



Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras seis horas após o evento*

Nursing diagnoses in trauma victims in the first six hours after the event

Diagnósticos de enfermería en víctimas de trauma en las primeras seis horas después del evento

Ana Maria Calil Sallum¹, Regina Marcia Cardoso de Sousa²

RESUMO

Objetivo: Identificar a frequência dos diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras 6 horas, após o evento traumático e verificar a relação desses diagnósticos com a mortalidade. **Métodos:** Estudo prospectivo transversal com análise quantitativa, realizado em hospital terciário, centro de referência ao trauma no Município de São Paulo. Durante seis meses, foram avaliados 407 pacientes maiores de 18 anos atendidos no Pronto-Socorro desse hospital. **Resultados:** Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: Risco de Infecção (84,5%), Integridade da pele prejudicada (77,9%), Dor aguda (71,5%), Conforto prejudicado (68,3%) e Integridade tissular prejudicada (54,1%). A associação entre diagnósticos de enfermagem e mortalidade foi observada em 28 (66,7%) dos diagnósticos identificados. **Conclusão:** Os dados acrescentaram informações que poderão auxiliar na formação e atuação do enfermeiro no cenário das emergências em trauma e evidenciaram o potencial dos diagnósticos de enfermagem para avaliar os resultados e a qualidade da assistência.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; Registros de enfermagem; Serviços médicos de emergência; Ferimentos e lesões; Incidência; Mortalidade

ABSTRACT

Objective: To identify the frequency of nursing diagnoses in trauma victims in the first 6 hours, after the traumatic event, and to verify the relationship of these diagnoses with mortality. **Methods:** A prospective, cross-sectional study using quantitative analysis, performed in a tertiary hospital, the trauma referral center in São Paulo (Brazil). During six months, we evaluated 407 patients 18 years of age or older, treated at the emergency room of this hospital. **Results:** The most frequent nursing diagnoses were: *risk for infection* (84.5%), *impaired skin integrity* (77.9%), *acute pain* (71.5%), *impaired comfort* (68.3%) and *impaired tissue integrity* (54.1%). The association between nursing diagnoses and mortality was observed in 28 (66.7%) of the diagnoses identified. **Conclusion:** The data added information that may assist in education and performance of nurses in the setting of trauma emergency, and evidenced the potential of nursing diagnoses to evaluate the results and quality of care.

Keywords: Nursing diagnosis; Nursing records; Emergency medical services; Wounds and injuries; Incidence; Mortality

RESUMEN

Objetivo: Identificar la frecuencia de los diagnósticos de enfermería en víctimas de trauma en las primeras 6 horas, después del evento traumático y verificar la relación de esos diagnósticos con la mortalidad. **Métodos:** Estudio prospectivo transversal con análisis cuantitativo, realizado en un hospital terciario, centro de referencia al trauma en el Municipio de São Paulo. Durante seis meses, fueron evaluados 407 pacientes mayores de 18 años atendidos en el servicio de Emergencia de ese hospital. **Resultados:** Los diagnósticos de enfermería más frecuentes fueron: Riesgo de Infección (84,5%), Integridad de la piel perjudicada (77,9%), Dolor agudo (71,5%), Conforto perjudicado (68,3%) e Integridad tisular perjudicada (54,1%). La asociación entre diagnósticos de enfermería y mortalidad fue observada en 28 (66,7%) de los diagnósticos identificados. **Conclusión:** Los datos acrecentaron las informaciones que podrán auxiliar en la formación y actuación del enfermero en el escenario de las emergencias en trauma y evidenciaron el potencial de los diagnósticos de enfermería para evaluar los resultados y la calidad de la asistencia.

Descriptorios: Diagnóstico de enfermería; Registros de enfermería; Servicios médicos de urgencia; Heridas y traumatismos; incidencia; Mortalidad

* Parte da tese de Pós Doutorado intitulada: identificação de diagnósticos de enfermagem em pacientes de trauma em unidade de emergência. Fapesp - Processo nº 09/51308-0. Trabalho realizado Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

¹ Doutora em Enfermagem, Pós Doutoranda do Departamento de Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

² Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico brasileiro mostra que as causas externas estão entre as líderes na lista de mortalidade e morbidade nas últimas quatro décadas ⁽¹⁾.

