**RESUMO**

O trauma pode ser caracterizado por uma lesão intencional ou não em alguma parte do corpo através de um mecanismo com troca de energia. Diante da complexidade da patologia e ação direta da equipe de enfermagem frente este paciente, o presente estudo teve como objetivo geral conhecer a experiência da equipe de enfermagem em um atendimento ao paciente politraumatizado que atuam em uma unidade de emergência, identificando a equipe profissional que atua nesta unidade e avaliar a qualidade da vítima quanto a trauma ou emergência clínica e sua evolução hospitalar, seja alta ou transferência de setor/hospital.

Tal estudo foi realizado na unidade de emergência de uma instituição filantrópica na cidade de São José dos Campos – SP, instituição de nível terciário que atende pacientes conveniados ao sistema único de saúde – SUS.

Uma assistência eficiente reduzirá o tempo de internação e seqüelas que o paciente poderá vir a ter, o que implica em seu melhor prognóstico, para tal faz-se necessário o conhecimento por parte da equipe multidisciplinar, especificamente da enfermagem do atendimento ao paciente politraumatizado, e da qualidade desta vítima no que diz respeito ao motivo do atendimento (trauma, emergência clínica) e das condições do paciente.

Palavras-chave: Trauma, Unidade de Emergência e Enfermagem.

# **INTRODUÇÃO**

Dentre as várias emergências que acometem a população adulta no mundo atual, o trauma está entre os maiores índices, sendo que a população jovem é a grande responsável pela elevação deste índice devido ao elevado número de acidentes automobilísticos, especificamente, em que estão envolvidos. No presente estudo será abordado o paciente politraumatizado, ou seja, aquele acometido por mais de um mecanismo de trauma. O trauma pode ser caracterizado por uma lesão intencional ou não em alguma parte do corpo através de um mecanismo com troca de energia.1,2,3

O politraumatismo é uma patologia em que em uma grande porcentagem dos pacientes acometidos evoluem a óbito ou a algum tipo de seqüela. O conhecimento da etiologia do trauma é fundamental não apenas no momento pré-hospitalar, assim como ao se receber este paciente no intra-hospitalar. Fatores como cinemática do trauma, avaliação da cena, fatores de risco entre outros são decisivos para o tratamento adequado. Segundo Batista *et.al.,* 2005 este tratamento deve-se ocorrer de maneira precoce ainda no ambiente pré-hospitalar, sendo este um dos responsáveis pelo melhor prognóstico do paciente. 4,5

Dentre os diversos tipos de trauma, o crânio-encefálico está entre os principais no que diz respeito ao índice de mortalidade, e neste caso a fisiopatologia pode ser dividida em lesão primária e secundária. A lesão primária ocorre no momento em que ocorre o trauma, ou seja, um primeiro contato com um ferimento, ou arma branca, ou ainda um resultado de uma movimentação cerebral devido a ação do acidente – energia cinética do mecanismo do trauma. Já a lesão secundária é aquela decorrente do trauma direto, pode ser imediata ou tardia, geralmente caracterizada por edema, isquemia e hipóxia. Estudos demonstram que o fato deste tipo de trauma ter um índice de gravidade alto, se dá devido a grande dificuldade de se diagnosticar as lesões secundárias. 6,7

Outro tipo de trauma, o raquimedular, ocorre quando há uma lesão na medula espinhal acarretando em danos neurológicos ao paciente. Esta lesão pode se dar seja por uma deficiência na vascularização, quanto por algum tipo de corpo estranho. Este tipo de trauma, assim como a maioria deles, acarreta algumas complicações ao paciente, dentre elas a trombose venosa profunda - TVP, insuficiência respiratória, infecções entre outros. O momento em que ocorre o mecanismo do trauma já pode ser fator preponderante para a melhor recuperação do paciente, a fim de evitar possíveis complicações. 8

