

UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA COM PACIENTE POLITRAUMATIZADO ATENDIDO NA SALA DE EMERGÊNCIA

Resumo

O politraumatismo é um grave problema de saúde pública, principalmente nas grandes metrópoles como é o caso de São Paulo. Este estudo teve como objetivo analisar a utilização do protocolo de cirurgia segura com paciente politraumatizado na urgência e emergência, e analisar o perfil do enfermeiro na utilização deste protocolo com pacientes vítima de trauma atendidos na sala de emergência. O método utilizado foi pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. A análise dos resultados possibilitou a identificação de três categorias que permitiu observar a importância do conhecimento do enfermeiro sobre a utilização do protocolo de cirurgia segura com paciente politraumatizado que necessita de intervenção cirúrgica de emergência.

Descritores: Protocolo, Cirurgia Segura, Urgência e Emergência.

Abstract

Use of the Protocol of safe surgery with a polytraumatized patient treated in the emergency room

The multiple trauma is a serious public health problem, particularly in large cities such as São Paulo. This study aimed to analyze the nurse's knowledge in the use of safe surgery protocol with multiple trauma patient seen in the emergency care, and to analyze the profile of the nurse in the use of this protocol with trauma patients treated in the emergency room. The method used was descriptive research with a qualitative approach. The results allowed the identification of three categories that allowed us to observe the importance of the nurse's knowledge on the use of safe surgery protocol with polytrauma patient requiring emergency surgery.

Descriptors: Protocol, Safe Surgery, Urgency and Emergency.

Resumen

Uso del protocolo de cirugía segura con paciente politraumatizado atendido en la sala de emergencia

El politraumatismo es un grave problema de salud pública, especialmente en las grandes ciudades como San Pablo. Este estudio tuvo como objetivo analizar el conocimiento de la enfermera en el uso del protocolo de cirugía segura con paciente politraumatizado en la urgencia y la emergencia. El método utilizado fue el estudio descriptivo con un abordaje cualitativo. El análisis de los resultados permitió la identificación de tres categorías que nos permitió observar la importancia del conocimiento de la enfermera en el uso de protocolo de cirugía segura con paciente politraumatizado que necesita de intervención quirúrgica de emergencia.

Descritores: Protocolo, Cirugía Segura, Urgencia y Emergencia.

Maria do Amparo Alves de Moura Cavalcante

Enfermeira Assistencial do Hospital Municipal Professor Waldomiro de Paula, pós graduada em: UTI Pediátrica e Neonatal; MBA em Serviços de Saúde pela Universidade Nove de Julho, Urgência e Emergência pela Faculdade Sequencial. MBA Executivo em Gestão Hospitalar e Saúde da Família pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza. Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem pela FIOCRUZ e Enfermagem obstétrica pela Universidade do Grande ABC.
Email: moura.amparo@gmail.com

Introdução

O politraumatismo é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, principalmente nas grandes metrópoles como é o caso de São Paulo. Estima-se que só na cidade de São Paulo ocorrem aproximadamente 10 mil mortes violentas ano, 25 mil acidentes no trânsito vitimando mais de 30 mil pessoas, sendo que para 6 em cada 100 dessas vítimas o acidente pode ser fatal levando ao óbito¹.

O atendimento ao paciente politraumatizado tem como padrão o Suporte Avançado de Vida no Trauma, conhecido pela sigla ATLS/ATCN, que baseia-se em uma série de princípios e conhecimentos, sequenciados que apresentam comprometimento à vida, porém a abordagem no atendimento primário baseia-se no ABCDE para avaliação, sendo a letra (A) para manutenção das vias aéreas com proteção da coluna cervical, (B) para respiração com ventilação, (C) para circulação com controle de hemorragia, (D) para déficit neurológico e (E) para exposição e meio ambiente. É na abordagem rápida do atendimento primário que se consegue reconhecer e gerenciar os riscos de vida na ordem em que eles provavelmente acontecerão².

O politraumatismo é uma síndrome decorrente de um trauma com lesões múltiplas que pode apresentar reações sistêmicas e levar à falha ou disfunção de órgãos ou sistemas vitais, mesmo dos não diretamente lesados pelo trauma³. É importante ressaltar que um grande número de paciente vítima de trauma atendido nas urgências e emergências de todo o mundo

podem necessitar de tratamento cirúrgico de emergência. No entanto, os tratamentos cirúrgicos vão muito além. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que são realizadas 234 milhões de cirurgia ano em todo o mundo e entre 0,4% e 1% dos pacientes morrem durante ou após o procedimento e de 3% a 17% apresentam alguma complicação⁴.