Um exemplo dessa liderança refere-se aos acidentes de trânsito que, em 2007 atingiram 383.371 ocorrências, com 513.510 vítimas. As estatísticas projetam, em média, 1.406 acidentes/dia e 1.369 vítimas/dia (1,3 vítima por acidente), resultando em 15,5% das hospitalizações por lesões ⁽¹⁾.

Muitas das vítimas de causas externas evoluem para situações que se caracterizam por emergências e urgências e são atendidas em pronto-socorro, local do atendimento hospitalar inicial para a grande maioria desses pacientes. Nesse contexto, a qualidade da assistência prestada e o tempo de atendimento podem definir o prognóstico, assim como a presença de sequelas ⁽²⁾.

O enfermeiro, como coordenador da equipe de enfermagem, deve programar e priorizar a assistência a ser prestada, considerando as diferenças que se apresentam nessas vítimas e estabelecer medidas preventivas e reparadoras, em um cenário em que o tempo entre a vida e a morte é tênue ⁽³⁾.

As mortes por trauma têm uma distribuição trimodal, as mortes imediatas após trauma são em razão de lesões fatais, como ruptura de grandes vasos do coração; as mortes precoces que ocorrem nas primeiras seis horas após trauma, e as mortes tardias que acontecem após dias ou semanas são em razão de infecção e falência de múltiplos órgãos. O segundo pico de mortes, que inclui as mortes precoces, tem como característica principal a potencialidade de tratamento das lesões das pessoas que morrem nessa fase ^(4,5). Estas mortes precoces, que ocorrem durante as primeiras horas pós-trauma, dada sua frequência e potencialidade de tratamento, evidenciam as primeiras seis horas pós-trauma na assistência às vítimas e tornam esse período foco das contribuições deste estudo.

Estudar as causas e as consequências de uma doença é essencial, a fim de estabelecer um diagnóstico e contribuir para a adoção de medidas de prevenção, controle, assistência e educação ⁽⁶⁾. Nesse sentido, conhecer a incidência dos diagnósticos de enfermagem nas vítimas de trauma é coerente com o perfil de morbidade e mortalidade nacional, além de fornecer subsídios para a atuação do enfermeiro com maior segurança nesse campo.

Diagnósticos de enfermagem são um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/ processos vitais reais ou potenciais ⁽⁷⁾. Os diagnósticos de enfermagem proporcionam a sustentação para a seleção de intervenções de enfermagem a fim de atingir resultados pelos quais a enfermagem é responsável ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Considerando a complexidade do trauma, o quadro epidemiológico brasileiro, a incipiente literatura sobre o

tema e as especificidades do atendimento às vítimas no período proposto desenvolveu-se a atual investigação com os objetivos de conhecer a frequência dos diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras 6 horas, após o evento traumático e verificar a relação estatística entre esses diagnósticos e mortalidade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo transversal, descritivo e exploratório, com análise quantitativa.

O estudo foi realizado no Pronto-Socorro Cirúrgico de um Hospital Terciário, de porte extragrande, localizado no Município de São Paulo referência para atendimento das vítimas de trauma.

A amostra compões de vítimas de causas externas, atendidas no local nas primeiras 6 horas após o evento traumático, com idade superior ou igual a 18 anos, vindas diretamente da cena do evento. As causas externas incluídas para essa investigação foram: acidentes de transporte, agressão, tentativa de suicídio, quedas e queimaduras.

A definição do horário do trauma foi dada pelos serviços pré-hospitalar/ polícia militar/familiares/amigos ou pelo próprio paciente; em caso de ausência dessa informação, o paciente foi excluído do estudo.

A coleta de dados durou 6 meses, e abrangeu o período de 1 de dezembro de 2009 a 31 de maio de 2010. Os dados foram obtidos durante plantões diários de 6 ou 12 horas em escala que alternou sucessivamente o período da manhã (7 horas-13 horas), tarde (13h-19horas) e noite (19h-7horas) seguidos de um dia de folga, durante toda coleta.