De diagnóstico mais facilmente identificado, o trauma abdominal merece uma atenção especial, pois pode estar associado a outras lesões internas que não são observadas no momento da inspeção ocasionando complicações futuras. Este pode ser classificado de acordo com o mecanismo do trauma: penetrante, no qual pode se dar por ferimento com arma branca ou arma de fogo, identificado por presença de corte ou laceração da pele; não penetrante ou fechado onde há um impacto direto sobre os órgãos abdominais, baço, fígado, intestino delgado, rim entre outros, ou seja, uma compressão ou esmagamento do local, e patológico (tumores, por exemplo). 9,2

A complexidade de se estudar um paciente politraumatizado, é que este não se limita a uma determinada patologia, e sim a inúmeras lesões em segmentos corpóreos distintos que devem ser diagnosticados o mais precocemente possível. Dentro ainda deste grupo de pacientes, o trauma pélvico ocorre quando há um impacto de alta energia sob as áreas da pelve e períneo, e este pode ocasionar lesões subjacentes, sendo a hemorragia sua principal e mais grave complicação. A avaliação deste deve ser feita minuciosamente através do exame físico completo, raio X e exames complementares tais como tomografia computadorizada . Estudos demonstram que o trauma pélvico por arma de fogo é pouco frequente, com isso não há na literatura estudos abordando esse assunto, logo estes aconteceriam por outros mecanismos como contusão, laceração entre outros. 10,11

Amputação, laceração, escoriações entre outros classificam o trauma em extremidades, que são geralmente ferimentos mais visualizados como equimoses e hematomas.

Diante da gravidade do tema e da atuação da equipe de enfermagem diretamente com os pacientes politraumatizados, é importante ressaltar a importância do desenvolvimento de trabalhos e pesquisas que visem aprimorar o conhecimento por parte deste. Segundo Figueiredo *et.al.,* 2006, cresce cada vez mais o envolvimento por parte dos enfermeiros em pesquisas cientificas, principalmente no que diz respeito a sistematização de enfermagem (SAE), prioridade em ambiente hospitalar, seja no setor de pronto atendimento quanto em unidades de internação clínica ou cirúrgica. E cabe ao enfermeiro responsável pelo setor conscientizar sua equipe da importância se seguir este processo, como as prescrições de enfermagem, para que este seja efetivo. O presente estudo visa não só a assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado, mas como avaliar as condições na qual essa vítima é abordada na instituição no setor de emergência, através de questionário a ser realizado pela equipe que atua neste setor.

#  **MATERIAL E METODO**

O estudo ocorreu na unidade de emergência de uma instituição filantrópica na cidade de São José dos Campos – SP, instituição de nível terciário que atende pacientes conveniados ao sistema único de saúde – SUS.

A seleção do local para realização do estudo se justifica pelo alto índice de atendimento a pacientes politraumatizados e por ser referência no atendimento de emergência, além se ser campo de ensino e pesquisa na área de enfermagem.

A pesquisa englobou os profissionais da saúde da equipe de enfermagem que atuam ou já tenham atuado na unidade de emergência do referido hospital, que assim aceitaram participar da pesquisa autorizando através da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido garantindo-lhes o anonimato, em caráter retrospectiva, exploratória, descritiva e com abordagem quantitativa.

A técnica utilizada foi à aplicação de um questionário semi-estruturado, com perguntas objetivas, com a equipe de enfermagem que atuam ou tenham já atuado na unidade de emergência da instituição de saúde, onde foram pesquisados alguns itens de acordo com o formulário em anexo. (Apêndice D - Questionário).

