

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO AO PACIENTE VÍTIMA DE POLITRAUMATISMO NO APH

Data de aceite: 01/02/2024

Mayana Lima Cavalcante da Silva

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

Dênis Albuquerque Silva Dias

Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

RESUMO: O politraumatismo caracteriza-se em múltiplas lesões causadas ao corpo por forças externas, de natureza física ou química (impactos ou queimaduras). O termo “traumatismo” refere-se às ações e consequências locais e gerais do trauma para a estrutura e o funcionamento do organismo. O atendimento pré-hospitalar é o primeiro contato que a vítima tem com um serviço de saúde depois de ter ocorrido o acidente, com isso, a equipe de enfermagem apresenta importante papel no atendimento, recuperação e reabilitação da vítima politraumatizada, visto que o enfermeiro se faz presente em todas as etapas desse processo, ele deve possuir conhecimento técnico e científico para tomar decisões rápidas, objetivas, seguras e corretas. O objetivo deste artigo foi compreender o

correto manejo dos primeiros socorros ao paciente politraumatizado na perspectiva do enfermeiro. Foi realizada uma pesquisa de natureza descritiva e bibliográfica, realizada por meio da revisão da literatura identificando trabalhos sobre o papel da enfermagem ao paciente politraumatizado, publicados entre o período de 2018 a 2023. Como resultado, foi possível observar que o politraumatismo é a terceira maior causa de mortalidade no Brasil, e que a maioria dos estudos buscava avaliar, descrever, identificar, apresentar e verificar a necessidade de uma boa qualificação e preparo do enfermeiro com o intuito de estabilizar e manter um bom quadro clínico da vítima politraumatizada. A partir disso, pode-se concluir que o enfermeiro deve possuir conhecimento técnico e científico para tomar decisões rápidas, objetivas, seguras e corretas, uma vez que eles guiarão todas as etapas da assistência e irão garantir uma maior sobrevivência do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: politraumatismo, enfermeiro, assistência pré-hospitalar, manejo.

INTRODUÇÃO

Segundo a Associação Brasileira de Trauma Ortopédico, o politraumatismo é caracterizado por múltiplas lesões causadas ao corpo por forças externas, de natureza física ou química, podemos citar quedas, acidentes de trânsito, queimaduras, entre outras lesões. Ele pode causar danos em órgãos vitais e diversos sistemas e, em casos extremos, pode levar a óbito.

De acordo com os dados mais recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, 5,8 milhões de pessoas morrem por ano devido às consequências do trauma em todo o mundo, sejam lesões intencionais ou decorrente de violências. As colisões automobilísticas por si só, são a principal causa de morte por trauma no mundo (WILL et al., 2020).

No Brasil, conforme dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, no ano de 2021, o país registrou 33.813 mortes por acidente de trânsito, 1.097 óbitos a mais que no ano de 2020, gerando assim um percentual de 3,35% no total de óbitos por acidente de trânsito. (ONSV, 2023).

A equipe de enfermagem apresenta importante papel no atendimento, recuperação e reabilitação da vítima politraumatizada, visto que o enfermeiro se faz presente em todas as etapas desse processo. Além disso, ele deve estar capacitado para tomar decisões rápidas e realizar a assistência com maior complexidade (VON AMELN, 2021).

Segundo Will et al., o enfermeiro precisa ter conhecimento teórico-prático das condutas a serem tomadas na prática, isto inclui os procedimentos a serem realizados, a dinâmica do processo de enfermagem e a assistência qualificada, eficaz e segura.

Existem técnicas de primeiros socorros que estão sendo cada vez mais aperfeiçoadas, e constantemente atualizadas através de publicações do Suporte Avançado de Vida que traz novas modernizações a cada publicação com base nas recentes pesquisas sobre o suporte básico e avançado de Vida, visando uma melhor eficiência e garantindo uma maior chance de sobrevivência da vítima (PHTLS, 9º edição).