O erro humano neste atendimento, denominado evento adverso, cometido por profissionais de saúde é recorrente e estima-se que ocorram em cerca de 10% das intervenções cirúrgicas, ou seja, 23,4 milhões de casos por ano, sendo que 50% destes casos poderiam ser evitados⁵. Considerando que o procedimento cirúrgico é uma opção de tratamento para salvar vidas, estas cifras inadmissíveis em pleno Século XXI, levou a OMS iniciar uma campanha mundial denominada Cirurgia Segura Salva Vidas⁶.

Na sala de emergência o enfermeiro é o profissional responsável pelo atendimento de enfermagem aos pacientes em situações críticas; garantia de funcionamento dos materiais e equipamentos necessário ao atendimento, incluindo os mais simples como o ressuscitador manual (AMBÚ), tubos endotraqueais, que devem ser previamente testados e organizados de forma que o acesso, seja, rápido e fácil; as soluções e medicamentos padronizados para o atendimento devem estar em locais que facilitem o pronto uso. E ainda manter comunicação com o pessoal de laboratório, Raios-X, banco de sangue entre outros que devem oferecer respostas rápidas e segura⁷.

A busca pela segurança e qualidade na assistência à saúde não é um tema novo, ainda no final do século passado o Institute of Medicine (IOM) publicou um documento intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (To err is Human: building a safer health system), que acrescentou preocupações por uma das dimensões da qualidade “a segurança do paciente”. A publicação constatou que entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam a cada ano nos hospitais dos Estados Unidos da América (EUA) em virtude de danos causados durante a prestação de cuidados à saúde. A notícia ganhou notoriedade e diante do cenário apresentado governos e organizações de todo o mundo se mobilizaram na iniciação de estratégias para apoiar a prevenção e mitigação de falhas no cuidado à saúde⁸.

No Brasil nos últimos anos as organizações de saúde vêm empenhado grandes esforço na elaboração de programas e diretrizes para sensibilizar e mobilizar profissionais de saúde e a população na busca de soluções que promova a segurança do paciente. Com o propósito de identificar e mitigar falhas cometidos por profissionais de enfermagem o COREN-SP elabora dez passos para segurança do paciente e no quarto passo apresenta medidas para tornar o procedimento cirúrgico mais seguro e assim reduzir ocorrência de danos ao paciente, promovendo a realização do procedimento certo, no local e pacientes corretos⁹.

É importante ressaltar que existem eventos adversos sérios relacionados aos procedimentos

cirúrgicos. Diante desse cenário, visando a melhoria e segurança dos procedimentos operatórios em 2008, o Ministério da Saúde (MS), aderiu à campanha da OMS “Cirurgia Segura Salva Vidas”, cujo principal objetivo era a adoção pelos hospitais de uma lista de verificação padronizada, para ajudar as equipes de saúde na redução de erros e danos ao paciente. Essa lista deverá ser realizada a verificação em três fases: antes do início da anestesia, antes da incisão na pele e antes da saída do paciente da sala cirúrgica¹⁰.

Objetivo

Analisar a utilização do protocolo de cirurgia segura com paciente politraumatizado na urgência e emergência, e analisar o perfil do enfermeiro na utilização deste protocolo com pacientes vítima de trauma atendidos na sala de emergência.

Material e Método

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa, por meio de análise, síntese de ideias e conceitos¹¹.

Os participantes da pesquisa foram: enfermeiros assistenciais atuantes na unidade de urgência e emergência de um hospital público municipal da zona leste de São Paulo. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: os trinta enfermeiros que trabalham no pronto-socorro, independentemente do tempo de experiência e tempo de atuação na instituição.

A técnica escolhida para coleta dos dados foi através de um questionário com questões abertas e fechadas que foi respondido pelos participantes

no próprio local de trabalho em horário de sua escolha no período de 01 a 30 de abril de 2015.

