (sangue no espaço pericárdio), tórax instável (fraturas múltiplas de costelas) ou pneumotórax aberto (ferida torácica aspirativa). Estas situações exigem medidas imediatas no atendimento ao paciente, como a reposição de oxigênio e a rapidez na avaliação, exige ainda procedimentos cirúrgicos imediatos. (ATLS, 2008).

Com todos esses efeitos, o paciente com traumas múltiplos apresenta manifestações clínicas com as quais o enfermeiro se depara cotidianamente, como exemplo o choque hipovolêmico, definido pela perda intensa de sangue circulante e redução para menos de 80 mmHg ou 30 mmHg abaixo do valor basal da pressão arterial do paciente. Apresenta como principais sinais e sintomas: pulso rápido, fraco e irregular, cianose de extremidades e pele pálida, fria e pegajosa devido à vasoconstrição. Também pode ocorrer oligúria, confusão, desorientação, inquietude e ansiedade. (BAIKIE, 2006).

4.3 O ENFERMEIRO NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Na história da enfermagem perpetuaram-se muitos e grandes líderes, a começar por Florence Nightingale, a fundadora do saber científico da enfermagem. Comprometida com os ideais da profissão, rompeu com estruturas familiares, políticas, culturais e sociais de sua época e concebeu a profissão não apenas como uma ciência, mas, sobretudo, como uma arte – a arte do cuidado humano. (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Os cuidados de enfermagem permeiam os diversos níveis de assistência, porém a população leiga concebe este cuidar apenas como administração de medicamentos e realização de curativos. Este cuidado torna-se ainda mais diferenciado e importante nas unidades de emergência devido às possibilidades de vida e morte ali existentes. (COELHO; FIGUEIREDO; CARVALHO, 2009).

Para Smeltzer e Bare (2005), o enfermeiro tem três papéis fundamentais no setor de trabalho, o papel assistencial, que engloba a capacidade de promover os

procedimentos de cuidados diretos ao paciente; o papel de líder, relativo aos poderes de decidir, relacionar e facilitar o trabalho em equipe; o papel de pesquisador cujo objetivo é a contribuição para a prática e descoberta de conhecimentos científicos de enfermagem.

Esses papéis são estruturados para planejar e executar da melhor forma possível os cuidados imediatos e futuros, conforme as necessidades dos pacientes e a equipe disponível, adotando medidas para melhorar a distribuição do trabalho e reduzir os custos da assistência. (SMELTZER; BARE, 2005).

Conforme afirmam Coelho, Figueiredo e Carvalho (2009), praticar a enfermagem envolve diversas técnicas e táticas, as quais devem estar devidamente articuladas e compreendidas. O cuidado em emergência desenvolve-se de forma rápida e, aparentemente, até de forma desordenada. Por isso, compreender todo este contexto para poder intervir adequadamente requer conhecimentos e habilidades específicas, as quais nem sempre são conquistadas facilmente, mas que devem sempre ser motivadas pelo desejo de manter a vida.

A importância da atuação da equipe de enfermagem na unidade de emergência é enfatizada por Coelho, Figueiredo e Carvalho (2009) ao relatar que a interação entre a equipe de saúde e de enfermagem atua de modo indispensável para que os pacientes sejam atendidos, porém na ausência ou realização inadequada da assistência pela enfermagem todo o atendimento cessa e a prestação de cuidados anterior é colocada em xeque. Segundo os autores anteriormente citados, o cuidado de enfermagem em unidade de emergência deve partir de quatro princípios básicos: agilidade, criatividade, humanismo e tecnologia.

Santos (2010) afirma também a importância da dimensão gerencial do enfermeiro nos serviços de emergência hospitalar ao aprimorar as ações assistências através da seleção de prioridades. As atividades de gerência e assistência são concebidas como práticas complementares que podem desenvolver-se de modo indissociável para permitir um atendimento mais rápido e integral ao paciente, facilitando também o fluxo de serviços.

As atribuições do enfermeiro no serviço de emergência são alteradas de acordo com a demanda de pacientes. Portanto, o enfermeiro depende de

experiências anteriores, habilidades e conhecimentos para ter sucesso no seu trabalho, entretanto deve-se orientar pelas leis que determinam a esfera de suas competências, regulamentando os direitos, deveres e responsabilidades dos profissionais nos serviços de emergência. Imbuído desta concepção, o enfermeiro deve saber gerenciar a assistência habilmente, ainda que esteja em um ambiente em que a realização de procedimentos técnicos é tida como essencial para preservar a vida. (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2010).

O enfermeiro atuante em unidade de emergência tem conhecimentos e práticas que o habilita a coordenar sua equipe no seu trabalho, além disso, o exercício do seu papel permite obter a história médica do paciente politraumatizado, realizar exame físico, executar os cuidados vitais, bem como aconselhar, ensinar e orientar para a continuidade do tratamento. (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

O trabalho de cuidar de seres humanos é uma responsabilidade muito importante, para a qual o enfermeiro deve estar sempre preparado, procurando se atualizar e especializar constantemente, visando atuar positivamente nas unidades de urgência e emergência, onde os problemas de saúde surgem mais frequentemente e requerem intervenção imediata e eficaz. (WEHBE; GALVÃO, 2001).

