



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
Instituto Multidisciplinar em Saúde  
Campus Anísio Teixeira  
Residência Multiprofissional em Urgência



**VALDÉLIO BISPO DE OLIVEIRA**

**ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO EM  
UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

Vitória da Conquista-Bahia

2020

**VALDÉLIO BISPO DE OLIVEIRA**

**ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO EM  
UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Urgência, como requisito para obtenção do título de especialista junto à Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Ana Paula Steffens

Vitória da Conquista-Bahia

2020

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>METODOLOGIA</b> .....	6
<b>RESULTADOS</b> .....	7
<b>DISCUSSÃO</b> .....	09
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	15
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	17
<b>TABELAS</b> .....	21
<b>ANEXO A – NORMAS DA REVISTA</b> .....	26

**ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO EM UMA  
UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

Valdério Bispo de Oliveira<sup>1</sup> (IMS-UFBA-CAT)

Ana Paula Steffens<sup>2</sup> (IMS-UFBA-CAT)

Correspondente

Valdério Bispo de Oliveira

(77) 99968-7670

valdeliobispo@gmail.com

---

<sup>1</sup> Vitória da Conquista, Bahia, Brasil

<sup>2</sup> Vitória da Conquista, Bahia, Brasil

## RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar as dificuldades dos enfermeiros de uma unidade de emergência no manejo do paciente politraumatizado. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com enfermeiros que atuam na emergência de um hospital público da região sudoeste do estado da Bahia, Brasil. Amostragem ocorreu de forma não probabilística, por conveniência, com amostra composta por 19 enfermeiros. Os dados foram analisados por estatística descritiva simples. Identificou-se que 84,2% dos participantes referiram ter bom conhecimento sobre atendimento ao politraumatizado. Como potencialidades, foram elencados a qualificação da equipe da emergência (36,7%) e serviço de bioimagem (23,4%). As dificuldades referidas incluíram a alta demanda de atendimentos (34,2%) e estrutura inadequada da unidade (26,3%). Quanto à estrutura física, 56,2% dos participantes a caracterizam como regular e, 57,9% caracterizaram os materiais e equipamentos como bons. Relacionado aos conhecimentos sobre atendimento ao paciente politraumatizado, 64,7% das questões foram marcadas corretamente. O presente estudo demonstrou a complexidade na assistência inicial ao paciente politraumatizado e que as dificuldades relatadas pelos enfermeiros, como a deficiência de recursos humanos e materiais, estrutura física inadequada, ausência de protocolos assistenciais e a alta demanda de atendimentos representam, em partes, o cenário da saúde no território nacional.

Palavras chave: Traumatismo múltiplo, enfermagem, urgência, emergência, conhecimento, atendimento de emergência

## INTRODUÇÃO

O politraumatismo é definido como uma síndrome de múltiplas lesões sequenciais e sistêmicas com repercussões em órgãos e sistemas vitais, podendo levar ao estresse fisiológico, algia intensa, instabilidade óssea e hemorragia (Trentz, 2014). Rau et al (2017) apontam que o politrauma também pode ser definido pelo número de regiões corporais que sofreram injúria, tendo ao menos duas regiões diferentes afetadas e com repercussões fisiológicas negativas.

O trauma ocorre quando há um grande desprendimento de energia, transmitida ao corpo humano, podendo ser ocasionada por acidentes automobilísticos, atropelamentos, quedas, ferimentos por armas de fogo de grande calibre, armas brancas, entre outros (American College of Surgeons, 2018).

Estudos trazem que o perfil das vítimas de acidentes que cursaram com politraumatismo são, majoritariamente, adultos em idade produtiva, do sexo masculino, onde as causas externas com maior predomínio foram quedas e acidentes automobilísticos, especialmente com motociclistas, e as estruturas corpóreas mais afetadas foram crânio, tórax, membros superiores e inferiores, podendo levar a incapacidades físicas e/ou mentais, temporárias ou permanentes e também levar ao óbito (Nogueira et al., 2015; Dijkink et al., 2018; Cestari, et al., 2015).

Traumatismo Crânioencefálico (TCE), Trauma Raquimedular (TRM) e Trauma Tóracoabdominal correspondem a uma grande parte dos atendimentos nas unidades de emergência, afirma Lins et al. (2016). Pfeifer et al. (2016) apontam em seus estudos que vítimas de politraumatismo apresentam a lesão cerebral como a principal causa de morte, que ocorrem, prematuramente, até 24 horas pós-trauma,

seguida de óbitos por exsanguinação devido trauma em regiões torácica e abdominal.

No Brasil, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de morte, sendo os acidentes de trânsito e homicídios, os responsáveis pelo aumento da morbidade e mortalidade (Lins et al. 2013).

Santos et al. (2018) afirmam que o trauma se encontra entre as patologias crônicas de longa duração, também caracterizado como um problema de saúde pública, que repercutem negativamente na vida dos pacientes, levando a deficiências físicas, repercussões cognitivas, limitação das atividades, restringindo assim o desempenho dos papéis sociais.