Para realização da pesquisa foi seguido todos os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Aos participantes da pesquisa que concordaram em participar foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa registrado por meio do CAAE - 39230414.2.0000.5449, parecer número: 989.391. E consubstanciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo pelo CAAE: 39230414.2.3001.0086, parecer número: 1.006.888.

Com base nos objetivos da pesquisa, foi utilizado como referencial teórico a análise de dados preconizados por Bardin que contempla “a

pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados e interpretação”¹².

Resultados e Discussão

Os protocolos cirúrgicos podem ser ferramentas importantes para avaliar e definir o risco cirúrgico, proporcionar medidas na tomada de decisões em benefício do paciente a curto médio e longo prazo. Entre os protocolos básicos para garantir a segurança do paciente destaca-se o protocolo de cirurgia segura quadro 1, que foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde para uso dos hospitais brasileiros com a finalidade de melhoria na segurança dos procedimentos cirúrgicos^{13,14}.

Quadro 1 - Protocolo de cirurgia Segura (Lista de Verificação).

Lista de Verificação de Segurança Cirurgia Segura		
Antes da indução anestésica ▶▶▶▶▶	Antes da incisão ▶▶▶▶▶	Antes do paciente sair da sala de operações
<p style="text-align: center;">ENTRADA</p> <p><input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU</p> <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO <hr/> <p><input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARDO/NÃO SE APLICA</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTESIA CONCLUÍDA</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO</p> <hr/> <p>O PACIENTE POSSUI ALERGIA CONHECIDA</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <hr/> <p>VIA AÉREA DIFÍCIL / RISCO</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS</p> <hr/> <p>RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA ≥ 500ML EM ADULTO 7ML/KG EM CRIANÇAS</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS</p>	<p style="text-align: center;">PAUSA CIRÚRGICA</p> <p><input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO <hr/> <p>EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</p> <p><input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?</p> <p><input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE</p> <p><input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO/ (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?</p> <hr/> <p>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <hr/> <p>AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p>	<p>O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <p><input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO</p> <p><input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICA)</p> <p><input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)</p> <p><input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO</p> <p><input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS, EX.: DOR)</p> <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">Assinatura</p>

Esta lista de verificação não tem intenção de ser abrangente, acréscimos e modificações à prática local são recomendados. Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Esta lista poderá ser modificada de acordo com a realidade de cada instituição, respeitando-se os princípios de cirurgia segura nas três fases determinadas pelo MS. Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico e tem como finalidade garantir a segurança do paciente¹⁴.

Desta forma apresenta-se no quadro 2 um formulário baseado na lista de verificação de cirurgia segura e no manual de cirurgia segura

salva vidas da OMS contemplando as três fases apontadas pelo Ministério da Saúde e incluindo de acordo com a realidade da instituição de estudo duas etapas de checagem inicial, sendo uma a ser realizada ainda na unidade de internação e/ou preparo pré-operatório antes do encaminhamento do paciente ao centro cirúrgico e outra na admissão do paciente no centro cirúrgico que tem como finalidade aumentar a segurança dos procedimentos realizados.

Quadro 2 - Cheque Liste de Cirurgia Segura.