4.3.2 Abordagens Iniciais do Enfermeiro na Estabilização do Paciente Politraumatizado

O paciente politraumatizado necessita de atendimento em uma unidade de emergência com profissionais adequadamente treinados no intuito de prestar assistência de boa qualidade. O objetivo primário é a estabilização do padrão circulatório, e após reestabelecida a circulação adequadamente, dá-se atenção aos sistemas ventilatório, hemodinâmico e neurológico. Para isso a equipe deve ter coordenação sistematizada, com harmonia e raciocínio preciso para desenvolver atendimento eficiente e de qualidade. (POLL; LUNARDI; LUNARDI-FILHO, 2008, AHA, 2010).

Os profissionais que atendem ao paciente politraumatizado devem possuir conhecimentos específicos e atualizados visando interferir em situações que colocam em risco a vida do paciente. Apesar de a literatura recente preconizar a realização da Reanimação Cardio-Respiratória primordialmente, no caso de pacientes politraumatizados deve-se analisar a situação criticamente selecionando as condições prioritárias que representam ameaça à vida do paciente. Na ausência de Parada Cardio-Respiratória, deve-se proceder à observação das vias aéreas e proteção da coluna cervical, verificar expansibilidade torácica e ventilação. É relevante também atentar-se ao nível de consciência conforme a escala de Glasgow, expor o paciente completamente para verificar presença de outros sinais e controlar a temperatura para evitar hipotermia. Deve-se realizar ainda avaliação secundária para acompanhar a evolução do quadro, após estabilização do paciente e afastado o risco iminente de morte, é fundamental informar aos familiares sobre o estado do paciente politraumatizado. (PAVELQUEIRES, 2007, AHA, 2010).

O atendimento do indivíduo politraumatizado deve ocorrer inicialmente na maca em que foi socorrido, verificando todo quadro geral do paciente, pois uma resposta rápida de emergência deve seguir os princípios dos exames primário, secundário e terciários (BROWNER et al., 2000). A nova diretriz da American Heart Association (AHA) preconiza a realização da manobra de RCP antes de verificar vias aéreas e iniciar a ventilação, porém na ausência de PCR, deve-se seguir a regra do ABCDE, relacionada às vias aéreas, respiração, circulação, déficit neurológico e exposição do paciente. É importante enfatizar que o restabelecimento do sistema circulatório deve ser a prioridade no atendimento a pacientes com traumas múltiplos, entretanto, a PCR não constitui o único risco de vida iminente ao paciente. Portanto, após realizar a RCP ou na inexistência desta, deve-se proceder a abertura de vias aéreas, ventilação, verificar sistema neurológico e expor o paciente. Posteriormente, procede-se ao exame secundário correspondente à observação de todo o corpo do politraumatizado e o exame terciário envolvendo a reavaliação do estado geral do paciente e evolução no ambiente hospitalar. (ALBINO; RIGGENBACH, 2004, AHA, 2010).

As Diretrizes mais recentes da AHA preconizam modificar a sequência de procedimentos de Suporte Básico de Vida (SBV), anteriormente descrito como A-B-C (via aérea, respiração, compressões torácicas) para C-A-B (compressões

torácicas, via aérea, respiração), podendo ser realizados em adultos, crianças e bebês. Dessa forma, as compressões são iniciadas mais rapidamente e o atraso na ventilação será mínimo sem prejuízos significativos. Essa alteração ocorreu devido a maior facilidade em iniciar compressões torácicas, enquanto o posicionamento da cabeça e obtenção de selo para a respiração boca a boca ou com insuflador manual/bolsa-válvula-máscara requerem maior tempo para se iniciarem. (AHA, 2010).

O enfermeiro e demais profissionais devem verificar rapidamente a presença de respiração ou se está alterada. Posteriormente deve acionar o serviço de emergência/ urgência e buscar o Desfibrilador Externo Automático (DEA). Ao verificar o pulso, não se deve demorar mais que 10 segundos, e passado este tempo não tenha sentido o pulso, procede-se a RCP e, se disponível, utiliza-se o DEA. Não é mais necessário usar o procedimento de “Ver, ouvir e sentir se há respiração”. Os socorristas devem iniciar as compressões torácicas antes de aplicar as ventilações de resgate. Começar a RCP com 30 compressões e executar, no mínimo, 100 compressões por minuto, com profundidade de, no mínimo, 2 polegadas. Também tem se dado ênfase na importância de reduzir o tempo entre a última compressão e a administração do choque e o tempo entre a administração do choque e o reinício imediato das compressões. (AHA, 2010).

Entretanto, pressupondo-se que o profissional de saúde é apto para a RCP, a recomendação é de que se aplique as compressões e ventilações, e caso o profissional não possa realizar as ventilações deve-se comunicar o serviço de urgência e emergência e aplicar imediatamente as compressões torácicas. (AHA, 2010).

A figura 1 ilustra o atendimento a adultos em PCR:

Algoritmo de SBV Adulto simplificado

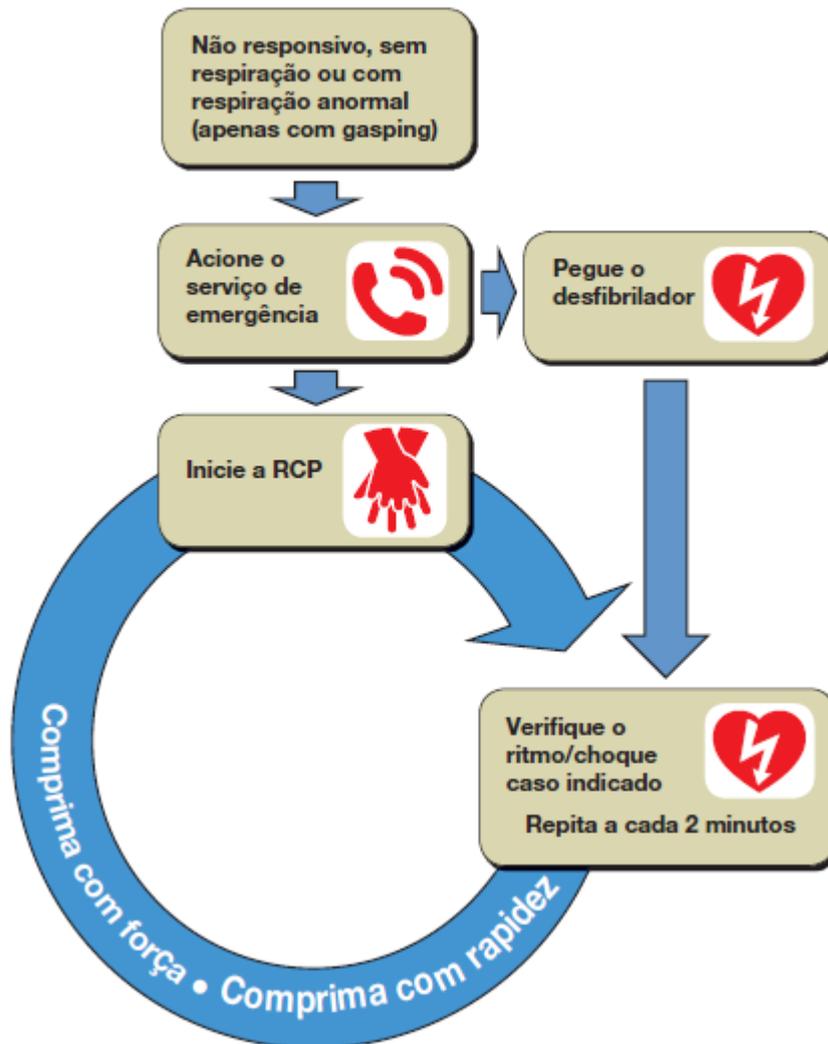


Figura 1 – Algoritmo de SBV Adulto simplificado

Fonte: AHA, 2010

4.3.2.1 A regra mnemônica do abcde

A realização do exame primário seguindo a regra do ABCDE é encontrada nas diversas literaturas, por isso será feita inserção breve desta avaliação, porém

deve-se sempre frisar que na ocorrência de PCR e choque hipovolêmico a primeira ação deve ser a reanimação do paciente. (AHA, 2010).

Desta forma, a sequência ABCDE descrita a seguir refere-se aos pacientes com politrauma que não apresentam parada cardiorrespiratória nem choque hipovolêmico.

	Via aérea e controle da coluna cervical: Proteção das vias aéreas (contra vômito, corpo estranho, desabamento da língua etc).
A	Controle da coluna cervical (imobilização temporária), que pode ser realizado protegendo a cabeça e pescoço do paciente pra não ficar em movimento.
B	Respiração e ventilação: Avaliação da expansibilidade pulmonar, que pode estar prejudicada por hemotórax ou pneumotórax devido fraturas dos ossos das costelas.
C	Circulação sanguínea e controle da hemorragia: Avaliação da perda sanguínea por hemorragias, lesões cardíaca e outras causas de débito cardíaco.
D	Déficit neurológico - Exame neurológico: avaliação de lesões do tecido nervoso (intracraniano prioritariamente). Nessa fase usa Escala de Coma Glasgow.
E	Ambiente e exposição com controle de hipotermia: Despir o paciente, avaliar lesões, equimoses, ferimentos, e outros, que ainda não foram observadas e proteger o paciente contra hipotermia retirando as roupas molhadas e aquecendo-o.

Fonte: ALBINO; RIGGENBACH, 2004

Quadro 1 – Regra Mnemônica do ABCDE

4.3.2.2 Avaliações e intervenções primárias

De acordo com as novas diretrizes propostas pela AHA em 2010, o foco no paciente politraumatizado é a PCR, entretanto na ausência de choque hipovolêmico e parada cardio-respiratória, segue-se a regra anterior do ABCDE.

Na primeira etapa, o enfermeiro e equipe de atendimento em emergência deve realizar uma avaliação primária no paciente politraumatizado e estabelecer uma via aérea estável e desobstruída. Deve observar sinais de obstrução da via aérea e se necessário o enfermeiro deverá levantar a mandíbula retirando corpos estranhos, e inserir a cânula de guedel via orotraqueal, administrar oxigênio com cateter nasal ou máscara de venturi, fornecendo oxigênio para evitar hipoxemia alveolar e tecidual. (SMELTZER; BARE, 2005).

Na regra B, a equipe de atendimento de emergência deve atenção especial à coluna cervical, protegendo com colar cervical e evitando movimentos excessivos com o pescoço para não ocorrer lesão medular. (BROWER et al, 2000). Após esses procedimentos, o enfermeiro deve preparar os equipamentos, conforme as prioridades do paciente. Caso o paciente esteja com escala de glasgow menor que oito, os materiais de intubação deverão ser providenciados, por exemplo: cânulas, laringoscópio, tubos endotraqueais, sondas gástricas, etc. A intubação endotraqueal será realizada pelo médico da unidade de emergência. Nos casos em que há traumatismo maxilofacial extenso e lesões da coluna cervical impedindo a intubação endotraqueal, a cricotireoidotomia pode ser efetuada. Para estabilização do paciente pode ser inserida a cânula endotraqueal no ventilador mecânico ou reanimador manual. (SMELTZER; BARE, 2005).