Rau et al. (2017) apontam em seu estudo, que pacientes politraumatizados tiveram um tempo de permanência mais longo em unidades de internação, necessitando de cuidados intensivos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), os custos com despesas médicas aumentados em até 41,8%, necessitando de exames e procedimentos de alta complexidade e com chances de óbito 1,9 vezes maiores, em comparação a pacientes não-politraumatizados.

Para Miranda et al. (2018), o atendimento a vítimas de trauma requer uma avaliação inicial rápida e sistematizada, devendo-se realizar uma pesquisa primária rápida, restauração das funções vitais, seguida de um exame secundário, história do trauma, realizar reavaliação, monitorização contínua, cuidados definitivos e registro dos procedimentos e condutas adotadas.

Segundo a American College of Surgeons (2018), na abordagem inicial ao paciente traumatizado, começa pela avaliação dos critérios ABCDE, devendo-se realizar a manutenção das vias aéreas e estabilização da coluna (A – Air Way),

respiração e ventilação (B - Breathing), circulação com controle de hemorragia (C - Circulation), avaliação do estado neurológico (D - Disability) e exposição e controle ambiental (E - Exposure), associado a monitorização multiparamétrica, inserção de catéteres gástrico e vesical e realização de exames diagnósticos, especialmente radiografia e tomografia computadorizada.

McCullough et al. (2014) apontam que há uma excessão à regra mnemônica do ABCDE. Onde em casos de feridas penetrantes exsanguinantes, hemorragias ativas, devem ser tratadas com prioridade, pois apresentam ameaça imediata a vida dos pacientes.

O AMPLA é um mnemônico utilizado para avaliação da história e mecanismo da lesão, que deve ser coletada com o paciente que sofreu o trauma, caso possível, ou com o familiar do mesmo, devendo-se investigar alergias (A), medicamentos utilizados atualmente (M), doenças do passado ou gravidez (P), última refeição, correspondente a líquidos ou alimentos ingeridos (L) e ambiente relacionado com a lesão ou evento do trauma (A) (American College of Surgeons, 2018).

O atendimento ao politraumatizado faz parte do cotidiano da equipe de saúde nas unidades hospitalares, especialmente nas unidades de emergência e terapia intensiva, e diante da especificidade, complexidade e gravidade do agravo, os processos e cuidados de enfermagem devem ser realizados com rapidez e destreza, associados a conhecimentos técnico-científicos que permitam uma atuação segura e eficaz (Lins et al., 2016). Além disso, tratamento inicial ao politraumatizado é caracterizado como um grande desafio nas unidades de emergência e um elo essencial para o tratamento definitivo (Frink et al., 2017).



Um estudo com graduandos de enfermagem de uma faculdade privada da Paraíba apontou que os mesmos são inseridos no mercado de trabalho com conhecimento necessário para atuar em unidades de emergência (Bezerra et al., 2015).

Contudo, Crispim et al. (2006) realizaram um estudo para avaliar o nível de conhecimento de profissionais de enfermagem de uma unidade de pronto-socorro e constataram que há uma grande deficiência de conhecimento no atendimento inicial aos pacientes, apontando a necessidade de ações educativas afim de minimizar danos.

Identifica-se a importância e necessidade de um atendimento intra-hospitalar de qualidade, pautado em condutas que potencializem a assistência, com o propósito de melhoria do atendimento e consequente minimização de danos à saúde dos pacientes politraumatizados. Diante do exposto, este artigo tem como objetivo avaliar as dificuldades dos enfermeiros de uma unidade de emergência no manejo do paciente politraumatizado.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com enfermeiros que atuam na emergência de um hospital público da região sudoeste do estado da Bahia.

Os dados foram coletados na própria unidade de emergência, durante o período de agosto a setembro de 2019, através de um questionário semiestruturado, elaborado pelo autor e fundamentado pelo Advanced Trauma Life Support<sup>®</sup> (ATLS<sup>®</sup>) 10ª edição, contendo questões com variáveis de interesse sobre o perfil profissional

e questões objetivas e subjetivas que avaliam o nível de conhecimento do profissional enfermeiro diante do atendimento ao paciente politraumatizado.

A amostragem do estudo ocorreu de forma não probabilística, por conveniência, sendo o universo da amostra composta por 29 enfermeiros de ambos os sexos. Contudo, apenas 19 enfermeiros atenderam aos seguintes critérios de inclusão do estudo, quais sejam, atuantes na unidade de emergência, mínimo de 3 (três) meses de experiência no setor e que, voluntariamente, aceitaram participar do estudo.

Os dados obtidos foram categorizados e processados com o auxílio do programa Microsoft® Office Excel 2010, analisados por estatística descritiva simples, obtidos números absolutos e percentuais.

O presente estudo cumpriu com os procedimentos éticos previstos na legislação brasileira, Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa - Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde - Campus Anísio Teixeira - Universidade Federal da Bahia (CEP-IMS-CAT-UFBA), com parecer sob nº 3.416.147. A participação foi de caráter voluntário e todos os indivíduos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **RESULTADOS**

A Tabela 1 caracteriza a amostra do presente estudo quanto às condições sociodemográficas, sendo a maioria da amostra, representada pelo sexo feminino (94,7%), com uma média de idade de 37,7 anos, tempo de conclusão da graduação com 10 anos ou mais (57,9%) e tempo experiência na unidade de emergência entre 5 e 10 anos (42,1%).