#  **DESENVOLVIMENTO**

Conforme os dados coletados no presente estudo aqui apresentado, a maioria dos trabalhadores que atuam na unidade de emergência da equipe de enfermagem são do sexo feminino, cerca de 80% dos colaboradores entrevistados, assim como em pesquisa de Raffone e Hennington, 2005 que aborda a capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem onde cita que 87,4% dos trabalhadores de enfermagem eram do sexo feminino. A unidade de emergência de uma instituição é um ambiente crítico e que exige agilidade e certa pratica, além de ser um local com índice de stress para o profissional elevado. (Fig.1)14

A idade média dos trabalhadores de enfermagem que aceitaram fazer a pesquisa em sua maioria, cerca de 50% fica entre 31 á 40 anos. A distribuição total da porcentagem ficou determinada 30% dos entrevistados têm entre 20 a 30 anos, e o restante (20%) têm mais de 40 anos. Com relação a idade dos profissionais que exercem atividade no ambiente de emergência, destaca-se um artigo de Raffone e Hennington, 2005., que cita os trabalhadores de enfermagem no complexo hospitalar em sua maioria encaixam-se na faixa etária de 43 anos em média, variando desde 35 à 68 anos. (Fig. 2)15

O profissional principalmente da área da enfermagem está constantemente em contato direto com paciente e com sua patologia. Com isso, é alto o índice de doenças adquiridas neste ambiente pelos profissionais. Em relação ao cargo ocupado pelos sujeitos da pesquisa, 40% são técnicos de enfermagem, 30% auxiliares de enfermagem, e 30% eram enfermeiros. A equipe de enfermagem nos ambiente hospitalar constitui a maior parcela do quadro de funcionários, por serem os grandes responsáveis pela sua assistência diária.(Fig. 03)14

Da população estudada cerca de 26,6% trabalham na área da enfermagem de 0 a 5 anos, 36,6% trabalham entre 5 à 10 anos, 36,6% acima de 10 anos. (Fig. 04) Ao realizar a pesquisa, entre alguns artigos pesquisados destaca-se Koizumi *et.al.,* 1998, e Andrade, 1998, que abordaram o tempo de formação dos profissionais e o tempo de permanência em setores críticos, que no determinado estudo foi realizada a pesquisa em uma unidade de terapia intensiva, mas englobando setores que atendimento ao paciente crítico. Neste estudo o autor relata que o tempo de permanência nas unidades que atendem paciente crítico é de aproximadamente 10 anos. No que diz respeito ao tempo de atuação na instituição cerca de 26,6% trabalham no local de 0 à 5 anos, 36,6% de 5 à 10 anos, e 36,7% trabalham mais de 10 anos na instituição. Conclui-se com isso que há uma média de permanência dos colaboradores e que uma parcela considerável dos trabalhadores estão há mais de 10 anos no hospital. (Fig. 5) 16

Foi questionado se os entrevistados tiveram algum tipo de treinamento para atuar no setor de emergência, 60% realizaram treinamento fora da instituição, e o restante não realizou nenhum tipo de treinamento ou curso. Cada vez mais torna essencial a busca do profissional por seu aprimoramento, seja por cursos rápidos ou especializações. Em artigo científico de Koizumi, 1998 já citava os cursos de especializações, e relata que do total de entrevistados 50% tinham curso de especialização. Em artigo mais recente, Oliveira *et.al.* 2009 relata a importância dos cursos de especialização não só para o profissional enfermeiro que irá aprimorar seus conhecimentos, mas como também para a instituição que contará com profissional mais capacitado e capaz de transmitir este conhecimento a equipe. (Fig.6)17,18

Com enfoque ao tempo em que os colaboradores de enfermagem atuam em setor de emergência, cerca de 83,3% dos profissionais que responderam o questionário, relatam atuarem em unidade de emergência de 0 à 5 anos, aproximadamente 6,7% de 5 à 10 anos, e mesma porcentagem atuando mais de 10 anos. Levando em consideração que 1 entrevistado não respondeu a questão. Este número elevado de colaboradores com pouco tempo no setor de emergência ocorre devido ao fluxo e atividades da presente instituição onde os funcionários têm experiência em diversos setores. (Fig. 7)