Em seguida, dá-se início a regra C, em que o enfermeiro de emergência ao se deparar com o paciente politraumatizado deve estar atento aos sinais clínicos hemorrágicos, pois a hemorragia não detectada a tempo pode ser fatal. Estes profissionais devem estar aptos a observar sinais clínicos de sangramento interno, como pele hipocorada, palidez intensa, mucosa ocular hipocorada, frequência e amplitude de pulso diminuído, hipotensão arterial, pulso filiforme. (ALBINO; RIGGENBACH, 2004).

O controle definitivo da hemorragia é essencial e a reposição do volume intravascular com fluídos endovenosos é fundamental. No mínimo, devem ser inseridos dois cateteres venosos de grosso calibre, n. 14 ou 16, e a reposição do volume intravascular deve ser feita com fluídos endovenosos, cristalóides ou colóides, nunca soro glicosado. (ATLS, 2008).

A velocidade máxima dos fluídos administrados é determinada pelo diâmetro interno do cateter e é inversamente proporcional o seu comprimento. Não depende do calibre da veia em que o cateter é colocado. É preferível iniciar por punções venosas periféricas nos membros superiores. O uso de outras veias periféricas, de disseções e punções de veias centrais deve ser feito de acordo com as necessidades e levando-se em consideração a habilidade do enfermeiro e da equipe médica responsável pelo doente. (SMELTZER; BARE, 2005).

De acordo com as prescrições médica, o enfermeiro deve coletar sangue para exames laboratoriais; notificar banco de sangue; controlar sangramentos por compressão da ferida; preparar e controlar as monitorações cardíacas, sinais vitais; controlar balanço hídrico, através da sonda vesical de demora se não haver contra indicação; notificar as alterações do politraumatizado ao médico emergencialista. (ATLS, 2008).

A avaliação neurológica é realizada na regra D, o enfermeiro e a equipe médica devem observar o nível de consciência do politraumatizado, pois, inconsciência, resposta motora lateralizada, alteração da função pupilar, ausência de respostas dolorosas, estão relacionadas ao aumento da pressão intracraniana. Então, o exame neurológico mais detalhado do paciente deve ser realizado posteriormente e o mesmo deve ser classificado de acordo com a Escala de Coma de Glasgow para definir o estado neurológico do paciente. (ALBINO; RIGGENBACH, 2004).

Completando os exames e as condutas na primeira fase de atendimento ao politraumatizado, o enfermeiro e a equipe médica seguem a exposição completa do paciente, sendo despido pelo enfermeiro a procura de sinais como hematomas, escoriações, afundamentos, sangramentos e outros; logo após o paciente deve ser protegido com cobertores, para evitar hipotermia (SMELTZER; BARE, 2005).

Durante a avaliação primária, as condições que implicam em risco de vida devem ser identificadas pelo enfermeiro e a equipe médica e seu tratamento deve ser instituído simultaneamente.

4.3.2.3 Avaliações e intervenções secundárias

O enfermeiro e a equipe médica começam o exame secundário e suas intervenções quando o paciente não está sob risco iminente de vida, tendo seu padrão circulatório reestabelecido e com as vias aéreas apresentando boa perfusão. (BROWNER et al., 2000).

O exame físico geral será iniciado pela equipe de emergência, observando a cabeça e identificando lesões cortante, perfurante ou aprofundamento na calota craniana, hematomas, escoriações e etc. Os olhos deverão ser observados quanto à abertura ocular, diâmetro e reatividade do tamanho da pupila, observando sangramento, hematoma palpebral e equimose auricular. Os acessórios como lentes de contato, piercing, brincos e outros; deverão ser retirados. (SMELTZER; BARE, 2005).

Nesta etapa o enfermeiro e o médico reavaliam o paciente politraumatizado, observando se o mesmo necessita de exames, como: radiografia, tomografia computadorizada e outros exames complementares, e também discute o caso se necessita de transferência desse paciente, caso necessite de transferência, o enfermeiro entra em contato com o enfermeiro da unidade para onde será transferido o paciente. (ATLS, 2008).

O enfermeiro e equipe devem proceder ao exame maxilo-facial, observando edemas, hematomas, crepitações em osso da face, lesões de coluna cervical e protegendo o pescoço do paciente com colar cervical, enquanto a possibilidade de lesão cervical não tiver sido descartada. (OLIVEIRA; PAROLIN; TEIXEIRA-JR, 2004).

Em seguida, a equipe médica ou o enfermeiro deverá observar e palpar os ossos claviculares, arcos costais e esterno, observando as dificuldades de

expansibilidade da caixa torácica ou afundamentos e crepitações. Deve ser auscultado com estetoscópio e identificar alterações, dentre elas: ausência de murmúrios vesiculares, som maciço ou timpânico, bulhas cardíacas abafadas, associadas com distensão das veias do pescoço (jugulares), diminuição da pressão arterial e pulso; essas alterações podem indicar pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco, hemotórax. (ATLS, 2008).

De acordo com Smeltzer e Bare (2005), a avaliação abdominal é muito importante, pois o trauma fechado está comumente associado a lesões extra-abdominais no tórax e representam um risco causado por lesões que podem estar ocultas e de ser difícil de detectar, isso é particularmente verídico nas lesões que envolvem o fígado, baço, rins e grandes vasos sanguíneos, que podem levar a uma perda sanguínea maciça dentro da cavidade abdominal, às vezes comprometendo o exame abdominal e se necessário deverá ser submetido uma laparotomia pelo médico cirurgião.