### **TABELA 1**

A Tabela 2 apresenta o nível de conhecimento autorreferido dos participantes da pesquisa, onde 84,2% referiram ter um bom conhecimento sobre atendimento inicial aos pacientes politraumatizados.

### **TABELA 2**

A Tabela 3 corresponde à avaliação da unidade de emergência realizada pelos participantes do estudo, onde foram analisadas as potencialidades, dificuldades, estrutura física, materiais e equipamentos da unidade de saúde.

Relacionado às potencialidades, foram elencados a qualificação da equipe da emergência (36,7%), seguido do serviço de bioimagem (23,4%). As dificuldades relacionadas incluíram a alta demanda de atendimentos (34,2%) e a estrutura inadequada da unidade (26,3%).

Em relação a estrutura física, 56,2% dos participantes a caracterizam como regular e quanto aos materiais e equipamentos, 57,9% caracterizam como bom.

### **TABELA 3**

A Tabela 4 corresponde às questões sobre conhecimento específico em relação ao atendimento inicial ao paciente politraumatizado. As questões sobre ordem da pesquisa primária (63,1%), cateterismo urinário e gástrico (94,7%), coleta do histórico (78,9%), exame físico na avaliação secundária (94,7%) e sobre avaliação primária (57,9%) obtiveram boa porcentagem de acertos. De maneira geral, os participantes da pesquisa acertaram 64,7% das questões.

### **TABELA 4**

## DISCUSSÃO

A predominância das mulheres observada no presente estudo (94,7%), reflete o cenário atual do país, onde, segundo a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (BRASIL, 2017b), 86,2% dos enfermeiros são mulheres, porém com uma tendência à masculinização da profissão.

O tempo de conclusão de graduação dos enfermeiros da unidade de emergência do presente estudo diferiu do perfil traçado no cenário nacional, onde 63,7% dos enfermeiros está formada há 10 anos ou menos, contra 57,9%, do presente estudo, formados há 10 anos ou mais (BRASIL, 2017b).

Para Frink et al. (2017), a prestação de cuidados aos pacientes com traumas múltiplos continua sendo um grande desafio para as equipes de saúde, sendo o tratamento inicial ao paciente politraumatizado, crucial para resultados positivos a longo prazo.

Para isso, faz-se necessário que os enfermeiros sejam inseridos no mercado de trabalho com conhecimento prévio e suficiente para atendimento aos pacientes politraumatizados (Bezerra, 2016), além de se ofertar condições laborais de qualidade e uma interação profissional adequada com o ambiente de trabalho, assim como seus recursos humanos e estruturais (BRASIL, 2017a).

Os dados obtidos no presente estudo, com relação às dificuldades referidas pelos enfermeiros da unidade, corroboram com os dados obtidos por Oliveira (2015), numa pesquisa que analisou o ambiente de trabalho de enfermeiros de hospitais públicos, onde foram elencados dificuldades como a alta demanda de atendimentos, o fator ambiência, que engloba a estrutura física e ambiente de trabalho, a insuficiência de recursos humanos, entre outros.

Um diagnóstico situacional realizado em uma unidade de emergência cardiológica em uma cidade do país, demonstrou em uma análise observacional da equipe, que recursos humanos reduzidos também levam a uma diminuição do desempenho profissional, além de também serem elencados como problemas a estrutura física inadequada e grande demanda de usuários (Becker et al., 2018). Tais dados podem ser comparados com a análise realizada da estrutura física da unidade pelos enfermeiros do presente estudo, que a caracterizaram como regular (52,6%), ou seja, depara-se com uma insatisfação profissional com o ambiente de trabalho.

No que tange aos recursos humanos e materiais 23,7% dos enfermeiros a relataram como sendo uma das dificuldades.

A portaria GM nº 354, de 10 de março de 2014, que aborda sobre as Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência traz que “É de responsabilidade da administração do serviço de saúde prever e prover os recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos necessários para o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência” (Brasil, 2014).

Para Santos et al. (2011) é de responsabilidade do enfermeiro realizar o gerenciamento de recursos humanos da unidade, especialmente a elaboração de escalas e distribuição e dimensionamento da equipe, além do gerenciamento dos recursos materiais, onde atuam desde a recepção, armazenamento, distribuição e controle desses insumos.

Um estudo realizado na emergência de um hospital de ensino público, no Rio Grande do Sul, Brasil, também foi apontado a deficiência de recursos

humanos e materiais pela equipe. Nesse estudo ficou evidenciado que as condições impróprias de recursos humanos e materiais contribuem negativamente para a realização do trabalho na unidade e ainda apresentam um risco à saúde dos pacientes e da própria equipe (Garlet et al., 2009).

