UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PAULO HENRIQUE SOUTO PEREIRA

PROPOSIÇÃO DE PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA EM UM PRONTO SOCORRO DE CIRURGIA DE TRAUMA

RIBEIRÃO PRETO
2019

PAULO HENRIQUE SOUTO PEREIRA

PROPOSIÇÃO DE PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA EM UM PRONTO SOCORRO DE CIRURGIA DE TRAUMA

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Inovação no Cuidado em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe

RIBEIRÃO PRETO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Assinatura: _____ Data____/____/____

Pereira, Paulo Henrique Souto
Proposição de protocolo de assistência perioperatória em um Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma. Ribeirão Preto, 2019.
87 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.
Orientador: Helena Megumi Sonobe

1. Pacientes. 2. Ferimentos e Lesões. 3. Assistência Perioperatória. 4. Assistência ambulatorial. 5. Enfermagem Perioperatória.

Paulo Henrique Souto Pereira

Proposição de protocolo de assistência perioperatória em um Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em ...../...../.....

Banca Examinadora

Prof. Dra. Helena Megumi Sonobe

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. _____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Dedicatória

À minha amada esposa, Eliana Borges,

O meu eterno agradecimento por tudo, pela paciência e compreensão em todos os momentos, e por me incentivar a crescer profissionalmente.

Aos meus filhos, Tiago e Rayssa,

Agradeço pelo carinho, amor e alegria.

Vocês, que são tudo para mim e sempre me acompanharam nessa longa jornada acadêmica, meu profundo agradecimento.

Aos meus pais, Alaor e Odete,

Por estarem presentes na minha vida.

Por todo carinho, compreensão e apoio.

Por todos os esforços em prol dos meus estudos e da minha felicidade.

Dedico a vocês cada uma das minhas conquistas.

Amo vocês!

Agradecimentos

À Deus,

Agradeço ao Pai Celestial pela oportunidade de cursar o Mestrado, pela força e persistência que me destes.

À minha orientadora, Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe,

Por toda atenção, dedicação e valiosas contribuições durante todo o desenvolvimento dessa pesquisa. Por ter me dado essa oportunidade e acreditar em meu potencial.

Aos profissionais da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,

Pela colaboração em todas as etapas do Mestrado.

Aos professores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,

Pela competência, respeito e troca de experiências com todos os alunos.

À todos os profissionais do Pronto Socorro do Hospital de Clínicas de Uberlândia,

Pela participação e disponibilização de seu tempo para contribuir no sucesso dessa pesquisa.

À todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização dessa pesquisa,

Muito obrigado!

“Ninguém vale pelo que sabe, mas pelo que faz com aquilo que sabe”.

(Leonardo Boff)

Pereira PHS. Proposição de protocolo de assistência perioperatória em um Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: Trata-se de um estudo metodológico. **Objetivo:** Analisar as evidências científicas sobre a assistência perioperatória aos pacientes com trauma para estabelecimento dos aspectos fundamentais para elaboração de um protocolo de atendimento; identificar o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com traumas, atendidos em um serviço de pronto socorro cirúrgico, em uma instituição pública; e propor um protocolo de assistência de enfermagem perioperatória com base neste perfil e na demanda de necessidades desta clientela. **Método:** Estudo metodológico realizado em duas etapas. A primeira etapa do estudo foi realizada mediante a Revisão Integrativa (RI), fundamentada na Prática Baseada em Evidências, com delimitação temática com a estratégia PICO, para responder a questão: "Quais as evidências científicas sobre a assistência de enfermagem perioperatória para pacientes com traumas nas unidades de pronto atendimento?" para elaboração de um protocolo perioperatório com busca nas bases de dados Scopus, Web of Science e Medline (*Index Medicus Eletrônico da National Library of Medicine*). **Resultados:** A amostra final de 13 artigos científicos evidenciou a necessidade de padronização dos cuidados específicos no pré, intra e pós-operatórios para o atendimento de pacientes com traumas nas unidades de atendimento hospitalar, que subsidiaram a elaboração do protocolo de assistência perioperatória para pacientes com traumas em um Pronto Socorro de Cirurgia. Na segunda etapa, com o estudo descritivo transversal foi obtida a caracterização da clientela (Parecer No. 115/2018 CEP/EERP-USP - CAAE 87824418.8.0000.5393), que definiu a especificidade sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com traumas e direcionamento para a elaboração final do protocolo. **Conclusões:** O protocolo proposto contempla os componentes Caracterização da Clientela, Definição das opções terapêuticas, Implementação do protocolo e Implantação do protocolo. Acreditamos que este protocolo poderá contribuir efetivamente na padronização das ações para a melhoria da assistência aos pacientes com traumas em um serviço de pronto socorro.

PALAVRAS-CHAVE: Pacientes. Ferimentos e Lesões. Assistência Perioperatória. Assistência Ambulatorial. Enfermagem Perioperatória.

Pereira PHS. Proposition of perioperative care protocol of Trauma Surgery Emergency Unit [Dissertation]. Ribeirão Preto: Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo; 2019.

ABSTRACT

Introduction: This is a methodological study. **Objective:** To analyze the scientific evidence on the perioperative assistance to patients with trauma to establish the fundamental aspects for the elaboration of a care protocol; to identify the sociodemographic, clinical and therapeutic profile of patients with trauma, attended at a surgical emergency service, in a public institution; and to propose a perioperative nursing care protocol based on this profile and on the needs of this clientele. **Method:** A two-step methodological study. The first stage of the study with the Integrative Review (IR), was based on the Evidence Based Practice, with thematic delimitation with the PICO strategy, to answer the question: "What scientific evidence on perioperative nursing care for patients with trauma in emergency care units?" for the elaboration of a perioperative protocol with a search in the Scopus, Web of Science and Medline (Index Medicus Electronic of the National Library of Medicine) databases. **Results:** The final sample of 13 scientific articles evidenced the need for standardization of specific preoperative, intraoperative and postoperative care for the treatment of trauma patients in the hospital care units, which supported the elaboration of the perioperative care protocol for patients with trauma in emergency unit. In the second stage, with the descriptive cross-sectional study was the characterization of the clientele (CEP/EERP-USP No. 115/2018 - CAAE 87824418.8.0000.5393), which defined the sociodemographic, clinical and therapeutic specificity of patients with traumas and directed to the final elaboration of the protocol. **Conclusions:** The proposed protocol includes the components Characterization of the Client, Definition of the therapeutic options, Implementation of the protocol and Implementation of Customers, Definition of therapeutic options, Protocol implementation and Protocol deployment. We believe that this protocol can effectively contribute to the standardization of actions to improve the care of patients with trauma in a first aid service.

KEYWORDS: Patients. Perioperative care. Wounds and Injuries. Ambulatory Care. Perioperative Nursing.

Pereira PHS. Proposición de protocolo de cuidado perioperatorio en un Servicio de Cirugía del Trauma [Disertación]. Ribeirão Preto: Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo; 2019.

RESUMEN

Introducción: Se trata de un estudio metodológico. **Objetivo:** Analizar las evidencias científicas sobre la asistencia perioperatoria a los pacientes con trauma para establecer los aspectos fundamentales para la elaboración de un protocolo de atención; identificar el perfil sociodemográfico, clínico y terapéutico de pacientes con traumas, atendidos en un servicio de pronto socorro quirúrgico, en una institución pública; y proponer un protocolo de asistencia de enfermería perioperatoria con base en este perfil y en la demanda de necesidades de esta clientela. **Método:** Estudio metodológico realizado en dos etapas. La primera etapa del estudio fue realizada mediante la Revisión Integrativa (RI), fundamentada en la Práctica Basada en Evidencias, con delimitación temática con la estrategia PICO, para responder a la pregunta: "¿Cuáles son las evidencias científicas sobre la asistencia de enfermería perioperatoria para pacientes con traumas en las unidades de atención de emergencia?",con búsqueda en las bases de datos Scopus, Web of Science y Medline (Index Medicus Electrónico de la National Library of Medicine). **Resultados:** La muestra final de 13 artículos científicos evidenció la necesidad de estandarización de los cuidados específicos en el pre, intra y postoperatorios para la atención de pacientes con traumas en las unidades de atención hospitalaria, que subsidiaron la elaboración del protocolo de asistencia perioperatoria para pacientes con traumas en los tragos un Pronto Socorro de Cirugía. En la segunda etapa, con el estudio descriptivo transversal se obtuvo la caracterización de la clientela (Dictamen No. 115/2018 CEP / EERP-USP - CAAE 87824418.8.00.00.5393), que definió la especificidad sociodemográfica, clínica y terapéutica de pacientes con traumas y direccionamiento para la elaboración final del protocolo. **Conclusiones:** El protocolo propuesto contempla los componentes Caracterización de la Clientela, Definición de las opciones terapéuticas, Implementación del protocolo e Implantación del protocolo. Creemos que este protocolo pueda contribuir efectivamente para la estandarización de las acciones para la mejora de la asistencia a los pacientes con traumas en un servicio de atención de emergencia.

PALABRAS CLAVE: Pacientes. Heridas y Lesiones. Atención Perioperativa. Atención Ambulatoria. Enfermería Perioperatoria.

LISTA DE QUADROS

Quadro1 - Distribuição dos cruzamentos realizados com os descritores *"Patients", "Perioperative Care", "Emergency Service Hospital", "Nursing Care", "Quality of Health Care"* nas bases de dados MEDLINE, Scopus e *Web of Science*. Ribeirão Preto, 2019 41

Quadro 2 - Síntese da amostra sobre assistência de enfermagem perioperatória para pacientes com traumas nas unidades de pronto atendimento, segundo autoria, ano e país de publicação, níveis de evidências, delineamento do estudo e principais resultados. Brasil, 2019 61

Quadro 3 - Protocolo proposto com elementos constituintes: Caracterização da Clientela; Definição das opções terapêuticas; Implementação do protocolo e Implantação do protocolo. Ribeirão Preto, 2019 64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização do perfil demográfico dos pacientes internados em Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019. 47

Tabela 2 - Principais mecanismos de trauma dos pacientes internados em Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019. 48

Tabela 3 - Características da avaliação inicial dos pacientes internados em Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019. 49

Tabela 4 - Distribuição das variáveis sinais vitais, saturação de oxigênio glicemia capilar dos pacientes na admissão em um Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019. 50

Tabela 5 - Exames laboratoriais e de imagem realizados pelos pacientes na admissão em um Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019. 51

Tabela 6 - Especialidades de atendimento dos pacientes no Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019. 51

Tabela 7 - Tipo de imobilização dos pacientes na chegada no Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019. 52

Tabela 8 - Procedimentos realizados pelos pacientes durante a admissão em Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019. 52

Tabela 9 - Terapia medicamentosa e de transfusão em pacientes na internação no Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019. 53

Tabela 10 - Desfecho do atendimento dos pacientes internados em Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019. 53

LISTA DE SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
AH	Atenção Hospitalar
AORN	Associação Perioperatória de Enfermeiras Registradas
APACHE	*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (Avaliação de Fisiologia Aguda e Avaliação de Saúde Crônica)
ASA	*American Society of Anesthesiologists* (Sociedade Americana de Anestesiologistas)
ATLS	*Advanced Trauma Life Support* (Suporte Avançado de Vida no Trauma)
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
HCU	Hospital de Clínicas de Uberlândia
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ISC	Infecção de Sítio Cirúrgico
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
MS	Ministério da Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PNH	Política Nacional de Humanização
RI	Revisão Integrativa
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SCQ	Superfície Corporal Queimada
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	14
1	**INTRODUÇÃO.....**	**17**
2	**OBJETIVOS.....**	**25**
3	**REVISÃO DE LITERATURA.....**	**27**
3.1	ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA E A ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO.....	28
3.2	ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL: CONTEÚDO E RECOMENDAÇÕES.....	33
4	**MÉTODOS.....**	**37**
4.1	ETAPAS DO ESTUDO METODOLÓGICO.....	38
4.1.1	**Fase 1: Fase 1: Assistência de enfermagem perioperatória para pacientes com traumas: revisão integrativa da literatura.....**	**38**
4.1.2	**Operacionalização da Revisão Integrativa.....**	**40**
4.2	FASE 2: ESTUDO DESCRITIVO QUANTITATIVO.....	42
4.2.1	**Aspectos Éticos.....**	**43**
4.2.2	**Local do estudo.....**	**43**
4.2.3	**Amostra do estudo.....**	**44**
4.2.4	**Instrumento para coleta dos dados.....**	**44**
4.2.5	**Análise estatística.....**	**45**
5	**RESULTADOS E DISCUSSÃO.....**	**46**
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PACIENTES INTERNADOS NO PRONTO SOCORRO DE CIRURGIA DE TRAUMA.....	47
5.2	DISCUSSÃO SOBRE A CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E TERAPÊUTICA DA CLIENTELA COM TRAUMA.....	54
5.3	AS BUSCAS DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA AOS PACIENTES COM TRAUMA EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO.....	59

5.4 PROPOSIÇÃO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA AOS PACIENTES COM TRAUMA..... 63

6 CONCLUSÃO..... 72

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 75

REFERÊNCIAS..... 77

APÊNDICE 83

ANEXO..... 86

Apresentação

Desde o ano de 2011 tenho atuado como Auxiliar de Enfermagem na Unidade de Pronto Socorro de Cirurgia e Traumatologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) e, com o término de minha formação no Curso de Bacharelado em Enfermagem em 2014, pude refletir sobre a importância da assistência sistematizada de enfermagem para pacientes com traumas para a melhoria da qualidade no atendimento desta clientela nesta instituição. Acredito que com a formação no Curso de Mestrado Profissional poderemos ampliar os meus conhecimentos para contribuir efetivamente no futuro como Enfermeiro nesta instituição.

Assim, prestei o processo seletivo do Curso de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, no qual fui aprovado. Ao cursar as disciplinas deste curso aprendi muito, pela troca de experiências com os professores e colegas e de profissionais de outras áreas, acrescentando muito em meu conhecimento e reforçando ainda mais a necessidade de aprender.

Neste curso, tivemos a oportunidade de melhorar a assistência de enfermagem por meio de conhecimento com fundamentação em evidências científicas.

Sinto gratidão pela oportunidade de realizar o sonho de cursar o Mestrado Profissional na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), principalmente por poder contribuir com este estudo na instituição onde atuo.

No hospital onde atuo, para a assistência de pacientes com traumas, seguimos as recomendações do ATLS (*Advanced Trauma Life Support*), contudo não temos uma sistematização da assistência de enfermagem em relação à demanda de necessidade de atendimento destes pacientes, nas especialidades cirúrgicas e de trauma. Para organizar um serviço de urgência e emergência hospitalar é necessário identificar e analisar o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico desses pacientes, o que ainda não havia sido realizado nesta instituição. Ao conhecermos o perfil da clientela é possível realizar um planejamento em relação aos recursos materiais, de infraestrutura e de gestão de pessoas, com otimização e capacitação da equipe de saúde para o cotidiano da prática assistencial.

Em decorrência da análise da caracterização dos pacientes traumas atendidos e da assistência prestada, poderemos aperfeiçoar e melhorar a

capacitação dos profissionais de saúde, com padronização do atendimento a ser realizado pela equipe, desenvolvimento de protocolos baseados em evidências, além da otimização na utilização dos materiais e de insumos.

