

Scientific Electronic Archives

Issue ID: Sci. Elec. Arch. Vol. 13 (7)

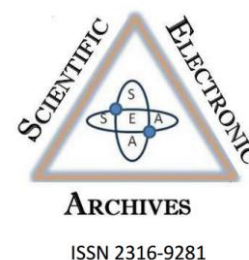
July 2020

DOI: <http://dx.doi.org/10.36560/1372020940>

Article link

<http://sea.ufr.edu.br/index.php?journal=SEA&page=article&op=view&path%5B%5D=940&path%5B%5D=pdf>

Included in DOAJ, AGRIS, Latindex, Journal TOCs, CORE, Discoursio Open Science, Science Gate, GFAR, CIARDRING, Academic Journals Database and NTHRYS Technologies, Portal de Periódicos CAPES, CrossRef



O resgate das vítimas politraumatizadas devido a violência no trânsito na cidade de Chapecó-SC: a “hora de ouro”

The rescue of the polytraumatized victims due to violence in transit in the city of Chapecó-SC: the “golden hour”

B. C. Franciscon¹, G. A. S. Moser¹, J. F. Lima¹, F. B. Haag¹, D. C. M. Aguiar¹, A. F. T. Souza²

¹ Universidade Federal da Fronteira Sul

² Universidade Federal de Mato Grosso

Author for correspondence: bruna_franciscon@hotmail.com

Resumo. O termo “trauma” foi utilizado para expressar a manifestação do acidente ou violência no indivíduo sob a forma de lesões físicas, pois todo trauma se origina em um acidente ou violência, sendo que o acidente ou violência poderá ou não ocasionar danos físicos ao paciente, ou seja, um trauma. O oeste de Santa Catarina, mais específico na cidade de Chapecó, possui uma taxa de óbitos de 71,9 óbitos por 100 mil habitantes no período de 2007 à 2011, ocupando a 18ª posição no ranking das cidades de santa Catarina com mais mortes por acidentes de trânsito. Segundo o *Advanced Life Trauma Support - ATLS*, em emergências, a primeira hora, chamada de “Hora de Ouro” (*Golden hour*), é o momento no qual mais ocorrem mortes. Porém, esse é também o momento em que mais se pode evitá-las, já que nesta fase o enfermeiro pode avaliar adequadamente a gravidade e a necessidade de atendimento especializado. Este estudo buscou compreender de que forma ocorrem os atendimentos pré-hospitalares e hospitalar realizado, tanto pelo Corpo de Bombeiros Militar do Oeste de SC, quanto pelos enfermeiros do pronto socorro de um hospital regional do oeste catarinense, considerando a recepção e o atendimento na primeira hora do trauma (“hora de ouro”) a pacientes politraumatizados.

Palavras-chave: Acidente de Trânsito. Trauma. Bombeiros. Enfermagem. Saúde.

Abstract. Trauma is considered the third cause of death, being understood as a disease with endemic character in modern society is not only affecting the field of public health, but also, the socio-political society. According to the *Advanced Trauma Life Support - ATLS*, in emergencies, the first hour, called the “Golden Hour” (*Golden hour*), this is the moment in which more deaths occur. However, this is also the time for more if you can avoid them. This study aimed to understand how the pre-hospital care and hospital conducted both by the Fire Department of the west of SC, and by nurses from the emergency department of a regional hospital in the west of Santa Catarina, whereas the reception and customer service in the first hour of trauma (“golden hour”) the polytraumatized patients. It is a qualitative, with data collection in the first half of October 2016, through semi structured interviews held with nine Militarized Firemen and four nurses to an emergency room, using as analytical method to Content Analysis of Bardin. In this study, it was observed that within 60 minutes that comprise the golden hour, first medical care which is since the so-called redemption until the reached the hospital, is done quickly and properly in most of the times, ignoring the factors that may delay the answer, as transit, incarceration and away from the occurrence, being the victim transported in a timely manner. This delay in care is often caused by delay of complementary examinations, delay of care by the medical team, deficiency of structure and overcrowding, these factors generate a cascade of delay, which consequently worsen the situation of the patient, increasing morbidity and mortality. You will notice that the golden hour is valuable in that it concerns the maintenance of life and consequences for patients. A quick and effective way can increase the chances of survival of same. It is known that the development of services of APH, whether public or private, culminate with the need for trained and qualified professionals that meet the specific needs of the nursing care during the pre-hospital care, with a view to prevention, protection and recovery to health is of great importance to discuss more about the topic and conduct further studies to develop mechanisms that reduce this time-response thus lowering the risk of sequelae and mortality due to trauma.

Keywords: Traffic Accident. Trauma. Firefighters. Nursing. Health.

Introdução

O termo “trauma” foi utilizado para expressar a manifestação do acidente ou violência no indivíduo sob a forma de lesões físicas, pois todo trauma se origina em um acidente ou violência, sendo que o acidente ou violência poderá ou não ocasionar danos físicos ao paciente, ou seja, um trauma (SILVEIRA, 2015).

De acordo com Pereira e Neves (2013) o país possui aproximadamente 70.548.151 veículos cadastrados no Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN) até março de 2012. Só em 2010, estima-se que aproximadamente mais de 40.000 pessoas foram vítimas fatais de acidentes no trânsito, sendo a maioria envolvida em acidentes com motocicletas.

O oeste de Santa Catarina, mais específico na cidade de Chapecó, possui uma taxa de óbitos de 71,9 óbitos por 100 mil habitantes no período de 2007 à 2011, ocupando a 18ª posição no ranking das cidades de Santa Catarina com mais mortes por acidentes de trânsito (WASELFSZ, 2012).