Os estudos de Caduro e Macedo (2018) demonstraram que o ambiente de trabalho pode apresentar condições desfavoráveis para a prestação de cuidados aos pacientes, como o excesso de atribuições dos enfermeiros, que podem levar a condições que não favoreçam o bom desempenho e atendimento de qualidade e seguro.

Os fatores ambientais, inter-relacionais e implementação de protocolos para padronização da assistência são fundamentais para que os enfermeiros desempenhem suas funções de forma segura e que tenham impacto seguro e positivo na prestação dos cuidados (Oliveira, 2015).

A falta de protocolos assistenciais também foi relatada no estudo como uma das dificuldades, porém apenas 2,6% dos participantes a relataram. Cestari et al. (2015) apontam em seu estudo a importância da implementação e utilização de protocolos para assistência aos pacientes. Para eles, os protocolos são uma ferramenta importante e indispensável para nortear e organizar as ações do enfermeiro e sua equipe.

A qualificação da equipe foi relatada como uma das potencialidades da equipe do local do estudo. Lins et al., (2016) defendem que itens essenciais como competência, conhecimento e habilidades frente às emergências sejam abordados integralmente durante a formação acadêmica do enfermeiro, com o intuito de consolidar um atendimento de excelência.

Para Cestari et al., (2015) estratégias educativas e capacitação dos profissionais são extremamente relevantes para uma assistência segura e efetiva e aprimoramento dos conhecimentos prévios, conduzindo a adoção de comportamentos preventivos frente às emergências.

O serviço de Bioimagem também foi apontado como sendo uma das potencialidades da unidade no serviço de emergência. Um estudo realizado em um hospital de Belo Horizonte-MG, Brasil, apontou que exames de imagem, como radiografia de tórax, pelve e o FAST (Focused Assesment with Sonography for Trauma) são instrumentos eficazes, com alta sensibilidade e especificidade, que devem ser adotados na investigação inicial no paciente politraumatizado (Botelho Filho et al., 2015).

Frink et al. (2017) reafirmam a importância dos exames radiográficos e o FAST e acrescentam que a tomografia computadorizada é uma ferramenta importante na investigação inicial do trauma grave, sendo um instrumento indispensável nos algoritmos atuais.

Relacionado a avaliação primária do paciente, 63,1% dos participantes do estudo acertaram a questão. Segundo a American College of Surgeons (2018) para uma avaliação primária ou pesquisa principal bem conduzida, faz-se necessário seguir uma ordem lógica dos cuidados prestados, sendo utilizado o mnemônico ABCDE.

McCullough et al. (2014) acrescentam que nos casos de feridas penetrantes exsanguinantes e hemorragias ativas, devem ser prioridade no tratamento, devido ameaça imediata a vida dos pacientes.

Mattos et al. (2012) apontam em seu estudo que a regra mnemônica do ABCDE possibilita uma melhor condução da equipe de enfermagem frente ao atendimento aos pacientes. Nesse mesmo estudo, apontou que a equipe de enfermagem tinha conhecimento do mnemônico supracitado para avaliação, porém não souberam definir as ações preconizadas em cada etapa, demonstrando que ações educativas são necessárias para melhoria dos atendimentos.

Além do mais a American College of Surgeons (2018) aponta que a avaliação primária do paciente deve ser repetida frequentemente e quaisquer anormalidade identificada, deve-se realizar reavaliação completa. Nesse quesito, 57,9% dos participantes responderam corretamente.

Na avaliação do estado hemodinâmico do paciente politraumatizado, no que se refere as lesões de potenciais hemorrágicos, apenas 15,8% dos participantes acertaram a questão. Segundo a American College of Surgeons (2018), nesses casos, os elementos de avaliação clínica que revelam informações cruciais sobre o estado hemodinâmico do paciente são o nível de consciência, perfusão de pele e pulso.

Ainda com relação ao controle hemorrágico, o primeiro passo é identificar o foco de sangramento seguido de tentativa de medidas não-cirúrgicas para o controle, como compressão local e reposição volêmica, ou hemostasia cirúrgica (Rossaint et al. 2016; Frink et al. 2017).

Uma grande maioria dos participantes do estudo (94,7%) acertaram a questão sobre a indicação de ceterismo gástrico e vesical em pacientes politraumatizados, que são indicados durante ou após a pesquisa principal. Tais



procedimentos são indicadores sensíveis do estado do volume e perfusão renal do paciente, através do débito urinário e avaliar hemorragia gastrointestinal superior, evitar broncoaspiração e promover decompressão gástrica (American College of Surgeons, 2018).

Segundo a American College of Surgeons (2018), devido a respostas fisiológicas e diferenças anatômicas, considera-se que existe uma população que merece uma atenção especial durante a avaliação inicial. São elas crianças, idosos, mulheres grávidas, pessoas obesas e atletas, por não seguirem os padrões anatomo-fisiológicos esperados. No entanto, as prioridades para o atendimento desses pacientes são as mesmas para todos os pacientes com trauma. No presente estudo, apenas 47,4% dos participantes tinham conhecimento da referida consideração.