O enfermeiro deverá verificar a necessidade de sondas gástricas e vesicais, e se há contra indicações. O objetivo de inserir uma sonda gástrica no início da fase de reanimação é de aliviar uma possível dilatação aguda do estômago, descomprimir o estômago e remover conteúdo gástrico, reduzindo os riscos de aspiração. Se afastada a presença de lesões naso ou orofaríngeas, a presença de sangue no conteúdo gástrico sugere lesões do esôfago ou do trato gastrintestinal alto. (SMELTZER; BARE, 2005).

Na presença de fraturas graves da face e sempre que haja suspeita de fraturas de base de crânio, ocorrendo sintomas como otorragia, perda de líquido por narinas e ouvidos, equimose periorbitária (sinal de guaxinim) e equimose na região auricular, a sonda gástrica deve ser inserida por via oral para evitar que atravesse a placa crivosa e penetre no crânio. O enfermeiro e equipe médica devem estar atentos para estes sinais e sintomas. (ATLS, 2008).

A necessidade de inserir a sonda vesical no início do processo de reanimação é aliviar a retenção de urina, descomprimir a bexiga e refletir na perfusão renal. A presença de hematúria é sinal de trauma afetando o sistema urogenital, na lesão uretral há presença de sangue no meato uretral, hematoma escrotal, equimose perineal. O exame implica na obrigatoriedade de realizar um uretrograma para

confirmar a integridade da uretra antes que se insira uma sonda vesical, pois está descartada inserção da sonda vesical até que se comprove a inexistência de trauma uretral. (ATLS, 2008).

Para identificar as complicações das lesões dos músculos esqueléticos, o enfermeiro e equipe de atendimento devem estar atentos, pois as lesões dos músculos esqueléticos apresentam-se de formas dramáticas e ocorrem em 85% dos politraumatizados, causando um risco imediato à vida e ao membro afetado. Porém os tratamentos e condutas devem ser executados corretamente, as conseqüências das lesões podem ser evitadas quando ocorre um tratamento com bom suporte a vida. O enfermeiro e a equipe médica devem prevenir as complicações das fraturas ósseas. (ATLS, 2008).

Com o intuito de se evitar movimentos e maiores complicações, como mobilização de fraturas ou luxações, as vestes devem ser cortadas antes da remoção. A proteção do paciente contra as lesões vasculares é de suma importância, pois os pacientes terão este tipo de alteração na fase de atendimento inicial. As lesões exercem efeitos prejudiciais sobre o organismo do politraumatizado, portanto, este deve ser protegido contra as formas bruscas de movimentos. (ALBINO; RIGGENBACH, 2004).

Deve-se ressaltar que o paciente politraumatizado precisa ser reavaliado constantemente pelo enfermeiro, pois as complicações de fratura de ossos longos, ossos da pelve, ou múltiplas fraturas e lesões por esmagamento, podem desenvolver êmbolos gordurosos, resultando na síndrome da embolia gordurosa, que acomete principalmente adultos jovens e idosos que estão com fraturas na porção proximal do fêmur. (SMELTZER; BARE, 2005).

No momento da fratura, fragmentos adiposos podem mover-se no sangue porque a pressão medular é maior que a pressão capilar ou porque as catecolaminas ficam elevadas pela reação de estresse do paciente mobilizando os ácidos graxos e promovem o desenvolvimento de fragmentos adiposos na corrente sanguínea. Os fragmentos adiposos (êmbolos) ocluem os pequenos vasos sanguíneos que suprem os pulmões, cérebro, rins e outros órgãos. (LOMBA; LOMBA, 2006).

O enfermeiro e o médico da unidade de emergência deverão planejar o tratamento agudo do politraumatizado, pois os efeitos do trauma aparecerão ao longo do período de recuperação do paciente. A fisiologia do paciente deve ser apreciada adequadamente a fim de planejar com segurança a recuperação do paciente, evitando complicações futuras. (BROWNER et al., 2000).

Deve-se ressaltar que os atendimentos realizados em crianças, gestantes e idosos exigem do enfermeiro e da equipe atendimentos específicos. Em crianças as consequências do trauma evoluem rapidamente, exigindo habilidade maior do enfermeiro e da equipe. Em gestantes o feto sofre as consequências da gravidade das lesões, portanto, a equipe deve estar ciente de que serão dois pacientes necessitando de atendimentos. (PAVELQUEIRES, 2007).

4.4 O PROCESSO DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE URGÊNCIA EMERGÊNCIA

A partir das ações de Florence Nightingale desenvolvidas na Guerra da Criméia com redução da mortalidade geral dos combatentes através de cuidados relativos ao ambiente, a enfermagem iniciou-se como uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de atividade caritativa, intuitiva e empírica. Com esse intuito, diversos conceitos, teorias e modelos específicos à enfermagem foram desenvolvidos, com a finalidade de prestar uma assistência, ou seja, planejar as ações, determinar e gerenciar o cuidado, registrar tudo o que foi planejado e executado e, finalmente, avaliar estas condições, permitindo assim melhorar a assistência e o exercício profissional. (OGUISSO, 2005).