Para subsidiar o desenvolvimento deste projeto, abordaremos os aspectos conceituais e epidemiológicos sobre trauma, bem como a evolução das políticas públicas no atendimento das emergências e de urgências, no contexto hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

O trauma tem sido causa importante de morbidade e mortalidade no Brasil, principalmente, a partir da década de 1980, quando passou a ser considerado importante problema de saúde pública por atingir proporções quase epidêmicas na população em geral. Representa a terceira causa de morte nos países ocidentais, depois das doenças cardiovasculares e das neoplasias (COSTA; SCARPELINI, 2012; WEBER et al, 2016).

Por outro lado, na métrica, que considera anos potenciais de vida perdidos, as lesões por causas externas ocupam a terceira posição, o que representa 15,1% em todo o mundo, sendo os acidentes de trânsito a nona causa específica de incapacidade e morte prematura (COSTA; SCARPELINI, 2012).

Diante destes dados, é importante ressaltar que o controle de qualidade e a organização de sistemas de atendimento ao trauma, ao longo dos anos, se mostraram essenciais para a redução de mortes e de complicações evitáveis. Com isso, a assistência ao paciente com traumatismo requer da equipe de saúde amplo conhecimento, habilidade técnica, capacidade de julgamento e de liderança, de modo que a qualidade desta multidisciplinaridade de formação profissional seja fundamental para o êxito do atendimento a esta clientela (COSTA; SCARPELINI, 2012).

Cada vez mais surge um grande número de vítimas que sofrem traumas de várias ordens em um serviço de emergência, aumentando a complexidade desta assistência, de maneira que os profissionais envolvidos devem estar preparados para agir adequadamente em cada situação, oferecendo serviços de qualidade e, principalmente, que buscam diminuir o risco de morte e prevenir ao máximo as incapacidades resultantes dessas injúrias.

Para melhorar o atendimento desta clientela no Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, no “pronto atendimento” de urgência e emergência, em decorrência da imensa demanda de condições clínicas, o Ministério da Saúde (MS), nos últimos anos, vem realizando esforços permanentes e progressivos no sentido de fortalecer a sua Rede de Urgência e Emergência (RUE) (PACHECO, 2015).

Assim, em 2003, foi instituída a Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS, que recomenda a utilização de ferramentas potentes para o processo de racionalização do atendimento na RUE. Nesse sentido, o “acolhimento com classificação de risco” tem por finalidade organizar e sistematizar o processo de trabalho para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em

situação de urgência e emergência, de forma que o atendimento seja ágil e oportuno (PACHECO, 2015).

Em julho de 2011, o MS publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS. O componente da Atenção Hospitalar (AH) na REU do SUS foi instituído pela Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 (BRASIL, 2013). Além destas, foi instituída a Portaria nº 2.648, de 07 de novembro de 2011, que redefiniu as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da REU, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2013).

O componente da AH da REU é constituído por: portas hospitalares de urgência; enfermarias de retaguarda; leitos de cuidados intensivos; serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório; e linhas de cuidados prioritárias.

Com isso, os objetivos da AH da REU são: organizar a atenção às urgências nos hospitais de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade; garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade, procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de cuidados prolongados e de terapia intensiva para a REU; e garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias em articulação com os demais pontos de atenção (BRASIL, 2013).

As portas de entrada hospitalares de urgência e emergência serão consideradas qualificadas, na medida em que estas estabelecerem e adotarem protocolos de classificação de pacientes, protocolos clínico-assistenciais, além dos procedimentos administrativos no hospital. Com a implantação do processo de acolhimento com classificação de risco dos pacientes para cada ambiente específico, cuja identificação do paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, é possível priorizar aqueles que necessitam de tratamento imediato (BRASIL, 2013).

A adoção destas diretrizes e recomendações poderá qualificar a assistência aos pacientes traumatizados, bem como prevenir complicações, sequelas e incapacidades para que estes possam alcançar a recuperação física e a reabilitação após este evento. Contudo, o contexto hospitalar é permeado de especificidades e complexidades, assim os serviços de emergência têm muitos desafios para

assegurar um atendimento adequado, prevenindo ou minimizando as complicações e outros riscos para a saúde dos pacientes (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012).

Para organizar adequadamente um serviço de urgência e emergência é fundamental conhecer o perfil da clientela atendida, as demandas de necessidades de cuidados e recursos necessários para planejar as ações por meio de protocolos de atendimento.

Um estudo de levantamento de 91 prontuários de vítimas por acidentes de trânsito atendidas no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) apontou que 42,8% eram acidentes motociclísticos; 31,9% automobilísticos; 12,1% ciclísticos; 5,5% atropelamentos; 3,3% outros tipos de acidentes, porém em 4,4% os registros estavam incompletos. Houve predomínio de jovens do sexo masculino, sendo que a maioria destes pacientes (53,7%) apresentou lesões na superfície externa, seguidas por lesões de extremidades e pelve (27,8%) e na porção de cabeça e pescoço (13,9%), sendo que vários pacientes apresentavam lesões em mais de um segmento (FERREIRA et al, 2009).

Outro estudo realizado no mesmo hospital indicou o perfil dos pacientes com infecções ortopédicas internados na Clínica Cirúrgica Ortopédica, sendo a maioria do sexo masculino, com idade acima de 60 anos, tempo de internação superior a 15 dias, cujo motivo da hospitalização foi acidente motociclístico. As taxas de infecções ortopédicas foram de 17,0% nos procedimentos de artroplastias totais de quadril, 25,0% em artroplastias totais de joelho, 28,6% em hemiartroplastias e 11,4% em osteossínteses. Os principais fatores de risco associados às infecções foram tempo de internação acima de 15 dias, pré-operatório com tempo de internação acima de sete dias, procedimentos invasivos (ventilação mecânica, cateter vesical, cateter vascular central), fraturas expostas, politraumas e fixação. Analisando-se os aspectos tempo de internação longa, utilização de antimicrobianos, exames e revisões cirúrgicas, estes tiveram impacto nos custos para a instituição (VON DOLINGER, 2008).

Podemos sintetizar a assistência de um paciente com traumas para tratamento cirúrgico no contexto hospitalar, conforme a sequência de ações prioritárias, bem como a previsão e provisão de recursos para uma assistência, e que prima pela qualidade e segurança do paciente.

Na fase hospitalar do atendimento de emergência ao paciente com trauma é fundamental o preparo do local para a admissão do paciente, com equipamentos e

materiais necessários, além da equipe multiprofissional. Com base nas indicações, o material deverá estar disponível na quantidade e qualidade adequada para os profissionais terem fácil acesso. Este fato é importante, pois permite que estes realizem suas atividades com segurança e de forma contínua. No setor de emergência, maior importância é dada à adequação material, assim como o tempo é um fator determinante na prestação de cuidados e a falta de suprimentos pode causar danos irreversíveis ao paciente (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012).

No atendimento ao paciente com trauma, os profissionais devem estar capacitados com conhecimentos atualizados, para identificar prontamente as situações de risco de morte para a vítima. Desse modo, na elaboração de protocolos é essencial considerar o perfil da clientela para direcionar o enfermeiro e a equipe de enfermagem e multiprofissional na assistência ao paciente com traumas, o que possibilita priorizar as necessidades de cada paciente.

O alto índice de morbimortalidade e complexidade, que envolve o cuidado de urgência e emergência ao paciente com traumas, exige da equipe de enfermagem a sistematização da assistência perioperatória, que pode ser estabelecida por meio de protocolos. Contudo, a minimização de sequelas incapacitantes e ausência de complicações aos pacientes somente será alcançada com a assistência de enfermagem com conhecimentos técnico-científicos e padronização adequada das ações dos profissionais (COFEN, 2017).

Anualmente, os traumas causam cerca de cinco milhões de mortes em todo o planeta, o que representa uma morte a cada 10 mortes, particularmente no mundo em desenvolvimento. Portanto, há necessidade de provisão de cirurgia segura como prioridade (CARTER; SNELL, 2016).

O cuidado do paciente cirúrgico tem sido largamente negligenciado e, por vezes, situações relativamente de fácil resolução, como fratura de membro inferior ou uma hérnia encarcerada, podem ter repercussões graves para os indivíduos, famílias e comunidades (CARTER; SNELL, 2016).

Muitas vezes, os cuidados cirúrgicos se concentram na fase intraoperatória. No entanto, estes cuidados devem ser compreendidos, considerando-se as fases pré e pós-operatórias. Isto é que assegurará o alcance da reabilitação destes pacientes (CARTER; SNELL, 2016).

A mortalidade em pacientes cirúrgicos diminuiu ao longo das últimas décadas. Contudo, isto não se deve ao fato de ter ocorrido uma diminuição das complicações,

mas à melhoria no reconhecimento efetivo e tratamento de complicações. No entanto, as falhas nos processos de cuidados ainda persistem e podem causar sérios prejuízos, como a mortalidade do paciente, além do aumento de tempo de permanência hospitalar e do custo dos cuidados (HELLING et al, 2014).

Um estudo mostrou que eventos adversos, que são lesões não intencionais ou complicações causadas por cuidados de saúde, por falha do processo de cuidado, ocorreram em 14,4% dos pacientes cirúrgicos, e mais de um terço dessas ocorrências seriam evitáveis. As falhas do processo de cuidado envolveram o registro insuficiente, inadequação na análise de sinais vitais, bem como a falha na comunicação sobre as informações dos pacientes e entre os profissionais de saúde de diferentes turnos, comprometendo a continuidade da assistência a estes pacientes de modo coerente (HELLING et al, 2014).

A identificação de problemas de segurança ao paciente é o primeiro passo na criação e manutenção de um ambiente perioperatório seguro. O documento “Práticas recomendadas para um ambiente seguro de cuidado” recomenda estratégias para redução de risco que devem ser implantadas (HUGHES, 2013).

Nesse sentido, uma equipe multidisciplinar pode usar este documento para orientar o desenvolvimento de um plano de gerenciamento de qualidade e criar políticas e procedimentos de segurança na área perioperatória para obter o sucesso no tratamento (HUGHES, 2013).

O ponto chave para reverter eventos adversos e de não conformidade na assistência perioperatória aos pacientes vítimas de traumas está relacionado com identificação de pacientes de risco, reconhecimento imediato e prontidão para a implementação de cuidados. Há indicação de que os esforços de segurança podem, de fato, reduzir complicações e mortalidade adicionais em pacientes cirúrgicos. Isso requer a interação cuidadosa de todos os profissionais de saúde envolvidos, com comunicação adequada de informações, que possam subsidiar a continuidade da assistência (HELLING et al, 2014).

Muitos eventos adversos ou de não conformidade ocorrem durante o tratamento do paciente cirúrgico em decorrência da complexidade dos procedimentos cirúrgicos, tipo de anestesia, utilização de maior densidade tecnológica e envolvimento de vários profissionais no perioperatório, que podem aumentar ainda mais os riscos aos atendidos (STEELMAN; GRALING, 2013).

Em um estudo observacional verificou-se que em todos os pacientes cirúrgicos que apresentaram piora clínica inesperada (eventos de falha) e necessitaram de atendimento em uma unidade de terapia intensiva ou, ainda, que morreram durante o período de 12 meses, e os erros foram revisados, seriam evitáveis se tivessem sido reconhecidos, com comunicação eficiente ou gerenciamento do registro eletrônico dos profissionais na instituição. Desse modo, os parâmetros examinados foram: idade; sexo; serviço de admissão; Índice de Comorbidade de Charlson com ajuste de idade; Avaliação de Fisiologia Aguda e Avaliação de Saúde Crônica (APACHE) 2, além do Sistema de Classificação de Status Físico da *American Society of Anesthesiologists* (ASA) para avaliação de risco cirúrgico; vias de comunicação e de notificação; medicamentos administrados antes do evento de falha; tromboprofilaxia; sinais vitais e condição clínica antes do evento de falha. Assim, os sinais vitais e a condição clínica avaliados foram frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, frequência respiratória, temperatura corporal, oximetria de pulso, dor torácica, dispnéia, avaliação neurológica, eliminação urinária, presença de sangramento, aspiração e mudança no estado mental (HELLING et al, 2014).

Diante disso, a depender da gravidade, o paciente cirúrgico pode necessitar de cirurgia emergencial ou eletiva, a depender da gravidade e disponibilidade de recursos, podendo ainda ser transferido para outras unidades, como centro cirúrgico, enfermaria ou unidade de cuidados intensivos (CARTER; SNELL, 2016).

Considerando a ausência de protocolos efetivos para prestar a assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com traumas, buscamos evidências científicas para a elaboração de um protocolo para o Pronto Socorro de Cirurgia e Traumatologia, pois a enfermagem é reconhecida como uma das principais profissões que contribui na melhoria da qualidade da assistência ao paciente (CHOI; BOYLE, 2014).

Diante destas considerações, ao refletirmos sobre este contexto de atendimento de urgência e de emergência hospitalar ao paciente com trauma, na perspectiva da assistência perioperatória, estabelecemos como questão de pesquisa para este estudo: Qual é o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com traumas em um serviço de pronto socorro e a sua importância na elaboração do protocolo de assistência perioperatória?

Para responder a esta questão, propomos este estudo como uma contribuição na melhoria da assistência de enfermagem perioperatória ao paciente com trauma, no contexto do atendimento de urgência e emergência hospitalar.

2 OBJETIVOS

- Analisar as evidências científicas sobre a assistência perioperatória aos pacientes com traumas para estabelecimento dos aspectos fundamentais para elaboração de um protocolo de atendimento;

- Identificar o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com traumas, atendidos em um serviço de pronto socorro cirúrgico, em uma instituição pública;

- Propor um protocolo de assistência de enfermagem perioperatória com base neste perfil e na demanda de necessidades desta clientela.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA E A ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO

Para dar aporte a esta presente pesquisa, abordaremos a conceituação sobre a assistência perioperatória aos pacientes com traumas, as vantagens da elaboração do protocolo e os seus aspectos fundamentais.

O reconhecimento do paciente com condição clínica grave é desafiador e constitui parte fundamental do conhecimento, intuição e habilidade de avaliação clínica dos profissionais de enfermagem. Os principais fatores que podem aumentar a mortalidade perioperatória são atrasos na cirurgia, insuficiência de hemoderivados para transfusão e cuidados pós-operatórios deficitários (CARTER; SNELL, 2016).

No que concerne ao tratamento de pacientes com traumas, o fornecimento adequado de informações é uma questão particularmente importante, já que a complexidade de suas lesões afeta múltiplos sistemas corporais e, com isso, exige a atuação de diferentes especialidades no atendimento destes pacientes, como cirurgia geral, ortopedia, oftalmologia, cirurgia cardíaca e neurocirurgia (CALLEJA; AITKEN; COOKE, 2016).

Os componentes essenciais para a transferência de informações sobre os pacientes com traumas são: identificação do paciente; informação centrada no paciente; tipo de lesão; história clínica; estabilidade clínica; sinais vitais; resposta clínica às intervenções; intervenções realizadas; equipes envolvidas na prestação de tratamento; o plano de cuidados; atendimento pré-hospitalar; indicação das ações necessárias de cuidado; riscos futuros; priorização de cuidados; informações familiares e sociais relevantes, bem como informações sobre aspectos legais do trauma (CALLEJA; AITKEN; COOKE, 2016).