CHEQUE LIST DE CIRURGIA SEGURA			
NOME: _____			
DATA: ____/____/____		RH: _____	
PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: _____			
ETAPA 1 - ENCAMINHAMENTO AO CENTRO CIRÚRGICO		Horário: ____ h ____ Origem: _____	
1.1 O nome do paciente confere com a identificação (pulseira, etiqueta)? () Sim () Não			
1.2 Está em jejum? () Sim () Não			
1.3 Sítio cirúrgico marcado? () Sim () Não			
1.4 Consentimento Informado de procedimento cirúrgico assinado? () Sim () Não			
1.5 Consentimento Anestésico Assinado? () Sim () Não			
1.6 Realizado Avaliação pré-anestésica? () Sim () Não			
1.7 Alergia sinalizada? () Sim () Não Qual: _____			
1.8 Retirado adornos e prótese? () Sim () Não			
_____ Assinatura do responsável pelo encaminhamento do paciente ao centro cirúrgico (carimbo)			
ETAPA 2 - ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO		Horário: ____ h ____ min	
2.1 O nome do paciente confere com a identificação (pulseira, etiqueta)? () Sim () Não			
2.2 Está em jejum? () Sim () Não			
2.3 Sítio cirúrgico marcado? () Sim () Não			
2.4 Consentimento Informado de procedimento cirúrgico assinado? () Sim () Não			
2.5 Consentimento Anestésico Assinado? () Sim () Não			
2.6 Realizado Avaliação pré-anestésica? () Sim () Não			
2.7 Alergia sinalizada? () Sim () Não Qual: _____			
2. Retirado adornos e prótese? () Sim () Não			
_____ Assinatura do responsável pela Admissão do paciente ao centro cirúrgico (carimbo)			
ETAPA 3 - ANTES DA ENTRADA NA SALA CIRÚRGICA		Horário: ____ h ____ min.	
3.1 O nome do paciente confere com a identificação (pulseira, etiqueta)? () Sim () Não			
3.2 Equipamento anestésico está OK? () Sim () Não			
3.3 Todos os materiais e suprimentos para cirurgia estão disponíveis? () Sim () Não			
3.4 Há risco de perda de sangue \geq 500ml? () Sim () Não			
3.4.1 Se sim bolsas de sangue reservadas? () Sim () Não			
ETAPA 4 - NA SALA CIRÚRGICA ANTES DA INCISÃO		Horário: ____ h ____ min.	
4.1 Confirmação de nomes e função? () Sim () Não			
4.2 Profilaxia cirúrgica realizada nos últimos 30 minutos? () Sim () Não. Horário: ____ h ____ min.			
4.3 Os exames de imagens necessários estão disponíveis? () Sim () Não			
4.4. Nome do paciente confirmado? () Sim () Não			
4.5 Procedimento confirmado? () Sim () Não			
4.6 Sítio cirúrgico confirmado? () Sim () Não			
4.7 Materiais e equipamentos disponíveis? () Sim () Não			
ETAPA 5 - ANTES DE SAIR DA SALA DE CIRÚRGICA		Horário: ____ h ____ min.	
5.1 Foi feito procedimento diferente do previsto? () Sim () Não			
5.2 Houve contagem: Compressa? () Sim () Não / Instrumental? () Sim () Não			
5.3 As biópsias foram identificadas? () Sim () Não () Não se aplica			
5.4 Houve problema com algum equipamento? () Sim () Não			
5.5 Recomendação especial para o pós-operatório? () Sim () Não			
_____ (Ass./Carimbo)	_____ Anestesiologista (Ass./Carimbo)	_____ Cirurgião (Ass./Carimbo)	_____ Enfermagem

Fonte: AHM, 2013.

A população foi constituída por enfermeiros do pronto socorro, independentemente do tempo de trabalho na instituição. As tabelas 1 e 2 a seguir demonstrarão o perfil do enfermeiro que trabalha na instituição.

Dos 30 enfermeiros entrevistados 83% tem pós-graduação em uma ou mais especialidade, a maioria tem entre 10 e 25 anos de atuação na área, a idade variou entre 25 e 45 anos ou mais e 73,3% são do sexo feminino.

Tabela 1 - Caracterização da amostra por sexo/faixa etária/tempo de formação e atuação.

Características		Número	%
Sexo	Feminino	22	73,3
	Masculino	08	26,7
Idade	De 25 a 30 anos	02	6,7
	De 31 a 40 anos	17	56,7
	De 41 a 45 anos ou mais	11	36,6
Tempo de Formação	Menos de 01 ano	01	3,3
	De 01 a 10 anos	13	43,3
	De 11 a 20 anos	12	40,0
	Mais de 20 anos	04	13,4
Tempo de Atuação	De 0 a 05 anos	08	26,0
	De 06 a 10 anos	07	23,3
	De 11 a 25 anos ou mais	13	43,3
	Não Respondeu	02	6,7

Na análise da amostra observa-se um público com longa experiência na área e prevalência de gênero que condiz com outros estudos já descritos na literatura que traz como predominância da profissão o sexo feminino. Esse

resultado ratifica o contexto histórico da enfermagem, marcado pelo predomínio do trabalho feminino em atividades que envolvem o cuidado, explicitando a relação entre ser mulher e a opção pelos cursos de enfermagem¹⁵.

Tabela 2 - Caracterização das Pós-graduação dos Participantes.

