

**ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL AO PACIENTE
POLITRAUMATIZADO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**ASSISTANCE PRE-HOSPITALAR MOBILE PATIENT POLITRAUMATIZADO
VICTIM OF TRANSIT ACCIDENT**

Mariane Teixeira Dantas Farias¹, Miriele Santos De Souza, Antônio Jorge Pereira Campos

RESUMO

O objetivo foi descrever a atuação do atendimento pré-hospitalar móvel frente ao politraumatizado. Trata-se de uma revisão de literatura com abordagem qualitativa e descritiva. Obteve-se a coleta dos dados através de busca online das produções científicas nacionais, entre janeiro e junho de 2018. A busca se deu através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando as bases de dados: LILACS, Medline e Scielo. Os artigos mostraram convergência entre os seus resultados ao limitar faixa etária, sexo, dias da semana, veículos, motivos dos acidentes, índice de óbitos e feridos, além das condutas adotadas pelo SAMU 192. Constatou-se que esta temática vem ganhando espaço, com o aumento no volume de publicações, após 2012. A maior parte dos artigos explorados é de caráter descritivo. Evidenciou-se escassez científica acerca da assistência do SAMU em acidentes de trânsito. Este estudo apontou para a necessidade de intensificar medidas educativas para pedestres e motoristas, no intuito de reduzir as imprudências no trânsito e, conseqüentemente, os acidentes em vias públicas. Além disso, torna-se pertinente o aumento de investimentos em campanhas de conscientização por instâncias governamentais, bem como a criação de políticas públicas que visem minimizar os índices de óbitos, e programas de capacitação para os profissionais do APH.

Palavras-chave: Politrauma. APH. SAMU 192.

ABSTRACT

The objective was to describe the performance of mobile prehospital care versus polytraumatized. This is a literature review with a qualitative and descriptive approach. The data collection was obtained through online search of the national scientific productions, between January and June of 2018. The search was done through the Virtual Health Library (VHL), using the databases: LILACS, Medline and Scielo. The articles showed convergence among their results by limiting age range, gender, days of the week, vehicles, reasons for accidents, deaths and injuries, as well as the behaviors adopted by SAMU 192. It was verified that this theme has been gaining space, with the increase in the volume of publications after 2012. Most of the articles explored are descriptive in nature. There was evidence of scientific scarcity of SAMU assistance in traffic accidents. This study pointed to the need to intensify educational measures for pedestrians and drivers, in order to reduce carelessness in traffic and, consequently, accidents on public roads. In addition, it is pertinent to increase investments in awareness campaigns by government agencies, as well as the creation of public policies aimed at minimizing death rates and training programs for APH professionals.

Key words: Polytrauma. PHC. SAMU 192.

¹ Centro Universitário Estácio da Bahia

1 INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, aproximadamente 1,2 milhão de pessoas morrem vítimas de acidentes de trânsito. Cerca de 90% dos óbitos ocorre em países em desenvolvimento e/ou subdesenvolvidos. Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2017), o Brasil é o quarto país com maior índice de mortes no trânsito (DATASUS, 2017).

Dados projetados pela Polícia Rodoviária Federal, entre janeiro e abril de 2017, apontaram para 1.061 mortes constatadas nas estradas estaduais. Destacou-se o mês de junho, com mais de 13.200 indivíduos hospitalizados, por ocorrência de traumas devido a acidentes de trânsito (WORLD, 2008).

Os acidentes de trânsito promovem sequelas importantes, que vão desde o sofrimento familiar, devido às mortes e incapacidades físicas do vitimado, ao alto custo do tratamento arcado pelo sistema de saúde. Ainda, de acordo com a OMS (2017), estima-se que as perdas anuais de natureza financeira ultrapassem US\$ 500 bilhões (BRASIL, 2012). Sendo assim, o Governo Brasileiro vem criando estratégias e ações políticas na tentativa de reduzir o número de acidentes (BRASIL, 2010).

Define-se como trauma qualquer episódio lesivo produzido no organismo por ação exógena. Logo, este é determinado como um grupo de agitações súbitas causadas por algum agente físico ou químico de etiologia diversa (SABAIT, 2011). Apesar dos notáveis avanços assistenciais frente às vítimas de politrauma, em acidentes de trânsito, através da sistematização do atendimento pré-hospitalar, o número de óbitos e comorbidades permanecem estatisticamente alarmantes (BRASIL, 2003).