Na década de 70, Wanda de Aguiar Horta, desenvolveu um modelo conceitual, que pudesse explicar a natureza da enfermagem, definir seu campo de ação específico e sua metodologia. Wanda define o processo de enfermagem como sendo a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano de forma planejada para alcançar as necessidades específicas do paciente, devendo ser redigida de forma que todas as pessoas

envolvidas no cuidado ao paciente possam ter acesso ao plano de assistência. (HORTA, 1979).

No Brasil, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) começou com os estudos de Wanda Horta que propunha desenvolver o processo de enfermagem considerando as prioridades definidas pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas. (HORTA, 1979).

Smetzer e Bare (2000) relatam que o Processo de Enfermagem é a principal ferramenta do Enfermeiro para a prestação de cuidados ao paciente. Trata-se de um sistema para a identificação e evolução dos problemas de saúde no sentido de facilitar as condutas do enfermeiro, e prover as necessidades do paciente, portanto o processo de enfermagem sistematiza as ações permitindo uma assistência individualizada e respaldando o exercício profissional.

As etapas do processo de enfermagem incluem histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, o planejamento de enfermagem, a implementação das ações de enfermagem e evolução de enfermagem. (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

No histórico de enfermagem faz-se um levantamento de dados do paciente, começando pela identificação através do nome, idade, raça, sexo, estado civil, religião, residência, entre outros. O enfermeiro realizará a anamnese coletando os dados referentes à saúde do paciente, observando as necessidades prioritárias e o estado geral do paciente. Logo após a entrevista faz-se o exame físico com intuito de obter informações sobre os problemas de saúde do paciente, anteriores e atuais, bem como os antecedentes familiares, entre outros. Para isso o enfermeiro deverá conquistar a confiança do entrevistado, favorecendo o bom relacionamento com o paciente e seus familiares. Nos pacientes críticos, a coleta de informações é postergada devido à exigência de procedimentos imediatos para restabelecer as condições vitais do paciente. (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

O processo de enfermagem em unidade de emergência é de grande relevância, pois o histórico de enfermagem fornece subsídios para a identificação dos diagnósticos de enfermagem. Após coletar dados e informações sobre o histórico de saúde do paciente, o enfermeiro organiza, verifica e sintetiza os dados obtidos e determina os Diagnósticos de Enfermagem (DE). O diagnóstico de

enfermagem tem promovido o desenvolvimento na enfermagem no sentido de melhorar a prática do cuidar do paciente. Conforme a Resolução n. 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, cabe ao enfermeiro a definição dos DE, devendo concluir as etiologias e as características para fornecer o diagnóstico. Após definir os DE, o enfermeiro deve desenvolver o planejamento do plano de cuidados de enfermagem, o qual deve ser feito estabelecendo-se prioridades, metas, prescrições de enfermagem e resultados esperados. (SMELTEZER; BARE, 2000; COFEN, 2009).

O plano de cuidados pode ser desenvolvido pelo enfermeiro ou pela equipe de enfermagem de acordo com a complexidade dos procedimentos. Este plano é executado através da Prescrição de Enfermagem (PE), ou implementação. Após executar as prescrições, o enfermeiro deve analisar se as metas e os resultados esperados foram atingidos, então procede-se à evolução de enfermagem, correspondente à avaliação. (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

De acordo com Smeltezer e Bare (2000) e Alfaro-Lefevre (2005) a última etapa do processo de enfermagem, é a evolução de enfermagem. Esta etapa consiste em analisar as respostas do paciente às intervenções de enfermagem de acordo com o planejamento e prescrição estabelecidos anteriormente. e as metas alcançadas. Para determinar a evolução, o enfermeiro de emergência deve considerar todas as etapas anteriores do processo de enfermagem focalizando os diagnósticos iniciais para avaliar o alcance dos objetivos propostos.

4.4.1 A Sistematização da Assistência de Enfermagem frente ao Paciente Politraumatizado

A Resolução n. 358/2009 do COFEN define em seu Art. 2º:

O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) - processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II - Diagnóstico de Enfermagem - processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de

decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III - Planejamento de Enfermagem - determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV - Implementação - realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V - Avaliação de Enfermagem - processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem. (COFEN, 2009).

O enfermeiro em unidade de urgência e emergência deve desenvolver o processo de enfermagem conforme disposto na legislação, porém priorizando-se os cuidados imediatos para garantir a vida do paciente. No setor de urgência e emergência é de grande relevância a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), mesmo sendo um ambiente onde o processo de cuidado requer maior agilidade e especificidade das ações, em virtude de ser um instrumento que proporciona não apenas uma melhora na qualidade da assistência, mas também confere ao profissional maior autonomia de suas ações, respaldo legal e aumento do vínculo entre o profissional e o paciente. (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

A dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas visa à assistência ao ser humano de forma planejada para alcançar as necessidades específicas do paciente. Desta forma, o processo de enfermagem deve ser redigido de modo que todas as pessoas envolvidas no atendimento possam ter livre acesso ao plano de assistência. (CRUZ, 2008 apud TANNURE; PINHEIRO, 2011).