Os dados foram coletados por meio de um instrumento criado com base em uma lista de diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores de risco e relacionados, foram selecionados por sete enfermeiras especialistas na área de trauma ou diagnóstico de enfermagem. Os 42 diagnósticos de enfermagem, características definidoras e os fatores de risco e relacionados foram selecionados por esses especialistas e tiveram em vista sua pertinência e possibilidade de identificação durante as primeiras 6 horas de atendimento às vítimas de trauma em serviço de emergência. Inicialmente, da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2009-11 ⁽⁷⁾ foram selecionados os 42 diagnósticos de enfermagem. Depois de finalizada essa seleção, os especialistas selecionaram a lista das características definidoras, fatores de risco e relacionados pertinentes. Informações detalhadas sobre a análise dos especialistas e os procedimentos para seleção dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco estão apresentados em publicação complementar ⁽¹⁾.

A coleta de dados iniciou-se após a autorização do Comitê de Ética do Hospital do estudo, sob o número de Protocolo 843/09. Os pacientes e/ou familiares fo-

ram consultados sobre a anuência para participação na investigação e uma cópia do Termo de Responsabilidade Livre e Esclarecido permaneceu com os mesmos.

Todos os dados foram lançados em uma planilha Excel, e os resultados são mostrados em frequência absoluta e relativa na forma de tabelas. Os testes de Fisher e Qui-quadrado de Person foram utilizados para verificar a associação entre os diagnósticos de enfermagem e a mortalidade durante a internação hospitalar. Para todas as análises, foi estabelecido o nível de significância de 5%.

Após a coleta de dados, 20% da amostra, aleatoriamente selecionada, tiveram seus diagnósticos de enfermagem reavaliados por uma especialista na área de diagnóstico de enfermagem. Esta análise foi realizada baseada nos registros dos dados das vítimas e incluiu a descrição das características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco observados nos casos selecionados. Ao final desse processo, foi calculado o percentual de concordância da especialista com os diagnósticos de enfermagem estabelecidos durante a pesquisa.

RESULTADOS

Tabela 1. Distribuição de vítimas (nº e %), conforme o gênero, idade e causa externa. São Paulo, 2009/2010

VARIÁVEL	nº	(%)
Gênero		
Masculino	301	(74,0)
Feminino	106	(26,0)
Idade		
18-37	210	(51,6)
38-57	121	(29,7)
58-77	59	(14,5)
Acima de 78	17	(4,2)
Causa externa		
Ocupante de moto	122	(30,0)
Atropelamento	78	(19,2)
Ocupante da auto	62	(15,2)
Bicicleta	8	(2,0)
Queda	88	(21,6)
Agressão	36	(8,8)
Queimadura	8	(2,0)
Tentativa de suicídio	5	(1,2)

Durante os seis meses de coleta de dados, foram identificados 407 vítimas de trauma que atenderam aos critérios para participação deste estudo. Quanto ao gênero, houve predomínio de homens (74,0%) que alcançou uma proporção de cerca de três homens para cada mulher envolvida. Indivíduos com menos de 38 anos corresponderam à maioria (51,6%) da amostra do estudo. Os ocupantes de moto representaram 30,0% do total dos participantes e totalizaram com as demais ocorrências de trânsito 64,4% dos casos.

Tabela 2. Frequência dos diagnósticos de enfermagem na casuística do estudo (n=407). São Paulo, 2009/2010