No Brasil, o atendimento pré-hospitalar (APH) móvel é realizado pelo Corpo de Bombeiros, além da equipe do SAMU 192. Este último foi criado a partir da Política Nacional de Atenção as Urgências (2003) e regulamentada pela Portaria GM/MS nº1.864 em 2003. Vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) visa reduzir óbitos, período de internação e sequelas evitáveis, através de atendimento imediato e pré-hospitalar em situações de emergência (BRASIL, 2003).

Para sistematizar a assistência ofertada no ambiente pré-hospitalar foi elaborado um protocolo para melhor efetividade das ações voltadas ao cuidado dos indivíduos, conhecido como Pré-hospitalar Trauma Life Support (PHTLS). O PHTLS orienta a conduta dos profissionais envolvidos no APH através do ABCDE, o qual se refere a uma metodologia que visa sistematizar a assistência às vítimas politraumatizadas (SILVA, 2009).

Esta sequência de atendimento está disposta da seguinte forma: A (Vias aéreas) permeabilidade das vias aéreas com administração segura do colar cervical; B (Respiração) nesse ponto é necessário observar os movimentos do tórax, fazer ausculta a fim de eliminar qualquer lesão torácica e, se necessário, utilizar métodos de ventilação mecânica para restabelecer a função. C (Circulação) busca de sangramentos e controle da circulação; D (Incapacidade) avaliação neurológica; E (Exposição) exposição corporal do paciente à procura de lesões não visualizadas e posterior aquecimento na prevenção da hipotermia e do choque (SILVA, 2009).

Considerando que o número de vítimas por acidentes de trânsito cresce a cada ano e, que existe a necessidade de aprofundar os conhecimentos acerca da abordagem clínica no ambiente extra-hospitalar, destaca-se a relevância desta pesquisa. Nessa perspectiva, há a carência de profissionais de saúde qualificados para o atendimento às vítimas, sendo tais cuidados executados por uma equipe multiprofissional. As referidas condutas tornam-se essenciais para a estabilização do quadro em tempo hábil e o transporte de forma segura a um estabelecimento de referência. Diante do exposto, formulou-se a seguinte questão norteadora de pesquisa: como deverá ser a assistência pré-hospitalar móvel às vítimas de trauma por acidentes de trânsito?

Este trabalho justifica-se pela necessidade de divulgar a importância do atendimento pré-hospitalar no contexto dos acidentes de trânsito, destacando as diretrizes do PHTLS na redução de mortalidade do trânsito, além de aprofundar a temática nos meios acadêmico, científico e social. O objetivo desta pesquisa foi descrever a atuação do atendimento pré-hospitalar móvel frente ao politraumatizado.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura com abordagem qualitativa e descritiva. Este tipo de pesquisa colabora para a obtenção de informações atuais sobre o conteúdo abordado, para o conhecimento de estudos já existentes e aspectos discutidos por outros autores e com isso, é possível comparar os achados relacionados ao tema. A partir disso, a elaboração desta revisão foi desenvolvida em cinco etapas: formulação do problema, coleta dos dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

A coleta dos dados foi obtida por meio de busca online das produções científicas nacionais sobre a assistência pré-hospitalar móvel ao paciente politraumatizado vítima de acidente de trânsito, no período de janeiro a junho de 2018. A busca se deu através da

Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), sendo utilizadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e Caribenha de Ciências da Saúde (LILACS), Medline e Scielo. “Politrauma”, “APH” e “SAMU 192” foram os descritores utilizados na busca.

Os critérios de inclusão foram: (1) artigos publicados no período de 2009 a 2018; (2) artigos redigidos na língua portuguesa; (3) publicados em periódicos brasileiros, para obter um parâmetro nacional sobre o retrato da assistência pré-hospitalar móvel ao politraumatizado e (4) texto completo disponível em suporte eletrônico que atendessem aos objetivos do estudo. Foram excluídos: artigos que não tinham correlação com a temática abordada; os que não atenderam às exigências anteriores; trabalhos como monografias, teses, dissertações, duplicidade, bem como apenas resumo disponível on-line.

A busca foi iniciada pelo LILACS, onde, 52 artigos foram encontrados, destes, seis foram recuperados na íntegra e selecionados pela pertinência aos critérios de seleção. Em seguida, procedeu-se a busca no Scielo, a qual gerou 22 artigos, dentre os quais 15 foram selecionados, havendo exclusão de sete artigos, devido uma segunda filtragem, restrita às publicações dos últimos cinco anos. No Medline foram encontrados 98 artigos. Assim, dos 119 artigos previamente selecionados, dez se encontravam dentro dos critérios abordados na pesquisa, constituindo o corpus de análise que deu suporte a revisão.

