

DESAFIOS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O PACIENTE POLITRAUMATIZADO NO CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO (CTI)¹

Ana Paula Borges Onorio²
Maria Fernanda Vieira Franco³
Thiago Leonel Franco⁴

RESUMO

O artigo tem como tema os cuidados da enfermagem com o paciente politraumatizado, e foi motivado pela deficiência de estudos sobre os desafios com os cuidados gerais, a carência de capacitação, as dificuldades na formação continuada, a insuficiência estrutural e de recursos no ambiente de trabalho. O objetivo geral foi realizar um levantamento bibliográfico sobre os desafios enfrentados pelos profissionais da equipe de enfermagem no cuidado efetivo com o paciente politraumatizado no Centro de Tratamento Intensivo (CTI). O procedimento metodológico foi a pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo. Para melhor desenvolvimento desta pesquisa, a metodologia foi dividida em três etapas: definição das fontes e bases de dados; seleção de materiais (anais, artigos, dissertação e teses); e análise e interpretação dos dados. Os resultados foram obtidos por meio do levantamento bibliográfico sobre as principais características do paciente politraumatizado internado no CTI, evidenciando-se: os desafios em relação aos cuidados gerais e protocolos desempenhados pelo profissional de enfermagem e do enfermeiro, a carência de capacitação, os impactos e as dificuldades enfrentadas pela falta de formação continuada e os desafios enfrentados pela deficiência estrutural e de recursos no ambiente de trabalho.

Palavra-chave: cuidados da enfermagem; qualidade da assistência à saúde; cuidados intensivos.

ABSTRACT

The article's theme is nursing care for polytraumatized patients, which was motivated by the lack of studies on the challenges to general care, lack of training, difficulties in continuing education, structural and resource deficiency in the work environment. The general objective will be to carry out a bibliographical survey of the challenges faced by nursing team professionals in the effective care of polytraumatized patients in the Intensive Treatment Center (ICU). The methodological procedure will be qualitative bibliographical research. To better develop this research, the methodology will be divided into three stages: definition of sources and databases; selection of materials (annals, articles, dissertations and theses); analysis and interpretation of data. The

¹ Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Mais de Ituiutaba FacMais, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, no segundo semestre de 2023.

² Acadêmica do 10º Período do curso de Enfermagem, pela Faculdade Mais de Ituiutaba. E-mail: ana.onorio@aluno.facmais.edu.br

³ Acadêmica do 10º Período do curso de Enfermagem, pela Faculdade Mais de Ituiutaba. E-mail: maria.franco@aluno.facmais.edu.br

⁴ Professor-Orientador. Docente da Faculdade Mais de Ituiutaba. E-mail: thiago.franco@facmais.edu.br

results were a bibliographical survey of the main characteristics of polytraumatized patients admitted to the ICU: the challenges in relation to general care and protocols performed by nursing professionals and nurses, the lack of training, the impacts and difficulties faced by the lack of continued training and the challenges faced by structural and resource deficiencies in the work environment.

Keyword: nursing care; quality of health care; intensive care.

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como tema os cuidados da enfermagem com o paciente politraumatizado. Para Martiniano *et al.*, (2020, p. 4862), os cuidados da enfermagem são “um instrumento complexo que deve abranger aspectos não somente de caráter biomédico, pois há a necessidade de contemplar o ser em todo seu estado biopsicossocial”. Nessa perspectiva, o atendimento integral e humanizado é pertinente para a recuperação do paciente politraumatizado.

As práticas dos cuidados da enfermagem surgiram a partir de iniciativas da igreja católica no século IV, por meio de organizações de sociedades destinadas a amparar os pobres, e no século XIX, a partir “do trabalho de Florence Nightingale, que contribuiu para as bases técnico-administrativas da enfermagem, criando um modelo teórico de assistência” (Becerril, 2018, p. 01).

Na atualidade, existem vários processos e protocolos de cuidados voltados ao paciente politraumatizado. No entanto, esses cuidados podem ser aplicados com vários objetivos, tendo ênfase na recuperação de pacientes, em ações voltadas a cuidados paliativos e ao “controle da mobilidade física, ao controle da dor, uma vez que o paciente politraumatizado está susceptível a elevados níveis de dor devido a sua própria condição clínica” (Martiniano *et al.*, 2020, p. 4864).

Apesar da assistência e dos cuidados da enfermagem estarem estabelecidos e sistematizados dentro da profissão, deve-se levar em consideração outros fatores que influenciam na prática de assistência e dos cuidados com o paciente politraumatizado. Entre esses fatores, fica evidente que ainda existem desafios em relação aos cuidados gerais e protocolos desempenhados pelo profissional de enfermagem e do enfermeiro, a deficiência de capacitação, os impactos e dificuldades enfrentadas pela falta de formação continuada e os desafios enfrentados pela deficiência estrutural e de recursos no ambiente de trabalho.

Vale salientar que no Brasil os dados sobre politraumatizados são preocupantes, uma vez que, “o trauma acomete mais de 16.000 vítimas por dia, podendo afetar inúmeras áreas do corpo humano, mas a principal é a face, correspondendo quase 90% das causas de óbitos, trazendo distúrbios fisiológicos e anatômicos ao paciente” (Martins; Pimentel; Rodrigues, 2021). No Brasil, estima-se que os gastos com assistência e cuidados em saúde com traumas, chegam a R\$30 bilhões anualmente, ocorrendo uma mortalidade por politraumatismo a cada 380 casos registrados nas emergências.

É visto que, entre esses atendimentos, cerca de 11% das vítimas apresentam sequelas permanentes. Nesse sentido, tornamos a ressaltar a importância dos cuidados, do treinamento e organização da equipe de enfermagem em torno dos cuidados com o paciente politraumatizado em unidade de emergência (Martins; Pimentel; Rodrigues, 2021). Com base nessa explanação, este artigo tem como problema a seguinte questão: Quais os desafios enfrentados pelos profissionais da equipe de enfermagem no cuidado efetivo com o paciente politraumatizado no CTI (Centros de Tratamento Intensivo)?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Realizar um levantamento bibliográfico dos desafios enfrentados pelos profissionais da equipe de enfermagem no cuidado efetivo com o paciente politraumatizado no CTI.

1.1.2 Objetivo específicos

- Descrever os tipos de pacientes politraumatizados internados no CTI;
- Descrever os cuidados gerais, protocolos e fluxos de trabalho da equipe de enfermagem realizam em pacientes politraumatizados internados no CTI; e
- Compreender os desafios dos cuidados com os pacientes politraumatizados internados no CTI.

1.2 Justificativa

Inicialmente, o interesse pelo tema desta pesquisa partiu da vivência acadêmica, pois desde o início da nossa trajetória fomos instigadas por essa área. O tema tem como viabilidade técnica a deficiência de pesquisas realizadas com essa temática, além da ausência de educação continuada para os profissionais de enfermagem.

O artigo apresenta importância social, pois pacientes politraumatizados representam um grupo de alto risco e complexidade, com lesões graves e múltiplas necessidades de cuidados intensivos. É notória a existência do aumento da complexidade durante o internamento de politraumatizados internados no CTI, quando associado a outras gravidades e comorbidades. Para os profissionais de enfermagem, a temática contribuirá com os estudos sobre o conhecimento de pacientes politraumatizados internados no CTI, por apresentar desafios devidos à natureza diversa das lesões e às múltiplas comorbidades associadas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Antes de fundamentar o tema da pesquisa, julgamos pertinente relatar alguns aspectos históricos da enfermagem. Consideramos esse fato indissociável dos cuidados da enfermagem, uma vez que se trata de uma prática fundamental e integrante no trabalho do(a) enfermeiro(a).

A enfermagem surgiu como resposta espontânea às necessidades de manter os pacientes saudáveis, como também de assegurar comodidade, alívio, cuidado e evitar a infecção hospitalar (Angelo; Forcella; Fucuda, 1995). Os cuidados da enfermagem, por sua vez, são parte integral do trabalho do(a) enfermeiro(a). Dessa forma, as práticas de cuidados da enfermagem existem desde o surgimento da atuação da enfermagem.

Os cuidados da enfermagem podem ser definidos como as ações que atendem às necessidades de pacientes, buscando alcançar a excelência na qualidade da prestação de serviços de saúde no CTI (Perdomo; Vargas, 2011).

De acordo com Angelo, Forcella e Fukuda (1995), já existiam práticas de enfermagem na Europa no século IV, período em que surgiram as primeiras casas de hospitalidade e de cuidado de doentes. Essas casas eram destinadas a pessoas

pobres que não podiam ser cuidadas em suas próprias casas. Nesse período, a enfermagem foi influenciada pela religião, o cristianismo. “A contribuição do cristianismo para a enfermagem, é proveniente do conceito cristão de caridade. Em função desta obrigação, foram organizadas sociedades destinadas a amparar e vestir o pobre, educar crianças pobres, cuidar de órfãos, doentes, velhos e visitar prisioneiros” (Angelo; Forcella; Fukuda, 1995, p. 213).

Angelo, Forcella e Fukuda (1995) ressaltam que no século IV essas práticas eram realizadas predominantemente por mulheres. Isso está contido “nas raízes da história das mulheres, pois é ao redor do cuidado que a principal parte do destino das mulheres foi tecida. A História da enfermagem é sempre referida com o um episódio na história mulher” (Angelo; Forcella; Fukuda, 1995, p. 212). Até o século XVIII, a enfermagem era “constituída por uma ciência empírica de devoção ao doente, voltada particularmente para o alívio da dor o do sofrimento, carente do conhecimento de como realizar este cuidado” (Angelo; Forcella; Fukuda, 1995, p. 213). No período entre o século V e o século XVIII, “a decadência da assistência era evidenciada pelas precárias condições de higiene, conforto e cuidado do ambiente e das pessoas que prestavam os cuidados, caracterizadas como escórias da sociedade” (Angelo; Forcella; Fukuda, 1995, p. 215).

Já os primeiros avanços na organização do ambiente hospitalar e da assistência ao doente surgiram na França, entre os séculos XVII e XVIII, com as damas e irmãs de caridade de São Vicente de Paula. Elas foram as primeiras a introduzir os princípios modernos de enfermagem, por meio de um programa educacional sistemático que atrelava serviço social e os cuidados seguro com doentes em hospitais.

As damas de caridade formada por mulheres da comunidade, casadas ou viúvas, constituíram o primeiro trabalho de enfermagem comunitária que consisti a em visitar o doente e torná-lo o mais confortável possível, dando-lhe alimento, preparando medicamento s e consolando aquele que estava morrendo ou sofrendo (Angelo; Forcella; Fukuda, 1995, p. 215).

Em meados do século XIX, na Inglaterra, o trabalho desenvolvido por Florence Nightingale estabeleceu um novo sistema de enfermagem, uma vez que seus estudos, observações e reflexões resultaram no desenvolvimento dos princípios modernos de enfermagem. Seu trabalho foi direcionado para importância do cuidado de

enfermagem, como a administração de medicamentos, bem como o respeito a protocolos e condições sanitárias, para a recuperação do doente.

Ao fundar sua escola de enfermagem na Inglaterra, Florence Nightingale estabeleceu a enfermagem como uma profissão. “A visão de Florence Nightingale influenciou a identidade da Enfermagem e conseqüentemente o seu ensino, em praticamente todos os continentes, ainda no século 19. No Brasil, a sua influência teve início na década de 1920” (Angelo; Forcella; Fukuda, 1995, p. 218).

Até o estabelecimento das primeiras escolas formais para enfermeiras, as pessoas envolvidas no cuidado de doentes recebiam aulas ocasionais de médicos, o que não consistia em instrução organizada, mas informações simples e isoladas para realizar o cuidado aos doentes (Angelo; Forcella; Fukuda, 1995, p. 218).

A enfermagem, no século XX, entra “com uma identidade estabelecida, resultante de educação baseada em conteúdo específico de enfermagem e fortalecida pelas organizações criadas, que passaram a desenvolver recomendações relevantes aos padrões educacionais” (Angelo; Forcella; Fukuda, 1995, p. 218).

Nesse contexto, a qualidade da assistência e dos cuidados da enfermagem na atualidade é resultado de iniciativas da igreja católica, por meio de organizações de sociedades destinadas a amparar pobre e “do trabalho de Florence Nightingale, que contribuiu para as bases técnico-administrativas da Enfermagem, criando um modelo teórico de assistência” (Becerril, 2018, p. 01). “A qualidade da assistência de enfermagem pode então ser definida como o resultado alcançado através da gestão do cuidado, por meio da qual as necessidades reais e sentidas dos utilizadores, onde intervém o trabalho individual em equipe, para alcançar satisfação da pessoa” (Perdomo; Vargas, 2011, p. 100).

Não há dúvida no avanço da gestão do cuidado de enfermagem; porém, devido ao seu desenvolvimento, existem diferentes tipos de assistência a pacientes politraumatizados internados no CTI. Para Perdomo e Vargas (2011), os tipos de cuidados da enfermagem dividem-se em seis categorias, baseadas no comportamento do(a) enfermeiro(a): acessibilidade; explicar e facilitar; confortar; antecipar; manter relacionamento de confiança; e monitorar e acompanhar.

A ideia de agrupar os tipos de assistência e cuidados com o paciente politraumatizado foi determinada por meio do instrumento proposto por Patricia Larson. Esse instrumento, ao categorizar os cuidados da enfermagem pela

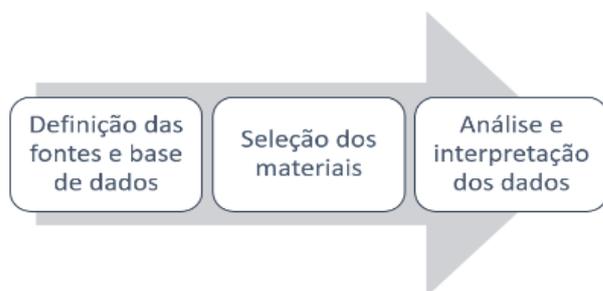
perspectiva comportamental do profissional, humaniza e “permite uma aproximação perspectiva dos pacientes e da equipe de enfermagem, que leva à unificação das ações de cuidado de acordo com as percepções dos pacientes e que eles permaneçam dentro dos parâmetros técnico-científicos estabelecidos para manuseio” (Perdomo; Vargas, 2011, p. 101).

“É o cuidado base fundamental do trabalho do profissional de enfermagem, portanto seu planejamento deve ser individualizado e visando satisfazer as necessidades quem solicita seus serviços” (Perdomo; Vargas, 2011, p. 100). Desse modo, se estabelece uma relação enfermeiro-paciente, de respeito para com seus crenças e costumes.

3 METODOLOGIA

O procedimento metodológico é a pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo, semelhante à pesquisa realizada por Rosa, Silva e Souza (2019). Para melhor desenvolvimento desta pesquisa, a metodologia foi dividida em três etapas, de acordo com a Figura 1:

Figura 1 - Etapas da pesquisa



Fonte: As autoras (2023).

Inicialmente, foram selecionadas e definidas fontes e base de dados, os quais foram organizados e analisados com intuito de selecionar pesquisas sobre os desafios dos cuidados gerais, protocolos e fluxos de trabalho que as equipes de enfermagem realizam em pacientes politraumatizados internados no CTI. Para definição das bases de dados, foram selecionadas plataformas baseadas em critérios diferentes, devido à autenticidade que cada uma apresenta. Foram utilizadas as plataformas SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e GoogleAcadêmico.

A segunda etapa consistiu na seleção dos materiais (anais, artigos, dissertação e teses). Não foi definido recorte temporal do período de publicação das pesquisas analisadas. A pesquisa nas bases de dados foi definida por palavras-chave como: “pacientes politraumatizados”, “protocolos da equipe de enfermagem”, “desafios dos cuidados da enfermagem”, “desafios dos profissionais de enfermagem” e “desafios do enfermeiro”.

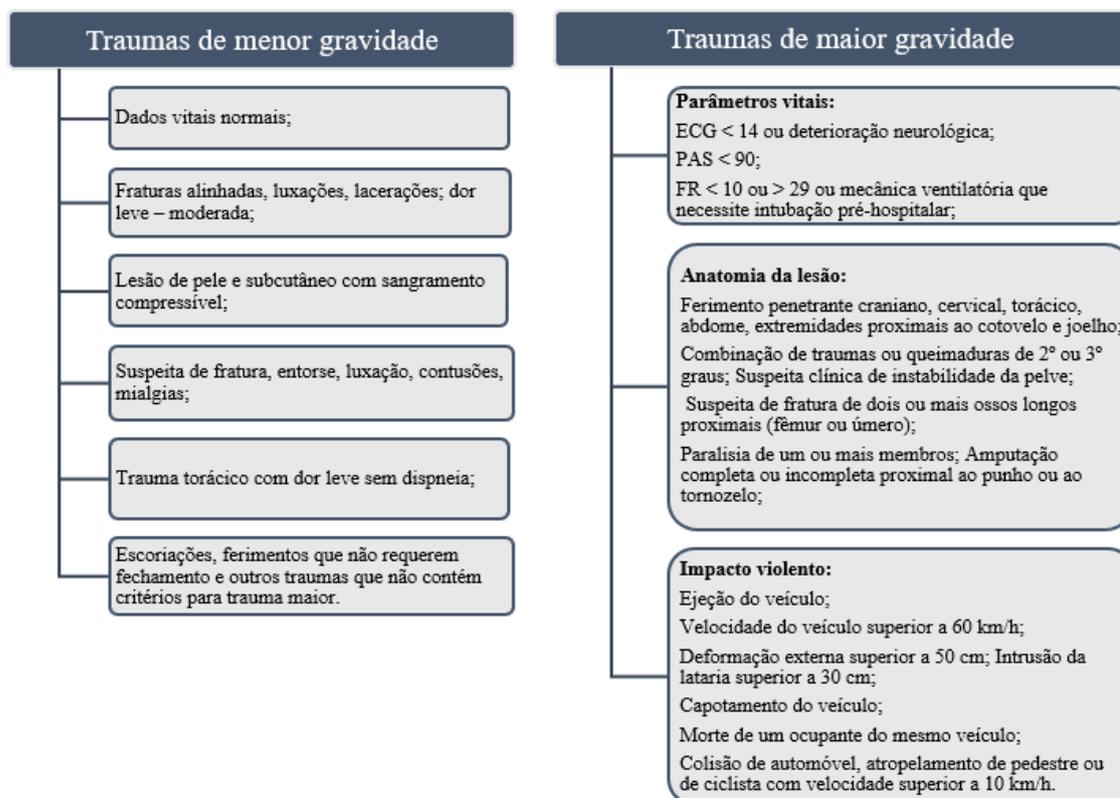
Por fim, as pesquisas selecionadas foram analisadas e interpretadas por meio de estudo e leitura sistemática, culminando com a revisão, a fim de compreender os desafios dos cuidados gerais, protocolos e fluxos de trabalho que equipes de enfermagem realizam em pacientes politraumatizados internados no CTI, e outras questões levantadas nesta pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Pacientes politraumatizados internados no CTI

O termo “trauma” vem do grego τραύμα, que significa “ferida” (Azevedo; Brandão, 2019). Nesse sentido, politraumatismo são lesões graves causadas por um evento traumático externo, em várias regiões do corpo, considerando parâmetros vitais adicionais; entre eles: “Escala de coma de Glasgow (GCS) ≤ 8 ; pressão arterial sistólica (PAS) ≤ 90 mmHg; razão normatizada internacional (RNI) $\geq 1,4$; Idade ≥ 70 anos” (Talah *et al.*, 2023, p. 02). Os traumas são classificados em dois tipos: trauma de maior gravidade e de menor gravidade, como mostra a Figura 2.

Figura 2 - Tipos de Traumas



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (2018, p. 16). Organizado pelas autoras (2023).

As lesões de menor gravidade são aquelas que na triagem pré-hospitalar se enquadram em um ou mais dos critérios (Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2018), tais como: dados vitais normais; fraturas alinhadas, luxações, lacerações; dor leve – moderada; lesão de pele e subcutâneo com sangramento compressível; trauma torácico com dor leve sem dispneia; suspeita de fratura, entorse, luxação, contusões, mialgias; e escoriações, ferimentos que não requerem fechamento e outros traumas que não contém critérios para trauma maior (Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2018, p.16).

As lesões consideradas de maior gravidade são aquelas que na classificação pré-hospitalar apresentam um ou mais dos critérios (Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2018), tais como:

Parâmetros vitais: ECG < 14 ou deterioração neurológica; PAS < 90; FR < 10 ou > 29 ou mecânica ventilatória que necessite intubação pré-hospitalar; anatomia da lesão: ferimento penetrante craniano, cervical, torácico, abdome, extremidades proximais ao cotovelo e joelho; combinação de traumas ou

queimaduras de 2º ou 3º graus; suspeita clínica de instabilidade da pelve; suspeita de fratura de dois ou mais ossos longos proximais (fêmur ou úmero); paralisia de um ou mais membros; amputação completa ou incompleta proximal ao punho ou ao tornozelo; Impacto violento: Ejeção do veículo; Velocidade do veículo superior a 60 km/h; Deformação externa superior a 50 cm; Intrusão da lataria superior a 30 cm; Capotamento do veículo; Morte de um ocupante do mesmo veículo; Colisão de automóvel, atropelamento de pedestre ou de ciclista com velocidade superior a 10 km/h (Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2018, p. 16).

Paciente politraumatizado é aquele que tem duas ou mais lesões de maior gravidade que podem levar a um risco iminente de falecimento, configurando uma emergência médica. Na unidade de saúde, pacientes politraumatizados são prioridade, devido às lesões de maiores gravidades; portanto, a qualidade do atendimento prestado em unidades de saúde, pela equipe de enfermagem, é primordial para rápida reabilitação do paciente (Martins; Pimentel; Rodrigues, 2021).

E visto que pacientes politraumatizados, em estado grave, devem ser mantidos em leitos de tratamento intensivo, que consiste no setor do hospital direcionado para o acolhimento ininterrupto de pacientes politraumatizados em estado grave e potencialmente grave. Existem dois tipos de leitos de tratamento intensivo: o CTI e a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

De acordo com Guimarães e Milhomem (2019, p. 190), a UTI “é uma unidade do hospital onde se encontram recursos materiais e humanos necessários para um atendimento adequado aos pacientes, cujo estado clínico exige cuidados médicos especializados e constantes”. As UTIs cuidam de pacientes com lesões graves específicas, em cuidados como: UTI cardiológica, UTI neonatal, UTI de queimados, entre outros.

De acordo com a Resolução n.º 7/2010 (Brasil, 2010), que dispõe sobre o funcionamento de UTIs, em seu artigo 4º, as UTIs são classificadas em cinco tipos: Unidade de Terapia Intensiva para Adultos; Unidade de Terapia Intensiva Especializada; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista.

XXVII - Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (UTI-A): UTI destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição.

XXVIII - Unidade de Terapia Intensiva Especializada: UTI destinada à assistência a pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, entre outras.

XXIX - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N): UTI destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias.

XXX - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P): UTI destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição.

XXXI - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista (UTIPm): UTI destinada à assistência a pacientes recém-nascidos e pediátricos numa mesma sala, porém havendo separação física entre os ambientes de UTI Pediátrica e UTI Neonatal (Brasil, 2010).

O CTI “é um setor do hospital onde são realizados atendimentos e cuidados ininterruptos, inúmeros procedimentos e monitoramento de pacientes onde o estado clínico exige atenção continuada” (Guimarães; Milhomem, 2019, p.190). Geralmente o CTI é destinado à internação de pacientes que apresentam traumas generalizados, não especializados, mas que necessitam de acompanhamento contínuo, como os que foram acometidos por cirurgias.

4.2 Cuidados gerais da equipe de enfermagem realizam em pacientes politraumatizados hospitalizados no CTI e na UTI

Os cuidados da enfermagem com o paciente politraumatizado são uma “preocupação é histórica, pois Florence Nightingale, em 1863, já procurava, de uma forma empírica e baseada na observação, separar pacientes em estado crítico em áreas” (Tranquilliti; Padilha, 2007, p.143). Para garantir os cuidados e um monitoramento seguro, é fundamental seguir alguns protocolos sobre os procedimentos e cuidados da enfermagem necessários.

Observa-se que a classificação de pacientes hospitalizados no CTI e na UTI é um dos critérios fundamentais para garantir a qualidade dos cuidados gerais pela equipe de enfermagem. A proposta de classificação de pacientes foi considerada na década de 50, a partir de um pesquisas realizadas pela instituição de ensino de Enfermagem de Pittsburgh, com propósito de definir as bases de cuidados da enfermagem com o paciente politraumatizado hospitalizado. “Nesse estudo pioneiro que introduziu o conceito de CPP, o número médio de horas despendidas pela equipe de enfermagem, segundo cada categoria de pacientes, foi o principal parâmetro proposto para o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP)” (Tranquilliti; Padilha, 2007, p.143). Após essa pesquisa, outras propostas de classificação passaram a ser elaboradas.

Tranquitelli e Padilha (2007, p. 143) afirmam que “o instrumento foi composto por 13 indicadores críticos que não se restringem à esfera biológica, mas consideram também a dimensão psicossocial do cuidado. Os 13 indicadores críticos considerados na composição do instrumento incluem”: terapêutica, educação à saúde, nutrição e hidratação, locomoção, comportamento, sinais vitais, oxigenação, motilidade, cuidado corporal, eliminações, comunicação e cutâneo-mucosa, estado emocional e nível de consciência.

Cada indicador apresenta uma escala de 1 a 5, com intuito de determinar a complexidade de cuidado da equipe de enfermagem. Dessa forma, o valor 1 equivale ao menor nível de cuidados da enfermagem, e o valor 5 ao nível máximo de assistência ao paciente internados. “O valor total obtido individualmente em cada um dos indicadores é então somado e o total obtido é comparado com pontuações existentes conduzindo, dessa forma, a uma classe ou categoria de cuidados a que este paciente pertence” (Tranquitelli; Padilha, 2007, p.144). As categorias são: cuidados intensivos, cuidados semi-intensivos, cuidados intermediários e cuidados mínimos.

De acordo com o estudo realizado no Brasil, “também os pacientes foram agrupados em cinco categorias de acordo com sua complexidade assistencial: intensivo, semi-intensivo, alta dependência, intermediário e autocuidado” (Tranquitelli; Padilha, 2007, p.144) (Quadro 1).

Quadro 1 - Instrumento de classificação de pacientes

Instrumentos para classificação de pacientes politraumatizados						
	Indicadores críticos para definir os cuidados da equipe de enfermagem	Escala de complexidade de cuidado da equipe de enfermagem				
		Auto Cuidado	Intermediário	Alta Dependência	Semi-	Intensivo
1	Terapêutica	1	2	3	4	5
2	Locomoção	1	2	3	4	5
3	Sinais vitais	1	2	3	4	5
4	Motilidade	1	2	3	4	5
5	Oxigenação	1	2	3	4	5
6	Eliminações	1	2	3	4	5

7	Comportamento	1	2	3	4	5
8	Nível de consciência	1	2	3	4	5
9	Educação a saúde	1	2	3	4	5
10	Nutrição e hidratação	1	2	3	4	5
11	Cuidado corporal	1	2	3	4	5
12	Estado emocional	1	2	3	4	5
13	Comunicação e cutâneo-mucosa	1	2	3	4	5

Fonte: Tranquillini e Padilha (2007, p.144). Organizado pelas autoras (2023).

A assistência da equipe de enfermagem ao paciente politraumatizado pode ser classificada em três níveis de cuidados, com base nas particularidades das unidades de saúde para o atendimento aos pacientes, e também depende do grau da gravidade das lesões e do quadro geral de saúde, de modo que podem ser estratificados três níveis de atenção: I, II e III. O nível I, para pacientes de médio-baixa atenção; nível II, para pacientes de alta atenção; e nível III, para pacientes de muito alta atenção (Academia Médica, 2023).

Nível de atenção III (muito alto): pacientes de UTI com múltiplas falências agudas de órgãos vitais ou em risco de desenvolvê-las, com caráter de ameaça imediata à vida. Esses pacientes necessitam de cuidados de equipe multiprofissional especializada, habilitada e adequadamente dimensionada para ofertar terapia de suporte com complexidade muito alta, tais como monitorização e suporte hemodinâmico (fármacos vasoativos em infusão contínua) e/ou assistência respiratória e/ou terapia de substituição renal.

Nível de atenção II (alto): pacientes de UTI com falência aguda de órgãos vitais ou em risco de desenvolvê-la, com caráter de ameaça à vida, que necessitam de monitoramento e/ou suporte de menor complexidade, como assistência respiratória ou terapia de substituição renal ou droga vasoativa em infusão intravenosa contínua.

Nível de atenção I (médio-baixa): pacientes de UCI que necessitam de monitoração por risco de desenvolver uma ou mais falências agudas de órgãos ou que estão se recuperando de condições críticas, mas cuja condição requer maior intensidade de cuidado da equipe multiprofissional, quando a carga de trabalho é muito alta ou complexa para que o paciente possa ser gerido numa enfermagem (Academia Médica, 2023, p. 1).

Ao tratar dos processos dos fluxos de trabalho, a assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado se resume em uma estimativa total e imediata do paciente, numa avaliação rápida do corpo. “Após esta avaliação, que deve ser feita de maneira conjunta com o atendimento inicial, há a possibilidade da enfermagem estabelecer uma classificação da vítima e os critérios para a vigilância” (Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2018, p.18).

Compreende-se que, no período de atendimento ao paciente de trauma, busca-se atingir a estabilização dos sinais vitais e das partes danificadas. Nesse cuidado, a

equipe de enfermagem tem duas atribuições importante: “prever e atender as necessidades da vítima e controlar o ambiente e suas variáveis para que a segurança da vítima seja resguardada” (Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2018, p.18).

O Quadro 2, a seguir, apresenta alguns cuidados da equipe de enfermagem que necessitam ser realizados na prevenção de complicações de pacientes politraumatizados:

Quadro 2 - Cuidados da enfermagem com a prevenção de complicações de pacientes politraumatizados

AÇÕES	CONSIDERAÇÕES
Utilizar e favorecer a utilização de técnica asséptica e materiais adequados no manuseio do paciente, drenos, tubos e sondas	Previne infecções hospitalares
Reduzir os riscos associados a politransusão de hemocompetentes: aquecer o sangue, monitorar o cálcio e adotar os cuidados na transfusão de hemocompetentes	Reações transfusionais (hemólise intravascular), transmissão de hepatite (B ou C), hipotermia e coagulação dilucional devem ser evitadas
Prevenir hemorragia digestiva	Por meio da administração de sucralfato, bloqueadores H2 ou da bomba de protons e da reposição volêmica adequada, conforme prescrição médica
Administrar nutrição parenteral para promover repouso do trato digestório, conforme prescrição médica	Fistulas ou obstruções distais do trato gastrointestinal frequentemente impedem a realimentação precoce através desta via
Promover adequada reposição volêmica e monitorar níveis séricos de antibióticos nefrotóxicos	Previne insuficiência renal aguda: Pré-renal (hipovolemia, baixo débito cardíaco) Renal (nefrotoxicidade, isquemia)
Garantir adequado suporte ventilatório	Previne ou trata os pacientes com insuficiência respiratória aguda

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (2018, p. 18).

Nesse sentido, “pode-se dizer que o desenvolvimento dos métodos para a recuperação da vítima com trauma e o estabelecimento de meios que impeçam a potencialização das perturbações das funções vitais são a causa de sucesso nas ações em equipe” (Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2018, p. 18).

4.3 Desafios dos profissionais de enfermagem e do enfermeiro no cuidado do paciente politraumatizado

A atuação e reconhecimento da enfermagem como profissão foi estabelecida no século XIX. “A necessidade de recuperação dos soldados feridos de guerra nos hospitais e a manutenção do controle e da fiscalização dos doentes determinam a

introdução do enfermeiro no ambiente hospitalar” (Lessa; Araújo, 2013, p. 475).

A partir da estabilização profissional, a enfermagem passou a ser construída fundamentada no modelo biomédico, admitindo o cuidado como prática secundária, contrariamente ao interesse de um modelo focado na cura e na técnica, que separadamente é incapaz de atender às emergências de saúde das pessoas. De acordo com Lessa e Araújo (2013, p. 475), “isso ocorreu porque nas primeiras escolas de enfermagem a figura do médico constituía-se em qualificada para o ensino, pois era ele que detinha o conhecimento científico sobre as doenças”.

Na contemporaneidade, a “enfermagem é uma ciência humana, de pessoas e de experiências com campo de conhecimento, fundamentações e práticas do cuidar dos seres humanos que abrangem do estado de saúde aos estados de doença” (Lima, 2005, p. 01), que se desdobra em vários aspectos profissionais, científicos, políticos, estéticos, éticos e pessoais.

A enfermagem lida com fatores inesperados do ser humano, precisamente aqueles relacionados à saúde. “Como a enfermagem é uma atividade que lida constantemente com a vida e a morte entremeada de acontecimentos graves, como doenças, deficiências, amputações, cada cuidado que prestamos tem importância vital, envolvendo um alto grau de complexidade” (Lima, 2005, p. 02).

Apesar do grau de complexidade da atuação do profissional de enfermagem, existem desafios em relação aos cuidados gerais e protocolos desempenhados, uma vez que, em um contexto histórico, “o enfermeiro jamais esteve exclusivamente nessa posição, pois a profissão, quando institucionalizada, se fez com base na divisão social e técnica do trabalho. O enfermeiro foi designado para controlar os doentes e o processo de trabalho, não para cuidar” (Lessa; Araújo, 2013, p. 475). Em ambientes controlados e disciplinados como os hospitais da atualidade, o cuidado não era o foco do profissional; o centro era no desenvolvimento da clínica e na cura das pessoas.

O ponto é que, na década de 50, com a criação do “Código de Ética e do Conselho Federal em Enfermagem, em 1976, acreditou-se na ideia de liberdade profissional estabelecida, que os problemas estão resolvidos e que não existem possibilidades maiores de libertação na atuação profissional” (Lessa; Araújo, 2013, p. 475). Contudo, na prática profissional, ainda se repercutiu o modelo biomédico, e a enfermagem é vista como complementar à atuação médica. Lessa e Araújo (2013, p.

475) ainda ressaltam que “desconhece-se o cuidado como especificidade da prática profissional, sem valor social, fazendo com que a profissão não seja percebida e reconhecida”.

Em 1980, com a Constituição da República Federativa, ocorreu impulsionamento que resultaram na aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (LOSs): a Lei n.º 8.142/90, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (Brasil, 1990, p. 01); e Lei n.º 8080/90, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (Brasil, 1990a, p. 01).

Apesar das LOSs reafirmarem que a efetivação das políticas públicas de saúde dar-se-á pela reorientação da política de recursos humanos no SUS e, por conseguinte, na reformulação dos currículos das instituições de ensino superior por meio da Lei nº 9.394/96, Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de Graduação, somente em 2001 foi sancionada a Resolução n.º 03/2001, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

Do mesmo modo, as DCNs do curso superior em Enfermagem sinalizaram uma

formação do enfermeiro mais integrada com perfil generalista, humano, crítico e reflexivo e tendo como base o princípio científico, visando a desenvolver, no futuro profissional, competências e habilidades à atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança gerenciamento e administração (Corbellini *et al.*, 2010, p. 556).

Nesse sentido,

O desenvolvimento de tais competências e habilidades pressupõe a adoção de estratégias fundamentadas nas diretrizes do SUS, no conceito ampliado de saúde e na utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Nesse processo, as atividades propostas consideram como eixo estruturante o trabalho multidisciplinar, a integração entre o ensino e as demandas dos serviços e o aperfeiçoamento da atenção integral à saúde da população. Proporcionam também, o desenvolvimento, no processo de formação, da capacidade de aprender a aprender, que engloba o aprender a conhecer, a fazer, a viver junto e a ser, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção à saúde com qualidade e resolutividade (Corbellini *et al.*, 2010, p. 556).

Embora, as DCNs busquem “aproximar o cuidado individual, na perspectiva da

saúde coletiva, com vistas à integralidade da atenção em saúde, devendo ser contemplado no projeto pedagógico do curso, assim como explicitar a sua intencionalidade e compromisso social”, (Corbellini *et al.*, 2010, p. 556), ainda existia uma deficiência na capacitação profissional de enfermagem.

A capacitação do enfermeiro “fornece ferramentas para realização dos trabalhos necessários e, também, reconhecimento, compreensão e regulação das emoções de seus pacientes e suas próprias emoções, levando o atendimento ao cenário de sucesso” (Lopes *et al.*, 2019, p. 30). Porém, somente após as LOSs o investimento em programas de capacitação dos profissionais de saúde “emergiu como elemento fundamental na base das transformações estruturais do mundo globalizado, revelando interesses relacionados ao processo de competitividade estabelecido pelo processo de globalização” (Santana; Fernandes, 2008, p. 809).

Frente a essas exposições, compreendemos que o processo de capacitação desses profissionais se desdobra a partir de si mesma, “como uma prática social que se relaciona com outras práticas sociais (econômicas, políticas e ideológicas), em meio a uma totalidade histórico-social que configura a própria sociedade onde a organização e eles estão inseridos” (Santana; Fernandes, 2008, p. 809).

Entre os desafios enfrentados, está a deficiência de capacitação desses profissionais, uma vez que isso gera um grau de confiança efetivo nos pacientes. Lopes *et al.* (2019, p. 30) afirmam que “a capacitação dos profissionais de enfermagem gera aumento efetivo nos atendimentos a pacientes com risco de suicídio, aumentando as chances de redução das taxas de morbidade e de mortes pelo ato”.

No ambiente de trabalho, nas UTIs e nos CTIs públicos, os desafios da atuação giram em torno da “insuficiência de materiais para dar assistência, a escassez de leitos de UTI, a insuficiência de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)” (Costa, 2019, p. 20).

Logo, “Os profissionais de enfermagem necessitam de capacitação, no entanto, a culpabilidade não deve ser direcionada apenas a eles, trata-se de uma ampla questão de saúde pública que deve ser assistida mais avidamente pelos órgãos responsáveis e pelo Estado” (Lopes *et al.*, 2019, p. 35). Portanto, é fundamental disponibilizar condições para que a formação continuada e a capacitação sejam

efetivas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se iniciou esta pesquisa, foi levantada uma questão: Quais os desafios enfrentados pelos profissionais da equipe de enfermagem no cuidado efetivo com o paciente politraumatizado no CTI? Partindo dessa problematização, o objetivo geral foi realizar um levantamento bibliográfico sobre os desafios enfrentados pelos profissionais da equipe de enfermagem no cuidado efetivo com o paciente politraumatizado no CTI.

Foi verificado que o objetivo geral foi atingindo, uma vez que foi realizado um levantamento bibliográfico sobre pacientes politraumatizados internados no CTI. Paciente politraumatizado é aquele que tem duas ou mais lesões de maior gravidade que podem levar a um risco iminente de falecimento, configurando uma emergência médica. Conforme visto, pacientes politraumatizados, em estado grave, devem ser mantidos em leitos de tratamento intensivo.

Foi realizado um levantamento sobre os cuidados gerais que as equipes de enfermagem realizam em pacientes politraumatizados hospitalizados nos CTIs e nas UTIs. O cuidado da equipe de enfermagem com o paciente politraumatizado pode ser classificado em três níveis: o nível I, para pacientes de médio-baixa atenção; nível II, para pacientes de alta atenção; e nível III, para pacientes de muito alta atenção.

Por fim, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre os desafios dos profissionais de enfermagem e do enfermeiro no cuidado com o paciente politraumatizado. Apesar do grau de complexidade da atuação do profissional de enfermagem, existem desafios em relação aos cuidados gerais e protocolos desempenhados, uma vez que, historicamente, o enfermeiro jamais esteve exclusivamente nessa posição, pois a profissão, quando institucionalizada, se fez com base na divisão social e técnica do trabalho. O enfermeiro foi designado para controlar os doentes e o processo de trabalho, e não para cuidar. Em ambientes controlados e disciplinados como os hospitais da atualidade, o cuidado é o foco do profissional, o centro era no desenvolvimento da clínica e na cura das pessoas.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA MÉDICA. **UTI e UCI**: Tipos, Níveis de cuidado e vocação. 2023. Disponível em: <https://academiamedica.com.br/blog/tipos-e-niveis-de-cuidado-de-utis-e-ctis>. Acesso em: 10 set. 2023.

ANGELO, Margareth; FORCELLA, Hideko Takeuchi; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae. Do empirismo à ciência: a evolução do conhecimento de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 29, p. 211-223, 1995.

AZEVEDO, Luciana Jaramillo Caruso de; BRANDÃO, Eduardo Ponte. Trauma e a transmissão psíquica geracional. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 22, p. 8-18, 2019.

BECERRIL, Lucila Cárdenas. História da educação de Enfermagem e as tendências contemporâneas. **Hist. Enferm. Rev. Eletrônica**, v. 9, n. 1, p. 01-02, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-948324>. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. **Ministério da saúde. Resolução n.º 7/2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, 2010.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990a.

BRASIL. **Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 1990b.

CORBELLINI, Valéria Lamb; *et al.* Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, p. 555-560, 2010.

COSTA, Dalva Aparecida Marques. Os desafios do profissional de enfermagem mediante a covid-19. **Revista Gestão & Tecnologia**, v. 1, n. 30, p. 19-21, 2020.

GUIMARÃES, Laudy Gabriele Pereira; MILHOMEM, Eunes de Castro. **O avesso do centro de tratamento intensivo: a angústia do profissional**. Editora Científica Digital, 2019.

LESSA, Andréa Broch Siqueira Lusquinhos; ARAÚJO, Cristina Nunes Vitor de. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 474-481, 2013.

LIMA, Maria José. O que é enfermagem? **Cogitare Enfermagem**, v. 10, n. 1, 2005.

LOPES, Crislaine Evangelista; *et al.* A importância da capacitação do enfermeiro frente ao paciente com risco de suicídio. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2019.

MARTINIANO, Eli Carlos; *et al.* Cuidados de enfermagem ao paciente politraumatizado: revisão integrativa. **Nursing**, (São Paulo, v. 23, n. 270, p. 4861-4872, 2020.

MARTINS, Beatriz da Silva Soares; PIMENTEL, Cleumar Dias; RODRIGUES, Gabriela Meira de Moura. Atuação do enfermeiro na assistência ao paciente politraumatizado. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2021. Disponível em:
<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Hist.%20enferm.,%20Rev.%20eletronica&connector=ET&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2023.

PERROCA, Marcia Galan. **Instrumento de classificação de pacientes de Perroca: validação clínica**. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PERDOMO, Claudia Andrea Ramírez; VARGAS, Myriam Parra. Percepção dos comportamentos do cuidado de enfermagem na unidade de cuidados intensivos. **Avances en enfermería**, v. 29, n. 1, p. 97-108, 2011.

ROSA, Edmilson Fernandes; SILVA, Sebastião Andrade e; SOUZA, Danielle Galdino de. Assistência de enfermagem humanizada em emergências traumáticas: uma revisão bibliográfica. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 9, n. 25, p. 11-17, 2019. Disponível em:
<http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/179>. Acesso em: 10 set. 2023.

SANTANA, Neuranides; FERNANDES, Joscicélia Dumêt. O processo de capacitação profissional do enfermeiro intensivista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, p. 809-815, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Atendimento ao Paciente Politraumatizado: Diretrizes Clínicas**. Vitória, 2018, p. 94.

TRANQUITELLI, Ana Maria; PADILHA, Katia Grillo. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 141-146, 2007.

TALAH, Barbara Antonia Dups; *et al.* Cirurgia de controle de danos no cenário do trauma: finalidade, indicações e elegibilidade dos pacientes. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 45, p. e13323-e13323, 2023.