Diagnósticos de Enfermagem	n	(%)
Risco de infecção	344	(84,5)
Integridade da pele prejudicada	317	(77,9)
Dor aguda	291	(71,5)
Conforto prejudicado	278	(68,3)
Integridade tissular prejudicada	220	(54,1)
Mobilidade física prejudicada	172	(42,3)
Ansiedade	155	(38,1)
Risco de sangramento	150	(36,9)
Risco de aspiração	129	(31,7)
Capacidade de transferência prejudicada	117	(28,7)
Risco de disfunção neurovascular periférica	92	(22,6)
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	90	(22,1)
Medo	88	(21,6)
Risco de desequilíbrio do volume de líquido	86	(21,1)
Padrão respiratório ineficaz	84	(20,6)
Ventilação espontânea prejudicada	84	(20,6)
Memória prejudicada	77	(18,9)
Risco de confusão aguda	74	(18,2)
Capacidade adaptativa intracraniana diminuída	74	(18,2)
Risco de choque	65	(16,0)
Comunicação verbal prejudicada	62	(15,2)
Confusão aguda	61	(15,0)
Percepção sensorial perturbada – visual e cinestésica	57	(14,0)
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	53	(13,0)
Mucosa oral prejudicada	50	(12,3)
Perfusão tissular periférica ineficaz	50	(12,3)
Débito cardíaco diminuído	47	(11,5)
Troca de gases prejudicada	45	(11,1)
Hipotermia	39	(9,6)
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	37	(9,1)
Risco de perfusão renal ineficaz	32	(7,9)
Dentição prejudicada	31	(7,6)
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	27	(6,6)
Risco de desequilíbrio eletrolítico	25	(6,1)
Conhecimento deficiente	25	(6,1)
Risco de perfusão tissular gastrointestinal ineficaz	24	(5,9)
Volume de líquido deficiente	22	(5,4)
Termorregulação ineficaz	19	(4,7)
Náuseas	18	(4,4)
Sofrimento moral	9	(2,2)
Pesar	8	(2,0)
Risco de diáde mãe-feto perturbada	1	(0,2)

Nos dados da Tabela 2, é apresentada a frequência na qual os 42 diagnósticos de enfermagem selecionados pelos especialistas foram observados na população analisada. Na lista destacaram-se os diagnósticos, Risco de infecção (84,5%), Integridade da pele prejudicada (77,9%), Dor aguda (71,5%), Conforto prejudicado (68,3%) e Integridade tissular prejudicada (54,1%) que estiveram presentes em mais da metade das vítimas analisadas.

A análise pela especialista dos diagnósticos de enfermagem identificados nesta investigação resultou em 97% de concordância e indicou adequada confiabilidade nos diagnósticos de enfermagem estabelecidos durante a pesquisa.

Acreditou-se útil e oportuno conhecer as características definidoras, fatores relacionados e de risco que se destacaram entre os diagnósticos de enfermagem, o que poderá ser visualizado nos dados da Tabela 3.

Nos dados da Tabela 4, observou-se que diferenças estatisticamente significantes ocorreram entre os grupos que sobreviveram e morreram quando a frequência dos diagnósticos de enfermagem foi considerada. A associação entre diagnósticos de enfermagem e mortalidade foi observada em 28 (66,7%) dos diagnósticos identificados. As diferenças mostraram maior frequência dos diagnósticos nos que sobreviveram (7 diagnósticos), e também evidenciaram maior ocorrência nos que faleceram (21 diagnósticos).

É interessante salientar que os diagnósticos de enfermagem mais frequentes na casuística, Risco de infecção e Integridade da pele prejudicada, não tiveram associação estatisticamente significativa com mortalidade.

A média e o desvio-padrão do número de diagnósticos de enfermagem dos que morreram, foram expressivamente maiores que nos sobreviventes (Tabela 5). A frequência de diagnósticos de enfermagem nos que morreram foi, em média, 68% maior em relação aos demais.

DISCUSSÃO

O perfil dos participantes desta investigação assemelha-se aos achados encontrados em outros estudos que mostram o gênero masculino e a faixa etária de adultos jovens, como características mais frequentes dos acometidos por causas externas⁽¹¹⁾. Em relação ao tipo de evento, as ocorrências de trânsito predominaram, com destaque os acidentes com motocicleta em que se envolveram 30% das vítimas. É interessante comentar que a taxa de mortalidade de motociclistas foi a que apresentou maior aumento no período de 1996 a 2005: 540%, ao passar de 0,5 para 3,2 por cem mil habitantes^(1,11).