Em seguida, a análise de dados procedeu-se a partir da leitura criteriosa dos títulos, resumos e conteúdo dos artigos. Na sequência catalogaram-se os artigos em ficha de análise documental adaptada e organizada da seguinte forma: título/ ano, objetivo, desenho do estudo, resultados principais e conclusão.

Em todas as suas etapas este artigo atendeu aos requisitos da Lei Nº 9.610/98 relativo aos crimes contra a propriedade intelectual, que estabelece critérios sobre a pesquisa que viole o direito autoral. A conduta típica do crime de violação de direito autoral é ofender, infringir, transgredir o direito do autor. A reprodução, total ou parcial, de obras por fotocópia ou qualquer outro meio, mecânico ou eletrônico sem prévia autorização do autor, é ilícita e possível de procedimento judicial contra o infrator, constituindo assim o plágio (CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1998).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi elaborado um instrumento de análise para fichamentos de todos os dados encontrados (Quadro-1), contemplando as seguintes informações: título/ano, objetivo, desenho do estudo, resultados e conclusão:

Quadro 1- Caracterização da amostra do estudo e categorização dos resultados (Salvador-Bahia, 2018).

Título/Ano	Objetivo	Desenho do Estudo	Resultados principais	Conclusão
Artigo-1 Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: Muitas mudanças e poucos resultados. Ano: 2011	Descrever o panorama da situação do trânsito desde a implementação do CTB-Código de Trânsito Brasileiro.	Revisão de caráter descritivo, com dados coletados no Brasil.	Os autores apresentam algumas possíveis soluções e sugerem que o Poder Público não tem assumido a responsabilidade que lhe cabe no controle e redução dos acidentes de trânsito.	Apesar do aumento no nº de artigos sobre os acidentes no trânsito do Brasil, ainda existem várias lacunas sobre denominadores mais fidedignos.
Artigo-2 Perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito. Ano: 2012	Descrever o perfil das vítimas de acidentes e óbitos relacionados ao trânsito	Revisão literária de caráter descritivo.	Foram obtidos 1,537 Boletins de Ocorrência dos 3257 indivíduos envolvidos em acidentes. 65,3% eram homens e 53,3% eram na faixa etária jovem-adulto, em diversos horários, o veículo mais utilizado nos momentos de acidentes era a motocicleta. Cerca de 30 acidentes foram fatais nas rodovias, na idade de >50 anos.	Indivíduos do sexo masculino e moto foram os principais envolvidos em acidentes de trânsito e vítimas fatais ocorrem principalmente em rodovias com vítimas maiores de 50 anos.
Artigo-3 Acidentes de trânsito: As consequências visíveis e invisíveis à saúde da população. Ano: 2012	Discutir a influência dos acidentes de trânsito na morbidade física e psíquica dos acidentados, nos custos econômicos, sociais e pessoais destes agravos e repercussão destes eventos na qualidade de vida de suas vítimas.	Revisão literária de caráter descritivo.	Constatou-se morbimortalidade com 50 milhões de pessoas feridas e 1,2 milhões de óbitos, atingindo mais homens e jovens. Os custos de saúde anuais são mais de 500 milhões de dólares. A prevalência dos distúrbios psicológicos pós-acidentes em todos os níveis de gravidade foi alta e duradoura.	É recomendável o investimento em pesquisas, pois a carência de melhores informações pode levar ao desenvolvimento de políticas que não contemplem toda a complexidade do universo dos acidentes de trânsito.
Artigo-4 Perfil das ocorrências de Politrauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI Ano: 2012	Investigar o perfil das ocorrências de poli trauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI.	Estudo quantitativo e documental.	A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro e março do ano de 2010, o final de semana e a zona urbana registraram mais caso.	Conclui-se ser imprescindível a adoção de medidas socioeducativas que garantam o comportamento adequado dos indivíduos no trânsito.
Artigo -5 Projeto Vida no Trânsito-2010 a 2012. Uma contribuição para a década de ações para segurança no trânsito 2011-2020 no Brasil. Ano: 2013	O projeto representa a implementação no Brasil da Iniciativa Road Safety in Tem Countries.	Pesquisa de campo.	Passos da implementação do projeto no país e uma análise dos avanços nos primeiros anos da intervenção no que concernem as ações nacionais realizados pelo Governo Federal.	A continuidade e o fortalecimento do projeto nas cinco cidades onde está implantado desde 2012 possibilitam o desenvolvimento de estratégias de articulações Intersetorial que podem potencializar as ações de engenharia e fiscalização que podem levar a

