



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
HOSPITALAR – CTI**



Dayseane Mary Barbosa

**CONDUTAS DA ENFERMAGEM
NAS COMPLIÇÕES DO POLITRAUMATIZADO
INTERNADO NO CTI**

Belo Horizonte
Faculdade Federal de Minas Gerais

2010

Dayseane Mary Barbosa

**CONDUTAS DA ENFERMAGEM
NAS COMPLIÇÕES DO POLITRAUMATIZADO
INTERNADO NO CTI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Enfermagem Hospitalar – CEEH da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

Orientadora: Marisa Antonini Ribeiro Bastos

Belo Horizonte

Faculdade Federal de Minas Gerais

2010

RESUMO

O estudo tem como tema central as condutas da enfermagem nas complicações do politraumatizado internado no CTI. Teve como objetivo descrever as condutas da enfermagem nas complicações do politraumatizado internado no CTI. O método utilizado foi a revisão integrativa de literatura. Para a seleção da população e amostra do presente estudo foi feita uma busca nas bases de dados LILACS, MEDLINE, e no portal do SCIELO, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde-BVS. A amostra foi constituída por 16 artigos científicos. Os resultados mostram que é preciso elaborar protocolos de cuidados de enfermagem, controlar a dor, manter a integridade da pele, cuidados com feridas, úlceras de pressão, evitar a mobilização brusca do paciente, monitorar o paciente, observando sempre os dados vitais e seu estado no geral evitando qualquer complicação e uma possível infecção hospitalar. Conclui-se que para se ter uma boa conduta de enfermagem frente a um politraumatizado é preciso comunicação entre paciente, equipe multidisciplinar, e com a família, ter conhecimento do seu setor e de sua prestação de serviço, estar sempre atualizado, evitar as complicações ao politraumatizado, para que ele possa sair e ter uma boa reabilitação em seu lar.

Descritores: Traumatismo; CTI; Enfermagem.

AGRADECIMENTO

A meus pais, irmão e o meu noivo, que sempre estão ao meu lado me apoiando, ajudando e incentivando em tudo o que eu faça.

Um agradecimento especial à **prof. Dra. Marisa Antonini Ribeiro Bastos**, que me orientou da melhor forma possível, tendo muito tranquilidade, competência e sabedoria. Obrigada pelo carinho, amizade, atenção, ajuda, dedicação e confiança. A senhora é uma grande profissional!

“Posso ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado algumas vezes, mas não esqueço de que minha vida é a maior empresa do mundo. E que posso evitar que ela vá à falência. Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver, apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise. Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e se tornar um autor da própria história. É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar um oásis no recôndito da sua alma. É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida. Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos. É saber falar de si mesmo. É ter coragem para ouvir um não. É ter segurança para receber uma crítica, mesmo que injusta. Pedras no caminho? Guardo todas, um dia vou construir um castelo...”

Fernando Pessoa

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 - Etapas do Processo de Enfermagem.....	16
QUADRO 2 - Classificação das evidencias.....	21
QUADRO 3 - Fonte e estratégias de busca.....	22
QUADRO 4 - População e amostra do estudo.....	23
QUADRO 5 - Características dos autores das publicações que fizeram parte da revisão integrativa.....	24
QUADRO 6 - Características das publicações que fizeram parte do estudo.....	24
QUADRO 7 - Conduta do enfermeiro nas complicações do politraumatizado internado no CTI.....	27

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	OBJETIVO.....	10
3	CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	11
3.1	CTI.....	11
3.2	Politraumatizado.....	11
3.3	Traumatismos Múltiplos.....	12
3.4	Atendimento Inicial do Trauma na terapia Intensiva.....	12
3.5	Etapas para o Atendimento Inicial.....	13
3.6	Avaliação Primária e Secundária na Terapia Intensiva.....	13
3.7	Transferência para o Tratamento Definitivo.....	14
3.8	Enfermagem na Terapia Intensiva.....	14
3.9	Prevenção do trauma.....	16
3.10	Algumas complicações do politraumatizado internado no CTI.....	18
3.11	Prevenção de lesões.....	18
3.12	Ajudando o Paciente a Adaptar-se.....	18
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	20
4.1	Referencial teórico-metodológico.....	20
4.2	Método e etapas.....	21
4.3	População e amostra.....	22
4.4	Variáveis de Estudo.....	23
4.5	Instrumentos de Coleta de Dados.....	23
4.6	Análise dos dados.....	23
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
	REFERÊNCIAS.....	29
	APÊNDICE.....	30

1 INTRODUÇÃO

A história da terapia intensiva está intimamente ligada à da enfermagem. A ativa participação de Florence Nightingale na guerra da Criméia, preocupada com as deprimentes condições de tratamento médico, foi emblemática e marcante. Esta heroína e sua equipe de enfermeiras voluntárias reuniu todos os feridos de guerra num mesmo ambiente, permitindo assim uma assistência mais direta e eficiente. Este fato foi um dos precursores que originaram as modernas unidades de terapia intensiva, nas quais os pacientes são reunidos num mesmo espaço visando facilitar, racionalizar e tornar mais eficiente o tratamento. Uma unidade de terapia intensiva estabelece como missão “atender a pacientes graves com excelência de qualidade, satisfazer suas necessidades de recuperação da saúde e reintegração familiar e social” (KNOBEL, 2006, p.1-2).

Alguns fatores contribuíram para o desenvolvimento ao paciente hospitalizado. Entre eles, a procura do melhor meio de cuidado a ser dispensado ao paciente crítico, não só para a sua sobrevivência, mas para a sua reintegração a uma existência normal, com o mínimo de desconforto. Com a instalação das Unidades de Terapia Intensiva, novos horizontes se abriram para o tratamento dos doentes considerados graves e de alto risco, proporcionando resultados compensadores do ponto de vista clínico e cirúrgico. Dotada de características físicas que propiciam maior vigilância e controle dos pacientes, a Unidade de Terapia Intensiva centraliza recursos materiais e humanos que permitem um atendimento pronto e eficaz, com base numa filosofia de trabalho definida, onde a atuação da equipe multiprofissional deve estar voltada para o objetivo comum a recuperação do doente gravemente enfermo (GOMES, 2008).

A equipe multiprofissional, normalmente liderada por enfermeiros ou em conjunto com outros profissionais de uma equipe interdisciplinar, constitui os pilares essenciais e fundamentais de qualquer estrutura de saúde ao tratamento ao politraumatizado internado em uma terapia intensiva. Os pontos fortes da enfermagem e da medicina se completam numa situação de emergência. Os membros da equipe de cuidados intensivistas trabalham em equipe na execução das habilidades manuais altamente técnicas necessárias ao cuidado de pacientes em situações de emergência. O termo tratamento de emergência designa tradicionalmente o cuidado prestado a todo e qualquer paciente com necessidades urgentes e críticas. Esta situação de emergência pode envolver pacientes que sofreram

traumatismos, definido como "uma ferida ou lesão não intencional ou intencional infligida ao corpo por um mecanismo o qual este não pode proteger-se". No cuidado de traumatismo, a enfermeira deve ser extremamente cuidadosa em relação a todas as evidências potenciais, manipulando-as e documentando-as de forma apropriada (BRUNNER; SUDDARTH'S, 2009, p.2143).

Os princípios básicos do cuidado e do tratamento de pacientes politraumatizados incluem as condutas nas complicações a este paciente que devem ser prevenidas e tratadas e as lesões receberem tratamentos específicos. As complicações frequentes no politraumatizados são as politransfusões; hemorragia digestiva; fístulas gastrintestinais; colecistite aguda alitiásica; insuficiência renal aguda; insuficiência respiratória aguda; falha diagnóstica; infecções hospitalares; sepse e disfunção de múltiplos órgãos (KNOBEL, 2006).

Sendo assim, faz-se necessária a busca de estudos para identificar as condutas da enfermagem frente às complicações de um politraumatizado internado no CTI. O presente estudo se justifica pela necessidade das intervenções da enfermagem diante das complicações de um doente vítima de trauma grave, observando e realizando avaliações precisas das lesões e adotando medidas terapêuticas de suporte de vida. Visto que o tempo é essencial, é desejável uma abordagem sistematizada, que possa ser facilmente revista e aplicada, para que as complicações não se tornem mais agravantes para o politraumatizado.

2 OBJETIVO

Descrever as condutas da enfermagem nas complicações do politraumatizado internado no CTI.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

3.1 CTI

Os serviços de Terapia Intensiva são áreas hospitalares destinadas a pacientes em estado crítico, que necessitam de cuidados altamente complexos e controles estritos. O tratamento intensivo baseia-se no conceito de que, embora haja uma multidão de doenças, o mecanismo de morte está sempre limitado a um número relativamente pequeno de fenômenos fisiológicos, passíveis de serem influenciados. A unidade de Terapia Intensiva não é apenas um serviço com equipamento especial: implica uma atitude particular da equipe que ali trabalha. Uma atitude orientada para o aproveitamento das facilidades técnicas, em um contexto onde um relacionamento humano, que ofereça segurança e um efetivo apoio emocional, deve ser considerada como fator preponderante. Conceituamos Unidade de Terapia Intensiva como uma área onde os pacientes em estado grave podem ser tratados por uma equipe qualificada, sob as melhores condições possíveis: centralização de esforços e coordenação de atividades. Com base no conceito geral de Unidade de Terapia Intensiva, podemos afirmar que é possível planejá-la e organizá-la em qualquer tipo de hospital, bastando para isso que haja um grupo inteiramente motivado e com o espírito voltado para os objetivos e finalidades da unidade. Em qualquer situação, o paciente é o objetivo de uma unidade. A observação e manutenção das funções básicas de vida desse paciente são as finalidades da unidade, atingidas através de um atendimento em tempo hábil. A este atendimento, unem-se o ensino e a pesquisa, aliados a uma boa qualidade de assistência médica e de enfermagem (GOMES,2008).

3.2 Politraumatizado

O politrauma é uma síndrome decorrente de lesões múltiplas, com reações sistêmicas sequenciais que podem levar a falha ou a disfunção de órgãos ou sistemas vitais não diretamente lesados pelo trauma (CAMARGO *et al*, 2004).

O atendimento ao paciente portador de politrauma tem como principal objetivo a diminuição e se possível a abolição de seqüelas do trauma evitando assim as complicações que levam ao óbito. Para isso todos os profissionais de saúde, deverão estar motivados e envolvidos no atendimento, bem como atualizado cientificamente para que seus conhecimentos favoreçam o resultado final do tratamento (TASHIRO; MURAYAMA,

2001).

O traumatizado deve ser considerado como um paciente prioritário, pela potencialidade de sua gravidade, pois pode ter suas funções vitais deterioradas em curto período de tempo, uma vez que o trauma grave freqüentemente produz lesões em vários órgãos dependendo do mecanismo de acidente e da região anatômica do organismo que foi atingida. Grandes quantidades de sangue podem estar presentes na cavidade abdominal sem que existam modificações exuberantes no aspecto ou nas dimensões do abdômen e sem sinais óbvios de peritonite. Qualquer doente que tenha sofrido traumatismo tem que ter um atendimento e um tratamento adequado para evitar as complicações do trauma, a enfermagem tem que estar integrada e envolvida com o paciente e seu tratamento (TREVILATO, 2001; PAVELQUEIRES, 1998).

