

---

**Atendimento ao politraumatizado grave:  
avaliação do conhecimento do profissional enfermeiro em  
um hospital de referência do Município de Maringá-PR**

---

ANDRÉIA CRISTINA GIROTTO(G-UNINGÁ)<sup>1</sup>  
ANDERSON CARLOS DA COSTA BUENO(G-UNINGÁ)<sup>1</sup>  
CATIA MILLENE DELL AGNOLO(UNINGÁ)<sup>2</sup>

**RESUMO**

O politrauma hoje no Brasil e no mundo, é considerado a doença que mais vêm se destacando nos altos índices de morbi-mortalidade, principalmente levando em consideração a idade adulto jovem, que corresponde a idade mais produtiva do homem, sendo visto atualmente como um problema de saúde pública. O termo politraumatizado é definido como a presença de lesões que acometem diferentes regiões do corpo simultaneamente, onde uma ou mais delas podem gerar risco de vida à vítima do trauma. Considerando a magnitude do problema, verifica-se a importância da qualificação do profissional enfermeiro no atendimento inicial ao politraumatizado grave, através de conhecimento técnico/científico. A partir desta realidade observou-se a necessidade de elaborar um questionário, a fim de avaliar o conhecimento do profissional enfermeiro frente ao atendimento inicial ao politraumatizado grave. Ficou constatado que, de maneira geral, os enfermeiros, apesar de poucos possuírem título de especialista em urgência e emergência, estão aptos a prestar um atendimento inicial eficaz ao politraumatizado.

**Palavras-chave:** Politraumatizado. Avaliação do Conhecimento. Assistência de Enfermagem.

---

<sup>1</sup> Acadêmicos do Curso de Enfermagem, Faculdade Ingá – UNINGÁ

<sup>2</sup> Professora Mestre Faculdade Ingá – UNINGÁ

## INTRODUÇÃO

O trauma é considerado segundo HÉRCULES (2001), a atuação de energias extremas sobre o nosso organismo com uma intensidade suficiente para provocar lesões. Já Tambellini (2001), diz que o trauma se caracteriza por lesão/ferida/dano/ prejuízo gerado no organismo e na mente, resultantes de etiologias diferentes.

Portanto o termo politraumatizado segundo Drumond (2001), é quando mais de uma região do corpo sofre lesões ao mesmo tempo.

Segundo PHTLS (2004), o trauma é a causa de morte mais comum entre as idades de 01 a 44 anos, correspondendo a 80% das mortes em adolescentes e 60% na infância, sendo ainda a sétima causa de óbito no idoso.

Atualmente, nos EUA, o trauma está entre as três principais causas de morte, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares e neoplásicas. Porém se considerarmos indivíduos em idade jovem, o trauma se constitui na primeira causa de morte (MARTINS, 1995; PESSOA, 2001).

No Brasil, a situação é ainda mais grave, pois o trauma ocupa o segundo lugar na mortalidade, superando até o câncer (DIAS, 2005). Sem levar em consideração o aspecto humano, os traumas custam para o Brasil 2 bilhões de dólares em danos materiais e mais 2 bilhões em perdas sociais, e sem contarmos o valor inestimável do sofrimento decorrente do trauma (ABRAMOVICI, 1999).

Além disso, o trauma acarreta gastos diretos e indiretos. O atendimento pré-hospitalar, médico, intra-hospitalar e da reabilitação do paciente à sociedade, além dos gastos indiretos classificados como o comprometimento da capacidade de trabalho na fase mais produtiva do indivíduo (WAGNER, 2005).

Sabe-se que uma das principais maneiras de diminuir a mortalidade e a morbidade do trauma decorre de prevenção e pela maior capacitação do pessoal responsável pelo atendimento (GALLOTA, 2005). Por este motivo a assistência ao politraumatizado grave, é de crucial importância, e em especial a atuação do profissional enfermeiro, sendo assim, neste trabalho buscamos levantar o conhecimento deste profissional e identificar a possibilidade de aprimoramento. Feitoza (2004), diz que a assistência de enfermagem prestada aos pacientes politraumatizados deve ser individualizada, caracterizando-se em autonomia e assistência de qualidade a fim de otimizar tempo e garantir

qualidade ao atendimento à vítima de trauma. Wehbe (2001), refere que o enfermeiro que atua em emergência deve possuir conhecimento técnico/científico para que possa tomar decisões rápidas, concretas, além de transmitir segurança a toda equipe e diminuir os riscos de vida do paciente.