Envolvendo o politraumatizado, com relação ao mecanismo do trauma, foi questionado qual o tipo de trauma em que na opinião dos entrevistados aparece com mais frequência no setor de emergência da referida instituição. Em 96% das respostas o acidente terrestre, tais como acidente automobilístico, foi citado como o trauma de maior frequência seguido de igual porcentagem 3,3% acidente doméstico, agressão e queda. O trauma terrestre é citado em artigo de Andrade e Jorge, 2001 que cita o acidente terrestre, no qual realiza uma pesquisa em Londrina –PR. Neste ele demonstra que dentre os diversos acidentes terrestres, o acidente com motociclista e colisão entre autos, e atropelamentos são aqueles que ocorrem com maior frequência. Estes acidentes ocorrem com maior frequência em perímetro urbano nos horários considerados de maior fluxo, começo da manhã e final da tarde. Como conclusão do estudo, o autor revela que medidas sócio educativas devem ter enfoque nos pedestres e motoristas de ônibus. (Fig.8)19

A respeito do tipo de trauma, ou seja, o local acometido pela lesão, foi questionado quanto ao que mais o colaborador atende no setor, cerca de 53% dos entrevistados referem que o trauma cranio encefálico - TCE é o mais encontrado nas unidades de emergência, seguido do trauma de extremidades com 16%, trauma torárico com 13%, trauma raquimedular com 6%, trauma abdominal com 6%, trauma de pelve 3%. O politraumatismo foi citado por 76% dos sujeitos da pesquisa. Tal resultado vai de encontro com estudos de Andrade *et.al*., 2009, que demonstra que o TCE é a principal causa de morte em acidentes, seja este diretamente ligado ao mecanismo do trauma ou indiretamente através de lesões secundárias e/ou sequelas. Ainda no mesmo estudo há enfoque para a importância de conhecer a fisiopatologia do trauma para que o tratamento correto seja efetuado e o conhecimento por parte da equipe multiprofissional para a assistência correta. (Fig.9) 6

Os acidentes, principalmente os automobilísticos que são os de maior frequência, acometem todas as idades, mas no presente estudo, a faixa etária em que mais se enquadram os politraumatizados está compreendida de 20 à 30 anos, cerca de 83%. A segunda faixa etária mais encontrada, com 10% das respostas, fica entre 10 à 20 anos, seguida de 30 a 40 anos com 3%, e de crianças com até 10 anos 3%. Para comprovar um pouco desta faixa etária, estudos de Santos *et.al*., 2008 que tiveram como objetivo caracterizar as vítimas de trauma atendidas em determinado serviço público de saúde. No presente estudo foram abordados todos envolvidos no mecanismo de trauma, pedestres, motociclistas e passageiros. A faixa etária mais envolvida neste caso fica entre 15 à 24 anos e entre 25 à 34 anos. (Fig. 10) 20

Na instituição onde foi realizada a pesquisa, os pacientes que procuram o hospital seja por consulta médica ou por atendimento de emergência, passam por uma triagem para classificação de gravidade ou risco, recebendo em sua ficha uma cor que vai identificar a urgência ou não de atendimento. As cores são verde, azul, amarelo e vermelho. No que se refere ao estudo, a coloração vermelha se refere aos pacientes que necessitam de atendimento de emergência, aqueles trazidas por ambulância e/ou resgate. Uma das questões refere-se basicamente a esta triagem. Houve quase um equilíbrio das respostas, cerca de 53% dos entrevistados relatam que os pacientes passam por classificação de risco, porém cerca de 40% afirmam que nem todos os pacientes passam por esta triagem, 6% não responderam a questão. (Fig. 11). Dentro desta questão, com relação as cores, uma das perguntas do questionário refere-se a qual coloração mais se enquadram os pacientes politraumatizados, a grande maioria porém não absoluta, refere que a cor em que mais se enquadram as vítimas é o vermelho (pois são trazidas de ambulância, resgate entre outros) cerca de 46,6%, com relação ao restante dos entrevistados houve um equilibrio nas respostas, cerca de 10% relata que os pacientes vítimas de trauma recebem coloração amarela, cerca de 13% relata coloração verde (ou seja atendimento que pode esperar para consulta) e 3% coloração azul. Sete pessoas não responderam a questão, somando cerca de 23,3%. (Fig.12)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fig. 12 Classificação de risco - cor**