Os problemas advindos da violência no trânsito têm se tornado crescente e com grandes consequências na ordem social e econômica do país. Segundo pesquisas publicadas pelo DENATRAN, anualmente, ocorrem mais de 350 mil acidentes nas ruas e estradas brasileiras com uma consequência de 33 mil mortos e mais de 400 mil feridos. A violência no trânsito é a segunda maior causa de mortes por fatores externos no Brasil, perdendo apenas para o homicídio (SOARES, SILVA; 2011).

As vítimas de acidentes ou violência no trânsito, ao dar entrada em um hospital, esperam receber um atendimento eficaz em uma situação de emergência. No entanto esse processo pode não fluir tão tranquilamente como deveria. O paciente em situação desfavorável, sem poder de controle, pode sofrer com a demora no atendimento, não tendo a agilidade e aceleração de atendimento requerida pelo caso. Parece existir um problema de demora e de comunicação na transferência de pacientes dos bombeiros militares para o plantão médico. Questões dessa natureza podem fazer a diferença entre a vida e a morte de um ser humano (GOMES, 2013).

Segundo o *Advanced Life Trauma Support* (ATLS, 2014), em emergências, a primeira hora, chamada de “Hora de Ouro” (*Golden hour*), é o momento no qual mais ocorrem mortes. Porém, esse é também o momento em que mais se pode evitá-las, já que nesta fase o enfermeiro pode avaliar a gravidade da situação e a necessidade de atendimento especializado.

O PHTLS (NORMAN; SCOTT; SALOMONE, 2011) demonstra que cerca de 85% das mortes ocorrem em até 60 minutos após o trauma, daí a importância de otimizar o atendimento no primeiro contato, ou seja, no momento pré-hospitalar até o primeiro atendimento no setor de Pronto Socorro.

O termo “hora de ouro” é atribuído a R.

Adams Cowley, fundador do famoso Instituto Baltimore, ligado ao trauma. Em um artigo em 1975 ele afirmou: “a primeira hora da lesão determinará em grande parte as chances de uma pessoa gravemente ferida sobreviver” (ROGERS; RITTENHOUSE, 2014, p. 112). Ele observou que os 60 minutos eram cruciais para o tratamento dos traumatizados, sendo que quando essa assistência era o mais precoce possível a letalidade do trauma diminuía cerca de 85% (ROGERS; RITTENHOUSE, 2014).

Segundo também o PHTLS (NORMAN; SCOTT; SALOMONE, 2011) os doentes que recebem tratamento definitivo e precoce dos traumas têm chance de sobrevivência maior do que aqueles que passam por atraso no atendimento. Um dos motivos para o aumento da sobrevivência é a preservação da capacidade do corpo em produzir energia e manter as funções dos órgãos. Para a equipe de socorristas isso se traduz em manter a oxigenação, perfusão e providenciar uma remoção para um centro especializado, preparado para continuar o processo de estabilização/reanimação.

Assim, define-se, como Atendimento Pré-Hospitalar (APH) qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do meio hospitalar, valendo-se dos meios e métodos disponíveis. Dessa forma, APH compreende desde um simples conselho ou orientação médica até o envio de uma viatura de suporte básico de vida ao local da ocorrência onde haja pessoas que sofreram algum agravo de saúde, priorizando a manutenção da vida e a minimização de sequelas (GONSAGA *et al.*, 2013).

Portanto, o enfermeiro é imprescindível no atendimento pré-hospitalar como qualificador da assistência de enfermagem prestada nas mais diferentes situações encontradas, evidenciando a necessidade deste como líder nas equipes de suporte básico (RIBEIRO; SILVA, 2016).

Métodos

Adotou-se a pesquisa qualitativa, com coleta de dados na primeira quinzena de outubro de 2016, através de entrevista semiestruturada realizada pelo próprio pesquisador. A mesma ocorreu nas dependências do 6º Batalhão de Bombeiros Militares e no pronto socorro de um Hospital Regional do Oeste de Santa Catarina, com roteiro elaborado previamente. Cada entrevista levou em média de 30-40 minutos e foi gravada separadamente para posterior transcrição. A coleta de dados foi pensada com um número de 20 pessoas, sendo que somente 13 aceitaram participar da pesquisa (nove bombeiros e quatro enfermeiros).

O projeto foi apresentado ao Comandante do 6º Batalhão do Corpo de Bombeiros Militar. Após o aceite da Instituição e o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, o primeiro contato aconteceu com as três guarnições, através de um encontro pré-agendado. Este, considerando os três dias da

semana, para abranger as três guarnições de plantão sendo que cada guarnição possui quatro socorristas. Foi apresentado o projeto e realizado o convite aos socorristas das ambulâncias, os quais lidam diretamente com o resgate pré-hospitalar, objetivo dessa pesquisa. Os bombeiros entrevistados foram somente os socorristas que atuam na ambulância (ASU); totalizando um número de 12 bombeiros das três guarnições.

Na sequência a pesquisadora iniciou as entrevistas com os bombeiros que aceitaram participar da pesquisa. Ao total nove bombeiros aceitaram participar da entrevista, sendo que com este número houve a saturação dos dados. As entrevistas ocorreram com um instrumento semiestruturado elaborado pela própria autora. As entrevistas foram realizadas individualmente em uma sala privada nas dependências do próprio Corpo de Bombeiros e ocorreram no período da tarde de acordo com a disponibilidade dos entrevistados.