Diante do exposto, justifica-se a importância deste estudo por contribuir com a qualificação do profissional de saúde, considerando a importância da atuação do enfermeiro como profissional qualificado e capaz de intervir positivamente em situações de alta complexidade como essa. A partir disso, objetiva-se compreender o correto manejo dos primeiros socorros ao paciente politraumatizado.

REFERENCIAL TEÓRICO

O termo “traumatismo” refere-se às ações e consequências locais e gerais do trauma para a estrutura e o funcionamento do organismo. Neste sentido, “traumatismo” seria em outras palavras a consequência de um trauma. Porém, normalmente, “traumatismo” é utilizado como sinônimo de trauma físico (ATLS, 2010).

O trauma pode ocasionar lesões físicas e/ou mentais temporárias ou não, podendo também levar o paciente ao óbito. Por isso, trata-se de um assunto de extrema importância socioeconômica mundial, em variados graus de acometimento, sendo os acidentes de trânsito sua maior incidência (ONU/OMS, 2011).

O politraumatismo caracteriza-se em múltiplas lesões causadas ao corpo por forças externas, de natureza física ou química (impactos ou queimaduras). Entre elas podemos citar quedas, acidentes de trânsito, atropelamentos, ferimentos por armas de fogo, entre outras, essas lesões podem acometer órgãos vitais e diversos sistemas levando a óbito (DA SILVA MELO, 2021).

Durante a fase pré-hospitalar, os socorristas enfatizam a permeabilidade das vias aéreas, controle do sangramento externo e choque, imobilização do doente e o transporte imediato para o hospital de referência mais próximo. (ATLS, 10° edição)

Na avaliação pré-hospitalar, utiliza-se o XABCDE do trauma, identificando mais rapidamente lesões que levam a óbito. O tempo para tal avaliação médica é bastante rápido. Com apenas o questionamento do paciente do seu nome e do que ocorreu e, já recebendo uma resposta apropriada, sugere a ausência de comprometimento de vias aéreas, que a respiração não está gravemente comprometida, o aporte sanguíneo e o nível de consciência também não estão alterados, ou seja, o X, A, B, C e D foram avaliados. Já a falha dessa resposta, sugere anormalidades. As lesões identificadas devem ser tratadas com ordem de prioridade baseado nos danos que podem causar (ATLS, 10° edição).

De acordo com a 9° edição do PHTLS e Farias et al. 2018, o X significa hemorragias exsanguinantes, uma hemorragia externa com risco de vida deve ser identificada e tratada imediatamente na revisão primária de um paciente com trauma. Se houver hemorragia externa exsanguinante, deve ser verificado antes mesmo de avaliar as vias aéreas (ou simultaneamente se a ajuda adequada estiver disponível no palco), pois o sangramento exsanguinante pode matar um paciente mais rápido do que a maioria dos outros mecanismos de trauma.

Esse tipo de sangramento geralmente envolve o sangramento arterial de um membro, mas também pode ocorrer no couro cabeludo ou na junção de um membro com o tronco e outros locais.

Para conter a hemorragia, deve ser colocado imediatamente um torniquete o mais próximo possível do membro afetado (ou seja, perto da virilha ou axila). Além dessa, outras medidas de controle de sangramento, como compressão direta e agentes hemostáticos, também podem ser utilizadas, mas não devem atrasar ou tomar o lugar da colocação do torniquete em tais casos. Em casos de hemorragia não arterial grave, devem ser aplicados nos membros e sangramento grave do tronco a compressão direta, a embalagem e os curativos hemostáticos. Às vezes, a tensão arterial distal ou menor pode ser controlada com compressão focal direta da artéria. No entanto, isso só deve ser feito se esse sangramento puder ser controlado com um curativo compressivo rapidamente aplicado ou se houver

pessoal suficiente na cena para que um prestador de cuidados pré-hospitalar possa manter a compressão manual direta. Se isso não for possível, um torniquete deve ser aplicado no membro afetado. A hemorragia severa em áreas de ligação pode ser gerenciada colocando um dispositivo de ligação adequado, se disponível, ou embalagem com gaze hemostática e colocando curativos compressivos.