Participantes	Especialidades
01	Programa de Saúde da Família (PSF), Saúde Pública
02	Obstetrícia
03	Nenhuma
04	Saúde da Família, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador
05	Enfermagem Médica e cirúrgica, Terapia Intensiva, Cardiologia
06	Pronto-socorro
07	Saúde Pública
08	Programa de Saúde da Família (PSF)
09	UTI, Enfermagem do Trabalho
10	Nenhuma
11	Urgência e Emergência, Docência em Enfermagem, Saúde da Família
12	Gerenciamento em Unidades e Serviços de Saúde
13	Nenhuma
14	Oncologia, Licenciatura

15	Não Respondeu
16	Administração, Licenciatura, Clínica Médica e cirúrgica
17	Urgência e Emergência
18	Dependência Química
19	UTI Adulto, Docência
20	Gerenciamento de Unidade e Serviços de Saúde
21	Neonatologia
22	Terapia Intensiva
23	Enfermagem do Trabalho
24	Licenciatura em Enfermagem, Administração Hospitalar
25	Saúde Pública, PSF
26	Infecção Relacionada a Assistência à Saúde, Urgência e Emergência
27	Nenhuma
28	Enfermagem Obstétrica
29	Urgência e Emergência, PSF, Auditoria
30	Urgência e Emergência, Docência em Ensino Superior

A tabela acima demonstra que apesar de a grande maioria dos entrevistados ter pós-graduação em alguma especialidade, apenas 33,3% tem especialização voltada para área de atuação. Sendo 16,7% em urgência e emergência, 13,3% em terapia intensiva e 3,3% em pronto socorro, o que pode se justificar pelo fato de ser um hospital público com admissões através de concursos. Também pode se observar que o conhecimento pode se dividir em várias áreas de conhecimento, e ainda proporciona identificar que a enfermagem se encontra em franca expansão de conhecimento. Considerando que em entre 2005 e 2010 a enfermagem em âmbito nacional representava respectivamente entre 0,23% e 1,87% do conhecimento científico

divulgado. O que corresponde a um crescimento de 813% em apenas cinco anos¹⁶.

Discussão e Análise das Categorias

A análise dos dados acerca da avaliação primária da temática discutida possibilitou a identificação de três categorias: **Atendimento ao paciente politraumatizado, Conhecimento do protocolo de cirurgia segura pelo enfermeiro, Opinião do enfermeiro quanto a finalidade do protocolo de cirurgia segura.** As contextualizações das repostas serão abordadas com a representação de nomes fictícios dos participantes com representação por números arábicos na sequência de 01 a 30.

1ª Categoria - Atendimento ao Paciente Politraumatizado

Esta categoria apresenta dados referentes ao atendimento do enfermeiro ao paciente politraumatizado na sala de emergência. Entre os participantes entrevistados a maioria já atendeu algum tipo de trauma, apenas os participantes [02, 06, 07, 13, 18 e 20] responderam nunca ter atendido paciente politraumatizado. Quanto à frequência do atendimento, com exceção dos participantes [08, 09 e 16] que responderam diariamente. Todos compartilham da mesma opinião que a maior frequência ocorre nos finais de semanas e feriados.

Corroborando com a análise dos entrevistados, os dados da Companhia de Engenharia e Tráfego (CET) identifica maior número de vítimas no trânsito nos finais de semanas. O que indica ser uma característica comum das capitais brasileiras, um estudo realizado em Teresina - PI em 2013 constatou que de todas as vítimas de trauma atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na cidade durante um ano, 45% dos casos ocorreu só nos finais de semanas enquanto que os outros 55% se dividiram entre segunda a sexta-feira, com a menor frequência 9% as terças-feiras¹⁷.

Tabela 3 - Quanto ao tipo de trauma atendido pelos participantes.

[P 01, 04, 09, 17, 19, 23 e 29] Trauma Cranioencefálico	[P 10, 11 e 12] Acidente de Moto
[P 03, 11, 12, 24, 26, 27 e 29] Acidente Automobilístico	[P 11, 12 e 24] Queda
[P05, 14] Ferimento Arma de Fogo e Arma Branca	[P24] Atropelamento
[P15] Todos os tipos de Traumas	[P 24 e 26] Agressão
[P 22] Trauma de Tórax e Abdome	[P 08 e 30] Trauma de MMII
[P 16, 21, 25 e 28] Não Citaram o tipo de Trauma	

Os participantes [11, 12, 24 e 26] responderam mais de um tipo de trauma. O acidente automobilístico e trauma cranioencefálico foram os mais citados pelos entrevistados. O acidente automobilístico pode levar a traumatismo cranioencefálico (TCE) grave e conseqüentemente a morte. O TCE é definido como uma agressão ao cérebro causada por uma força física externa, que pode produzir um estado diminuído ou alterado de consciência, resultando em comprometimento das habilidades cognitivas ou do funcionamento físico que pode ser

temporário ou permanente e provocar comprometimento funcional parcial ou total¹⁸.