Os procedimentos para a identificação adequada são fundamentais para assegurar que o paciente receba o cuidado correto e preciso, no momento certo. A identificação incorreta do paciente pode contribuir para erros de administração de medicamentos, além da realização incorreta de cirurgia e demais procedimentos do atendimento. Por isso, a verificação da identificação do paciente deve ser rotineiramente realizada em cada unidade e nas situações de contato dos profissionais com o paciente na prestação da assistência (CAMPBELL et al, 2015).

A atuação da equipe em uma avaliação pré-operatória adequada beneficia a obtenção de melhores resultados. Nesse sentido, para os pacientes que utilizam vários medicamentos e que têm múltiplas comorbidades, os medicamentos devem ser administrados antes da cirurgia eletiva para reduzir a probabilidade de interações de drogas e melhorar a sua resposta clínica (BOUDREAUX; VETTER, 2016).

Outro fator que deve ser levado em consideração é o delírio pós-operatório, que está associado à maior morbidade e mortalidade em pacientes idosos submetidos à cirurgia. Desse modo, a identificação de pacientes com este risco e avaliação pré-operatória possibilitam intervenções preventivas que beneficiam o paciente no período pós-operatório trazendo vantagem para a sua recuperação (BOUDREAUX; VETTER, 2016).

Além disso, o cuidado de enfermagem durante a anestesia relaciona-se com o monitoramento da condição clínica do paciente antes e após os processos cirúrgicos e anestésicos. No caso de haverem eventos adversos, a revisão dos dados do paciente é essencial para fornecer uma intervenção adequada e coerente com a necessidade do momento. Elaborar modelos/padrões para obter dados essenciais durante as situações de emergência favorece a tomada de decisão clínica (ROMERO; STAUB, 2016).

Ademais, o jejum pré-operatório busca alcançar o aumento da segurança do paciente, diminuindo o risco de eventos adversos durante a anestesia geral. No entanto, o jejum prolongado pode causar desidratação, hipoglicemia e desequilíbrio hidroeletrolítico, bem como desconforto ao paciente, aspectos que devem ser considerados na elaboração dos protocolos (FALCONER, 2014).

Em consequência, a prática tradicional de jejum em todos os pacientes no pré-operatório a partir da meia-noite foi revogada em um documento pela Sociedade Americana de Anestesiologistas, em 1999, pois a diminuição do tempo de jejum pré-operatório não aumentou significativamente o risco de desfechos adversos. Assim, a Sociedade Americana de Anestesiologistas recomenda um jejum mínimo de seis horas para alimentos sólidos e duas horas para líquidos limpos (água, suco de frutas sem polpa, bebidas gaseificadas, chá claro, café preto, excetuando-se o leite) antes de cirurgias eletivas com anestesia geral (FALCONER, 2014).

A utilização de instruções de jejum e a opção de escolha do paciente podem prolongar desnecessariamente o jejum pré-operatório e, portanto, as instituições devem adotar a padronização do período mínimo de jejum mediante uma

comunicação clínica efetiva com fornecimento de informações verbais para pacientes cirúrgicos eletivos e de emergência e seus acompanhantes (FALCONER, 2014).

Por outro lado, pelo envolvimento de diferentes fatores clínicos pode-se exigir o jejum pré-operatório prolongado, inclusive pela possibilidade de anestesia geral. A descrição do quadro clínico é primordial, principalmente quando os pacientes apresentam alto risco para aspiração e com dificuldade de esvaziamento gástrico, em atendimento emergencial (FALCONER, 2014).

Os profissionais de enfermagem, que atuam no contexto perioperatório enfrentam desafios diários em relação à comunicação, incluindo-se informações insuficientes; pressão para agilizar o atendimento; falta de exatidão sobre o procedimento realizado ou planejado e outros fatores como interrupções e distrações que influenciam o tipo e a qualidade de dados fornecidos (SEIFERT, 2012).

A *Joint Commission* estimou que 80% dos erros médicos sérios estão associados à falta de comunicação durante as transferências dos pacientes entre as unidades, cuja ausência de informações necessárias podem prejudicar o fornecimento da assistência à saúde (SEIFERT, 2012).

O documento “Práticas Recomendadas para a transferência de cuidados” aborda a necessidade de trabalho em equipe, inclusive com a participação do paciente e de seus familiares, bem como o desenvolvimento de habilidades de comunicação, padronização dos processos de documentação, políticas e programas de gerenciamento da qualidade em relação aos procedimentos realizados (SEIFERT, 2012).

A assistência perioperatória envolve a transferência de pacientes entre unidades pré-operatória, intraoperatória e de pós-operatório, o que indica a necessidade de maior preocupação com a comunicação efetiva entre os profissionais e com os pacientes e seus familiares (SEIFERT, 2012).

A Associação Perioperatória de Enfermeiras Registradas (AORN) e a *Joint Comission* recomendam as boas práticas sobre a abordagem padronizada e abrangente das transferências de pacientes cirúrgicos. Assim, as recomendações para as transferências pré-operatória e pós-operatórias podem ser realizadas por meio da estratégia SHARE (SEIFERT, 2012):

S - Padronizar conteúdo crítico (*Standardize critical content*): fornecimento padronizado de informações com clínicos do paciente com síntese das informações para os outros profissionais, que muitas vezes são recebidas de diferentes fontes e separadas;

H - Comportamentos *hardware* dentro do seu sistema (*Hardwire behaviors within your system*): desenvolvimento de padronização de formulários, listas de verificação e outras ferramentas, que favoreçam a sistematização das informações para otimização do tempo e de custos;

A - Permita a oportunidade de fazer perguntas (*Allow the opportunity to ask questions*): compartilhamento de informações entre a equipe interdisciplinar; favorecendo a análise de dados e a troca de informações e de contato, quando necessário;

R - Reforçar a qualidade e a mensuração (*Reinforce quality and measurement*): monitoramento da utilização de formulários padronizados e os resultados alcançados para a melhoria do processo;

E - Educar e treinar (*Educate and coach*): padronização do treinamento para educação permanente bem-sucedida.

A primeira recomendação sobre a importância dos protocolos de comunicação para transferência de pacientes perioperatórios para reduzir ou prevenir erros de comunicação prioriza as listas de verificação, que favorece a segurança cirúrgica em relação à ocorrência de eventos adversos e não conformidade (SEIFERT, 2012).

As informações pré-operatórias devem ser disponibilizadas em formulários padronizados, tanto para profissionais da unidade pré-operatória como para os da unidade intraoperatória (SEIFERT, 2012).

Na fase pré-operatória a demarcação do local cirúrgico, que deve ser registrada no pré-operatório, se aplicável, o formulário pré-operatório deverá listar os tipos de cirurgia que esta demarcação não é necessária como a esternotomia. Cada instituição poderá elaborar uma sobre as cirurgias que exigem demarcação ou uma lista de cirurgias que a dispensam. Além disso, outras informações devem estar contempladas neste formulário:

- certificação do paciente, procedimento e local cirúrgicos corretos;
- alergias e medicação em uso;

- história clínica, tratamentos cirúrgicos prévios e ocorrência de intercorrências, além do exame físico;
- diagnóstico, cirurgião e tipo de anestesia planejada;
- certificação da obtenção de consentimento para a realização da cirurgia e o protocolo de prepara pré-operatório;
- exames laboratoriais resultados e resultados de imagens;
- e a demanda de necessidades familiares e socioculturais, espirituais e educacionais relevantes relacionados ao problema de saúde em tratamento;
- identificação do profissional de enfermagem, responsável pelo fornecimento das informações, assim como do profissional que as recebeu, com número de registro no Conselho Regional de Enfermagem e assinatura.

Na fase pós-operatória as informações, que devem ser asseguradas na transferência para a unidade receptora:

- procedimento proposto e executado, anestesia realizada, além da ocorrência de intercorrências e exames realizados no intraoperatório;
- dados clínicos e histórico de alergias do paciente, bem como o estado hemodinâmico no intraoperatório e ao final da cirurgia;
- medicamentos anestésicos, antibióticos, analgésicos e de outras classes farmacológicas, além de hemoderivados e soluções administrados no intraoperatório;
- presença de tubos, sondas e drenos (tipo e localização) e débito intraoperatório;
- prescrição pós-operatória;
- registro de todos os procedimentos e ocorrência de intercorrências, bem como os protocolos assistenciais realizados.
- identificação do profissional de enfermagem, responsável pelo fornecimento das informações, assim como do profissional que as recebeu, com número de registro no Conselho Regional de Enfermagem e assinatura.

As "Práticas recomendadas para transferência de informações sobre os cuidados do paciente", da AORN, favorecem o atendimento perioperatório do paciente porque prioriza as informações, vinculando-se diretamente aos cuidados prestados pela equipe cirúrgica, bem como a realização dos protocolos institucionais (SEIFERT, 2012).

A adoção da padronização da transferência perioperatória do paciente possibilitará a avaliação da assistência realizada, os resultados alcançados, além de constituir fonte de dados para pesquisas futuras.

Apesar de muitos avanços na prevenção de infecções de sítio cirúrgico (ISC), ainda persistem danos significativos ao paciente vinculados a esta complicação pós-operatória e esta padronização possibilita identificar futuramente os possíveis fatores de risco como idade, nutrição e obesidade; fatores de risco procedimentais como antissepsia pré-operatória da pele ineficaz; duração do procedimento; questões de risco pré-operatório de preparação como antibioticoprofilaxia, e banho pré-operatório e tonsura de pelos no intraoperatório envolvidos, para análise, quando da ocorrência no paciente (LOVE, 2016).

Além disso, o registro da realização da antissepsia pré-operatória como medida preventiva e a análise longitudinal poderão contribuir de forma significativa na avaliação da qualidade da assistência perioperatória prestada (COWPERTHWAITE; HOLM, 2015).

A Diretriz sobre a antissepsia pré-operatória da AORN recomenda que os pacientes devem tomar banho antes da cirurgia com sabão ou com uma solução antisséptica na noite anterior ou no dia da cirurgia, como medida preventiva para reduzir a contaminação microbiana da pele; os pelos no local cirúrgico devem ser mantidos, a menos que estes possam interferir na realização do procedimento e assim esta tonsura deverá ser realizada no intraoperatório; os antissépticos pré-operatórios devem ser selecionados individualmente para o paciente, considerando-se o histórico de alergias, dentre as opções instituídas no serviço (COWPERTHWAITE; HOLM, 2015).

Diante do exposto, acreditamos que um protocolo de assistência perioperatória ao paciente com trauma em um serviço de Pronto Socorro agregará maior qualidade em decorrência da prática com fundamentação científica e a possibilidade de um planejamento de recursos humanos, materiais e de infraestrutura.

3.2 ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL: CONTEÚDO E RECOMENDAÇÕES

Protocolo assistencial de enfermagem é a descrição da assistência/cuidado, com detalhamento operacional e definição de responsabilidade técnica de um membro da equipe, que direcionam os profissionais na tomada de decisões e padronizam as ações preventivas, terapêuticas, reabilitação ou paliativa de pacientes atendidos nas instituições de saúde (PIMENTA et al, 2015).

A sua construção e elaboração deverá estar fundamentada em princípios legais e éticos da profissão, em evidências científicas, às normas e regulamentação vigente do sistema de saúde nacional, estadual e municipal e da instituição de saúde responsável (PIMENTA et al, 2015).

Portanto, a descrição de uma situação específica de assistência perioperatória em um serviço de urgência e de emergência ao paciente com trauma é fundamental a caracterização do perfil da clientela atendida. Isto visa segurança, tanto de pacientes como de profissionais, padronização do cuidado, capacitação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, favorece a incorporação de novas tecnologias mais adequadas ao atendimento da demanda de necessidades da clientela, além da otimização dos recursos disponíveis, transparência e maior custo benefício, educação permanente e melhoria da comunicação entre a equipe de saúde (PIMENTA et al, 2015).

A consolidação da Enfermagem na instituição pode ser alcançada mediante a busca de implementação da prática baseada em evidências, analisando a adequação destas à realidade profissional, institucional e a preferência do paciente, ou seja, as condições da realidade institucional deverão possibilitar a implementação de ações com a tomada de decisão no serviço de urgência e de emergência de pacientes com trauma (PIMENTA et al, 2015).

O “Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem”, elaborado pelo COREN-SP (2015), estabelece 12 critérios recomendados pela OMS e outros órgãos, nacionais e internacionais:

a. Origem: instituição/departamento responsável pelo protocolo.

b. Objetivo: definição da situação e o tipo de paciente do protocolo planejado e os profissionais responsáveis pela implementação.

c. Grupo de desenvolvimento: estabelecimento dos profissionais especialistas na área e usuários finais.

d. Conflito de interesse: declaração explícita sobre ausência ou presença de conflitos de interesses, constando as instituições e entidades fornecedoras de recursos e os profissionais responsáveis pelo protocolo.

e. Evidências: especificação das evidências científicas subsidiam as ações propostas no protocolo, descrição clara da estratégia de busca destas evidências, nível de evidência para a utilização da recomendação, além das informações da experiência clínica do especialista.

f. Revisão: definição do profissional revisor externo ao grupo elaborador da Instituição, com aprovação pelos membros do grupo responsável pelo protocolo e da administração da instituição, além do planejamento previsto para atualização.

g. Fluxograma: esquema de fluxo de informações e de execução dos processos específicos para análise e para a tomada de decisão para o desenvolvimento das etapas do protocolo.

h. Indicador de resultado: representa a síntese das ações realizadas, com detalhamento fidedigno sobre uso, eficácia e efetividade de uma ação/protocolo.

i. Validação pelos profissionais que utilizarão o protocolo: assegura a aceitação e a utilização do protocolo pelos profissionais da Instituição.

j. Validação pelo usuário: previsão da participação dos usuários dos serviços da Instituição no processo de tomada de decisão, que poderá ser individual ou de entidades representativas deste grupo.

k. Limitações: definição e clareza sobre as práticas não efetivas ou àquelas que não possuem evidências ou as evidências são fracas.

l. Plano de implementação: estabelecimento da previsão de educação permanente para a utilização do protocolo.

Portanto, a elaboração de protocolo de assistência perioperatória para paciente com trauma, internados em um pronto socorro de urgência e de emergência, poderá favorecer a qualificação da assistência, com práticas fundamentadas em evidências científicas, padronização de informações a serem veiculadas e de condutas da equipe de saúde, estabelecimento dos limites das ações de cada profissional da equipe multiprofissional e as formas de cooperação entre si, além de constituir a documentação legal da assistência prestada e os resultados alcançados, que poderão subsidiar a proposição de futuras melhorias para a assistência à saúde oferecida e também ao planejamento institucional (PIMENTA et al, 2015).

Um protocolo de assistência perioperatória aos pacientes com traumas necessita ter definição e clareza sobre a avaliação do paciente; o plano de cuidados; o diagnóstico de enfermagem e a identificação dos resultados e intervenções desejados; uma avaliação dos exames realizados e resultados alcançados com os cuidados realizados. O desenvolvimento de práticas leva em consideração a realidade do hospital, também justifica uma revisão ou avaliação da documentação utilizada no local. E, portanto, a revisão do protocolo deve ser prevista na sua implementação.