Frente ao exposto, acreditamos que a capacitação do profissional enfermeiro atuante diretamente no atendimento crítico ao politraumatizado grave requer, entre tantas outras habilidades, conhecimentos técnico/científico adequados e atualizados para que a assistência seja efetuada de forma ideal visando redução à mortalidade, invalidez e custos resultantes de falhas deste atendimento, sendo, portanto, de extrema importância levantar o conhecimento dos profissionais enfermeiros, atuantes em um hospital de referência do Município de Maringá, sobre o atendimento ao politraumatizado grave.

### **METODOLOGIA**

Trabalho de caráter quantitativo, realizado através da coleta de dados por um questionário objetivo, de caráter anônimo, composto de 14 questões objetivas, sendo possível levantar o nível de conhecimento do profissional enfermeiro frente à assistência ao politraumatizado grave em um hospital de referência a este tipo de atendimento, do Município de Maringá. A princípio a amostra geral dos enfermeiros era de 23 profissionais, todavia 03 não puderam contribuir com a pesquisa por atuarem em áreas administrativas; 01 por questões éticas, não respondeu ao questionário por tratar-se da orientadora deste trabalho de conclusão de curso; sendo que apenas 01 recusou-se a responder o questionário alegando não possuir tempo hábil para a resolução do mesmo. A pesquisa foi realizada após aprovação do projeto pela Faculdade Ingá- UNINGÁ e pelo Comitê de Ética do referido hospital e, aprovação pelo profissional participante com assinatura do termo de consentimento e esclarecimento, sendo mantido o anonimato. A análise estatística de dados foi realizada, através de levantamento das respostas do instrumento de pesquisa aplicado, a categorização destes dados, sua interpretação e a redação do relatório, através da elaboração de gráficos e tabela utilizando a planilha Excel.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 18 enfermeiros avaliados, 12 eram do sexo feminino e 6 do sexo masculino. A média de idade dos profissionais variou de 21 a 42 anos de idade (tabela 1). 38% deles possuíam título de pós graduação em outras áreas da saúde, os que não possuíam títulos ou/e não estavam cursando representam 33% sendo que 17% estavam cursando pós-graduação em Urgência e Emergência onde apenas 6% possuíam títulos nesta área. Outros 6% dos entrevistados não preencheram os dados pessoais (gráfico 1).

Quanto aos cursos de aprimoramento no atendimento ao trauma verificou-se que 32% não possuíam os cursos citados. Já cursos mais completos como PH+BLS+ Curso Pré-hospitalar, correspondem a 6% (gráfico 2).

O termo politraumatizado é empregado em vítimas com lesões traumáticas, onde ocorre pelo menos uma lesão que coloque sua vida em risco. Sendo, então, considerada correta a definição de lesões em mais de uma região do corpo, graves, independente da causa, com risco de vida. Verificou-se que os enfermeiros estão aptos a conceituar e caracterizar o politrauma (gráfico 3).

Mantovani (2005), diz que se deve estabelecer prioridades no tratamento a vítima politraumatizada, como avaliar respiração, hemorragias e nível neurológico, pois são condições que alteradas podem implicar em risco de vida. Sendo então considerado correto o atendimento por ordem de prioridade como sendo respiração, sangramento e nível neurológico. Por tratar-se de extrema importância a priorização no atendimento a este paciente, foi verificado um percentual de respostas incorretas na proporção de quase metade dos profissionais, o que reflete uma assistência débil, podendo reduzir a sobrevivência do politraumatizado (gráfico 4).

É inaceitável deixar de despistar completamente a vítima de trauma, pois a exposição tem como finalidade detectar lesões antes não identificadas no exame primário (RODRIGUES, 2001). Os enfermeiros, em sua grande maioria, mostraram ser aptos a realizar a exposição do paciente politraumatizado, na procura de possíveis lesões, que podem não ser identificadas sem a realização da exposição da vítima, podendo muitas vezes ser fatais para as vítimas de trauma (gráfico 5).

