

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA EM EMERGÊNCIAS TRAUMÁTICAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Resumo: Analisar por meio da revisão da literatura a influência da assistência de enfermagem humanizada ao paciente vítima de emergência traumática. Pesquisa com abordagem qualitativa, realizada a partir do levantamento de referências teóricas publicadas no período de 2006 a 2016, em obras, artigos científicos e páginas eletrônicas, permitindo a coleta de informações de trabalhos já publicados que proporcionem uma análise sobre a temática abordada. O profissional de enfermagem é o mais indicado para executar as práticas assistenciais com classificação de risco, porque este apresenta o objetivo de cuidar, com visão holística, dos pacientes que necessitam de um atendimento rápido e eficiente, com a finalidade de minimizar os agravos. É viável a humanização para influenciar na qualidade assistencial dos pacientes com politraumatismo, possibilitando, assim, um ambiente confortável, com gestão de recursos, maior atividade de profissionais de várias especialidades capacitados para avaliar, diagnosticar e iniciar o tratamento de forma imediata, gerando a organização e integração dos serviços que atendam a demanda de usuários nos setores de urgência e emergência.

Descritores: Traumatismo, Humanização, Emergência.

Humanized nursing assistance in traumatic emergencies: a bibliographic review

Abstract: To analyze based on literary review humanized nursing care in traumatic emergencies with a qualitative approach, based on the survey of theoretical references published in the period from 2006 to 2016, in scientific articles and electronic pages, allowing the collection of information from published works that provides an analysis on the thematic area. The nursing professional is best suited to perform care practices with risk classification, because this one presents the goal of caring, with a holistic view of the patients who need a fast and efficient care, in order to minimize the aggravations. It is viable humanization action to influence the quality of care for patients with polytrauma, thus enabling a comfortable environment, with resource management, greater activity of professionals from several specialties trained to evaluate, to diagnose and start the treatment immediately, bring forth the organization and integration of services that meet the demand of users in the urgency and emergency section.

Descriptors: Trauma, Humanization, Emergency.

Asistencia de enfermería humanizada en emergencias traumáticas: una revisión bibliográfica

Resumen: Evaluar a través de revisión de la literatura la influencia da asistencia de enfermería humanizada al paciente víctima de emergencia traumática. Pesquisa con abordaje cualitativo, realizada a partir del levantamiento de referencias teóricas publicadas, en el período de 2006 a 2016, en obras, artículos científicos y páginas electrónicas, permitiendo la recolección de informaciones de trabajos ya publicados que proporcionen un análisis sobre la materia temática abordada. El profesional de enfermería es el más indicado para ejecutar las prácticas asistenciales con clasificación de riesgo, porque éste presenta el objetivo de cuidar, con visión holística, de los pacientes que necesitan una atención rápida y eficiente, con la finalidad de minimizar los agravios. Es viable la humanización para influir en la calidad asistencial de los pacientes con politraumatismo, posibilitando así un ambiente cómodo, con gestión de recursos, mayor actividad de profesionales de varias especialidades capacitados para evaluar, diagnosticar e iniciar el tratamiento de forma imediata, generando la organización e integración de los servicios que atiendan la demanda de usuarios en los sectores de urgencia y emergencia.

Descriptorios: Traumatismo, Humanización, Emergencia.

Edmilson Fernandes Rosa
Enfermeiro. Especialista em Urgência e Emergência (CGESP).
E-mail: suelialmeidapgtu@hotmail.com

Sebastião Andrade e Silva
Médico. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Diretor da GO Diagnósticos.
E-mail: godiagnosticos@hotmail.com

Danielle Galdino de Souza
Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência (CEEN). Mestranda em Nanociência e Nanobiotecnologia (UnB).
E-mail: danielle.galdino@hotmail.com

Submissão: 30/01/2018
Aprovação: 07/11/2018

Introdução

Os avanços tecnológicos, marcados desde o século XX durante a fase de industrialização e urbanização, acarretam mudanças nos hábitos e estilos da sociedade, gerando o aumento na expectativa de vida, e conseqüentemente, o surgimento de mais enfermidades no mundo moderno. Neste contexto surgem, as emergências traumáticas consideradas como um problema de saúde pública, decorrente de eventos como aumento da violência e imprudência do trânsito, estes ressaltados como os principais desencadeadores¹.

Desta maneira para o atendimento em emergências, o enfermeiro nos serviços de urgência e emergência, deve estar capacitado, utilizar-se de práticas seguras e eficientes, oferecendo qualidade assistencial ao paciente, possibilitando a minimização da mortalidade de vítimas de lesões, produzidas por acidentes e violências².

Neste sentido, se tem os protocolos de classificação de risco que oferecem um respaldo legal para a atuação dos profissionais de enfermagem, permitindo condutas seguras no processo de acolher e classificar. Entretanto, para que ocorra uma assistência realmente humanística, não basta apenas agir sob raciocínio e agilidade, é necessário correlacionar com a escuta que facilita na construção entre o vínculo profissional-paciente³.

A avaliação com classificação de risco é considerada de suma importância como a porta de entrada do hospital, é o momento em que compete a equipe de saúde determinar a equipe da saúde deve determinar com rapidez o próximo setor para o qual deverá ser encaminhado o paciente, mediante a complexidade de seu caso clínico. Os componentes da

equipe de saúde, responsáveis pela classificação de risco, são médicos e enfermeiros, os quais devem fazer prevalecer uma assistência de qualidade, ressaltando a individualidade de cada pessoa⁴.

Partindo do pressuposto de que é essencial o enfermeiro, juntamente com sua equipe, fornecer uma assistência com qualidade e humanização, levantou-se a seguinte problemática: Como o enfermeiro pode oferecer um atendimento, eficiente e humanizado, ao paciente politraumatizado?

Sendo assim, a escolha do tema proposto, justifica-se pela necessidade de compreender a influência de uma assistência de enfermagem capacitada e preparada, sendo eficiente e humanística, no cuidado aos pacientes vítimas de politraumatismo nos serviços de urgência e emergência.

A proposta da pesquisa visa contribuir o aprimoramento científico e promoção à qualidade assistencial, ações de educação continuada e campanhas educativas com a pretensão de facilitar o trabalho não somente dos enfermeiros, mas de toda a equipe multiprofissional de saúde.

Objetivo

Analisar por meio da revisão bibliográfica, a influência da assistência de enfermagem humanizada ao paciente vítima de emergência traumática.

Material e Método

Trata-se de uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa, realizada a partir do levantamento de referências teóricas publicadas, no período de 2006 a 2016, em obras, artigos científicos e páginas eletrônicas, permitindo a

coleta de informações de trabalhos já publicados que proporcionem uma análise sobre a temática abordada.

A pesquisa foi realizada com a plataforma oferecida pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio dos principais descritores: Traumatismo, Humanização, Emergência. A seleção dos autores prevaleceu por enfermeiros seguidos por médicos. Foram encontrados 500 textos, sendo 250 na base de dados Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e 250 no Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Após leitura prévia, foram selecionados 6 textos na base LILACS e 6 na SCIELO. Uma leitura exploratória das publicações permitiu selecionar seis artigos, sendo dois da base LILACS e quatro da base SCIELO.

Resultados e Discussão

A historicidade da assistência à saúde no Brasil é direcionada ao início do período colonial, já que era necessário assegurar uma saudável mão de obra, ao passo de que, antes os cuidados eram realizados por caridades, ou seja, as pessoas eram tratadas em instituições filantrópicas. O Estado apenas intervia em ações de epidemias, nas campanhas de vacinação, em doentes mentais, nos portadores de hanseníase e tuberculose, oferecendo tratamento nos hospitais públicos⁵.

Entretanto, o cenário começou a mudar a partir da Lei Elói Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, que contribuiu para a consolidação da base do sistema previdenciário brasileiro, assim a saúde dos trabalhadores pôde estar assegurada pela Previdência Social, que surgiu em 1930, e assim, passou a atuar através dos Institutos de Aposentadoria e Pensão

(IAPs), sendo divididos em diversas categorias profissionais como o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI), o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETEC) e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (IAPC)⁶.

Diante disso, teve-se, como outro marco importante, a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, que lançavam propostas de um sistema de saúde, permitindo direito a todos e descentralização. Porém, com a ditadura militar, em 1964, ocorreu um sepultamento destas propostas⁷.

Com a Constituição de 88, houve o estabelecimento da saúde como o direito de todos e dever do Estado, sendo determinada a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que assumiu os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, gratuidade, além destes as diretrizes políticas de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social⁵.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada pelo Ministério da Saúde (MS), em 2003, para ser uma estratégia que fortaleça os princípios do SUS, com o intuito de trazer novas mudanças nas relações de trabalho e no cuidado assistencial de maneira integralizada e humanística. Entretanto, para o alcance do sucesso da efetivação desta implantação, é preciso enfrentar os desafios existentes como a precariedade das condições de trabalho e o baixo investimento na educação continuada².

A Política Nacional de Atenção às Urgências contribui para o avanço das diretrizes do SUS, permitindo a estruturação de uma assistência que vise não apenas o atendimento inicial, mas sim, durante todo o percurso de crise e cuidados⁸.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) tem por objetivo reorganizar a atenção à saúde referente aos serviços de urgência e emergência, a fim de desenvolver a qualidade assistencial, com a implementação de ações de promoção à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação⁹.

Entende-se que o profissional de enfermagem é o mais indicado para executar as práticas assistenciais

com classificação de risco, porque este apresenta o objetivo de cuidar, com visão holística, dos pacientes que necessitam de um atendimento rápido e eficiente, com a finalidade de minimizar os agravos. A necessidade de um modelo assistencial para reorganizar os serviços de urgência e emergência garante a continuidade de uma gestão comprometida em desenvolver os princípios do SUS³.

No Quadro 1, mostra a identificação das prioridades e respectivos tempos de atendimento, a fim de permitir maior compreensão destas preferências durante o atendimento de urgência e emergência em âmbito hospitalar.

Quadro 1. Identificação das prioridades e respectivos tempos de atendimento.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
Prioridade Zero (Vermelho)	EMERGÊNCIA MAIOR Encaminhar para a sala de emergência	Atendimento médico IMEDIATO (com sinal sonoro) Assistência de enfermagem contínua
Prioridade I (Laranja)	EMERGÊNCIA MENOR Encaminhar para a sala de consulta médica com alta prioridade Sala de admissão de emergência	Atendimento médico em até 15 minutos Reavaliação da enfermagem periodicamente
Prioridade II (Amarelo)	URGÊNCIA MAIOR Encaminhar para consulta médica com prioridade	Atendimento médico em até 1h Reavaliação da enfermagem periodicamente
Prioridade III (Verde)	URGÊNCIA MENOR Encaminhar para consulta médica com menor prioridade	Atendimento médico em até 2h Reavaliação da enfermagem periodicamente
Prioridade IV (Azul)	NÃO URGÊNCIA Encaminhar para atendimento sem prioridade	Atendimento médico no mesmo dia ou agendamento Reavaliação da enfermagem periodicamente

Fonte: Cadernos HumanizaSUS, 2011.

Com o intuito de favorecer na compreensão, o quadro demonstrativo ressalta os quatro tipos de prioridades existentes durante o atendimento, caracterizado por diferentes cores para realçar as diferenças de cada um.

Na prioridade zero, caracterizada pela cor vermelha, sendo chamada de Emergência maior, percebe-se a importância de encaminhar esses pacientes diretamente para o atendimento médico, possuindo uma assistência de enfermagem contínua. Na prioridade 1, caracterizada pela cor laranja, sendo

chamada de Emergência menor, percebe-se a atenção ao paciente em encaminhar para o atendimento médico com alta prioridade em até 15 minutos e sala de admissão de emergência, com reavaliação da enfermagem periodicamente⁶.

Na prioridade 2, caracterizada pela cor amarela, sendo chamada de Urgência maior, percebe-se a necessidade em encaminhar para consulta médica com prioridade em até 1 hora e reavaliação da enfermagem periodicamente. Na prioridade 3, caracterizada pela cor verde, sendo chamada de Urgência menor, percebe-se que o paciente deve ser encaminhado para o atendimento médico com menor prioridade em até 2 horas, possuindo reavaliação da enfermagem periodicamente⁶.

Na prioridade 4, caracterizada pela cor azul, sendo chamada de Não Urgência, percebe-se que o paciente pode ser encaminhado para um atendimento sem prioridade no mesmo dia ou agendado para outra determinada data, possuindo também a reavaliação da enfermagem periodicamente⁶.

O protocolo de Manchester é um modelo assistencial que auxilia na tomada de decisão dos cuidados críticos a serem classificados, necessitando de um profissional com habilidades e competências para atingir o objetivo central, que é classificar com humanização. É preciso que o enfermeiro mantenha sempre o ciclo de reavaliação constante do paciente após a classificação de risco, até que o mesmo consiga receber um tratamento direcionado para a resolução de seu quadro clínico³.

A Escala de Coma de Glasgow (ECG) é utilizada para avaliar e classificar o nível de consciência do paciente vítima de politraumatismo, sendo este o

método mais prático e objetivo para demonstrar o prognóstico referente a alguma lesão cerebral¹¹.

Para oferecer uma assistência de enfermagem é necessário elaborar um planejamento, fazendo-o como o instrumento essencial para a minimização de sequelas em emergências traumáticas. Considera-se importante uma abordagem da assistência de enfermagem que conduza ao treinamento da equipe que necessita estar qualificada para oferecer um atendimento humanizado às vítimas politraumatizadas¹².

Assim sendo, serão demonstradas algumas das medidas de avaliação e intervenções que se relacionam às práticas que devem ser executadas pela equipe de enfermagem na sala de emergência nos quadros abaixo:

Quadro 2. Avaliação primária

1. Vias respiratórias: examinar a presença de vômitos, sangramento e corpo estranhos. Assegurar imobilização da coluna cervical;
2. Respiração: verificar se ocorrem respirações anormalmente lentas ou superficiais. A elevação da pressão parcial de dióxido de carbono pode agravar o edema cerebral;
3. Circulação: avaliar pulso e sangramento;
4. Incapacitação: avaliar o estado neurológico do paciente através da ECG.

Fonte: Nettina, 2012.

Quadro 3. Intervenções primárias

1. Abrir as vias respiratórias usando a técnica de projeção da mandíbula sem inclinação da cabeça. O material para aspiração oral deve estar à mão. Certificar-se de não estimular o reflexo do vômito, pois isso pode aumentar a pressão intracraniana (PIC);
2. Administrar oxigênio sob alto fluxo: a causa mais comum de óbito devido a lesão da cabeça é a anoxia cerebral;
3. Auxiliar respirações inadequadas com uma máscara com válvula, conforme necessário. A hiperventilação profilática não está indicada;
4. Controlar sangramento: não aplicar pressão no local da lesão. Aplicar um curativo frouxo de sangue ou de líquido cefalorraquidiano (LCR) a partir do nariz ou dos ouvidos; aplicar um curativo frouxo se necessário;
5. Iniciar dois acessos venosos: a velocidade de gotejamento deve ser determinada pelo estado hemodinâmico do paciente.

Fonte: Nettina, 2012.

Quadro 4. Avaliação subsequente

1. Histórico a) Mecanismo da lesão; b) Duração da perda de consciência; c) Lembrança do evento; d) Posição encontrada.
2. Nível de Consciência a) Alteração no nível de consciência é o indicador mais sensível de uma mudança do estado do paciente; b) Escala de Coma de Glasgow (ECG).
3. Sinais Vitais a) Hipertensão e bradicardia são sinais tardios do aumento da PIC; b) Pacientes com lesão da cabeça podem apresentar arritmias cardíacas associadas, observadas através de pulso irregular ou rápido. c) Padrões alternantes de respiração ou apneia podem indicar lesão da cabeça; d) Temperatura elevada pode indicar lesão da cabeça.
4. Pupilas desiguais e não responsivas;
5. Confusão e alterações da personalidade;
6. Comprometimento da visão;
7. Um ou ambos os olhos aparecem afundados;
8. Atividade compulsiva;
9. Equimose periauricular: descoloração azulada por trás das orelhas indicando possível fratura craniana basal;
10. Rinorreia ou otorreia indicando extravasamento de LCR;
11. Equimose periorbitária indicando fratura basilar anterior.

Fonte: Nettina, 2012.

Quadro 5. Intervenções Gerais

1. Manter o pescoço em posição neutra com a coluna cervical imobilizada;
2. Estabelecer um acesso venoso administrando solução fisiológica ou lactato ringer;
3. Estar preparado para controlar convulsões, caso ocorram;
4. Manter a normotermia;
5. Intervenções farmacológicas poderão incluir: a) Anticonvulsivantes para controlar as convulsões; b) Manitol (Osmitol) para reduzir edema cerebral e diminuir a PIC; c) Antibióticos; d) Antipiréticos para controlar a hipertermia.
6. Monitorar a PIC, que pode ser realizada através da implantação de vários dispositivos, como cateteres, parafusos e fibra ótica, em diversas regiões do sistema nervoso central.

Fonte: Nettina, 2012.

Estas medidas oferecem uma assistência humanizada ao paciente vítima de politrauma, porque, além de fornecer práticas seguras ao seu quadro clínico, o profissional de enfermagem atua no

processo de decisão do melhor caminho a ser tomado para conduzir na manutenção da vida do cliente, interligando com a sua reabilitação e a minimização das sequelas existentes.

Conclusão

Estudar a assistência à saúde oferecida nos serviços de urgência e emergência é um desafio, porque é necessário levar em consideração a capacitação dos profissionais, a demanda de pacientes, a gestão de recursos do local e a estrutura física.

Diante da análise no estudo de revisão bibliográfica, verificou-se que o profissional de enfermagem possui capacidade e qualificações para oferecer uma assistência humanizada, conduzindo a influenciar satisfatoriamente no prognóstico do paciente vítima de politraumatismo.

Como verificado anteriormente, desde os conhecimentos teóricos até os de conduta do profissional, nota-se a preocupação em executar de maneira adequada as práticas intervencionistas que valorizem a individualidade de cada paciente.

Em vista disso, entende-se, ao longo do estudo, que a humanização necessita estar presente desde o atendimento inicial, devido a importância da rapidez e eficácia dos procedimentos na cena do acidente, oferecidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), garantindo a sobrevivência durante o atendimento pré-hospitalar do cliente, entretanto, vale ressaltar também, que deve ser continuada pelos profissionais no âmbito intra-hospitalar, porque se ocorre demora no

atendimento neste setor, compromete a vítima necessitada de atendimento imediato.

Referências

1. Dias SA. As representações da trajetória do atendimento de emergência para a vítima de trauma. Dissertação (mestrado). Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2004. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/ppgenf/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/19_AS-REPRESENTA%C3%87%C3%95ES-DA-TRAJET%C3%93RIA-DO-ATENDIMENTO-DE-EMERG%C3%8ANCIA-PARA-A-V%C3%8DTIMA-DE-TRAUMA.pdf>. Acesso em 16 jul. 2016.
2. Barbosa GC, Meneguim S, Lima SAM, Moreno V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2013; 66(1):123-125.
3. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. Rev Latino Am Enferm. 2011; 19(1):1-8.
4. Luz EC, Silva RF. Unidade de Emergência. In: Silva MVG, Oliveira AMG. (Orgs.). Plantão de Enfermagem: o cotidiano da assistência de enfermagem numa unidade hospitalar. Rio de Janeiro: Nogueira Rio, 2009.
5. Ribeiro CTM, Ribeiro MG, Araújo AP, Mello LR, Rubim LC et al. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. Rev. Panam. Salud. Publica, 2010; 28(1):43-48.
6. Brasil. Cadernos HumanizaSUS: Atenção hospitalar. 3v. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 11 set. 2016.
7. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. Rev Estud Av. 2013; 27(78):7-26.
8. Brasil. Política nacional de atenção às urgências. 3. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://187.17.2.102/fhs/media/files/samu/politica_nacional_de_atencao_as_urgencias.pdf>. Acesso em 14 set. 2016.
9. Brasil. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em 10 set. 2016.
10. Faleiro RM, Morais JV. Protocolo de Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Crânioencefálico Leve. Belo Horizonte: Equipe de Neurologia do HJXXIII, 2011. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1332011157001_Atendimento_ao_Paciente_Vitima_de_Traumatismo_Cranioencefalico_Leve_TCE_leve_.pdf>. Acesso em 18 set. 2016.
11. Gentile JKA, Himuro HS, Rojas SSO, Veiga VC, Amaya LEC et al. Condutas no paciente com trauma crânioencefálico. Rev Bras Clin Med. 2011; 9(1)74-82.
12. Nettina, SM. Prática de enfermagem. Vol. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2012.