O pronto socorro do hospital regional do oeste, em sua equipe multiprofissional conta com oito enfermeiros, estes distribuídos em três turnos diferentes (manhã, tarde e noite um e noite dois). Os enfermeiros que atuam no período diurno trabalham num regime de plantão de seis horas diárias. Os que atuam no plantão noturno folgam uma noite e trabalham na outra, de maneira intercalada, numa escala de 12 horas.

Os oito enfermeiros foram selecionados intencionalmente para a pesquisa, pois atuam diretamente na assistência das vítimas de politrauma. Desta forma, a segunda fase da entrevista, ocorreu no pronto socorro do referido hospital. Após o aceite da Instituição e do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa foi realizado o primeiro contato com os enfermeiros do pronto socorro aonde foi apresentado o projeto e realizado o convite para participar da pesquisa.

Posterior ao aceite dos sujeitos da pesquisa, a autora realizou uma entrevista, utilizando um instrumento com perguntas semiestruturadas. Foram convidados os oito enfermeiros do setor para participar da pesquisa, conforme explicitado acima, sendo que quatro enfermeiros demonstraram interesse em participar da pesquisa. As entrevistas foram realizadas individualmente em uma sala privada e sugerido pela Instituição em horário de trabalho, conforme agenda interna do setor. As entrevistas tiveram em média uma duração de 30 a 40 minutos.

Todas as entrevistas (Corpo de Bombeiros e enfermeiros do pronto socorro) foram gravadas com gravador digital e posteriormente foram transcritas na íntegra pela acadêmica que após a transcrição entregou a entrevista transcrita aos sujeitos para que os mesmos pudessem ler e validar. As transcrições serão guardadas por cinco anos pelo pesquisador em sua sala na Universidade a qual está vinculado. A identidade e o anonimato dos sujeitos da pesquisa serão preservados a partir

do uso de códigos Bombeiros (B1, B2... B9) e para os Enfermeiros (E1, E2... E4).

As entrevistas foram gravadas considerando a autorização dos participantes e após a transcrição das mesmas, foi realizada a leitura flutuante, com a respectiva apreensão dos dados e posterior organização de categorias, pois no desenvolvimento de categorias, conceitos relacionados costumam ser agrupados para facilitar o processo de decodificação.

Para organização e análise dos dados foi utilizado como referencial a Análise de Conteúdo de Bardin (2014), a partir de três fases: pré-análise: fase de organização e sistematização das ideias, que ocorreu após a transcrição e leitura das entrevistas; exploração do material, na qual tratou-se da segunda fase em que as entrevistas foram classificadas de acordo com categorias (codificação), pré-determinadas e que surgiram após a leitura das entrevistas e serviu para alcançar a compreensão das falas dos sujeitos e a terceira fase em que ocorre a interpretação dos resultados obtidas das falas das pessoas com lesão medular, gerando as impressões do pesquisador ou seja a análise dos dados pelo mesmo.

Para preservar a identidade das pessoas empregou-se o uso da letra (B e E), B para designar os bombeiros participantes e E os enfermeiros participantes da pesquisa, em ordem numérica sequencial.

Resultados e discussão

Atendimento pré-hospitalar e hospitalar pelos profissionais de saúde: a hora de ouro.

Definiu-se a partir dos dados e das entrevistas realizadas, tendo como base o atendimento pré-hospitalar e intra-hospitalar seguindo a hora de ouro considerando os primeiros cuidados e a condução do paciente até seu recebimento e continuidade no pronto socorro. Durante as entrevistas identificou-se a preocupação dos entrevistados em prestar um atendimento efetivo e rápido aos pacientes. Esta categoria atende ao objetivo geral da pesquisa contempla de maneira expressiva o atendimento inicial e a continuidade do mesmo no meio hospitalar como uma assistência decisiva na evolução clínica do indivíduo.

O primeiro atendimento: do chamado a chegada no pronto socorro.

Emergiram falas significativas no que diz respeito ao primeiro atendimento, até a chegada no local do acidente e o transporte até o hospital. Os relatos contemplam desde o chamado, o deslocamento, as dificuldades encontradas no caminho e no local, a falta de suporte avançado nas ambulâncias.

Nesta subcategoria que trata do primeiro atendimento em nível pré-hospitalar, estão ordenados elementos que revelam como se dá o chamado, o deslocamento e o atendimento no local

e também as dificuldades encontradas nesse percurso todo, bem como o possível retardo na hora de ouro. Percebe-se também que as informações que o solicitante repassa no momento do chamado são decisivas para as equipes de socorro. Nos relatos surgiram as falas explicativas do chamado, como:

O funcionamento se dá via telefone e via central de operações, o operador da central despacha a guarnição via rádio, a gente desloca até o local, enquanto a central busca o maior número de informações possível, pra que a guarnição regule o deslocamento e a necessidade da velocidade, e já consiga ir se organizando dentro da viatura (B1).

Primeiro é feita a ligação pro corpo de bombeiro que é no 193, a pessoa que está na central vai pegar todos os dados da ocorrência se é trauma, se é um acidente ou se pode ser um caso clínico, o endereço, quantas vítimas são, e depois disso ele vai passar para a viatura que for acionada, por uma campainha, pode ser a ambulância que normalmente é a ambulância ou o trem de socorro completo que é o caminhão junto quando precisa de desencarceramento (B2).