A Insuficiência Respiratória Aguda ocorre devido a deteriorização súbita e fatal da manutenção de troca gasosa pulmonar, gerando

deficiência na troca de oxigênio por dióxido de carbono, e resultando uma oxigenação sanguínea débil (SMELTZER, 2002). Sendo então considerada correta a alternativa que ressalta obstrução de vias aéreas, TCE (traumatismo crânio-encefálico), lesão medular, broncoaspiração, trauma torácico e fratura de costelas.

Mediante o percentual do gráfico 6, nos deparamos com 83% de respostas corretas, para 17% de respostas incorretas, que contribui para uma assistência eficaz em casos de déficit na manutenção da função respiratória. As alterações hemodinâmicas devem ser identificadas e corrigidas de maneira rápida, devido à hemorragia ser potencialmente letal ao paciente. A reposição volêmica com soluções salinas balanceadas deve ser infundida de maneira rápida, sendo a solução cristalóide de primeira escolha o Ringer-Lactato (MANTOVANI, 2005). Sendo então correta a infusão rápida de cristalóides, drogas vasoativas e expansores plasmáticos. Notou-se 61% de acertos nas respostas avaliadas, o que significa risco de vida ao paciente.

A hipovolemia deve ser compreendida como um agravante em potencial no trauma, devendo ser reconhecida e tratada de maneira emergencial, a fim de evitar futuras complicações que podem ser letais, como a hipóxia, choque hipovolêmico e parada cardíaca (gráfico 7).

A avaliação neurológica do paciente é realizada por meio de uma escala de coma, chamada de Escala de Coma de Glasgow, a qual possibilita identificar o grau de consciência e a gravidade do trauma (RODRIGUES, 2001). As pupilas também são avaliadas, em busca de alterações quanto a tamanho e reação à luz, sendo estes, indicadores de edema ou hematoma cerebral (PHTLS, 2004).

De acordo com a porcentagem demonstrada no gráfico 8, entende-se que o número de respostas corretas foi de 78%, onde se verificou uma avaliação neurológica realizada corretamente no paciente politraumatizado grave, reduzindo o risco de possíveis lesões futuras. Toda vítima que obtiver a pontuação menor ou igual a oito, na Escala de Coma de Glasgow, estará em coma (ARAUJO, 2001). Depois de avaliados os critérios que compõe a Escala de Coma de Glasgow, e for verificado que o escore é menor ou igual a oito a indicação é intubação, pois garantindo via aérea pérvia evita-se o risco de hipóxia.

Segundo os dados coletados, 67% dos profissionais entrevistados responderam corretamente, porém 33% deles possui dificuldade em estabelecer um atendimento de ordem prioritário (gráfico 9). Segundo Smeltzer (2002), o hematoma extradural agudo é ocasionado pela ruptura

da artéria meníngea média, que por sua vez gera uma hemorragia de evolução rápida, podendo ocasionar um déficit neurológico acentuado e até mesmo uma parada respiratória.

Os dados estatísticos distribuídos no gráfico 10, demonstram um percentual alarmante, onde 83% dos profissionais desconhecem esta emergência médica, podendo colocar em risco a vida do paciente. As fraturas de base de crânio ocorrem através do seio paranasal do osso frontal ou ouvido médio no osso temporal. Tendo como sinais otorrêia, rinorrêia (perda de líquido céfalo-raquidiano), equimose na região do mastóide (Sinal de Battler) e olhos de guaxinin (SMELTZER, 2002).

É importante ressaltar que na suspeita ou na constatação de fratura de base de crânio, é proibida a passagem de sonda nasogástrica (SNG), pois a sonda pode tomar sentido contrário a do esôfago e ir para o cérebro ocasionando herniação cerebral. Segundo o levantamento de dados, 89% dos profissionais sabem detectar sinais da fratura, evitando iatrogenias num paciente grave (gráfico 11).

No atendimento a vítimas de trauma, caso o acesso venoso periférico em tempo hábil não seja possível, é indicado à flebotomia de urgência, sendo esta a via mais rápida e segura para a reposição volêmica.