3.3 Traumatismos múltiplos

Os traumatismos múltiplos são causados por um evento catastrófico único, que acarreta lesões com risco de vida para o indivíduo em, pelo menos, dois órgãos ou sistemas distintos. A mortalidade em pacientes politraumatizados está relacionada a gravidade das lesões e ao número de sistemas e órgãos envolvidos. Imediatamente após a lesão, o corpo se mostra hipermetabólico, hipercoagulável e gravemente estressado. O cuidado do paciente com lesões múltiplas exige uma abordagem de equipe, com uma pessoa responsável por coordenar o tratamento. A equipe de enfermagem assume responsabilidade por avaliar e monitorar o paciente, assegurar a via aérea e o acesso intravenoso (IV), administrar as medicações prescritas, colher amostras laboratoriais e documentar as atividades e a resposta do paciente. As evidências macroscópicas do traumatismo podem ser sutis ou estar ausentes. Até que se prove o contrário, deve-se pressupor que os pacientes politraumatizados têm uma lesão medular espinhal. A lesão considerada como de aparência menos significativa pode ser a mais letal (BRUNNER; SUDDARTH'S, 2009).

3.4 Atendimento Inicial do Trauma na terapia Intensiva

A avaliação inicial do paciente no Centro de Terapia Intensiva (CTI), deve começar com ABC da reanimação (vias aéreas, respiração, circulação). O paciente deve evitar ingestão oral, e reposição de fluidos, pode ser feita orientada pelos eletrólitos séricos. O

traumatizado, como já foi mencionado, deve ser considerado um paciente potencialmente grave, por isso, o atendimento inicial se faz prioritário, seguindo uma seqüência lógica centrada na estabilização dos sinais vitais da vítima. Portanto a primeira abordagem deve ser realizada em hospital especializado e equipado, para estabilização do paciente, sob o ponto de vista de materiais e acima de tudo, pessoal competente e qualificado para um atendimento adequado (TREVILATO, 2001; PAVELQUEIRES, 1998).

3.5 Etapas para o Atendimento Inicial

Os principais avanços nos cuidados de pacientes traumatizados foram feitos nas últimas décadas. O desenvolvimento de centros de traumatismo diminuiu a mortalidade e a morbidez entre as vítimas com lesões traumáticas. Os pacientes traumatizados que chegam às unidades de cuidados intensivos tendem a apresentar graves lesões, que necessitam com freqüência de ampla e complexa prescrição de enfermagem. Os pontos fortes da enfermagem e da medicina se complementam numa situação de emergência. Prescrição médica e de enfermagem apropriadas são previstas com base nos dados do histórico. Os membros da equipe de cuidados de saúde intensivistas trabalham em equipe na execução das habilidades manuais altamente técnicas necessárias ao cuidado de pacientes em situações de emergência. O indivíduo gravemente lesado deve ser avaliado rápida e eficazmente. A avaliação e os cuidados realizados na chegada ao hospital podem ser divididos em avaliação primária, restabelecimento dos sinais vitais, avaliação secundária, reavaliação e tratamento definitivo (HUDAK; GALLO, 1997).

3.6 Avaliação Primária e Secundária na Terapia Intensiva

A avaliação inicial deve identificar lesões que comprometem a vida do paciente e, concomitantemente, estabelecer condutas para a estabilização dos sinais vitais e tratamento destas anormalidades. Este processo se constitui no ABCDE do atendimento ao traumatizado, a saber: A- Abordagem das vias aéreas, com imobilização de coluna cervical; B- Controle da respiração e ventilação; C- Circulação e controle de hemorragias; D- Avaliação neurológica; E- Exposição completa do paciente e medidas para evitar hipotermia. O atendimento inicial deve estar baseado na sistemática proposta da abordagem das vias aéreas, restabelecimento da respiração, restabelecimento do padrão hemodinâmico, avaliação neurológica e exposição completa do paciente com controle dos

riscos de hipotermia (TREVILATO, 2001; PAVELQUEIRES, 1998).

Algumas lesões podem evoluir rapidamente causando instabilidade respiratória, ventilatória, hemodinâmica e ou neurológica. O atendimento inicial deve estar centrado na detecção de lesões severas que podem de fato, deteriorar os sinais vitais do paciente, que as vezes não estão evidentes na avaliação primária. O relato de dor é um importante dado para determinação destas lesões, portanto o uso de analgésicos e sedativos é contra indicado nesta fase, uma vez que podem mascarar quadros neurológicos e outras lesões graves em evolução (TREVILATO, 2001; PAVELQUEIRES, 1998).

A avaliação secundária é o exame minucioso do paciente traumatizado, iniciado somente quando foram tratadas as condições que põe em risco a vida do paciente. Compreende um exame detalhado da cabeça aos pés, mensuração dos sinais vitais (pressão arterial, pulso e respiração) e um exame neurológico detalhado, incluindo a Escala de Coma de Glasgow (SOUSA *et al.*, 2009).

3.7 Transferência para o Tratamento Definitivo

A decisão de transferir o paciente é médica, mas a responsabilidade é de toda equipe que atendeu. Este processo é permitido somente após a avaliação primária e o restabelecimento dos sinais vitais. Deve estar baseada na gravidade das lesões, na resposta à terapia adotada no primeiro atendimento, no possível prognóstico da vítima e nos recursos humanos, materiais tecnológicos, do hospital, para estabelecer o tratamento definitivo. A conduta que definitivamente irá tratar as lesões traumáticas está centrada no aspecto fisiológico do paciente, doenças pré existentes, mecanismo de trauma, fatores que alteram o prognóstico e capacidade da equipe (TREVILATO, 2001; PAVELQUEIRES, 1998).

3.8 Enfermagem na Terapia Intensiva

O enfermeiro em cuidados intensivos deve ter base de conhecimento que facilite a capacidade de perceber uma grande variedade de questões, bem como informações altamente definidas e específicas. O profissional atual também deve ser o mais auto-realizado possível- física, emocional e espiritualmente a fim de atender os desafios de cuidar daqueles gravemente enfermos. A Enfermagem em cuidados intensivos requer uma

capacidade de lidar com situações cruciais com uma velocidade e precisão. Requer competência na integração de informação, construção de julgamentos, e estabelecimento de prioridades, porque, quando o distúrbio acomete um sistema orgânico, outros sistemas são envolvidos na tentativa de adaptar-se ao desequilíbrio. A essência da Enfermagem em cuidados intensivos está não nos ambientes especiais nem em meio do equipamento especial, mas no processo de tomada de decisão baseado na sólida compreensão de condições fisiológicas e psicológicas (HUDAK; GALLO, 1997; KNOBEL, 2006).

O Processo de Enfermagem serve como uma estrutura sistemática na qual o enfermeiro busca informação, responde a indicações clínicas, identifica e responde as questões que afetam a saúde do paciente. Começa com a coleta de dois tipos de informação: dados subjetivos (incluindo todas as informações obtidas por anamnese e entrevista) e dados objetivos (incluindo exame físico, valores laboratoriais e exames diagnósticos). Os julgamentos clínicos são realizados após análise de todas as informações disponíveis e servem como base para formular diagnósticos de Enfermagem. As próximas etapas no processo são para determinar os resultados esperados e as intervenções de Enfermagem. As intervenções devem ser suficientemente específicas para orientar o tratamento, e os resultados devem descrever com clareza o comportamento do paciente, que indicará que o objetivo fora atingido. Os resultados esperados são usados para avaliar a eficácia das intervenções. Se elas são eficazes e restabelecem o equilíbrio, o problema é resolvido e o processo é completo. Se não, o processo é repetido, começando com a coleta de dados e continuando com a análise dos dados, formulação de diagnósticos de Enfermagem, planejamento adicional, implementação do plano, e reavaliação com base nos resultados do paciente (Quadro 1) (HUDAK; GALLO, 1997; KNOBEL, 2006).

As etapas no Processo de Enfermagem consistem em colher informações, determinar diagnósticos de enfermagem atuais ou potenciais, identificar os resultados mensuráveis e refletir sobre a resposta do paciente, desenvolver intervenções individualizadas com o objetivo de atingir resultados, avaliar o progresso em direção aos resultados propostos, ajustar o plano de cuidados com base na avaliação, usando o processo de Enfermagem (HUDAK; GALLO, 1997; KNOBEL, 2006).

QUADRO 1
Etapas do Processo de Enfermagem

AVALIAÇÃO	DIAGNÓSTICO	PLANEJAMEN- TO	IMPLEMENTAÇÃO	AVALIAÇÃO
Coleta de dados.	Os dados são analisados para identificar problemas do cliente/diagnósticos de enfermagem.	É desenvolvido um plano de ações.	O plano é colocado em ação.	Os resultados de implementação são avaliados.

Fonte: Adaptado de HUDAK; GALLO (1997) e KNOBEL (2006).

3.9 Prevenção do trauma

É conhecido por todos que o trauma é uma das principais causas de morte, particularmente entre os jovens. É também amplamente sabido que o trauma é responsável por morbidade considerável. Vítimas de trauma têm com frequência seqüelas graves, algumas vezes definitivas. Atender as vítimas de trauma e arcar as conseqüências do mesmo (seqüelas temporárias ou permanentes) representa, para a sociedade, um custo elevadíssimo, não só econômico, mas também em termos de sofrimento humano (custo emocional, difícil de ser dimensionado). Apesar de seu impacto na Saúde Pública e de seus elevados custos para a sociedade, o trauma foi durante muito tempo negligenciado como doença, talvez em parte por ser considerado como um “acidente”. Acidente ou fatalidade é algo decorrente de acontecimento fortuito, casual, incontrolável. Não é isso, de fato, o que ocorre, na maioria das vezes, com as lesões traumáticas. Estas, freqüentemente, ocorrem dentro de padrões absolutamente previsíveis, sendo, por isso, passíveis de prevenção. Existem indivíduos e situações (ambientes) de alto risco. Quando os dois se encontram, criam-se as condições para que se inicie uma cadeia de eventos que leva ao trauma (SOUSA *et al.*, 2009).

Identificar essas situações permite intervir, fazendo a prevenção do trauma. Os profissionais que atendem as vítimas de trauma estão em posição privilegiada para praticar, de forma eficiente, a prevenção. O contato diário com as vítimas, uma vez já estabilizadas, e com a família das mesmas, permite inúmeras oportunidades para emitir mensagens que levem a reduzir o risco de recidiva do trauma (SOUSA *et al.*, 2009).

Sempre haverá pessoas que gostam de correr riscos desnecessários, mas a maior parte das vítimas de trauma e de seus familiares será muito receptiva a informações que

ajudem a reduzir os riscos de lesões traumáticas no futuro. Para isso, é indispensável que os profissionais da saúde se familiarizem com os princípios da prevenção do trauma, entendido como doença e não como "acidente" (SOUSA *et al.*, 2009).

Entender o trauma como doença significa conhecer a sua epidemiologia, a sua história natural, os diversos fatores envolvidos e as estratégias e intervenções possíveis para diminuir a sua incidência (prevenção primária), a sua gravidade (prevenção secundária) ou as suas conseqüências (prevenção terciária). Conhecer os riscos e fazer a sua prevenção é responsabilidade de todo o profissional da área de saúde. A prevenção do trauma pode ser primária, secundária e terciária. A prevenção primária pode ser entendida como o conjunto de medidas que visam evitar que o trauma aconteça. São exemplos de prevenção primária: proteção (grade ou rede) nas janelas, para evitar que as crianças possam cair, cercas de proteção nas piscinas e portas de acesso fechadas, para evitar que crianças pequenas possam afogar-se, vigilância constante de crianças pequenas, para evitar situações de risco, faróis nos cruzamentos, controle de velocidade, controle de intoxicação de motoristas (álcool ou outras drogas), sinalização adequada e rigor no controle do respeito às normas do trânsito, entre outras (SOUSA *et al.*, 2009).