Estudos relatam que o trauma cranioencefálico constitui-se em um dos principais problemas de saúde pública mundial, apresentando elevada incidência de morbimortalidade entre adolescentes e adultos jovens. E contribui diretamente para os óbitos decorrentes de causas externas, principalmente as representadas por acidentes automobilísticos, quedas, agressões e atropelamentos¹⁹.

2ª Categoria - Conhecimento do protocolo de cirurgia segura pelo enfermeiro.

Esta categoria retrata o conhecimento dos enfermeiros sobre a aplicação do protocolo de cirurgia segura em urgência e emergência. O primeiro aspecto desta categoria é a existência do protocolo, onde 93,3% dos participantes responderam que a instituição utiliza o protocolo. Outro aspecto importante foi o conhecimento da equipe multiprofissional, 76,6% dos entrevistados dizem que todos profissionais têm conhecimento do protocolo, 20,0%, diz que nem todos profissionais têm conhecimento e 3,4% ignora.

Quanto à aplicação do protocolo com pacientes politraumatizados atendidos na sala de emergência e que profissional realiza, 25 dos entrevistados respondeu que sim, o protocolo inicia na sala de emergência, dos quais 21 diz que quem realiza a primeira etapa na sala de emergência é o enfermeiro, 02 diz o médico e o enfermeiro e 02 diz apenas o médico.

A primeira etapa do protocolo de cirurgia segura utilizado na instituição é composta por uma lista de verificação de dados importantes para a segurança do paciente incluindo identificação clara e concisa como: nome completo, Registro Hospitalar, data e hora de encaminhamento ao centro cirúrgico; procedimento a ser realizado; jejum; sinalização de alergia; sítio cirúrgico marcado; consentimento do procedimento informado e assinado; avaliação pré-anestésica realizada e consentimento anestésico assinado; retirado adornos e prótese.

Desta forma a lista de verificação pré-operatória visa assegurar que todos os

documentos e informações relevantes ou equipamentos estejam disponíveis antes do início do procedimento, estejam corretamente identificados e de acordo com o registro de identificação do paciente e sejam consistentes entre si, com as expectativas do paciente e da equipe cirúrgica, o procedimento e local da cirurgia correto. A falta de informações ou as discrepâncias devem ser abordadas e resolvidas antes do início do procedimento²⁰.

3ª Categoria - Opinião do enfermeiro quanto à finalidade do protocolo de cirurgia segura

O protocolo de cirurgia segura tem por finalidade determinar medidas para reduzir a ocorrência de incidentes e a morbimortalidade decorrente de procedimentos cirúrgicos, possibilitar o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente certo. Estudos demonstram que a adoção da lista de verificação reduza as complicações cirúrgicas em 35% e uma diminuição da mortalidade em 47% dos casos¹⁴.

Nesta categoria a opinião dos entrevistados foram agrupadas de acordo com a compatibilidade e concordância no assunto.

Os participantes [P: 15, 16, 17, 18, 21, 22, e 29] compartilham da mesma opinião que o Protocolo de Cirurgia Segura tem como finalidade: *fazer o procedimento certo, no local certo; manter a segurança do cliente evitando engano quanto ao local certo a ser operado; realizar o procedimento correto e paciente certo; proporcionar segurança no ato cirúrgico; garantir maior segurança ao paciente que necessita de qualquer tipo de*

intervenção cirúrgica; garantir a segurança do paciente no procedimento cirúrgico; Oferecer uma assistência mais segura, a fim de evitar erros, danos ou dolo ao paciente.

Sendo assim o protocolo de cirurgia segura pode ser entendido como um conjunto de técnicas e procedimentos desenvolvidos para proporcionar a segurança do paciente. Este protocolo surgiu como uma ferramenta oportuna no acompanhamento integral no pré, trans e pós-operatório e deve ser executada por uma equipe multiprofissional, além disso, é importante reconhecê-lo não apenas como um procedimento burocrático, mas como um método essencial na redução de eventos negativos relacionados à prática cirúrgica²¹.

[P: 01, 02, 03, 13, 19 e 25] Define como finalidade do protocolo: *segurança para o paciente/cliente; evitar iatrogenia; minimizar erros; eliminar riscos.*

Erro e/ou iatrogenia pode ser qualquer evento evitável que de fato ou potencialmente pode levar a um procedimento inadequado que pode ou não lesar o paciente, para minimizar erros, evitar iatrogenia e garantir segurança na assistência à saúde é importante à padronização dos procedimentos a ser realizado. Desta forma para que o cuidado seja seguro, também é necessário construir uma cultura de segurança do paciente, em que profissionais e serviços compartilhem práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução de danos e promoção de cuidado seguro²².

[P: 12, 14, 20, 23 e 24] *Maior segurança quanto ao tipo de cirurgia, maior informação ao responsável pelo cliente e envolvimento da equipe multidisciplinar; A finalidade é para que se consiga diminuir os riscos no pré, trans e pós-cirúrgico; Assegurar uma cirurgia adequada, segurança para o paciente, melhorar a qualidade da assistência; Proporcionar ao paciente a segurança no pré, intra e pós-cirúrgico, bem como respaldar a instituição; Realizar identificação do cliente, local da cirurgia, quando encaminhar ao centro cirúrgico paciente certo para o procedimento certo.*

[P: 04, 05, 11; 26 e 30] *Iniciar a padronização da intervenção da equipe de enfermagem, seguir o fluxo, padronizar a prática do pré-operatório na sala de emergência; Estabelecer uma Sistematização, nortear assistência segura ao paciente; Nortear o atendimento ao paciente politraumatizado de forma sistematizada e segura; Proporcionar efetividade da assistência; Sistematizar os procedimentos baseados em estudos.*

Analisando as falas dos participantes observa-se que todos compartilham da mesma opinião, que qualidade e segurança em saúde é proporcionar uma assistência livre de riscos e danos ao paciente/cliente. Neste contexto observa-se que o enfermeiro que trabalha na sala de emergência deve estar em constante alerta para desenvolver suas atividades em um ambiente de imprevisibilidade e incertezas, que exige conhecimento e raciocínio rápido para tomada de decisão e intervenções quando necessário. O

Processo de Enfermagem é a maior representação do conhecimento científico da profissão, sendo direcionado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que permite detectar as prioridades de cada paciente quanto as suas necessidades, fornecendo assim, uma direção para as possíveis intervenções²³.

[P: 06, 07, 08 e 10] *Desempenhar um atendimento correto; Segurança nos procedimentos para paciente e instituição; Segurança Profissional; Orientar e preservar a integridade e direitos do paciente e da equipe hospitalar.*

[P: 09 e 27] *Padronizar o atendimento de urgência e emergência, evitar desperdício de tempo no atendimento, bom atendimento em saúde; Otimizar o atendimento.*

A padronização do atendimento em urgência e emergência requer a utilização de protocolos com sistematização da assistência que possibilite o desenvolvimento das intervenções de enfermagem de forma organizada, garantido agilidade, segurança e integralidade do atendimento, e assim evitar desperdício e otimizar o atendimento. A falta de padronização do atendimento pode trazer sérios problemas relacionados à segurança do paciente, desperdício de material, conflitos na equipe, entre outros²⁴.

Conclusão

Pode se concluir que o politraumatismo tornou-se um grave problema de saúde pública e que grande maioria dos pacientes atendidos nas unidades de urgências e emergência de todo o

mundo necessitam de tratamento cirúrgico de emergência.

A análise dos dados permitiu observar a importância do conhecimento do enfermeiro sobre a utilização do protocolo de cirurgia segura com paciente politraumatizado que necessita de intervenção cirúrgica de emergência e sua relação com a segurança do paciente.

Porém, foi percebido que alguns não têm conhecimento sobre a existência do protocolo na instituição. Fato este que pode estar relacionado com a falta de compromisso ou até mesmo de interesse pelos processos evolutivos, uma vez que apesar de a grande maioria ter pós-graduação em um ou mais especialidade 53,3% tem mais dez anos de formação e com este fato podemos avaliar o processo de atualização dos profissionais da instituição.