No gráfico 12, obtivemos uma porcentagem drástica, pois apenas 2 ou 11% dos entrevistados responderam corretamente. O trauma uretral pode ser observado por meio de uma tríade de sintomas como equimose em bolsa escrotal, vestígios de sangramento em meato uretral e suspeita de fratura de pelve, sendo que o objetivo de evitar sondagem vesical nestes pacientes é minimizar o risco de ruptura uretral e extensas complicações, até mesmo infecções, estenose, incontinências e impotência (SMELTZER, 2002). Deve-se lembrar que a passagem de SVD requer prescrição médica, pois se trata de um procedimento invasivo.

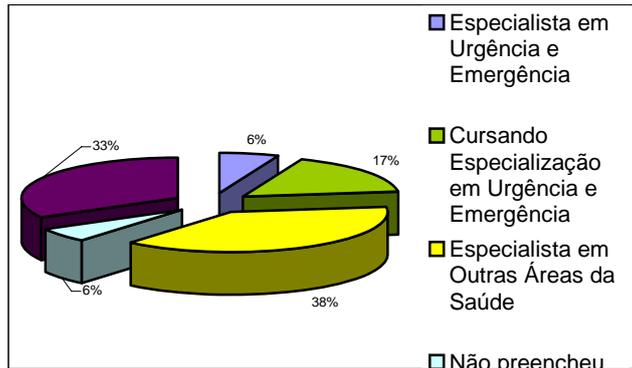
Após analisar o gráfico 13, constatou-se que metade dos profissionais estão aptos a verificar os sinais de contra-indicações de passagem de SVD no trauma geniturinário, enquanto que os demais 50% demonstraram não reconhecer estas contra-indicações. O cateter de oxigênio nasal deve ser contra-indicado no paciente politraumatizado, pelo motivo de oferecer uma concentração de oxigênio baixa, além de, na vigência de fratura de base de crânio, poder ocasionar herniação cerebral. A maioria (89%) desconhece este cuidado, podendo ocasionar hipóxia grave nos pacientes, além de complicações neurológicas (gráfico 14).

Borges (2005), refere que a permeabilidade das vias aéreas deve ser prioridade, mas devendo ser realizada com a imobilização cervical seguida da elevação do ângulo da mandíbula, verificando possíveis obstruções de vias aéreas, fornecendo ventilação adequada, inclusive com intubação endotraqueal, se indicado (PHTLS, 2004). O gráfico 15 demonstra um percentual de 72% de acertos, o que significa um atendimento de enfermagem por ordem seqüencial a nível de prioridades, auxiliando na manutenção das atividades vitais do paciente vítima do trauma.

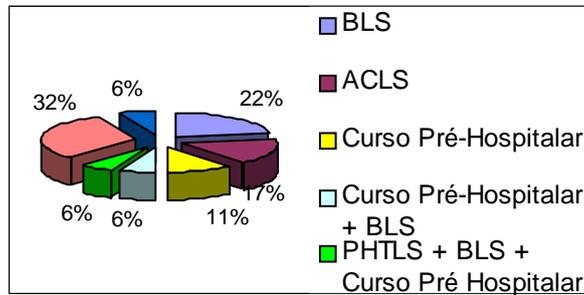
**Tabela 1** – Distribuição do quadro de enfermeiros, quanto a idade e sexo

<b>SEXO/IDADE</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>TOTAL</b>
21	1	0	1
25	2	0	2
26	1	0	1
28	1	0	1
29	1	1	2
30	0	4	4
35	2	0	2
36	1	0	1
38	0	1	1
39	2	0	2
42	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>17</b>

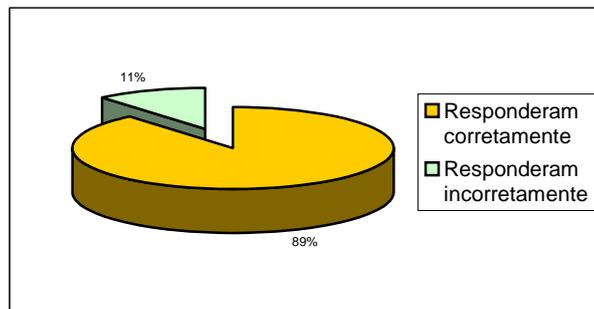
**GRÁFICO 1** - Distribuição dos enfermeiros quanto a título de pós graduação