|  |
| --- |
|  |

 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

No que diz respeito as características do paciente, foi questionado como, na maioria das vezes, este paciente é recebido no setor. Dentre as opções oferecidas para resposta, todas foram assinaladas, o que mostra a diversidade de atendimentos na instituição por ser esta uma referência da região para atendimento a vítimas de trauma, seja este leve ou não. Foi citado que o paciente por vezes chega acordado 36,6%, inconsciente 26,6%, apenas desacordado 23,3%, desorientado no tempo e espaço 20%, acordado e contactuando 3,3% e não responderam a questão cerca de 6,6%. Um dos artigos encontrados na literatura a respeito de características do paciente, Melo *et.al*., cita o TCE o de maior incidência, e com isso os pacientes geralmente apresentam sintomas ligados ao quadro neurológico, alterações na Escala de Coma de Glasgow, por exemplo, que resultam em um alto índice de mortalidade. (Fig.13) 21

Como o presente estudo tem enfoque para o paciente vítima de algum tipo de trauma-lesão, na maioria das vezes este é trazido ao hospital por um acompanhante ou por equipes de saúde. Por isso, uma das questões abordava especificamente como este paciente chega a instituição. Dentre as opções oferecidas, o resgate obteve quase que a maioria absoluta das respostas, cerca de 96% dos entrevistados assinalaram esta opção como meio de transporte em que mais os pacientes são encaminhados a instituição. O transporte da vítima até a unidade de atendimento mais próxima é um dos fatores decisivos para o prognóstico do paciente, o tipo de locomoção, como o paciente é colocado dentro do automóvel, o tempo do transporte irão determinar a assistência correta. Em estudos de Malvestio e Sousa, 2002, o transporte do paciente tem inicio na abordagem inicial a vítima, identificando a cena e realizando as medidas corretas de sinalização do ambiente para que este seja o mais seguro possível tanto para vítima, quanto para equipe de saúde. O tempo médio do transporte de pacientes a unidade de destino, está compreendido na faixa de 11 à 15 minutos. (Fig.14)22

Analisando através de um comparativo entre emergências clínicas e traumas (seja qual for o tipo e mecanismo), ressalta-se na referida instituição que o maior enfoque são as vítimas de trauma. A porcentagem desta questão foi de aproximadamente 73% para politraumatizados e o restante indica as emergências clínicas as mais encontradas no hospital. (Fig.15)

No atendimento ao politraumatizado ainda na unidade de emergência, alguns exames são necessários para diagnosticar o tipo de trauma e o melhor tratamento para este. Alguns exames foram citados pelos sujeitos da pesquisa, tais como raio X 86,6%, tomografia computadorizada com 83,3%, exames laboratoriais com 63,3% e outros não classificados na questão com 6,6%, sendo este citado a ultrassonografia de abdome. No que se refere ao trauma abdominal, trauma difícil de ser diagnosticado, pois depende de exames mais específicos além da inspeção e da palpação, Soldá cita em seu artigo a laparoscopia em casos de trauma abdominal, relata a exigência de métodos invasivos ou não para detectar possíveis lesões a nível abdominal. No estudo, o autor cita diversas lesões que podem acometer a região abdominal, seja este fechado ou não, e com isso é necessário um exame que possa visualizar diretamente toda a cavidade abdominal e possíveis lesões diretas ou indiretas. Para tal é necessária uma equipe qualificada e aparelhos adequados. Porém, como todo método mais invasivo de diagnósticos, este traz riscos e benefícios também, sendo, portanto um exame a ser amplamente discutido por toda a equipe multidisciplinar. A laparotomia exploradora é também um método de diagnóstico para lesão abdominal, porém não é invasivo, sendo então outra escolha por parte da equipe multidisciplinar. (Fig.16) 23