Assim, fica evidente, que é necessário um processo contínuo de educação permanente, para que todos os envolvidos, possam estar cientes de suas competências, no que diz respeito às normativas da instituição no atendimento do paciente com segurança.

Referências

1. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Transportes. Fatos e estatísticas de acidente de trânsito em São Paulo. CET SP. 2011. Disponível em: <<http://www.cetsp.com.br/media/186829/fat%20e%20est%202011.pdf>>. Acesso em 09 jun 2014.
2. Marquezini LA, Silva ALF, Borba AM. Dilemas na adesão ao protocolo ATLS em paciente politraumatizado com trauma facial associado. Cuiabá: Rev INPEO de Odontologia. 2010; 4(1):1-62.

3. Felix NN, Rodrigues CDS, Oliveira VDC. Desafios encontrados na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento. *Arq Ciênc Saúde*. 2009; 16(4):155-60.
4. Lasaponari E. A importância da CME dentro da cirurgia segura. *New Engl J Med*. 2009. Disponível em: <<http://www.accamargo.org.br/files/Arquivos/04/elainelasaponari.pdf>>. Acesso em 10 mar 2015.
5. Ferraz EM. A Cirurgia Segura: uma exigência do século XXI. *Rev Col Bras Cir*. 2009; 36(4):281-282.
6. Souza MP. Enfermagem na assistência ao paciente com acidente vascular cerebral em ambiente intrahospitalar. Três Rios: Faculdade Redentor. 2012.
7. Silva FC, Silva RCL. O enfermeiro e as práticas assistenciais para cliente politraumatizado no setor de emergência. *Rev Enferm UFPE Online*. 2009; 3(4):839-47.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília - DF. 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em 26 ago 2014.
9. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - CORENSP. 10 Passos para a segurança do paciente. COREN - São Paulo. 2010.
10. Filho GRM, Silva LFN, Ferracini AM, Bähr GL. Protocolo de cirurgia segura da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. *Rev Bras Ortopedia*. 2013; 48(6):554-562.
11. Polit DF, Bek CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2011.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Edição 70. Lisboa: LDA. 2009.
13. Santana HT, Siqueira HN, Costa MMM, Oliveira DCAN, et al. A segurança do paciente cirúrgico na perspectiva da vigilância sanitária - uma reflexão teórica. *Rev Visa em Debate*. 2014; 2(2):34-42.
14. Brasil. Documento de referência para programa nacional de segurança do paciente. MS/FIOCRUZ/ANVISA. Brasília - DF. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em 26 ago 2014.
15. Brito AMR, Brito MJM, Silva PAB. Perfil sociodemográfico de discente de enfermagem de instituições de ensino superior de Belo Horizonte. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(2):328-33.
16. Scochi CGS, Munari DB, Gelbcke FL, Gutiérrez MGR, et al. Pós-graduação stricto sensu em enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(esp):80-9.
17. Neta DSR, Alves AKS, Leão GM, Araújo AA. Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(6):936-41.
18. Leite CC, Amaro Jr E, Lucato LT. *Neurorradiologia - diagnóstico por imagem das alterações encefálicas*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011; 182-214.
19. Morgado FL, Rossi LA. Correlação entre a escala de coma de glasgow e os achados de imagem de tomografia computadorizada em pacientes vítimas de traumatismo cranioencefálico. *Radiol Bras*. 2011; 44(1):35-41.
20. Vendramini RCR, Silva EA, Ferreira KASL, Possari JF, et al. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3):827-32.
21. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - CORENSP. Cirurgia segura: enfermagem supera obstáculos e assume papel de protagonista nas novas políticas de cuidados ao paciente nos centros cirúrgicos. CORENSP. Rev Enfermagem. Publicação Oficial, nº 8. 2014.
22. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente - REBRAENSP. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: REBRAENSP. 2013.
23. Maria MA, Quados FAA, Grassi MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. Brasília: Rev Bras Enferm. 2012; 65(2):297-303.
24. Oliveira SN. Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h: percepção da enfermagem. Florianópolis: Rev Texto Contexto Enferm. 2015; 24(1):238-44.