				redução das mortes e lesões causadas pelo trânsito nas cidades do país.
<p>Artigo - 6</p> <p>Caracterização dos atendimentos prestados pelo Serviço Móvel de Urgência.</p> <p>Ano: 2013</p>	<p>Caracterizar os atendimentos prestados no município do Vale do Paraíba-PB.</p>	<p>Quantitativo, descritivo e exploratório.</p>	<p>Mostrou um total de 4.153 atendimentos em 12 meses, com maior atendimento em casos clínicos seguidos pelos traumáticos, obstétricos e psíquicos.</p>	<p>O estudo no município demonstrou que houve um crescente número de ocorrências QTA, mostrando um pico de crescimento nos últimos meses, fato este que coincide com a troca da coordenação médica da regional do SAMU 192, lembrando que todas as ocorrências em que a ambulância atende passam por uma triagem médica e coleta de dados pela TARM.</p>
<p>Artigo-7</p> <p>Organização do atendimento pré-hospitalarmóvel de Emergência uma questão de gestão dos Serviços de Saúde.</p> <p>Ano:2015</p>	<p>Compreender as reais funções dos Bombeiros Militares no atendimento de urgências e emergências.</p>	<p>Pesquisa qualitativa, com abordagem descritiva e exploratória</p>	<p>Indica que embora os bombeiros saibam identificar as suas atribuições durante o atendimento de emergência, há necessidade de ampliar a inter-relação entre as equipes de atendimento de emergência.</p>	<p>Sugere-se que a elaboração de um núcleo de educação em urgências, com vistas a incluir todas as instituições, objetivando além da formação profissional, capacitação permanente, habilitando continuamente esses recursos humanos para tal atendimento.</p>
<p>Artigo-8</p> <p>Perfil das vítimas de trauma atendidas pelo SAMU.</p> <p>Ano: 2015</p>	<p>Descrever epidemiologia do trauma na realidade local, caracterizar vítima de trauma quanto à idade, sexo, indícios de ingestão de bebidas alcoólicas, verificar o nível de consciência dos pacientes e identificar os mecanismos e os tipos de trauma.</p>	<p>Pesquisa quantitativa e retrospectiva</p>	<p>Os resultados foram organizados através de tabelas, gráficos e analisados, por meio de cálculos estatísticos. Houve a predominância de queda como mecanismo de trauma e a região corpórea mais atingida foram os membros inferiores, prevalência de trauma aberto, gênero masculino, faixa etária de 20 a 29 anos.</p>	<p>Espera-se que os resultados possam estimular e subsidiar pesquisas futuras nessa área, uma vez que a continuação de estudos que abordem essa temática contribuirá com a formulação de estratégias de enfrentamento desse agravo</p>
<p>Artigo -9</p> <p>Caracterização dos acidentes de trânsito atendidos pelo Serviço móvel de Urgência-2014.</p> <p>Ano: 2017</p>	<p>Caracterizar o perfil e geolocalização dos acidentes de trânsito atendidos pelo SAMU, no ano de 2014.</p>	<p>Estudo de corte transversal e epidemiológico.</p>	<p>Ocorreram 935 acidentes de trânsito, tendo como principais vítimas jovens entre 21 e 30 anos, do sexo masculino, por queda de moto, nos finais de semana noturnos, os bairros mais afetados por acidentes foram: Centro, Junco e Sinhá.</p>	<p>Conclui-se que a melhoria das vias, o aumento das fiscalizações e conscientização da população auxiliam na diminuição das altas taxas de acidentes.</p>

Artigo -10 Perfil e fatores associados ao trauma em vítimas de acidentes de trânsito atendimentos pelo SAMU. Ano: 2017	Descrever o perfil e os fatores associados ao trauma em vítimas de acidentes de trânsito pela SAMU localizado no Município de Aracaju e Sergipe.	Estudo transversal, retrospectivo e descritivo.	À análise dos dados revelou que as vítimas eram adultos jovens do sexo masculino; a queda de moto e colisão moto-carro foram os principais tipos de acidente e os finais de semana constituíram o período de maior ocorrência.	O estudo apontou o perfil das vítimas de trauma por acidentes atendidos pelo SAMU, bem como os fatores associados. Os achados podem ser úteis aos profissionais, gestores e pesquisadores na construção do conhecimento pertencente a esse escopo e nortear a construção de ações e políticas públicas de saúde.
---	--	---	--	--

