

## Atendimento inicial ao paciente politraumatizado

### Initial care for polytraumatized patients

DOI:10.34119/bjhrv6n6-484

Recebimento dos originais: 10/11/2023

Aceitação para publicação: 11/12/2023

#### **Marina Targino de Oliveira**

Bacharel em Enfermagem

Instituição: Faculdade Nova Esperança (FAMENE)

Endereço: Av. Frei Galvão, 12, Gramame, João Pessoa - Paraíba, CEP: 58067-695

E-mail: maritaargino123@gmail.com

#### **Waléria Bastos de Andrade Gomes Nogueira**

Mestre em Saúde da Família

Instituição: Faculdade de Nova Esperança (FAMENE)

Endereço: Av. Frei Galvão, 12, Gramame, João Pessoa - Paraíba, CEP: 58067-695

E-mail: waleriabastos@hotmail.com

#### **Lorena Ferreira Cavalcanti**

Bacharelado em Medicina

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM), Afya

Endereço: BR-230 Km 9, Amazonia Park, Cabedelo - Paraíba, CEP: 58106-402

E-mail: lorenafcavalcanti@hotmail.com

#### **Katia Simone de Araújo Nóbrega**

Mestra em Neurociências

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Endereço: Av. Frei Galvão, 12, Gramame, João Pessoa - Paraíba, CEP: 58067-695

E-mail: monaanobrega@gmail.com

#### **Marcos Antônio Jeronimo Costa**

Doutor em Ciências Biológicas

Instituição: Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Endereço: Av. Frei Galvão, 12, Gramame, João Pessoa - Paraíba, CEP: 58067-695

E-mail: marcoscostajp@gmail.com

#### **Tânia Regina Ferreira Cavalcanti**

Doutora em Saúde Pública

Instituição: Faculdade de Nova Esperança (FAMENE)

Endereço: Av. Frei Galvão, 12, Gramame, João Pessoa - Paraíba, CEP: 58067-695

E-mail: trfcavalcanti@yahoo.com.br

#### **Luzia Sandra Moura Moreira**

Doutora em Unidade de Terapia Intensiva

Instituição: Faculdade Nova Esperança (FAMENE)

Endereço: Av. Frei Galvão, 12, Gramame, João Pessoa - Paraíba, CEP: 58067-695

E-mail: luziasandra@hotmail.com

**Smalyanna Sgren da Costa Andrade**

Doutora em Enfermagem

Instituição: Faculdade de Nova Esperança (FAMENE)

Endereço: Av. Frei Galvão, 12, Gramame, João Pessoa - Paraíba, CEP: 58067-695

E-mail: smalyanna@facene.com.br

**RESUMO**

Um paciente Politraumatizado é caracterizado por apresentar lesões em dois ou mais sistemas, sendo necessário que pelo menos uma, ou uma combinação dessas lesões, represente um risco vital. O atendimento inicial aos pacientes vítima de traumas requer agilidade e habilidade por meio de uma equipe altamente capacitada, onde a abordagem seja efetiva, diminuindo os riscos de uma possível evolução ao óbito do paciente. O sistema ATLS (Advanced Trauma Life of Support) tem o intuito de esquematizar e padronizar a abordagem inicial ao paciente e é utilizado como um protocolo nos atendimentos de emergência. O presente estudo tem como objetivo avaliar os conceitos atuais relacionados às abordagens clínicas associadas ao atendimento inicial do paciente politraumatizado. Trata-se de uma revisão integrativa com a seguinte questão norteadora do estudo: O que vem sendo produzido sobre a atendimento inicial ao paciente politraumatizado nos últimos 5 anos? A pesquisa foi realizada a partir do portal da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde); BDENF (Banco de Dados de Enfermagem), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line) e também na SCIELO (Scientific Eletronic Library Online). Essa busca foi realizada no período de setembro e Outubro de 2021 utilizando a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/Bireme): Traumatismo Múltiplo, Emergência em Enfermagem, Cuidados de Suporte Avançado de Vida no Trauma.