Modelos de atendimento e procedimentos devem ser implementados, avaliados periodicamente, revisados de acordo com as necessidades do cotidiano assistencial, o que aumenta a assertividade dos esforços dos profissionais da enfermagem e de outros profissionais para o alcance das metas das políticas e procedimentos adotados pela instituição.

4 MÉTODOS

4.1 ETAPAS DO ESTUDO METODOLÓGICO

Esta pesquisa constitui um estudo metodológico, que foi desenvolvido em duas fases:

- Fase 1: Estudo de revisão integrativa da literatura sobre assistência de enfermagem perioperatória para pacientes com traumas;
- Fase 2: Estudo descritivo transversal, com abordagem quantitativa para definir o perfil de pacientes com traumas, atendidos no Serviço de Pronto Socorro e a apresentação do protocolo proposto.

4.1.1 Fase 1: Assistência de enfermagem perioperatória para pacientes com traumas: revisão integrativa da literatura

De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), a revisão integrativa (RI) constitui na elaboração de uma análise ampla da literatura, que auxilia nas discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, além de análises sobre a realização de futuros estudos. A proposição inicial dessa metodologia de pesquisa é conseguir ter uma intensa e completa compreensão de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. Dessa forma, é importante seguir modelos de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de modo que o próprio leitor tenha condições de identificar as características das pesquisas levantadas e incluídas na revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A RI foi constituída por seis etapas distintas para a incorporação de evidências: escolha e definição do tema (elaboração da questão); busca na literatura (amostragem); critérios para categorização dos estudos (coleta de dados); avaliação dos estudos incluídos nos resultados; discussão do resultado; apresentação da RI (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A RI permite a inclusão de pesquisas de diferentes delineamentos para o entendimento mais completo sobre a temática em análise, com associação de dados de literatura teórica e empírica. Além disto, viabiliza o estabelecimento de conceitos, de teorias ou problemas de cuidado na saúde e na enfermagem (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a análise do rigor metodológico foi considerada a proposta com sete níveis de evidências científicas (STILLWELL et al, 2010):

- nível I - revisões sistemáticas ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados;
- nível II - ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;
- nível III - ensaios clínicos bem delineados sem randomização;
- nível IV - estudos de corte e de caso-controle bem delineados;
- nível V - estudos descritivos e qualitativos;
- nível VI - estudo descritivo ou qualitativo;
- nível VII - opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Para subsidiar a elaboração da pergunta desta RI é recomendada a utilização da estratégia PICO (*Patient or Problem, Intervention, Comparison, Outcome/s*), que representa um acrônimo, respectivamente, para População, Intervenção, Comparação e Desfecho (AKOBENG, 2005).

O levantamento das informações e sínteses pertinentes à revisão diminui incertezas sobre recomendações práticas, além de possibilitar generalizações precisas em relação ao fenômeno estudado por meio dos dados disponíveis delimitados, já lidos, o que contribuiu para a tomada de decisões sobre as intervenções que poderiam resultar em benefícios para a operacionalização de atendimento em um hospital, principalmente considerando-se os níveis de evidências dos estudos da amostra.

O rigor metodológico na elaboração de uma RI possibilita a aplicação do resultado, que beneficiará nas instituições de saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; STILLWELL et al, 2010).

A criação de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura é fundamental para a execução da RI, ou seja, isto possibilita maior especificidade e objetividade para responder a pergunta formulada pelo pesquisador (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O acesso eletrônico ao banco de dados de pesquisa elencados pelo pesquisador, a seleção da amostra e sua avaliação crítica é essencial para a sua validade interna. Portanto, a utilização de descritores indexados nos bancos de dados asseguram a representatividade mundial, com obtenção de um alto nível de qualidade e confiabilidade em relação às conclusões da RI (STILLWELL et al, 2010).

O apropriado seria a inclusão de todos os artigos encontrados, entretanto, quando não há possibilidade, o pesquisador precisa explicitar os critérios de inclusão e exclusão adotados para a produção da RI e quantificar e identificar os motivos para a exclusão dos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Nesse contexto, um dos critérios pode em relação aos métodos utilizados nos estudos. O rigor na busca e na escolha dos artigos incluídos na RI é obtido quando realizadopor dois revisores, independentemente e, com posterior discussão para a definição final da amostra (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Acreditamos que a RIé uma ferramenta importante para o estabelecimento de recomendações para a elaboração de protocolos para serem implementados na prática clínica, uma vez que proporciona uma síntese do conhecimento já produzido e fornece subsídios para a melhoria da assistência à saúde. Assim, considerando a escassez de protocolos para assistência perioperatória de pacientes com traumas, optou-se na Fase 1 por este método.

4.1.2 Operacionalização da Revisão Integrativa

Foram estabelecidos os quatro componentes da estratégia PICO para a formulação da pergunta desta RI:

- **P** – População: Pacientes com traumas em Unidades de Pronto Atendimento;
- **I** – Intervenção: tratamento cirúrgico;
- **C** – Comparação: Não se aplica;
- **O** – Desfecho: Assistência de enfermagem perioperatória.

Assim, a pergunta elaborada foi: Quais as evidências científicas sobre a assistência de enfermagem perioperatória para pacientes com traumas em atendimento nas unidades de pronto socorro?

A busca na literatura científica foi realizada na base de dados MEDLINE/PubMed (*Medical Literature Analysis and Retrieval System*), Web of Science (*Science Citation Index Expanded*) e Scopus, utilizando descritores controlados do MeSH (*Medical Subject Headings*): *"Patients", "Perioperative Care", "Emergency Service Hospital", "Nursing Care", “Quality of Health Care”*.

Assim, os critérios de inclusão delimitados para a presente RI foram: estudos primários relacionados à temática, publicados nos últimos dez anos, na língua portuguesa, espanhola ou inglesa, com texto completo disponível. Excluíram-se as publicações secundárias: capítulos de livros, livros, teses, dissertações, resenhas, editoriais, opiniões de peritos e estudos de revisão.

O instrumento utilizado para a coleta de dados da amostra deste estudo contemplou informações como periódico, autoria, ano e país de desenvolvimento do estudo, características metodológicas (delineamento e nível de evidência) e o rigor metodológico (URSI, GALVÃO, 2006).

As informações coletadas dos estudos da RI foram analisados de maneira sistemática para que todos os dados fossem interpretados, sintetizados e proporcionassem as conclusões formuladas a partir das pesquisas incluídas na RI.

Ao estabelecermos a partir da RI, a busca bibliográfica ocorreu concomitantemente nas três bases de dados e a seleção dos artigos foi realizada por pares, separadamente, visando evitar vieses na triagem dos artigos a serem analisados. De acordo com os cruzamentos, foram obtidas 100 publicações nas bases de dados consultadas MEDLINE, *Web of Science* e Scopus. Após leitura dos resumos, exclusão os artigos repetidos nas bases de dados ou que não atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa, restaram 13 artigos. Após a análise criteriosa, mediante leitura dos artigos na íntegra, foram selecionados 13 artigos. No Quadro 1 está sintetizado o cruzamento dos descritores, nas três bases de dados da RI.

Quadro1. Distribuição dos cruzamentos realizados com os descritores *"Patients", "Perioperative Care", "Emergency Service Hospital", "Nursing Care", "Quality of Health Care"* nas bases de dados MEDLINE, Scopus e *Web of Science*. Ribeirão Preto, 2019

Descritores	**Base de Dados**
	MEDLINE/PubMed/Scopus/Web of Science
"Patients" AND "Perioperative Care" AND "Nursing Care" AND "Quality of Health Care"	13 artigos

Todos os estudos da amostra desta RI focalizaram os "Cuidados perioperatórios", enfatizando a importância da padronização dos cuidados no pré,

intra e pós-operatórios para pacientes nas unidades de atendimento hospitalar por traumas.

Os resultados obtidos com esta etapa serão apresentados no Capítulo 6, quando será abordada a proposição do protocolo.

4.2 FASE 2: ESTUDO DESCRITIVO QUANTITATIVO

A Fase 2 deste desta pesquisa constituiu de um estudo descritivo transversal, com abordagem quantitativa.

O estudo descritivo busca registrar, avaliar e correlacionar acontecimentos ou fenômenos, sem manipulação. Dessa forma, busca a máxima precisão sobre a frequência de um fato, sua relação e ligação com outros, assim como sua origem e aspectos fundamentais. Nesse contexto, beneficiam numa pesquisa mais ampla e completa, as tarefas de elaboração objetiva e coerente do problema e da hipótese como tentativa de solução (CERVO, BERVIAN, 1983).

Em relação aos riscos da pesquisa, não há riscos pessoais envolvidos na pesquisa como um todo, e especificamente nenhum fator que se indisponha com a ética e/ou com princípios morais e sociais. O risco em relação à confidencialidade dos dados foi assegurado, com adoção da identificação numérica e sequencial de obtenção de dados e na análise destes ao longo do desenvolvimento do estudo, com arquivamento e manuseio pelo próprio pesquisador. No que tange aos benefícios, há várias vantagens envolvidas no trabalho, uma vez que a pesquisa possibilita aos profissionais, docentes, pesquisadores e discentes, a reflexão sobre os conteúdos relacionados e desenvolvidos nos referidos estudos na área de saúde.

Foi solicitado dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois se buscou todas as fichas de pacientes atendidos no período de coleta de dados, em sua totalidade, o que incluía fichas de pacientes que foram transferidos para seguimentos em outras Instituições ou que haviam se mudado para outras regiões, o que impossibilitaria o acesso a todos os pacientes e, por conseguinte, a obtenção do consentimento.

Nesse sentido, a assistência perioperatória aos pacientes com traumas por envolver uma variedade de procedimentos cuja padronização em um protocolo, permitirá a melhoria na qualidade do atendimento, tanto na avaliação e na realização

de intervenções, bem como no encaminhado do paciente pela equipe de na realização de exames como tomografia computadorizada, exames laboratoriais, além dos cuidados da equipe multidisciplinar na sala de emergência, que após sua estabilização, segue para o tratamento cirúrgico (TEIXEIRA, 2014).

4.2.1 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP/EERP-USP), conforme Resolução 466/2012, segundo o Parecer No. 115/2018 - CAAE 87824418.8.0000.5393 (Anexo 1). Previamente, o desenvolvimento deste estudo havia sido autorizado pela Gestão Acadêmica do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

4.2.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado em um Pronto Socorro de Cirurgia e Traumatologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU), instituição pública, de grande porte, situada do interior do Estado de Minas Gerais, no município de Uberlândia.

O Pronto Socorro do hospital referido adota o protocolo de Manchester para a classificação de risco de pacientes antes de serem atendidos para a priorização do atendimento. A classificação é feita por um enfermeiro habilitado (COFEN, 2012).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) estabelece uma classificação de risco em cinco categorias, sendo que para aqueles com patologias mais graves é atribuída a cor vermelha para atendimento imediato. Os casos muito urgentes são identificados com a cor laranja, cujo tempo de espera recomendado é de 10 minutos. Os casos urgentes, com a cor amarela, cuja recomendação de tempo de espera é de 60 minutos. Aqueles pacientes que recebem a cor verde e azul são casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes), sendo que estes devem ser atendidos no espaço de duas e quatro horas, respectivamente, posteriormente ao atendimento dos pacientes mais graves (FREITAS, 2002).

Após esta triagem, na ficha de atendimento do software mantém a cor de classificação de risco para a indicação do tipo de atendimento e o paciente é devidamente encaminhado ao setor de referência (subunidade do Pronto Socorro).

Todas as informações clínicas coletadas na triagem são registradas na ficha eletrônica, que fica disponível no setor de atendimento médico. Todos os profissionais, cadastrados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), têm acesso à ficha de atendimento.

4.2.3 Amostra do estudo

Os critérios de inclusão estabelecidos para a obtenção da amostra deste estudo foram fichas de atendimento de pacientes adultos e idosos; internados no Pronto Socorro de Cirurgia e Traumatologia do HCU, no período de julho a setembro de 2017; e avaliados pela Equipe de Trauma na admissão hospitalar, nas primeiras 24 horas de atendimento.

Os critérios de exclusão foram: as fichas de atendimento de pacientes adultos e idosos, que chegaram ao Pronto Atendimento do hospital em parada cardiorrespiratória e que evoluíram ao óbito; e as fichas de atendimento do Pronto Socorro de Cirurgia e Traumatologia que não localizadas.

4.2.4 Instrumento para coleta dos dados

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento (Apêndice A) pelos pesquisadores com base na RI para caracterizar, do ponto de vista sociodemográfico, clínico e terapêutico, os pacientes internados no Pronto Socorro de Cirurgia e Traumatologia.

Para a obtenção dos dados foi acessado o SIH, que é o *software* utilizado no Pronto Socorro para registrar todas as informações e ações de cuidados à saúde referentes ao paciente como sexo, idade, cidade de procedência, causa da internação, diagnóstico na internação, tipo de atendimento e procedimentos realizados, além das informações sobre o encaminhamento/transferência do paciente para outras unidades da instituição.

4.2.5 Análise estatística

A análise dos dados foi realizada através da estatística descritiva das variáveis do estudo. Após codificação, apropriada de cada uma das variáveis de interesse, com base no instrumento de coleta de dados, foi elaborado um banco de dados no aplicativo Microsoft Excel, que foi validado mediante dupla entrada (digitação). Concluída a validação, os dados foram exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) Versão 20.0 para análise estatística.

A análise estatística descritiva foi empregada para as características sociodemográficas, clínicas e terapêuticas por meio de frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão e mediana para as frequências de complicações pós-operatórias.

Com base na análise do perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico, identificou-se a especificidade de pacientes com traumas para a elaboração da proposta de protocolo de assistência perioperatória e as demandas de necessidades de atendimento cirúrgico de urgência e de emergência na instituição em estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da Fase 2 deste estudo serão apresentados em duas etapas. Na primeira etapa serão apresentados os dados referentes à caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica dos pacientes internados no Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro, sequencialmente com a respectiva discussão.

Na segunda etapa será apresentado o protocolo de assistência perioperatória para pacientes com trauma em um Pronto Socorro de Cirurgia, com base na RI e na caracterização da clientela atendida.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PACIENTES INTERNADOS NO PRONTO SOCORRO DE CIRURGIA DE TRAUMA

Tabela 1 - Caracterização do perfil demográfico dos pacientes internados em Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	182	76,5
Feminino	56	23,5
Procedência		
Uberlândia	178	74,8
Outras cidades	60	25,2
Origem do paciente		
Residência	6	2,5
Local do acidente	62	26,1
Outra instituição	170	71,4
Transporte		
Corpo de Bombeiros	61	25,6
Ambulância	173	72,7
Outro	4	1,7
Total	**238**	**100,0**

Fonte: Arquivo dos pesquisadores

Na Tabela 1, pode se verificar que no período de julho a setembro de 2017 foram internados no Pronto Socorro de Cirurgia e Traumatologia do hospital em estudo um total de 238 pacientes, sendo que eram do sexo masculino (182 – 76,5%) e do feminino (56 – 23,5%).

A maioria dos pacientes era procedente da cidade de Uberlândia (178 - 74,8%) e de Outras cidades (60 - 25,2%). Além disso, a maioria era proveniente de outras instituições (170 - 71,4%), seguido do local do acidente (62 - 26,1%) e da residência (6 – 2,5%). Estes pacientes foram transportados de ambulância (173 - 72,7%), pelo corpo de bombeiros (61 – 25,6%) e por outro meio (4 - 1,7%).