Este estudo constatou que a abordagem da temática sobre acidentes de trânsito vem ganhando espaço, apesar da escassez de publicações. Verifica-se que houve aumento do volume de publicações após o ano de 2012. É possível notar que a maioria dos artigos explorados é de caráter descritivo, sendo poucos os que descrevem as funções das equipes do serviço móvel de urgência. Há estudos superficiais sobre a composição das equipes, além de deixar lacunas, ao não descreverem de forma detalhada o funcionamento e triagem dos casos.

Os resultados da análise dos artigos encontrados convergem com os dados estatísticos que perfilam as vítimas de trauma por acidente de trânsito, sendo os jovens de sexo masculino, os mais acometidos. A maior incidência de ferimentos é em membros inferiores, os acidentes ocorrem com mais frequência em vias públicas, nos finais de semana, e a motocicleta é o veículo que obteve maior envolvimento nos acidentes.

Os acidentes de trânsito são responsáveis pelas mortes causadas por agentes externos, sendo alarmante o índice de vítimas no Brasil e no mundo. A OMS estima que os acidentes de trânsito sejam responsáveis por mais de um milhão de óbitos (WAISELFISZ, 2012), sendo que entre o período de 2002 a 2010 o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) registrou um acréscimo de 24% das mortes ocasionadas em vias públicas (SILVA, 2012). Estudos projetam que, em 2020, os acidentes em vias públicas serão a segunda causa de falecimentos imaturos, visto que a letalidade varia desde idade, sexo, além de distribuição geoespacial. No entanto, uma maior prevalência de óbitos foi registrada em indivíduos com faixa etária produtiva (GOMES, 2014).

Considerando a relevância desta temática, torna-se essencial o desenvolvimento das demais análises, visto que há publicações escassas pertinentes ao assunto. Observa-se que, no atual cenário existe a necessidade de profissionais qualificados e capacitados, tanto na oferta do atendimento, quanto no transporte. Devido a isso, há equipes que agem de formas distintas, frente às situações diversas lideradas pelo médico, não excluindo a responsabilidade de cada

tripulante. Logo, descrever a atuação desses especialistas que atuam no APH móvel frente ao paciente politraumatizado torna-se válido, pois contribuirá com conhecimentos para a comunidade acadêmica, na forma de divulgação do campo de atuação, além de agregar conhecimentos aos profissionais que atuam nesta área.

De acordo com os estudos analisados, as opiniões quanto à capacitação e educação permanente foram concordantes entre os autores, evidenciando relevância em intensificar a capacitação dos profissionais, no intuito de melhorar a qualidade e eficácia do atendimento, bem como a postura e maturidade frente aos desastres, catástrofes, atropelamentos dentre outros. Cabe a cada integrante da equipe de APH conduzir suas funções com o intuito de atender as vítimas de acordo com suas prioridades, visando assim aumentar o prognóstico de vida.

Diante do exposto, se faz necessário o atendimento imediato, a fim de melhorar o prognóstico de vida das vítimas. Em 2003, o Ministério da Saúde criou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), regulamentado pela Portaria GM/MS nº 1864 de 29 de setembro de 2003, visando oferecer atendimento imediato ainda no local do ocorrido (BRASIL, 2015). O SAMU tornou-se o principal serviço de APH móvel em todo o Brasil, dispondo do médico como tripulante e por contribuir de forma exitosa na redução das taxas de mortalidade por acidentes de trânsito e nas ocorrências de caráter clínico (BRASIL, 2011).

O SAMU possui atendimento padronizado que abrange as vias públicas, residências, catástrofes, com funcionalidade nas 24 horas, contando com uma Central de Regulação de Urgências-CRU. A partir da determinação da gravidade do trauma o médico regulador determina qual recurso será enviado, ao responder o chamado telefônico, pelo número 192 (MINAYO, 2015).