4.4.1.1 Anamnese e exame físico

Para realização da anamnese ou histórico, o enfermeiro considera o estado de consciência e estado emocional no paciente politraumatizado, devido à repercussão que pode causar no processo de assistência. No entanto, se não houver contribuição por parte do paciente, o acompanhante da vítima ou pessoal de

resgate poderá contribuir com as informações necessárias. Os dados coletados são específicos, considerando fatores como: Local do acidente; parte do corpo que sofreu maior impacto; presença de desmaio com perda da consciência (síncope) e insensibilidade de membros ou incapacidade de movimento. (CRUZ, 2008 apud TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Após a coleta de dados para o exame físico, considera-se os sistemas mais relevantes para o momento. Para realizar o exame o enfermeiro recorre a técnicas de exame, utilizando a visualização, a palpação, a percussão e ausculta, com o intuito de diagnosticar alterações ou problemas de funcionalidade e detectar a possibilidade de agravamento do estado clínico do paciente. O enfermeiro utiliza esse instrumento visando detectar anormalidades para possíveis intervenções e para prevenção do agravamento do estado do paciente. (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Barros e cols (2010) enfatizam quanto às prioridades e técnicas durante a avaliação do paciente politraumatizado:

- Inspeção: Faz-se uma rápida visualização do paciente, priorizando a identificação precoce de PCR, além de sinais de hipovolemia, déficit neurológico, sinais hemorrágicos - internos e externos, além de alterações grosseiras como escoriações, ferimentos lacerantes, limitações de dor, ingestão de bebidas alcoólicas, drogas psicoativas e problemas neurológicos. Analisando de forma céfalocaudal, o enfermeiro deve analisar a existência de afundamento de base de crânio, otorragia, midríase, dilatação pupilar, obstrução de vias aéreas, lesões de pele, eviscerações e fratura de membros. (CAMARGO et al., 2004).

- Palpação: Através do tato e pressão é possível detectar no paciente espessura, consistência, dor, sensibilidade, dureza, percepção de frêmitus, flutuação, elasticidade e edema. (BARROS e cols., 2010).

- Percussão: Esta técnica possibilita ao enfermeiro detectar no paciente a ocorrência de líquido livre na cavidade abdominal e/ ou torácica resultante da ruptura de órgãos vitais, entre outros achados importantes.

- Ausculta: Permite confirmar os sons, principalmente da cavidade torácica e abdominal, possibilitando identificar ruídos que indicam o rompimento da normalidade.

4.4.1.2 Diagnóstico de Enfermagem (DE) e Prescrição de Enfermagem (PE)

Conforme North American Nursing Association – NANDA (2010), o Diagnóstico de Enfermagem (DE) se difere do diagnóstico médico. Enquanto o diagnóstico médico atua na cura da doença física, o DE atua na promoção do bem estar do cliente e na forma como será conduzida o tratamento médico, minimizando o paciente do desconforto e retardamento da cura. Nesse contexto, alguns diagnósticos voltados ao politraumatizado são essenciais para a conduta a ser executada durante a assistência

DE- Imobilidade física prejudicada relacionada à dificuldade de movimento evidenciado por presença de fratura de membros inferiores

PE- Auxiliar nos movimentos com cadeira de rodas ou maca (téc. Enfermagem) S/N

PE- Manter membros imobilizados com talas gessadas (técnico ou enfermeiro)

DE- Retenção urinária relacionado ao trauma evidenciado por presença de bexigoma e oligúria

PE- Realizar cateterismo vesical (enfermeiro)

PE- Realizar controle hídrico (técnico de enfermagem) 24 h

PE- Observar cor e aspecto, comunicar e anotar (téc. enfermagem)

DE- Volume de líquido deficiente relacionado à hemorragia interna ou externa evidenciado por aumento da frequência de pulso, pulso filiforme, palidez cutânea e alterações do nível de consciência.

PE- Realizar reposição líquida com dois acessos calibrosos (enfermeiro e técnico enfermagem)

PE- Aferir sinais vitais (técnico enfermagem) 15/15 minutos na primeira hora

PE- Manter oxímetro de pulso (enfermeiro e técnico enfermagem).

DE- Risco de aspiração relacionado ao reflexo de vômito diminuído

PE- Lateralizar a cabeça se não houver contra indicação (enfermeiro ou técnico de enfermagem)

PE- Desobstruir vias aéreas (enfermeiro ou técnico de enfermagem)

4.4.1.3 Evolução

A evolução de enfermagem é o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sendo assistido profissionalmente, ou seja, uma avaliação global do plano de cuidados. (HORTA, 1979).

Após realizar a SAE relativa ao paciente politraumatizado dentro da unidade de emergência e urgência, o enfermeiro finaliza sua ação procedendo a transmissão de todas as informações referente ao paciente ao setor para onde o mesmo será transferido ou para os familiares responsáveis pelo cuidado domiciliar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As unidades de urgência e emergência constituem-se em ambientes para atendimento a pacientes cujas condições clínicas representam risco à vida e portanto, requerem intervenção imediata para reestabelecimento das condições vitais. Neste cenário, uma das maiores demandas por atendimento refere-se à pacientes com politraumatismo, os quais em sua maioria ocorrem devido a acidentes de trânsito, compondo então uma das maiores causas de internações hospitalares e de morte, principalmente entre os adultos jovens, representando um custo oneroso à sociedade pelos custos hospitalares e pela diminuição da população economicamente ativa.

Desta forma, é fundamental que se tenha uma equipe de saúde multiprofissional adequadamente treinada para atuar nestas condições em que o paciente apresenta-se com politraumas e em risco de vida. O conhecimento técnico e científico desta equipe é essencial para preservar a vida e melhorar o estado clínico do paciente, portanto conhecer os sinais e sintomas que representam situações de risco a estes pacientes são extremamente relevantes.

A abordagem inicial do paciente com politrauma foi alterada em virtude da realização prioritária da RCP, pois o sistema circulatório deve ser reestabelecido imediatamente. Porém, na ausência de PCR, deve-se proceder ao exame rotineiro, conhecido por ABCDE, visando cuidar de outros sistemas do paciente.