Entretanto, alguns fatores foram apontados configurando-se como empecilho para a realização eficaz desse serviço como por exemplo, aspectos sociodemográficos, falta de profissionais e principalmente problemas relacionados ao deslocamento da ambulância onde envolve o trânsito e a educação dos motoristas, a chegada ao local do acidente bem como, dificuldades durante o transporte e na chegada ao hospital. Estes acontecimentos tornam-se decisivos para a vida do paciente:

Tudo depende também das condições do trânsito, do clima, tudo isso aí influencia (B3).

Na ambulância a gente geralmente está trabalhando em dois socorristas, às vezes em três, então o atendimento ele fica bem prejudicado só em duas pessoas... também vai importar muito a questão de ela estar presa nas ferragens, porque às vezes a gente não consegue acessar o local e se a vítima está por exemplo dentro de um veículo pequeno e sofreu uma colisão com veículo maior a gente precisa primeiro esperar o pessoal da ABTR retirar a vítima, então atendimento ele fica muito prejudicado, essa hora de ouro ela já começa sendo bem complicada... (B7).

Dependendo da distância esse tempo fica bem comprometido por causa do trânsito é complicado dependendo dos horários também e da educação e boa vontade dos motoristas

(B8).

Ainda se perde muito tempo com o trânsito, falta colaboração de alguns motoristas e não há corredores exclusivos para ambulâncias. Eu acho que podia ser melhor otimizado se houvesse vias de tráfego rápido acessórias as principais localidades da cidade (B9).

Compreende-se que falta um planejamento adequado das cidades e conscientização da população como colaboradores dos serviços de emergências. Cidades que possuem vias que podem ser de uso exclusivo de ambulâncias quando necessário, fazem com que o deslocamento ocorra de forma rápida e segura fornecendo um atendimento ágil as vítimas, assim como a colaboração dos motoristas que podem fazer toda diferença na situação de emergência.

Relatando um pouco sobre os cuidados prestados à vítima de politrauma no momento do acidente, os quais podem auxiliar e ser decisivos no sucesso do atendimento e evitar consequências ao paciente, sendo uma questão crítica, pois se há demora no socorro, a pessoa em estado de trauma pode ter possíveis complicações secundárias, que podem aumentar o risco de morte devido ao acidente. Um atendimento eficaz, correto e rápido pode elevar as chances de sobrevivência:

Ao chegar na cena da ocorrência primeiro avaliamos se for múltiplas vítimas a gravidade a necessidade de pedir apoio e então classificamos quem necessita de atendimento imediato e quem pode aguardar. A partir daí é seguido o protocolo do ACDE partindo da imobilização até o transporte mais rápido, porém com o melhor suporte... Durante o transporte é feito o atendimento secundário, aferindo os sinais vitais em busca de sinais de gravidade que necessitem de um transporte de urgência ou se necessita de uma intervenção tanto do SARA serviço do helicóptero ou do atendimento médico do apoio do SAMU quando estão disponível, que é difícil... (B9).

O atendimento consegue ser muito bom dentro desse primeiro momento e até por causa do transporte também com o helicóptero do SAER (B8).

O atendimento quando se identifica um acidente e uma vítima de politrauma é um caso mais grave, então o tempo de atendimento é em torno de 5 a 10 min, mais ou menos, a principal preocupação no atendimento, é justamente o cuidado de ver a questão de sinais vitais, pulso, respiração, hemorragia e imobilização de fraturas, e a condução mais rápido ao hospital, normalmente com oxigenioterapia dependendo da situação, então é um atendimento rápido (B6).

Atualmente com a implantação do helicóptero do SAERFRON/SARA o transporte foi melhorado, pois com isso é possível prestar um atendimento rápido e de suporte avançado para a vítima, pois a constituído de profissional da medicina e enfermagem, além de policias que prestam a segurança para os mesmos e responsáveis pelo transporte e funcionamento da aeronave.

Portanto, os primeiros cuidados recebidos após o trauma são de crucial importância para a sequência do tratamento no meio intra-hospitalar. Embora no primeiro momento do atendimento o que se busca é a manutenção à vida, esse atendimento interfere de forma direta nas sequelas que podem vir a existir no paciente.

O recebimento do paciente no pronto socorro: a continuidade do atendimento e a comunicação dos profissionais – angústias e expectativas.

O atendimento prestado na unidade do pronto socorro e a condução seguindo protocolos do trauma tornam-se essenciais para a manutenção de vida do paciente, que após o atendimento prestado pelos socorristas é na unidade hospitalar que os cuidados em saúde são continuados e podem influenciar diretamente no andamento do tratamento e na prevenção das sequelas. A seguir alguns relatos de enfermeiros sobre o recebimento do paciente no pronto socorro:

Ele é chegado normalmente de maca rígida, colar cervical, todo o protocolo de APH. Ele é deslocado pra sala de emergência, se é um paciente intubado, quando é mais grave e se é um politraumatizado não tão grave é passado o procedimento e fica no corredor mesmo (E2).

Da chegada do paciente aqui na instituição a gente dá preferência na verdade, a pacientes politraumatizados, em média menos de uma hora eles são atendidos, mas normalmente bem antes que isso, até trinta minutos (E3).

O paciente chega aqui no pronto socorro, ele é atendido primeiro pela equipe de enfermagem, normalmente a gente já vai pegando acesso venoso, vai monitorando o paciente e chama o médico pro atendimento pra poder medicar pra dor, pra poder fazer tudo aquilo que precisa com o paciente, porque daí é só o médico que pode autorizar (E4).