Em relação aos diagnósticos de enfermagem, observou-se que todos selecionados pelos especialistas foram identificados na casuística do estudo durante as primeiras 6 horas de atendimento em serviço de emergência, embora a frequência tenha sido bastante variada, de 84,5% para o diagnóstico Risco de Infecção a 0,2% para Risco da díade mãe-feto perturbada. Este resultado fortalece a análise realizada pelos especialistas que consideraram em seu julgamento a pertinência e possibilidade de identificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA 2009-11⁽⁷⁾ ao selecionar os 42 diagnósticos de enfermagem que direcionaram a coleta de dados desta investigação.

Por outro lado, a variabilidade na frequência mostrou alguns diagnósticos como os mais presentes quando se realiza uma investigação focalizada para assistir as vítimas de trauma nas primeiras horas e, portanto, destacaram alguns diagnósticos de enfermagem para esta discussão.

O diagnóstico de enfermagem, Risco de infecção, foi o mais frequente e teve como principais fatores de risco (procedimentos invasivos, trauma e exposição ambiental aumentada a patógenos). Esse achado, que encontra concordância com outro estudo nacional⁽¹²⁾, aponta para a necessidade de medidas de segurança

Tabela 3. Características definidoras, fatores relacionados e de risco que se destacaram entre os diagnósticos de enfermagem mais frequentes da casuística do estudo. São Paulo, 2009/2010

Diagnósticos de Enfermagem	Fatores de risco	Características definidoras	Fatores relacionados
Risco de infecção	Trauma (100%) Procedimentos Invasivos (78%) Exposição ambiental aumentada a patógenos (66%)	-	-
Integridade da pele prejudicada	-	Rompimento da superfície da pele (62%) Destruição de camada da pele (34%)	Imobilização física (67%) Sensações prejudicadas (45%)
Dor aguda	-	Relato verbal de dor (87%) Evidência observada de dor (69%)	Agentes lesivos (98%)
Conforto prejudicado	-	Ansiedade (66%) Irritabilidade (41%)	-
Integridade tissular prejudicada	-	Tecido lesado (65%) Tecido destruído (37%)	Mobilidade física prejudicada (69%) Circulação alterada (23%)

Tabela 4. Comparação da frequência dos diagnósticos de enfermagem entre vítimas que morreram e sobreviveram. São Paulo, 2009/2010

Diagnósticos de Enfermagem	Frequência - n ^o (%)			Valor de p
	Total	Óbito	Sobrevida	
Dor aguda	291 (71,5)	8 (18,2)	283 (78,0)	** 0,000
Conforto prejudicado	278 (68,3)	8 (18,2)	270 (74,4)	** 0,000
Mobilidade física prejudicada	172 (42,3)	6 (13,6)	166 (45,7)	** 0,000
Ansiedade	155 (38,1)	4 (9,1)	151 (41,6)	** 0,000
Medo	88 (21,6)	2 (4,5)	86 (23,7)	** 0,000
Risco de sangramento	150 (36,9)	35 (79,5)	115 (31,7)	** 0,000
Risco de aspiração	129 (31,7)	29 (65,9)	100 (27,5)	** 0,000
Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	90 (22,1)	29(65,9)	61 (16,8)	** 0,000
Risco de desequilíbrio do volume de líquido	86 (21,1)	21 (47,7)	65 (17,9)	** 0,000
Padrão respiratório ineficaz	84 (20,6)	36 (81,8)	48 (13,2)	** 0,000
Ventilação espontânea prejudicada	84 (20,6)	34 (77,3)	50 (13,8)	** 0,000
Capacidade adaptativa intracraniana diminuída	74 (18,2)	34 (77,3)	40 (11,0)	** 0,000
Risco de choque	65 (16,0)	28(63,6)	37 (10,2)	** 0,000
Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	53 (13,0)	16 (36,4)	37 (10,2)	** 0,000
Perfusão tissular periférica ineficaz	50 (12,3)	12 (27,3)	38 (10,5)	** 0,000
Débito cardíaco diminuído	47 (11,5)	26 (59,1)	21 (5,8)	** 0,000
Troca de gases prejudicada	45 (11,1)	23 (52,3)	22 (6,1)	* 0,000
Hipotermia	39 (9,6)	21 (47,7)	18 (5,0)	** 0,000
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	37 (9,1)	14 (31,8)	23 (6,3)	* 0,000
Risco de perfusão renal ineficaz	32 (7,9)	14 (31,8)	18(5,0)	* 0,000
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	27 (6,6)	15 (34,1)	12 (3,3)	* 0,000
Risco de perfusão tissular gastrointestinal ineficaz	24 (5,9)	14 (31,8)	10 (2,8)	* 0,000
Volume de líquido deficiente	22 (5,4)	12 (27,3)	10 (2,8)	* 0,000
Termorregulação ineficaz	19 (4,7)	7 (15,9)	12 (3,3)	* 0,002
Risco de desequilíbrio eletrolítico	25 (6,1)	8(18,2)	17 (4,7)	* 0,003
Risco de confusão aguda	74 (18,2)	3 (6,8)	71 (19,6)	** 0,039
Capacidade de transferência prejudicada	117 (28,7)	7 (15,9)	110 (30,3)	** 0,046
Integridade tissular prejudicada	220 (54,1)	30 (68,2)	190 (52,3)	** 0,046
Risco de infecção	344 (84,5)	42 (95,5)	302 (83,2)	** 0,334
Integridade da pele prejudicada	317(77,9)	37 (84,1)	280 (77,1)	** 0,294
Risco de disfunção neurovascular periférica	92 (22,6)	13 (29,5)	79 (21,8)	** 0,248
Memória prejudicada	77 (18,9)	4 (9,1)	73 (21,1)	** 0,078
Comunicação verbal prejudicada	62 (15,2)	7 (15,9)	55 (15,2)	** 0,895
Confusão aguda	61 (15,0)	10 (22,7)	51 (14,0)	** 0,128
Percepção sensor. perturbada visual e cinestésica	57 (14,0)	5 (11,4)	52(14,3)	**0,593
Mucosa oral prejudicada	50 (12,3)	9 (20,5)	41 (11,3)	** 0,080
Dentição prejudicada	31 (7,6)	7 (15,9)	24 (6,6)	* 0,063
Conhecimento deficiente	25 (6,1)	1(2,3)	24 (6,6)	** 0,501
Náuseas	18 (4,4)	2 (4,5)	16 (4,4)	* 1,000
Sofrimento moral	9 (2,2)	1 (2,3)	8 (2,2)	* 1,000
Pesar	8 (2,0)	1 (2,3)	7 (1,9)	** 0,877
Risco de díade mãe-feto perturbada	1 (0,2)	- (-)	1 (0,2)	* 1,000

* Fischer

** Qui Quadrado

Tabela 5. Média, desvio padrão e mediana do número de diagnósticos de enfermagem dos sobreviventes e mortos. São Paulo, 2010

Condição de saída	Média	Desvio-padrão	Mediana
Sobreviventes (363 vítimas)	8,6	8,0	4,6
Óbito (44 vítimas)	14,5	14,0	4,8

nas intervenções invasivas no setor de emergência e no atendimento pré-hospitalar, visto ser elevado o número de procedimentos invasivos que as vítimas necessitam e, concomitantemente, há exposição ambiental aumentada aos patógenos no atendimento dos casos de trauma.

A necessidade de rapidez nos procedimentos não diminui a importância para que estes sejam realizados, respeitando os preceitos técnicos de assepsia e antisepsia, à medida que o descato a esses preceitos tem repercussões negativas na evolução do paciente, sobretudo perante a fragilidade da condição vital das vítimas. Protocolos de enfermagem frente aos procedimentos invasivos mais comuns deverão ser desenvolvidos, aplicados e terem seus resultados divulgados e refinados com vistas à melhoria das ações, realizadas por vezes de forma mecânica e pouco efetiva⁽¹³⁾.

Os diagnósticos de enfermagem, Integridade da pele prejudicada e Integridade tissular prejudicada, têm estreita relação com as lesões mais frequentes nas vítimas de trauma: as lesões de superfície externa e de extremidades⁽¹²⁾. Reafirmando essa relação, esses diagnósticos apresentaram a imobilização física, as sensações prejudicadas, a circulação alterada e a mobilidade física prejudicada como fatores relacionados mais frequentes, além do rompimento de superfície da pele, destruição da camada da pele, tecido lesado e tecido destruído, como características definidoras. Tais observações trazem à tona a necessidade de valorizar as intervenções específicas perante esses diagnósticos de enfermagem que têm sido pouco discutidas pelos enfermeiros que atuam e pesquisam na área de trauma.

Os diagnósticos de dor aguda e de conforto prejudicado mostraram nesta investigação uma forte relação, visto que 92% das vítimas que tiveram diagnóstico de conforto prejudicado relacionaram seu desconforto à presença de dor.

A literatura aponta o problema de subavaliação e subtratamento da dor aguda no setor de emergência que em nosso meio é de, aproximadamente, 70,0%. Uma das razões para a reduzida importância conferida à analgesia no setor de emergência é a própria situação de urgência e emergência, nas quais os aspectos de ressuscitação e estabilização do quadro impõem-se como prioritários. São inquestionáveis as prioridades no atendimento ao politraumatizado, mas é fundamental o questionamento sobre outros aspectos que favoreçam a qualidade da assistência, tais como a inclusão da avaliação e controle da dor, utilização de instrumentos objetivos para a avaliação da intensidade dolorosa, uso de protocolos e os benefícios dessas práticas^(3,14).

Além dos diagnósticos de enfermagem comentados e presentes em mais de 50% da casuística, outros tiveram elevada frequência entre as vítimas analisadas, retratando a diversidade da apresentação clínica de pacientes com

lesões decorrentes de causa externa, sobretudo pelas respostas orgânicas advindas de estado de choque, alteração de parâmetros hemodinâmicos e respiratórios, afora cerca de 40,0% das vítimas com mais de uma lesão⁽¹⁵⁾. Nessa diversidade, há de se considerar também que o trauma apresenta desdobramentos emocionais e espirituais que envolvem pacientes e familiares, desde o momento do evento traumático até sua saída do hospital por alta ou óbito.

Compreender a abrangência dos eventos que circundam as vítimas de trauma não é tarefa fácil, posto se tratar de um fenômeno complexo, com picos distintos de mortalidade, relacionados com a gravidade das lesões, capacitação das equipes, recursos humanos e materiais, rapidez de atendimento, gerência, entre tantos outros fatores.

A necessidade de busca constante de ferramentas que indiquem caminhos para a melhoria da qualidade de nossas ações é um dever de todo o profissional de saúde envolvido com sua prática⁽¹⁶⁾.

As razões para a utilização dos diagnósticos de enfermagem são muitas: conhecer as reais necessidades do paciente, traçar planos de cuidados com objetividade, prover qualidade na avaliação e na forma de documentar as ações realizadas, estabelecer prioridades frente aos problemas detectados, individualizar o cuidado, prover maior satisfação ao cliente/paciente, detectar os resultados das ações planejadas, detectar carências de conhecimento do paciente e da família, prover educação específica sobre um tema e documentar o processo de enfermagem^(8,9).

Nessa direção, outro resultado importante desta investigação refere-se à diferença no número de diagnósticos das vítimas que faleceram (média de 14) em relação aos que tiveram alta hospitalar (média de 8). Estes dados, com os resultados que mostram diferenças estatisticamente significantes entre os que sobreviveram e morreram, oferecem importante discernimento para compreender a diferença na gravidade das consequências fisiopatológicas e psicossociais do trauma. Além disso, reconhecer precocemente as características de indivíduos com maior risco de morrer poderá melhorar a acurácia da avaliação dos resultados do atendimento hospitalar e oferecer pistas sobre as ações e intervenções que devem ser adotadas pela equipe de enfermagem frente às diferentes apresentações de um paciente politraumatizado.

Conforme anteriormente comentado, a relação entre diagnóstico de enfermagem e mortalidade intra-hospitalar já havia sido observada⁽¹⁰⁾ e em nosso estudo, foi identificada na Tabela 5. Portanto, a contribuição deste estudo concentra-se na população-alvo, vítimas de trauma, e, no período de abordagem das vítimas, nas primeiras 6 horas, em razão da potencialidade de tratamento nesse período.

A realização de uma única avaliação do paciente pode ser vista como uma limitação da pesquisa. No entanto,

espera-se que esses achados possam ser questionados, testados, replicados e refinados por outros pesquisadores e que o somatório desses conhecimentos reflita na melhoria do atendimento para uma parte significativa de nossa população que é afetada diariamente por esse grave problema de saúde pública- o trauma decorrente de causas externas.

CONCLUSÃO

Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes para as vítimas de trauma no período das primeiras

6 horas após o evento foram: Risco de Infecção, Integridade da pele prejudicada, Dor aguda, Conforto prejudicado e Integridade tissular prejudicada. Houve associação estatisticamente significativa entre grande parte dos diagnósticos de enfermagem identificados e alta ou óbito da vítima durante internação hospitalar. Os resultados acrescentaram informações que poderão auxiliar na atuação do enfermeiro no cenário das emergências em trauma e evidenciaram o potencial dos diagnósticos de enfermagem para priorizar a assistência aos pacientes vítimas de trauma.

REFERÊNCIAS

1. de Mello Jorge MH, Koizumi MS. Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição. São Paulo: ABRAMET; 2007.
2. Cyrillo RM. Intervenções de enfermagem para situações de volume de líquidos deficientes: aplicabilidade da NIC no atendimento avançado pré-hospitalar móvel [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2009.
3. Garlet ER, Lima MA, da Silva MA, dos Santos JL, Marques GQ. Work organization of a health team in attending the user in urgency and emergency situation. *Texto & Contexto Enferm.* 2009; 18(2):266-72.
4. Chiara O, Cimbass S, Pitidis A, Vesconi S. Preventable trauma deaths: from panel review to population based-studies. *World J Emerg Surg.* 2006; 1:12.
5. MacFarlane C, Benn CA. Evaluation of emergency medical system: a classification to assist in determination of indicators. *Emerg Med J.* 2003; 20 (2):188-91.
6. Nogueira L de S, Domingues C de A, Campos M de A, Sousa RM. Ten years of new injury severity score (NISS): is it a possible change?. *Rev Latinoam Enferm.* 2008; 16(4):314-9.
7. NANDA international. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Atrmed; 2009.
8. Martins I, Gutiérrez MGR. Intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(2):143-9.
9. de Assis CC, de Barros AL, Ganzaroli MZ. Evaluation of expected outcomes of nursing intervention to address the nursing diagnosis of fatigue among patients with congestive heart failure. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(3):357-61.
10. Rosenthal GE, Halloran EJ, Kiley M, Pinkley C, Landefeld CS. Development and validation of the Nursing Severity Index. A new method for measuring severity of illness using diagnoses. *Nurses of University Hospitals of Cleveland. Med Care.* 1992; 30(12):1127-41.
11. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Estatísticas de mortalidade. Óbitos por ocorrência segundo causas externas de morbidade e mortalidade do Brasil [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2010 Jul 10]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/extuf.def>
12. Cyrillo RM. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma no atendimento avançado pré-hospitalar móvel [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2005.
13. de Moraes MS. Prevenção de infecção em procedimentos de risco. In: Sallum AM, Paranhos WY, organizadoras. O enfermeiro e as situações de emergência. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2010. p.205-15.
14. Calil AM, Pimenta CA. Importância da avaliação e padronização analgésica em serviços de emergência. *Acta Paul Enferm.* 2010; 65(1):132-8.
15. Calil AM, Sallum EA, Domingues CA, Nogueira LS, Mapping injuries in traffic accident victims: a literature review. *Rev Latinoam Enferm.* 2009; 17(1): 120-5.
16. Svaldi JS, Lunardi Filho WD. Métodos, ferramentas e técnicas da gestão da qualidade total: aplicação na organização de trabalho da enfermagem em um serviço de pronto atendimento. *Texto & Contexto Enferm.* 2003; 12(4): 510-8.