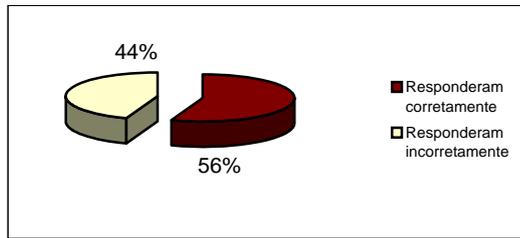
**GRÁFICO 2** - Distribuição dos enfermeiros quanto a cursos complementares na área de Urgência/Emergência.



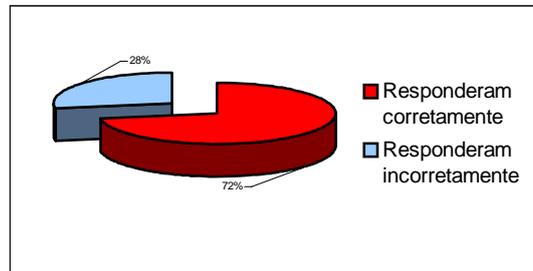
**GRÁFICO 3** - Conhecimento dos enfermeiros em relação ao conceito caracterização do politraumatizado grave. Maringá-PR, 2005.



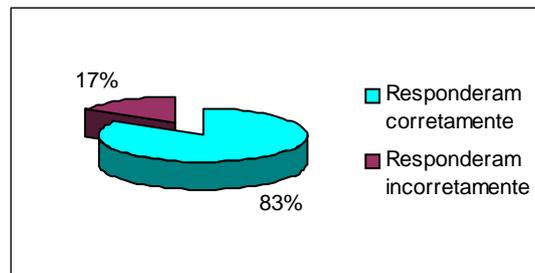
**GRÁFICO 4** - Conhecimento do enfermeiro frente ao atendimento inicial ao politraumatizado por ordem de prioridade. Maringá-PR, 2005.



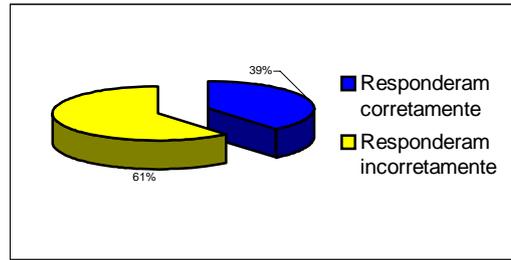
**GRÁFICO 5** - Conhecimento dos enfermeiros quanto à necessidade da exposição do corpo do politraumatizado. Maringá-PR, 2005.



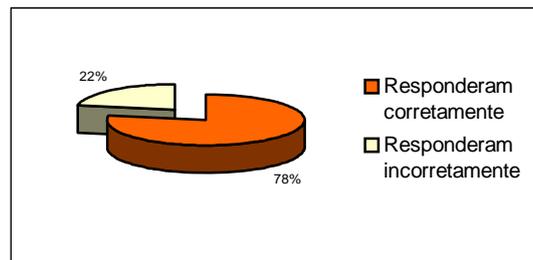
**GRÁFICO 6** - Conhecimento dos profissionais enfermeiros entrevistados quanto as principais causas de Insuficiência Respiratória Aguda no politraumatizado. Maringá-PR, 2005.



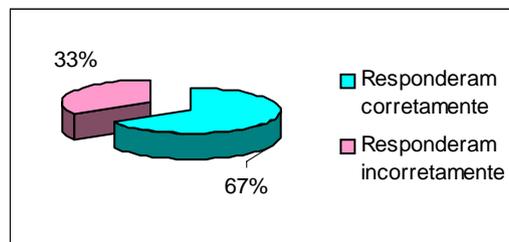
**GRÁFICO 7** - Conhecimento do enfermeiro frente aos componentes utilizados na reposição volêmica. Maringá-PR, 2005.