Admitindo que o trauma possa ocorrer, a prevenção secundária tem por objetivo reduzir a gravidade das lesões traumáticas. São exemplos de medidas da prevenção secundária: uso de cinto de segurança por todos os ocupantes de carro, *air bags*, uso de capacetes por ciclistas e motociclistas, uso de equipamento de proteção individual (EPI) apropriado para atividades profissionais ou esportivas de risco, carros de material deformável que possa absorver o impacto, postes de sinalização e *guardrail* de material que também seja capaz de absorver o impacto e superfícies de proteção em locais de recreação infantil. A limitação da velocidade de trânsito em determinados locais pode ser entendida como medida de prevenção tanto primária (diminui a probabilidade de ocorrerem colisões) como secundária (em ocorrendo a colisão, sendo a velocidade menor, será menor também a probabilidade de lesões graves) (SOUSA *et al.*, 2009).

Finalmente, a prevenção terciária pode ser entendida como o conjunto das medidas para diminuir as conseqüências do trauma, uma vez que ele já tenha ocorrido e tenha tido a gravidade que teve já estabelecida. É representada pelos sistemas de atendimento ao traumatizado, que incluem o atendimento pré-hospitalar, o atendimento no hospital e a reabilitação. Quando falha a prevenção primária e a secundária, o atendimento adequado às vítimas de trauma (prevenção terciária), desde o momento do evento traumático até a

reabilitação completa, pode fazer a diferença entre uma sobrevivida sem seqüelas ou a evolução para desfecho fatal. Resumidamente, a prevenção do trauma visa evitar que o trauma ocorra (primária), diminuir sua gravidade (secundária) ou suas conseqüências (terciária) (SOUSA *et al.*, 2009).

3.10 Complicações do politraumatizado internado no CTI

O enfermeiro desempenha importante papel no atendimento ao paciente vítima de trauma, participando ativamente das fases de avaliação e tratamento inicial, avaliação secundária e tratamento definitivo. No desempenho de suas ações junto ao paciente traumatizado, em todas as fases do atendimento, o enfermeiro deve executar ações visando prevenir as complicações mais comuns do trauma (KNOBEL, 2006).

Prevenir infecções hospitalares, utilizando e favorecendo a utilização de técnica asséptica e materiais adequados no manuseio do paciente, drenos, tubos e sondas. Reações transfusionais (hemólise intravascular), transmissão de hepatite B ou C, hipotermia, hipocalcemia e coagulopatia dilucional devem ser evitadas, reduzindo os riscos associados à politransusão de hemocomponentes, aquecer o sangue, monitorar cálcio e adotar os cuidados na transfusão de hemocomponentes. Prevenir hemorragia digestiva, por meio da administração de sucralfato, bloqueadores H₂ ou da bomba de prótons e da reposição volêmica adequada, conforme prescrição médica. Ao administrar nutrição parenteral para promover repouso do trato digestório, observar as fistulas ou obstruções distais do trato gastrointestinal que impedem a realimentação precoce através desta via. Prevenir a insuficiência renal aguda, promovendo adequada reposição volêmica e monitorar níveis séricos de antibióticos nefrotóxicos. Prevenir ou tratar os pacientes com insuficiência respiratória aguda para garantir adequado suporte ventilatório (KNOBEL, 2006).

Um aspecto a ser valorizado pela enfermagem no cuidado ao paciente vítima de trauma é a avaliação e controle da dor. Grande parte dos pacientes vítimas de trauma apresenta dores freqüentes. A dor pode estar relacionada a procedimentos invasivos, medicações injetáveis, imobilidade e posicionamento inadequado no leito. A observação direta do paciente permite detectar sinais de desconforto, ansiedade em se comunicar, agitação e expressões faciais de dor. O diagnóstico precoce dos sinais de dor permite a administração de medicação analgésica, de modo que a mesma seja adequadamente controlada (KNOBEL, 2006).

Choque no trauma é definido como presença de perfusão orgânica e oxigenação tecidual inadequada. No doente traumatizado, a causa mais comum é a hemorragia. "A resposta inicial à perda sanguínea consiste em vasoconstrição periférica, mantendo a perfusão de rins, coração e cérebro. Ocorre também aumento da frequência cardíaca, com o intuito de manter o débito cardíaco. Na maioria das vezes a taquicardia é o sinal mais precoce do choque. No tratamento inicial visa a restabelecer a perfusão orgânica e a celular com sangue adequadamente oxigenado" (BARBOSA; CALDEIRA, 2008, p.691,692).

A trombose venosa profunda (TVP) é uma complicação decorrente da imobilidade em pacientes traumatizados, Aqueles que a desenvolvem estão sob risco de embolia pulmonar. A presença de TVP é avaliada através da mensuração da panturrilha e constatada caso haja aumento significativo na circunferência deste segmento. A terapia com doses baixas de anticoagulantes é iniciada para evitar a TVP e a embolia pulmonar; é indicado o uso de meias elásticas, a execução de exercícios fisioterápicos que promovam amplitude de movimento, uma hidratação adequada e a anulação de estímulos báricos externos nos membros inferiores decorrentes da flexão dos joelhos enquanto o paciente está acamado, e os excelentes cuidados de enfermagem (BRUNNER; SUDDARTH'S,1994).

Os problemas respiratórios estão relacionados com o comprometimento da função pulmonar cuja gravidade depende do nível da lesão. O padrão respiratório deve ser observado, a tosse avaliada e os pulmões auscultados, pois a paralisia dos músculos acessórios do pescoço, abdominais e da parede torácica e diafragma reduz o reflexo tussígeno e dificulta a eliminação das secreções brônquicas e faríngeas. A possível insuficiência respiratória iminente é detectada pela observação do paciente, mensuração da capacidade vital e monitorização dos valores da gasometria arterial. A aspiração pode ser indicada, contudo deve ser utilizada com precaução pois pode estimular o nervo vago, produzindo bradicardia. A monitorização constante pela equipe de enfermagem deve ser precoce e necessária tanto na fase aguda quanto na crônica. A enfermagem, ao avaliar o padrão respiratório do paciente, deve proceder a ausculta pulmonar, investigar alterações instaladas considerando os hábitos pré-existentes (BRUNNER; SUDDARTH'S,1994; FARO, 1996).

Como o paciente com traumatismo fica imobilizado e apresenta incontinência urinária e fecal, perda de sensibilidade, alterações no turgor e na elasticidade da pele e circulatórias, a ameaça para desenvolver UP é constante. Nas áreas de isquemia tecidual

local em que há pressão contínua e na qual a circulação periférica é inadequada, as UP desenvolvem-se dentro de 6 horas. Os sítios mais comuns localizam-se acima da tuberosidade isquiática, na região sacra, na trocantérica, nos calcânhares e nos cotovelos. De acordo com a profundidade e a extensão das feridas, podemos classificá-las desta forma: grau 1, eritema na pele intacta; grau 2, úlceração superficial com perda da camada epidérmica e derme, sem atingir o subcutâneo (é o caso das bolhas); grau 3, danos ao nível da epiderme, derme e subcutâneo com proximidade da fáscia muscular que, embora possa estar exposta, ainda não foi atingida; grau 4, extensiva destruição com necrose de tecido, danos em estruturas musculares, tendões, ossos e até cápsula sinovial. É possível a presença de infecção local e exsudato (assim como nos outros níveis) e o paciente corre grave risco de evoluir para septicemia. Compete ao enfermeiro avaliar e cuidar corretamente da ferida (BRUNNER; SUDDARTH'S, 1994; FARO, 1996; FARO, 1999).

Os pacientes tetraplégicos e paraplégicos estão mais predispostos à infecção e "*sepsis*", decorrentes de uma variedade de fontes. Por exemplo, o trato urinário, devido ao funcionamento anormal da bexiga e a constante manipulação -cateterismos-, apresenta episódios de distensão vesical e alteração das características da urina, com aspecto turvo devido aos sedimentos provocados pela infecção. No trato respiratório, o comprometimento do mecanismo da tosse, passível de estar ausente, contribui para a freqüente ocorrência de pneumonia; doenças intra abdominais podem estar presentes sem sintomas ou sinais localizados, por exemplo, na pancreatite o exame físico revela aumento da espasticidade e defesa abdominal; áreas de úlceras por pressão apresentam riscos para tornarem-se infectadas causando osteomielite e febre pela própria integridade tissular prejudicada, exposição ambiental e déficits nutricionais. A intervenção de enfermagem na prevenção da infecção e da *sepsis* é essencial para reduzir a morbimortalidade, manter a integridade da pele e reeducar a bexiga e o intestino, corrigindo a incontinência urinária e fecal. É essencial o acompanhamento da temperatura corporal e seu registro (BRUNNER; SUDDARTH'S, 1994).

A bexiga é controlada por mecanismos voluntários e involuntários, e, imediatamente após um trauma, torna-se atônica e não pode contrair-se pela atividade reflexa. A retenção urinária é o resultado imediato da lesão medular. Como o paciente não sente a distensão vesical, o superestiramento da bexiga e do músculo detrusor pode ocorrer e retardar o retorno da função vesical. Qualquer lesão nervosa que interfira neste mecanismo origina uma bexiga neurogênica. O esvaziamento vesical pode ser feito por meio do cateterismo

intermitente, a cada 4 ou 6 horas, de acordo com o balanço hídrico do paciente para evitar o superestiramento da bexiga e a infecção do trato urinário (BRUNNER; SUDDARTH'S, 1994).

As alterações psicossociais, é sempre visto em pacientes com traumatismo, em geral, leva tempo para o paciente e a família compreenderem a magnitude das incapacidades resultantes do traumatismo. Eles podem atravessar estágios de ajuste, incluindo choque, descrença, negação, depressão, luto e aceitação. Durante a fase aguda do trauma, a negação pode ser um mecanismo protetor de defesa dos pacientes, ajudando-os a superar a realidade do acontecimento. À medida que eles conscientizam-se do agravo, o processo de luto pode prolongar-se e tudo se fecha, uma vez que eles passam a reconhecer as metas de longo alcance e as expectativas podem ser interrompidas ou alteradas permanentemente. O período de depressão com frequência continua à medida que o paciente apresenta perda de auto-estima em áreas de identidade própria e de papéis sociais e emocionais. Os pacientes devem ser orientados no sentido de adquirir auto-confiança em suas capacidades para que o auto-cuidado e a independência relativa sejam metas atingidas (BRUNNER; SUDDARTH'S, 1994).

3.11 Prevenção de lesões

Qualquer discussão do tratamento de traumatismos deve incluir uma discussão da prevenção de lesões. Um dos componentes do papel cotidiano da enfermeira intensivista [e o fornecimento de informações sobre a prevenção de lesões a todos os pacientes com os quais ela tenha contato, incluindo pacientes admitidos por outras razões que não uma lesão. O único meio de reduzir a incidência de traumatismos é, antes de tudo, impedir que as lesões ocorram. Todas as pessoas podem se beneficiar de informações sobre a prevenção de lesões (BRUNNER; SUDDARTH'S, 2009).