O profissional de enfermagem tem papel fundamental no atendimento aos pacientes com politraumatismo, podendo exercer atividades assistenciais ou gerenciais. Sendo assim, deve estar habilitado e reconhecer prontamente as situações de risco, coordenando a equipe de enfermagem na execução de procedimentos e definição das prioridades. Assim, o enfermeiro possibilita prestar atendimento favorável, mostrando equilíbrio, domínio, segurança e habilidades no sentido de preservar e recuperar a da vida do paciente.

REFERÊNCIAS

ABPAT. Associação Brasileira de Prevenção dos Acidentes. **Estatísticas nacionais de acidentes de trânsito**. 2010. Disponível em: <http://www.vias-seguras.com/os_acidentes/estatisticas/estatisticas_nacionais>. Acesso em: 18 mar. 2012.

AGUIAR, Athayne Ramos Vasconcelos de. Et al. A produção científica sobre urgência/emergência na enfermagem publicada na Revista Brasileira de Enfermagem no período de 2001 a 2006. In: I Jornada de Iniciação Científica, 2006, Teresina. **Trabalhos**: Trabalhos em forma de pôster. Disponível em: <<http://www.novafapi.com.br/eventos/jic2006/trabalhos/ENFERMAGEM/P%F4ster/29%20-20A%20PRODU%C7%C3O%20CIENT%CDFICA%20SOBRE%20URG%CANCIAEMERG%CANCIA%20NA%20ENFERMAGEM%20PUBLICADA.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2012.

AHA. American Hearth Association. **Destaques das diretrizes da American Hearth Association 2010 para RCP e ACE**. Texas: AHA, 2010.

ALBINO, Rubia Maria; RIGGENBACH, Viviane. Atendimento hospitalar inicial ao politraumatizado. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 33, n. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/179.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2012.

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre-RS: Artmed, 2005.

ATLS. Advanced Trauma Life Support. **Manual do curso para alunos**. 8. ed. São Paulo: Colégio Americano de Cirurgiões, 2008.

BAIKIE, Peggy D; COSENDEY, Carlos Henrique [trad.]. **Sinais e sintomas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. E cols. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BOTARELLI, Fabiane Rocha. **Conhecimento do enfermeiro sobre o processo de cuidar do paciente com traumatismo cranioencefálico**. Natal/RN, 2010. 181 p. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

BROWNER, Bruce D. Et al. **Traumatismos do sistema musculoesquelético**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2000.

CALIL, Ana Maria; PARANHOS, Wana Yeda. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007.

CAMARGO, Osmar Pedro Arbix de (Edit.). Et al. **Ortopedia e traumatologia: conceito básico, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Editora Roca, 2004.

CAVALLINI, Miriam Elias; BISSON, Marcelo Polacow. **Farmácia hospitalar: um enfoque em sistema de saúde**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2002.

CNM. Confederação Nacional de Municípios. **Estudos técnicos: Mapeamento das mortes por acidentes de trânsito no Brasil**. Brasília: CNM, 2009.

COELHO, Maria José; FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; CARVALHO, Vilma de; Tipos de cuidado em emergência. *In*: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; VIEIRA, Álvaro Alberto de Bittencourt. **Emergência: atendimento e cuidados de enfermagem**. 3. ed. rev. e atual. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009. p. 231-245.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN n. 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009.

GOMES, Alice Martins. **Emergência: planejamento e organização da unidade: assistência de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1994.

LOMBA, Marcos; LOMBA, André. **Especialidades médicas.** 2. ed. v. 1, São Paulo: Objetivo Saúde, 2006.

MONTEZELLI, Juliana Helena; PERES, Aida Maris; BERNARDINO, Elizabeth. Demandas institucionais e de cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 348-54, mar.-abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a20v64n2.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2012.

NANDA. North American Nursing Association International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação – 2009-2011.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

OGUISSO, Taka. Florence Nightingale. *In*: OGUISSO, Taka (Org.). **Trajectoria histórica e legal da enfermagem.** Barueri-SP: Manole, 2005. p. 58-97.

OLIVEIRA, Beatriz Ferreira Monteiro; PAROLIN, Mônica Koncke Fiuza; TEIXEIRA-JR, Edison Vale. **Trauma: Atendimento Pré-Hospitalar.** São Paulo: Atheneu, 2004.

PAVELQUEIRES, S. **Manobras avançadas de suporte ao trauma – MAST.** 3. ed. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2007.

POLL, Márcia Adriana; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI-FILHO, Wilson Danilo. Atendimento in Unidade de Emergência: Organização e implicações éticas **Acta paul.enferm.**, São Paulo, v 21, n.3, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2012.

SANTOS, José Luís Guedes dos. **A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência.** Porto Alegre/RS, 2010. 135 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SBOT. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. **Manual de trauma ortopédico**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, 2011.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. e cols. Brunner & Suddarth: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v. 4.

SOARES, Maria Augusta Moraes; GERELLI, Anacira Maria; AMORIM, Andréia Sousa. **Cuidados De Enfermagem Ao Indivíduo Hospitalizado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ULBRICH, Elis Martins. Et al. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial: subsídios para o acolhimento às vítimas. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 286-92, abr.-jun. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17863/11655>>. Acesso em: 18 mar. 2012.

WEHBE, Grasiela; GALVÃO, Cristina Maria. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, Abr. 2001. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11519>>. Acesso em: 18 mar. 2012.