O paciente quando recebido na unidade hospitalar, encontra-se muitas vezes sem condições de reagir ou decidir sobre seu cuidado, devido à natureza do trauma, não estando ciente da demora no atendimento, onde pode resultar em danos irreversíveis à vítima. Segundo os relatos, pode

existir um atraso na comunicação e na transferência de pacientes dos bombeiros militares para o plantão médico. Questões dessa natureza podem fazer a diferença entre a vida e a morte de um ser humano, a seguir alguns relatos que demonstram isso:

Às vezes a gente chega lá e demora um pouco pro pessoal vim receber, certo que as vezes está muito cheio de gente lá, mas nada justifica (B3).

Dificuldade em Chapecó são profissionais que independente se é enfermeiro se é médico ou se é técnico, não generalizando, mas são profissionais que parecem que estão estressados de certa forma e não recebem e não tratam os pacientes de forma adequada, nem os pacientes e nem os próprios colegas de trabalho! Isso é visível! E isso reflete no atendimento pra vítima (B4).

A gente tem que chegar lá e passar a vítima pro médico coordenador no pronto socorro,, até chegar o médico e decidir que está na hora dele prestar atenção na gente e tomar as medidas necessárias passa bastante tempo, até ele aparecer os enfermeiros e os técnicos não são autorizados a fazer nada... (B5).

Na verdade, a gente encontra dificuldade pra passar paciente no hospital, mas nos casos quando você já tem vítima grave, quando está conduzindo já faz contato com a central pelo rádio, e pede pra avisar o hospital, pede pro hospital ficar preparado (B6).

Quando é uma ocorrência grave a gente mesmo pede pra central avisar o PS... (B2).

Em alguns casos sim, a gente avisa, quando é mais grave. A gente avisa inclusive se não dá pra ir (B5).

Os profissionais ao prestarem os primeiros cuidados as vítimas de acidentes de trânsito, buscam assegurar um atendimento eficaz e rápido na situação de emergência. No entanto esse processo pode não ocorrer como desejado, pois conforme relatos acima, pode-se perceber que os profissionais estão tornando-se estressados, pode ser que devido a demanda de trabalho, o alto fluxo de pacientes e poucos profissionais, questões estas que refletem diretamente na assistência prestada aos pacientes, podendo retardar o atendimento o que torna-se prejudicial a vida da vítima.

Seria de grande importância que o enfermeiro que atua na área de emergência de um hospital tenha respaldo (protocolos) e autonomia para poder prestar um suporte inicial no momento de recebimento do paciente na unidade de pronto

socorro, não deixando-o sem assistência até a chegada do profissional da medicina, aspectos estes que muitas vezes podem fazer a diferença da evolução clínica da vítima, ou até mesmo prestando uma primeira assistência humanizada, buscando diminuir a dor do paciente podendo lhe proporcionar algum conforto.

Compreende-se que trabalhar em conjunto com as equipes de resgate do corpo de bombeiros militar, permite viabilizar um atendimento mais efetivo, rápido e de qualidade, associando o conhecimento do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência, aos conhecimentos de resgate e manejo do paciente politraumatizado. A seguir alguns relatos de enfermeiros sobre a pré comunicação dos casos, e o momento da transferência de paciente pelos socorristas:

Tem situações que eles vêm, como é o caso de urgência que eles não conseguem contato e nem comunicação e acabam vindo. Normalmente o que a gente tem de comunicação é a passagem de plantão que eles nos passam o que era o fato, como foi a cinética do acidente. Agora toda equipe pré-hospitalar que chega passa plantão pra parte médica e passa plantão pra parte de enfermagem também (E1).

Geralmente não há dificuldades na passagem de plantão, nem sempre eles avisam que estão vindo com algo grave, às vezes sim (E2).

O período da hora de ouro é um período de tempo individualizado onde, se o traumatizado receber tratamento definitivo, como reanimação e controle de hemorragia dentro do período de ouro, suas chances de sobrevivência aumentam. O período de ouro representa um intervalo de tempo no qual o choque, embora esteja piorando, é quase sempre reversível se o doente receber atendimento adequado. Se não forem iniciadas as intervenções apropriadas para melhorar a oxigenação e controlar a hemorragia, o choque evolui e torna-se irreversível. Os profissionais ao serem questionados sobre onde a hora de ouro pode sofrer retardos de tempo, emergiram falas, como:

Acho que muitas coisas a gente ainda peca aqui, mais os setores auxiliares do que o próprio pronto socorro, muitas coisas assistências, digamos assim, das equipes de raio x, do setor de imagem, tomografia, isso ainda a gente peca um pouco, porque a gente perde bastante tempo até acionar estas equipes, são setores de apoio, pra que eles venham e façam seus serviços, façam os exames pra que a gente conseguir ter diagnóstico e tratar o paciente, nessa questão a gente peca bastante (E1).

Eu acho que é na chegada do pré-

hospitalar, por causa que as vezes ele já pode chocar no momento antes da chegada, até pegar acesso calibroso e entrar com fluido e na hora até chegar na instituição vai um bom tempo, ali tu perde, eu penso que é antes do APH chegar no local do acidente (E2).

Esse atendimento na primeira hora é resolutivo, com certeza o tempo é o inimigo do paciente. Talvez o tempo seja perdido lá na rua por exemplo, dependendo da distância né... (E3).

Aqui! Normalmente esperando exames, né... laboratório, ultrassom, raio x, é nessa hora que é perdido um bom tempo (E4).