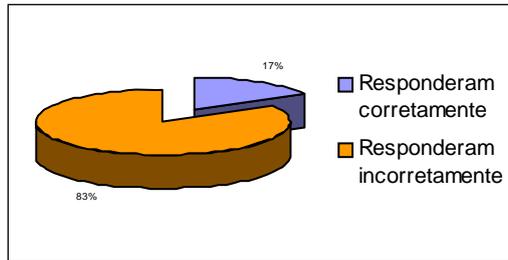
**GRÁFICO 8** - Conhecimento dos enfermeiros frente aos parâmetros utilizados para realizar a avaliação neurológica. Maringá-PR, 2005.



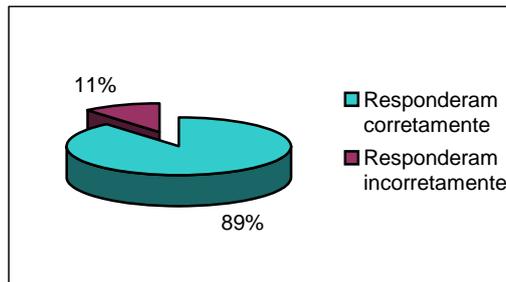
**GRÁFICO 9** - Conhecimento dos enfermeiros quanto a prioridade do paciente com Escala de Coma de Glasgow em torno de 8.- Maringá-PR, 2005.



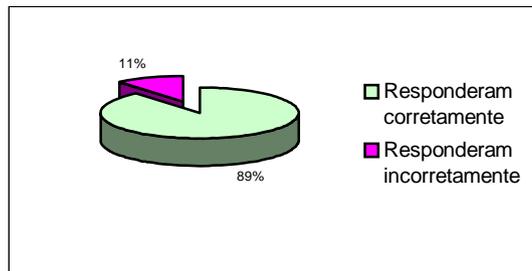
**GRÁFICO 10** - Conhecimento dos enfermeiros frente a alteração craniana que requer atendimento imediato no traumatismo crânioencefálico. Maringá-PR, 2005.



**GRÁFICO 11** - Conhecimento dos enfermeiros frente aos sinais e sintomas sugestivos de fratura de base de crânio. Maringá-PR, 2005.

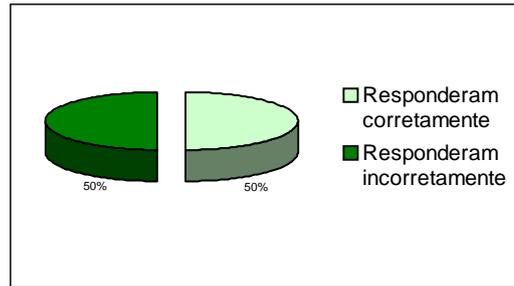


**GRÁFICO 12** - Conhecimento dos enfermeiros quanto ao procedimento a ser realizado no atendimento ao politraumatizado grave hipotenso com acesso venoso periférico difícil. Maringá-PR, 2005.

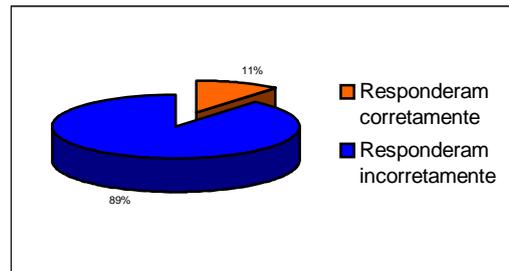


**GRÁFICO 13** - Conhecimento dos enfermeiros frente às contra indicações para a

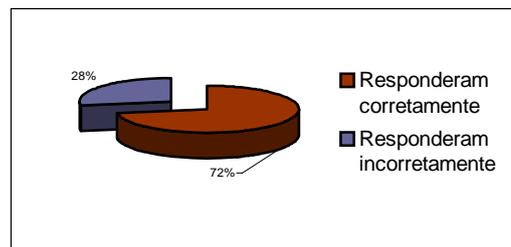
passagem de sonda vesical de demora. Maringá-PR, 2005.



**GRÁFICO 14** - Conhecimento dos enfermeiros quanto a indicação de cateter de oxigênio nasal no politraumatizado. Maringá-Pr, 2005.



**GRÁFICO 15** - Conhecimento dos enfermeiros quanto à seqüência de prioridade utilizada após uma parada respiratória no politraumatizado. Maringá-PR, 2005.