O suporte pré-hospitalar móvel no Brasil designa-se pela responsabilidade médica em atender a vítima e para os bombeiros militares fica a incumbência de retirar os vitimados em locais de difícil acesso (MINAYO, 2008). Este último atua também na identificação de situações de risco que ofereçam perigo para a equipe e ao cliente, podendo exercer o Suporte Básico de Vida, com supervisão direta ou indireta do médico (LANCINI, 2015). O princípio é estabilizar a vítima e encaminhá-la a uma unidade hospitalar ou pré-hospitalar fixa, para cuidados posteriores. O atendimento pré-hospitalar é essencial para ofertar um suporte primordial a esse novo cenário, seguindo o princípio da equidade em um evento onde há várias vítimas (SIMÕES, 2012), tendo em vista o transporte seguro tanto para traumas ou emergências psíquicas, obstétricas ou pediátricas (BRASIL, 2002).

No atendimento do SAMU 192, a avaliação primária e o transporte para um centro especializado, como atendimento inicial, é indispensável para diminuir as ocorrências de lesões que restrinjam a vida do politraumatizado (OLIVEIRA, 2012). As composições de sua equipe multidisciplinar são divididas em Suporte Básico de Vida-SBV, ao qual não há medidas invasivas, sendo tripulada por técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e os condutores do veículo de emergência. O Suporte Avançado de Vida-SAV envolve o manejo de maior complexidade e de situações com risco de morte, sendo composto por profissionais de nível superior como médicos, enfermeiros, além dos condutores de veículo de emergência (OLIVEIRA, 2016).

O atendimento pré-hospitalar móvel primário ocorre quando a solicitação de socorro é realizada por qualquer cidadão, já o APH móvel secundário é resultante de um serviço de saúde, neste caso a vítima já foi atendida primariamente e o seu quadro clínico estabilizado. Entretanto, o paciente necessita ser transferido para uma unidade de maior complexidade que atenda a demanda do seu tratamento (BRASIL, 2002).

A assistência passa por diversos atores, demandando uma necessidade de organização entre as funções, onde é primordial estabelecer uma dinâmica, com agilidade e destreza entre os profissionais. Tais ações contribuem para a otimização do serviço, conferindo ao paciente uma assistência de qualidade, favorecendo seu quadro clínico.

O período de execução da assistência é crucial para o prognóstico positivo da vítima, logo, quanto mais precocemente foi o atendimento e melhor a capacitação do profissional que estiver prestando socorro, melhor será sua estabilização e recuperação. Nesse sentido, é válido ressaltar as funções de cada integrante do serviço móvel: o enfermeiro desempenha ações assistenciais, administrativas e operacionais. O técnico/auxiliar de enfermagem profissional de nível médio exerce ações auxiliares básicas e atendimento de menor complexidade, recebendo as orientações do médico regulador. O condutor do veículo possui nível médio, habilitado e capacitado a conduzir veículos de urgência padronizados pelo código sanitário (SIMÕES, 2012).

O êxito do APH está pontualmente atrelado às chances de sobrevivência do indivíduo acidentado. Haja vista que, os óbitos ocorrem em tempos distintos: o primeiro de forma imediata, logo após a lesão, o segundo acontece algumas horas após o acidente e, o terceiro 24 h depois, devido ao colapso de órgãos e/ou infecção. Na existência de múltiplas vítimas a probabilidade de êxito é estatisticamente menor, tendo em vista que haverá divisão da assistência e dos materiais (SIMÕES, 2012).

Apesar de a terapêutica definitiva não ser efetuada no ambiente extra-hospitalar, algumas condutas críticas são executadas no local da ocorrência, particularmente em situações de maior gravidade (SIMÕES, 2012). O PHTLS, protocolo internacional que norteia a conduta dos profissionais que atuam nas situações de emergências, infere parâmetros para dinamizar a assistência, as quais são regidas por letras: o A corresponde à abertura das vias aéreas e a estabilização da coluna cervical, onde poderá haver a necessidade de aspirar narinas e boca, além de retirar corpos estranhos que possam dificultar o processo espontâneo de respiração (PHTLS, 2016).

A oferta de oxigênio suplementar será administrada com volume de acordo a necessidade da vítima. Ainda nesta abordagem são realizados o controle e estabilização da coluna cervical, visto que em traumas o comprometimento pode ser maior, e quando manipulado de maneira inadequada, sequelas importantes poderão ser geradas. A princípio a manipulação será manual e o mais rápido possível com a administração segura do colar cervical. O B designa-se a respiração, que é verificada através da visualização da expansão torácica e ausculta da região torácica e abdominal, a fim de identificar obstruções das vias aéreas superiores ou inferiores (PHTLS, 2016).