Quando a gente fala de hora de ouro é mais específico assim fora do ambiente hospitalar, que essas variáveis como trânsito, dificuldade de acessar o local onde a vítima vai estar às vezes é um local bem de difícil acesso, é complicado então a partir do momento que você consegue resgatar a vítima e levar pro hospital, enfrentar o trânsito a distância, chegar no hospital não tem tanto problema em relação a isso né (B7).

Eu acredito que após o atendimento pré hospitalar, porque na maioria das vezes nos deixamos o paciente lá antes de uma hora, e sabe como é lá... o paciente fica horas no corredor... (B8).

Segundo os relatos existem muitas situações que podem dificultar o atendimento e que ocasionam em retardo do tempo, muitas vezes torna-se difícil o atendimento considerando que alguns acidentes ocorrem, em localizações geográficas de difícil acesso ou de longas distâncias entre o local da ocorrência e aos serviços de emergências. Outro fator são que, as ambulâncias do corpo de bombeiros são para suporte básico para vida, o que pode vir a dificultar também a assistência, pois o tratamento com medicações não será possível nestes casos. O que pode complicar ainda mais na unidade de pronto socorro, pois se os setores auxiliares, como setores de imagem, por exemplo, não forem preparados e orientados quanto a situação de emergência e a necessidade de atendimento rápido em determinado momento, podem ali, consumir e perder os minutos restantes e preciosos da vítima, podendo aumentar as chances de sequelas devido ao trauma.

Outro fator que pode contribuir, são as novas tecnologias usadas nos veículos, as quais também estão tornando-se um problema para as equipes de salvamento, principalmente com a adição de múltiplos sistemas de airbag. O que poderia ser uma simples remoção de menos de 15 minutos, muitas vezes demora mais de 40 minutos,

dependendo do tipo de veículo em alguns veículos aonde a vítima se encontra.

Este estudo foi observado que dentro dos 60 minutos que compreendem a hora de ouro, o primeiro atendimento o qual se dá desde o chamado do resgate até a chegada ao hospital, é feito de maneira rápida e adequada na maioria das vezes, desconsiderando os fatores que podem retardar o atendimento, como trânsito, encarceramento e distância da ocorrência, sendo a vítima transportada em tempo hábil. Segundo relatos dos participantes percebeu-se que existe uma demora do atendimento na segunda fase, a qual compreende da chegada do paciente ao ambiente hospitalar até a estabilização do mesmo. Este retardo no atendimento muitas vezes é ocasionado por, demora de exames complementares, demora do atendimento pela equipe médica, deficiência de estrutura e superlotação, estes fatores geram uma cascata de atraso, que conseqüentemente agravam a situação do paciente, aumentando a morbimortalidade.

O trauma é um dos problemas mais caros de saúde pública em nosso país. Sua origem é multifatorial, incluindo aspectos sazonais, geográficos, epidêmicos, sociais e econômicos. Demanda uma organização complexa do estado e da sociedade para sua prevenção, detecção e atendimento adequado, além de afetar uma população de indivíduos com redução temporária ou permanente de sua capacidade produtiva e interação social (DUARTE; LACERDA; CRUVIVEL, 2010).

O Ministério da Saúde define “acidente de trânsito como um evento não intencional, mas evitável, causador de lesões físicas e emocionais” (FELIX *et al.*, 2013). Os acidentes de trânsito representam um importante problema de saúde pública, que atinge países do mundo inteiro. O Brasil, nas últimas décadas, foi, aos poucos, colocando-se em posição de destaque entre os campeões mundiais de acidentes de trânsito, ocupando o quinto lugar em relação ao maior número de mortes no trânsito no mundo (FELIX *et al.*, 2013).

A evolução da humanidade trouxe consigo consequência como o aumento da frota de veículos em nível mundial e devido um sistema viário sem planejamento, o qual não acompanhou a evolução das cidades ocasionou condições inseguras e problemas estruturais. Esses problemas, aliados ao desrespeito às leis de trânsito, a falta de manutenção da frota de veículos e de uma fiscalização, proporcionam um número cada vez mais crescente de acidentes de trânsito. Isso vem contribuindo para uma crescente agressividade dos motoristas, perda na qualidade de vida do cidadão urbano e, conseqüentemente, tornando as pessoas mais vulneráveis aos acidentes de trânsito (FELIX *et al.*, 2013).

Segundo Carvalho (2016) os acidentes de transporte terrestre no Brasil mataram cerca de 43

mil pessoas em 2013, com aproximadamente 170 mil internações financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os acidentes de trânsito representam uma das principais causas de morte no país.

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 (SALLUM; SOUSA, 2012).

Ainda segundo os mesmos autores, 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 muito delicado.

O serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) envolve todas as ações que ocorrem antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar e pode influenciar positivamente nas taxas de morbidade e mortalidade por trauma ou violências. Nesse sentido, uma assistência qualificada na cena do acidente – o transporte e a chegada precoce ao hospital – é fundamental para que a taxa de sobrevivência aumente (ADÃO; SANTOS, 2012).

Os autores supracitados ainda se refere a primeira hora, conhecida também como “a hora de ouro” (*golden hour*) que após a ocorrência de uma lesão traumática, é considerada o tempo crítico para a implementação do tratamento que modificará o prognóstico. O conceito da hora de ouro é confirmado por vários estudos que demonstram que uma considerável parcela das vítimas com lesões graves que ameaçam a vida morre no trajeto entre o local do evento e o hospital ou nas primeiras horas do acidente.

O politraumatismo é considerado a primeira causa de morte entre indivíduos na faixa etária de 20 a 40 anos de idade, ou seja, na fase em que o indivíduo é mais produtivo (MATTOS; SILVÉRIO, 2012).