**Palavras-chave:** traumatismo múltiplo, emergência em enfermagem, cuidados de suporte avançado de vida no trauma.

**ABSTRACT**

A Polytrauma patient is characterized by having injuries in two or more systems, requiring that at least one, or a combination of these injuries, represent a vital risk. The initial care for trauma victims requires agility and skill through a highly trained team, where the approach is effective, reducing the risk of a possible evolution to the patient's death. The ATLS (Advanced Trauma Life of Support) system is intended to outline and standardize the initial approach to the patient and is used as a protocol in emergency care. This study aims to evaluate current concepts related to clinical approaches associated with the initial care of polytrauma patients. This is an integrative review with the following guiding question of the study: What has been produced about initial care for polytrauma patients in the last 5 years? The research was carried out through the portal of the VHL (Virtual Health Library), in the following databases: LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Social and Health Sciences); BDENF (Nursing Database), MEDLINE (Online Medical Literature Analysis and Retrieval System) and also in SCIELO (Scientific Electronic Library Online). This search was carried out from September to October 2021 using the health terminology consulted in the Health Sciences Descriptors (DeCS/Bireme): Multiple Trauma, Emergency Nursing, Advanced Life Support Care in Trauma.

**Keywords:** multiple trauma, emergency nursing, advanced life support care in trauma.

## 1 INTRODUÇÃO

O paciente considerado politraumatizado é uma vítima que sofreu traumatismos múltiplos. O trauma é determinado por qualquer alteração à saúde causada por fatores externos, como acidentes automobilísticos, agressões físicas, ferimento por arma branca ou arma de fogo, acidentes de trabalhos, quedas, agentes químicos e elétricos (AFFONSO, et. al., 2017).

De acordo com Ferraz e Bacelar, (2005) essas lesões podem incluir traumas cerebrais e medulares, afetação de vísceras internas, hemorragias de diversos graus, perda de membros, queimaduras, cegueira e perda auditiva, além de múltiplas fraturas ósseas. Em muitos países, o trauma é considerado um problema com grande relevância na saúde pública, estando associado à um número significativo de óbitos, o qual soma parte da população jovem e produtiva, estabelecendo sequelas significativas em suas vítimas.

Os traumas podem ser divididos em três categorias, sendo: os penetrantes, quando a pele é rompida ou lacerada; contusos, quando não há perfuração da pele; e os mistos, que consiste em uma combinação dos dois tipos anteriores, bastante comum em acidentes de trânsito, por exemplo. O trauma contuso é mais complicado de diagnosticar e manejar pela falta de dados históricos e a presença de lesões de distração ou estado mental alterado, além de geralmente apresentam lesões abdominais e extra-abdominais (PIRES, et al, 2022). É listado como as principais causas de trauma: acidentes de trânsito (24,9%), quedas (24,7%) e agressões físicas (18,7%) (AFFONSO, et. al., 2017).

Geralmente, as lesões múltiplas são causadas por eventos traumáticos, nos quais advém de um grande desprendimento de energia, como quedas, acidentes de trânsito, atropelamentos e ferimentos por arma de fogo, entre outras causas que levam as lesões graves. É considerada a principal causa de morte de indivíduos na faixa etária de 20 a 40 anos, ou seja, na fase em que o indivíduo é mais produtivo, além da maioria das vítimas serem do sexo masculino (DA SILVA SANTOS, et, al., 2018).

Politraumatismos geralmente ocasionam invalidez permanentes e até mesmo a morte, em alta incidência, constituindo um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo (WILL, et. al., 2020).

Segundo dados do DATASUS, no Brasil, 130 mil pessoas morrem por trauma a cada ano, e 450 mil pessoas apresentam sequelas graves, como incapacidade de andar, dificuldade de pronúncia, de aprendizado e até mesmo incapacidade de realizar alguma atividade.

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde, a nível mundial, a cada dia morrem 16.000 pessoas em decorrência de trauma (AFFONSO, et. al., 2017).