A chave para diminuir a incidência de traumatismos e salvar a vida de membros produtivos da sociedade é a prevenção de lesões. A enfermeira intensivista deve fazer da prevenção de lesões uma parte da prática diária de enfermagem. A prevenção de lesões tem três componentes. O primeiro deles é a orientação. É importante fornecer informações e materiais para ajudar a impedir a violência, agravamentos do trauma, recidiva de outros acidentes, prevenção de novos traumatismos. O segundo componente da prevenção de

lesões é a legislação. As enfermeiras devem se envolver ativamente na legislação de segurança em níveis local, estadual e federal. Essa legislação visa proporcionar medidas de segurança universais e não infringir direitos. O terceiro componente é a proteção automática. É o uso de proteção aos pacientes de se causarem um trauma ou de prejudicar mais ainda seu trauma ou de causar um politraumatismo (BRUNNER; SUDDARTH'S,2009).

3.12 Ajudando o Paciente a Adaptar-se

A ansiedade pode ser vista como um estado de desequilíbrio ou tensão que induz tentativas de adaptação. A adaptação pode então ser observada como uma transação entre a pessoa e o ambiente. As transações bem-sucedidas reduzem a tensão e promovem uma sensação de bem-estar. Qualquer estresse que ameace a sensação de integridade, moderação, segurança e controle de uma pessoa causará ansiedade. A doença é um destes estresses. As respostas fisiológicas da frequência rápida de pulso, aumento da pressão arterial, aumento das respirações, pupilas dilatadas, boca seca e vasoconstricção periférica podem não ser detectadas em um paciente aparentemente frio, calmo, auto-reprimido. Estas respostas autônomas à ansiedade são freqüentemente o índice mais fidedigno do grau de ansiedade, quando as respostas comportamentais e verbais não são compatíveis com as circunstâncias (HUDAK; GALLO, 1997; KNOBEL, 2006).

Na maioria dos pacientes, o temor de que a vida esteja sendo ameaçada é justificado, bem como o sentimento de ser um estranho em ambiente estranho, cuja vida está nas mãos de estranhos. Uma sensação de inadequação ou inferioridade ocorre se os pacientes são incapazes de compreender o que lhes está acontecendo fisicamente e se a equipe e os aparelhos circundantes farão retomar a sua saúde. É essencial que a enfermeiro de assistência intensiva seja instruído sobre a dinâmica psicossocial, de forma que sejam feitas avaliação e intervenção apropriadas. Freqüentemente não é possível para o enfermeiro simplesmente remover o estímulo nocivo que provoca ansiedade. Nestas circunstâncias, ele deve avaliar a eficácia dos comportamentos de adaptação do paciente e apoiá-los, ajudar o paciente a modificá-los ou ensinar novos comportamentos de adaptação. Com freqüência, os níveis de ansiedade são tão elevados que o estado ansioso torna-se o estímulo que exige outras respostas de adaptação. Avaliar comportamentos de adaptação quanto a eficácia e apoiá-los; ajudar o paciente a modificá-los ; ensinar novos

comportamentos (HUDAK; GALLO, 1997; KNOBEL, 2006).

A área de cuidados intensivos é repleta de estímulos que provocam ansiedade. Os procedimentos invasivos estão entre os mais graves. Algumas vezes, os pacientes podem ser mais capazes de apresentar interesse e preocupação sobre a variedade de equipamentos que os envolve, do que se concentrar na ameaça à vida. Esta atividade pode permitir alguma negação necessária da realidade da crise, mas a própria preocupação pode drenar recursos energéticos necessários. A informação e a explicação sobre os aparelhos podem reduzir a ansiedade secundária, e os cuidados de Enfermagem especializados podem tranquilizar os pacientes de forma não-verbal quanto à sua segurança sem retirar a defesa da negação. A ansiedade ocorre quando há ameaça de desamparo; perda de controle; sensação de perda de função e auto-estima; falha de defesas anteriores; sensação de isolamento; medo da morte. Ajudar a aumentar a sensação de controle do paciente por proporcionar ordem e previsibilidade; utilizar orientação antecipada; permitir escolha sempre que possível; incluir o paciente nas decisões; fornecer informações e explicações. Após o paciente ser internado na unidade, a insegurança inicial indubitavelmente está relacionada à própria vida. Posteriormente, surgem perguntas sobre assuntos como duração da hospitalização, retorno ao trabalho, implicações financeira, bem-estar da família e limitações permanente. Assim, a insegurança do paciente continua e deve ser considerada sensivelmente (HUDAK; GALLO, 1997; KNOBEL, 2006).

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Referencial teórico-metodológico

Na Enfermagem, a prática baseada em evidencia (PBE), envolve a definição de um problema, a averiguação e avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação destas na prática e apreciação dos resultados, por meio da integração de três elementos: a melhor evidência, as habilidades clínicas e a preferência do paciente. A melhor evidência é oriunda da pesquisa clínica relevante, focada no paciente para aprimoramento das medidas de diagnóstico, indicadores de prognóstico e tratamento, reabilitação e prevenção. Os achados das investigações clínicas substituem as condutas previamente aceitas por informações mais seguras, acuradas e eficazes. Assim, esse paradigma se tornou uma vertente na produção e validação de conhecimento, por meio do reconhecimento dos profissionais acerca da necessidade diária de apreciações válidas para o diagnóstico, prognóstico, intervenções e prevenção (SACKETT *et al.*, 2003).

Os avanços tecnológicos representam aquisições ao processo de cuidar e à prática profissional do enfermeiro, exigem novas atitudes, condutas e formas de pensar e ser. Assim, é necessário compreender o impacto que estes apresentam no cuidado, no sentido de validar conhecimentos e produzir evidências que subsidiem sua aplicação. Emerge a necessidade de pesquisas que comprovem a efetividade das intervenções atuais, tornando-as mais confiáveis. Atualmente, devido a inúmeras inovações na área da saúde, a tomada de decisão dos enfermeiros necessita estar pautada em princípios científicos, a fim de selecionar a intervenção mais adequada para a situação específica de cuidado, uma vez que existem diferenças entre esperar que estes avanços tenham resultados positivos e verdadeiramente saber se eles funcionam (SCHMIDT, 2003).

Os enfermeiros são constantemente desafiados na busca de conhecimento científico a fim de promoverem a melhoria do cuidado ao paciente. Um dos propósitos da Prática Baseada em Evidências (PBE) é encorajar a utilização de resultados de pesquisa junto à assistência à saúde prestada nos diversos níveis de atenção, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica (LOBIONDO-WOOD, HARBER ;2006).

O QUADRO 2 apresenta a classificação dos níveis de evidência dos estudos de

acordo com o delineamento adotado (STETLES *et al.*, 1998).

QUADRO 2
Classificação das evidências

Nível de evidencia	Fontes de evidencia
Nível I	Metanálise de múltiplos estudos controlados.
Nível II	Estudos experimental individual.
Nível III	Estudos experimental com grupo único, não randomizado, controlado, com pré e pós-teste ou estudos tipo caso controle.
Nível IV	Estudos não experimental como pesquisa descritiva correlacional, pesquisa qualitativa ou estudo de caso.
Nível V	Relatório de casos ou dados obtidos sistematicamente, de qualidade verificável, ou dados de programas de avaliação.
Nível VI	Opinião de autoridades respeitadas (como autores conhecidos nacionalmente) baseados em sua experiência clínica ou opinião de um comitê de peritos incluindo suas interpretações não baseadas em pesquisa. Este nível também inclui opiniões de órgãos de comunicação ou legais.

Adaptado: de STETLER *et al.* (1998).

4.2 Método e etapas

Nesse estudo foi adotado o método da revisão integrativa (RI), pois constitui uma abordagem onde pode ser retirado dados de tipos diferentes de modelos de pesquisa e incluir tanto literatura empírica quanto teórica (WHITTEMORE, 2005; ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

Revisão integrativa para Souza, Silva e Carvalho (2010), é um método que proporciona a síntese de conhecimentos e incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática.

Outro aspecto é o potencial de construir conhecimento em enfermagem, produzindo, um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Portanto, a revisão integrativa tem sido demonstrada na literatura como uma importante ferramenta para a área da saúde, pois possibilita a realização de pesquisas diversas combinado Práticas Baseadas em Evidências no ramo da enfermagem.

A revisão integrativa é desenvolvida por meio de seis etapas:

1º ETAPA: elaboração da pergunta norteadora

Fase mais importante da revisão, pois determina quais estudos serão incluídos e meios para identificação do problema, engloba um número infinito de variáveis, questões

ou populações, que deve ser descrita com clareza de acordo com o propósito da revisão (WHITTEMORE, 2005).

2º ETAPA: busca ou amostragem na literatura

Está diretamente relacionada à fase anterior, exige estratégias de pesquisas bem definidas, com aspecto ampliado. A procura deve ser feita através de base de dados, em bases eletrônicas ou em periódicos, incluindo todos os estudos encontrados ou selecionados de forma randomizada garantindo confiabilidade e fidedignidade dos resultados.

3º ETAPA: coleta de dados

Para coleta de dados dos artigos escolhidos deve-se determinar o instrumento a ser utilizado para reunir e sintetizar informações. Para tanto é necessário a utilização de um instrumento previamente elaborado capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizando o risco de erros na transcrição e garantindo a precisão das informações (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

4º ETAPA: análise crítica dos estudos incluídos

Fase onde se analisa os dados coletados, de forma crítica, definindo explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos variados estudos selecionados.

5º ETAPA: discussão dos resultados

Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010), nesta fase serão realizadas a interpretação dos dados e a síntese dos resultados, comparando-se os dados evidenciados, identificando possíveis lacunas do conhecimento, delimitando prioridades para estudos futuros e salientando conclusões e inferências.

6º Etapa: apresentação da revisão integrativa

É a fase final da revisão onde a apresentação deve ser clara e bem definida para possibilitar ao leitor uma avaliação crítica dos resultados, a fim de separar os achados científicos de opiniões e idéias populares. Este método de pesquisa proporciona aos profissionais de saúde dados relevantes de um determinado assunto, em diferentes lugares e momentos, mantendo-os atualizados e facilitando as mudanças na prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.3 População e amostra

A população foi constituída por uma busca realizada nas bases de dados LILACS,

MEDLINE e no portal do SCIELO, por meio da biblioteca virtual em saúde – BVS, conforme estratégias de busca descritas no QUADRO 3.

QUADRO 3
Fonte e estratégias de busca

FONTE	ESTRATÉGIA DE BUSCA
Lilacs	"TRAUMA" or "TRAUMA múltiplo" or "TRAUMAtismo múltiplo" or "TRAUMAtismos" [Descritor de assunto]and"CTI" [Descritor de assunto]and"ENFERMAGEM" or "assistência de ENFERMAGEM" or "atendimento de ENFERMAGEM" or "cuidados básicos de ENFERMAGEM" or "cuidados de ENFERMAGEM" or "papel do profissional de ENFERMAGEM" [Palavras]
Medline	"trauma" or "trauma múltiplo" or "traumatismo múltiplo" or "traumatismos" [Descritor de assunto]and"cti" [Descritor de assunto]and"enfermagem" or "assistência de enfermagem" or "atendimento de enfermagem" or "cuidados básicos de enfermagem" or "papel do profissional de enfermagem" [Descritor de assunto]
Scielo	TRAUMATISMO or TRAUMATISMO MULTIPLO or TRAUMATISMOS [Todos os índices] and ENFERMAGEM or ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS or ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA [Todos os índices]

Para a seleção da amostra foram utilizada como critérios de inclusão todos os artigos publicados, nos idiomas português, inglês e espanhol, que respondem à questão desta revisão (QUADRO 4).