A equipe de socorrista, ao realizar o exame primário e secundário da vítima de politraumatismo, necessita atuar de forma ágil e eficaz, com o objetivo de reduzir a gravidade das lesões e as taxas de mortalidade por esta causa. Neste contexto, compete a equipe a identificação de lesões e agravos, e o gerenciamento da assistência, posto que este tipo de ocorrência requer que os profissionais possuam habilidade e competência técnico-científica (MATTOS; SILVÉRIO, 2012).

Atualmente, percebeu-se uma diminuição do período de tempo que precede as mortes precoces (passou de uma média de 120 minutos para uma média de 52 minutos). Isto pode ser explicado pela melhoria dos cuidados pré-hospitalares, chegando assim ao hospital doentes

com lesões não compatíveis com a vida (cerca de 76% das mortes precoces), que antigamente eram classificadas como mortes no local. Ou seja, verificou-se nas últimas três décadas uma alteração da distribuição da mortalidade para um padrão bimodal, com a grande maioria das mortes a ocorrerem nas primeiras vinte e quatro horas (96%), havendo um decréscimo muito valorizável das mortes tardias (COELHO, 2012).

O profissional que realiza o atendimento a vítima de trauma, independentemente do tipo de acidente que ocorreu, necessita estar habilitado para realizar todos os procedimentos padrões referente a este tipo específico de atendimento. A avaliação da vítima para a identificação de uma possível fratura requer do profissional um conhecimento prévio sobre a anatomia humana, principais manifestações clínicas apresentadas e a biomecânica do trauma. É de extrema importância que o profissional atuante em serviço de APH tenha um bom entendimento sobre a biomecânica do trauma, para que possa detectar precocemente possíveis lesões e assim agir adequadamente no atendimento à vítima, evitando agravamento da lesão.

Os profissionais militares do Corpo de Bombeiros realizam o atendimento pré-hospitalar às vítimas de traumas ou em situações clínicas em geral. Para isso, recebem treinamentos específicos onde se tornam capazes de realizar a avaliação da vítima e instituir os primeiros atendimentos, considerados imprescindíveis, e assim encaminham ao hospital. Os procedimentos realizados por estes profissionais são considerados não invasivos, porém o suporte básico de vida é considerado essencial para evitar maiores agravamentos (LIMA, 2011).

Quando o atendimento pré-hospitalar é realizado com um menor tempo resposta pode-se haver a redução da morbimortalidade nos pacientes politraumatizados. Este atendimento é melhor efetivo nas cidades que possuem uma boa malha viária, com melhores condições de tráfego e boa frota de atendimento pré-hospitalar, sendo prejudicado quando há lentidão do trânsito, carência e deteriorização de infraestrutura. Devido a isso o desempenho a ser considerado satisfatório em relação ao tempo-resposta de atendimento varia levando em conta esses fatores.

A "Hora de Ouro" é fundamental para evolução clínica do paciente, contribuindo para o salvamento do mesmo. E ainda é um período de tempo imprescindível que pode ser usado para guiar as habilidades e ações em situações de atendimento.

Conclusão

Sabemos que o atendimento prestado pelos Bombeiros é um atendimento de suporte básico a vida, mas essencial e decisivo para o suporte das vítimas. O tipo de acidente pode ser semelhante, porém, diversos fatores podem influenciar

diferenciando a forma de atendimento. Sendo assim, é extremamente importante que todos os profissionais que atuam na área de urgência e emergência se atualizem constantemente e conseqüentemente ofereçam um atendimento de melhor qualidade a vítima, proporcionando segurança, conforto e evitando o agravamento de lesões ou complicações clínicas por falhar em algum momento do atendimento.

Compreendemos que a hora de ouro é valiosa quando se diz respeito a manutenção de vida e sequelas para os pacientes. Um atendimento rápido e eficaz pode aumentar as chances de sobrevivência dos mesmos e diminuição de agravos. Sabemos que existem inúmeras dificuldades encontradas neste caminho de atendimento pré-hospitalar, como aspectos sociodemográficos, colaboração dos motoristas e distância das ocorrências, mas, contudo, verificamos que o atendimento está sendo apropriado e dentro do tempo desejado.

Percebemos conforme relatos que há alguns problemas que conseqüentemente podem vir a retardar essa hora de ouro, como, por exemplo, os impasses relatados do pronto socorro, como demora de exames específicos e desinteresse e estresse por alguns profissionais em receber os pacientes da equipe de resgate.

A estrutura das cidades, a falta de colaboração da população, o desgaste dos profissionais, a falta de profissionais nos atendimentos pré-hospitalares, são questões a serem repensadas pois refletem diretamente no atendimento das vítimas que vierem a sofrer algum tipo de acidente em nossa região. A criação de protocolos de atendimentos ao trauma em hospitais e até mesmo no APH, são de grande importância podendo contribuir para uma assistência adequada aos pacientes, bem como o trabalho em conjunto com unidades de suporte avançado a vida podem ser decisivos para a evolução clínica benéfica ao politraumatizado.

Na enfermagem, assim como em outros setores, a emergência configura-se como serviço de política, comunicação, interação e cuidados específicos, pautados por embasamento científico, e possui também como objetivo coletivo recuperar ou diminuir agravos de saúde.

Sabe-se que o desenvolvimento dos serviços de APH, sejam eles públicos ou privados, culminam com a necessidade de profissionais qualificados e treinados que atendam às especificidades dos cuidados de enfermagem durante o atendimento pré-hospitalar, com vista à prevenção, proteção e recuperação à saúde.