Quanto às abordagens iniciais, a equipe multidisciplinar prestadora tem grande

responsabilidades em suas mãos, o que exige técnicas e competência, pois o tratamento inicial, certamente interfere no desfecho final. As intervenções prestadas primariamente interferem diretamente nas respostas imediatas e também na evolução do quadro clínico, podendo ser o divisor de águas para a sobrevivência do paciente politraumatizado (AFFONSO, et. al., 2017).

O atendimento inicial ao paciente politraumatizado é realizado pela unidade de remoção de urgência/emergência, que é geralmente quem realiza o atendimento pré- hospitalar ou por demanda espontânea, sendo realizado posteriormente a avaliação secundária e condução do caso em ambiente hospitalar (CARVALHO, 2010).

O trauma, na maior parte dos casos, acomete jovens e causam inaptidão física, intelectual ou óbito, o que gera não só um custo social altíssimo, mas também danos irreparáveis aos familiares. Uma causa importante dessa incapacidade física e cognitiva é o traumatismo cranioencefálico por acidentes automobilísticos, responsável por uma série de mudanças estruturais fisiológicas e funcionais do sistema nervoso central. Essa colocação envolvendo aspectos biopsicossociais ratifica o sério problema de saúde pública que são os acidentes que geram um conjunto de traumas, incluindo as questões socioeconômicas e capacidade de estar ativo no mercado de trabalho. (COUTINHO, et al., 2022)

Posto isso, entende-se que a internação por traumatismo múltiplo é uma problemática de saúde pública, pois acomete uma fração da população significativamente jovem, além de gerar custos para o tratamento de saúde, provoca afastamento do trabalho e em alguns cenários causa prejuízos de saúde permanentes e exclusão social (WILL, et. al., 2020).

Compreendendo a vasta ocorrência de incidentes causados pelo trauma e considerando a sua seriedade e relevância, conclui-se a importância do estudo de traumatismo múltiplo para o auxílio no atendimento inicial às vítimas de traumatismo e na adoção de políticas públicas preventivas (AFFONSO et al., 2017).

Diante disso, esse trabalho tem como objetivo apresentar uma visão do que está sendo produzido nos últimos cinco anos a respeito da assistência inicial ao politraumatizado.

## **2 METODOLOGIA**

O presente estudo se configura como uma revisão integrativa da literatura (RIL), a qual permite a inclusão de estudos com diferentes abordagens metodológicas, em que pesquisas primárias são sintetizadas e, a partir de um delineamento das pesquisas avaliadas, conclusões são estabelecidas com a finalidade de reunir e sintetizar o conhecimento científico já produzido sobre um tema específico (SOUZA, et. al., 2010).

Seis etapas metodológicas são necessárias para a elaboração de uma revisão integrativa

bem construída, que podem ser descritas da seguinte forma: identificação do tema e elaboração da pergunta norteadora; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES, et, al., 2008).

Para a realização desta revisão integrativa, foi utilizado a seguinte questão norteadora: O que vem sendo produzido sobre a atendimento inicial ao paciente politraumatizado nos últimos 5 anos?

A pesquisa foi realizada a partir do portal da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde); BDENF (Banco de Dados de Enfermagem), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line) e também na SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Essa busca foi realizada no período de setembro e Outubro de 2021 utilizando a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/Bireme). Os descritores em ciência da saúde serão: Traumatismo Múltiplo, Emergência em Enfermagem, Cuidados de Suporte Avançado de Vida no Trauma.

Para selecionar a amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: publicações na modalidade de artigo, texto completo, com recorte temporal de 2016 a 2021, nos idiomas português e inglês. Serão excluídas publicações como: teses, dissertações, monografias, artigos de revisão integrativa, estudos que não estão disponibilizados na integra, notas prévias e artigos que não contemplem os objetivos propostos.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Como apresentado na metodologia, critérios de inclusão e exclusão foram adotados para seleção das publicações. Posteriormente, a amostra ficou composta por oito estudos, que avaliaram o que vem sendo produzido sobre a atendimento inicial ao paciente politraumatizado nos últimos 5 anos. Eles estão dispostos no Quadro 1 em ordem alfabética, com dados sobre autores, ano de publicação, objetivo, metodologia e principais resultados.

Quadro 1- Características e categorização dos artigos selecionados.

ANO	AUTOR	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS
2015	BELEZIA, et, al.	Sequela rápida de intubação traqueal pré- hospitalar no trauma craniocéfálico grave.	Analisar 144 pacientes com trauma craniocéfálico grave atendidos em uma unidade de suporte avançado.	Pesquisa de campo quantitativa descritiva.	O trauma craniocéfálico grave foi a principal indicação para a realização da sequência rápida de intubação.
2020	CERTAIN, et, al.	Restrição do movimento da coluna: um novo paradigma de atendimento às vítimas de trauma.	Investigar o uso da restrição de coluna cervical em vítimas de trauma.	Revisão de literatura.	A incidência no Brasil de lesões vertebromedulares é baixa.
2017	DAMINIANI	Uso rotineiro de colar cervical no politraumatizado.	Investigar a correta indicação para utilização do colar cervical no politraumatizado.	Revisão narrativa da literatura.	Evidências atuais provam não somente que muitas vezes o uso do colar cervical não traz benefício como agrava lesões Intracranianas.
2020	FARIAS	Alterações na atualização do novo PHTLS: XABCDE do trauma	Identificar, descrever e discutir as principais alterações na atualização do protocolo XABCDE do trauma.	Revisão de literatura	Na avaliação primária, os estudos evidenciaram a priorização da checagem da circulação com controle da hemorragia, antes do ABCDE.
2007	JÚNIOR, et, al.	Abordagem geral trauma abdominal.	Discutir a abordagem geral do atendimento dos pacientes com traumas Abdominais.	Revisão de literatura.	A avaliação rigorosa do abdome e uma correta orientação irão reduzir os erros na interpretação e os impactos desfavoráveis.
2014	OLIVEIRA, et, al.	Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma craniocéfálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia.	Realizar uma revisão de literatura sobre escalas para avaliação do nível de consciência em pacientes com trauma craniocéfálico.	Revisão de literatura.	Apesar de vários estudos destacarem a importância do tema, a avaliação neurológica com a utilização de outras escalas não é prática rotineira nas unidades de trauma.
2020	SANTOS, et, al.	Abordagem do atendimento inicial ao paciente politraumatizado.	Investigar o trauma de face em pacientes portadores de politraumas.	Revisão de literatura.	O atendimento e tratamento precoce é fundamental para uma técnica bem-sucedida, além de

					ser uma conduta multidisciplinar e integral.
2013	SOARES	Suporte básico de vida	Analisar as etapas do suporte básico de vida, evidenciando as medidas a serem adotadas à vítima	Revisão de literatura	O SBV é essencial para avaliar a responsividade da vítima a adotar os procedimentos adequados

Fonte: Autor.

O atendimento à vítima de politraumatismo é composto por um conjunto de ações feitas ao mesmo tempo na tentativa de avaliar o paciente de forma rápida e eficaz para, assim, realizar as intervenções terapêuticas o quanto antes, evitando potenciais complicações e piora no prognóstico do caso (FRAGA, 2022).

O Colégio Americano de Cirurgiões, para padronizar o atendimento ao politraumatizado, criou o sistema ABCDE do Advanced Trauma Life Support (ATLS). A letra A representa vias aéreas e controle da coluna cervical, letra B a respiração e suporte ventilatório, letra C a circulação hemodinâmica e controle de hemorragias, letra D a avaliação neurológica e letra E a exposição do paciente e proteção para hipotermia (SANTOS, et al, 2020)

Porém, o PHTLS (2019), trouxe uma atualização, sendo agora XABCDE. O “X” representa hemorragia exsanguinante, ou seja, hemorragia externa grave, dando prioridade inicial a mesma, antes mesmo do controle cervical e abertura das vias aéreas. A atualização é embasada na confirmação que epidemiologicamente as hemorragias graves levam a mais óbitos que obstruções por vias aéreas, apesar de também serem responsáveis por óbitos em um curto período de tempo (FARIAS, 2020).

Segundo Damiani (2017), não é necessário o uso de colar cervical em pacientes que não referem dores cervicais e rigidez, sem déficit neurológico e sem fatores distratores, como uma lesão com dor intensa em outra parte do corpo somatizado à análise da cinemática do acidente. A PHTLS 2019 excluiu a necessidade do uso de colar cervical em vítimas de arma branca, arma de fogo e quando não há impacto ou queda na cinemática do trauma.

Em concordância, Certain (2020) afirma que a restrição de coluna cervical é indicada após trauma contuso acompanhado de nível de consciência agudamente alterado, dor/sensibilidade na linha média cervical ou dorso, sinais neurológicos focais (sintomas motores e sensitivos) e deformidades anatômicas na coluna, devendo ser observado, também a cinemática do acidente que causou o trauma.

A respeito do Segundo do exame físico do abdome, Júnior et.al (2007) afirma que é

importante, mas não é confiável. Porém, de acordo com a atualização do PHTLS (2018), o exame físico básico de abdome é confiável e indispensável, se dividindo em 4 etapas (inspeção, ausculta, percussão e palpação). Ele é realizado durante a avaliação secundária, iniciando com inspeção e palpação. Achados como lesões em tecido mole e equimoses leva a suspeitar de lesão intra-abdominal, já distensões podem ser indicativas de hemorragia interna significativa. Durante a percussão e palpação, a sensibilidade na percussão junto a sons intestinais reduzidos ou ausentes, a sensibilidade abdominal significativa ou ao tossir e defesa involuntária podem ser indicativos de peritonite.

Para avaliar o nível de consciência, protocolo recomendado pela ATLS (2018) sofreu uma atualização, considerando método AVDI em detrimento do AVPU:

AVPU:

A- Alert: alerta

V- Vocal: resposta a estímulo vocal

P- Pain: resposta a estímulo doloroso

U- Unresponsive: não responde a nenhum estímulo

(OLIVEIRA, 2014)

AVDI:

A - Alerta (vítima consciente)

V - Verbal presente

D - Estímulo de dor

I - Inconsciente, sem resposta (sem nenhuma reação).

(FARIAS, 2020)

Apesar das atualizações recentes, segundo a autora supracitada a pontuação da Escala de Coma de Glasgow (GCS) é preferida em relação á classificação AVDI para avaliar o nível de consciência, sendo um método rápido, simples e de melhor desfecho clínico. É composto por quatro componentes: (1) abertura ocular, (2) resposta verbal, (3) resposta motora (4) resposta pupilar

Corroborando, Santos (2019), afirma que o único protocolo que deve ser utilizado na avaliação neurológica é a aplicação da escala de Glasgow.

O paciente politraumatizado cujo sua escala de coma de Glasgow for menor ou igual a oito, possui indicação precisa de via aérea definitiva (tubo endotraqueal com balonete insuflado, fixado e conectado a fonte de oxigênio) o mais rápido possível, seguindo as prioridades dispostas pelo protocolo XABCDE (BELEZIA, et, al., 2015).

Em concordância, a ATLS (2018) recomenda a intubação para pacientes

politraumatizados com escala de coma de Glasgow menor ou igual a oito. O mesmo ainda reforça a indicação da intubação para politraumatizados que apresente saturação de oxigênio menor ou igual a 90%.

Em relação aos cuidados prestados inicialmente com o membro amputado, é de extrema importância adotar medidas que trazem maior probabilidade de aproveitamento do membro para reimplantação. Os cuidados se resumem à limpeza e ao transporte correto do membro do local do acidente até o hospital que será prestado o atendimento. O membro deve ser limpo e irrigado, envolvido em compressa estéril, colocado em dois sacos plásticos e transportado dentro de uma caixa de isopor. A irrigação e limpeza do membro é realizada com solução salina e nessa caixa de isopor deve conter gelo ou água gelada (SOARES, 2013)

Na atualização do protocolo da PHTLS (2019) afirma que deve-se identificar o membro com o nome do paciente e hora, irrigar e limpar com soro ringer lactado e seu transporte deve ser feito na caixa de isopor contendo apenas gelo triturado (FARIAS, 2020).

Das técnicas a se realizar para contenção de hemorragias externas, a elevação do membro por gravidade deve ser feita (SOARES, 2013). Contudo, o protocolo de suporte pré-hospitalar de vida no trauma (PHTLS, 2019) afirma que deve-se ter cautela, pois essa manobra não deve ser utilizada em vítima de trauma, apenas em vítimas clínicas (FARIAS, 2020).

Das fraturas de extremidades, apenas fraturas fechadas devem ser alinhadas para posição anatômica antes de serem imobilizadas (SOARES, 2013). Já a atualização do PHTLS (2019) afirma que as fraturas expostas devem ser tracionadas, alinhadas, o osso exposto imobilizado e posteriormente o membro. Tal conduta em como objetivo descomprimir veias, artérias e inervações e evitar que haja retaliação de tecidos moles (FARIAS, 2020).

Acerca das queimaduras, devem ter suas gravidades classificadas pela extensão, sendo elas de primeiro, segundo e terceiro grau (SOARES, 2013). O PHTLS (2019), apresenta a queimadura de quarto grau, que é caracterizada por necrose de coagulação da pele, carbonização e tecido negro.

No que tange a avaliação secundária, o NAEMT (2018) afirma que ela tem como objetivo identificar lesões que no primeiro momento não comprometem a vida do acidentado, porém se não forem corretamente tratadas poderão comprometer nas horas seguintes. O mesmo ainda trouxe como atualização o método SAMPLA, sigla para a verificação de sinais vitais (S), alergias (A), medicamentos (M), passado médico (P), ingestão de Líquidos (L) e ambiente do evento (A).

Em relação aos acessos venosos, de acordo com Will (2020), o uso de dois acessos venosos calibrosos para reposição volêmica em vítimas de politrauma atendem às

recomendações científicas. Entretanto, de acordo com a PHTLS (2019), o uso de dois acessos venosos só se faz necessário quando a vítima apresenta o quadro de hemorragia seguido por sinais de choque hipovolêmico. A importância da cautela na administração volêmica se dá pelo risco de sobrecarregar o organismo do politraumatizado, como por exemplo o sistema renal.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O atendimento inicial prestado a vítima politraumatizada deve ser realizado com abordagem de condutas padronizadas e ágeis, considerando o alto risco de óbito e sequelas irreversíveis. As intervenções primariamente prestadas interferem diretamente nas respostas imediatas e também no prognóstico da vítima.

É de grande importância a busca por atualizações por parte da equipe multidisciplinar prestadora de serviços na urgência e emergência, para que assim possam oferecer ao usuário um atendimento conforme a literatura base recomenda, podendo assim ser o divisor de águas para a sobrevivência do paciente politraumatizado.

## REFERÊNCIAS

**ATENDIMENTO pré-hospitalar ao traumatizado básico e avançado: PHTLS.** Tradução Antônio Rogério Proença Tavares Crespo. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **ATLS – Advanced Trauma Life Support for Doctors.** 10. ed. Chicago: Committee on Trauma, 2018.

AFFONSO, P. R. A.; CAVALCANTI, M. A.; GANDELMAN, I.; GROISMAN, S.; **Etiologia de Trauma e Lesões Faciais no Atendimento Pré-Hospitalar no Rio de Janeiro.** Revista UNINGÁ. n. 1, v. 23, 2017.

BELEZIA, Bruno de Freitas et al. **Seqüência rápida de intubação traqueal pré-hospitalar no trauma cranioencefálico grave.** 2015.

CARVALHO, M.F. et al. **Princípios de Atendimento Hospitalar em Cirurgia Bucomaxilo-facial.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.10, n.4, p.79-84, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/11899771-Principios-de-atendimento-hospitalar-em-cirurgia-buco-maxilo-facial.html>> Acesso em: 1 maio 2021.

CERTAIN, Lucas; FERRAZ, Renato Ribeiro Nogueira. **RESTRICÇÃO DO MOVIMENTO DA COLUNA: UM NOVO PARADIGMA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE TRAUMA.** UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 17, n. 48, p. 51-59, 2020.

CHOONTHAR, Muralee Mohan et al. **Head injury-a maxillofacial surgeon's perspective.** Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, v. 10, n. 1, p. ZE01, 2016.

COUTINHO SILVA, Mikael et al. **Das considerações acerca do paciente politraumatizado com ênfase em trauma crânioencefálico.** Brazilian Journal of Health Review v. 5, n.5,p.17283-17293, Setembro/Outubro.,2022

DA SILVA SANTOS, Milaine Amanda et al. **Assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado.** Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT- ALAGOAS, v. 4, n. 3, p. 11, 2018.

OLIVEIRA, Débora Moura da Paixão; PEREIRA, Carlos Umberto; DA PAIXÃO FREITAS, Záira Moura. **Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia.** Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazilian Neurosurgery, v. 33, n. 01, p. 22-32, 2014.

DAMIANI, Daniel. **Uso rotineiro do colar cervical no politraumatizado.** revisão crítica. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v. 15, n. 2, p. 131-136, 2017.

FARIAS, Bárbara Kelly Gomes de. **Alterações na atualização do novo phtls: XABCDE do trauma,** Cabedelo, PB: [s.n.], 2020

GAUDÊNCIO, Talita Guerra; DE MOURA LEÃO, Gustavo. **A Epidemiologia do Traumatismo Crânio-Encefálico**. Revista Neurociências, v. 21, n. 3, p. 427-434, 2013.

JÚNIOR, Gerson Alves Pereira et al. **Abordagem geral trauma abdominal**. Medicina (Ribeirão Preto), v. 40, n. 4, p. 518-530, 2007.

GAUDÊNCIO, Talita Guerra; DE MOURA LEÃO, Gustavo. **A Epidemiologia do Traumatismo Crânio-Encefálico**. Revista Neurociências, v. 21, n. 3, p. 427-434, 2013.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: **método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto & contexto-enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MÜLLER, Bruno Rafael et al. **TRAUMA RAQUIMEDULAR NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR: CONDOTA E REPERCUSSÕES**. Editor Chefe, p. 230.

Oliveira, T. N. S. (2017). **Trauma: Atendimento Inicial no Intra-Hospitalar**. Repositório Institucional da UFSC. 1(1):10.

PAIVA, Luciana et al. **Experiência do paciente politraumatizado e suas consequências**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 18, n. 6, p. Tela 1-Tela 9, 2010.

NAEMT. **National Association Of Emergency Medical Technicians . Atendimento Pre-hospitalar Ao Traumatizado-PHTLS**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2018.

NAEMT. **National Association Of Emergency Medical Technicians. Atendimento Pre-hospitalar Ao Traumatizado-PHTLS**. 9. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2019.

PIRES AREDES, FRANCIELE MARIA et al. **Atualizações científicas sobre a avaliação inicial e o manejo do trauma abdominal fechado em adultos**. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 5, n.5,p.20857-20875,sep./oct.,2022

SALVARO, Maria Salete et al. **O ENFERMEIRO NO MANEJO DA DOR A VÍTIMA DE TRAUMA ORTOPÉDICO**. Inova Saúde, v. 11, n. 1, p. 43-65, 2021.

SANTOS, Gabriela Alves dos; ANDRADE, Igor Reis Santos; PEREIRA, José Carlos. **ABORDAGEM DO ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO: REVISÃO DE LITERATURA (UNIT-SE)**, 2020

SOARES, Flávia. **Suporte básico de vida. Instituto formação (Cursos técnicos profissionalizantes)**. Técnico em enfermagem, 2013.

SOLLER, Izabelle Cristina de Souza et al. **Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismos faciais atendidos em emergência hospitalar**. Revista Mineira de Enfermagem,

v. 20, 2016.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein (São Paulo), v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

WILL, Rubyely Caroline et al. **Cuidados de enfermagem aos pacientes politraumatizados atendidos na emergência.** Nursing (São Paulo), p. 3766-3777, 2020.