O próximo passo é descrito pela letra C que expõe sobre o controle da circulação, verificação do pulso central, ausculta cardíaca em busca de disfunções valvulares, ou sons inaudíveis, e/ou anormalidades da frequência ou ritmo do miocárdio. Há também a observação da coloração da pele, em especial, as mucosas e extremidades que possam constatar perda de volume, além da verificação de lesões e sangramentos importantes (PHTLS, 2016). A reposição volêmica pode se fazer necessária, dessa forma a punção venosa periférica deverá ser realizada com cateter calibroso para melhor abrangência do líquido a ser infundido.

A letra D é a realização da análise da capacidade neurológica, sendo a escala de Glasgow a mais utilizada, tendo como parâmetros: melhor resposta ocular, melhor resposta verbal e motora. Cada um dos parâmetros listados recebe uma pontuação, sendo o somatório dos valores entre nove e quinze, indicativo de bom nível de consciência da vítima. (PHTLS, 2016).

Por fim, a letra E corresponde à exposição completa do corpo da vítima. Nessa etapa serão observadas lesões que não foram visualizadas nas abordagens anteriores. Em seguida é realizado o aquecimento da vítima, visando evitar quadros de hipotermia ou choque (PHTLS, 2016).

Uma avaliação minuciosa se faz imprescindível para determinar a intensidade da dor, a qual gera prejuízos importantes à vítima como a desestabilização da pressão arterial, perda de volumes através da intensificação de hemorragias e aumento da sudorese, ventilação inadequada ou insuficiente devido à menor oferta de oxigênio aos músculos, hipoventilação ou hipóxia. A avaliação da queixa algica deve ser realizada durante o atendimento e reavaliada constantemente. Esta análise determinará a conduta terapêutica a ser adotada (PEREIRA, 2006).

O tempo de atendimento será o necessário para a estabilização do quadro da vítima durante o trajeto de condução até a unidade especializada mais próxima. O momento gasto até a efetivação do tratamento definitivo possui grande impacto no prognóstico da vítima. O *Committee on Trauma of American College of Surgeons*, dos EUA, define o intervalo máximo de 20 minutos como o período ideal para que os primeiros procedimentos sejam realizados em casos graves (MINAYO, 2008).

Devido aos altos custos e aos índices crescentes de acidentes de trânsito, incluindo óbitos e feridos, o Governo Federal, através do Ministério da Saúde tem priorizado estratégias que visam à diminuição dessas ocorrências, podendo ser citada a Política Nacional de Atenção às Urgências em 2002, mais tarde reformulada para Rede de Atenção às Urgências-RAU em 2011. Tal reformulação incluiu distintas portarias, contando com Serviço Móvel de Urgências, tendo como objetivo regulamentar os atendimentos pré e intra-hospitalares, organizando-os financeiramente, além de capacitar os profissionais atuantes, integrando as ações junto ao Corpo de Bombeiros (RIBEIRO, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pôde constatar que as ocorrências de trauma por acidentes de trânsito são mais frequentes em jovens do sexo masculino, sendo as colisões mais recorrentes nos finais de semana, durante o período noturno, e que os carros de passeio e as motocicletas estão entre os veículos mais envolvidos. Em virtude disso, verificou-se a importância do atendimento precoce, entendendo que uma assistência de qualidade na dinâmica pré-hospitalar, leva ao aumento das taxas de sobrevivência, até que o transporte para uma unidade de saúde fixa seja possível, para então receber diagnóstico e tratamento definitivos.

A inserção do APH móvel aumentou o índice de sobrevivência em traumas por acidentes de trânsito. Tal avanço foi possível, haja vista a agilidade das equipes em adentrar locais de

difícil acesso, a eficácia em atendimentos imediatos, além da capacitação especializada e o comprometimento dos profissionais. Aliados a tais fatores, essenciais para o sucesso do atendimento, também deve ser consideradas as adversidades sofridas pelos profissionais do APH, atribuídas a fatores externos como exposição à violência e à própria natureza do trabalho desempenhado.