As condições do paciente com trauma é significativamente influenciada pelo mecanismo da lesão e são fundamentais para compreender o estado fisiológico e melhorar a tomada de decisões (Neugebauer et al., 2012).

Para isso, deve ser considerado a coleta de informações, com o próprio paciente, se possível, com a equipe pré-hospitalar ou com familiares, sendo utilizado, para isso, o mnemônico AMPLA, que refere-se a alergias (A), medicamentos utilizados atualmente (M), doenças do passado ou gravidez (P), última refeição, correspondente a líquidos ou alimentos ingeridos (L) e ambiente relacionado com a lesão ou evento do trauma (A) (American College of Surgeons, 2018). Um total de 78,9% dos participantes do estudo acertaram quando questionados sobre a coleta de histórico e informações supra-citadas.

Em relação ao exame físico na avaliação secundária, 94,7% dos participantes apresentaram ter conhecimento sobre a ordem do exame físico, que, segundo a American College of Surgeons (2018), após o término da avaliação primária e consequente estabilização do paciente politraumatizado, deve-se realizar exame físico completo, na ordem céfalo-podálica, além de reavaliação dos sinais vitais.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo demonstrou a complexidade na assistência inicial ao paciente politraumatizado e que as dificuldades relatadas pelos participantes do estudo, como a deficiência de recursos humanos e materiais, estrutura física inadequada, ausência de protocolos assistenciais e a alta demanda de atendimentos representam, em partes, o cenário da saúde no território nacional, especialmente no que se refere à superlotação das unidades.

Adotar medidas que minimizem essas dificuldades são de extrema importância, especialmente no que se refere ao aprimoramento do conhecimento técnico-científico, pois é imprescindível para uma condução eficiente e segura do paciente com traumas múltiplos.

A criação e implementação de protocolos assistenciais seriam uma boa estratégia para melhorar a condução dos referidos eventos, dando maior segurança aos profissionais da saúde, além da melhoria dos espaços físicos das unidades, dando melhores condições de trabalho aos profissionais e melhores condições de atendimento aos usuários.

A equipe da sala vermelha, cirurgia e neurocirurgia foram apontadas como algumas das potencialidades da unidade. Tais afirmações são explicadas pelo

fato dessas equipes terem um contato mais próximo aos pacientes politraumatizados com condições de saúde mais desfavoráveis, exigindo assim, uma equipe melhor preparada, atualizada e que saibam conduzir o cuidado com destreza e agilidade necessários.

Ressalta-se a importância da realização de estudos que melhor evidenciem a prática e a percepção dos enfermeiros no cuidado aos pacientes politraumatizados, com a finalidade de melhoria nos atendimentos prestados nos serviços de emergência e tornar visível aos gestores, as fragilidades dos serviços, com a finalidade de melhoria das unidades de saúde e ofertar melhores condições de trabalho aos profissionais.

## REFERÊNCIAS

- American College of Surgeons (2018). Committee on Trauma Advanced Trauma Life Support Student Course Manual (10th ed.), American College of Surgeons, Chicago, p. 1-474;
- Becker AC, Silva RK, Kaneko RT (2018). Diagnóstico situacional de uma unidade de emergência cardiológica para avaliação da qualidade do serviço e da assistência ao paciente. Vol. 18, Nº 73;
- Bezerra YCP, Matos GSS, Costa JS, Medeiros RLMF (2015). Politraumatismo: conhecimento dos estudantes de enfermagem acerca das práticas assistenciais. Revista de Enfermagem UFPE on line. 9(11):9817-25;
- Botelho Filho FM, Silva RCO, TCBC-MG, Starling SV, Zille DP, Drumond DAF (2015). Exames complementares na condução do trauma contuso do tronco. É seguro realizar apenas radiografia e FAST? Revista do Colégio de Cirurgiões. 42(4): 220-223;
- BRASIL. Ministério da Saúde (2014). Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência".Diário Oficial da União, Brasília, DF; p. 53, Seção 1;
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2017a). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. 2º ed. Brasília;
- BRASIL (2017b). Perfil da Enfermagem no Brasil. Relatório final - FIOCRUZ/COFEN. Rio de Janeiro. Vol. 1, p. 1-750;
- Caduro FLF, Macedo SMK (2018). Avaliação do ambiente de trabalho entre profissionais de enfermagem em uma unidade de urgência e emergência. Enfermería Global – Revista Electrónica Trimestral de Enfermería, nº 50, p. 375-387;