QUADRO 4
População e amostra do estudo

FONTE	POPULAÇÃO	AMOSTRA
1 Lilacs	5	4
2 Mediline	2	2
3 Scielo	36	10
Total	43	16

4.4 Variáveis de estudo

Para a caracterização da literatura que fizeram parte dessa revisão foram utilizadas variáveis relacionada aos autores: profissão e país de origem, às publicações: fonte, delineamento do estudo e nível de evidência. Quanto à variável de interesse, foram selecionados artigo que abordavam as condutas dos enfermeiros nas complicações do politraumatizado internado no CTI.

4.5 Instrumento de coleta de dados

O processo de coleta de dados e a sumarização dos artigos que foram incluídos na presente revisão integrativa. Foram preenchidos os instrumentos de acordo com questões relativas às variáveis definidas neste estudo (APÊNDICE – Instrumentos de coleta de dados).

Assim, o instrumento contempla os seguintes itens: dados de identificação da profissão e país de origem do autor e dados de identificação da publicação: fonte, delineamento do estudo e nível de evidência. Foi também incluída a questão relacionada à variável de interesse: Condutas do enfermeiro nas complicações do politraumatizado internado no CTI.

4.6 Análise dos dados

No início foi realizada uma leitura criteriosa para compreensão e preenchimento dos instrumentos de coleta de dados. Em seguida, os dados foram agrupados por similaridade para análise da concordância entre os autores e do nível de evidência do estudo.

5. RESULTADOS E DISCURSSÃO

Os resultados da Revisão Integrativa de literatura estão dispostos nos QUADROS 5, 6 e 7 relacionados às variáveis dos autores, das publicações à variável de interesse, respectivamente. Como pode ser observado no QUADRO 5, informações referentes à profissão e país de origem dos 16 artigos analisados.

A análise de dados presentes nesse quadro mostra que, com relação à profissão dos autores: 54 autores da revisão, 28 são enfermeiros, 15 professores, 6 estudantes de enfermagem, 4 médicos e 1 fisioterapeuta. Assim, evidenciou-se que a maioria dos autores dos estudos analisados na Revisão Integrativa são profissionais enfermeiros.

QUADRO 5

Características dos autores das publicações que fizeram parte da revisão integrativa

LITERATURA DO ESTUDO	PROFISSÃO	PAIS DE ORIGEM
Pereira Júnior <i>et al.</i> (1999)	04 Médicos 01 Enfermeiro 01 Fisioterapeuta 01 Professor	Brasil
Salomé (2005)	01 Enfermeiro	Brasil
Millner; Paskiewicz; Kautz (2009)	02 Enfermeiros 01 Professor	Estados Unidos da América
Siegele (2009)	01 Enfermeiro	Estados Unidos da América
Vázquez <i>et al.</i> (2004)	04 Enfermeiras	Cuba
Arruda; Garcia (2000)	02 Enfermeiras	Brasil
Alves <i>et al.</i> (2000)	03 Enfermeiras 01 Estudante de enfermagem 02 Professores	Brasil
Bruni <i>et al.</i> (2004)	05 Estudantes de enfermagem 01 Professor	Brasil
Calil; Pimenta (2005) A	02 Enfermeiras	Brasil
Calil; Pimenta (2005) B	02 Enfermeiras	Brasil
Sousa (2005)	01 Professor	Brasil
Cafer <i>et al.</i> (2005)	01 Enfermeira 04 professores	Brasil
Nogueira; Caliri; Haas (2006)	01 Enfermeira	Brasil

	02 professores	
Ribeiro <i>et al.</i> (2008)	04 Enfermeiras 03 Professoras	Brasil
Calil; Pimenta (2008)	02 Enfermeiras	Brasil
Calil; Pimenta (2009)	02 Enfermeiras	Brasil

A análise do QUADRO 6, apresenta informações sobre as características das literaturas presentes na Revisão Integrativa: ano de publicação, delineamento do estudo e nível de evidência.

QUADRO 6

Características das publicações que fizeram parte do estudo

LITERATURA DO ESTUDO	FONTE	DELINEAMENTO DO ESTUDO	NÍVEL DE EVIDENCIA
Pereira Júnior <i>et al.</i> (1999)	Lilacs	Revisão de literatura	Não se aplica
Salomé (2005)	Lilacs	Primário quantitativo descritivo	IV
Millner; Paskiewicz; Kautz (2009)	Medline	Revisão de literatura	Não se aplica
Siegele (2009)	Medline	Revisão de literatura	Não se aplica
Vázquez <i>et al.</i> (2004)	Lilacs	Primário quantitativo descritivo	IV
Arruda; Garcia, (2000)	Lilacs	Primário quantitativo descritivo	IV
Alves <i>et al.</i> , (2000)	Scielo	Primário quantitativo descritivo	IV
Bruni <i>et al.</i> , (2004)	Scielo	Revisão de literatura	Não se aplica
Calil; Pimenta, (2005) A	Scielo	Primário quantitativo exploratório	IV
Calil; Pimenta, (2005) B	Scielo	Primário quantitativo descritivo	IV

Sousa (2005)	Scielo	Primário quantitativo descritivo	IV
Cafer <i>et al.</i> , (2005)	Scielo	Primário quantitativo descritivo	IV
Nogueira; Caliri; Haas, (2006)	Scielo	Primário quantitativo descritivo	IV
Ribeiro <i>et al.</i> , (2008)	Scielo	Primário quantitativo descritivo	IV
Calil; Pimenta, (2008)	Scielo	Primário quantitativo descritivo	IV
Calil; Pimenta, (2009)	Scielo	Primário quantitativo descritivo	IV

A análise do QUADRO 6 mostra que 12 são estudos primários e 4 revisão de literatura. Destes 12 estudos primários, 11 adotaram abordagem quantitativo descritivo e 1 quantitativo exploratório.

Quanto ao nível de evidência, analisados de acordo com o referencial de Stetler *et al.* (1998), 12 estudos apresentaram nível de evidência IV e 4 não se aplicavam ao QUADRO 2.

Diante dos dados apresentados concluiu-se que a maioria dos estudos possui baixo nível de evidência científica. Portanto faz-se necessário fazer estudos com delineamento mais fortes.

O QUADRO 7 apresenta a variável de interesse do estudo, ou seja, as condutas do enfermeiro nas complicações do politraumatizado internado no CTI.

Pereira Júnior *et al.* (1999) ressaltam que a assistência de enfermagem, em Unidade de Terapia Intensiva, é uma especialidade em constante crescimento. A experiência no cuidado do paciente está voltado para atender às necessidades humanas básicas, com o objetivo de assegurar uma assistência de enfermagem adequada, visando a prevenção de complicações a manutenção das funções vitais e a segurança do paciente. O enfermeiro tem um papel importante no planejamento da assistência, devendo dar continuidade ao cuidado através de uma avaliação diária e sistematizada, efetuando intervenções precisas durante o atendimento. As condutas de enfermagem a serem estabelecidas no atendimento ao paciente no CTI, devem estar apoiadas em bases clínicas tendo como objetivos conformem seguem no quadro 7.

Para Salomé (2005) o objetivo é caracterizar a natureza e gravidade das lesões em pacientes hospitalizados, vítimas de trauma, identificar os diagnósticos de enfermagem segundo NANDA, em pacientes vítimas de trauma.

Millner; Paskiewicz; Kautz (2009) mostram as ações dos enfermeiros na unidade de terapia intensiva com os cuidados e os preparos para uma complicação maior que é a morte. E estratégias para infundir esperança nas famílias. Todos os enfermeiros de cuidados críticos devem ser educados no cuidado compassivo durante o período de orientação.

Siegele (2009) reforça a segurança do paciente e os resultados em um CTI, usando uma ferramenta de melhoria da qualidade para aumentar a comunicação e o trabalho em equipe. O treinamento formal em equipe se concentra em 7 de competências: a percepção das situações, a adaptabilidade e flexibilidade, liderança, comunicação, tomada de decisão, assertividade e análise da missão.

Para Vázquez *et al.* (2004) o politraumatismo traz um quadro de complexidade e com frequência de graves complicações, necessitando de internação em unidade de terapia intensiva, onde não só pode ser sujeito à vigilância intensiva, mas também multi-técnicas capazes de manter funções vitais e garantir-lhes satisfazer as suas necessidades nutricionais por causa dos ferimentos múltiplos que exijam características do cuidado multidisciplinar. Este cuidado deve envolver uma estreita cooperação e coordenação por parte de intensivistas, cirurgiões, neurocirurgiões, ortopédicos, enfermeiros intensivistas, preparados para atuar com destreza em situações complicadas e de risco de vida, sendo capaz de fornecer informações valiosas sobre o estado físico e psíquico do paciente.

Por se tratar de pacientes muito graves é necessário que o enfermeiro esteja bem atualizado em equipamentos de ventilação mecânica, uma vez que os pacientes não conseguem manter ventilados. E deve observar alguns cuidados de enfermagem: recepção do paciente com o anúncio do seu ingresso, preparar a cama, equipo de ventilação, monitor, cateteres de infusão venosa e outros acessórios que forem necessários; cuidados com a mobilização do paciente na cama para evitar dor e lesão medular; balanço hidroeletrólítico; dados vitais; observação na coloração do paciente podendo identificar palidez, cianose, icterícia ou o aparecimento de petéquias, que podem indicar complicações graves em geral.; Vigilância periódica das vias aéreas; acompanhamento de perto do gotejamento da hidratação; alívio da dor é extremamente importante para permitir respirações profundas e tosse, que evita o fechamento das vias aéreas, drenagem inadequada das secreções da árvore brônquica, atelectacias e resultou no aparecimento de

insuficiência respiratória ;perceber a extensão das possibilidades e disponibilidade, a limpeza diária e mobilização de banho no leito, seu objetivo é manter uma boa higiene e prevenção de úlceras de pressão (escaras) e complicações respiratórias, como pneumonia.;viabilidade das realizações de exames complementares e sua interpretação para detectar qualquer complicação; realizar aspiração de secreções traqueobrônquica ;Vigilância contínua do estado de consciência (VÁZQUEZ *et al.* 2004).

No estudo de Arruda e Garcia (2000) é descrito o perfil dos diagnósticos de enfermagem do componente oxigenação em pacientes vítimas de trauma, onde definem o trauma como o conjunto de alterações anatômicas e funcionais, locais e gerais, provocadas no organismo por meios violentos, seja por agressões ou por acidentes. A vítima do trauma deve ser considerada sempre um paciente de alto risco pelo desconhecimento imediato das lesões ocorridas e pela facilidade de, em breve período de tempo, ter suas funções vitais deterioradas. Os profissionais da área da saúde sempre devem usar os esforços necessários ao atendimento destes pacientes, para assisti-los de modo afetivo e eficaz, em tempo hábil, de modo a prevenir/reduzir as seqüelas resultantes e recuperar a pessoa para que reassuma seu papel familiar e social. É de grande importância a elaboração de diretrizes para os enfermeiros que atuam em CTI, que auxiliem a avaliar, do ponto de vista da Enfermagem, as condições das vítimas de trauma e a iniciar as intervenções necessárias de forma rápida, objetiva e precisa. a sistematização da assistência pode contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem a clientela de vítimas de trauma. O perfil dos diagnósticos de enfermagem do componente oxigenação que ocorrem com maior frequência em pacientes vítima de trauma admitidos em CTI, sendo a intervenção de enfermagem em situação de interrupção dos processos fisiológicos da oxigenação fundamental para a sobrevivência das pessoas. Como consequência do trauma pode ocorrer alterações na estrutura ou na função cardiopulmonar e cerebral capazes de comprometer os mecanismos responsáveis pela oxigenação celular periférica e resultar em uma grande demanda para compensá-los. Foram apresentados os principais diagnósticos no componente oxigenação: perfusão tissular periférica alterada, padrão respiratório ineficaz, troca de gases inadequados e hipoxia.

Alves *et al.* (2000) enfatiza a humanização da assistência no cuidado ao paciente com traumatismo crânio-encefálico (TCE). Sabe-se que o indivíduo após um TCE, poderá apresentar amnésia pós-trauma. Refere-se a um distúrbio de episódios de memória demonstrados pelo paciente pela inabilidade de reter informações sobre eventos que

ocorrem num contexto de tempo e espaço específico. Esta fase inicial de recuperação após um período de rebaixamento de nível de consciência é também caracterizada por distúrbios de atenção e de comportamento que podem variar de letargia a agitação. A amnésia pós-trauma pode, portanto fornecer informações adicionais quanto à gravidade das lesões e é considerado o melhor indicador isolado para medir a gravidade do trauma naqueles com TCE. Assim, para a medida inicial da gravidade do trauma nos TCE fechados, a Escala de Coma de Glasgow (ECGI) continua sendo o índice mais utilizado. Neste sentido as reações fisiológicas benéficas ou adversas podem ser ocasionadas por algumas atividades de enfermagem.

De acordo com Bruni *et al.* (2004) o trauma raquimedular (TRM) é uma agressão à medula espinhal que pode ocasionar danos neurológicos, tais como alterações da função motora, sensitiva e autônoma. A medula pode ser lesada por corpos estranhos ou por processos relacionados a uma vascularização deficiente, levando à isquemia, hipóxia, edema e causando danos à mielina e aos axônios. O TRM envolve uma série de complicações, dentre elas o choque medular, que representa uma repentina perda da atividade reflexa na medula espinhal (arreflexia) abaixo do nível do trauma. Nesta condição os músculos enervados pela parte do segmento da medula situada abaixo do nível da lesão ficam completamente paralisados e flácidos e os reflexos são ausentes. A pressão arterial cai e as partes do corpo abaixo do nível da lesão ficam paralisadas e sem sensibilidade. Com os traumatismos cervicais de coluna torácica superior, a enervação para os principais músculos acessórios da respiração é perdida acarretando nos seguintes problemas respiratórios: redução da capacidade vital, retenção de secreções, aumento da pressão parcial de CO₂, redução da pO₂, insuficiência respiratória e edema pulmonar. Os reflexos desencadeantes das funções vesical e intestinal são afetados ocasionando ileoparalítico, priapismo, retenção urinária, alterações digestórias (dilatação gástrica), alterações cardiocirculatórias (hipotensão, bradicardia) e oscilações térmicas. A pessoa com lesão medular apresenta múltiplas incapacidades e, com isso, requer cuidados complexos pertinentes a tantas alterações. Pontuamos as principais alterações:

Para Calil; Pimenta (2005) a dor é uma das principais conseqüências do trauma e suas repercussões são potencialmente prejudiciais ao organismo. As razões para o inadequado controle da dor no trauma são diversas. A dor aguda não aliviada pode ocasionar: a elevação da pressão arterial, o aumento da freqüência cardíaca e respiratória, entre outras, que podem resultar em hipoventilação, aumento do trabalho cardíaco e

diminuição da perfusão sangüínea periférica. Nos quadros hemorrágicos os estímulos nociceptivos podem agravar o choque, pelo aumento do trabalho do ventrículo esquerdo e redução da oferta de oxigênio. O controle da dor, além de humanitário, é vital para a assistência imediata ao acidentado, visando manter as funções fisiológicas básicas e tipo e quantidade de medicamentos, entre outros. No entanto, nenhum desses fatores justifica ações negligentes. Estudiosos em dor e trauma concordam que a avaliação e o tratamento dos mesmos é atribuição da equipe de saúde. A inexistência de um protocolo para a avaliação objetiva da dor aguda, constitui um problema para a estimação da eficácia analgésica e divergência entre os profissionais. O ensino sobre dor e analgesia nas instituições de ensino de enfermagem se faz de forma inconstante e reduzida, fazendo com que os profissionais não assimilem essa informação como um valor e um parâmetro a ser incluído na sua prática profissional.

Em outro artigo, Calil; Pimenta (2005), continua afirmando que a dor é uma das consequências do trauma, implementa a intensidade da dor e quando há presença de dor aguda é um alerta de que algo no organismo não está bem e está relacionada a afecções traumáticas. A permanência da dor aguda resulta na formação de círculos viciosos com progressivo aumento das disfunções orgânicas e dos efeitos prejudiciais ao paciente traumatizado como hipoventilação, aumento do trabalho cardíaco, diminuição da perfusão sangüínea periférica e contração muscular reflexa. A adequada avaliação, controle e alívio da dor, além do aspecto humanitário, deve constituir parte vital da assistência imediata ao acidentado, visando contribuir para a manutenção de funções fisiológicas básicas e evitar os efeitos colaterais nocivos advindos da permanência da dor. Para aferição da intensidade dolorosa, são recomendadas escalas numéricas e de descritores verbais. As escalas numéricas são graduadas de 0 a 10, onde 0 significa ausência de dor e 10 significa a pior dor imaginável. Apesar de simples, essa escala é muito utilizada para o reajuste terapêutico. E o uso de diagramas corporais para aferição do local da dor é recomendado. O paciente aponta no seu corpo ou no diagrama a região ou regiões dolorosas. O conhecimento de todos os locais dolorosos, a análise em conformidade com a distribuição nervosa da região, a identificação de possíveis grupos musculares envolvidos, podem ajudar a compreender a etiologia e a magnitude do quadro.

Sousa (2005) mostra Estudos sobre a avaliação das consequências dos traumas demonstram nitidamente que os pacientes que sofreram danos encefálicos apresentam um pior prognóstico, tanto na análise da mortalidade como da morbidade. A associação entre

consequências pós-trauma e fatores pré-mórbidos, observações clínicas, medidas fisiológicas e dados radiológicos e laboratoriais tem sido freqüentemente pesquisada na constante busca de estabelecer indicadores seguros que permitam conhecer precocemente o prognóstico a médio e longo prazos de uma vítima de trauma. No entanto, dificuldades surgem na busca desses indicadores, à medida que um grande número de variáveis influencia a recuperação pós-trauma. A capacidade funcional tem sido considerada aspecto fundamental para avaliar consequências nas vítimas que sobrevivem ao TCE. As mais freqüentes complicações são as respiratórias, complicações cranianas, e outras complicações.

Para Cafer *et al.* (2005) as lesões medulares constituem evento grave que acomete principalmente jovens, requerendo um planejamento cuidadoso da assistência de enfermagem. O aumento da sobrevivência destes pacientes é uma realidade, sendo assim importante aos profissionais de saúde, um maior conhecimento sobre o assunto, principalmente sobre as complicações clínicas que são praticamente restritas às vítimas de lesões medulares. A pessoa com lesão medular apresenta alterações significativas de motricidade e sensibilidade, dentre tantas outras, necessitando assim dos cuidados de enfermagem, como prestar uma assistência especializada ao paciente lesado medular, promovendo a recuperação da sua saúde, auxiliando na reabilitação e prevenindo complicações, possibilitando, assim, que o mesmo reassuma sua autonomia, com retorno ao seu ambiente social. Estas ações são preocupações importantes da enfermeira, enquanto elemento da equipe multiprofissional, que auxilia na assistência ao lesado medular. Os diagnósticos de enfermagem predominantes são: mobilidade física prejudicada, déficit de autocuidado para banho e higiene, para vestir-se e arrumar-se, risco para infecção e risco para integridade da pele prejudicada, incontinência urinária total; constipação; ansiedade; integridade da pele prejudicada, risco para disreflexia autonômica; déficit no autocuidado para alimentar-se e déficit de conhecimento e dor.

De acordo com Nogueira; Caliri; Haas (2006) o paciente com lesão traumática da medula espinhal (LTME) é aquele que sofreu um trauma na medula espinhal por hiperflexão ou hiperextensão da cabeça e pescoço, compressão ou rotação do corpo vertebral, ou por lesões penetrantes, que causam ruptura total ou parcial da transmissão medular, levando, assim, a uma alteração da função normal da medula. A localização anatômica da lesão está diretamente relacionada ao mecanismo do trauma, e o nível de comprometimento neurológico baseia-se na avaliação da sensibilidade e função motora. Devido à diminuição da mobilidade e sensibilidade, todos os pacientes com LTME

apresentam risco elevado para o desenvolvimento de úlcera de pressão. A UP pode ser definida como uma área localizada de necrose tissular que tende a se desenvolver quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período prolongado de tempo. É classificada em estágios de I a IV, de acordo com a profundidade dos danos observados nos tecidos. A maior parte das UPs pode ser prevenida com a adoção de medidas adequadas para o cuidado do paciente e com a educação dirigida a profissionais, pacientes e familiares; entretanto, o envolvimento da instituição também é necessário para prover as condições necessárias para a prestação da assistência. Detecção precoce e o tratamento adequado podem evitar as complicações.

Para Ribeiro *et al.* (2008) a insuficiência renal aguda (IRA) é uma síndrome proveniente das mais variadas causas, apresentando alto índice de mortalidade, tempo de internação, e necessidade de terapias de alto custo. A IRA pode decorrer da rabdomiólise, causada por politrauma, exercícios físicos extenuantes, doença metabólica, viroses, toxinas, drogas e uso de estatinas. A avaliação da história do paciente é de extrema importância para detectar a existência de uma doença prévia como: diabetes, hipertensão arterial, lúpus, uso de drogas nefrotóxicas e posteriormente diferenciar a forma aguda da crônica. Em pacientes hospitalizados, devem ser coletadas informações sobre depleção, ingestão hídrica e desidratação. Enfim, o diagnóstico é feito pela anamnese e pelo estudo do quadro clínico. Um grande número de casos de IRA poderiam ser evitados com medidas preventivas e atenção médica, por meio de melhor análise do paciente, evitando o uso de drogas nefrotóxicas, e agindo rapidamente ao menor sinal de complicações. A prevenção das causas do politrauma combinadas com a monitorização diária da função renal destes pacientes consistem em cuidados importantes para evitar as complicações deste quadro e, conseqüentemente a mortalidade por esta causa.

Calil; Pimenta, (2008), reafirma em seu terceiro artigo que a dor é reconhecida como uma das principais conseqüências do trauma e suas repercussões são identificadas como potencialmente prejudiciais para o organismo. Embora freqüente, pouca atenção tem sido concedida ao traumatizado, no que se refere ao controle algico. A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tissular real ou potencial e descrita em termos de tal dano. A dor aguda surge como um alerta de que algo no organismo não está bem. A persistência de processos reacionais em função da permanência da dor aguda resulta na formação de círculos viciosos com progressivo aumento das disfunções orgânicas e dos efeitos prejudiciais ao paciente traumatizado como

hipoventilação, aumento do trabalho cardíaco, diminuição da perfusão sangüínea periférica e contração muscular reflexa. Dor é um sintoma freqüente no trauma, e a sua ocorrência e intensidade podem estar relacionadas ao tipo e à localização da lesão. De acordo com a literatura, a dor no trauma está mais freqüentemente relacionada a lesões em: membros inferiores/ superiores, tórax , cabeça e superfície externa.

Calil; Pimenta (2009) Reconhece a dor como uma das principais conseqüências do trauma e as suas repercussões são identificadas como potencialmente prejudiciais para o organismo. Embora freqüente, pouca atenção tem sido concedida ao traumatizado no que se refere ao controle algico. A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tissular real ou potencial e descrita em termos de tal dano. A dor aguda surge como um alerta de que algo no organismo não está bem, esse tipo de dor é muito freqüente, pois está relacionada a afecções traumáticas, queimaduras, infecções e processos inflamatórios. A persistência dos processos reacionais em função da permanência da dor aguda resulta na formação de círculos viciosos com progressivo aumento das disfunções orgânicas e dos efeitos prejudiciais ao paciente traumatizado como hipoventilação, aumento do trabalho cardíaco, diminuição da perfusão sangüínea periférica e contração muscular reflexa, agravam o estado de choque por deterioração do desempenho mecânico do ventrículo esquerdo por redução da oferta de oxigênio e por aumento da perda plasmática.

QUADRO 7

Conduta do enfermeiro nas complicações do politraumatizado internado no CTI

LITERATURA DO ESTUDO	Condutas da enfermagem nas complicações do politraumatizado internado no CTI
Pereira Júnio <i>et al.</i> (1999)	<ul style="list-style-type: none"> *Assegurar a permeabilidade das vias aéreas; *Manter a imobilização da coluna cervical; *Recuperar ou manter as funções fisiológicas normais do paciente; *reduzir o trabalho muscular respiratório e manter as trocas gasosas; *Ter uma extensão de cuidados intensivos ao transporte de pacientes Gravemente enfermo; *Manter uma avaliação seqüencial de parâmetros hemodinâmicos; *Controle da pressão arterial, freqüência cardíaca, fluxo urinário, perfusão tissular, temperatura e eletrocardiografia, manter um conjunto de avaliações para melhor recuperação; *Assegurar integridade da pele; *Atender às necessidades de higiene e mobilização física.
Salomé (2005)	<ul style="list-style-type: none"> *Análise dos dados clínicos do paciente e a determinação de objetivos e intervenções e prescrição de enfermagem; *Aplicar o Processo de Enfermagem e Taxonomia NANDA em pacientes

- politraumatizado, se dispondo de tempo, conhecimento técnico e científico, recurso profissional, material e acima de tudo vontade da equipe envolvida em desenvolver o diagnóstico de enfermagem;
- *Elaborar um protocolo dos procedimentos de enfermagem e uma escala de gravidade de trauma para que durante o atendimento possa executá-los, identificando alteração do nível de consciência, da hemodinâmica e correlacioná-las com o estado geral do paciente;
 - *Elaborar um plano de cuidados de enfermagem que irá validar a qualidade humanizada da assistência de enfermagem.
- Millner; Paskiewicz; Kautz (2009) *Protocolo de cuidados de conforto envolvendo manutenção da ventilação mecânica, sedação contínua, e medicamentos para a dor;
- *Manter comunicação aberta e honesta com a família;
 - *Os pacientes querem ser ouvidos e entendidos e atendi dos em alcançar uma morte confortável;
 - * Aumentar a competência da enfermagem na prestação de cuidados de fim da vida.
- Siegele (2009) * Comunicação eficaz tanto com paciente, família e equipe;
- *Treinamento em equipe;
 - * Cuidados com a Pele, Cuidados de Feridas e mobilização;
 - *Controle da dor;
 - *Observar estado hemodinamicos e dados do paciente;
 - *Avaliar a necessidade de consultas adicionais;
 - *Cuidado com o transporte dos pacientes;
 - *Avaliação gastrointestinal, Nutrição, e regime de intestino;
 - *Evitar infecção hospitalar.
- Vázquez, *et al.* (2004) *Atenção multidisciplinar;
- *Atuar com destreza em situações complicadas e com risco de vida.
 - *Estar sempre bem atualizados;
 - *Boa recepção do paciente, preparação da cama e equipamentos, evitando movimentos bruscos que possa compro meter seu estado e lesão medular;
 - *Detectar qualquer complicação;
 - *Acompanhamento de perto do gotejamento da hidratação;
 - *Vigilância continua do estado de consciência;
 - *Observar dados vitais e coloração do paciente;
 - *Aliviar a dor.
- Arruda; Garcia, (2000) *Elaborar diretrizes para auxiliar a avaliar as condições das vitimas de trauma e iniciar as intervenções necessárias de forma rápida, objetiva e precisa;
- *Observar, avaliar e prevenir complicações na oxigenação prejudicada do paciente, ficando alerta para os sinais e sintomas.
- Alves *et al.*, (2000) *Humanização da assistência no cuidado ao paciente com traumatismo crânio-encefálico (TCE);
- *Realizar a Escala de Coma de Glasgow (ECGI);
 - *Monitorar constantemente a pressão intra craniana (PIC) do paciente;
 - *Observar a conduta do paciente diante da conversação, visitas e toque no paciente.
- Bruni *et al.*, (2004) * A monitorização constante pela equipe de enfermagem;
- *Posicionamento adequado no leito, com ligeira elevação, bem como movimentação passiva;

- *Avaliar o padrão respiratório do paciente, proceder a ausculta pulmonar, investigar alterações instaladas considerando os hábitos pré-existentes;
 - *Posicionamento adequado no leito, a mudança de decúbito e a tapotagem para melhorar o desconforto;
 - *Assegurar a umidificação e a hidratação para prevenir que as secreções se tornem espessas e de difícil remoção mesmo com a tosse;
 - *Inspeção cuidadosa da pele deve ser feita em todas as mudanças de decúbito, mantendo sempre leito e períneo livres de sujidades;
 - *Orientar e esclarecer quanto ao desenvolvimento das UP;
 - *Prevenção da infecção e da *sepsis* é essencial para reduzir a morbimortalidade, manter a integridade da pele e reeducar a bexiga e o intestino, corrigindo a incontinência urinária e fecal. É essencial o acompanhamento da temperatura corporal e seu registro;
 - *A lavagem das mãos, com água abundante e sabão, quando for realizado o cateterismo, para alívio da bexiga neurogênica;
 - *É importante investigar os hábitos alimentares e o padrão de eliminação intestinal anterior à lesão medular, bem como a situação atual, considerando e avaliando-se a presença de ruídos hidroaéreos;
 - *Monitorização dos sinais vitais;
 - *Elevação lenta da cabeceira da cama;
 - *Cada atividade deve ser planejada com antecedência e tempo adequados para o paciente mudar, lenta e progressivamente.
- Calil; Pimenta, (2005) A
- *Conhecer conceitos fundamentais a respeito da dor e suas repercussões, as possibilidades diagnósticas e os princípios de terapêutica;
 - *Propor a criação de um protocolo para a avaliação objetiva da dor aguda;
 - *Implementação de um programa institucional de controle de dor e analgesia;
 - * Dar mais ênfase relato de dor do paciente, agitação, características do fármaco, fáscies de dor e exame físico.
- Calil; Pimenta, (2005) B
- *Realizar uma boa anamnese, exame físico e avaliar a consciência por meio da Escala de Coma de Glasgow (ECGI).
 - * Adequada avaliação, controle e alívio da dor;
 - * Devem ser investigados a localização, intensidade, início da dor, duração e periodicidade dos episódios dolorosos, qualidade sensitiva, padrão evolutivo, fatores agravantes ou atenuantes da dor e outros sintomas associados;
 - *Avaliar a escala da dor e o uso de diagramas corporais para aferição do local da dor;
- Sousa (2005)
- *Realizar entrevistas e avaliações no traumatizados.
 - *Analisar os fatores relacionados com as conseqüências do TCE: ECGI, MAIS/cabeça, ISS e NISS, Tempo de internação, Idade, Sexo, Escolaridade, Antecedentes.
- Cafer *et al.*, (2005)
- *Prestar os cuidados de enfermagem como: como alimentar-se, vestir-se, despir-se, posicionar-se na cama ou na cadeira e higienizar-se;
 - *Prestar uma assistência especializada ao paciente;
 - *Adotar um método de trabalho capaz de direcionar e organizar as atividades de enfermagem de acordo com as necessidades de cada paciente;
 - * Terapia com exercícios: deambulação, mobilidade articular;
 - * Assistência no autocuidado: banho, higiene, vestir, cuidado com cabelo;
 - * Proteção contra infecção;
 - *Posicionamento;
 - * Prevenção de úlcera de pressão;

	<ul style="list-style-type: none"> * Redução da ansiedade; * Cuidados com lesões; * Controle da disreflexia; * Alimentação; * Ensino: processo da doença; * Cuidados na incontinência urinária/constipação; * Cateterização vesical; * Controle da dor.
Nogueira; Caliri; Haas, (2006)	<ul style="list-style-type: none"> *Adoção de medidas adequadas para o cuidado do paciente; *Educação dirigida a profissionais, pacientes e familiares; *Mudança de decúbito e providencia de colchões adequados; *Elevação dos pés, com travesseiros colocados na região das panturrilhas, mudança de posição freqüente, proteção da pele com curativos de filmes transparentes, uso de hidratantes da pele e detecção precoce com exame diário das regiões; *Documentar quanto à localização, descrição da dimensão e características da úlcera de pressão.
Ribeiro <i>et al.</i> , (2008)	<ul style="list-style-type: none"> *Avaliação da história do paciente, anamnese e estudo do quadro clínico; * Monitorização diária da função renal.
Calil; Pimenta, (2008)	<ul style="list-style-type: none"> *Melhorar a perfusão tissular, minimizar a lesão celular e as alterações fisiológicas relacionadas com a hipóxia, controlar o quadro hemorrágico, manter parâmetros vitais estáveis e a estabilidade da coluna cervical; *Avaliação, o controle e alívio da dor; *Manutenção de funções fisiológicas básicas e evitar os efeitos colaterais nocivos advindos da permanência da dor; *Criação de protocolos de analgesia.
Calil; Pimenta, (2009)	<ul style="list-style-type: none"> *Melhorar a perfusão tissular, minimizar a lesão celular e as alterações fisiológicas relacionadas com a hipóxia, controlar o quadro hemorrágico, manter parâmetros vitais estáveis e a estabilidade da coluna cervical; *Adequada avaliação, controle e alívio da dor, além do aspecto humanitário, deve constituir parte vital do atendimento ao acidentado, visando contribuir para a manutenção de funções fisiológicas básicas e evitar os efeitos colaterais nocivos advindos da permanência da dor; *Criação de protocolos de analgesia.

Conforme análise do QUADRO 7, para Pereira Júnior *et al.* (1999), Salomé (2005), Siegele (2009), Vázquez *et al.* (2004), Bruni *et al.* (2004) e Sousa (2005), a assistência ao paciente traumatizado requer avaliação dos dados vitais e estado hemodinâmico. Realizar entrevistas e avaliações no traumatizado. De acordo com Hudak; Gallo (1997) e Knobel (2006), as etapas no processo de Enfermagem consistem em colher informações, determinar diagnósticos de enfermagem atuais ou potenciais, identificar os resultados mensuráveis e refletir sobre a resposta do paciente, desenvolver intervenções individualizadas com o objetivo de atingir resultados, avaliar o progresso em direção aos

resultados propostos, auster o plano de cuidados com base na avaliação, usando o processo de enfermagem.

Salomé (2005), Calil; Pimenta (2005) A, Calil; Pimenta (2008), Calil; Pimenta (2009) e Millner *et al.* (2009), afirmam que elaborar protocolo de cuidados e procedimentos de enfermagem, melhoram nos cuidados de enfermagem.

Siegele (2009), Calil; Pimenta (2005) A, Calil; Pimenta (2005) B, Cafer *et al.* (2005), Calil; Pimenta (2008), Calil; Pimenta (2009) e Vázquez *et al.* (2004) afirmam que a principal conduta ao tratamento ao traumatizado é o controle da dor. Knobel (2006) já nos orienta das dores que o politraumatizado apresenta, podendo estar relacionada a procedimentos invasivos, aplicações injetáveis, imobilidade e posicionamento inadequado no leito. A observação direta do paciente permite detectar sinais de desconforto, ansiedade, agitação e expressões faciais de dor.

Pereira Júnior *et al.* (1999), Siegele (2009), e Nogueira; Caliri; Haas (2006) orientam manter o cuidado com a integridade da pele, cuidados com as feridas úlcera de pressão e a mobilização.

Vázquez, *et al.* (2004); Arruda; Garcia, (2000), orienta detectar e prevenir qualquer complicação. Trevilato (2001) e Pavelqueires (1998) salienta o mesmo na contextualização que se deve evitar as complicações no traumatizado. Knobel (2006) refere grande importância no papel do atendimento ao paciente vítima de trauma, lembrando que o enfermeiro tem que estar participando ativamente das fases de avaliação e tratamento inicial, avaliação secundária e tratamento definitivo, no desempenho de suas ações junto ao paciente traumatizado, em todas as fases do atendimento, o enfermeiro deve executar ações visando prevenir as complicações mais comuns do trauma.

Para Alves *et al.*, (2000), Calil; Pimenta (2005) B, Sousa (2005), Vázquez, *et al.* (2004), é essencial estar avaliando a Escala de coma de galsgow (ECGL), vigilância contínua do estado de consciência.

Siegele (2009), Bruni *et al.*, (2004) e Cafer *et al.*, (2005) relata que a prevenção da infecção e da sepsis, é essencial para reduzir a morbimortalidade. De acordo com Knobel (2006) na contextualização, é importante prevenir infecções hospitalares, utilizando e favorecendo a utilização de técnica asséptica e materiais adequados no manuseio do paciente.

Cafer *et al.*(2005), Bruni *et al.*, (2004), Siegele (2009), relata os cuidados de enfermagem de como se alimentar, vestir, despir e o posicionamento.

Pereira Júnior *et al.* (1999), Vázquez, *et al.* (2004), Bruni *et al.*, (2004), assegura a segurança do paciente mantendo a permeabilidade das vias aéreas, imobilização da coluna cervical, evitar movimentos bruscos, reduzir o trabalho muscular respiratório, manter as trocas gasosas, recuperar ou manter as funções fisiológicas normais do paciente, mantendo o padrão respiratório do paciente.

Salomé (2005), Millner *et al.* (2009), Arruda; Garcia, (2000), Vázquez, *et al.* (2004), Alves *et al.* (2000), Visa elaborar um plano de cuidados de enfermagem, validar uma qualidade humanizada da assistência de enfermagem, avaliar as condições das vítimas de trauma e iniciar intervenções necessárias de forma rápida, objetiva e precisa. Ter uma atenção multidisciplinar, prestar os cuidados no fim da vida.

Pereira Júnior *et al.* (1999), Siegele (2009), relata do cuidado ao transporte de paciente gravemente enfermo,

Para Salomé (2005), a equipe tem de estar envolvida, dispor de tempo para desenvolver o diagnóstico de enfermagem.

Bruni *et al.*, (2004), Calil; Pimenta (2008), Millner *et al.* (2009), Siegele (2009), Cafer *et al.*(2005), Nogueira, Caliri, Haas (2006), orienta conhecer conceitos fundamentais a respeito ao politraumatizado, os princípios terapêuticos, para poder orientar, tratar e desenvolver um treinamento para a equipe para se atualizarem, com isso poder dar uma atenção e um tratamento digno ao que todo paciente merece, e com isso salientar uma boa comunicação com o paciente, família e a equipe. O mesmo orienta Hudak; Gallo (1997) e Knobel (2006) na contextualização que diz o enfermeiro requer capacidade de lidar com situações cruciais, competência na integração da informação, responde a indicações clínicas, identifica e responde as questões que afetam a saúde do paciente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe multiprofissional, em um CTI, constitui os pilares essenciais e fundamentais ao tratamento do politraumatizado. Os princípios básicos do cuidado e do tratamento desses pacientes incluem as condutas da enfermagem nas complicações do atendimento.

Com isso fez necessário a busca pelo assunto, envolvendo o CTI, o politraumatizado, seu atendimento, transferência para o CTI, as condutas da enfermagem, a prevenção do trauma das lesões, e a ajuda ao paciente traumatizado a adaptar-se e reabilitar-se a vida.

Com a presente revisão verificou-se que as condutas corretas da enfermagem diante do politraumatizado, ajudam não só ao profissional, como a equipe e ao paciente, que pode se beneficiar de uma recuperação mais rápida, precisa e com menos sofrimento.

Conclui-se que para se ter uma boa conduta de enfermagem frente a um politraumatizado é preciso comunicação entre paciente, equipe multidisciplinar, e com a família, ter conhecimento do seu setor e de sua prestação de serviço, estar sempre atualizado, evitar as complicações ao politraumatizado, para que ele possa sair e ter uma boa reabilitação em seu lar.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. *et al.* O que lembra o paciente com TCE sobre o período de hospitalização? **Rev. Latino- Am Enfermagem**,v.8 n.2, Ribeirão Preto, abr. 2000.

ARRUDA, A. J. C. G; GARCIA, T. R. Diagnósticos de enfermagem relacionados à oxigenação, atribuídos a vítimas de trauma admitidos em CTI. **Rev. Brás. Enferm.**, Brasília, v.53, n.3, p.363-374, jul./set. 2000.

BARBOSA, A. G. B; CALDEIRA, S. D. **SIC Resumao/organizadores**. 1. ed Sao paulo: Medcel, 2008.

BRUNI, D. S. *et al.* Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. **Rev. esc. enferm. USP**. v.38, n.1, São Paulo mar. 2004.

BRUNNER ; SUDDARTH'S, **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**. Suzanne C. Smeltzer...[et al.];Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

CAFER, C. R. *et al.* Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. **Acta paul. enferm.** v. 18, n.4, São Paulo out./dez. 2005.

CALIL, A. M; PIMENTA, C. A. M. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. **Rev. esc. enferm. USP**. v.39, n.3, São Paulo set. 2005.

CALIL, A. M; PIMENTA, C. A. M. Gravidade da lesão e analgesia em pacientes que sofreram acidentes de transporte. **Acta paul. enferm.** v. 21 n.3, São Paulo 2008.

CALIL, A. M; PIMENTA, C. A. M. Intensidade da dor e adequação de analgesia. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, v.13 n.5, Ribeirão Preto set./out. 2005.

CALIL, A. M; PIMENTA, C. A. M. Relação entre a gravidade do trauma e padrões de analgesia utilizados em acidentados de transporte. **Rev. esc. enferm. USP**. v.43 n.2, São Paulo jun. 2009.

CAMARGO, O. P. A. *et al.* **Ortopedia e traumatologia. Conceitos básicos, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Roca, 2004

FARO, A.C.M. **Assistência de enfermagem ao paciente com traumatismo raquimedular**. Enfermagem ortopédica. São Paulo: Ícone; 1996.

FARO A.C.M. Fatores de risco para úlcera de pressão: subsídios para a prevenção. **Rev esc Enferm USP**,1999.

GOMES, A. M. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva/** Alice Martins Gomes. 3. ed. Rev. São Paulo: E.P.U.,2008.

HUDAK, C. M; GALLO, B. M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem – Uma**

abordagem holística. 6. ed. editora guanabara koogan s.a. Rio de Janeiro.1997.

MILLNER, P; PASKIEWICZ, S. T; KAUTZ, D. A comfortable place to say goodbye. **Dimens crit care nurs**, 28(1): 13-17, jan./febr. 2009.

NOGUEIRA, P. C; CALIRI, M. H. L; HAAS, V. J. Perfil de pacientes com lesão traumática da medula espinhal e ocorrência de úlcera de pressão em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14 n.3, Ribeirão Preto, maio/jun. 2006.

PAVELQUEIRES, Shirlene, Mast Nível Médio e Avançado,**Manobras avançadas de Suporte ao Trauma.**1ª ed.Ribeirão Preto:Copiadora Laguna,1998,174p.

PEREIRA JÚNIOR, G. A. *et al.* O Papel da unidade de terapia intensiva no manejo do trauma. **Medicina, Ribeirão Preto**, 32: 419-437, out./dez. 1999.

RIBEIRO, R. C. H. M. *et al.* Pacientes vítimas de politrauma com insuficiência renal aguda na unidade de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.** v.21 n.spe, São Paulo 2008.

SALOMÉ, G. M. Natureza, gravidade das lesões e diagnóstico de enfermagem em vítimas de trauma, internada em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Nursing**, v.91, n.8, dez. 2005.

SIEGELE, P. Enhancing outcomes in a surgical intensive care unit by implementing daily goals tools. **Critical Care Nurse**, v.29, n.6, Dec. 2009.

SMELTZER SC, BARE BG. BRUNNER & SUDDARTH: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994. 4v.

SOUSA, R. M. C. *et al.* **Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem.** São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

SOUSA, R. M. C. Fatores de risco para dependência após trauma crânio-encefálico. **Acta paul. enferm.** v.18 n.4, São Paulo out./dez. 2005.

TASHIRO, M. T. O.; MURAYAMA,S. P. G. **Assistência em enfermagem em ortopedia e traumatologia.** Sao Paulo. Atheneu: 2001.

TREVILATO,G. **Guia prático de Primeiros Socorros. O que Fazer em caso de Emergência.** 3º.ed.São Paulo.2001.

VÁZQUEZ, J. T. G. *et al.* Traumatismo craneoencefálico. **Rev Cubana Enfermer**, v.20 n.2, 2004.

APÊNDICE

Instrumento de Coleta de Dados

Referência:

1.Relacionado ao autor:

Profissão do autor:

País de origem:

2.Relacionado as publicações:

Tipo de publicação:

Delineamento do estudo:

Nível de evidência:

3.Relacionada às variáveis de interesse:

Conduta da enfermagem nas complicações do politraumatizado internado no CTI.