

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**DENISE PAIVA XIMENES**

**PLANO DE ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS, SEGUNDO O  
PROTOCOLO DE MANCHESTER**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**DENISE PAIVA XIMENES**

**PLANO DE ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS, SEGUNDO O  
PROTOCOLO DE MANCHESTER**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Msc. Aline Massaroli**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

## FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PLANO DE ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS, SEGUNDO O PROTOCOLO DE MANCHESTER** de autoria do aluno **DENISE PAIVA XIMENES** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Profa. Msc. Aline Massaroli**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## **DEDICATÓRIA**

Aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que por vezes são atendidos de maneira desumana e com precariedade da estrutura física, humana e/ou tecnológica. Desejo que a nação um dia possa tratar-lhe com mais dignidade e humanidade, devolvendo-lhes a saúde que tanto buscam e que é de direito. Façamos todos a nossa parte!

## **AGRADECIMENTOS**

Minha sincera gratidão a todos que de alguma forma contribuíram, de maneira direta ou indireta, em todos os aspectos para que eu alcançasse essa conquista. Primeiramente a Deus, por me conceder a oportunidade de viver, proporcionando-me o dom e a missão de lutar pela manutenção da vida humana diariamente. Ao meu tutor, Alex Becker, pelo impulso e estímulo durante esta jornada. Ao gerente de enfermagem do Pronto Atendimento do Hospital de Urgência de Teresina, Renato Douglas, que gentilmente forneceu-me informações pertinentes ao serviço no qual estou inserida e das quais foram fundamentais para a confecção deste trabalho. Á minha orientadora, Aline Massaroli, pela gentileza em ter me apoiado e ajudado a conduzir com sucesso este Trabalho de Conclusão de Curso. Aos colegas de turma pelo incentivo e companheirismo neste trajeto. Muito obrigada!

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
3 MÉTODO.....	18
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28
ANEXOS.....	30

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Quadro dos Sinais e sintomas apresentados pelo paciente.....	23
Figura 02: Fluxograma dos Discriminadores Gerais.....	24
Figura 03: Quadro com os discriminadores específicos.....	25

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Dados Estatísticos de Atendimento Mensal do Pronto Atendimento (Jan/14).....	19
--	----



## RESUMO

No atual cenário dos hospitais públicos de urgência do Brasil, observa-se um alto índice de pacientes politraumatizados, a assistência a estes pacientes por vezes é prejudicada devido a grande demanda de atendimentos. No município de Teresina, capital do Piauí, o Hospital de Urgência de Teresina que é referência para o estado compartilha desta realidade, com um grande número de pacientes graves das mais diversas especialidades, com maior índice de pacientes politraumatizados. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de ação para efetivar a Assistência aos Pacientes Politraumatizados, segundo o Protocolo de Manchester no Hospital de Urgência de Teresina. Este trabalho se constituirá em uma tecnologia de concepção, que será desenvolvido a partir da realidade do Pronto Atendimento do Hospital de Urgência de Teresina para implementação futura neste setor. Para a efetivação do uso do protocolo de Manchester em nossa unidade de pronto atendimento será necessário maior aprofundamento teórico sobre o conteúdo do protocolo e os passos a serem desenvolvidos no processo de classificação dos pacientes, sendo necessário a constituição de grupos de discussão; realizar o redimensionamento das salas de atendimento para que o encaminhamento dos pacientes classificados segundo protocolo de Manchester; capacitar todos os funcionários que atuam no setor para operacionalização deste protocolo; monitorizar a implantação por meio de auditorias por um profissional capacitado pelo curso do Protocolo de Manchester. Percebe-se que a utilização de um protocolo de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, os resultados para a assistência são significativos, com uma assistência mais humanizada e resolutiva.

## 1 INTRODUÇÃO

O atendimento ao paciente politraumatizado deve seguir uma abordagem multidisciplinar pela possibilidade de múltiplas lesões associadas. O tratamento oferecido no atendimento hospitalar inicial, certamente interfere no desfecho final, de forma que a equipe responsável pelo atendimento hospitalar inicial do politraumatizado pode influenciar toda a sua evolução, estando em suas mãos e sob a sua responsabilidade grande parte do sucesso do tratamento definitivo a ser oferecido.

Diante do atual cenário que se observa nos hospitais públicos de urgência do Brasil, o município de Teresina, capital do Piauí, compartilha da imensa demanda e superlotação no Hospital de Urgência de Teresina (HUT), referência do estado, com um grande número de pacientes graves das mais diversas especialidades, com maior índice nos politraumatizados.

Segundo Lucena (2013, s/p),

[...] nove em cada dez vítimas de acidentes de trânsito que dão entrada no HUT são motociclistas, destes 80% estão embriagados e sem capacete. O número de acidentes com motos cresce a cada dia no Piauí, as estatísticas mostram que os índices no estado estão acima da média nacional. Enquanto no Brasil a média de traumatismo craniano em vítimas de acidentes é de 18%, no Piauí o índice chega aos 60%.

O trauma nos países ocidentais é a terceira causa de morte, depois de doenças cardiovasculares e cânceres, sendo naqueles abaixo de 45 anos de idade, a primeira causa de morte. Acomete principalmente a população economicamente ativa, com consequências sociais de elevado custo. No caso de sobrevivência após o trauma, podem estar associadas sequelas definitivas e irreversíveis, com consequências trágicas no plano humano e econômico, para os pacientes e familiares (CHIARA, 2009).

Quando se evita os acidentes de trânsito, previne-se os traumatismo cranianos e os traumas toracoabdominal, principais causas de óbitos. Portanto, para que se consiga diminuir os elevados índices de acidentes registrados, necessita-se de uma intensa sensibilização educativa no trânsito com medidas rigorosas de punição aos infratores da lei, pois se sabe que a maioria dos acidentes são causados por imprudência.

Os acidentes de trânsito têm sido alvo de grande preocupação no Brasil e no mundo, pelo elevado número de vítimas jovens que atingem e pelos impactos sociais, econômicos e pessoais que provocam. Segundo Adriano Lucena (2013 s/p)

[...] no terceiro trimestre de 2013, Teresina registrou 937 acidentes de trânsito, sendo 362 com vítimas. Somente no mês de setembro foram contabilizados 361 acidentes na Capital, 155 com vítimas e 206 sem vítimas, segundo dados da Companhia Independente de Policiamento de Trânsito (CPTRAN).

Diante da real situação vivenciada no HUT, pela superlotação de pacientes, pelo grande número de politraumas e pela sobrecarga de trabalho, torna-se cada vez mais notória a necessidade de implantação de um atendimento primário específico ao politraumatizado, uma vez que este corresponde a maior demanda dos usuários do serviço e muitas vezes têm seu atendimento demorado. Portanto, a ideia de seguir um protocolo de atendimento garante ao paciente ser atendido de acordo com a gravidade do caso e não por ordem de chegada. Indaga-se então, como executar o atendimento às vítimas de acidentes de trânsito, adotando um Plano de Assistência aos Pacientes Politraumatizados, segundo o Protocolo de Manchester?

A realidade brasileira evidencia uma superlotação dos prontos-socorros e é agravada por problemas organizacionais como o atendimento por ordem de chegada, sem estabelecimento de critérios clínicos, o que pode acarretar graves prejuízos aos pacientes (BRASIL, 2006), justificando assim, a necessidade de atender às vítimas de trauma com qualidade e eficiência embasado em protocolos pré-estabelecidos.

Portanto, é de grande relevância utilizar um protocolo de assistência aos pacientes vítimas de trauma nos serviços de urgência e emergência. Este protocolo propõe subsidiar a equipe multiprofissional e multidisciplinar a uma padronização de condutas para oferecer aos pacientes uma abordagem eficaz. Visa constituir ferramenta que, juntamente com a implantação da rede de urgência e emergência, torne possível reduzir a morte evitável e o número de anos potencial de vida perdidos.

O sistema utilizado pelo serviço de acolhimento do HUT estava baseado na cartilha da Política Nacional de Humanização-PNH, lançado pelo Ministério da Saúde, em 2004. Segundo Brasil (2004, p.16),

[...] a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o

atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente, e não com a ordem de chegada ao serviço.

Atualmente, está em fase de implantação, desde janeiro de 2014, o Protocolo de Manchester, que busca a reorganização da atuação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). Diante da realidade dos serviços de atendimento nos hospitais de urgência/emergência no Brasil e em especial em Teresina, ou seja, com a superlotação e com a grande incidência de pacientes vítimas de acidentes de trânsito, observados nos 5 anos de serviço que atuo neste setor, vislumbra-se a necessidade do atendimento inicial do politraumatizado ser baseado em um protocolo de assistência, tornando-se essencial segui-lo com responsabilidade e compromisso, para que o paciente não tenha agravamentos futuro e o menos sequelas possível. Deste modo, tem-se como objetivo um plano de ação para efetivar a Assistência aos Pacientes Politraumatizados, segundo o Protocolo de Manchester no Hospital de Urgência de Teresina.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1- Hospitais de Urgência e Emergência

Hospital é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um espaço físico onde o homem tem o direito de ter saúde e a comunidade reconhece a sua responsabilidade em prover meios que o conservem sadio ou que lhe restaurem a saúde perdida (FIGUEREDO, 2005).

Para Sabbadini e Gonçalves (s.d. p.1-13),

[...] com a evolução dos serviços de saúde e do surgimento de uma assistência fracionada, o hospital e as unidades de saúde foram se dividindo em setores específicos para as especialidades adjacentes, sendo que numa dessas divisões surgiu a Unidade de Urgência e Emergência, que é uma das localidades mais importantes e que exigem um atendimento de alta complexidade devido às situações críticas que lá ocorrem frequentemente.

Ainda para o mesmo autor, “a crescente demanda nestes setores é causada principalmente pelo crescimento demográfico, aumento da violência urbana e a elevada ocorrência de acidentes de trânsito” (SABBADINI; GONÇALVES, s.d., p.1-13).

Richardson (2003, p.156) complementa ainda que:

[...] a Unidade de Urgência e Emergência é um setor multidisciplinar composto por diversas classes de profissionais da saúde com competência para tratar pacientes em estado grave. E, além desta equipe de saúde especializada, devem dispor de uma organização física que atenda todas as necessidades de seus usuários.

Corroborar (FIGUEREDO, 2005), quando afirma que as Unidades de Urgência e Emergência, além de recursos humanos qualificados deve dispor de uma estrutura física adequada de forma a atender de maneira organizada o paciente, tais como:

- Recepção
- Sala de espera
- Sala de pré-consulta ou triagem
- Consultórios médicos
- Sala de emergência

- Sala de observação
- Posto de enfermagem
- Sala de trauma
- Sala de gesso
- Sala de curativos
- Sala de isolamento
- Sala de pequenas cirurgias
- Sala de procedimentos
- Sala de diagnósticos por imagem
- Sala de utilidades
- Expurgos
- Sanitários
- Copa
- Sala de reuniões
- Sala do Enfermeiro

## **2.2- Enfermeiro Emergencialista**

O enfermeiro emergencialista, como a própria nomenclatura diz, é aquele habilitado para trabalhar no campo de tratamento de urgência e emergência.

Segundo Wehbe e Galvão (2006 p. 86-90):

[...] a organização e as normas desse departamento determinam sua eficiência, mas um enfermeiro bem treinado deve ser capaz de proporcionar tratamento de emergência, fazer avaliação e executar o plano de ação. Diante disso, enfermeiros de unidades de urgência e emergência são líderes, professores, conselheiros e coordenadores.

Ainda para os mesmos autores, em 1983, a Associação Americana de Enfermagem (ANA) instituiu os modelos da Prática de Enfermagem em Emergência e considerou os enfermeiros em três níveis, onde o primeiro estabelece competência mínima para prestar cuidado ao paciente traumatizado; o segundo demanda especialização na área de emergência; e o terceiro requer especialização em área bem definida e atuação nos níveis pre e intra- hospitalar (WEHBE E GALVÃO, 2006).

O profissional de enfermagem ao atuar em unidade de urgências deve demonstrar destreza, agilidade e habilidade, sem esquecer que o cuidado liga a interação/integração/relação entre profissional e cliente.

Para Nascimento (2005 p.180),

[...] além da capacidade para estabelecer prioridades e intervir de forma consciente e segura no atendimento ao ser humano, na relação de cuidado, esse trabalhador estabelece o elo entre o ser cuidador e o ser cuidado, e a partir de condutas imbuídas de zelo, atenção e respeito, fortalece a ligação entre os mesmos.

Pode-se, afirmar, então, que diante de uma emergência, o enfermeiro deve estabelecer prioridades de assistência de acordo com a avaliação primária, de forma a garantir a identificação e o tratamento das situações que ameaçam a vida do paciente. Segundo (BRASIL, 2003, p.72), “o atendimento de emergência é uma assistência prestada em um primeiro nível de atenção, aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica”.

Dessa maneira, entende-se que apesar das conquistas conseguidas pelo enfermeiro em sua trajetória de cuidado, ainda há muitos obstáculos a serem ultrapassados. Corrobora BRASIL (2003, p.72) quando afirma,

[...] a enfermagem, em especial na assistência de caráter urgencista e emergencista, ainda há muitos desafios a serem superado rumo à concretização e valorização do seu trabalho, sendo de fundamental relevância sua contribuição na busca da consolidação do Sistema de Atenção às Urgências como uma estratégia resolutiva e eficaz na atenção à saúde dos indivíduos, norteadas pela Política Nacional de Atenção às Urgências.

### **2.3- Paciente Politraumatizado**

Segundo Camargo et al (2004, p.104), “o politrauma é uma síndrome decorrente de lesões múltiplas, com reações sistêmicas sequenciais que podem levar à falha ou à disfunção de órgãos ou sistemas vitais não diretamente lesados pelo trauma”.

Tashiro e Murayama (2001, p. 53) afirmam que,

[...] todo paciente vítima de trauma é considerado parcialmente grave, pois a qualquer momento sua hemodinâmica pode piorar atingindo várias partes do organismo e comprometendo sua vida. Apesar dos grandes esforços das equipes responsáveis pelo atendimento aos politraumatizados, as taxas de morbimortalidade ainda são assustadoras.

A mortalidade nos politraumatizados está classificada em três níveis subsequentes: imediata, precoce e tardia. Segundo Oliveira et al (2004, p. 83),

[...] no índice da imediata, as mortes são relativas às que acontecem logo após o acidente devido às lesões cerebrais graves, traumatismos cervicais e lesões em grandes vasos e coração. A taxa de mortalidade precoce refere às mortes ocorridas dentro de duas horas após o trauma, causadas por traumatismos cranioencefálicos, torácico, abdominal e hemorragia; nesse tempo, os pacientes ainda apresentam grandes chances de recuperação quando atendidos adequadamente. E as estatísticas de mortalidade tardia relacionam à ocorrência de septicemia e falência múltipla dos órgãos, podendo também estar ligada aos traumatismos cranioencefálicos.

Apesar dos índices de mortalidade ser ainda elevados, os números de mortalidade imediata tem regredido nos últimos anos em decorrência de uma melhoria na qualidade e rapidez do atendimento pré-hospitalar e à evolução dos protocolos que sistematizam o atendimento inicial ao paciente politraumatizado. Atualmente, pacientes em situações de extrema gravidade podem ser recuperados no local do acidente, para depois, serem encaminhados aos centros de referência (SGARBI; SILVA JR; NETO, 2006).

Faz-se necessário, então, a criação de uma equipe de traumas que haja imediatamente às solicitações de reanimação e estabilização da vítima, além da realização de uma triagem classificando os pacientes de acordo com a gravidade, baseando-se em protocolos previamente estabelecidos e aplicados por pessoal devidamente treinado.

## **2.4- Protocolo de Manchester**

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), na portaria 2048,

[...] a triagem classificatória deverá ser realizada por meio de protocolos pré-estabelecidos, por profissionais de saúde de nível superior, com treinamento específico, sendo proibida a dispensa de pacientes antes que estes recebam atendimento médico.

O sistema de classificação de risco foi criado com o intuito de se evitar intercorrências entre os pacientes graves que são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para Abbês e Massaro (2004, p.20) “trata-se de um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento”.



Segundo Kevin, Janet e Jill (2010), o Protocolo de Manchester é um instrumento de apoio que visa à identificação rápida e científica do doente de acordo com critérios clínicos para determinar em que ordem o paciente será atendido, ou seja, assegurar que os doentes sejam atendidos por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada. Tem como finalidades: o desenvolvimento de uma nomenclatura e definições comuns; uma sólida metodologia de triagem; um programa de formação e um guia de auditoria de triagem. A princípio não descongestiona o pronto- atendimento.

Ainda para Kevin, Janet e Jill (2010, p.26), o Protocolo de Manchester é utilizado em muitos países para classificar o risco de pacientes e complementam também que,

[...] os critérios de classificação do risco clínico dos pacientes incluem níveis de prioridade e cor atribuída, o tempo de espera para o atendimento médico, a reavaliação de enfermagem e o método de avaliação é a queixa principal, estratificando o risco em cinco níveis distintos e que têm sido referidos por cores para facilitar a visualização. A classificação se dá por meio de cinco cores: Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde e Azul. A saber:

**VERMELHO** (Prioridade 1): **Emergência**. Paciente não será submetido à classificação de risco, sendo levados para sala de emergência. Tempo de espera para atendimento: 0 minuto. Situações e queixas imediatamente identificadas nesta prioridade:

- Politraumatizado grave
- TCE grave
- Coma
- Comprometimento da coluna cervical
- Parada cardiorrespiratória
- Desconforto respiratório grave
- Dor no peito e falta de ar
- Ferimentos perfurantes (armas de fogo)
- Grandes queimaduras

**LARANJA** (Prioridade 2): **Muito Urgente**. Paciente receberá atendimento médico em até 10 minutos. Situações e queixas, referidas ou observadas, imediatamente identificadas como classificação laranja:

- Vômitos com dor severa
- Lesão toracoabdominal com história significativa de incidente
- Gravidez com história de convulsão

**AMARELO** (Prioridade 3): **Urgente**. Paciente receberá atendimento médico em até 60 minutos. Situações e queixas, referidas ou observadas, imediatamente identificadas como classificação amarela:

- Cefaleia intensa, dor torácica intensa, dor abdominal aguda, qualquer dor intensa
- Diminuição no nível de consciência
- Desmaio ou síncope
- Hemorragias (ferimentos, epistaxe)
- Crise de asma
- Febre alta

**VERDE**(Prioridade 4): **Pouco Urgente**. Paciente receberá atendimento médico, porém será informado que o tempo para atendimento será maior e que pacientes mais graves serão atendidos antes. Tempo de espera para atendimento: 120 minutos.

**AZUL** (Prioridade 5): **Não urgente**. Paciente será orientado a procurar centros de saúde de referência, com encaminhamento ou contato telefônico prévio ou serão atendidos por ordem de prioridade, podendo esperar até 240 minutos para ser atendido.

### 3 MÉTODO

O projeto de intervenção será embasado numa nova modalidade assistencial aos pacientes politraumatizados que dão entrada no Hospital de Urgência de Teresina (HUT) após um aprofundamento teórico que determina como proceder de acordo com cada situação, propondo uma padronização às vítimas de traumas segundo o protocolo de Manchester.

O método a ser implementado será a tecnologia de concepção, que constará da elaboração de um plano de ação para a efetivação do uso do Protocolo de Manchester em nossa unidade de Pronto Atendimento.

O estudo será realizado no Hospital de Urgência de Teresina, referência do estado do Piauí, com capacidade de 289 leitos, atendendo urgência e emergência clínicas, cirúrgicas e traumatológicas. Dispõe de alas específicas de atendimento aos usuários para cada caso, como: 1) Acolhimento com Classificação de Risco; 2) Pronto Atendimento, subdividido em Emergências 1 e 2, Emergência pediátrica e Hall; 3) Três Postos com enfermarias acolhendo diversas especialidades; 4) Três UTI's; 5) Centro Cirúrgico; 6) Clínica Ortopédica; 7) Clínica Médica; 8) Clínica Cirúrgica; 9) Clínica Neurológica; 10) Clínica Pediátrica e 11) Unidade de Queimados.

O número de atendimento no Pronto Atendimento é de 180 a 230 pessoas em dias não festivos. Totalizando, por mês, uma média de 6000 atendimentos. A causa, o sexo, origem e idade são as mais diversas e pode ser analisado na tabela a seguir:

Tabela 1.0 - Dados Estatísticos de Atendimento Mensal do Pronto Atendimento

MÊS DE JANEIRO/2014	Total / (%)	Sexo		Origem			Faixa Etária				
		M	F	Teresina	Interior	Outro Estado	0 a 14	15 a 29	30 a 49	50 a 69	> 70
<b>Acidentes de trânsito</b>	<b>1212 20.2%</b>	<b>933</b>	<b>279</b>	<b>678</b>	<b>419</b>	<b>115</b>	<b>28</b>	<b>585</b>	<b>454</b>	<b>120</b>	<b>25</b>
Acidente envolvendo animal	17	14	3	5	11	1	5	2	6	2	2
Acidente por arma de fogo	16	13	3	8	6	2	2	9	3	1	1
Acidente por arma branca	146	120	26	112	24	10	27	50	46	19	4
Acidente por envenenamento/intoxicação	5	1	4	3	2	-	-	2	3	-	-
Agressão	240	216	24	165	50	25	3	131	84	15	7
Cansaço (dispnéia)	124	64	60	62	54	8	10	12	21	39	42
Corpo estranho	507	337	170	286	206	15	9	115	326	43	14
Crise diabetes	4	4	-	2	2	-	1	-	-	2	1
Crise hipertensiva	9	9	-	7	2	-	-	-	2	6	1
Desmaio (síncope)	10	10	-	8	2	-	1	1	4	2	2
Diarréia	4	4	-	1	2	1	2	-	1	-	1
Dor abdominal	366	182	184	189	164	13	18	97	126	77	48
Dor de cabeça/cefaléia	151	56	95	93	48	10	5	36	53	42	15
Dor lombar/dorso/costas	91	55	36	72	14	5	-	12	61	16	2
Dor membros superiores/inferiores	416	255	161	291	99	26	24	26	251	86	29
Dor no olho	222	149	73	178	33	11	7	59	91	35	30
Dor no ouvido	61	28	33	56	-	5	3	18	29	8	3
Dor no peito/tórax	110	63	47	64	39	7	-	16	31	42	21
Febre	27	17	10	12	15	-	4	7	11	2	3
Hemorragias	44	21	23	27	13	4	3	8	15	11	7
Mal súbito	1091	636	455	535	492	64	54	175	268	327	267
Maus tratos/suspeita negligência	1	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-
Necrose	20	12	8	7	9	4	-	-	2	7	11
Queda	950	561	389	611	279	60	36	64	94	91	104
Queimadura	30	20	10	17	12	1	3	9	10	5	3
Suicídio/tentativa envenenamento/intoxicação	12	5	7	7	4	1	1	3	7	1	-
Vômitos	44	24	20	6	16	2	2	7	19	6	10

**Fonte:** Dados do sistema de cadastro de entrada do Hospital de Urgência de Teresina (HUT), mês janeiro/2014.

Neste setor, para atender a clientela que procura o serviço de urgência/emergência, dispõe-se de uma quantidade de recursos humanos na área de enfermagem aquém do necessário, onde se evidencia uma sobrecarga de trabalho. No total são 300 funcionários distribuídos da seguinte forma: 90 enfermeiros, dos quais 67 são efetivos e os demais serviços prestados e 210 técnicos de enfermagem.

O período para aplicação do plano de ação do estudo se dará após a fase de reforma do HUT que prevê um novo fluxo de atendimento e a partir de então, propõe-se executar uma nova forma de assistência aos pacientes politraumatizados. Vale ressaltar que o protocolo de Manchester já começou a ser implementado, porém sem um fluxo de atendimento para cada prioridade clínica e já se pode observar uma desorganização no setor. Mostrando assim, a importância de organizar o fluxo de pacientes que procuram por atendimento de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado.

Após a classificação da prioridade clínica, segundo o protocolo de Manchester, e encaminhamento ao setor específico será utilizado o ATLS (Advanced Trauma Life Support) como embasamento para assistência.

Acrescenta-se ainda, que o referido estudo não será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) por não se tratar de pesquisa, mas sim de um plano de ação para implementação futura na unidade do Pronto Atendimento do HUT, onde serão utilizados protocolos assistenciais e reorganizado todo o processo assistencial da unidade.

## 4 RESULTADO E ANÁLISE

A proposta é implementar um Plano de Assistência aos Pacientes Politraumatizados segundo o Protocolo de Manchester e para isso, propõe-se a criação de uma sala de trauma, onde os pacientes vítimas de acidentes classificados com prioridade laranja e amarelo (muito urgente e urgente, respectivamente), seriam encaminhados para este setor, pois os vermelhos automaticamente seriam direcionados às salas de emergências. Esta mudança no fluxo de atendimento torna-se viável uma vez que profissionais, enfermeiros e médicos, foram recentemente capacitados para utilizar o protocolo de Manchester e, no momento, o hospital encontra-se numa reforma permitindo assim, adaptar um setor específico para tal atendimento, já que esta é uma das maiores demanda do serviço.

Com a reforma no setor de Urgência e Emergência, sugere-se que a ala de atendimento aos politraumas, prioridade laranja e amarelo, tenha uma equipe multidisciplinar que possa assistir tais usuários de forma dinâmica e garantindo tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento. Recomenda-se que nesta sala tenha uma equipe fixa de profissionais para atender prontamente os politraumatizados, como: 2 clínicos, 2 ortopedistas, 2 cirurgião geral e 2 enfermeiros e 6 técnicos de enfermagem por turno de atendimento. E capacidade para 25 leitos.

A metodologia da assistência, ao primeiro contato com os pacientes, abrangerá os seguintes passos:

1. Paciente chega ao Pronto Atendimento e é avaliado prontamente pela equipe do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR);
2. Pessoas em situações de urgência serão conduzidas às salas de classificação de risco e as que procuram atendimento especializado (oftalmologista, otorrinolaringologista, endoscopia Peri oral...) aos respectivos setores;
3. Emergências vão para as salas próprias ou serão priorizadas nos consultórios;
4. A identificação da gravidade será feita por adesivo colorido (vermelho, laranja, amarelo, verde ou azul) no canto superior direito do boletim de urgência/emergência;
5. Este processo deverá ser feito em até 5 minutos.

No processo de implantação da assistência, segundo o protocolo de Manchester, será utilizado um formulário eletrônico, que serve como um instrumento próprio que agiliza o acolhimento e norteia o fluxograma a ser empregado e o grau de prioridade no atendimento.

Segundo Kevin, Janet e Jill (2010), o Protocolo de Manchester garante ao paciente ser atendido por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada. A classificação de risco dos pacientes não deve ser baseada em diagnósticos médicos ou da enfermagem, mas deve utilizar metodologias de tomada de decisão embasada em prioridades clínicas.

Para cada prioridade clínica é estabelecida uma cor (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), com tempo de espera para o atendimento médico. O método de avaliação é a queixa ou motivo que levou o usuário a procurar o serviço de urgência e a partir desta identificação escolhe-se um fluxograma para nortear a classificação da prioridade. A escolha das queixas relatadas é baseada no sinal/sintoma apresentado e está presente no quadro abaixo:

Figura 01: Quadro dos Sinais e sintomas apresentados pelo paciente.

Sinal ou sintoma de apresentação	Sinal ou sintoma de apresentação
Agressão	Embriaguez aparente
Alergia	Erupção cutânea
Alteração do comportamento	Exposição de agentes químicos
Asma, história de	Feridas
Auto-agressão	Gravidez
Bebê chorando	Hemorragia digestiva
Cefaléia	Infecções locais e abscessos
Convulsões	Mal estar em adulto
Corpo estranho	Mal estar em criança
Criança irritada	Mordeduras e picadas
Criança mancando	Overdose e envenenamento
Desmaio no adulto	Pais preocupados
Diabetes, história de	Palpitações
Diarréia e/ ou vômitos	Problemas dentários
Dispnéia em adulto	Problemas em extremidades
Dispnéia em criança	Problemas em face
Doença mental	Problemas nos olhos
Doença sexualmente transmissível	Problemas em ouvidos
Dor abdominal em adulto	Problemas urinários
Dor abdominal em criança	Quedas
Dor cervical	Queimaduras
Dor de garganta	Sangramento vaginal
Dor lombar	Trauma cranioencefálico
Dor testicular	Trauma maior
<b>Dor torácica</b>	Trauma toracoabdominal

Situação de Múltiplas Vítimas - Avaliação Primária

Situação de Múltiplas Vítimas - Avaliação Secundária

Fonte: adaptado de *Manchester Triage Group*, 2006, GBCR, 2010 e Grupo Português de Triagem, 2007.

Fonte: Kevin, Janet e Jill (2010), adaptado de Manchester Triage Group (2006), GBCR (2010) e Grupo Português de Triagem (2007).

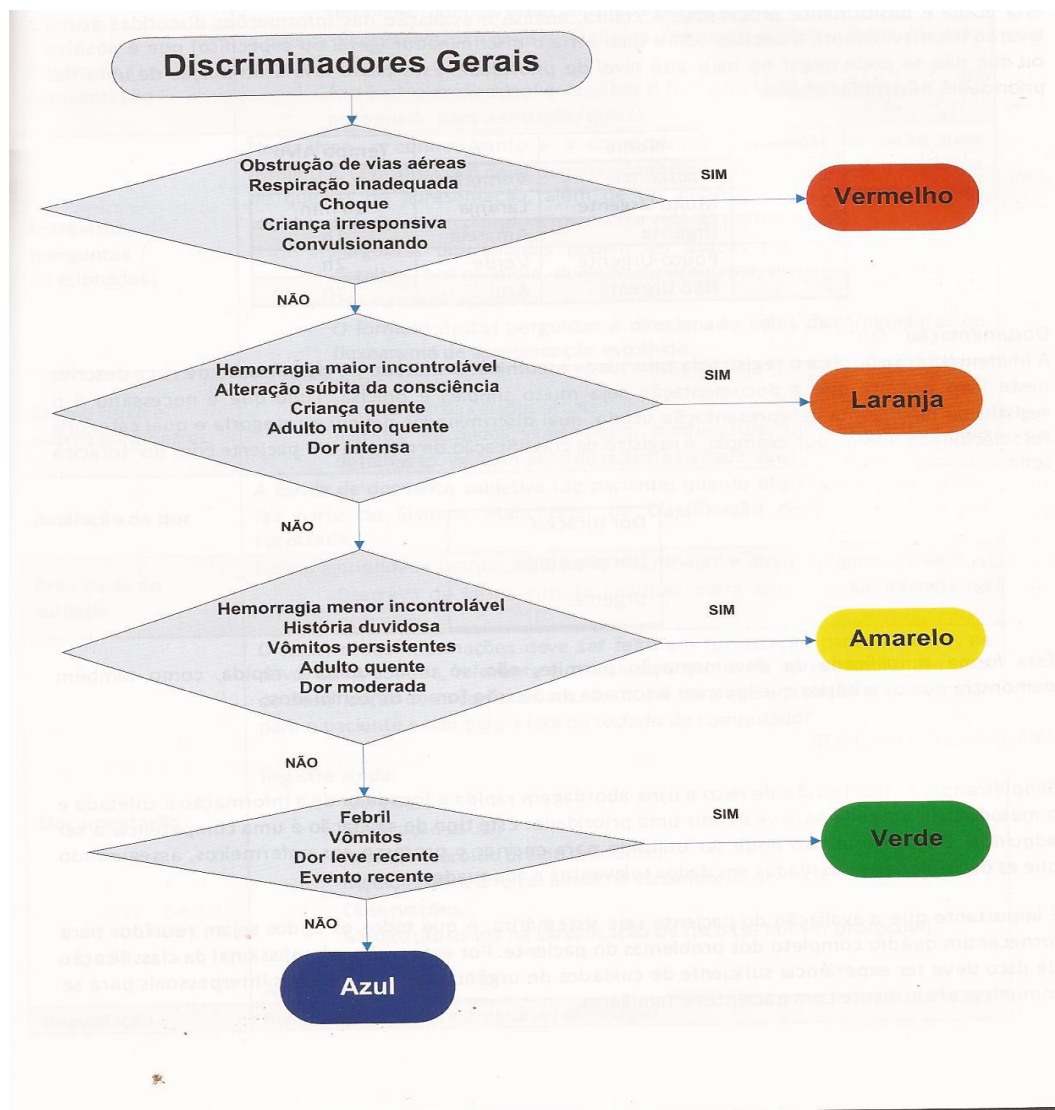
Ao ser classificado um paciente no fluxograma de trauma cranioencefálico (anexo A), trauma maior (anexo B) ou trauma toracoabdominal (anexo C) deverá atentar para os



discriminadores, que são características que diferenciam pacientes entre si de tal forma que eles possam ser alocados em uma das cinco prioridades clínicas.

Dentre os discriminadores estão os gerais e os específicos. Os primeiros aplicam-se a todos os doentes, independente da situação/queixa de apresentação. Os discriminadores específicos aplicam-se a casos individuais ou a pequenos grupos, tendem a relacionar-se com características chaves de condições particulares. A saber:

Figura 02: Fluxograma dos Discriminadores Gerais.



Fonte: Kevin, Janet e Jill (2010), extraído de Mackway-Jones, 2010.

Figura 03: Quadro com os discriminadores específicos.

DOR TORACICA	TEMPO PARA AVALIAÇÃO
Obstrução de vias aéreas	IMEDIATA
Respiração inadequada	IMEDIATA
Choque	IMEDIATA
<b>NÃO</b>	
Dor pré cordial ou cardíaca	EM 10 MINUTOS
Dispneia aguda	EM 10 MINUTOS
Pulso normal	EM 10 MINUTOS
Dor intensa	EM 10 MINUTOS
Limite de risco	
<b>NÃO</b>	
Dor pleurítica	EM 60 MINUTOS
Vômitos persistentes	EM 60 MINUTOS
História cardíaca importante	EM 60 MINUTOS
Dor moderada	EM 60 MINUTOS
<b>NÃO</b>	
Vômitos	EM 120 MINUTOS
Dor leve recente	EM 120 MINUTOS
Evento recente	EM 120 MINUTOS
<b>NÃO</b>	
<b>240 MINUTOS</b>	

Fonte: Adaptado de Mackaway-Jones, 2006; GPT, 1997; GBCR, 2010.

Fonte: Kevin, Janet e Jill (2010), adaptado de Mackaway-Jones (2006), GPT (1997), GBCR (2010).

A partir deste primeiro atendimento, o paciente ao ser identificado com trauma, com prioridade laranja ou amarelo, deverá ser encaminhado à sala específica e os cuidados hospitalares iniciais incluem:

- Sala de reanimação cardiorrespiratória adequadamente organizada;
- Equipe médica e paramédica com treinamento específico para politraumatizados.
- Equipamentos, incluindo os mais simples como ressuscitador manual e tubos endotraqueais, devem ter sido previamente testados e organizados de forma que o acesso a eles seja rápido e fácil;
- Soluções cristalóides devem estar colocadas em locais que facilitem o pronto uso;

- Pessoal de laboratório, Raios-X e banco de sangue, devem oferecer respostas rápidas.

Segundo o ATLS (2008), o atendimento ao paciente politraumatizado pode ser resumido em quatro fases: Exame primário e ressuscitação; Exame secundário; Reavaliação e Tratamento definitivo.

Para que a implantação deste protocolo ocorra de maneira eficaz, organizada e dinâmica, faz-se necessário adotar alguns passos, os quais serão debatidos com a gerência do Pronto Atendimento do HUT, a saber:

- Formar grupos de discussão para identificar as principais demandas, condutas clínicas adotadas e particularidades do protocolo assistencial aos pacientes politraumatizados;
- Discutir com a equipe médica/enfermagem/gerência o processo de integração de todos os profissionais para viabilizar de maneira oportuna e ágil a implantação do protocolo;
- Capacitar todos os profissionais envolvidos no setor de politrauma;
- Monitorizar a eficácia da implantação deste protocolo por meio do estabelecimento de registro da entrada/saída dos pacientes deste setor de politrauma, para confirmar que especialidades de pacientes estão sendo atendidos;
- Realizar auditoria no setor por um profissional, definido pela gerência, desde que o mesmo tenha a qualificação de “potencial auditor”, adquirida no curso de capacitação do Manchester. Tal auditoria ocorrerá mensalmente por um período de 3 dias e o objetivo desta ação é fazer uma revisão dos acolhimentos realizados e das classificações efetuadas, verificando assim se estão adequadas ou não, qual o percentual de adequação ou inadequação e a partir destes dados realizar as ações para correção das inadequações e alinhamento com as ações do protocolo.

Diante desta nova proposta de cuidado aos pacientes politraumatizados, acredita-se que os mesmos receberão uma assistência mais humanizada e após estabilização do quadro clínico de urgência poderá ser encaminhado para enfermarias ou ala de observação com menor gravidade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se trabalha nos serviços de urgência e emergência com um sistema de classificação de risco, evidenciam-se resultados positivos no que tange aos índices de óbitos precoces e à redução das sequelas decorrentes dos traumas. As unidades de urgência e emergência estabelecem importante e vasto campo de intervenção. Representam o ambiente em que os usuários são assistidos em situações críticas que comprometem a sua vida, e requerem da equipe habilidade, vasto conhecimento técnico e científico, agilidade, capacidade de liderança, trabalho em equipe e de gerenciamento do cuidado.

Vale ressaltar que é majoritariamente de caráter urgente assistir ao paciente politraumatizado de maneira eficiente, ágil, detalhado a queixa principal e seguindo um protocolo que reduza ao máximo as possíveis sequelas que possam adquirir sem os devidos cuidados. Para tal, foi elencado o protocolo de Manchester, a ser seguido no Hospital de Urgência de Teresina (HUT) desde janeiro de 2014, porém a proposta de implementar um plano de assistência específico aos pacientes politraumatizados, segundo tal protocolo, poderá trazer uma melhora significativa na dinâmica de trabalho e na redução das incapacidades decorrentes dos traumas.

Pode-se afirmar que a utilização de protocolos para embasar a classificação de risco oferece respaldo legal para a atuação segura da equipe que se encontra na porta de entrada dos serviços de urgência. Porém, não se pode perder de vista que se trata de processo de acolher e classificar, garantindo sempre o bem estar do usuário.

Destaca-se, portanto, que quando se tem um protocolo a ser seguido e quando bem implementado de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, os resultados alcançados são os melhores possíveis. E assim, pode-se garantir um processo de classificação de risco humanizado e com maior acesso da população aos serviços de saúde, atingindo o objetivo central que é assistência qualificada ao usuário do SUS.

## REFERÊNCIAS

ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

AMERICAN College of Surgeons, Committee on Trauma: **Advanced Trauma Life Support**, 8th edition, 2008.

BRASIL. **Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002**. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. **Política nacional de atenção às urgências**. Ministério da Saúde. Brasília: 2003.

BRASIL. **Humaniza SUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Política nacional de atenção às urgências**. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

CAMARGO, O.P.A. et al. **Ortopedia e traumatologia. Conceitos Básicos, Diagnósticos e Tratamento**. São Paulo: Roca, 2004.

CHIARA, O; Cimbanassi, S. **Protocolo para atendimento intra-hospitalar do trauma grave**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FIGUEREDO, N. M.A. **Práticas de Enfermagem. Fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Paulo: Yendis, 2005.

KEVIN, M.J.; JANET, M.; JILL, W. **Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Sistema Manchester de Classificação de Risco**. 1ª ed. 2010.

LUCENA, A. **Acidentes no Piauí**. 2013. Disponível em <<http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2013/08/indice-de-traumas-de-cranio-em-acidente-de-motos-e-maior-no-pi.html>>. Acesso em: 06 fev,2014.

NASCIMENTO K,C. **As dimensões do cuidado em unidade crítica: emergindo o cuidado transpessoal e complexo**[dissertation]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 2005.

OLIVEIRA, B.F.M.; PAROLIN, M.K.F.; TEIXEIRA, JR ,E.V.I. **Trauma: atendimento pré-hospitalar (APH)**. São Paulo: Atheneu, 2004.

RICHARDSON, D.B. **Reducing patient time in the department: most of the solutions lie beyond the emergency department**, MJA- The medical Journal of Australia, v. 179, p.156-517,2003

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Estatísticas de saúde: mortalidade 2001**. Porto Alegre: Coordenadoria de Informações em Saúde; 2002. V. 26.

SABBADINI, F. S.; GONÇALVES, A.A. **A Unidade de emergência no contexto do ambiente hospitalar.** Revista das Faculdades São Camilo- artigos originais, p. 1-13,[s. d ] Disponível em: <<http://www.saocamilo-rj.br/reah/artigosabbadini.pdf>>. Acesso em 17 fev, 2014.

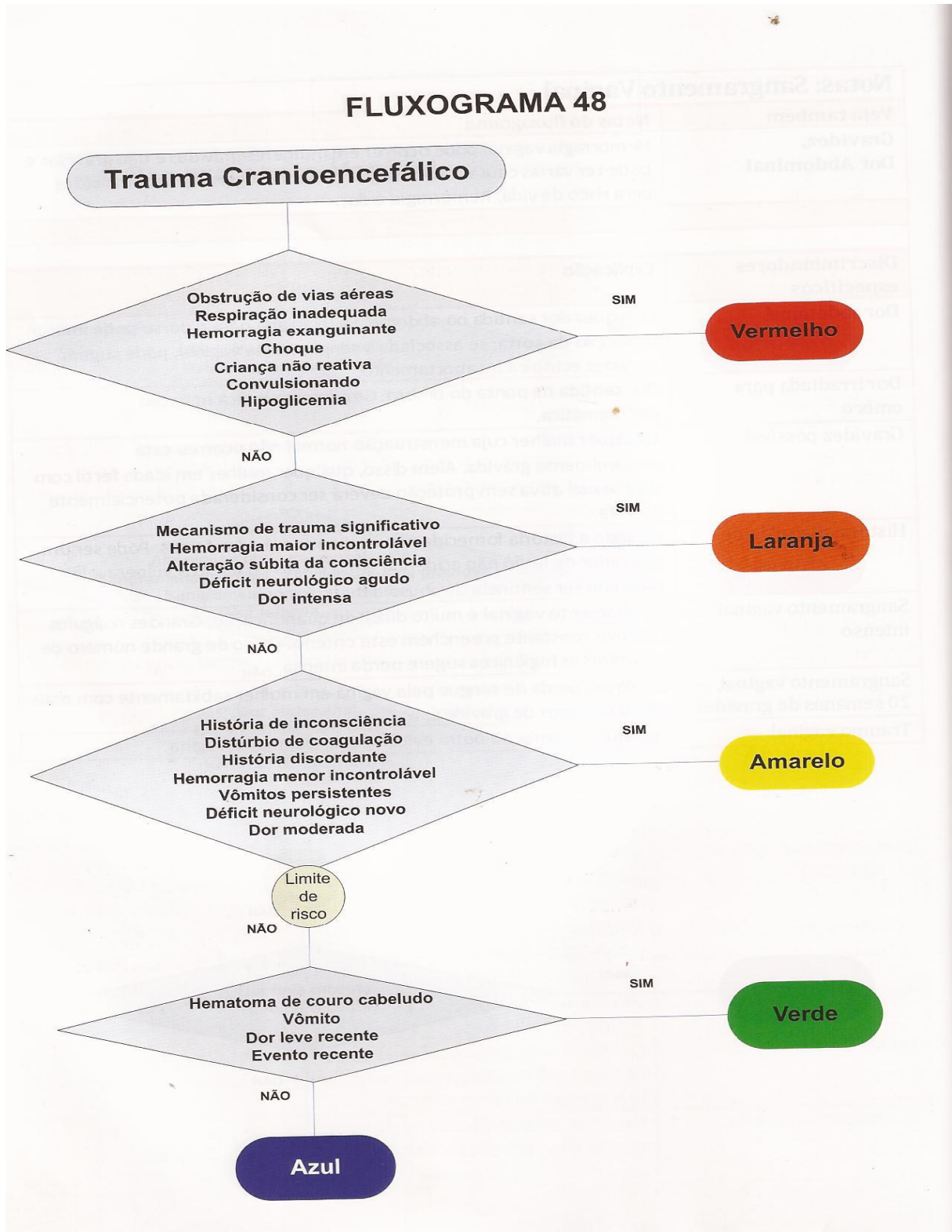
SGARBI, M.W.M.; SILVA JR, B.A; NETO, J.S.H. **Importância da resposta inflamatória sistêmica no prognóstico do paciente politraumatizado.** Revista Brasileira de Ortopedia, São Paulo, v.41, p. 1-6, 2006.

TASHIRO, M. T. MURAYMA, S. P. G. **Assistência de Enfermagem em ortopedia e traumatologia.** São Paulo: Atheneu, 2001.

WEHBE G.; GALVÃO C.M. **O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações.** Rev. latinoam. enferm. 2001;9(2):86-90.

**ANEXOS**

Anexo A: Figura com Fluxograma de Trauma Cranioencefálico



Fonte: Kevin, Janet e Jill (2010), extraído de Mackway-Jones, 2010.

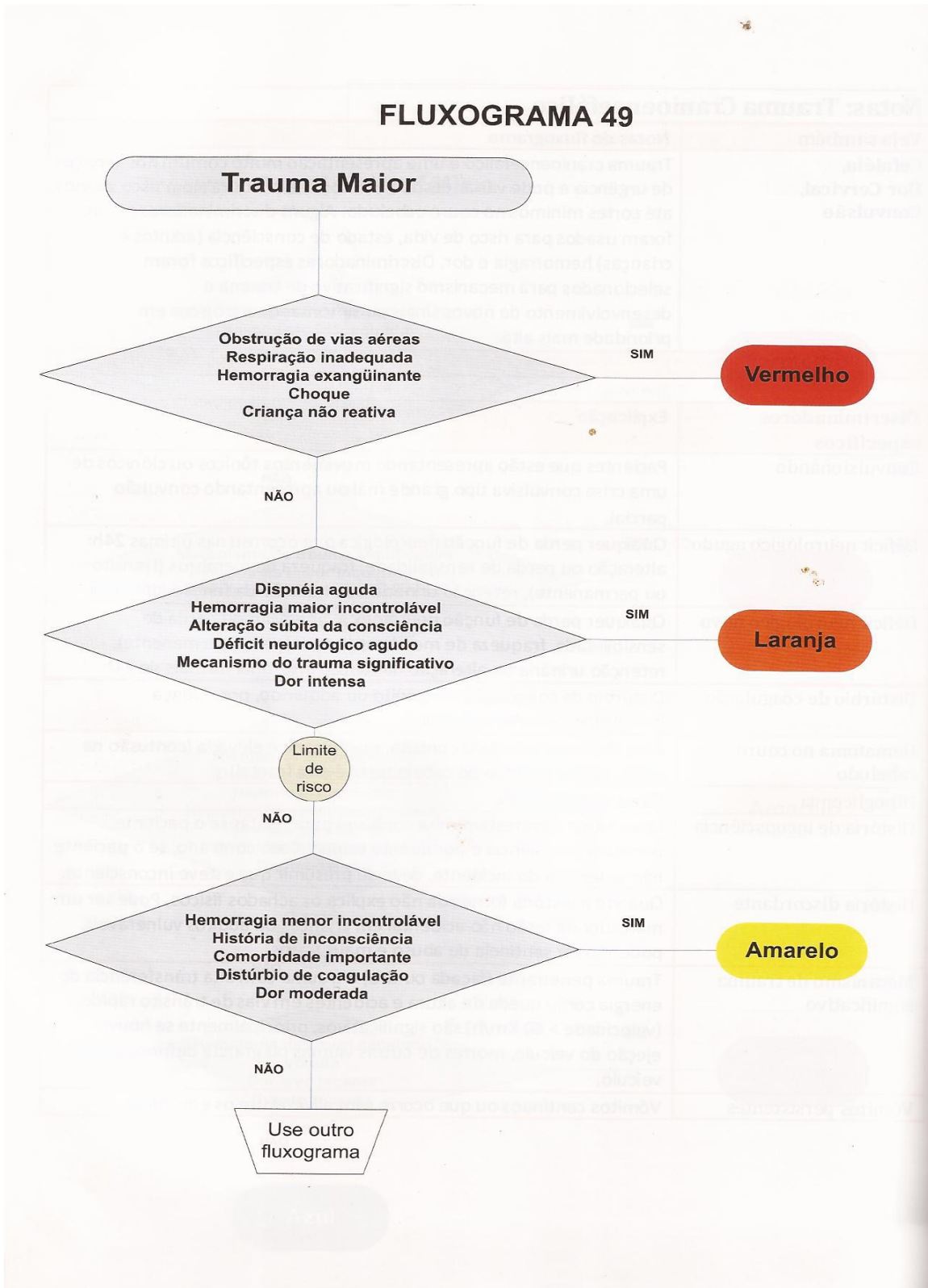


Observações quanto o desenvolvimento do fluxograma.

<b>Notas: Trauma Cranioencefálico</b>	
<b>Veja também</b>	<b>Notas do fluxograma</b>
<b>Cefaléia, Dor Cervical, Convulsão</b>	Trauma cranioencefálico é uma apresentação muito comum nos serviços de urgência e pode variar desde hematoma extra dural com risco de vida, até cortes mínimos no couro cabeludo. Alguns discriminadores gerais foram usados para risco de vida, estado de consciência (adultos e crianças) hemorragia e dor. Discriminadores específicos foram selecionados para mecanismo significativo de trauma e desenvolvimento de novos sinais ou sintomas neurológicos em prioridade mais alta.
<b>Discriminadores específicos</b>	
Convulsionando	Pacientes que estão apresentando movimentos tônicos ou clônicos de uma crise convulsiva tipo grande mal ou apresentando convulsão parcial.
Déficit neurológico agudo	Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal.
Déficit neurológico novo	Qualquer perda de função neurológica: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal há mais de 24h.
Distúrbio de coagulação	Distúrbio da coagulação congênito ou adquirido, por doença hematológica ou terapêutica.
Hematoma no couro cabeludo	Área do couro cabeludo contusa, machucada e elevada (contusão na testa, abaixo da linha do cabelo testa é dita frontal).
Hipoglicemia	Glicemia < 55mg/dL
História de inconsciência	Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente.
História discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.
Mecanismo de trauma significativo	Trauma penetrante (facada ou tiro) e trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 60 Km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo.
Vômitos persistentes	Vômitos contínuos ou que ocorre sem alívio entre os episódios.

Fonte: Kevin, Janet e Jill (2010), extraído de Mackway-Jones, 2010.

Anexo B: Figura com Fluxograma de Trauma Maior.



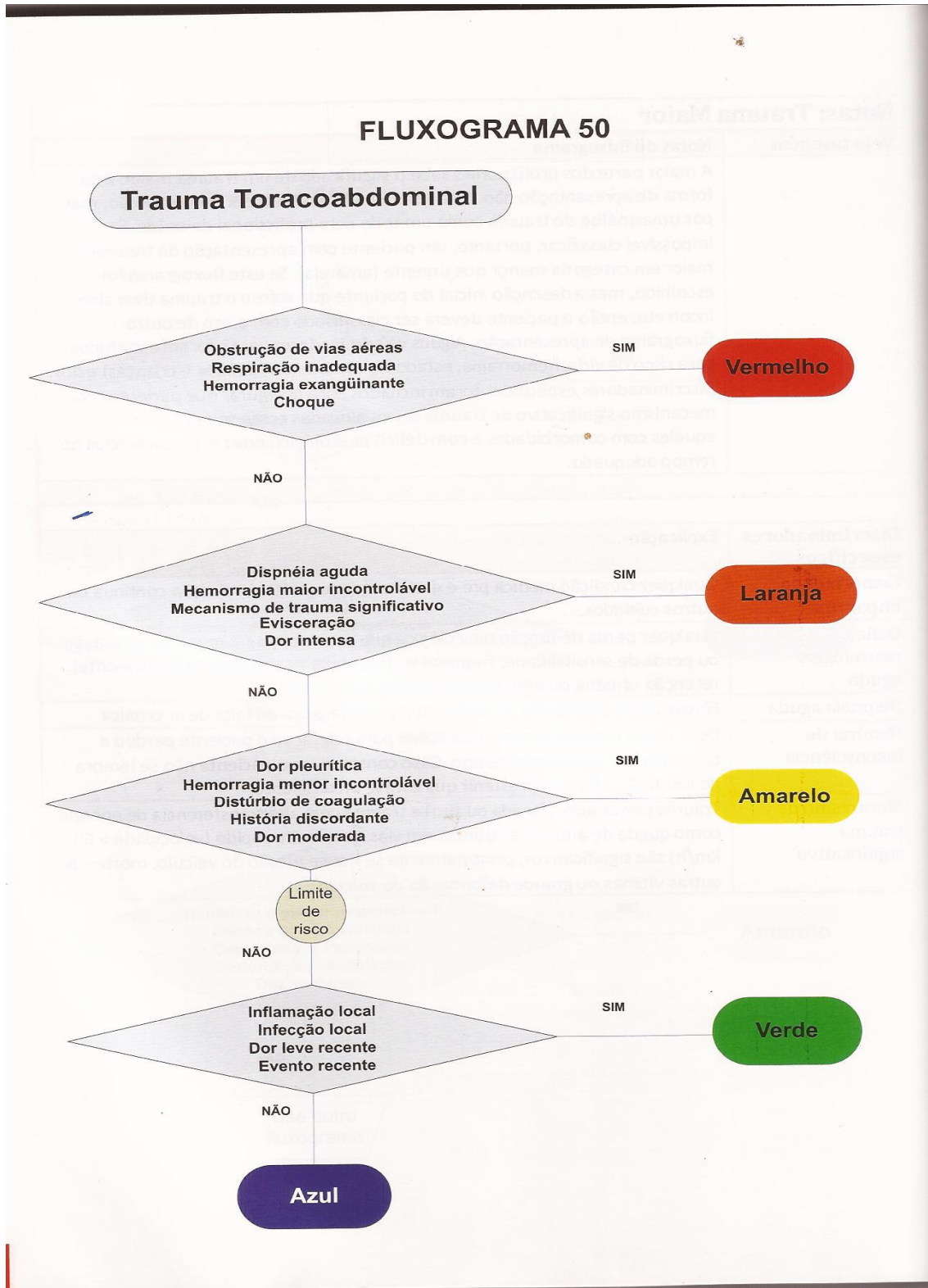
Fonte: Kevin, Janet e Jill (2010), extraído de Mackway-Jones, 2010.

Observações quanto o desenvolvimento do fluxograma.

<b>Notas: Trauma Maior</b>	
<b>Veja também</b>	<b>Notas do fluxograma</b>
	A maior parte dos profissionais sabe o significado de um trauma maior. Esta forma de apresentação não deve ser definida pelo paciente ou sua lesão, mas por uma análise do trauma como um todo pelo profissional de saúde. É impossível classificar, portanto, um paciente com apresentação de trauma maior em categoria menor que urgente (amarela). Se este fluxograma foi escolhido, mas a descrição inicial do paciente que sofreu o trauma tiver sido incorreto, então o paciente deverá ser classificado com o uso de outro fluxograma de apresentação. Alguns discriminadores gerais foram escolhidos para risco de vida, hemorragia, estado de consciência (adultos e crianças) e dor. Discriminadores específicos foram incluídos para assegurar que pacientes com mecanismo significativo de trauma sejam alocados como muito urgentes e aqueles com comorbidades e com déficit neurológico novo sejam avaliados no tempo adequado.
<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Explicação</b>
Comorbidade importante	Qualquer condição médica pré-existente que requeira medicação contínua ou outros cuidados.
Déficit neurológico agudo	Qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24h: alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros (transitória ou permanente), retenção urinária ou alteração da função intestinal.
Dispnéia aguda	Fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica
História de inconsciência	Deve haver uma testemunha confiável para relatar se o paciente perdeu a consciência e por quanto tempo. Caso contrário, se o paciente não se lembra do incidente, deve-se presumir que esteve inconsciente.
Mecanismo de trauma significativo	Trauma penetrante (facada ou tiro) e trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 60 Km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo.

Fonte: Kevin, Janet e Jill (2010), extraído de Mackway-Jones, 2010.

Anexo C: Figura com fluxograma Trauma Toracoabdominal.



Fonte: Kevin, Janet e Jill (2010), extraído de Mackway-Jones, 2010.

Observações quanto o desenvolvimento do fluxograma.

<b>Notas: Trauma Toracoabdominal</b>	
<b>Veja também</b>	<b>Notas do fluxograma</b>
<b>Trauma maior, Agressão, Feridas</b>	Este fluxograma foi criado para permitir o estabelecimento adequado da prioridade dos doentes que sofrem trauma no tórax e abdome. Discriminadores gerais incluem risco de vida, hemorragia e dor. Discriminadores específicos permitem a avaliação de pacientes que sofreram lesões internas menos óbvias, entretanto graves, incluindo dispnéia aguda e história de mecanismo significativo de trauma
<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Explicação</b>
Dispnéia aguda	Fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica
Dor pleurítica	Dor em fincada localizada no peito que piora com respiração, tosse ou espirro.
Evisceração	Herniação ou franca exteriorização de órgãos internos.
História discordante	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.
Infecção local	Manifesta-se geralmente como inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus.
Inflamação local	Implica em dor, inchaço e vermelhidão restrita a uma área definida.
Mecanismo de trauma significativo	Trauma penetrante (facada ou tiro) e trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido (velocidade > 60 Km/h) são significativos, principalmente se houve ejeção do veículo, mortes de outras vítimas ou grande deformação do veículo.

Fonte: Kevin, Janet e Jill (2010), extraído de Mackway-Jones, 2010.