Verifica-se que é de grande importância se discutir mais sobre a temática e realizar novos estudos para que se possa desenvolver mecanismos que reduzam esse tempo-resposta diminuindo assim os riscos de sequelas e de mortalidade por trauma.

Referências

- ADÃO, Rodrigo de Souza; SANTOS, Maria Regina dos. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. *REME – Rev. Min. Enferm., out./dez.* 2012. 8 f. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/567>>. Acesso em: 12 nov. 2016.
- ATLS – *Advanced Trauma Life Support*. Manual de alunos. 9. ed. Chicago: Colégio Americano de Cirurgiões, 2014.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2014.
- CARVALHO, Carlos Henrique Ribeiro de. Mortes por acidentes de transporte terrestre no Brasil: análise dos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), n. 2.212, 2016. 51 f. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28223>. Acesso em: 12 nov. 2016.
- COELHO, Andreia Sofia Martins Pires. A cirurgia de *damage control* em contexto de trauma: a fisiopatologia como suporte para a sua realização. 2012. 52 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina do Porto, Portugal, 2012. Disponível em: <https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=532561>. Acesso em: 12 nov. 2016.
- DUARTE, Nádya Maria da Conceição; LACERDA, Augusto Marcio; CRUVIVEL, Marcos Guilherme Cunha. Atendimento pré-hospitalar ao politraumatizado. Curso de Educação a Distância em Anestesiologia, v. 5, 2010. 27 f. Disponível em: <<https://lftmu.files.wordpress.com/2010/04/43-atendimento-pre-hospitalar-ao-politraumatizado.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.
- FELIX, Nalu Rodrigues *et al.* Caracterização das vítimas de acidente motociclístico atendidas pelo serviço de atendimento pré-hospitalar. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 4, n. 4, p. 1.399-1.411, 2013. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5557496.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.
- GOMES, Uendel Dourado. Conflitos no setor de urgência/emergência de hospitais públicos do distrito federal: a perspectiva dos emergencistas de sete unidades operacionais do corpo de bombeiros do DF. 2013. 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/5478/1/2013_UendelDouradoGomes.pdf>. Acesso em: 28 out. 2015.
- GONSAGA, Ricardo Alessandro Teixeira *et al.* Características dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil, 2006 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 317-24, abr./jun. 2013.
- LIMA, Talita Corrêa. Prática assistencial de enfermagem à vítima de trauma com fraturas de membros no atendimento pré-hospitalar fundamentada em Wanda de Aguiar Horta. 2011. 57 f. Trabalho de Conclusão (Curso de Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência) – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma (SC), 2011. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/handle/1/840>>. Acesso em: 12 nov. 2016.
- MATTOS, Leandro Sanceverino; SILVÉRIO, Maria Regina. Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de Santa Catarina. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 182-91, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2227>>. Acesso em: 12 nov. 2016.
- PEREIRA, Ibenéias Gonçalves; NEVES, Flávia Silva. Comportamentos de risco: uma revisão bibliográfica sobre as causas de acidentes de trânsito nos últimos 10 anos. *Revista Cereus*, Gurupi/TO, v. 5, n. 2, p. 71-89, maio/ago. 2013.
- RIBEIRO, Antônio César; SILVA, Yanna Baralle. Enfermagem pré-hospitalar no suporte básico de vida: postulados ético-legais da profissão. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 21, n. 1, p.1-8, jan. 2016. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/42118/27507>>. Acesso em: 19 mar. 2016.
- ROGERS, Frederick B.; RITTENHOUSE, Katelyn. The golden hour in trauma: dogma or medical folklore? *The Journal of Lancaster General Hospital*, Lancaster, v. 9, n. 1, p. 11-3, set. 2014. Disponível em: <http://www.jlgh.org/JLGH/media/Journal-LGH-Media-Library/Past%20Issues/Volume%209%20-%20Issue%201/Rogers9_1.pdf>. Acesso em: 16 maio 2016.
- SALLUM, Ana Maria Calil; SOUSA, Regina Marcia Cardoso de. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras seis horas após o evento. *Acta Paul. Enferm.*, v. 25, n. 2, p. 256-62, 2012. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/39127>>. Acesso em: 12 nov. 2016.
- SCREMIN, Marlete; BATIZ, Eduardo Concepción. Fatores que influenciam no cumprimento do protocolo do ATLS para cuidados de politraumatizados: um estudo de caso em uma emergência. *Produção em Foco*, Joinville/SC, v. 1, n. 1, p.1-4, jan. 2011. Disponível em:

<<http://www.sociesc.org.br/producaoemfoco/index.php/producaoemfoco/article/view/30/16>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

SILVEIRA, Elvis da Silva. “Análise de um centro de trauma a partir do modelo proposto pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro”. 2015. 69 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13618/1/40.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

SOARES, Gisélia Lúcia; SILVA, Pollyanna Maria da. A “Lei Seca” – 11.705/2008 – e seus reflexos na educação, saúde e qualidade de vida da população na comarca de Brusque-SC. Revista da Unifebe, v.

9, p. 18-29, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.unifebe.edu.br/index.php/revistaeletricadaunifebe/article/view/59/0>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

WASELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da Violência 2012: Caderno complementar 2: acidentes de trânsito. São Paulo: Instituto Sangari, 2012. 31 f. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_transito.pdf>. Acesso em: 26 out. 2015.