Após análise da situação da vítima de trauma, e sua posterior assistência, este é encaminhado a outro setor, pois na referida instituição o setor da emergência não suporta uma demanda muito grande de pacientes, logo após sua estabilização este é encaminhado para determinado setor. No que diz respeito a transferência ou não do paciente a outro setor, foi questionado os entrevistados se os pacientes são encaminhados a outro setor, cerca de 16,6% relatam que o paciente não é encaminhado a outro setor, e cerca de 83,4% relatam que os pacientes são sim encaminhados a outro setor. (Fig.17) E dentre estes setores, os mais citados foram unidade de terapia intensiva – UTI com 50%, centro cirúrgico com 43,3%, clínica médica com 3,3%, maternidade com 3,3% e alta hospitalar por 10% dos entrevistados. Nesta questão, 2 pessoas, ou seja 6,6%, não responderam. (Fig.18)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fig. 17 Pacientes são encaminhados para outros setores**

|  |
| --- |
|  |

 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |



Por fim, a assistência de enfermagem é sempre fundamental no atendimento de emergência, incluindo pacientes politraumatizados. O tempo em que esta assistência é prestada, principalmente nestes casos onde o paciente é crítico, está diretamente relacionado a seu melhor prognóstico. Este tempo foi abordado no presente estudo, que obteve como resultado uma diversidade de opiniões dos trabalhadores do mesmo local de trabalho. Cerca de 33,3% do sujeitos da pesquisa relatam que este tempo dura em média mais de 2 horas de atendimento até estabilizar o paciente, 23,3% referem que este tempo leva em torno de 1 à 2 horas, os mesmos 23,3% de 30 minutos à 1 hora, 13,3% dos entrevistados afirmam que o tempo em que o paciente fica no setor de emergência é de no máximo 30 minutos, e 2 pessoas – 6,6%, não responderam a questão. A assistência de enfermagem ao paciente hospitalizado é um tema amplamente discutido em diversas linhas de pesquisa. Como a enfermagem irá lidar com este paciente é dicutido no artigo de Leal e Lopes, 2005, que aborda todo o preparo da enfermagem não só com relação aos treinamentos propriamente ditos, mas como também o lado psicológico da equipe que está constantemente lidando com pacientes críticos, sendo este responsável também pela sua melhor assistência. (Fig.19) 24

# **7 Conclusão**

Após análise dos resultados obtidos, pode-se concluir que mesmo os participantes da pesquisa atuarem no mesmo hospital no mesmo setor, diversificando apenas os plantões, houve uma diversidade de opiniões em diversas questões que não deveriam, na teoria, apresentar este número elevado de respostas diferentes. Porém os funcionários mostraram ter conhecimento teórico a respeito do tema, e a maioria dos dados foram de encontro aos achados na literatura cientifica.

# **Referências**

01. FARAGE, L., COLARES, V.S., NETO, M.C., MORAES, M.C., BARBOSA, M.C., JUNIOR, J.A.B. As medidas de segurança no trânsito e a morbimortalidade intra-hospitalar por traumatismo cranioencefálico no distrito federal. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 48, n.2, p. 163-166, 2002.

02. CUBA, R.M.B.F; BEZERRA, J.A.F. Traumatismo torácico: estudo retrospectivo de 168 casos. Revista do colégio brasileiro de cirurgiões. Rio de Janeiro, v.32 n.2, p. 6-10, 2005.

03. SMELTZER, S. C; BARE B. G. (eds) Tratado de enfermagem médico cirúrgica. Rio de Janeiro: 10 ed. Guanabara Koogan. 2005, V. 1, Cap. 25, p 649-658.

04. LAMBERT, A.D.; MONTERO, J.R. Evaluacion pronostica del politraumatismo segun la escala de trauma revisada. Revista Cubana de pediatria. Santiago de Cuba, v. 72, n. 3, p. 165-169, 2000.

05. BATISTA, S.E.A., BACCANI, J.G., PAULA E SILVA, R.A., GUALDA, K.P.F., VIANNA, R.J.A. Análise comparativa entre os mecanismos de trauma, as lesões e o perfil de gravidade das vítimas em Catanduva – SP. Revista do colégio barsileiro de cirugiões, v.33, n.1, p. 6-10, 2006.