A letra A corresponde à abertura das vias aéreas e a estabilização da coluna cervical, onde poderá haver a necessidade de aspirar narinas e boca, além de retirar corpos estranhos que possam dificultar o processo espontâneo de respiração. A oferta de oxigênio suplementar será administrada com volume de acordo com a necessidade da vítima. Ainda nesta abordagem são realizados o controle e estabilização da coluna cervical, visto que em traumas o comprometimento pode ser maior, e quando manipulado de maneira inadequada, sequelas importantes poderão ser geradas. A princípio, a manipulação será manual e o mais rápido possível com a administração segura do colar cervical.

O B é a avaliação respiração e ventilação, que é verificada através da visualização da expansão torácica e ausculta da região torácica e abdominal, a fim de identificar obstruções das vias aéreas superiores ou inferiores, como na avaliação primária o tempo é curto para medir uma frequência ventilatória, as aberturas devem ser estimadas como lentas, normais, rápidas ou muito rápidas. Uma frequência ventilatória lenta, em conjunto com o choque, geralmente indica que um paciente está em choque profundo e pode estar a momentos de uma parada cardíaca. Uma frequência ventilatória rápida é motivo de preocupação e deve servir como um impulso para procurar a causa do choque. Também pode ser um sinal de um problema puramente respiratório, como um simples pneumotórax ou adulteração cardíaca precoce. A ventilação funciona para efetivamente fornecer oxigênio aos pulmões do paciente e ajudar a manter o processo metabólico aeróbico. A hipóxia pode resultar da ventilação inadequada dos pulmões e levar à falta de oxigenação dos tecidos do paciente.

A letra C expõe sobre o controle da circulação, verificação do pulso central, ausculta cardíaca em busca de disfunções valvulares, ou sons inaudíveis, e/ou anormalidades da frequência ou ritmo do miocárdio. O estado circulatório geral do paciente pode ser determinado verificando pulsos periféricos (a verificação rápida de pulso revela se o paciente tem taquicardia, bradicardia ou um ritmo irregular), cor da pele, as mucosas e extremidades que possam constatar perda de volume, temperatura e sudorese, além da verificação de lesões e sangramentos importantes .

O sangramento, seja externo ou interno, é a causa mais comum de morte evitável por trauma. A reposição volêmica pode se fazer necessária, dessa forma a punção venosa periférica deverá ser realizada com cateter calibroso para melhor abrangência do líquido a ser infundido.

A letra D é o próximo passo após avaliar e corrigir, na medida do possível, os fatores envolvidos no fornecimento de oxigênio para os pulmões e sua circulação pelo corpo. Nele é avaliada a função cerebral, que é uma medida indireta de oxigenação cerebral. Isso começa com a determinação do nível de consciência do paciente (NDC).

O prestador de cuidados pré-hospitalares deve assumir que um paciente confuso, agressivo, combativo ou não cooperativo é hipóxico ou sofreu um ECA até que se prove o contrário. A maioria dos pacientes quer ajuda quando suas vidas são medicamente ameaçadas. Se um paciente rejeita, a razão deve ser questionada. O paciente se sente ameaçado pela presença de um provedor no local? Se assim for, mais tentativas de estabelecer entendimento muitas vezes ajudarão a ganhar a confiança do paciente. Se nada na situação parecer ameaçador, a fonte do comportamento deve ser considerada fisiológica, e condições reversíveis identificadas e tratadas.

Durante a avaliação, a história pode ajudar a determinar se o paciente perdeu a consciência em algum momento desde a lesão, se substâncias tóxicas (e quais poderiam ter sido), e se o paciente tem alguma condição pré-existente que poderia produzir uma diminuição do NDC ou comportamento aberrante. Uma observação cuidadosa da cena pode fornecer informações inestimáveis a esse respeito.

A classificação EcG é uma ferramenta usada para determinar NDC e é preferida sobre a classificação AVDI. É um método rápido e simples para determinar a função cerebral e é preditivo do prognóstico do paciente, especialmente a melhor resposta motora.

Também fornece uma linha de base da função cerebral para avaliações neurológicas sérias. A classificação ecg é dividida em três seções: abertura dos olhos, resposta verbal, e resposta motora.. O paciente é atribuído uma classificação de acordo com a melhor resposta a cada componente do ECG.

Abertura Ocular 		Espontânea	+ 4 pontos
		Para comando verbal	+ 3 pontos
		Dor	+ 2 pontos
		Sem abertura dos olhos	+ 1 ponto
Resposta Verbal 		Orientado	+ 5 pontos
		Confuso	+ 4 pontos
		Palavras Impróprias	+ 3 pontos
		Sons Incompreensíveis	+ 2 pontos
		Sem Resposta Verbal	+ 1 ponto
Melhor Resposta Motora 		Obedece aos Comandos	+ 6 pontos
		Localiza a dor	+ 5 pontos
		Afasta a dor	+ 4 pontos
		Flexão à dor	+ 3 pontos
		Exntensão à dor	+ 2 pontos
		Sem resposta motora	+ 1 ponto
Reatividade Pupilar 		Nenhuma reatividade	-2 pontos
		Unilateral	-1 ponto
		Reatividade bilateral	0 pontos

Fonte: <https://portal.wemeds.com.br/escala-de-coma-de-glasgow/>

A letra E corresponde a exposição, nessa etapa serão observadas lesões que não foram visualizadas nas etapas anteriores. Também é realizado o aquecimento da vítima, visando evitar quadros de hipotermia ou choque. Manter a temperatura corporal do paciente dentro de uma faixa normal é crucialmente importante. Embora seja importante expor o corpo do paciente traumatizado para completar uma avaliação eficaz, a hipotermia é um problema sério na gestão de um paciente traumatizado. Apenas o necessário deve ser exposto ao ambiente ao ar livre.

O maior perigo da hipotermia é seu efeito na coagulação sanguínea, à medida que o corpo esfria, a coagulação se deteriora. Embora as temperaturas frias retenham tecidos por algum tempo, a queda de temperatura deve ser muito rápida e muito baixa para que a preservação ocorra.

O trauma pode ser torácico, abdominal e pélvico, cranioencefálico, raquimedular e musculoesquelético. De acordo com o ATLS, 2018 e Freitas, 2020, o trauma torácico é uma das maiores causas de morte, representa de 10% a 15% do total de traumas no mundo. No Brasil, corresponde 7,3% das ocorrências, sendo o segundo tipo de trauma mais frequente, atrás apenas do trauma de extremidades. Representa aproximadamente 25% das mortes causadas por trauma, além de ser fator contribuinte em outros 25%. Ele pode ser classificado como penetrante (aberto) e contuso (fechado) e suas principais consequências são hipóxia, acidose e hipercarbida. Sua gravidade é determinada de acordo com a extensão da lesão, que é dividida em quatro principais categorias: lesões da parede torácica, do pulmão, do mediastino e do diafragma. As lesões mais comuns nesse tipo de trauma são as fraturas de costelas, lesões cardíacas, aorta, vias aéreas e diafragma. Obstrução das vias aéreas, pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, tamponamento cardíaco e hemotórax maciço são as lesões com maior risco imediato de morte. Já os casos de pneumotórax simples, hemotórax, contusão pulmonar, tórax instável, trauma cardíaco fechado, ruptura traumática de aorta, ruptura traumática de diafragma e lesão penetrante de o mediastino são considerados potencialmente fatais e precisam ser diagnosticados e tratados com exames secundários.

As lesões que ameaçam a vida de forma imediata devem ser tratadas de forma rápida e simples, a maioria delas pode ser tratada com controle da via aérea, descompressão do tórax com uma agulha, descompressão digital e drenagem em selo d'água com dreno tubular. As lesões mais graves passam por uma avaliação secundária, que deve levar em conta o histórico do trauma e manter alto índice de suspeita.

Ainda segundo a 10ª edição do ATLS, a região abdominal é uma das mais afetadas nos pacientes que sofrem trauma. O trauma abdominal, assim como o torácico, pode ser dividido em penetrante e fechado, o trauma fechado é decorrente de impacto direto, ocorre principalmente em acidentes automobilísticos, causando esmagamento compressão ou esmagamento de vísceras abdominopélvicas e da estrutura óssea da pelve. A deformação de órgãos sólidos e vísceras ocas ocorre devido a energias produzidas pela desaceleração

do corpo sobre essa superfície, podendo gerar uma ruptura dos mesmos e evoluir para uma hemorragia. Os órgãos mais acometidos em pacientes vítimas de trauma fechado são o baço, o fígado e o intestino delgado.

Já o trauma penetrante é causado por arma branca ou de fogo, gerando danos teciduais por corte e laceração. O ferimento por arma branca há menor liberação de energia, assim lesando estruturas abdominais adjacentes, envolvendo principalmente o fígado, o intestino delgado, o diafragma e o cólon.

No ferimento por arma de fogo, a energia transferida é maior causando maior dano ao redor do trajeto do projétil pelo corpo. O tipo de arma, o tipo de munição e o formato do cano são fatores determinantes do grau de lesão tecidual. Esse tipo de ferimento ocorre principalmente no intestino delgado, cólon, fígado e estruturas vasculares abdominais.

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é uma lesão cerebral decorrente de agressões ocasionadas por forças externas contra a cabeça atingindo couro cabeludo, crânio, meninges, encéfalo e/ou nervos cranianos. Ele pode gerar apenas uma alteração no nível de consciência ou levar a comprometimento das habilidades cognitivas, físicas e comportamentais (LORENA, T. et al.). O TCE pode ser classificado em leve, moderado e grave de acordo com a Escala de Coma de Glasgow (ECG), a duração da perda de consciência e da amnésia pós-traumática e pelas alterações nos exames de imagem. O TCE leve ocorre em cerca de 80% dos casos, nessa classificação, o paciente está consciente e verbalizando, podendo referir desorientação, amnésia ou perda momentânea de consciência, evoluindo em sua maioria sem intercorrências. Ele é definido quando o paciente apresenta um escore de 13 a 15 na Escala de Coma de Glasgow. O trauma moderado é definido em pacientes com escore de 9 a 12 na ECG, os pacientes dessa classificação ainda são capazes de obedecer alguns comandos, mas estão confusos e sonolentos e podem apresentar déficit neurológico focal, como a hemiparesia, 10% a 20% dos pacientes acometidos por esse trauma evoluem apresentam piora e evoluem para o coma. Já o trauma grave, é definido como ECG entre 3 e 8, as vítimas desse tipo de trauma não são capazes de obedecer ordens simples, mesmo após a estabilização cardiopulmonar, a abordagem terapêutica deve ser imediata, através da estabilização hemodinâmica e de suporte ventilatório adequado para reduzir lesões neurológicas decorrentes de hipóxia (GERHARDT, S. et al., 2016).

O trauma raquimedular (TRM) é uma agressão à medula espinhal que pode ocasionar danos neurológicos, tais como alterações da função motora, sensitiva e autônoma. Aproximadamente 5% dos pacientes com TCE apresentam lesão associada na coluna, enquanto 25% dos pacientes com TRM apresentam pelo menos um TCE moderado.

As lesões desse trauma ocorrem, principalmente, no sexo masculino e suas principais causas são acidentes automobilísticos, queda de altura, acidente por mergulho em água rasa ferimentos por arma de fogo. Cerca de 55% das lesões ocorrem na região cervical, 15% na região torácica, 15% na região toracolombar e 15% na região lombossacra. A

classificação desse tipo de trauma é feita após a avaliação dos tratos envolvidos, essa classificação é dividida em lesão completa e incompleta, para tal classificação existe uma escala chamada de Avaliação da ASIA (ASIA- American Spine Injury Association). Em 1992, a Associação Americana do Trauma Raquimedular desenvolveu padrões para a avaliação e classificação neurológica do TRM, são eles:

Escala de Deficiência da ASIA	
<i>A: Lesão completa</i>	<i>Não existe função motora ou sensitiva nos segmentos sacrais S4-S5.</i>
<i>B: Lesão incompleta</i>	<i>Preservação da sensibilidade e perda da força motora abaixo do nível neurológico, estendendo-se até os segmentos sacrais S4-S5.</i>
<i>C: Lesão incompleta</i>	<i>Função motora é preservada abaixo do nível neurológico, e a maioria dos músculos chaves abaixo do nível neurológico possui grau menor ou igual a 3.</i>
<i>D: Lesão incompleta</i>	<i>Função motora é preservada abaixo do nível neurológico, e a maioria dos músculos chaves abaixo do nível neurológico possui grau maior ou igual a 3.</i>
<i>E: Normal</i>	<i>Sensibilidade e força motora normal.</i>

Fonte: Revisão Trimestral de Temas Neurocirúrgicos - 2006 - Vol. 3/12.

As complicações desse trauma podem ocorrer devido à isquemia ou progressão do edema da medula e da movimentação excessiva da coluna vertebral. A principal preocupação deve ser a possibilidade de insuficiência respiratória, uma vez que a paralisia dos músculos intercostais pode ocasionar uma hipoventilação. Outras lesões potencialmente graves como abdome agudo ou dor pélvica associada com fraturas da bacia podem ser mascaradas devido à incapacidade de perceber estímulos dolorosos. Além disso, complicações como o choque neurogênico e choque medular podem ser decorrentes desse tipo de trauma. Embora os movimentos excessivos da coluna vertebral apresentam perigo ao paciente, o tempo prolongado em uma prancha rígida e com o colar cervical também pode ser perigoso. Além do desconforto, podem ocorrer lesões por pressão graves e insuficiência respiratória (ATLS, 2018); (FREITAS, 2020).

No trauma musculoesquelético, as lesões do sistema musculoesquelético, frequentemente, apresentam-se de forma dramática e ocorrem em até 85% dos pacientes vítimas de trauma fechado, mas geralmente não apresentam risco imediato à vida ou membro da vítima. Durante a avaliação primária da vítima, é imprescindível a urgência de reconhecer e controlar hemorragias oriundas dessa lesões, as hemorragias decorrentes de fraturas de ossos longos podem ser significantes, em particular, as fraturas de fêmur apresentam importante perda sanguínea. Lesões musculoesqueléticas graves são resultado de força significativa, por exemplo, pacientes com fraturas em ossos longos de membros superiores e inferiores correm o risco de ter lesões internas de tronco. As lesões causadas

por esmagamento grave liberam mioglobina pelo músculo que podem se acumular nos túbulos renais e causar falência renal (CAVALCANTI;ILHA, 2012).

Além dessas complicações, edemas em compartimentos musculofasciais intactos podem causar uma síndrome compartimental aguda que pode causar comprometimento do membro e até a perda do mesmo caso não seja diagnosticada e tratada. Também pode ocorrer uma embolia gordurosa, complicação incomum mas fatal de de fratura de ossos longos que pode causar falência pulmonar e comprometimento da função cerebral.

Observações, cuidados e achados pré-hospitalares como horário da lesão, posição que o paciente foi encontrado, ferimentos abertos próximo de fraturas, deformidades ou luxações evidentes, curativos realizados, talas aplicadas, horário de colocação do torniquete, presença ou ausência de função motora e/ou sensorial de cada extremidade, hemorragia ou poças de sangue na cena, mecanismos de esmagamento, entre outros, são importantes para auxiliar na identificação de lesões(ATLS, 10º edição).

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e bibliográfica, realizada por meio da revisão da literatura identificando trabalhos sobre o papel da enfermagem ao paciente politraumatizado, publicados entre o período de 2018 a 2023. Foi realizada uma consulta em artigos científicos, selecionados através das bases de dados: Scielo, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), como critérios de inclusão foram os artigos que estavam dentro do período estipulado, objetivo, resultado apresentados, bem como artigos que estavam nas bases de dados citadas.

Após a seleção dos artigos, foi feita uma análise do conteúdo dos mesmos através da Análise de Conteúdo de Bardin, essa avaliação é dividida em três etapas, são elas: 1- organização ou pré-análise que tem como objetivo organizar e estruturar as ideias iniciais, compreendendo assim, a leitura geral do material escolhido para ser analisado; 2- análise da temática que consiste na mudança das informações examinadas, essa fase tem como objetivo o entendimento e o esclarecimento de todo o conteúdo; 3- categorização que é tratamento dos resultados, inferência e interpretação, permitindo captar conteúdos obtidos do material coletado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após uma extensa busca crítica com base nos critérios estabelecidos, foram selecionados 16 artigos para análise e leitura, dos quais foram selecionados 5 para serem usados como base para a construção do presente artigo, para isso, foi elaborado um instrumento de análise para fichamentos dos dados encontrados, contemplando as seguintes informações: autor/ano, título, objetivo do estudo e conclusão:

Autor/ Ano	Título	Objetivo	Conclusão
Bessa, 2018	A importância do atendimento pré-hospitalar frente a unidade móvel de emergência.	Investigar as intervenções de enfermagem no atendimento pré-hospitalar.	Destaca-se a importância do serviço móvel, visto que sua implementação e aceitação gerou uma grande melhoria na assistência prestada à vítima, assistência essa que ocorre de forma rápida, segura e eficaz.
WILL et al. (2020)	Cuidados de enfermagem aos pacientes politraumatizados na emergência.	Reconhecer os cuidados desenvolvidos pelos profissionais da área de enfermagem a vítimas politraumatizadas atendidas em uma emergência hospitalar do Alto Vale do Itajaí – SC.	Os resultados demonstraram a importância do enfermeiro frente ao julgamento e nas execuções do cuidado prestados a vítima politraumatizada.
MARTINS, 2021.	Atuação do enfermeiro na assistência ao paciente politraumatizado.	Descrever a importância do enfermeiro no atendimento ao paciente politraumatizado.	Salienta-se, que quando a qualificação na assistência prestada e a boa execução da mesma é feita pela equipe de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, os resultados alcançados são os melhores possíveis.
SILVA MELO, 2021.	Assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado em emergência hospitalar: uma revisão da literatura.	Identificar a assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado no ambiente hospitalar de emergência.	Concluiu-se que a vítima de múltiplos traumas necessita de cuidados iniciais específicos. Dessa forma, o enfermeiro deve ter conhecimento técnico-científico e conhecimento do Processo de Enfermagem, uma vez que ele é um dos principais profissionais responsáveis pelo atendimento inicial, o cuidado e a manutenção da vida do paciente politraumatizado.
VON AMELN, 2021.	Atendimento ao paciente politraumatizado na perspectiva do enfermeiro socorrista.	Descrever a percepção dos enfermeiros sobre o atendimento ao paciente politraumatizado em um Pronto Socorro (PS).	Identificou-se que o enfermeiro é o líder da equipe de enfermagem e seu trabalho se dá em equipe, existindo um elo com os demais profissionais da área da saúde. Quanto aos procedimentos, percebeu-se que não há uma padronização, porém não destacam o prejuízo que isso pode causar ao paciente.

Após análise dos artigos, foi possível perceber que a maioria dos estudos buscava avaliar, descrever, identificar, apresentar e verificar a necessidade de uma boa qualificação e preparo do enfermeiro com o intuito de estabilizar e manter um bom quadro clínico da vítima politraumatizada, também foi possível observar entre os artigos selecionados, que essa é a terceira maior causa de mortalidade no Brasil, e principalmente decorrente de acidentes automobilísticos e violência urbana.

Vale ressaltar a importância de tratar de um assunto de extrema importância socioeconômica mundial, uma vez que o trauma pode ocasionar lesões físicas e/ou mentais temporárias ou não, podendo também levar o paciente ao óbito e sua principal incidência são os acidentes de trânsito. Além disso, convém ressaltar a necessidade de uma boa capacitação e atualização dos profissionais de saúde, bem como a constante atualização e utilização do ATLS, PHTLS e escala de coma de Glasgow, visando implementar assistência eficaz e segura das vítimas, com o intuito de minimizar possíveis complicações e óbitos das vítimas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dessa revisão de literatura, foi possível concluir que o correto manejo dos primeiros socorros ao paciente politraumatizado demanda conhecimento dos devidos protocolos pré-definidos que permeiam o APH, uma vez que eles guiarão todas as etapas da assistência e irão garantir uma maior sobrevivência do paciente.