Além disso, o tempo mínimo de internação foi de um dia e o tempo máximo de internação foi 46 dias, sendo que o tempo médio de internação foi de 7,76 dias (DP = 7,039). A idade mínima dentre estes pacientes foi de 18 anos e a idade máxima foi de 94 anos, com média de idade de 40,71 anos (DP = 17,275).

Na Tabela 2 estão apresentados os principais mecanismos de trauma dos pacientes internados no Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma que foram os acidentes motociclísticos (106 - 44,5%), acidentes com máquinas e equipamentos (31 - 13,0%), queda da própria altura (24 - 10,1%) e queda da altura (23 - 9,7%), acidente automobilístico (11 – 4,6%), atropelamento (6 – 2,5%), ferimento por arma branca/fogo 5 – 2,1%) e violência (4 – 1,7%). Por outro lado, nesta tivemos atendimentos por outras causas (28 – 11,8%).

Tabela 2 - Principais mecanismos de trauma dos pacientes internados em Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019

Causas do trauma	N	%
Causa do trauma		
Acidente motociclístico	106	44,5
Acidente com máquinas e equipamentos	31	13,0
Queda da própria altura	24	10,1
Queda de altura	23	9,7
Acidente automobilístico	11	4,6
Atropelamento	6	2,5
Ferimento por arma branca/fogo	5	2,1
Violência	4	1,7
Outras causas	28	11,8
Total	**238**	**100,0**

Fonte: Arquivo dos pesquisadores

Na Tabela 3 estão apresentadas as características da avaliação inicial dos pacientes ao serem admitidos nesta Instituição, segundo a Escala de Classificação de Risco de Manchester e da Escala de Coma de Glasgow.

Tabela 3 - Características da avaliação inicial dos pacientes internados em Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019

Variáveis	N	%
Escala de Classificação de Risco de Manchester		
Cor vermelho	2	0,8
Cor laranja	95	45,4
Cor amarelo	108	39,9
Cor verde	8	3,4
Cor azul	1	0,4
Cor branco	11	4,6
Ausência de registro da informação	13	5,5
Total	**238**	**100,0**
Escala de Coma de Glasgow		
< 13 pontos	1	0,4
13 pontos	2	0,8
14 pontos	5	2,1
15 pontos	228	95,8
Ausência de registro da informação	2	0,8
Total	**238**	**100,0**

Fonte: Arquivo dos pesquisadores

Assim, obteve-se cor vermelha (2 – 0,8%), cor laranja (95 – 45,4%), cor amarela (108 – 39,9%), cor verde (8 - 3,4%), cor azul (1 – 0,4%), cor branca (11-4,6%) e ausência de registro desta informação (13 – 5,5%).

Em relação à avaliação do estado neurológico foi utilizada a Escala de Coma de Glasgow, sendo que o valor menor que 13 pontos foram encontrados em um (1 – 0,4%) paciente; 13 pontos em 2 (0,8%) pacientes; 14 pontos em 5 (2,1%) pacientes, 15 pontos em 228 (95,8%) pacientes e ausência de registro desta informação em 2 (0,8%) pacientes.

Na Tabela 4 podem ser verificados os valores dos sinais vitais, saturação de oxigênio e glicemia capilar dos pacientes na admissão (primeiras seis horas de internação).

Tabela 5 - Distribuição das variáveis sinais vitais, saturação de oxigênio e glicemia capilar dos pacientes na admissão em um Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019

Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
PAS (mmHg)*	140	85	200	129,64	20,246
PAD (mmHg)**	140	19	120	80,25	14,651
Pulso (bpm)***	141	50	140	84,00	15,491
FR (irpm)****	94	12	32	19,77	3,136
Temperatura (ºC)	73	35	38	36,47	0,603
Saturação de O_2 (%)*****	134	91	100	96,62	2,172
Glicemia capilar (mg/dl)	3	106	163	134,33	28,501

*PAS: Pressão arterial sistólica; **PAD: Pressão arterial diastólica; ***bpm: batimentos por minuto; **** irpm = incursões respiratórias por minuto; *****Oxigênio.
Fonte: Arquivo dos pesquisadores

Dentre as 140 mensurações realizadas, a Pressão Arterial Sistólica (PAS) mínima foi de 85mmHg e a máxima de 200mmHg, cuja média foi de 129,64, com desvio padrão de 20,246.

Dentre 140 mensurações, a Pressão Arterial Diastólica (PAD), a mínima foi de 19mmHg e a máxima de 120mmHg, cuja média foi de 80,25, com desvio padrão de 14,651.

Dentre 141 mensurações de Pulso (P) registradas, o valor mínimo foi de 50 batimentos por minuto (bpm) e o valor máximo de 140 bpm, cuja média foi de 84,00, com desvio-padrão de 15,491.

Em relação à Frequência Respiratória (FR), foram registradas 94 mensurações, sendo que o valor mínimo foi de 12 incursões respiratórias por minuto (irpm) e o valor máximo de 32 irpm, cuja média foi de 19,77 e desvio-padrão de 3,136.

Quanto às 73 mensurações da Temperatura, o valor mínimo foi 35ºC e o máximo de 38ºC, cuja média foi de 36,47 e desvio-padrão de 0,603.

Nas 134 mensurações de Saturação de oxigênio (%), o mínimo foi de 91% e o máximo de 100%, cuja média foi de 96,62 e desvio padrão de 2,172.

Foram realizados três registros de Glicemia capilar, com valor mínimo de 106 mg/dl e máximo de 163, com média de 134,33 e desvio padrão de 28,501.

Os exames laboratoriais e de imagem, realizados pelos pacientes durante a admissão no Pronto Socorro, estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 6 - Exames laboratoriais e de imagem realizados pelos pacientes na admissão em um Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019

Exames realizados na admissão	N	%
Hemograma	78	32,8
Ultrassonografia	5	2,1
Tomografia sem contraste	18	7,6
Tomografia com contraste	3	1,3
Raio X	223	93,7
Ressonância magnética	1	0,4

Fonte: Arquivo dos pesquisadores

Do total de 238 pacientes, na admissão foram realizados os exames de hemograma em 78 (32%) pacientes, de Ultrassonografia em cinco (2,1%) pacientes, de Tomografia sem contraste em 18 (7,6%) pacientes, Tomografia com contraste em três (1,3%) pacientes, Raio X em 223 (93,7%) e Ressonância magnética em um (0,4%) paciente.

Na Tabela 6, podem ser identificadas as especialidades de atendimento dos pacientes, sendo que a maioria foi atendida pela traumatologia (231 - 97,1%), pela Cirurgia (68 – 28,6%), Neurocirurgia (3 – 1,3%) e Outras (7 – 2,9%).

Ressaltamos que a principal queixa dos pacientes foi a dor (235 - 98,7%).

Tabela 7 - Especialidades de atendimento dos pacientes no Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019

Especialidade de atendimento	N	%
Cirurgia	68	28,6
Traumatologia	231	97,1
Neurocirurgia	3	1,3
Outras	7	2,9

Fonte: Arquivo dos pesquisadores

Na Tabela 7 estão apresentados os dados sobre o tipo de imobilização dos pacientes na chegada ao Pronto Socorro.

Tabela 8 – Tipo de imobilização dos pacientes na chegada no Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019

Tipo de imobilização do paciente	N	%
Imobilização com colar cervical	54	22,7
Prancha rígida	55	23,1
Imobilização com tala	107	45,0
Sem imobilização	22	9,2
Total	**238**	**100,0**

Fonte: Arquivo dos pesquisadores

Do total de 238 pacientes, o tipo de imobilização dos pacientes na chegada ao Pronto Socorro foi com colar cervical (54 – 22,7%), em uso de prancha rígida (55 – 23,15), com tala (107 – 45,0%) e sem imobilização (22 – 9,2%).

Quanto aos procedimentos realizados na admissão (primeiras 6 horas da internação) dos pacientes no Pronto Socorro, observa-se que a maioria (99,6%) usou cateter venoso periférico (Tabela 8).

Tabela 9 - Procedimentos realizados pelos pacientes durante a admissão em Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019

Variáveis	N	%
Dreno de tórax	2	0,8
Cateter venoso periférico	237	99,6
Cateter vesical de demora	2	0,8
Dreno de sucção	4	1,7
Dreno penrose	1	0,4

Fonte: Arquivo dos pesquisadores

Observa-se na Tabela 9, que do total de 238 pacientes, a maioria dos pacientes recebeu terapia medicamentosa com antibioticoterapia (188 - 79,0%) e com analgésicos (228 - 95,8%), além de soroterapia (9 – 3,8%) e transfusão de concentrado de hemácias (3 – 1,3%), durante a internação no Pronto Socorro.

Tabela 10 - Terapia medicamentosa e de transfusão em pacientes na internação no Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019

Variáveis	N	%
Antibiótico	188	79,0
Analgésico	228	95,8
Soroterapia	9	3,8
Concentrado de hemácia	3	1,3

Fonte: Arquivo dos pesquisadores

Na Tabela 10 estão identificados os desfechos dos atendimentos da mostra estudada.

Tabela 11 - Desfecho do atendimento dos pacientes internados em Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário mineiro. Ribeirão Preto, 2019

Variáveis	N	%
Alta hospitalar	230	96,6
Transferência interna para outra unidade	4	1,7
Transferência para outra instituição	4	1,7
Total	**238**	**100,0**

Fonte: Arquivo dos pesquisadores

Assim, do total de 238 pacientes da amostra, quanto ao desfecho do atendimento verificou-se que 230 (96,6%) pacientes receberam alta hospitalar, 4 (1,7%) pacientes foram transferidos para outra unidade da Instituição e 4 (1,7%) pacientes foram transferidos para outra Instituição.

5.2 DISCUSSÃO SOBRE A CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E TERAPÊUTICA DA CLIENTELA COM TRAUMA

No Brasil, o Ministério da Saúde, para organizar o fluxo e otimizar a assistência nos serviços de urgência e emergência, criou a Política Nacional de Humanização, cuja estratégia de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) constitui uma ferramenta de mudança no processo de trabalho. Assim, esta “triagem classificatória de risco” dimensiona o grau de complexidade e de urgência das queixas dos pacientes, com priorização da necessidade para o atendimento (BRASIL, 2002; FERREIRA et al, 2016).

Portanto, o ACCR é uma das intervenções para a reorganização do atendimento e da produção nos serviços de urgência, que pressupõe, desde 2011, um processo com fluxos assistenciais, em todos os pontos de atenção como uma tecnologia leve com escuta qualificada, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização, resolutividade dos serviços de saúde e priorização de atendimento dos pacientes mais críticos por meio do Protocolo de Manchester (HERMIDA et al, 2018).

O Protocolo de Manchester é um instrumento reconhecido para a reorganização da assistência, que agrega respaldo legal, para a equipe classificadora, apesar dos desafios de sua implantação. Vários fatores ligados à estrutura física, à equipe, à mudança do critério de atendimento e à informação e aceitação por parte do usuário, que interferem na implantação e na execução deste protocolo, foram abordados de forma efetiva, o que melhorou o processo de trabalho. Também constitui respaldo legal na reorganização da assistência (FUNDÃO; GOTARDO; ENDLICH, 2014).

Portanto, a padronização da triagem do paciente é realizada em cinco categorias, com definição do tempo de atendimento apropriado entre a triagem e o primeiro contato com o médico. Ou seja, objetiva a articulação da assistência de enfermagem na rede de urgência e emergência, com escuta atenta da queixa principal do paciente, identificação da necessidade e do tempo para atendimento (CHIANCA et al, 2016).

No Protocolo de Manchester as situações e a previsão de tempo de atendimento são classificadas em (REZENDE et al, 2016):

- Vermelho (Emergência): necessidade de atendimento imediato do paciente, pois há risco de morte, tempo máximo de espera de zero minuto;
- Laranja (Muito urgente): paciente precisa de atendimento rápido, tempo máximo de espera de 10 minutos;
- Amarelo (Urgente): necessidade de atendimento, mas o atendimento pode ser realizado com o tempo máximo de espera de 60 minutos;
- Verde (Pouco urgente): caso menos grave, necessidade de atendimento médico, que pode ser em consultório ambulatorial, com tempo máximo de espera de 120 minutos;
- Azul (Não urgente): caso de menor complexidade com história pregressa, que deve ser acompanhado no consultório médico ambulatorial, com tempo máximo de espera de 240 minutos.

Diante do exposto, passaremos a discutir os resultados da caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica da amostra do nosso estudo.

Neste estudo, no período de julho a setembro de 2017, foram atendidos 238 pacientes no Pronto Socorro de Cirurgia do Trauma, predomínio do sexo masculino (76,5%) e com média de idade de 40,71 anos (DP = 17,275). Isso pode ser corroborado pelos resultados de Chianca et al (2016), no qual observou-se 54,14% atendimentos de indivíduos do sexo masculino, cuja média de idade foi de 34,69 anos (desvio-padrão: 22,07 anos).

Por outro lado, os nossos resultados foram distintos em relação aos estudos de Diniz et al (2014) e de Silva et al (2013) , nos quais predominaram pacientes do sexo feminino.

Em relação à prioridade de atendimento, no nosso estudo predominou a Cor Laranja (95 – 45,4%), seguida da Cor Amarela (108 – 39,9%). Por outro lado, houve ausência de registro desta informação em 13 (5,5%) pacientes.

No estudo de Chianca et al (2016), 58,2% pacientes foram classificados como Laranja e 41,8% como Amarelo e aguardaram mais tempo que o recomendado pelo Protocolo Manchester, por atendimento médico, indicando a necessidade de rever os fluxos assistenciais.

As queixas mais frequentes foram relacionadas ao sistema musculoesquelético (26,1%) e ao sistema gastrointestinal (15,1%), classificada predominantemente como Verde (78,3%), direcionada para Clínica geral (47,5%). A

maioria dos indivíduos teve alta hospitalar (92,6%). Estes problemas poderiam ser resolvidos na Atenção Primária (REZENDE et al, 2016).

No estudo de Oliveira et al (2016), 66% dos pacientes foram classificados na Cor Verde e 40,7% na Cor Amarela, sendo atendidos no tempo médio de espera prevista para a avaliação médica.

A média de idade dos pacientes atendidos foi de 43,4 anos, sendo que 41,2% foram classificados como Verdes e 15,3% Amarelo e ao final 90,2% receberam alta hospitalar. Contudo, 36,9% não foram classificados (MARCONATO; MONTEIRO, 2017).

Após a implantação do Protocolo Manchester, 55,30% pacientes atendidos foram classificados como pouco urgentes, 23,03% como urgentes, 7,34% como muito urgente e 1,75% como emergência. Contudo, 8,77% como situação incompatível, cujos critérios de encaminhamentos ao hospital necessitariam ser revisados (FERREIRA et al, 2016).

Muitas fragilidades têm sido identificadas na regulação de pacientes para as Unidades de Urgência e Emergência, considerando o perfil de atendimentos, com predomínio de atendimentos não emergenciais e cuja maioria recebeu alta hospitalar, indica necessidade de revisão dos critérios de referência e contrarreferência pelos serviços da Atenção Primária, assim como avaliação dos hospitais em relação aos encaminhamentos recebidos (FERREIRA et al, 2016).