06. ANDRADE, A.F., PAIVA, W.S., AMORIM, R.L.O., FIGUEIREDO, E.G., NETO, E.R., TEIXEIRA, M.J. Mecanismos de lesão cerebral no traumatismo cranioencefálico. Revista Associação Médica Brasileira, v. 55, n.1, p. 75-81, 2009.

07. OLIVEIRA, C.O., IKUTA N., REGNER, A. Biomarcadores prognósticos no traumatismo crânio-encefálico grave. Revista brasileira de terapia intensiva, v.20, n. 4, p. 411-421, 2008.

08. BRUNI, D.S., STRAZZIEIRI, K.C., GUMIEIRO, M.N., GIOVANAZZI, R., GÓES SÁ, V., MANCUSSI E FARO, A.C. Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.38, n.1, p. 71-79, 2004.

09. COLLAZO ALVAREZ, H. Traumatismo raquimedular y lumbar. Revista Cubana de Ortopedia e traumatologia. Ciudad de La Habana, v.16, n.1-2, p. 53-60, 2002.

10. PARREIRA, J.G., COIMBRA, R., RASSLAN, S., RUIZ, D.E. Politraumatizados com trauma cranioencefálico grave: importância das lesões abdominais associadas. Revista do Colégio Brasileiro de cirurgia, v. 28, n. 5, p. 336 – 341, 2001.

11. PÉREZ FENTES, D.A., TOUCEDO CAAMAÑO, V., VILLASENÍN PARRADO, L., LEMA GRILLE, J., RODRÍGUEZ NÚÑEZ, H., BLANCO BARRA, M. Traumatismo vesical por arma de fuego: presentación de um caso y revisión de la literatura. Actas urológicas españolas, v. 30, n. 6, p. 947 – 953, 2006

12. FIGUEIREDO, R.M., ZEM-MASCARENHAS, S.H., NAPOLEÃO, A.A., CAMARGO, A.B. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, v. 40, n. 2, p. 299-303, 2006.

13. HERMIDA, P.M.V., ARAÚJO, I.E.M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implementação. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59,n. 5, p. 675-679, 2006.

14. INOUE, K.C., MATSUDA, L.M., SILVA, D.M.P.P., UCHIMURA, T.T., MATHIAS, T.A.F. Absenteísmo – doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de enfermagem. Brasília, v. 61, n.2, p. 209-214, 2008.

15. RAFFONE, A.M., HENNINGTON, E.A. Avaliação da capacidade functional dos trabalhadores de enfermagem. Revista Saúde Pública, v.39, n.4,p.669-676, 2005.

.

16. ANDRADE, V.; PADILHA, K.G., KIMURA, M. Seguimento dos enfermeiros egressos do curso de especialização em enfermagem em cuidados intensivos. Revista latino-americana de enfermagem. Ribeirão Preto, v.6, n.3, p. 23-31, jul/1998.

17. KOIZUMI, M.S., KIMURA, M., MIYADAHIRA, A.M.K., CRUZ, D.A.L.M., PADILHA, K.G., SOUSA, R.M.C., ALTIMARI, P.D.M. Educação continuada da equipe de enfermagem nas UTIs do município de São Paulo. Revista latina – americana de enfermagem. Riberão Preto, v.6, n.3, p. 33-41, julho/1998.

18. OLIVEIRA,N.A.; THOFEHRN, M.B.; CECAGNO, D.; SIQUEIRA, H.C.H.; PORTO, A.R. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. Revista Texto e contexto de enfermagem. Florianópolis, v.18, n.4, p. 697-704, 2004.

19. ANDRADE, S.M., JORGE, M.H.P.M. Acidentes de transporte terrestre em município da região sul do Brasil. Revista de saúde pública. Londrina, v. 35, n.3, p. 318-320, 2001.

20. SANTOS, A.M.R., MOURA, M.E.B., NUNES, B.M.U.T, LEAL C.F.S., TELES, J.B.M. Perfil das vítimas de trauma por acidentes de moto atendidas em um serviço público de emergência. Caderno de saúde pública. Rio de Janeiro, v. 24, n.8, p. 1927-38, 2008.

21. MELO, J.R.T, SILVA, R.A., JUNIOR,E.D.M. Características dos pacientes com trauma cranioencefálico na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Arquivos de neuropsiquiatria. Bahia, v. 62, n.3 – A, p. 711-715, 2004.

22. MALVESTIO, M.A.A.; SOUZA, R.M.C. de. Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. Revista de saúde pública, v.36, n.5, p. 584-589, 2002.

23. SOLDÁ, S.C. Videolaparoscopia no trauma abdominal. Revista Col. Brasileiro de Cirurgia, v.29, n.1, p.49-53, 2002.

## ***Instrumento de coleta de dados***

**1. Identificação da Equipe**

a) Sexo ( ) F ( ) M

b) Idade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) Enfermeiro ( ); Técnico de enfermagem ( ); Auxiliar de enfermagem ( ).

d) Tempo de atuação na área: ( ) 0 a 5 anos; ( ) 5 a 10 anos; ( ) mais de 10 anos.

e) Tempo de atuação no hospital: ( ) 0 a 5 anos; ( ) 5 a 10 anos; ( ) mais de 10 anos.

f) Realizou algum curso/treinamento para atuar em emergência? ( ) NÃO; ( ) SIM. Qual?

g) Quanto tempo trabalha no setor do P S ?

( ) 0 a 5 anos;

( ) 5 a 10 anos;

( ) Mais de 10 anos.

**2. Histórico de Atendimento**

a)Qual mecanismo de trauma que aparece com maior freqüência?:

( ) Acidente de transporte terrestre(motociclista; ciclista; ocupante de veículo; pedestre; Acidente automobilístico)

( ) Acidente doméstico;

( ) Agressão;

( ) Queda;

( ) Outros. Quais?

d) Tipo de Trauma:

( ) Trauma crânio encefálico;

( ) Trauma raquimedular;

( ) Trauma torácico;

( ) Trauma abdominal;

( ) Trauma de pelve;

( ) Trauma de extremidades;

( ) Politraumatismo;

e) Faixa etária em que mais se enquadram pacientes politraumatizados:

( ) 0 a 10 anos;

( ) 10 a 20 anos;

( ) 20 a 30 anos;

( ) 30 a 40 anos;

( ) acima de 40 anos.

f) Os pacientes que atendeu passavam na classificação de risco?

( ) SIM;

( ) NÃO;

g) Se sim, a classificação de risco em que mais se encaixavam?

( ) amarelo;

( ) verde;

( ) vermelho;

( ) azul.

**3. Histórico**

a) Na maioria das vezes qual o estado do paciente?

( ) Acordado

( ) Inconsciente

( ) Contactuando

( ) Desorientado

( ) Desacordado

b) Normalmente pacientes vítimas de trauma são trazidas por:

Ambulância ( ),

Resgate ( ),

Policia ( ),

outros ( ) Quais?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) Qual quadro de paciente é mais freqüentemente atendido neste unidade?

( ) emergência clínica

( ) trauma

**4. Evolução do paciente:**

a) Exames que normalmente são realizados no setor de emergência em pacientes vítimas de trauma:

( ) Raio x,

( ) Exames laboratoriais,

( ) Tomografia computadorizada,

( ) Outros, especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) Paciente normalmente é encaminhado para outro setor?

a) ( ) NÃO.

b) ( ) SIM. Porque?

( ) Óbito;

( ) alta

( ) Centro cirúrgico

( ) UTI

( ) Maternidade

( ) Clínica Médica

( ) OUTROS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Assistência de enfermagem:**

a) Tempo de permanência no setor de emergência:

( ) 0 a 30 minutos;

( ) 30 min a 1 horas;

( ) 1h a 2 horas;

( ) Acima de 2 horas