Por fim, a análise deste estudo apontou para a necessidade de intensificar medidas educativas para pedestres e motoristas, no intuito de reduzir as imprudências no trânsito e, conseqüentemente, os acidentes em vias públicas. Além disso, torna-se pertinente o aumento de investimentos em campanhas de conscientização por instâncias governamentais, bem como a criação de políticas públicas que visem minimizar os índices de óbitos, e programas de capacitação para os profissionais do APH.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.048 de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.**

Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_2048_B.pdf. Acesso em: 25 ago. 2017.

_____. **Portaria. GM/MS nº 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Diário Oficial da União. Brasília, 2001.

_____. **DATASUS, 2005. Indicadores de Saúde e Morbidade.** Brasília-DF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>. Acesso em: 04 mai. 2012.

_____. **Portaria GM/MS nº 1864 de 29 de setembro de 2003.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nac_urgencias.pdf. Acesso em: jan. 2015.

_____. **Secretaria de Vigilância em Saúde.** Departamento de Análise de Situação de Saúde. A Vida no Trânsito: projeto vida no trânsito plano de ação componente nacional. Brasília-DF. Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Política Nacional de Atenção às Urgências.** 3. ed. ampliada. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006, p, 256.

_____. **DATASUS, 2017. Indicadores de Saúde e Morbidade.** Brasília-DF, 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fruf.def>. Acesso em: 25 ago. 2017.

_____. **Portaria GM/MS nº 1864 de 29 de setembro de 2003.** Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União. Brasília-DF, 2009.

_____. **IPEA-DENATRAN-ANTP. Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras.** Relatório executivo. Brasília-DF, 2006.

GOMES, SL; SANTOS, YA; DOURADO, SBPB; COELHO, DMM e MOURA, MEB. Perfil das vítimas de acidentes motociclísticos admitidas nas terapias intensivas de um hospital público. **Rev. Enferm. UFPE. Online.** 2014, 8 (7): 2004-12.

LANCINI, AB; PREVÊ, Bis. **O Processo de Trabalho das Equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** (SAMU-2015). Disponível em: <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/Anais-GSP-Volume-4-Artigo-1.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2015.

MEISLER, R; THOMSEN, AB; BORGES, P; TRESCHOW, M et al. **Age-related, differences in mechanism, cause, and locations of trauma deaths.** *Minerva Anesthesiol.* 2011.

MINAYO, MCS; DESLANDES, SF. **Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras.** *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 8. Rio de Janeiro-RJ, 2010.

NORMAN, EM; SCOTT, FSJP. **PHTLS - Atendimento Pré Hospitalar ao Traumatizado.** 6. ed. Elsevier. São Paulo-SP, 2007.

OLIVEIRA, AS; RODRIGUES, MP; NURS, J. **Educação permanente sob a ótica de profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência.** 2015 July [cited 2016 mar 5]; Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/7744/12766> Acesso em: 05 mar. 2016

OLIVEIRA, DWM; MACEDO, FPA. Epidemiologia de acidentes urbanos com atendimento móvel de urgência. **Rev. Saúde Desenvolvimento**, 1(1): 107-26. Santarém-PA, 2012.

PEREIRA, WAP; LIMA, MADS. **A organização tecnológica do trabalho no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito.** *Ciência Cuidado e Saúde.* 5(2):127-34. Campinas-SP, 2006.

RIBEIRO, NCA; BARRETO, SCCH; SOUSA, RMC. O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. **Rev Esc. Enferm. USP.** Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100020>. Acesso em: 01 jul. 2014.

SILVA, JG. Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 12 (4). São Paulo-SP, 2009.

SILVA, PHNV; LIMA, MLCM; SOUZA, WVC. Estudo espacial da mortalidade por acidentes de motocicleta em Pernambuco. **Rev. Saúde Pública**, vol. 45, n. 2, p. 409-415.

SIMÕES, RL. Atendimento pré-hospitalar às múltiplas vítimas com trauma simulado. **Rev. Col. Bras, Cir.** v. 39, n. 3, Junho. Rio de Janeiro-RJ, 2012.

2SOCIEDADE, Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado-SABAIT. **Liga Acadêmica de Trauma-Núcleo de Prevenção**. Universidade Federal de Goiás e UFG. Disponível em: <http://www.ligadetrauma.ufc.br/iprojeto.html>.

WAISELFISZ, JJ. **Os novos padrões da violência homicida no Brasil**. Instituto Sangarl. São Paulo, 2012.

WORLD, Health Organization-WHO. **Global Status Report on Road Safety Time for action**. Geneva, 2009.

_____. **The Global Burden of Disease 2004 update**. Geneva, 2008.