Assim, uma das medidas para a reorganização e otimização de recursos nas Unidades de Urgência e Emergência está vinculada com o aumento da resolutividade da Atenção Primária e educação em saúde da população em relação ao equívoco sobre a finalidade das unidades de pronto atendimento, bem como capacitação dos profissionais dos diferentes níveis de assistência no SUS (CHIANCA et al, 2016; FERREIRA et al. 2016; MARCONATO; MONTEIRO; 2017; HERMIDA et al, 2018).

Ainda, a maioria havia sofrido acidente motociclístico (106 - 44,5%) e o tempo médio de internação foi de 7,76 dias (Desvio padrão de 7,039).

Os critérios de classificação do protocolo de Manchester prevê apresentação usual da doença; sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.); situação – queixa principal; pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais, saturação de oxigênio, escala de dor, escala de Glasgow, doenças preexistentes, idade e dificuldade de

comunicação (droga, álcool, distúrbio psiquiátrico, etc.); e reavaliar constantemente poderá mudar a classificação (SERVIN et al, s/d).

Na ficha de atendimento da avaliação do paciente queixa principal; início (evolução e tempo de doença); estado físico do paciente; escala de dor e de Glasgow; classificação de gravidade; medicações em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios; e dados vitais como pressão arterial, temperatura e saturação de oxigênio (SERVIN et al, s/d).

Por outro lado, preconiza-se atenção aos sinais de alerta em caso de trauma, principalmente em situações que envolvem acidentes com veículos motorizados acima de 35 km/h; forças de desaceleração, tais como quedas ou explosões; perdas de consciência, mesmo que momentâneas após acidentes; acidentes com ejeção do veículo; negação violenta das óbvias injúrias graves, pensamentos de fuga; alteração do discurso, respostas inapropriadas; fraturas de 1ª e 2ª costelas; fraturas da 9ª, 10ª e 11ª costela ou mais de três costelas; risco para possível aspiração e contusão pulmonar; acidentes com óbito no local; atropelamento de pedestre ou ciclista ou acidente com motociclista (SERVIN et al, s/d).

Em relação ao trauma, as características podem ser lesão grave de único ou múltiplo sistema; trauma craniano com Glasgow de 3 a 8; grande queimado: > 25% da superfície corporal queimada (SCQ) ou acometimento de vias aéreas; trauma torácico, abdominal ou craniano com perfuração, alteração mental, hipotensão, taquicardia, dor intensa, sintomas respiratórios; e comprometimento da coluna vertebral; além de dados vitais normais e estado mental normal; sintomas graves em um sistema (sinais e sintomas menos graves em múltiplos sistemas); ferimento extenso com sangramento ativo; amputação; fratura com deformidades, fratura exposta, fratura com sangramento, fratura de bacia; e relato de perda de consciência.

As características do trauma são definidas como dados vitais normais; fraturas alinhadas, luxações, distensões; dor moderada (4-7/10); ferimento menor, com sangramento compressível; mordedura extensa; e trauma torácico com dor leve sem dispneia (SERVIN et al, s/d).

Em relação à avaliação com a Escala de Coma de Glasgow neste estudo, predominou a pontuação 15 em 228 (95,8%) pacientes. Também houve ausência de registro desta informação no prontuário de dois (0,8%) pacientes.

A Escala de coma de Glasgow (ECG) foi aplicada em 134 (36,8%) pacientes e 133 (99,2%) obtiveram a pontuação máxima 15 pontos e um (0,8%) obteve pontuação 12 (DINIZ et al, 2014).

Dentre 140 mensurações do nosso estudo, a pressão arterial sistólica (PAS) média foi de 129,64mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) média foi de 80,25 mmHg, além do valor médio de Pulso (P) de 84 batimentos por minuto (desvio-padrão de 15,491).

No estudo de Diniz et al (2014), dos 184 pacientes (50,5%) da amostra, a frequência cardíaca foi mensurada, sendo que 127 (69,0%) apresentavam valores de normalidade, 47 (25,5%) apresentavam taquicardia e 10 (5,5%) taquicardia acentuada.

Outros dados vitais deste estudo foram a frequência respiratória de 94 pacientes, cuja média foi de 19,77 incursões por minuto (desvio-padrão de 3,136), bem como as 73 mensurações da temperatura, cujo valor mínimo foi de 35ºC e o máximo de 38ºC, com média de 36,47 ºC (desvio-padrão de 0,603).

A temperatura corporal foi aferida em 158 (43,4%) pacientes, sendo que em 128 (81,0%) estavam “normotérmicos” e 22 (13,9%) “subfebris (DINIZ et al, 2014).

Nas 134 mensurações de saturação de oxigênio (%), a média foi de 96,62 (desvio padrão de 2,172).

O protocolo de Manchester não exige a mensuração de todos os sinais vitais, o que pode levar à ausência do registro de dados nos prontuários dos pacientes. Contudo, estudos correlacionam os dados vitais dos pacientes na admissão nos serviços de urgência e a sua evolução clínica (DINIZ et al, 2014).

Neste estudo, na admissão foram realizados Raio X em 223 (93,7%) pacientes, seguido de Tomografia sem contraste em 18 (7,6%) pacientes e hemograma em 78 (32%) pacientes. Outros exames como Ultrassonografia, Tomografia com contraste e Ressonância magnética foram realizados para pouquíssimos pacientes.

As especialidades que mais atenderam foram a Traumatologia (231 - 97,1%) e a Cirurgia (68 – 28,6%), o que é corroborada pela principal queixa dos pacientes que foi a dor (235 - 98,7%) e pelo tipo de imobilização dos pacientes na chegada ao Pronto Socorro como colar cervical (54 – 22,7%), uso de prancha rígida (55 – 23,15%) e de tala (107 – 45,0%). Ressalta-se que somente 22 (9,2%) pacientes chegaram ao Pronto Socorro sem imobilização.

No estudo de Silva et al (2013), da amostra de 364 pacientes, 101 (27,75%) apresentaram dor como principal queixa na busca por atendimento no pronto atendimento e esta tem sido valorizada na avaliação do paciente nestes serviços, mas ainda existem dificuldades por constituir uma experiência subjetiva. As Instituições têm um alto gasto para controle e gerenciamento da dor, mas os recursos disponíveis ainda não têm sido totalmente eficientes.

A alta hospitalar foi o desfecho do atendimento para 230 (96,6%) pacientes, o que é coerente considerando a prioridade de atendimento Laranja e Amarela, apesar da maioria dos pacientes recebeu antibioticoterapia (188 - 79,0%) e analgésicos (228 - 95,8%).

Estes achados apontam para a necessidade de conscientização da população sobre o tipo de assistência nas unidades de urgência e emergência e as possibilidades terapêuticas (DINIZ et al, 2014).

Portanto, conhecer o perfil de pacientes e a prioridade de atendimento torna-se fundamental no dimensionamento do pessoal de enfermagem em serviços de urgência e no planejamento e educação permanente para a melhoria do cuidado prestado. Além disso, isso permitirá a efetividade dos resultados alcançados na assistência nas Unidades de Urgência e Emergência (CHIANCA et al, 2016).

5.3 AS BUSCAS DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA AOS PACIENTES COM TRAUMA EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

A RI sobre assistência perioperatória aos pacientes com trauma em atendimento em Unidades de Pronto Atendimento foi constituída pela amostra de 13 artigos científicos, que focalizaram a importância da padronização dos cuidados no pré, intra e pós-operatórios para estes pacientes.

Em relação ao ano de publicação da amostra da RI verificamos que três artigos foram publicados em 2008, três em 2011, dois em 2017 e um para cada ano de 2012, 2014, 2015, 2016 e 2018. Todos foram publicados em inglês.

Em relação ao país de produção científica, quatro artigos foram desenvolvidos nos Estados Unidos, dois na Austrália e um artigo na Irlanda, Turquia, Inglaterra, Alemanha, China, Israel e Dinamarca, respectivamente.

Em relação aos níveis de evidências da amostra, identificamos nove artigos com nível de evidência V (estudos descritivos e qualitativos), dois artigos com nível VI (estudo descritivo ou qualitativo) e um artigo de nível II (ensaio clínico randomizado controlado bem delineado). Portanto, a produção sobre esta temática apresenta evidências científicas pouco fortes.

Os principais resultados da amostra analisada indicam que intervenção precoce com equilíbrio dos parâmetros vitais em paciente com extensas lesões na cabeça, incluindo hemorragia intraventricular; fisioterapia respiratória com mobilização precoce e suporte nutricional favoreceu a cicatrização das feridas e resolução do pneumotórax; importância da atuação dos enfermeiros no manejo da dor crônica em mulheres pós-mastectomia (10% a 30%) e pós-toracotomias de um ano (30% a 50%); a mudança de decúbito foi uma intervenção que favoreceu a prevenção da ocorrência de lesão por pressão em região sacrococcígea e nos tornozelos, pés ou calcanhares; acompanhamento de paciente com trauma musculoesquelético por equipe médica e enfermeira favorece o manejo da dor e a manutenção da função motora; abordagem holística foi importante na recuperação de pacientes de cirurgia cardiovascular e no enfrentamento do trauma cirúrgico, dor e diminuição da analgesia e de complicações pós-operatórias; limpeza da inserção dos pinos com clorexidina alcoólica e gaze; locais com grampos devem permanecer cobertos; Grupo controle (41 casos) e no grupo intervenção (45 casos) com aplicativo em pacientes com trauma ortopédico diminuiu hipotensão postural e bradicardia, além da melhora da imunossupressão por diminuição do fator de de necrose tumoral e interleucina; fornecimento de informações claras e objetivas favorece redução de erros de registro no prontuário do paciente; pacientes mais velhos com maior propensão à hipotensão perioperatória e maior tempo de internação hospitalar; recomendação para avaliar eficácia das superfícies e a redução de pressão local; e ferramenta favorece a mensuração das experiências dos pacientes cirúrgicos e com cuidados de enfermagem perioperatórios (LADANYI; ELLIOTT, 2008; McCLINTICK, 2008; POLOMANO et al, 2008; DONNELLY et al, 2011; PRICE, 2011; SELIMEN; ANDSOY, 2011; TIMMS, 2012; BLIEMEL et al, 2014;

Quadro 2 – Síntese da amostra sobre assistência de enfermagem perioperatória para pacientes com traumas nas unidades de pronto atendimento, segundo autoria, ano e país de publicação, níveis de evidências, delineamento do estudo e principais resultados. Brasil, 2019

Autoria/ano/país	Nível de evidência	Tipo de estudo	Principais resultados
LADANYI; ELLIOTT (2008) Austrália	VI	Estudo de caso	Intervenção precoce com equilíbrio dos parâmetros vitais em paciente com extensas lesões na cabeça, incluindo hemorragia intraventricular
Mc CLINTICK (2008) Estados Unidos	V	Descritivo qualitativo	Fisioterapia respiratória com mobilização precoce e suporte nutricional favoreceu a cicatrização das feridas e resolução do pneumotórax
POLOMANO et al (2008) Estados Unidos	V	Descritivo qualitativo	Enfermeiros atuam no manejo da dor crônica em mulheres pós-mastectomia (frequência de 10% a 30%) e pós-toracotomias de um ano (frequência de 30% a 50%)
DONNELLY et al (2011) Irlanda	II	Randomizado controlado	Grupo controle (119 pacientes): 31 com lesão por pressão em região sacrococcígea e 29 nos tornozelos, pés ou calcanhares; grupo intervenção (120 pacientes): oito com lesão por pressão sacrococcígea; e nenhuma nos tornozelos, pés ou calcanhares. Intervenção avaliada foi a mudança de decúbito
PRICE (2011) Estados Unidos	V	Descritivo qualitativo	Acompanhamento de paciente com trauma musculoesquelético por equipe médica e enfermeira favorece o manejo da dor e manutenção da função motora
SELIMEN; ANDSOY (2011) Turquia	VI	Descritivo qualitativo	Abordagem holística para a recuperação de pacientes em cirurgia cardiovascular favorece o enfrentamento do trauma cirúrgico, dor e diminuição da analgesia e de complicações pós-operatórias

TIMMS (2012) Inglaterra	V	Descritivo qualitativo	Limpeza da inserção dos pinos com clorexidina alcoólica e gaze; locais com grampos devem permanecer cobertos
BLIEMEL et al (2014) Alemanha	V	Descritivo quantitativo	33% dos pacientes pontuaram ≤19 pontos no membro superior esquerdo tiveram taxas de complicações menores com intervenções para prevenção de habilidades funcionais para prevenir a perda de independência no curso clínico
KANG (2015) China	IV	Caso controle	Grupo controle (41 casos) e no grupo intervenção (45 casos) com aplicativo em pacientes com trauma ortopédico diminuiu hipotensão postural e bradicardia, além da melhora da imunossupressão por diminuição do fator de necrose tumoral e interleucina
CALLEJA; AITKEN; COOKE (2016) Austrália	V	Descritivo qualitativo	Fornecimento de informações claras e objetivas favorece redução de erros de registro no prontuário do paciente
SHEFFY et al (2017) Israel	V	Descritivo retrospectivo	Pacientes mais velhos com maior propensão à hipotensão perioperatória e maior tempo de internação hospitalar
SPRUCE (2017) Estados Unidos	V	Descritivo qualitativo	Recomendação para avaliar eficácia das superfícies e a redução de pressão local
HERTEL-JOERGENSEN; ABRAHAMSEN; JENSEN (2018) Dinamarca	V	Transversal quantitativo	Ferramenta favorece a mensuração das experiências dos pacientes cirúrgicos e com cuidados de enfermagem perioperatórios

KANG, 2015; CALLEJA; AITKEN; COOKE, 2016; SHEFFY et al, 2017; SPRUCE, 2017; HERTEL-JOERGENSEN; ABRAHAMSEN; JENSEN, 2018).

Todos os estudos focalizaram a importância da padronização dos cuidados no pré, intra e pós-operatórios para o atendimento de pacientes com traumas nas unidades de atendimento hospitalar. Ressaltou-se a necessidade de informações com exatidão sobre identificação, condições clínicas, medicações administradas, cuidados e procedimentos realizados, comunicação efetiva na transferência do paciente entre as unidades e a segurança cirúrgica do paciente foram os aspectos focalizados. Estes aspectos devem ser definidos no perioperatório para que os profissionais possam tomar a decisão na prática assistencial com maior segurança, qualidade e agilidade no atendimento desta clientela nas unidades de pronto atendimento (LADANYI; ELLIOTT, 2008; McCLINTICK, 2008; POLOMANO et al, 2008; DONNELLY et al, 2011; PRICE, 2011; SELIMEN; ANDSOY, 2011; TIMMS, 2012; BLIEMEL et al, 2014; KANG, 2015; CALLEJA; AITKEN; COOKE, 2016; SHEFFY et al, 2017; SPRUCE, 2017; HERTEL-JOERGENSEN; ABRAHAMSEN; JENSEN, 2018).

Considerando a caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica dos pacientes internados no Pronto Socorro de Cirurgia de Trauma em um hospital universitário e os resultados da RI, foi elaborado o Protocolo de Assistência Perioperatória aos pacientes com Trauma, que será apresentado a seguir.