- Cestari VRF, Sampaio LRL, Barbosa IV, Studart RMB, Moura BBF, Araújo ARC (2015). Healthcare technologies used in nursing to care for polytraumatized patients: an integrative review. *Cogitare Enfermagem*. 20(4): 697-705;
- Crispim SF, Araújo OMR. (2006). Avaliação do conhecimento adquirido após um curso de emergência em um pronto-socorro. *Ensaio e ciência, Campo Grande*, v. 10, n. 1, p. 213 – 221;
- Dijkink S, Wilden GM, Krijnen P, Dol L, Rhemrev S, King DR, DeMoya BA, Velmahos GC, Schipper IB (2018). Polytrauma patients in the Netherlands and the USA: A bi-institutional comparison of processes and outcomes of care. *Injury, International Journal of the Care of the Injured*. v. 49, p. 104-109;
- Frink M, Lechler P, Debus F, Ruchholtz S (2017). Multiple trauma and emergency room management. *Dtsch Arztebl Int*; 114: 497–503. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0497;
- Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ (2009). Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, 18(2):266-72;
- Lins ACL, Bezerra AMF, Nunes EM, Pereira RSM, Alencar GSA, Silva NM, Pereira MSS, Andrade HHA, Pereira MA, Sousa MNA (2016). Assistance of Nurse in Emergency Trauma Victims: Integrative Review. *International Archives of Medicine*. Section: Traumatology & Orthopedics. v. 9, n. 174, p. 1-7;
- Lins TH, Lima AXBC, Veríssimo RCSS, Oliveira JM (2013). Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE®. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 15(1): 34-43;

- Mattos LS, Silvério MR (2012). Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de Santa Catarina. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, vol. 25, nº 2, p. 182-191;
- McCullough AL, Haycock JC, Forward DP, Moran CG. (2014). Early management of the severely injured major trauma patient. *British Journal of Anaesthesia* 113 (2): 234–41;
- Miranda VA, Mendes JR, Oliveira ADS, Santos AMR (2018). Assistência do enfermeiro ao paciente politraumatizado: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFPI*. 7(2): 79-85;
- Neugebauer E, Krettek C, German Society of Trauma Surgery (DGU) (2012). S3 guidelines on treatment of polytrauma/severe injuries. *Unfallchirurg*. 2012 Jan;115(1):14-21. doi: 10.1007/s00113-011-2103-x. German;
- Nogueira LS, Padilha KG, Silva DV, Lança EFC, Oliveira EM, Sousa RMC (2015). Padrão de intervenções de enfermagem realizadas em vítimas de trauma segundo o Nursing Activities Score. *Revista da Escola de enfermagem da USP*. 49(esp): 29-35;
- Oliveira, PB (2015). Análise do ambiente de trabalho do enfermeiros de hospitais públicos. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Botucatu, 103p.
- Pfeifer R, Teuben M, Andruszkow H, Barkatali BM, Pape H-C (2016). Mortality Patterns in Patients with Multiple Trauma: A Systematic Review of Autopsy Studies. *PLoS ONE* 11(2): e0148844. doi:10.1371/journal.pone.0148844;
- Rau CS, Wu SC, Kuo PJ, Chen YC, Chien PC, Hsieh HY, Hsieh CH (2017). Polytrauma Defined by the New Berlin Definition: A Validation Test Based on

Propensity-Score Matching Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 14, 1045; doi:10.3390/ijerph14091045;

Rossaint R, Bouillon B, Cerny V, Coats TJ, Duranteau J, Fernández-Mondéjar E, Filipescu D, Hunt BJ, Komadina R, Nardi G, Neugebauer EA, Ozier Y, Riddez L, Schultz A, Vincent JL, Spahn DR. (2016). The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition. *Crit Care*. 2016;20;

Santos JLG, Lima MADS (2011). Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre (RS). 32(4): 695-702;

Santos MAS, Santos LGE, Oliveira GFSM, Miranda LN (2018). Assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit. Alagoas*; v. 4, n. 2, p. 11-22;

Trentz O, (2014). Polytrauma: Pathophysiology, priorities, and management. In: Oestern HJ, Trentz O, Uranues S (eds) *General Trauma Care and Related Aspects*. *European Manual of Medicine*. Springer, Berlin, Heidelberg

**Tabela 1:** Dados sociodemográficos dos enfermeiros que atuam na emergência de um hospital público da região sudoeste do estado da Bahia

<b>Variáveis</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>	<b>Média</b>
Idade	28	59	37,7
	<b>Categorias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sexo	Feminino	18	94,7
	Masculino	1	5,3
Conclusão da graduação	2-5 anos	1	5,3
	5-10 anos	7	36,8
	> 10 anos	11	57,9
Tempo de trabalho na emergência	< 2 anos	6	31,6
	2-5 anos	4	21,0
	5-10 anos	8	42,1
	>10 anos	1	5,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.



**Tabela 2:** Nível de conhecimento

autorreferido dos enfermeiros que atuam na emergência de um hospital público da região sudoeste do estado da Bahia

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ótimo</b>	1	5,3
<b>Bom</b>	16	84,2
<b>Regular</b>	2	10,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

**Tabela 3:** Avaliação da unidade de emergência realizada pelos enfermeiros que atuam em um hospital público da região sudoeste do estado da Bahia

<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Potencialidades</b>	Equipe qualificada	11	36,7
	Serviço de Bioimagem	7	23,4
	Recursos materiais	4	13,3
	Equipe da Sala Vermelha	4	13,3
	Equipe Cirurgia geral e Neurocirurgia	4	13,3
<b>Dificuldades</b>	Alta demanda de atendimentos	13	34,2
	Estrutura inadequada	10	26,3
	Recursos humanos e materiais	9	23,7
	Profissionais inexperientes	5	13,2

	Falta de protocolos assistenciais	1	2,6
<b>Estrutura física da unidade</b>	Ótima	3	15,8
	Boa	6	31,6
	Regular	10	52,6
<b>Materiais e equipamentos da unidade</b>	Ótimo	4	21,0
	Bom	11	57,9
	Regular	3	15,8
	Ruim	1	5,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

**Tabela 4:** Avaliação das questões sobre atendimento ao paciente politraumatizado

		N	%
Ordem da pesquisa primária	Acertos	12	63,1
	Erros	7	36,9
Avaliação do estado hemodinâmico	Acertos	3	15,8
	Erros	16	84,2
Cateterismo urinário e gástrico	Acertos	18	94,7
	Erros	1	5,3
Pacientes com condições especiais	Acertos	9	47,4
	Erros	10	52,6
Coleta do histórico	Acertos	15	78,9
	Erros	4	21,1
Exame físico na avaliação secundária	Acertos	18	94,7
	Erros	1	5,3
Avaliação primária	Acertos	11	57,9
	Erros	8	42,1
TOTAL	Acertos	86	64,7
	Erros	47	35,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

## ANEXO A

### NORMAS DA REVISTA

<http://journalijdr.com/instructions-authors>

#### Instruções para Autores

O International Journal of Development Research (IJDR) (ISSN 2230-9926) publica artigos solicitados e não solicitados de alta qualidade, em inglês, em todas as áreas do assunto. A revista agradece a submissão de manuscritos que atendem aos critérios gerais de importância e excelência acadêmica. Todos os artigos publicados no IJDR serão revisados por pares. Os trabalhos serão publicados na próxima edição da revista após a aceitação.

O International Journal of Development Research (IJDR) (ISSN 2230-9926) será publicado mensalmente (um volume; 12 edições por ano) pelos Academe Research Journals.

O envio eletrônico de manuscritos é altamente recomendado, desde que o texto, as tabelas e as figuras sejam incluídas em um único arquivo do Microsoft Word (de preferência na fonte Arial).

Envie os manuscritos como anexo por e-mail para o Escritório Editorial em:

[journalijdr.editor@gmail.com](mailto:journalijdr.editor@gmail.com), [researchijdr@yahoo.com](mailto:researchijdr@yahoo.com)

Um número de manuscrito será enviado por e-mail ao autor correspondente no mesmo dia ou dentro de 72 horas.

A carta de apresentação deve incluir o endereço completo e os números de telefone do autor correspondente e deve estar em uma mensagem de email enviada ao Editor, com o arquivo, cujo nome deve começar com o sobrenome do primeiro autor, como anexo. Os autores também podem sugerir de dois a cinco revisores, pois o manuscrito (IJDR) pode designar outros revisores).

O International Journal of Development Research (IJDR) (ISSN 2230-9926) aceita apenas manuscritos enviados como anexos de e-mail.

**Artigos regulares:** Devem descrever descobertas novas e cuidadosamente confirmadas, e procedimentos experimentais devem ser dados em detalhes suficientes para que outros possam verificar o trabalho. O comprimento de um artigo completo deve ser o mínimo necessário para descrever e interpretar claramente o trabalho.

#### **Artigos regulares**

Todas as partes do manuscrito devem ser digitadas em espaço duplo e todas as páginas numeradas a partir da página de título.

O título deve ser uma breve frase descrevendo o conteúdo do artigo. A página de título deve incluir os nomes e afiliações completos dos autores, o nome do autor correspondente, além das informações de telefone, fax e e-mail. Os endereços atuais dos autores devem aparecer como uma nota de rodapé.

O Resumo deve ser informativo e completamente auto-explicativo, apresentar brevemente o tópico, indicar o escopo dos experimentos, indicar dados significativos e apontar as principais conclusões e conclusões. O resumo deve ter entre 100 e 200 palavras. Frases completas, verbos ativos e terceira pessoa devem ser usadas, e o resumo deve ser escrito no pretérito. Nomenclatura padrão deve ser usada e abreviações devem ser evitadas. Nenhuma literatura deve ser citada.

Após o resumo, cerca de 3 a 10 palavras-chave que fornecerão referências de indexação devem ser listadas. Uma lista de abreviações não padrão deve ser adicionada. Em geral, abreviações fora do padrão devem ser usadas somente quando o termo completo for muito longo e usado com frequência. Cada abreviação deve ser digitada e entre parênteses na primeira vez em que é usada no texto. Somente unidades SI recomendadas devem ser usadas.

A Introdução deve fornecer uma declaração clara do problema, a literatura relevante sobre o assunto e a abordagem ou solução proposta. Deve ser compreensível para colegas de uma ampla gama de disciplinas científicas.