## CONCLUSÃO

Sabe-se que o trauma vem adquirindo crescente importância no mundo atual devido a altos índices de morbi-mortalidade por diferentes etiologias, principalmente se levada em consideração a faixa etária produtiva da humanidade. A única forma de reduzir drasticamente estes

índices é através da prevenção. Um bom atendimento pré-hospitalar e a continuidade desse tratamento dentro do hospital são decisivos para a sobrevivência, recuperação e/ou redução das seqüelas, sendo de suma importância a qualidade no atendimento de toda a equipe na sala de emergência. No que tange ao tempo de formação dos profissionais enfermeiros, não foi notada influência significativa em relação a assistência ao politraumatizado grave. Levando-se em consideração os dados levantados neste estudo, foi possível identificar um conhecimento adequado do profissional enfermeiro, levando em consideração o atendimento básico ao politrauma na sala de emergência, porém nas questões que aprofundam o tema, a margem de erro aumentou significativamente, levando a concluir a necessidade de aprofundamento e atualização constantes.

### REFERÊNCIAS

ABRAMOVICI, S. Abordagem em criança politraumatizada. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, 1999 75 (supl. 2): s268-s278.

ARAÚJO, M. Vias aéreas. In: \_\_\_\_\_ **Trauma: Atendimento pré-hospitalar**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

BORGES, L.A. Atendimento inicial ao politraumatizado. In: NASI, L.A. **Rotinas em pronto socorro**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CASTANHEIRA, P. et al. Qualidade de vida e tratamento do câncer ou AIDS com imunomodulador. Canova, 2003, p. 2. Disponível em: [www.canovadobrasil.com.br/areamedica/portugues\\_castanheira\\_quali.pde](http://www.canovadobrasil.com.br/areamedica/portugues_castanheira_quali.pde). Acesso em 18 de maio de 2006.

DIAS, I. **TDAH X Trauma**. Disponível em: <http://www.tdah.com.br/paginas/gaetah/boletim3.htm> Acesso em: 14 jun.2005.

DRUMOND, D. A. F. Tipos de trauma: o politraumatizado. In: FREIRE, E. **Trauma a doença dos séculos**. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

FEITOZA, D.S. Traumatismo Crânioencefálico: Diagnóstico de enfermagem a vítimas atendidas em UTI. *Revista Eletrônica de*

*Enfermagem*. v., 2, 2004. Disponível em: [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br) Acesso em 25.set. 2005.

GALLOTA, F. O traumatismo cranioencefálico. **Grupo de socorro e atendimento ao trauma – ONG**. Disponível em: <<http://www.gsat.org.br/modules.php?name=News&file=article&sid=330>> Acesso em: 15 jun.2005.

HÉRCULES, H. C. Mecanismos do trauma. In: FREIRE, E. **Trauma a doença dos séculos**. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

MANTOVANI, M. **O que é o trauma?** P. 2. Disponível em: <[http://www.hc.unicamp.Br/especialidades\\_medicas/trauma/sobre.htm](http://www.hc.unicamp.Br/especialidades_medicas/trauma/sobre.htm)> Acesso em: 18/06/2005.

MARTINS, M. R. Politraumatizado: doente prioritário. *Nursing*, Lisboa, v.88, p.7, mai.1995.

PESSOA, R. F. Preparo e reciclagem das equipes de atendimento. In: FREIRE, E. **Trauma a doença dos séculos**. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

RODRÍGUEZ, L.C.M. Atendimento inicial ao politraumatizado. In: **Trauma**: atendimento pré-hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2001.

SMELTZER, C.S.; BRENDA, G.B. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TAMBELLINI, A. Testa. Epidemiologia do trauma. In: FREIRE, E. **Trauma a doença dos séculos**. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

WAGNER, Z.I. **Projeto da liga do trauma**. Disponível em: [www.daenfermagem.hpg.com](http://www.daenfermagem.hpg.com) Acesso em 14 set.2005.

WEHBE, G. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.9, n.2, mar/abr, 2001. Disponível em: <file:///C:/Meus%20documentos/Revista%20Latino-Americana%20Enfermagem.>