Os resultados das pesquisas científicas podem ser classificados em níveis de evidências, que podem subsidiar as recomendações para a prática clínica. A recomendação está fundamentada na força científica, que fundamenta uma determinada conduta para a prática clínica, sendo que o nível de evidência retrata o delineamento do estudo, bem como a sua validade interna e externa (DOMANSKY; BORGES, 2012).

5.4 PROPOSIÇÃO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA AOS PACIENTES COM TRAUMA

Quadro 3 – Protocolo proposto com elementos constituintes: Caracterização da Clientela; Definição das opções terapêuticas; Implementação do protocolo e Implantação do protocolo. Ribeirão Preto, 2019

A. CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA
Justificativa: Subsidiam o planejamento da assistência de enfermagem e a escolha de recursos.
A.1 Identificação do paciente
A.1.1 Nome do paciente:
A.1.2 Número do prontuário:
A.1.3 Número do leito:
A.1.4 Pulseira de identificação:
A.2 Dados sociodemográficos
A.2.1 Idade:
A.2.2 Sexo:
A.3 Dados clínicos
A.3.1 Hipótese diagnóstica de internação:
A.3.2 Procedência do paciente na atual internação:
A.3.3 Data da internação:
A.3.4 Causa do trauma:
A.3.5 Condições em que o paciente chegou:
A.3.6 Queixa principal:
A.3.7 Doenças de base:
A.3.8 Medicações em uso:
A.3.9 Procedimentos invasivos realizados no Pronto Socorro:
A.3.10 Alergias e perfil de medicação de uso rotineiro:
A.3.11 Avaliação da dor:
B. DEFINIÇÃO DAS OPÇÕES TERAPÊUTICAS
Justificativa: Subsidiam o planejamento da assistência de enfermagem e a escolha de recursos.
B.1 Verificação do procedimento
B.1.1 Verificação do tipo de procedimento:
B.1.2 Demarcação do local a ser operado:

B.1.3 Diagnóstico, cirurgião e tipo de anestesia planejada:
B.2 Estado hemodinâmico
B.2.1 Registrar sinais vitais:
B.2.2 Verificar oxigenação:
B.2.3 Verificar glicemia capilar:
B.2.4 Avaliar nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow):
B.2.5 Checar realização de exames:
B.2.6 Checar necessidade de hemotransfusão:
C.1 IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO
C.1 Preparo do paciente no pré-operatório
C.1.1 Cuidados com a pele **Finalidade:** Reduzir o risco de infecção de sítio cirúrgico.
Cuidados de enfermagem
C.1.1.1 Banho: Os pacientes devem tomar banho com sabão (sabonete comum) ou um agente antisséptico pelo menos na noite anterior ao dia da cirurgia. (Categoria IB - forte recomendação; prática aceita). [2, 3] Para cirurgias cardiovasculares, neurocirurgias e implantes de próteses ortopédicas o banho deverá ser com agente antisséptico.
Justificativa: O banho antes da cirurgia garante que a pele esteja limpa o máximo possível e reduz a carga microbiana presente na pele, especialmente no local da incisão.
C.1.1.2 Tricotomia: Não realizar tricotomia. Em pacientes submetidos a qualquer procedimento cirúrgico, os pelos não devem ser removidos ou, se for absolutamente necessário, que sejam removidos imediatamente antes da cirurgia, com o uso de um tricotomizador. (Forte recomendação, moderada qualidade de evidência) [3]
Justificativa: A ausência de depilação diminui o risco de infecção de sítio cirúrgico.
C.1.1.3 Preparo da pele: Usar solução antisséptica à base de álcool para o preparo da pele (Clorexidina alcoólica 0,5%, exceto para cirurgias envolvendo a cabeça em que ser usado o PVP-I). Orientar a limpeza da pele na região da incisão do procedimento para remover a contaminação grosseira antes de aplicar solução

antisséptica, sendo suficiente o uso de soluções degermantes. (Forte recomendação, baixa a moderada qualidade de evidência) [3]
Justificativa: O uso de soluções antissépticas à base de álcool para a preparação da pele no local cirúrgico é mais eficaz em comparação com soluções aquosas na redução da infecção de sítio cirúrgico.
C.1.2 Profilaxia antimicrobiana **Finalidade:** Diminuir o risco de infecção de sítio cirúrgico.
Cuidados de enfermagem
C.1.2.1 Administrar profilaxia antimicrobiana pré-operatória somente quando indicado. (Forte recomendação; prática aceita) [2]
Justificativa: O uso adequado profilaxia antimicrobiana no pré-operatório está associada a menores taxas de infecção de sítio cirúrgico.
C.1.2.2 Conferir a prescrição médica de antimicrobiano profilático no pré-operatório e administrar o antimicrobiano no horário prescrito.
Justificativa: A administração profilaxia antibiótica cirúrgica deve ser feita dentro de 120 minutos antes da incisão, considerando a meia-vida do antibiótico.
C.1.3 Controle glicêmico e nutrição **Finalidade:** Reduzir o risco de infecção de sítio cirúrgico.
Cuidados de enfermagem
C.1.3.1 Controle glicêmico: Controlar a glicemia no perioperatório e manter níveis de glicose no sangue menores que 200 mg/dL em pacientes com e sem diabetes. (Forte recomendação; evidência de qualidade alta a moderada.) [2]
Justificativa: O controle rigoroso da glicemia garante a normoglicemia.
C.1.3.2 Jejum: Orientar jejum mínimo de seis horas para alimentos sólidos e duas horas para líquidos limpos antes de cirurgias eletivas sob anestesia geral. [1]
Justificativa: O período de jejum prolongado aumenta o risco de hipoglicemia e desidratação.
C.1.4 Temperatura corpórea **Finalidade:** Reduzir o risco de infecção de sítio cirúrgico.
Cuidados de enfermagem
C.1.4.1 Normotermia: Manter normotermia perioperatória. (Categoria IA – forte recomendação; evidência de qualidade alta a moderada.) [2]
C.1.4.2 A recomendação é manter a temperatura corpórea acima de 35,5º no

perioperatório.
C.1.4.3 Aquecimento: Usar dispositivos de aquecimento na sala de cirurgia e durante o procedimento cirúrgico para o aquecimento do corpo do paciente.[3]
Justificativa: A manutenção da normotermia tem um benefício significativo na redução do risco de infecção de sítio cirúrgico.
C.1.5 Precauções padrão **Finalidade:** As precauções padrão devem ser tomadas para a prevenção de infecção.
Cuidados de enfermagem
C.1.5.1: Realizar escovação das mãos e antebraços acima do cotovelo por pelo menos 3-5 minutos com solução antisséptica (Clorexidina degermante 2%).
Justificativa: A preparação cirúrgica das mãos é de vital importância para manter a menor contaminação possível do campo cirúrgico, especialmente no caso de perfuração estéril da luva durante o procedimento.
C.1.5.2 Utilizar técnicas assépticas na realização de procedimentos invasivos.
Justificativa: O uso de técnica asséptica na realização de curativos previne a infecção cruzada.
D.1 Cuidados com o paciente no pós-operatório
D.1.1 Procedimento: **Finalidade:** Elaborar um plano de cuidados individualizado.
Cuidados de enfermagem
D.1.1.2 Avaliar as condições gerais, dos antecedentes clínicos, da fisiopatologia da doença, das intercorrências intraoperatórias e anestésicos.
Justificativa:
D.1.2 Estado hemodinâmico **Finalidade:** Manter as funções fisiológicas vitais dentro dos parâmetros da normalidade, até que os efeitos da anestesia desapareçam.
Cuidados de enfermagem
D.1.2.1Instalar o monitor multiparâmetro e observar intercorrências
D.1.2.2 Realizar a avaliação com o índice de Aldrete-Kroulik
D.1.2.3 Verificar drenagem de drenos, sondas e cateteres
D.1.2.4 Registrar os dados no prontuário do paciente

D.1.2.5 Administrar medicações e soroterapia conforme prescrição
D.1.2.6 Providenciar transporte do paciente quando este receber alta da Seção de Recuperação Pós-anestésica
Justificativa: Avaliação clínica para restauração hemodinâmica do paciente e prevenção de complicações pós-operatórias.
D.1.3 Medicamentos **Finalidade:** Promover o tratamento cirúrgico com segurança.
Cuidados de enfermagem
D.1.3.1 Revisão imediata de toda a medicação e otimização do regime medicamentoso.
D.1.3.2 O uso ideal de analgésicos conforme necessário.
D.1.3.3 Utilizar escala de avaliação numérica para avaliar a dor durante o pós-operatório.
Justificativa: Prover a terapêutica medicamentosa adequada à demanda de necessidades do paciente.
D.1.4 Profilaxia antimicrobiana **Finalidade:** Prevenir infecção de sítio cirúrgico.
Cuidados de enfermagem
D.1.4.1 O uso prolongado de profilaxia antimicrobiana após a cirurgia não reduz o risco de ISC. [3]
D.1.4.2 Não estender a profilaxia antimicrobiana no pós-operatório, mesmo na presença de drenos. [3]
D.1.4.3 Confirmar com o médico a necessidade ou não da continuidade da terapia antimicrobiana. Verificar se foi administrado antimicrobiano no intra-operatório.
Justificativa: Garantir o uso adequado profilaxia antimicrobiana.
D.1.5 Oxigenação **Finalidade:** Manter uma via aérea permeável.
Cuidados de enfermagem
D.1.5.1 Mudar o paciente de decúbito.
D.1.5.2 Estimular a tosse, protegendo a área da incisão cirúrgica com um apoio para evitar deiscência cirúrgica.
D.1.5.3 Promover alívio para desconforto e dor, administrando analgésicos.
D.1.5.4 Estimular a mobilização precoce no leito e a deambulação.

D.1.5.4 Administrar oxigênio; verificar a consistência e o aspecto das secreções.
D.1.5.4 Hidratar o paciente, se necessário.
D.1.5.2 Avaliar permeabilidade das vias aéreas e ventilação pulmonar.
D.1.5.3 Verificar saturação de oxigênio no perioperatório.
Justificativa: Prevenir complicações pós-operatórias.
D.1.6 Dispositivos invasivos **Finalidade:** Garantir a instalação e utilização de dispositivos, com segurança para o paciente.
Cuidados de enfermagem
D.1.6.1 Verificar presença de tubos e drenos (por exemplo, tipo, localização);
D.1.6.2 Realizar cuidados prescritos pelo cirurgião (por exemplo, drenos, dieta, medicamentos);
Justificativa: Prevenir complicações pós-operatórias.
D.1.7 Controle hídrico **Finalidade:** Assegurar equilíbrio hidroeletrolítico do paciente.
Cuidados de enfermagem
D.1.7.1 Verificar a presença de diurese e as características;
D.1.7.2 Desprezar diurese e registrar volume e suas características.
Justificativa: Assegurar controle hídrico.
D.1.8 Curativo **Finalidade:** Sistematizar a avaliação de feridas e a realização dos curativos.
Cuidados de enfermagem
D.1.8.1 Manter a incisão cirúrgica fechada com curativo estéril nas primeiras 24 horas após o procedimento. Manter o curativo seco e não remover durante o banho. Manter técnica asséptica em todos os curativos realizados no ambiente hospitalar.[4]
Justificativa: Prevenir complicações pós-operatórias.
D.1.8.2 Paciente com fixador externo: limpar os locais da inserção dos pinos com Soro Fisiológico 0,9% removendo crostas e sujidades. Após realizar higienização dos fixadores com Álcool 70%.[4]
Justificativa: Prevenir infecção do sítio cirúrgico e outras complicações pós-operatórias.
D.1.9 Precauções padrão

Finalidade: As precauções padrão devem ser tomadas para a prevenção de infecção.
Cuidados de enfermagem
D.1.9.1 Higienizar as mãos com antisséptico ou sabonete líquido antes e depois de manipular o curativo ou sítio cirúrgico.
Justificativa: A higienização das mãos é uma medida muito importante no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
D.1.10 Temperatura corpórea **Finalidade:** Manter normotermia perioperatória.
Cuidados de enfermagem
D.1.10.1 Normotermia: Manter normotermia perioperatória. (Categoria IA – forte recomendação; evidência de qualidade alta a moderada.) [(2)]
D.1.10.1 A recomendação é manter a temperatura corpórea acima de 35,5º no período perioperatório. [(1)]
Justificativa: A manutenção da normotermia tem um benefício significativo na redução do risco de infecção de sítio cirúrgico.
D.1.10 Prevenção do *deliruim* pós-operatório **Finalidade:** Prevenir o *delirium* para reduzir sua incidência.
Cuidados de enfermagem
D.1.10.1 Monitorar os sintomas de *delirium*, especialmente no paciente idoso, enfatizando informações repetidas e simples, uso de parentes próximos e técnicas calmantes. Se necessário, utilizar tratamentos farmacológicos e não farmacológicos
Justificativa: A prevenção do *delirium* pós-operatório reduz a mortalidade associada a essa complicação anestésico-cirúrgica.
A. IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO
D.1 Educação permanente **Justificativa:** Garantir a execução das ações previstas no protocolo.
Ações
D.1.1 Treinamento admissional para a equipe de enfermagem
D.1.2 Treinamentos periódicos para a equipe de enfermagem
D.2 Provisão de recursos humanos e materiais **Justificativa:** Garantir a execução das ações previstas.

Ações
D.2.1 Prever e prover recursos humanos capacitados para a implementação das ações previstas no protocolo
D.2.2 Prever e prover recursos materiais suficientes (deixar Kits de procedimento disponíveis para uso
D.2.3 Avaliar periodicamente a previsão e a provisão de recursos humanos e materiais
D.2.4 Avaliar e revisar periodicamente o protocolo
Justificativa: Assegurar a implementação e a atualização do protocolo.

01 - COWPERTHWAITE, L.; HOLM, R. L. Guideline Implementation: Preoperative Patient Skin Antisepsis. **AORN Journal**, v. 101, n. 1, January 2015.

02 – BERRÍOS-TORRES, S. I. et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. **Journal of the American Medical Association Surgery**, v.152, n. 8, p. 784-791, 2017.

03 - WHO – World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. 2016.

04 - BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2017.

6 CONCLUSÃO

A partir da problemática, coube neste presente estudo, propor a elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem perioperatória com base no perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico para pacientes com traumas, atendidos em um serviço de pronto socorro cirúrgico, em uma instituição pública, cuja demanda de necessidades desta clientela enquanto produto para implementação na prática clínica, destaca várias etapas, que asseguram sua operacionalização no contexto hospitalar.

Ao iniciarmos a criação deste perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com traumas, atendidos em um serviço de pronto socorro cirúrgico foi realizada investigação científica através de RI, a qual possibilitou identificarmos elementos constituintes de um documento como este.

A análise dos estudos, possibilitou entendermos como a maioria dos pacientes com traumas são atendidos nos prontos socorros, revelando as dificuldades e facilitadores no processo de atendimento, já que a variedade dos traumas é abrangente; proporcionando tempo para avaliar e identificar os pacientes que necessitavam de atendimento prioritário, de acordo com a gravidade clínica, potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento; a forma como foram atendidos e instrumentos utilizados; até o desfecho.

Neste estudo foi possível identificar que 76,5% (182) dos participantes da pesquisa eram do sexo masculino, idade média de 40,71 anos (DP = 17,275) e tempo médio de internação de 7,76 dias (DP = 7,039).