Os materiais e métodos devem estar completos o suficiente para permitir a reprodução das experiências. No entanto, apenas procedimentos verdadeiramente novos devem ser descritos em detalhes; os procedimentos publicados anteriormente devem ser citados e modificações importantes dos procedimentos publicados devem ser mencionadas brevemente. Coloque em maiúscula os nomes comerciais e inclua o nome e o endereço do fabricante. Devem ser utilizados subtítulos. Métodos de uso geral não precisam ser descritos em detalhes.

Os resultados devem ser apresentados com clareza e precisão. Os resultados devem ser escritos no pretérito ao descrever os achados nas experiências dos autores. Os resultados publicados anteriormente devem ser escritos no tempo presente. Os resultados devem ser explicados, mas em grande parte sem referência à literatura. Discussão, especulação e interpretação detalhada dos dados não devem ser incluídas nos Resultados, mas devem ser colocadas na seção Discussão.

A discussão deve interpretar os resultados em vista dos resultados obtidos neste e em estudos anteriores sobre este tópico. Declare as conclusões em algumas frases no final do artigo. As seções Resultados e Discussão podem incluir subtítulos e, quando apropriado, as duas seções podem ser combinadas.

Os Agradecimentos de pessoas, subsídios, fundos, etc. devem ser breves.

As tabelas devem ser reduzidas ao mínimo e projetadas para serem o mais simples possível. As tabelas devem ser digitadas em espaço duplo, incluindo títulos e notas

de rodapé. Cada tabela deve estar em uma página separada, numerada consecutivamente em algarismos arábicos e fornecida com um cabeçalho e uma legenda. As tabelas devem ser auto-explicativas, sem referência ao texto. Os detalhes dos métodos utilizados nas experiências devem ser preferencialmente descritos na legenda, e não no texto. Os mesmos dados não devem ser apresentados na forma de tabela e gráfico ou repetidos no texto.

As legendas das figuras devem ser digitadas em ordem numérica em uma folha separada. Os gráficos devem ser preparados usando aplicativos capazes de gerar GIF, TIFF, JPEG ou PowerPoint de alta resolução antes de colar no arquivo manuscrito do Microsoft Word. As tabelas devem ser preparadas no Microsoft Word. Use algarismos arábicos para designar figuras e letras maiúsculas para suas partes (Figura 1). Comece cada legenda com um título e inclua descrição suficiente para que a figura seja compreensível sem ler o texto do manuscrito. As informações fornecidas nas legendas não devem ser repetidas no texto.

Referências: No texto, uma referência identificada por meio do nome de um autor deve ser seguida pela data da referência entre parênteses. Quando houver mais de dois autores, apenas o nome do primeiro autor deve ser mencionado, seguido por 'et al.'. Caso um autor citado tenha publicado dois ou mais trabalhos no mesmo ano, a referência, tanto no texto quanto na lista de referências, deve ser identificada por uma letra minúscula como 'a' e 'b' após o data para distinguir os trabalhos.

Exemplos:

Abayomi (2000), Agindotan et al. (2003), (Kelebeni, 1983), (Usman e Smith, 1992), (Chege, 1998; Chukwura, 1987a, b; Tijani, 1993, 1995) (Kumasi et al., 2001)

As referências devem ser listadas no final do artigo em ordem alfabética. Os artigos em preparação ou os artigos submetidos para publicação, observações não publicadas, comunicações pessoais etc. não devem ser incluídos na lista de referências, mas devem ser mencionados apenas no texto do artigo (por exemplo: A. Kingori, Universidade de Nairobi, Quênia, comunicação pessoal) . Os nomes dos periódicos são abreviados de acordo com o Chemical Abstracts. Os autores são totalmente responsáveis pela precisão das referências.

Exemplos:

Ogunseitán OA (1998). Método proteico para investigar a expressão do gene da redutase mercúrica em ambientes aquáticos. *Appl. Environ. Microbiol.* 64: 695-702.

Gueye M, Ndoye I, Dianda M, Danso SKA, Dreyfus B (1997). Fixação ativa de N<sub>2</sub> em várias procedências de *Faidherbia albida*. *Ar. Solo Res. Reabilitação.* 11: 63-70.

Charnley AK (1992). Mecanismos de patogênese fúngica em insetos, com referência particular a gafanhotos. In: Lomer CJ, Prior C (eds) *Controles Biológicos de*

Gafanhotos e Gafanhotos: Anais de um workshop internacional realizado em Cotonou, Benin. Oxford: CAB International, pp. 181-190.

Mundree SG, Farrant JM (2000). Algumas idéias fisiológicas e moleculares sobre os mecanismos de tolerância à dessecação na planta de ressurreição *Xerophyta viscata* Baker. Em Cherry et al. (eds) Tolerância de plantas a estresses abióticos na Agricultura: Papel da Engenharia Genética, Kluwer Academic Publishers, Holanda, pp 201-222.

Babalola OO (2002). Interações entre *Striga hermonthica* (Del.) Benth. e bactérias rizosfera fluorescentes de *Zea mays*, L. e *Sorghum bicolor* L. Moench para germinação suicida por *Striga* Em *Vigna unguiculata*. Tese de doutorado, Universidade de Ibadan, Ibadan, Nigéria.