Com a análise, também foi possível compreender o quanto é fundamental e necessária a atualização e capacitação dos profissionais de enfermagem na estabilização e manejo desses pacientes, o enfermeiro deve possuir conhecimento técnico e científico para tomar decisões rápidas, objetivas, seguras e corretas.

A partir disso, pode-se concluir que o presente artigo alcançou seu principal objetivo traçado, uma vez que, conseguiu descrever os cuidados/manejos dos profissionais à vítima politraumatizada no APH, tendo como base os protocolos já preconizados. Apesar disso, ainda se faz necessária a realização de mais estudos sobre o tema abordado, estudos estes que devem evidenciar a prática e a percepção dos enfermeiros no cuidado aos pacientes politraumatizados, com o intuito de oferecer uma melhoria nos atendimentos prestados.

REFERÊNCIAS

ATLS - Advanced Trauma Life Support for Doctors. American College of Surgeons. 10a. Ed 2018.

Bessa, Simone Lorena da Silva. Assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado nas unidades de atendimento móveis. Disponível em: <<http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2758/Bessa,%20Simone%20Lorena%20da%20Silva%20-%20Assist%C3%AAncia%20de%20enfermagem%20ao%20paciente%20politraumatizado%20nas%20unidades%20de%20atendimento%20m%C3%B3veis.pdf?sequence=1>>.

BONFIM, L. N. et al. Papel do enfermeiro ao paciente politraumatizado: uma revisão de literatura. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 9, n. 4, p. 768–780, 2023.

CALVANCANTI, C. D. K. Cuidados de enfermagem ao paciente vítima de múltiplos traumas: diagnósticos e propostas de intervenções, baseados em NANDA e NIC. 2012.

FARIAS, M. T. D.; DE SOUZA, M. S.; CAMPOS, A. J. P. Assistência pré-hospitalar móvel ao paciente politraumatizado vítima de acidente de trânsito. revista ciência (in) cena, v. 2, n. 5, 2018.

FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de. Trauma e Emergência / Guilherme Barroso Langoni de Freitas. 1. ed. 2. Vol. - Irati: Pasteur, 2020.

GERHARDT, S. et al. Trauma cranioencefálico. Acta méd. (Porto Alegre), p. [5]-[5]. 2016.

LORENA, T. et al. Trauma cranioencefálico: caracterização das vítimas atendidas na emergência de um hospital referência em urgência e trauma de Goiânia. Disponível em: <<https://www.saude.go.gov.br/files/escola-saude/pesquisas-cientificas/hugo/traumacranioencefalico/caracterizacaodasvitasatendidasnaemergenciaumhospitalreferenciaemergenciaetraumadegoiania.pdf>>.

MARTINS, Beatriz da Silva Soares et al. Atuação do enfermeiro na assistência ao paciente politraumatizado. Revista Rebis, [s. l.], 2021. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/236/172>.

PHTLS. Atendimento Pré-hospitalizado ao Traumatizado. 9a ed. Jones & Bartlett Learning, 2018.

SILVA MELO, D. M. DA et al. Assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado em emergência hospitalar: uma revisão da literatura. recima21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218, v. 2, n. 7, p. e27556, 2021.

VON Ameln, R. S., Azevedo, N. A., de Lima Neves, J., do Amaral, D. E. D., & Pinto, A. A. (2021). Atendimento ao paciente politraumatizado na perspectiva do enfermeiro socorrista. Research, Society and Development, 10(3), e1110312981-e1110312981.

WILL, Rubyely Caroline et al. Cuidados de enfermagem aos pacientes politraumatizados atendidos na emergência. Nursing (São Paulo), v. 23, n. 263, p. 3766-3777, 2020.