Verificou-se que a maioria dos pacientes era procedente de Uberlândia (74,8%), seguido de outras instituições (71,4%) e transportados de ambulância (72,7%). Além disso, os principais mecanismos de trauma foram os acidentes motociclísticos (44,5%), acidentes com máquinas e equipamentos (13,0%), queda da própria altura (10,1%) e queda da altura (9,7%).

Para avaliar e identificar os pacientes que necessitavam de atendimento prioritário, de acordo com a gravidade clínica, potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, o hospital em estudo utiliza a Escala de Classificação de Risco de Manchester. Na avaliação do estado neurológico foi utilizada a Escala de Coma de Glasgow.

As queixas principais dos pacientes foram relacionadas à dor (98,7%). Quanto à caracterização da especialidade de atendimento dos pacientes, a maioria foi

atendida pela traumatologia (97,1%) e cerca de 96,6% dos pacientes receberam alta.

Desse modo, o perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico desses pacientes com traumas é importante instrumento norteador para a criação de um protocolo de assistencial de enfermagem, com vantagens como maior segurança aos usuários e profissionais; proporcionar redução da variabilidade de ações de cuidado; colaborar nas melhorias e na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial; auxiliar na aquisição, manutenção e incorporação de novas tecnologias; desenvolvimento qualitativo do cuidado; uso racional dos recursos disponibilizados e maior transparência e controle dos custos, repercutem positivamente para os processos de trabalho e o alcance dos resultados; na divulgação de conhecimentos; na comunicação e interação profissional, bem como na coordenação do cuidado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Mestrado Profissional (MP) foi muito importante, pois constituiu a oportunidade de busca de práticas baseadas em evidências o que tem de melhor para poder ser aplicado no nosso local de trabalho.

Durante a prática em meu local de trabalho fui analisando o atendimento dos clientes, e que a falta de capacitação profissional influencia na assistência à saúde. Isso despertou meu interesse em buscar formação na pós-graduação no MP e melhora nas condições de trabalho, tanto para equipe quanto para os clientes, vi a oportunidade de levar para o meu local de trabalho o que tem de melhor para prestar um bom atendimento.

É muito importante a relação entre a teoria e a prática, pois vivendo as dificuldades na prática e tendo esta oportunidade pude efetivamente contribuir na melhoria de cuidados e condições de trabalho.

O MP da Escola de Enfermagem da USP Ribeirão Preto tem um conjunto de disciplinas, que oferece o preparo do aluno. Com o início das disciplinas, foi despertando minha curiosidade e tendo um olhar mais crítico para os problemas que vivenciamos no cotidiano profissional.

Para mim foi muito importante ter dedicado o primeiro ano do MP para realização das disciplinas, pois, uma disciplina sempre tinha a ver com a outra, e ia cada vez mais me preparando para o desenvolvimento de minha pesquisa e de minha revisão integrativa, com mais segurança para realizar os meus objetivos. Outro aspecto que contribuiu para meu aprendizado foi a convivência com colegas de outras regiões, com realidades diferentes das minhas, com formações diferentes, e essa troca de experiências foi enriquecedor.

A convivência com professores capacitados das várias disciplinas também contribuiu muito para esse aprendizado. Eu recomendaria a todos que tiverem a oportunidade de cursar o MP, que é muito importante realizar as disciplinas no primeiro ano, pois, esse preparo vai ajudar muito no decorrer da pesquisa.

REFERÊNCIAS

AKOBENG, A. K. Principles of evidence based medicine. **Archives of Disease in Childhood**, v. 90, n. 8, p. 837-840, August 2005. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16040884. Acesso em: 05 ago. 2018.

BERRÍOS-TORRES, S. I. et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. **Journal of the American Medical Association Surgery,** v. 152, n. 8, p. 784-791, 2017. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2623725. Acesso em: 05 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2048, de 5 de Novembro de 2002. **Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 05 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.

BOUDREAUX, A. M.; VETTER, T. R. A Primer on Population Health Management and Its Perioperative Application. **Anesthesia & Analgesia**, v. 123, n. 1, p. 63-70, jul. 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27152835. Acesso em: 05 ago. 2018.

CALLEJA, P.; AITKEN, L.; COOKE, M. Staff perceptions of best practice for information transfer about multitrauma patients on discharge from the emergency department: a focus group study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 25, p. 2863-2873, oct. 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27453432. Acesso em: 05 ago. 2018.

CAMPBELL, K. Improving Quality and Safety through Positive Patient Identification. **Healthcare Quarterly**, v. 18, n. 3, p. 56-60, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26718255. Acesso em: 05 ago. 2018.

CARTER, C.; SNELL, D. Nursing the critically ill surgical patient in Zambia. **British Journal of Nursing,** v. 25, n. 20, p. 1123-1128, nov. 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27834523. Acesso em: 05 ago. 2018.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**: para uso dos estudos universitários. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

CHIANCA, T. C. M. et al. Tempos de espera para atendimento usando Sistema de Triagem de Manchester em um hospital de urgência. **REME – Revista Mineira de**

Enfermagem, v. 20, p. 988, 2016. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1124. Acesso em: 05 ago. 2018.

CHOI, J.; BOYLE, D. K. Differences in nursing practice environment among US acute care unit types: a descriptive study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 51, n. 11, p. 1441-1449, nov. 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666815. Acesso em: 05 ago. 2018.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN - 0564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **In: Diário Oficial da União.** Brasília, 2017, n. 233, Seção 1, p. 157.

_____. Resolução COFEN - 423/2012. Normatiza, no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Riscos. **In: Diário Oficial da União.** Brasília, 2012, n. 70, Seção 1, p. 1195.

COSTA, C. D. S.; SCARPELINI, S. Avaliação da qualidade do atendimento ao traumatizado através do estudo das mortes em um hospital terciário. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 39, n. 4, p. 249-254, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912012000400002. Acesso em: 05 ago. 2018.

COWPERTHWAITE, L.; HOLM, R. L. Guideline Implementation: Preoperative Patient Skin Antisepsis. **Association of periOperative Registered Nurses Journal – AORN,** v. 101, n. 1, jan. 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25537328. Acesso em: 05 ago. 2018.

DINIZ, A. S. et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica de Enfermagem,**v. 16, n. 2, p. 312-20 , abr/jun, 2014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.21700. Acesso em: 05 jan. 2019.

FALCONER, R. et al. Preoperative fasting: current practice and areas for improvement. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 66, n. 1, p. 31-39, mar. 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24346767. Acesso em: 05 ago. 2018.

FERREIRA, T. F. A. et al. Estudo da gravidade dos pacientes vítimas de acidentes de trânsito atendidos pelo Hospital de Clínicas de Uberlândia de dezembro de 2005 a março de 2006 segundo índices de trauma. **Bioscience Journal,** v. 25, n. 2, p. 152-160, mar-abr, 2009. Disponível em: http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/6885. Acesso em: 05 ago. 2018.

FERREIRA, N. et al. Proporção de atendimentos pós implantação do Protocolo Manchester em um hospital público do Mato-Grosso. Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT, n. 6, p. 49-58, ago-dez, 2016. Disponível em:

https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/1663. Acesso em: 05 jan. 2019.

FREITAS, P. **Triagem no serviço de urgência:** Grupo de Triagem de Manchester. 2.ed. Portugal: BMJ Publishing Group; 2002.

FUNDÃO, L. E.; GOTARDO, N. M. J.; ENDLICH, R. F. A percepção do enfermeiro frente à implantação e à execução do protocolo de Manchester em uma Unidade de Pronto Atendimento do Município de Guarapari – ES. **Revista Científica FAESA**, v. 10, n. 1, p. 101-108, 2014. Disponível em: https://www.faesa.br/revistas/revistas/2014/2014_artigo9.pdf. Acesso em: 05 jan. 2019.

GALVÃO, C. M. Níveis de Evidência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2006. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf. Acesso em: 05 ago. 2018.

HELLING, T. S. Failure events in transition of care for surgical patients. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 218, n. 4, p. 723-731, apr. 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24508426. Acesso em: 05 ago. 2018.

HERMIDA, P. M. V. et al. User embracement with risk classification in an emergency care unit: an evaluative study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, e03318, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29668786. Acesso em: 05 jan. 2019.

HUGHES, A. B. Implementing AORN Recommended Practices for a Safe Environment of Care. **Association of periOperative Registered Nurses Journal – AORN**, v. 98, n. 2, aug. 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23890564. Acesso em: 05 ago. 2018.

LOVE, K. L. Patient Care Interventions to Reduce the Risk of Surgical Site Infections. **Association of perioperative Registered Nurses Journal – AORN**, v. 104, n. 6, dec. 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27890056. Acesso em: 05 ago. 2018.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Out-Dez, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018. Acesso em: 05 ago. 2018.

MARCONATO, R. S.; MONTEIRO, M. I. Prioridades da classificação de risco em uma unidade de emergência e desfecho do atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, e2974, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100407&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 05 jan. 2019.

OLIVEIRA, G. N. et al. Avaliação e classificação de risco: tempo de espera dos usuários de baixa gravidade. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 21-

28, jan/mar, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/18911. Acesso em: 05 jan. 2019.

PACHECO, M. A. B. (Org.). **Redes de atenção à saúde:** rede de urgência e emergência – RUE. UNA-SUS/UFMA. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2435. Acesso em: 05 ago. 2018.

PIMENTA, C. A. de M. et al. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem.** Gestão COREN-SP 2015-2017. COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf. Acesso em: 05 ago. 2018.

REZENDE, M. R. M. et al. Protocolo de Manchester em Pronto Atendimento de hospital escola. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rene**, v. 17, n. 6, p. 843-849, nov-dez, 2016. Disponível em: www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/18842/29575. Acesso em: 05 jan. 2019.

ROMERO, M. R.; STAUB A. Improving EMR Usability: Critical Elements When Designing Perioperative Emergencies Template. **Studies in health technology and informatics**, v. 225, p. 796-797, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27332346. Acesso em: 05 ago. 2018.

SEIFERT, P. C. Implementing AORN recommended practices for transfer of patient care information. **Association of periOperative Registered Nurses Journal – AORN,** v. 96, n. 5, p. 475-493, nov. 2012. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23107029. Acesso em: 05 ago. 2018.

SERVIN, S. C. N. et al. Protocolo de acolhimento com classificação de risco Sistema Único de Saúde (SUS) nos hospitais municipais/ São Luís/ MA. Sem data. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf. Acesso em: 05 jan. 2018.

SILVA, L. G.; MATSUDA, L. M.; WAIDMAN, M. A. P. The structure of a public emergency care service, from the workers' view: perspectives on quality. **Text Context Nursing**, v. 21, n. 2, p. 320-328, Abr-Jun., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200009. Acesso em: 05 ago. 2018.

SILVA, A. P. et al. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro,** v. 3, n. 1, p. 507-517, jan/abr, 2013. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/287. Acesso em: 05 jan. 2019.

STEELMAN, V. M.; GRALING, P. R. Top 10 Patient Safety Issues: What More Can We Do? **Association of perioperative Registered Nurses Journal – AORN**, v. 97, n. 6, jun. 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23722033. Acesso em: 05 ago. 2018.

STILLWELL, S. B. et al. Searching for the evidence strategies to help you conduct a successful search. **Evidence-Basead-Partice**, v.110, n.5, p. 41-47, 2010. Disponível em: https://sci-hub.tw/10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e. Acesso em: 05 jan. 2019.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124-131, Jan-Fev, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf. Acesso em: 05 jan. 2019.

VON DOLINGER, E. J. O. **Infecções ortopédicas em pacientes submetidos a artroplastias total de quadril e joelho, hemiartroplastias e osteossínteses**: incidência, fatores de risco e influência do ar do centro cirúrgico em um hospital universitário brasileiro. 2008. Dissertação (Mestrado em Imunologia e Parasitologia Aplicadas) - Programa de Pós-Graduação em Imunologia e Parasitologia Aplicadas, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.

WEBER, K. T. et al. Predictors of quality of life after moderate to severe traumatic brain injury. **Arquivos de Neuro-psiquiatria,** v. 74, n. 5, p. 409-415, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27191238. Acesso em: 05 ago. 2018.

WHO – World Health Organization. **Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection**. 2016. Disponível em: https://www.who.int/gpsc/ssi-guidelines/en/. Acesso em: 05 ago. 2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

Dados sócio-demográficos dos pacientes traumatizados internados no Pronto Socorro de Cirurgia e Traumatologia

1. Nº. do paciente:_____ Prontuário nº: _____
2. Sexo: ( )Feminino( )Masculino ( )Falta informação
3. Data da internação: _____/_____/_____
4. Data de nascimento: _____/_____/_____ Idade: _____ anos
5. Cidade de procedência: ( )Uberlândia ( )Outra:_____
6. Origem do paciente: ( )residência ( )local do acidente ( )outra instituição
7. Encaminhado por: ( )Corpo de bombeiros ( )SAMU ( )Ambulância ( )Outro
8. Causa do trauma: ( )queda da própria altura ( )queda de altura ( )atropelamento ( )acidente automobilístico ( )acidente motociclístico ( )outra: _____
9. Escala de Coma de Glasgow na admissão: _____pontos
10. Escala de Classificação de Risco de Manchester: Cor: ( )vermelho ( )laranja ( )amarelo ( )verde ( )azul
11. Glicemia Capilar na admissão: _____mg/dL
12. Sinais vitais na admissão: PA:_____mmHg; Pulso:_____bpm; FR: _____irpm; Temperatura: _____ºC; Saturação de O_2: _____%.
13. Exames realizados: ( )Hemograma ( )Ultrassonografia ( )Tomografia sem contraste ( )Tomografia com contraste ( )Raio X ( )outro: _____
14. Queixa principal: _____
15. Diagnóstico na internação (CID):_____
16. Especialidade de atendimento: ( )cirurgia ( )traumatologia ( )clínica médica ( )neurocirurgia ( )outra:_____
17. Condições em que o paciente chegou: ( )Imobilização com colar cervical ( )Prancha rígida ( )Imobilização com tala: local_____
18. Procedimentos: ( )Dreno de tórax ( )Cateter venoso periférico ( )Cateter venoso central ( )Tubo Orotraqueal ( )Cateter vesical de demora ( )Sonda gástrica ( )Sonda enteral ( )Outro:_____
19. Medicação: ( )Vasopressores ( )Antibiótico ( )Analgésico ( )Sedação ( )Soroterapia

20. Hemotransfusão: ( )Concentrado de hemácias ( )Plaquetas ( )Plasma
21. Data da cirurgia: _____/_____/_____
22. Procedimento/Cirurgia: _____
23. Destino do paciente: ( )Alta hospitalar ( )Óbito ( )Transferência interna para outra unidade ( )Transferência para outra instituição( )Falta informação
24. Data da alta ou desfecho:_____/_____/_____

ANEXO

ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 115/2018, de 30/05/2018

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 243ª Reunião Ordinária, realizada em 23 de maio de 2018.

Protocolo CAAE: 87824418.8.0000.5393

Projeto: Elaboração de protocolo de assistência perioperatória em um Pronto Socorro de Cirurgia.

Pesquisadores: Paulo Henrique Souto Pereira
Helena Megumi Sonobe (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Helena Megumi Sonobe
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP