

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA - Á POLITÉCNICA

Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala-ISPUNA

Licenciatura em Enfermagem

**Cuidado de Enfermagem à Pacientes pós-operados por Traumatismo Abdominal no  
sector de Cirurgia do Hospital Central de Nampula no intervalo de Janeiro 2020 à  
Dezembro de 2021**

José Francisco

Nacala-Porto, Fevereiro de 2023

José Francisco

**Cuidado de Enfermagem à Pacientes pós-operados por Traumatismo Abdominal no  
sector de Cirurgia do Hospital Central de Nampula no intervalo de Janeiro 2020 à  
Dezembro de 2021**

Monografia a ser apresentado ao Instituto Superior  
Politécnico e Universitário de Nacala-ISPUNA,  
como requisito para obtenção do grau de  
Licenciatura em Enfermagem Geral.

**Orientador:** Humberto Salamandane

---

Nacala - Porto, Fevereiro de 2023

## Índice

Dedicatória.....	vi
Agradecimentos.....	vii
Parecer do supervisor.....	viii
Termo de compromisso .....	ix
Resumo .....	x
Abstract.....	xi
I. Lista de Acrónimos, siglas e seus respectivos significados.....	xii
II. Lista de Gráficos .....	xii
CAPÍTULO I.....	13
1. Introdução .....	13
1.1. Tema .....	14
1.2. Delimitação do Tema.....	14
1.3 Problematização .....	15
1.4. Justificativa.....	16
1.5 Objectivo .....	17
1.5.1 Geral.....	17
1.5.2 Específicos .....	17
1.6 Pergunta de Partida.....	18
CAPITULO II: REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2. Anatomia abdominal .....	19
2.1 Traumatismo Abdominal .....	19
2.2.1 Mecanismo de lesão do trauma .....	20
2.2.2 Classificação do Traumatismo Abdominal .....	21
2.2.2.1 Traumatismo abdominal Aberto ou Penetrante .....	21
2.2.2.2 Traumatismo Fechado ou não penetrante.....	22
2.3 Sinais e sintomas .....	23
2.4 Medidas auxiliares do exame abdominal .....	24
2.5 Diagnóstico .....	25
2.7 Exames complementares.....	26
2.8 Tratamento .....	29
2.9 Tratamento não operatório .....	32
2.10 Tratamento cirúrgico.....	33

2.11 Cuidado pós-operatório.....	34
2.11.1 Factores que favorecem a infecção .....	34
2.12 Cuidados de Enfermagem pós-operatório à pacientes por TA.....	34
2.12.1 Dor aguda .....	36
2.12.2 Complicações da dor.....	37
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>40</b>
<b>3. Metodologia .....</b>	<b>40</b>
3.1 Método de abordagem .....	40
3.2 Tipo de pesquisa .....	40
3.2.1. Quanto a abordagem .....	40
3.2.2. Quanto a natureza .....	40
3.2.3. Quanto ao objectivo .....	41
3.2.4 Método de procedimento.....	41
3.3 Universo ou População .....	41
3.4 Amostra da pesquisa .....	41
3.5 Colecta de dados .....	42
3.6 Variáveis de estudo.....	43
3.7 Procedimentos Éticos e Legais .....	43
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>44</b>
<b>4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS .....</b>	<b>44</b>
4.1 Caracterização da Amostra .....	44
4.1.1 Categoria profissional .....	44
4.1.2 Anos de experiência profissional.....	44
4.2 Dados da entrevista dirigido aos profissionais de saúde.....	45
4.2.1 Já ouviu falar sobre o traumatismo abdominal? .....	45
4.2.2. Quais são os tipos de traumatismo abdominal que conheces? .....	45
4.2.3. Quais são as principais causas do Traumatismo Abdominal?.....	45
4.2.4 Quais são as complicações pós-operatórias nos pacientes com traumatismo Abdominal? .....	46
4.2.5 Quais são os cuidados pós – operatórios para um paciente com traumatismo abdominal? .....	46
4.3 Dados da observação .....	49
4.3.1 Idade, Sexo e Raça.....	49
4.3.2 Tipo de traumatismo Abdominal .....	49

4.3.3 Causas do Traumatismo Abdominal.....	49
4.3.4. Cuidados pós-operatórios prestados .....	50
Referências bibliográficas.....	54
Anexos .....	55
Apêndices.....	56

## **Dedicatória**

Este trabalho dedico particularmente a minha esposa e aos meus filhos, eles que são o verdadeiro motivo de me dedicar muito mais nessa vida.

## **Agradecimentos**

Este trabalho é um símbolo de confiança, é resultado da colaboração de pessoas significativas, que sempre me apoiaram incondicionalmente, principalmente nas horas difíceis que vivi durante estes quatro anos.

À minha família, pela força que recebi durante minha formação, que, sem eles, não teria conseguido realizar mais esse projecto de vida.

Aos meus colegas do curso por serem grandes companheiros durante esta batalha, uma vez que compartilharam das mesmas dificuldades e superação ao longo desses anos. A todas as pessoas que de uma forma ou de outra me ajudaram nesse caminho.

Aos enfermeiros do Hospital Central de Nampula em especial dos serviços da Cirurgia pelo apoio e acolhimento.

Ao meu orientador Humberto Salamandane, um especial obrigado pela disponibilidade, confiança, encorajamento, por ter acreditado em mim e no meu potencial.

*A todos muito obrigado!*

### **Parecer do supervisor**

**Humberto Salamandane**, na competência de supervisor do trabalho de culminação do curso de licenciatura em Enfermagem Geral, que tem como tema **Cuidado de Enfermagem à Pacientes pós-operados por Traumatismo Abdominal no sector de Cirurgia do Hospital Central de Nampula no intervalo de Janeiro 2020 à Dezembro de 2021**, após de me ter informado sobre o trabalho, confirmo que os requisitos científicos do Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala foram cumpridos.

Nacala-Porto, Fevereiro de 2023

---

**(Humberto Salamandane)**

**Termo de compromisso**

**José Francisco**, declaro pela minha honra que este trabalho de culminação do curso é trabalho de esforço próprio e está a ser submetida para a obtenção do grau académico de Licenciatura em Enfermagem Geral no Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala.

**Nacala-Porto, Fevereiro de 2023**

---

**(José Francisco)**

## **Resumo**

**Objectivo geral:** Descrever o cuidado de enfermagem prestado à pacientes pós-operados por Traumatismo Abdominal Hospital Central de Nampula;

**Metodologia:** Trata-se de estudo transversal descritivo e retrospectivo realizado no HCN a partir da revisão de processos clínicos e entrevista aos profissionais de saúde. No período de **Janeiro 2020 à Dezembro de 2021**, foram selecionados 50 pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico por traumatismo abdominal no HCN. Os seguintes parâmetros foram analisados retrospectivamente: idade, sexo, raça, tipo de traumatismo abdominal, causas do traumatismo abdominal, cuidados prestados no caso de traumatismo abdominal.

**Resultados e Discussão:** Os factores como sexo e idade demonstraram significância no aumento da incidência de casos de traumatismo abdominal. Referente a pacientes pós-operados por traumatismo abdominal, foi possível verificar que os pacientes tinham a idade compreendida entre 10-44 anos, dos quais 40 do sexo masculino e 10 do sexo feminino, sendo todos da raça negra. Também foi notório dos processos que, 35 pacientes que faz 70% dos casos, deram entradas por traumatismo abdominal fechado e os restantes 15 pacientes perfaz 30% dos casos deram entrada por traumatismo abdominal aberto.

No que tange as intervenções de enfermagem constatou-se que os enfermeiros fazem o necessário para uma boa prestação de cuidados ao paciente pos-operado por traumatismo abdominal, mas com implementação de um protocolo nessa área e com mais formações em trabalho na área cirurgia sobre o manejo dos pacientes pos-operados por traumatismo abdominal, conseguiram atingir um patamar melhor para qualificação no serviço da cirurgia do Hospital Central de Nampula. Os resultados apontam para a necessidade de formação dos enfermeiros na área da saúde que diz respeito aos cuidados prestados a paciente com Traumatismo abdominal.

**Conclusão:** Assim com essa investigação, propõe-se criação e implementação de um plano de cuidados pelo enfermeiro a pacientes de todas faixas etárias , tornando o cuidado sistemático e universal, e proporcionando ao paciente uma evolução estável e uma recuperação saudável.

**Palavras-chave:** Traumatismo abdominal, Intervenções de enfermagem, Hospital Central de Nampula.

## **Abstract**

**General objective:** To describe the nursing care provided to post-operated patients by Abdominal Trauma Hospital Central de Nampula;

**Methodology:** This is a descriptive and retrospective cross-sectional study carried out at HCN based on the review of clinical processes and interviews with health professionals. From January 2020 to December 2021, 50 patients were selected and underwent surgical treatment for abdominal trauma at the HCN. The following parameters were retrospectively analyzed: age, sex, race, type of abdominal trauma, causes of abdominal trauma, care provided in case of abdominal trauma.

**Results and Discussion:** Factors such as gender and age have shown significance in increasing the incidence of cases of abdominal trauma. Regarding post-operative patients due to abdominal trauma, it was possible to verify that the patients were aged between 10-44 years, of which 40 were male and 10 female, all of whom were black. It was also clear from the processes that 35 patients, which makes up 70% of the cases, were admitted due to blunt abdominal trauma and the remaining 15 patients, which makes up 30% of the cases, were admitted due to open abdominal trauma.

With regard to nursing interventions, it was found that nurses do what is necessary to provide good care to post-operated patients due to abdominal trauma, but with the implementation of a protocol in this area and with more work training in the area of surgery on the management of post-operated patients due to abdominal trauma, managed to reach a better level of qualification in the surgery service of the Hospital Central de Nampula. The results point to the need for training nurses in the health area with regard to the care provided to patients with abdominal trauma.

**Conclusion:** As with this investigation, it is proposed the creation and implementation of a care plan by the nurse for patients of all age groups, making systematic and universal care, and providing the patient with a stable evolution and a healthy recovery.

**Keywords:** Abdominal trauma, Nursing interventions, Nampula central hospital

## **I. Lista de Acrónimos, siglas e seus respectivos significados**

ATLS- Advanced Trauma Life Support

HCN- Hospital Central de Nampula;

ISPUNA – Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala

TA- Traumatismo Abdominal

TAA- Traumatismo Abdominal Aberto

TAF- Traumatismo Abdominal Fechado

## **II. Lista de Gráficos**

**Gráfico 1:** Quais são os tipos de traumatismo abdominal que conheces?

**Gráfico 2:** Como tem sido feito a monitoria de pacientes dos pacientes pós-operados por traumatismo abdominal?

**Gráfico 3:** Quais são as complicações pós-operatórias nos pacientes com traumatismo Abdominal?

**Gráfico 4:** Quais são os cuidados pós-operatórios para um paciente com traumatismo abdominal?

**Gráfico 5:** Tipo de traumatismo Abdominal

**Gráfico 6:** Causas do Traumatismo Abdominal

## **CAPÍTULO I**

### **1. Introdução**

No âmbito da culminação do curso de licenciatura em enfermagem Geral do Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala- ISPUNA, foi elaborado o presente trabalho permitirá a obtenção do grau de licenciatura em enfermagem geral, pelo que a meticulosidade com que é construída é fulcral.

O tema desta Monografia é “Cuidado de Enfermagem à Pacientes pós-operados por Traumatismo Abdominal no sector de Cirurgia do Hospital Central de Nampula no intervalo de Janeiro 2020 à Dezembro de 2021.”.

O traumatismo abdominal é responsável por um número expressivo de mortes evitáveis. A cavidade intra-peritoneal, juntamente com a cavidade torácica, o espaço retroperitoneal (sobretudo na presença de fracturas de bacia) e as fracturas de ossos longos, são os locais do organismo que comportam sangramentos capazes de levar à morte por choque hemorrágico. Tem provocado aumento da taxa de mortalidade, aumento da estadia dos pacientes nas enfermarias e tem sido visto como sendo um dos factores de risco para desencadear diferentes doenças. Dados indicam que a cada ano tem aumentado o número de pacientes com traumatismo abdominal devido aos factores desencadeastes, fazendo com que muitas pessoas sofram desta patologia. Doravante, pode ter várias consequências como a morte, aumento da taxa de internamento, úlceras de pressão, relacionado a falta de mobilidade dos pacientes, feridas pós-operatórias infectadas, e várias consequências. Essas e outras consequências acontecem devido a alguma fragilidade na assistência aos pacientes no pós-operatório.

Portanto, uma avaliação rigorosa do abdómen e uma correcta orientação irão reduzir os erros na interpretação e os impactos desfavoráveis na evolução do paciente. Os Traumatismos Abdominais são um problema de saúde pública com um importante impacto pessoal, familiar, económico e social, devido às suas consequências a longo prazo que comprometem gravemente a funcionalidade do indivíduo lesado em diferentes áreas e que levam a incapacidades prolongadas ou permanentes

A monografia ira abordar sobre ás definições, as causas, os sinais e sintomas, o mecanismo fisiopatológico do traumatismo abdominal, as classificações, os meios de diagnostico necessários para a determinação dos diagnósticos do traumatismo abdominal, do tratamento, das possíveis complicações e dos cuidados de pós-operatórios que pode fazer perante pacientes pós-operados por traumatismo abdominal.

### **1.1. Tema**

Para Lakatos & Marconi (2003, p.158) “tema é o assunto que se deseja estudar e pesquisar e, pode perdurar por toda a pesquisa, onde nesse caso, deverá ser frequentemente revisto”.

O presente Monografia tem como tema: **Cuidado de Enfermagem à Pacientes pós-operados por Traumatismo Abdominal no sector de Cirurgia do Hospital Central de Nampula no intervalo de Janeiro 2020 à Dezembro de 2021.**

### **1.2. Delimitação do Tema**

Segundo Lakatos & Marconi (2003, p. 161) delimitar a pesquisa é estabelecer limites para a investigação. Partindo deste conceito este estudo será desenvolvido no Distrito de Nampula, Província de Nampula concretamente no Hospital Central de Nampula no período compreendido de Janeiro 2020 à Dezembro de 2021, no qual visa compreender qual é o cuidado de enfermagem prestado à pacientes com Traumatismo Abdominal no sector de Cirurgia do Hospital Central de Nampula. A preferência deste local é de trata-se da unidade sanitária de referência regional (região norte do país), e também por ser local de realização do estágio Rural e integral do estudante. O tema faz parte da cadeira de Enfermagem em Urgências e Emergências Cirúrgicas.

### 1.3 Problematização

O trauma é um dos maiores problemas de saúde a nível mundial, sendo uma das principais causas de morte e morbidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, incluindo Moçambique. É considerada a primeira causa de morte em indivíduos entre os cinco e os 44 anos, ou seja, são crianças, adolescentes, jovens e adultos, pela maior exposição destes indivíduos aos acidentes e a violência urbana (ATLS, 2000, p. 19).

As unidades de emergência hospitalar recebem vários pacientes por dia, dentre os quais, alguns com risco iminente de vida. Observa-se que a procura por este serviço está cada vez maior devido às causas externas, e é considerada uma das principais causas de morbimortalidade no mundo.

O Hospital Central de Nampula, não é exceção a essa demanda de pacientes procurando os cuidados médicos. Relativamente ao cuidado de Enfermagem à pacientes com Traumatismo Abdominal verifica-se que certos casos de traumatismo abdominal têm evoluído com complicações tais como: choque hipovolémico, sepsis e morte. Tendo enfoque aos cuidados de enfermagem de emergência, destaca-se importância da assistência de enfermagem na especificidade e complexidade do cuidado prestado a essas vítimas, que apresentam condições clínicas diferenciadas decorrentes da gravidade das lesões traumáticas.

Os casos de traumatismo abdominal são situações consideradas de emergência, isto quando o indivíduo apresenta condições, que exigem intervenções imediatas de uma equipe de saúde, pois qualquer retardamento no atendimento e na implementação de medidas terapêuticas aumentam, substancialmente, a gravidade do quadro, além de representar ameaça potencial à vida do usuário ou severas complicações da lesão. Verificou se também certos profissionais de saúde que mostraram ter dificuldades na prestação dos cuidados que visam a prevenção de complicações que consequentemente por alguma fragilidade no manuseio de pacientes com traumatismo abdominal estes casos têm culminado em complicações severas que até mesmo podem levar a mortes destes pacientes.

Vale destacar ainda que a demanda do tratamento intensivo reflecte directamente na carga de trabalho de enfermagem, emergindo a necessidade de estratégias que assegurem o melhor uso de recursos humanos, quantidade suficiente de profissionais, assistência segura e de qualidade e de estabelecimentos equipados. Deste modo o presente estudo será guiado pela seguinte pergunta de partida: **Qual é o cuidado de enfermagem prestado aos pacientes de Traumatismo Abdominal no Hospital Central de Nampula?**

#### **1.4. Justificativa**

Nos últimos anos, o crescente aumento das causas externas, nas quais incluem os acidentes e violências, tem chamado a atenção da saúde pública para o desenvolvimento de estudos nessa área, sobretudo por serem caracterizados como eventos súbitos e inesperados, acometendo principalmente a população jovem. Eles são responsáveis por parte substancial da morbimortalidade em geral, com elevado e considerável custo socioeconómico.

O trabalho surge no âmbito da conclusão do curso de enfermagem geral, para a obtenção do grau de licenciado pela Universidade Politécnica. A preocupação em estudar esta problemática surge mediante a ocorrência de altas incidências de casos de Traumatismo Abdominal no Hospital Central Nampula que na maioria das vezes culminaram em complicações.

Não obstante a incidência do Traumatismo Abdominal no Distrito de Nampula, é importante referir que alguns casos têm evoluído com complicações (choque hipovolémico, sepsis e morte). Salientar que a escolha do tema surgiu do interesse pessoal e profissional em tentar perceber quais são as intervenções dos enfermeiros, bem como as suas limitações que tem tido durante a prestação dos cuidados de enfermagem em pacientes com Traumatismo Abdominal no sector de cirurgia do Hospital Central Nampula. Por outro lado, a pesquisa visa demonstrar a importância dos procedimentos de enfermagem prestados durante a assistência de enfermagem nos pacientes com Traumatismo Abdominal. Além disso, destacar as possíveis intervenções de enfermagem realizadas pelos enfermeiros frente a uma Traumatismo Abdominal.

Atendendo e considerando que os Traumatismos Abdominais são considerados emergência médica e cirúrgica carecem de intervenções imediatas e complexas, daí que a realização desta pesquisa visa melhorar o cuidado de enfermagem prestado à pacientes de Traumatismo Abdominal. A pesquisa torna-se relevante na medida em que ajudará os profissionais de saúde na sistematização do cuidado de Enfermagem prestado no pós-operatório de pacientes com Traumatismo Abdominal, fazendo com que, deste modo, haja redução das taxas de mortalidade por Traumatismo Abdominal em todas unidades sanitárias com os serviços de Cirurgia em todo país.

Feita uma breve análise do problema, verifica-se uma grande relevância na realização desta pesquisa uma vez que servirá de um instrumento importante para a conciliação dos conhecimentos teórico-prático para académicos que pretendem abraçar esta área, constituirá

ainda este estudo uma ferramenta de consulta para estudantes universitários, além de proporcionar imensos saberes para a sociedade no geral.

## **1.5 Objectivo**

Piletti (2004, p. 80), diz que "o termo objectivo diz respeito a um fim que se pretende atingir; é uma descrição clara dos resultados que desejamos alcançar numa certa actividade".

### **1.5.1 Geral**

De acordo com Marconi e Lakatos (2003) o objectivo geral “está ligado a uma visão global e abrangente do tema.” Esta visão permite ao pesquisador compreender o todo da pesquisa.

Neste contexto para esta pesquisa o objectivo geral é: *Descrever o cuidado de enfermagem prestado à pacientes pós-operados por Traumatismo Abdominal Hospital Central de Nampula;*

### **1.5.2 Específicos**

Para Andrade (2009) os objectivos específicos referem-se ao tema ou assunto propriamente dito e definem as etapas que devem ser alcançadas para alcançar o objectivo geral de pesquisa.

De acordo com Marconi e Lakatos (2003) os objectivos específicos “apresentam carácter mais concreto permitindo de um lado, atingir o objectivo geral e, de outro, aplicá-lo a situações particulares. ” Portanto, os objectivos específicos são o desmembramento do objectivo geral, facilitando o percurso da pesquisa. Assim sendo os objectivos específicos traçados para esta pesquisa são:

- ✓ Mencionar o Cuidado de Enfermagem prestado à pacientes pós-operados por Traumatismo Abdominal no sector de Cirurgia do Hospital Central de Nampula;
- ✓ Verificar as complicações pós-operatórias nos pacientes atendidos no sector de Cirurgia do Hospital Central de Nampula;
- ✓ Identificar as implicações da realização de procedimentos errados no pós-operatório aos pacientes com Traumatismo Abdominal no sector de Cirurgia do Hospital Central de Nampula.

## **1.6 Pergunta de Partida**

Uma pergunta de pesquisa é a declaração de uma indagação específica que o pesquisador deseja responder para abordar o problema de pesquisa. As questões de pesquisa muitas vezes têm origem na própria prática do profissional. Um determinado procedimento, até então por ele realizado empiricamente e com resultados clínicos positivos, pode ser alvo de uma investigação científica (Polit et al., 2004).

Partindo desses conceitos, as perguntas de partida para o presente estudo são:

- ✓ Quais são os cuidados pós-operatórios prestados à pacientes com Traumatismo Abdominal no sector de Cirurgia do Hospital Central de Nampula?
- ✓ Quais são as complicações pós-operatórias que os pacientes podem apresentar no sector de Cirurgia do Hospital Central de Nampula?
- ✓ Quais têm sido as dificuldades da actuação do enfermeiro no cuidado dos pacientes pós-operados por traumatismo abdominal no sector de Cirurgia do Hospital Central de Nampula?

## **CAPITULO II: REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2. Anatomia abdominal**

O limite cranial da região abdominal vai além das paredes laterais, se aprofundando dentro dos limites da cavidade torácica até o centro tendíneo do diafragma, e o seu limite caudal localizado profundamente à coxa. Os músculos que compõem a cavidade abdominal, dos mais superficiais para o mais profundo são o músculo oblíquo externo do abdome, oblíquo interno do abdome e transverso do abdome (CONSTANTINESCU, 2005, p. 345).

O abdome é considerado a maior cavidade do corpo, pois abriga a maior quantidade de órgãos, sendo clinicamente dividido em 4 regiões, superior direito e esquerdo e inferior direito e esquerdo (ZAKKA, TEIXEIRA e YENG, 2013, p. 45).

A cavidade abdominal é revestida por duas fáscias, a transversal e a endoabdominal onde as mesmas são revestidas pelo peritônio parietal (CONSTANTINESCU, 2005, p. 50).

O fígado é o principal sítio hemorrágico no abdome, quando ocorre TA (HEROLD et al., 2008). Para o diagnóstico do trauma hepático, realizam-se exames como lavado peritoneal, ultra-sonografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética.

O baço é o segundo principal órgão causador de hemoperitônio pós-traumático e está localizado ao lado esquerdo da cavidade abdominal não se estendendo muito ao longo do mesmo, deve apresentar consistência firme e lisa (CONSTANTINESCU, 2005, p. 345).

#### **2.1 Traumatismo Abdominal**

De acordo com Mattos e Silvério (2011, p. 57), afirma que trauma é toda lesão produzida por um agente mecânico ou físico. Traumatismo é o termo médico utilizado para definir lesões de extensão, intensidade e gravidade variáveis que podem ser produzidas por agentes diversos (físicos, químicos, psíquicos, entre outros) e de forma intencional ou acidental. O mesmo é percebido por muitos estudiosos como um evento devastador da sociedade moderna, posto que constitui uma epidemia silenciosa e letal, a ponto de lhe ser conferido status de problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência.

O trauma de abdome é um sofrimento resultante de uma ação súbita e violenta, exercida contra o abdome por agentes causadores sendo eles mecânicos, químicos, elétricos, térmicos ou radioativos. A incidência desse traumatismo vem aumentando progressivamente e sua gravidade é determinada pelas lesões de órgãos, estruturas vitais do abdome e pela associação com outras lesões, principalmente crânio e tórax. (RASSLAN, 1995 apud RIBAS FILHO et al 2008).

Segundo o ATLS (2000, p. 90), diz que O Traumatismo Abdominal é uma das causas mais comuns de morte nos doentes traumatizados podendo esta ser evitada. O abdómen é considerado a terceira região mais frequentemente afectada nos doentes politraumatizados, em que as lesões resultantes do traumatismo requerem uma intervenção cirúrgica. O traumatismo abdominal é considerado grave, na medida em que, existe a possibilidade de lesão visceral, a qual pode provocar alterações gerais tais como: peritonites e hemorragias.

A cavidade abdominal é constituída por órgãos sólidos (fígado, baço, pâncreas, rins) e órgãos ocos (esófago, estômago, intestino delgado, intestino grosso, recto, bexiga). Faz ainda parte da sua constituição vasos de grande calibre tais como: aorta, artérias ilíacas, vasos mesentéricos e veia cava inferior. Deste modo as lesões traumáticas das estruturas que constituem o abdómen podem provocar a morte imediata, devido essencialmente a hemorragia e choque e, posteriormente devido a infecção. Como tal, a lesão destes órgãos e estruturas pode provocar morte imediata tendo como mecanismos principais responsáveis a hemorragia maciça, o choque e a infecção.

### **2.2.1 Mecanismo de lesão do trauma**

O trauma ocorre quando uma força energética externa atinge o corpo, causando alterações estruturais ou fisiológicas e lesões diversas. Estas forças externas podem ser formas de energia de radiação, eléctrica, química ou mecânica. O conhecimento do mecanismo de lesão ajuda os profissionais de saúde a antecipar e predizer potenciais lesões internas (BORGES, 2005, p. 57).

Segundo American College of Surgeons (2000, p. 100), o traumatismo por impacto, resulta na maioria das vezes de acidentes motorizados, desportos de contacto, pancadas ou quedas. As lesões resultam de forças suportadas durante uma rápida mudança de velocidade (desaceleração). Como o corpo para subitamente, os tecidos e órgãos continua a deslocar-se para frente. Esta súbita mudança de velocidade causa lesões de que resultam lacerações ou esmagamentos das estruturas internas do corpo.

Segundo Borges (2005, p. 57), as lesões penetrantes resultam de agressões por armas brancas, de fogo ou empalamento com objectos estranhos que penetram na pele, com prejuízo das estruturas internas.

O mesmo autor diz ainda, que as lesões penetrantes podem ser ignoradas, o exterior da ferida não determina a extensão da lesão interna. Os projecteis de alta velocidade, por exemplo, podem criar cavidades interiores até 10 vezes superiores ao tamanho da bala. Vários fatores determinam à extensão do prejuízo sofrido em consequência de um traumatismo penetrante.

Armas diferentes e objectos diferentes causam tipos de lesões distintas. A gravidade da ferida depende do tipo de arma ou objeto, da distância e ângulo em que se insere no corpo.

Os mecanismos de lesão podem sugerir a intensidade das lesões, assim como alertar para a ocorrência de traumas específicos, para os quais o doente deve ser avaliado. Deve-se dar ênfase à obtenção e documentação de informações necessárias à triagem ao chegar ao hospital, como por exemplo, hora do trauma, eventos relacionados ao trauma e história do doente (ATLS, 2000, p. 45).

A exploração abdominal deve incluir uma exploração rectal detalhada, para determinar:

- ✓ Tónus do esfíncter.
- ✓ Integridade da parede.
- ✓ Presença de sangue.
- ✓ Posição da próstata

### **2.2.2 Classificação do Traumatismo Abdominal**

Segundo Bastos (2010, p. 56), diz que o trauma pode ser classificado de diversas formas, sendo mais consensual a divisão em trauma:

- ✓ **Aberto ou penetrante** (arma branca, arma de fogo, empalamento);
- ✓ **Fechado não penetrante** (Compressão; Esmagamento; Lesão por cinto de segurança; Lesões por aceleração/desaceleração bruscas).

Outras formas de trauma menos frequentes, e como tal não abordadas neste presente trabalho, incluem as queimaduras, associadas ou não com o trauma penetrante e não penetrante, e exposição a químicos, toxinas e radiação.

#### **2.2.2.1 Traumatismo abdominal Aberto ou Penetrante**

O TAA geralmente envolve a violação da cavidade abdominal por uma arma de fogo (AF) ou ferimento por arma branca (AB). Lesões por AB são 3 vezes mais frequentes que lesões por AF, mas com uma mortalidade muito inferior devido à baixa energia transmitida.

Segundo a ATLS (2000, p. 189), diz que aproximadamente 90% das mortes de TAA são causadas por ferimentos de AF. A incidência de TAA tem vindo a subir consideravelmente nos últimos anos. Muitos dos casos são resultado da violência urbana.

Os agentes penetrantes provocam lesões de forma directa, em função da trajectória e das estruturas que atravessam. Esta é limitada aos órgãos anatomicamente adjacentes à lesão quando por arma branca (4), que tem como órgãos preferenciais o fígado (40%), o intestino delgado (30%), o diafragma (20%) e o cólon (15%). Nas lesões por arma de fogo podem ocorrer diversas trajectórias ou serem provocadas lesões teciduais por forças de cavitação,

tendo como órgãos preferencialmente afectados o intestino delgado (60%), o cólon (42%), o fígado (29%), as estruturas vasculares (25%), o estômago (17%) e os rins (17%) (PEREIRA, *et al* 2007, p. 201).

O Traumatismo Abdominal Aberto (TAA) inclui dois tipos: penetrante e perfurante, que causa lesão intra-abdominal, conduzindo na maior parte das vezes à necessidade de exploração abdominal (laparotomia ou laparoscopia).

### **2.2.2.2 Traumatismo Fechado ou não penetrante**

PAVELQUEIRES (1997, p. 123) diz que O TAF é causado por uma energia cinética significativa, por impacto directo e pode ainda ser causado por desaceleração ou projecção. O TAF pode ser directo ou indirecto, o primeiro é devido, por exemplo, a lesões que provocam o impacto contra o cinto de segurança.

O indirecto resulta de lesões por mecanismos de aceleração/desaceleração durante um acidente. Ocorre quando há transferência de energia cinética, através da parede abdominal para os órgãos internos, provocando a sua lesão. As causas mais comuns de TAF são: os acidentes de viação, atropelamentos e quedas. Nesta situação de queda de um desnível o mecanismo que leva à lesão abdominal é a desaceleração súbita, que provoca a lesão dos órgãos sólidos e ocos da cavidade abdominal. O trauma com veículos é de longe a principal causa de TAF na população civil. No traumatismo fechado, o baço é o mais frequentemente afectado.

Os traumatismos fechados são muito difíceis de avaliar, especialmente no doente inconsciente. Estes doentes podem necessitar de uma lavagem peritoneal. Uma laparotomia exploradora pode ser o melhor instrumento diagnóstico para excluir lesões abdominais.

A ATLS (2000, p. 154) afirma que lavagem peritoneal de diagnóstico (LPD) pode ser útil para detectar a presença de sangue ou líquido peritoneal livre após um traumatismo abdominal. Os resultados podem ser altamente sugestivos, mas o seu valor foi exagerado como prova diagnóstica. Se há alguma dúvida, está indicado fazer uma laparotomia.

Entre as indicações para realizar uma lavagem peritoneal, inclui-se:

- ✓ Dor abdominal de etiologia desconhecida.
- ✓ Traumatismo na parte inferior do tórax.
- ✓ Hipotensão, ou queda do hematócrito sem causa aparente.
- ✓ Qualquer doente com traumatismo abdominal e com alteração do nível de consciência (drogas, álcool, dano cerebral)
- ✓ Traumatismo abdominal associado com traumatismo medular.

- ✓ Fraturas da bacia.

São contra-indicações relativas para uma LPD:

- ✓ Gravidez
- ✓ Cirurgia abdominal prévia.
- ✓ Falta de experiência do operador
- ✓ Se o resultado da prova não vai mudar a conduta com o doente.

### **2.3 Sinais e sintomas**

Todo paciente traumatizado deve ser atendido seguindo-se a sistematização do exame primário do Advanced Trauma Life Support (ATLS). Na avaliação do paciente com suspeita de trauma abdominal, todos os esforços concentram-se em se fazer o diagnóstico da presença de lesão abdominal, sendo de menor importância o diagnóstico topográfico específico da lesão.

De acordo com ATLS (2000, p. 165), o quadro clínico mais frequente é a presença de choque hemorrágico sem causa aparente. Devemos excluir outras causas de choque hemorrágico no tórax, retroperitônio/bacia e ossos longos. Também deve-se excluir causas de choque não hemorrágico.

BORGES (2005, p. 81) afirma que o uso de drogas opioides deve ser evitado em pacientes com hipovolemia, trauma cranioencefálico ou trauma abdominal, pois podem agravar a hipotensão, levar a depressão respiratória e impedir a valorização clínica dos achados.

O abdômen deve ser completamente inspecionado nas suas faces anterior e posterior como também as nádegas e a região perineal. A presença de escoriações, contusões, hematomas localizados e ferimentos abertos são sugestivos de trauma e devem ser bem caracterizados.

A ausculta do abdômen permite confirmar a presença ou ausência de ruídos hidroaéreos. A presença de sangue ou conteúdo gastrointestinal pode produzir íleo, resultando em diminuição dos ruídos hidroaéreos. A percussão do abdômen pode demonstrar som timpânico devido à dilatação gástrica no quadrante superior esquerdo ou macicez difusa quando hemoperitônio está presente (ATLS, 2000, p. 169).

A rigidez abdominal voluntária pode tornar o exame físico abdominal não confiável. De maneira contrária, a rigidez involuntária da musculatura abdominal é um sinal confiável de irritação peritoneal. A dor à descompressão brusca, geralmente, indica uma peritonite estabelecida pelo extravasamento de sangue ou conteúdo gastrointestinal. A presença de um útero gravítico e a determinação da sua altura podem estimar a idade fetal (JACINTO, 2016, p. 53).

Os sinais de irritação peritoneal podem indicar a necessidade de cirurgia, porém na presença de estabilidade hemodinâmica, particularmente, em traumas contusos, podemos realizar a tomografia computadorizada de abdome para estadiamento anatómico das lesões com a possibilidade de tratamento não operatório de traumas de vísceras parenquimatosas.

A compressão manual das cristas ilíacas ântero-superior pode mostrar movimento anormal ou dor óssea que sugere a presença de fractura pélvica em pacientes com trauma contuso do tronco.

De acordo com DACIN e CAVAZZOLA (2005, p. 254), o toque rectal deve ser parte obrigatória do exame físico do paciente politraumatizado, dando informações como a presença de sangue na luz rectal, fragmentos de ossos pélvicos que penetram o recto, a crepitação da parede posterior do recto (retropneumoperitônio), a atonia esfínteriana (lesão medular) e a posição alta da próstata (lesão uretral). Nos pacientes com ferimento abdominal penetrante por arma branca ou de fogo, a identificação da presença de sangue no toque rectal mostra que houve perfuração intestinal, cujo tratamento é cirúrgico, sem a necessidade de outras investigações específicas.

Da mesma forma, o exame vaginal na mulher pode caracterizar sinais de violência sexual, sangramentos e a presença de espículas ósseas decorrentes de fracturas pélvicas. O exame do períneo e do pênis pode demonstrar uretrorragia e hematoma de bolsa escrotal, sugerindo fortemente a presença de lesão uretral, o que contra-indica a sondagem vesical. Os ferimentos penetrantes da região glútea associam-se com uma incidência maior de 50% de lesão abdominal significativa.

O exame físico abdominal é importante, mas não é confiável. É importante ressaltar que o encontro de algum achado positivo no exame físico do abdómen deve sugerir a presença de uma lesão interna, porém sua ausência não afasta a possibilidade de lesão.

Assim, o seguimento clínico apropriado e a utilização de exames complementares, particularmente, os de imagem, são fundamentais.

## **2.4 Medidas auxiliares do exame abdominal**

### **2.4.1 Sonda nasogástrica**

O emprego da sonda gástrica visa a descomprimir o estômago, diminuindo o risco de aspiração. Pode, entretanto, detectar a presença de sangue levantando a suspeita de lesão no trato digestivo superior, uma vez afastado o sangramento deglutido das fracturas nasomaxilofaciais. As contra-indicações para a instalação da sonda nasogástrica são as

fracturas da face média e a suspeita da fractura da base do crânio. Nestes casos, deve-se utilizar a via orogástrica (POTTER, 2002, p. 126).

#### **2.4.2 Sonda vesical**

De acordo com POTTER (2002, p. 127), a sondagem vesical permite o controlo do débito urinário, que pode ser utilizado para se avaliar a resposta clínica à reposição volêmica. A Cateterização vesical também é importante para se avaliar o aspecto da urina.

A presença de hematuria macroscópica indica a possibilidade de lesão do trato urinário alto ou baixo. O emprego da sonda vesical está contra-indicado quando existem sinais sugestivos de lesão uretral que são: uretrorragia, o hematoma de bolsa escrotal ou de períneo e a próstata em posição elevada no toque rectal em pacientes do sexo masculino. Diante desses achados, uma uretrorristografia injectora deve ser realizada antes da tentativa de passagem da sonda vesical.

Caso não seja detectada lesão na uretra, pode se passar a sonda vesical.

### **2.5 Diagnóstico**

O avanço na tecnologia dos exames de imagem e a difusão destes exames pelos serviços de atendimento médico de emergência permitiram o diagnóstico mais rápido e preciso das lesões abdominais, diminuindo o risco de lesões despercebidas.

#### **2.6.1 Traumas não penetrantes ou fechados**

Os pacientes com instabilidade hemodinâmica e sinais óbvios de trauma abdominal devem ser submetidos à exploração cirúrgica imediata. Os pacientes conscientes, com mecanismo de trauma pouco sugestivo e sem achados suspeitos de trauma abdominal no exame físico, não necessitam ser investigados. Caso não haja outras suspeitas, podem receber alta hospitalar ou ser mantidos em observação clínica com exames clínicos repetidos. Todas as informações devem ser anotadas no prontuário médico e comparadas com as avaliações anteriores, de preferência, realizadas pelo mesmo médico, pois as alterações observadas no exame físico podem determinar uma investigação diagnóstica específica ou até a indicação cirúrgica presente (ATLS, 2000, p. 174).

Em todos os pacientes com rebaixamento do nível de consciência, com sinais positivos no exame físico ou com mecanismo de trauma que levem a suspeita de trauma abdominal devem ser submetidos à investigação diagnóstica para a confirmação ou exclusão de lesões abdominais.

## **2.6.2 Traumas penetrantes ou abertos**

Os pacientes com instabilidade hemodinâmica e sinais óbvios de trauma abdominal, tais como a evisceração com exposição de alças intestinais ou epíplon e a peritonite generalizada devem ser submetidos à exploração cirúrgica imediata.

DACIN e CAVAZZOLA (2005, p. 128), diz que a abordagem diagnóstica e de tratamento do trauma penetrante está lentamente mudando de uma indicação de exploração cirúrgica imediata para uma conduta conservadora em casos seleccionados, particularmente, nos ferimentos por arma branca. Esta alteração da conduta tem sido possível graças a uma maior acurácia do diagnóstico clínico, laboratorial e, particularmente, radiológico na avaliação e estadiamento de cada caso.

A utilização do exame físico isoladamente ou junto com diferentes métodos diagnósticos têm permitido a redução das laparotomias não terapêuticas e a eliminação das laparotomias negativas.

## **2.7 Exames complementares**

### **2.7.1 Exames laboratoriais**

Além da tipagem sanguínea e das provas cruzadas, amostras de sangue podem ser utilizadas para medidas de hematócrito/hemoglobina, leucometria, amilase, a dosagem de álcool ou outras drogas e testes de gravidez nas mulheres traumatizadas em idade fértil. Os valores iniciais de hematócrito e hemoglobina não reflectem a quantidade de sangramento intra-abdominal. Necessitam-se várias horas para que ocorra hemodiluição e para que haja reflexo nos valores do hematócrito. Assim, seu valor inicial pode servir como base de comparação (DACIN e CAVAZZOLA 2005, p. 130).

Enquanto NASI et. al. (2005, p. 165) afirma que os exames laboratoriais seriados, caracterizando mudanças como a queda da hematimetria, o aparecimento de leucocitose e o aumento da amilase podem ser indícios de lesão abdominal oculta. O exame de urina pode, eventualmente, auxiliar na constatação da presença de microhematúria, sugerindo a presença de lesão no sistema urinário em pacientes que estejam hemodinamicamente instáveis na admissão.

### **2.7.2 Exames radiológicos**

#### **2.7.2.1 Radiografias simples**

A radiografia simples de abdome é de pouca contribuição diagnóstica no trauma abdominal. No trauma contuso de abdómen, somente quando se deseja identificar a presença de ar livre na cavidade peritoneal e a integridade das cúpulas diafragmáticas, a radiografia simples de

tórax com cúpulas poderá caracterizar uma provável rotura de víscera oca ou hérnia diafragmática (PIRES, 2006, p. 54)

Se o paciente não puder ficar sentado ou de pé para a realização da radiografia devido à dor ou suspeita de fractura vertebral, a radiografia de abdome deve ser realizada com o paciente em decúbito lateral esquerdo.

### **2.7.2.2 Radiografias contrastadas**

Os estudos radiológicos contrastados poderão ser empregados em pacientes que apresentam estabilidade hemodinâmica, cuja indicação traga uma real contribuição diagnóstica.

A uretrocistografia injectora está indicada nos casos de suspeita de lesão uretral (uretrorragia, hematoma de períneo e próstata em posição elevada ou não palpável no toque rectal), antes da introdução de sonda vesical (DACIN e CAVAZZOLA 2005, p. 133).

### **2.7.2.3 Tomografia computadorizada**

De acordo ATLS (2000, p. 178), diz que a tomografia computadorizada não deve ser realizada em pacientes hemodinamicamente instáveis e naqueles com sinais óbvios de peritonite que requerem exploração cirúrgica imediata. Requer o transporte do paciente para o sector de radiologia e devem-se tomar todos os cuidados neste transporte e na monitorização do paciente durante a realização do exame.

Enquanto PAVELQUEIRES (1997, p. 90), afirma que os contrastes hidrossolúveis administrados por via oral e venosa proporcionam melhores resultados na interpretação das imagens e, portanto, devem ser utilizados. O contraste oral permite avaliar o trato gastrointestinal superior e o uso endovenoso permite avaliar a integridade do órgão e avaliar o fluxo vascular. Os cortes topográficos de 1 a 2 centímetros devem abranger o tórax inferior e toda a pelve. Em traumas penetrantes do dorso e flanco, a utilização adicional do contraste por enema, melhora a sensibilidade para lesões retroperitoneais do cólon.

A tomografia computadorizada não apresenta uma boa sensibilidade e especificidade nas lesões gastrointestinais, diafragmáticas e pancreáticas. Na ausência de lesões hepática e esplénica, a presença de líquido livre na cavidade peritoneal sugere uma lesão do trato gastrointestinal e/ou de seu mesentério.

### **2.7.2.4 Ultra-sonografia abdominal**

A maioria dos estudos de ultra-sonografia abdominal em pacientes politraumatizados recomenda a sua utilização como exame diagnóstico inicial, teste de “screening” (*Focused Assessment for Sonography in Trauma* - FAST) ou estudo adjuvante complementar à

tomografia computadorizada ou ao lavado peritoneal diagnóstico, devendo ser realizado na própria sala de admissão por médico capacitado.

De acordo com ATLS (2000, p. 179), o objectivo do exame é a detecção e quantificação do hemoperitônio para identificar os pacientes com lesão e não o diagnóstico do órgão lesado. Sua sensibilidade está entre 80 e 99% na detecção de hemorragia intra-abdominal.

Na sistematização da ultra-sonografia abdominal (FAST) para trauma são examinadas quatro regiões à procura de líquido livre: saco pericárdio, fossa hepatorenal (Espaço de Morrison), fossa esplenorenal e a pelve. Após o exame inicial, o mesmo pode ser repetido para detectar hemoperitônio progressivo. A ultra-sonografia tem substituído o lavado peritoneal diagnóstico em função das suas vantagens: é de fácil utilização, pode ser portátil, é de rápida execução, pode ser repetido, e não tem risco dos efeitos da radiação (NASI et. al. 2005, p. 168).

#### **2.7.2.5 Lavagem peritoneal diagnóstico (LPD)**

PIRES (2006, p. 56) diz que por se tratar de procedimento cirúrgico, não isento de risco, o LPD deve ser feito, preferencialmente, por um cirurgião. Como o método altera o exame físico subsequente do abdome, o cirurgião que irá tratar, receber e conduzir o doente, é o profissional mais indicado para realizar o procedimento. Tal procedimento não deve ser realizado num serviço de saúde sem possibilidade de oferecer o tratamento definitivo ao paciente traumatizado.

Os critérios de positividade do LPD são:

1. Saída de mais de 10 ml de sangue na aspiração inicial após abertura do peritônio;
2. Saída de sangue à drenagem do líquido infundido;
3. Mais de 100.000 hemácias por campo ou 500 leucócitos no exame do líquido de retorno;
- 4- Saída de restos alimentares, bile e material fecal.

#### **2.7.2.6 Laparoscopia**

Sua utilização no diagnóstico do trauma abdominal permanece limitada por várias razões:

1. Necessidade de equipamento especial e pessoal treinado;
2. Necessidade de sala cirúrgica e anestesia geral;
3. Risco de embolia gasosa e pneumotórax hipertensivo pelo pneumoperitônio;
4. Não pode ser realizada em pacientes instáveis;
5. E pelo alto custo.

O papel da laparoscopia no trauma permanece controverso. Os estudos mais recentes mostram que a laparoscopia tem mais valor no trauma penetrante, evitando laparotomia em mais de dois terços dos pacientes com suspeita de lesão intra-abdominal. No trauma contuso, a laparoscopia pode servir como adjuvante da avaliação. É o melhor exame para o diagnóstico de lesões diafragmáticas, mas implica no risco de pneumotórax hipertensivo.

## **2.8 Tratamento**

### **2.8.1 Abordagem inicial**

O tratamento de um doente vítima de trauma grave requer avaliação rápida das lesões e instituição de medidas terapêuticas de suporte de vida. Visto que o tempo é essencial, é desejável uma abordagem sistematizada, que possa ser facilmente revista e aplicada. Este processo é denominado “avaliação inicial” e inclui actividades que devem ocorrer em paralelo ou simultaneamente como: preparação; triagem; exame primário (ABCDE); exame secundário (da cabeça aos pés) e história; reavaliação e monitoração contínuas após a reanimação; cuidados definitivos; registos e considerações legais. Os exames primários e secundário devem ser repetidos com frequência, no intuito de detectar qualquer deterioração do estado do doente e de identificar as medidas terapêuticas a serem adoptadas tão logo se descubra a mudança ocorrida (ATLS, 2000, p. 179).

Neste sentido, e no seguimento de um acidente que vitimou parte da família de um ortopedista em 1976, em Nebraska, foi desenvolvido pela ACS o *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), conjunto de normas que tem em vista a orientação e o tratamento do doente traumatizado. O conceito é simples e baseado na mnemónica sequencial “**ABCDE**” considerada prioritária: *Airway* – Manutenção da via aérea e protecção da coluna cervical; *Breathing* – Respiração/Ventilação; *Circulation* – estabilização da circulação com controlo hemorrágico; *Disability* – Avaliação (da disfunção) do *status* neurológico com reconhecimento de lesão intracraniana com efeito de massa; *Exposure/Environment* – exposição do doente com manutenção da temperatura corporal dentro de valores adequados.

A ênfase é dada na primeira hora denominada *golden hour* de cuidados, considerada crítica, focando-se na avaliação inicial, intervenção, reavaliação, estabilização e quando necessário, transferência para um centro de trauma. Tendo em conta que cerca de 30% das mortes intra-hospitalares resultantes de trauma se dão na primeira hora após a lesão e que 3 em 4 destas ocorrem nas primeiras 48 horas, esta abordagem é justificada. A melhoria nas taxas de mortalidade, na avaliação inicial ao doente e na extensão no conhecimento dos médicos, justifica a manutenção deste protocolo 34 anos após a sua introdução (BORGES, 2005, p.65).

ATLS (2000, p. 180) ressalta que os pacientes do sexo feminino, o toque vaginal é parte fundamental, deve avaliar a presença de sangue na vagina e a existência de lacerações vaginais. Além disso, um teste de gravidez deve ser realizado em todas as mulheres em idade fértil.

Enquanto BORGES (2005, p. 71), afirma que a avaliação inicial do doente e o processo de reanimação começam no local do acidente com posterior transferência para o hospital. Esta fase pré-hospitalar tem como objectivos a manutenção da via aérea, o suporte da ventilação, o controlo da hemorragia externa e choque, a imobilização do doente e o transporte imediato para o hospital adequado mais perto. Todos os esforços devem ser feitos no sentido de minimizar a duração de cada etapa. De igual modo, deve ser dada toda a importância à obtenção e ao relato da informação necessária para a triagem, alertando desde logo a equipa de trauma desta unidade. Na fase hospitalar idealmente deve ser incluída uma área de ressuscitação, equipamento próprio para ventilação, instrumentos de monitorização apropriados e uma pronta resposta por parte do laboratório e serviço de radiologia. Se necessário e possível, deverão existir acordos de transferência para centros de trauma mais especializados.

Na primeira fase desta avaliação (*Airway*), são identificados sinais de compromisso aéreo (*snoring, gurgling, estridor, rouquidão, rocking chest wall motions*, entre outros) por inspecção de objectos estranhos, de fracturas faciais, mandibulares e traqueais/laríngeas assim como pela capacidade do doente comunicar verbalmente. Simultaneamente, deve proceder-se à estabilização e imobilização total cervical.

Com a via aérea estável, procede-se ao reconhecimento da ventilação (**Breathing**) com exposição da parede torácica, observação de movimentos mecânicos, determinação da frequência respiratória, auscultação de sons respiratórios e verificação do uso de músculos acessórios. Sinais como cianose, adejo nasal, entre outros, indicam compromisso ventilatório. Ainda nesta fase o médico deve estar preparado para iniciar manobras avançadas de ventilação mecânica.

Após a constatação da ausência de sinais de insuficiência respiratória são controladas e corrigidas possíveis perdas sanguíneas (*Circulation*) (causa mais comum de choque hemorrágico), com resolução imediata da hemorragia (se externa é realizada nesta avaliação primária) ou em caso de choque não hemorrágico efectuar pesquisa de causas obstrutivas.

A avaliação da perfusão dos órgãos e da oxigenação tecidual são componentes fundamentais. Alguns elementos com grande informação clínica, possivelmente avaliados em segundos, são o nível de consciência, a coloração da pele e a presença/estado dos pulsos. Uma vez

controlada a hemorragia com a consequente estabilização circulatória, procede-se à avaliação do estado neurológico (*Disability*) com base na Escala de Coma de Glasgow, a qual avalia o nível de consciência (abertura dos olhos; resposta motora; resposta verbal;) e o tamanho e reacção pupilares. Igualmente importante é a fase de exposição (*Exposure*) na qual se observa cuidadosamente todo o corpo (não esquecendo a região dorsal), sem roupas, devendo ser retirado também todos os adereços. Simultaneamente, previne-se ou trata-se a hipotermia. É fulcral manter, sempre que possível, o doente coberto com mantas isotérmicas ou lençóis (ou se necessário recorrer ao aquecedor por difusão Bair Hugger) e administrar fluidos previamente aquecidos, devendo a sala de emergência e a sala de trauma manter uma temperatura entre 38 °C.

Durante a avaliação de um doente com trauma grave, se aparecer instabilidade de novo ou agravamento clínico, dever-se-á recomençar a avaliação do doente do princípio, isto é, **ABCDE** ‘de novo’. Após ter sido completado o **ABCDE** e a fase de ressuscitação, a monitorização é feita com gasometria arterial, CO<sub>2</sub> exalado, ECG, medição do débito urinário e da tensão arterial, oximetria de pulso, colocação de sondas nasogástrica e urinária e são utilizados exames auxiliares de diagnóstico: RX tórax, pélvico, cervical e FAST ou LPD se suspeitam de líquido intra-peritoneal.

Só quando a avaliação primária estiver terminada, os esforços de ressuscitação conseguidos e a normalização de sinais vitais atingida, é que se prossegue para a avaliação secundária. Esta é considerada um exame “*head-to-toe*”, ou seja, uma história completa e exame físico extensivos, incluindo a reavaliação de todos os sinais vitais. Nesta fase, são realizados os exames auxiliares de diagnóstico e os procedimentos necessários que não foram feitos inicialmente, como avaliação radiológica e estudos laboratoriais/bioquímicos. É uma etapa resumida como “*tubes and fingers in every orifice*”.

A história clínica tem por base a mnemónica AMPLE: *Allergies; Medications currently used; Past illnesses/Pregnancy; Last meal; Events/Environment related to the injury*. Todos os esforços devem ser feitos para perceber em que contexto ocorreu o acidente e qual o mecanismo que o provocou, para poder relacionar a condição clínica do doente e o contexto da lesão (penetrante, não penetrante, queimaduras, frio, *hazardous environment*/químicos).

DACIN e CAVAZZOLA (2005), diz que o exame físico, como anteriormente mencionado, deve incluir todas as regiões do corpo: cabeça (lacerações, contusões, evidência de fracturas, edema, exame ocular); região maxilofacial (particular atenção a fracturas da lâmina cribiforme para troca de intubação nasogástrica por orogástrica); coluna cervical e pescoço

(imobilização se suspeita de fractura ou lesão ligamentosa; enfisema subcutâneo, desvio traqueal e fractura laríngea); tórax (sinais/sintomas respiratórios; auscultação cardíaca e pulmonar, hiperressonância à percussão, palpação na fractura esternal; abdómen (ter em atenção que o reconhecimento de uma lesão é mais importante que o diagnóstico específico desta); região perineal/genital (contusões, hematomas, lacerações, hemorragia uretral; teste gravidez); sistema músculo-esquelético (lesões externas, contusões, fracturas, deformidades, lesões que põem em risco as extremidades como resultado de lesão vascular ou isquemia no síndrome do compartimento); neurológico (reavaliação da Escala de Coma de Glasgow, estado de alerta).

Os exames auxiliares de diagnósticos incluídos nesta etapa são realizados para identificar lesões específicas: RX adicionais da coluna e extremidades, TAC; ecografia; urografia de contraste, endoscopia; angiografia, broncoscopia. Tendo em conta a possível transferência do doente para unidades especializadas para a realização destes exames, a estabilização hemodinâmica do doente é imperativa.

De acordo com ATLS (2000) o exame secundário inicia com a avaliação da cabeça e com a identificação de todas as lesões neurológicas relacionadas e significativas. Toda a cabeça e o couro cabeludo devem ser examinados à procura de lacerações, contusões ou evidências de fracturas. Os olhos devem ser avaliados quanto à acuidade visual, tamanho das pupilas, hemorragias do fundo e da conjuntiva, lesões penetrantes, lentes de contactos (remover antes que ocorra edema), deslocamento de cristalino e encarceramento ocular.

Após reavaliação do doente e monitorização contínua dos sinais vitais e débito urinário, é avaliada a necessidade de transferência para outra unidade. Posteriormente, e completada a identificação das lesões, a abordagem e tratamento de situações *life-threatening* e obtenção de exames diagnósticos específicos, é planeado o tratamento definitivo, que pode passar por uma atitude conservadora, uma cirurgia urgente definitiva ou uma cirurgia para controlo de danos (*Damage Control Surgery*).

## **2.9 Tratamento não operatório**

O paciente deve permanecer em observação clínica e, dependendo do potencial para instabilidade hemodinâmica, deverá ficar em ambiente de terapia intensiva com monitorização contínua dos sinais vitais.

Não deve receber analgésicos e nem antibióticos e estar em jejum por, pelo menos, 12 horas. Neste período, o paciente deve estar em repouso absoluto no leito, o exame físico deve ser repetido, de preferência, pelo mesmo observador e devem ser realizadas dosagens

hematimétricas seriadas. Deve-se estar atento ao desenvolvimento de hipotensão arterial, taquicardia, febre ou dor à palpação abdominal (BORGES, 2005, p. 75).

## **2.10 Tratamento cirúrgico**

Os pacientes com sinais de irritação peritoneal, instabilidade hemodinâmica ou sangramento rectal após ferimentos penetrantes, por arma branca ou arma de fogo do tronco devem ser encaminhados para exploração cirúrgica imediata. Os pacientes com instrumentos empalados no abdómen devem ser submetidos à laparotomia exploradora para a retirada do mesmo sob visão directa.

BORGES (2005, p. 78) diz que um conceito importante que precisa ser incorporado é a abordagem cirúrgica com “controlo de danos” (*Damage control*) ou laparotomia abreviada. Trata-se da manutenção de um ambiente anatómico estável para impedir a progressão das alterações fisiológicas para um estado metabólico irreversível, uma vez que os pacientes morrem mais frequentemente de déficits funcionais (hipotermia, acidose metabólica intratável e estado de incoagulabilidade sanguínea) do que do reparo anatómico completo dos órgãos.

A opção por esta abordagem cirúrgica deve ser tomada tão logo se constate os déficits metabólicos do paciente e faça os controlos dos sangramentos e das contaminações intestinais mais grosseiras. É feita a compressão da cavidade peritoneal, com os órgãos mantidos na sua posição anatómica utilizando-se compressas cirúrgicas (*packing abdominal*) e, é realizada a síntese temporária da parede abdominal. O paciente é internado em ambiente de terapia intensiva para controle dos déficits fisiológicos e, em 24 a 48 horas, após o controle da temperatura corpórea, da coagulação sanguínea e da acidose metabólica, será levado novamente ao centro cirúrgico para a correcção anatómica definitiva das lesões (NASI et. al. 2005, p. 170).

Outra abordagem cirúrgica que pode ser utilizada em situações especiais são as laparotomias programadas (*second look*), principalmente, no caso de dúvidas sobre a viabilidade de alças intestinais, anastomoses com risco de deiscência, necrosectomias e infecções peritoneais graves.

### **2.10.1 Indicações de laparotomia exploradora**

Segundo o ATLS (2000, p. 182), alguns achados clínicos e de exames complementares determinam a indicação operatória, como:

- ✓ Evidência de ferimento penetrante abdominal em paciente com instabilidade hemodinâmica.

- ✓ LPD francamente positiva em vítima de trauma fechado abdominal com hipotensão.
- ✓ Sinais evidentes de irritação peritoneal na admissão ou na evolução em pacientes com ferimentos penetrantes.
- ✓ Empalamento no abdome.
- ✓ Sangramento do estômago e recto em ferimentos penetrantes.
- ✓ Sinais de trauma abdominal com hipotensão recorrente apesar da reposição de fluidos.
- ✓ Pneumoperitônio na radiografia simples de tórax com cúpulas ou de abdome.
- ✓ Sinais radiológicos de lesão diafragmática.
- ✓ Lesão de alguma víscera oca revelada pela tomografia computadorizada.
- ✓ Evidência de lesão nos exames radiológicos contratados: - extravasamento intra-peritoneal em lesões de bexiga; - extravasamento de contraste em lesões de uretra; - extravasamento de contraste em lesões esofágicas, gástricas ou duodenais.

## **2.11 Cuidado pós-operatório**

Controlo da dor pós-operatória, a presença da dor no pós-operatório dificulta a mobilização activa, restringe o esforço para a tosse produtiva, leva à hipoventilação e compromete o estado geral do paciente operado. Geralmente é mais intensa nas primeiras 24 a 36 horas, sendo que na maioria dos casos já se observa melhora nas primeiras 48 horas.

### **2.11.1 Factores que favorecem a infecção**

Nas primeiras 48 horas de pós-operatório pode – se observar elevação da temperatura até 38°C consequente à elevação do metabolismo e ao trauma cirúrgico. A atelectasia e a pneumonite são as causas mais frequentes de febre nos três primeiros dias pós-operatórios; crise tireotóxica também pode associar-se precocemente com febre pós-operatória. Do terceiro ao sexto dia cirurgia deve-se pensar em infecção de cateteres vasculares, infecção urinária ou incisional, peritonite localizada ou generalizada, além de tromboflebite de membros inferiores. Do sexto ao décimo dia surgem como complicações sépticas, causadoras de febre, os abscessos incisionais e as colecções purulentas. Os factores sistémicos que favorecem o surgimento de infecção cirúrgica são: desnutrição, obesidade, presença de infecção concomitante em outro local do corpo, depressão da imunidade, uso de corticosteroides e citotóxicos, diabete melito, hospitalização prolongada, doenças debilitantes e consumptivas como neoplasias (Cofen, 2009, p. 90).

## **2.12 Cuidados de Enfermagem pós-operatório à pacientes por TA**

Todo paciente traumatizado deve ser atendido seguindo-se a sistematização do exame primário do Advanced Trauma Life Support (ATLS).

Segundo Brunner e Suddanh (2000, p. 110), cabe aos cuidados da assistência de enfermagem: Admitir a vítima na sala de emergência, pesquisando a história do trauma, relacionando com a possibilidade da lesão; Realizar as manobras necessárias para manter vias aéreas pérvias mantendo cuidado com a coluna cervical; Administrar oxigênio úmido 10 a 12 litros/ por máscara; Observar sinais de dificuldade respiratória progressiva e examinar o tórax buscando sinais de lesões torácicas; Na presença de pneumotórax aberto, providenciar o curativo valvulado; Examinar a vítima buscando por sinais de choque; Providenciar acessos venosos calibrosos, colher sangue para tipagem; Providenciar material necessário para punção e drenagem pleural; Providenciar material para intubação; Estar preparado para iniciar manobras de reanimação cardio-pulmonar se necessário, até a chegada do médico e preparar equipamentos para suporte avançado, ventilador, monitor, desfibrilador.

Os cuidados de enfermagem, que tenha por base o julgamento clínico e o conhecimento, que o enfermeiro executa para melhorarem os resultados do paciente, segundo a definição da Nursing Interventions Classification – NIC (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2011).

Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, resolve que o Processo de Enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, sendo registrado formalmente.

Segundo Calicchio et al (2007), os cuidados de enfermagem pós-operatório iniciam-se a partir da saída do paciente da sala de operação até a sua total recuperação. E que subdivide-se em: Pós-operatório imediato - Que estende-se do término da cirurgia até 24 horas após a cirurgia; Os cuidados a prestar são: Admitir o paciente; Restabelecer as funções vitais; Avaliar o nível de consciência; Aliviar a dor e desconforto pós-operatório; Manter a integridade da pele; Prevenir ocorrências de infecções; Pós-operatório mediato- Essa etapa inicia após 24 horas posterior a cirurgia até sete dias depois a cirurgia; São cuidados a prestar; Avaliar e monitorar os sinais vitais, examinar regularmente o penso, estimular a deambulação, fazer ou realizar o penso regularmente usando procedimentos assépticos, Administrar terapêutica prescrita, Promover a educação sanitária, Promover mudanças do decúbito, promover deambulação, promover higiene e conforto. Pós-operatório tardio - estende-se após sétimo dia da cirurgia até a sua total recuperação. São cuidados a prestar: Instruir o paciente sobre os cuidados a ter com a ferida pós-operatória, orientar o paciente a comparecer nas consultas de acompanhamento, informar o paciente a voltar ao hospital caso tenha febres, calafrios, sudorese, náuseas, vômito, dor abdominal.

Porém, segundo Cunha e Barros (2005) na prática o PE (Plano de Enfermagem) não vem sendo usado pelas enfermeiras, devido sua falta de decisão com base no raciocínio clínico e ainda por não se preocuparem com a qualidade dos registos referentes à precisão do planeamento do cuidado e, além disso, as fases diagnósticas e de planeamento não são realizadas.

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas se apoia e engloba leis gerais que regem os fenómenos universais. A teoria é baseada na teoria da motivação humana, de Maslow, o qual afirma que Necessidades Humanas Básicas (NHB) são como estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicas dos fenómenos vitais. Quando a pessoa está em equilíbrio as NHBs não se manifestam, entretanto são latentes, surgindo com menor ou maior intensidade, quando um desequilíbrio se instala. As NHBs são comuns a todas as pessoas, variando apenas o modo como se manifestam e são satisfeitas. Porém, há vários factores que interferem, tais como: individualidade, idade, sexo, cultura, ciclo saúde/enfermidade, ambiente físico, escolaridade, factores sócio/económicos (Andrade e Vieira, 2005).

Proposta de Intervenções de Enfermagem segundo NIC (Nursing Interventions Classification) (2011):

Na presença dos diagnósticos de Enfermagem reais e de risco e do grande número de intervenções propostas pela NIC – 2011 (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2011). Foi proposto intervenções de Enfermagem para a maioria dos problemas dos pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia electiva, contextualizado para realidade do campo de estudo. Assim, são propostas para os pacientes com o diagnóstico de dor aguda dezasseis actividades; mobilidade física prejudicada onze; deficit no autocuidado nove; integridade da pele prejudicada dez; constipação dezassete actividades de intervenção de Enfermagem e para os diagnósticos de risco são proposta dezoito para risco de infecção; para risco de queda dezassete e para risco de sangramento quinze, as actividades de intervenções para risco de constipação são trabalhadas juntamente com as do diagnóstico de constipação.

### **2.12.1 Dor aguda**

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ao dano tecidual real ou potencial (Merskey & Bogduk, 1994, pág. 430).

O tratamento da dor é considerado como uma parte importante do cuidado, sendo a dor referida como o “quinto sinal vital” para enfatizar seu significado e para aumentar a consciência entre os profissionais de saúde sobre a importância do tratamento efectivo da dor.

### 2.12.2 Complicações da dor

Segundo Brunner e Suddarth (2010, pag. 439), a dor aguda não aliviada pode afectar o sistema pulmonar, cardiovascular, gastrintestinal, endócrino e imune.

A resposta ao estresse (“resposta neuroendócrina ao estresse”) que acontece com o trauma também ocorre com outras causas de dor intensa. As alterações endócrinas, imunológicas e inflamatórias disseminadas que acompanham o estresse podem ter efeitos negativos significativos.

Isso é particularmente perigoso nos pacientes cuja saúde já está comprometida por idade, doença ou lesão. Em geral, a resposta ao estresse consiste em taxa metabólica e débito cardíaco aumentados, resposta à insulina comprometida, produção aumentada de cortisol e maior retenção de líquidos. Os pacientes com dor intensa e estresse associado podem ser incapazes de realizar respirações profundas e podem experimentar fadiga aumentada e mobilidade diminuída.

Embora esses efeitos possam ser tolerados pelas pessoas jovens saudáveis, eles podem comprometer a recuperação nos idosos, nas pessoas debilitadas ou cronicamente doentes. O alívio efectivo da dor pode resultar em recuperação mais rápida e resultados melhorados. (Brunner & Suddarth 2010, pag. 439).

- ✓ **Défice no autocuidado:** Dar assistência no banho; manter cuidados com higiene e conforto; promover saúde oral; promover a mecânica corporal; melhorar a imagem corporal do paciente; melhorar a auto-estima do paciente; estimular o exercício de vestir-se.
- ✓ **Integridade da pele prejudicada:** Observar sinais e sintomas de infecção; Observar e manter cuidados com áreas de pressão; Hidratar a pele, quando necessário; Fazer limpeza diária da incisão operatória; Realizar curativo na área da amputação; Observar e registar possíveis alterações nas extremidades inferiores; Orientar ou posicionar o paciente para um melhor fluxo circulatório; Manter cuidados com artigos de látex, quando necessário; Observar sinais e sintomas de infecção em punção venosa; Observar alterações na pele.
- ✓ **Constipação e Risco de constipação:** Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de constipação; Anotar data do último movimento intestinal; Monitorar os movimentos intestinais, inclusive a frequência, a consistência, a forma, o volume e a cor das fezes, se apropriado; Monitorar ruídos hidroaéreos; Comunicar médico sobre redução/aumento de frequência de ruídos intestinais; Registar problemas intestinais preexistentes e o uso de laxantes; Encorajar o aumento da ingestão de líquidos, a menos que seja contra-indicado;

Avaliar o perfil dos medicamentos quanto a efeitos colaterais gastrointestinais; Orientar o paciente sobre os alimentos específicos que auxiliam na promoção da regularidade intestinais; Orientar o paciente sobre alimentos ricos em fibras, se apropriado; Oferecer líquidos quentes após as refeições, se apropriado; Realizar enema ou irrigação, conforme prescrição médica; Pesar o paciente regularmente; Ensinar o paciente/família os processos digestivos normais;

- ✓ **Risco de Infecção:** Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção; Monitorar vulnerabilidade a infecção; Monitorar a contagem absoluta de granulócitos, de glóbulos brancos e os resultados diferenciais; Seguir as precauções para neutropenia, quando apropriado; Limitar o número de visitas, quando apropriado; Manter assepsia do paciente; Providenciar cuidados adequados a pele em áreas edemaciadas; Examinar pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem; Examinar a condição de qualquer incisão cirúrgica/ferida; Promover ingestão nutricional adequada; Encorajar a ingestão de líquidos, quando adequada; Encorajar o repouso; Monitorar as mudanças no nível de energia/mal-estar; Encorajar o aumento da mobilidade e do exercício, quando adequada; Encorajar a respiração e a tosse profundas, quando adequadas; Estimular o paciente a tomar os antibióticos conforme prescrição médica; Orientar o paciente e a família sobre como evitar infecções.
- ✓ **Risco de sangramento:** Monitorar atentamente o paciente quanto ao sangramento; Observar os níveis de hemoglobina/hematócrito antes e depois de perda de sangue, conforme indicado; Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente; Monitorar os testes de coagulação, inclusive tempo de protrombina (TP), tempo parcial de tromboplastina (TTP), fibrinogénio, degradação da fibrina/produtos fragmentados da divisão e contagens plaquetárias, conforme apropriado; Monitorar os sinais vitais ortostáticos, inclusive a pressão sanguínea; Manter repouso no leito durante sangramento activo; Administrar derivados do sangue, conforme prescrição médica; Orientar o paciente que deambula a usar sapatos; Proteger o paciente contra o trauma, que possa causar sangramento; Orientar quanto a utilização de escova de dentes macia ou escovinha de limpeza para cuidado oral; Manter cuidados ao usar lâmina de barbear; Orientar o paciente a aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitamina K; Evitar constipação; Orientar o paciente e/ou familiares sobre sinais de sangramento e ações apropriadas.

Acredita-se que se cada uma das intervenções de enfermagem apresentadas for utilizada, para definir as atividades a serem executadas, com seus respectivos apazamentos, resultará não

apenas para a uniformidade da linguagem da enfermagem, mas também contribuirá para a individualidade do cuidado prestado aos pacientes em pós-operatório imediato.

O enfermeiro tem papel relevante no processo de atendimento ao cliente politraumatizado (porque assiste ao paciente, discernindo e avaliando as prioridades da assistência e conduzindo a correta frequência do ABCDEs), juntamente com o médico. Deve priorizar desde o preparo da sala de atendimento de emergência com materiais, medicações e equipamentos necessários, até o final do atendimento como encaminhamento do paciente para o tratamento definitivo. (DACIN e CAVAZZOLA, 2005, p. 478).

SMELTZER e BARE (2002, p. 213) enfatizam que o enfermeiro é um profissional que deve por si só buscar o conhecimento, o aperfeiçoamento a cada dia. Lembra que, a cada emergência, uma nova oportunidade de experiência, de aprendizado e de sabedoria.

Para reverter a hipovolemia e estabilizar as funções hemodinâmicas cabe o enfermeiro emergencista promover uma punção venosa com cateter periférico de grosso calibre, administrar soluções para reposição da volêmica corporal e medicamentos de acordo com a prescrição médica; colectar sangue para exames laboratoriais; notificar banco de sangue; controlar sangramento por compressão directa; realizar monitorização cardíaca dos sinais vitais e se necessário inserir sonda vesical de foley para iniciar o balanço hídrico e notificar qualquer alteração das condições do politraumatizado ao médico (PAVELQUEIRES, 1997, p. 123).

Por fim recomenda-se que para implementar os protocolos de intervenções (NIC 2011, p. 432), faz-se necessário o estabelecimento do que é competência da enfermeira ou actividade independente e do que é dependente de outro profissional por exemplo o médico, ou actividades dependentes, para garantir cuidados de qualidade e visibilidade das actividades da enfermeira e da sua equipe de trabalho.

## **CAPÍTULO III**

### **3. Metodologia**

De acordo com GIL (1999, p. 100) afirma que método "é o conjunto de etapas e processos a serem percorridos ordenadamente na investigação dos factos ou na procura da verdade".

#### **3.1 Método de abordagem**

Segundo Andrade (2001, p. 147) método de abordagem são os métodos que possuem carácter mais gerais. São responsáveis pelo raciocínio utilizado no desenvolvimento da pesquisa, ou seja, procedimentos gerais que norteiam o desenvolvimento das etapas fundamentais da pesquisa científica.

Neste contexto esta pesquisa foi utilizada o método indutivo, "é um processo por intermédio do qual, partindo de dados particulares, suficientemente constatados infere-se uma verdade geral ou universal, não contidas no estudo". Lakatos e Marconi (2003, pag. 83).

#### **3.2 Tipo de pesquisa**

##### **3.2.1. Quanto a abordagem**

Trata-se de estudo transversal descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa, através de processos clínicos. A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Para Minayo (2001, p. 14), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenómenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Aplicada inicialmente em estudos de Antropologia e Sociologia, como contraponto à pesquisa quantitativa dominante, tem alargado seu campo de actuação a áreas como a Psicologia e a Educação. A pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador. Minayo (2001, p. 14).

##### **3.2.2. Quanto a natureza**

A pesquisa é aplicada porque tem objetivo de gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos, na qual envolve verdades e interesses locais.

### **3.2.3. Quanto ao objectivo**

A pesquisa é de carácter exploratório descritivo, pois tem como objectivo o aprimoramento de ideias para ter maior conhecimento do problema não leva em considerações estatísticas, mais sim informações obtidas durante a entrevista.

A pesquisa exploratória permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. Consiste em explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa a criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenómeno. Leopardi (2002, p. 119).

Este tipo de pesquisa tem como objectivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão Gil (2007, p. 435).

### **3.2.4 Método de procedimento**

Esta pesquisa usaria o método monográfico, para Lakatos e Marconi (2003, p. 205), "método monográfico consiste no estudo de determinados indivíduos, profissões, condições, instituições, grupos ou comunidades, com a finalidade de obter generalizações".

## **3.3 Universo ou População**

Segundo Lakatos e Marconi (2003, p. 202), população o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum.

De acordo com Gil (1999, p. 145), universo o "é o conjunto definido de elementos que possuem determinadas características". O universo do presente estudo são todos os processos clínicos arquivados de pacientes com Traumatismo Abdominal, que esteja dentro do período em estudo (Janeiro 2020 à Dezembro de 2021) e todos os profissionais de saúde do Hospital Central de Nampula.

## **3.4 Amostra da pesquisa**

A amostra é uma parcela convenientemente seleccionada do universo (população); é um subconjunto do universo (Lakatos; e Marconi, 2003, pág. 162). Desta forma, para o presente estudo de caso, foi utilizada uma amostragem probabilística.

Para esta pesquisa a amostra é de 50 processos clínicos e 15 profissionais de saúde que trabalham no sector da Cirurgia sendo 2 Cirurgiões e 10 Enfermeiros, 1 Instrumentista, 1 Anestesista e 1 médico.

### **3.5 Colecta de dados**

Foi realizada a observação directa nos Processos de Internamento de todos os Pacientes internados por Traumatismo Abdominal, observando as assistências que foram neles prestados.

A observação é uma técnica de colecta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenómenos que se desejam estudar. (Lakatos e Marconi, 2003).

Esse tipo de observação é usado em pesquisas que requerem uma descrição mais detalhada e precisa dos fenómenos ou em testes de hipóteses. Na técnica de colecta de dados, presume-se que o pesquisador saiba exactamente que informações são relevantes para atingir os objetivos propostos. Nesse sentido, antes de executar a observação directa, há necessidade de se elaborar um plano para sua execução

Foi aplicada também, a entrevista semi-estruturada com os sujeitos da pesquisa. Para LEOPARDI (2002, p. 175), a entrevista é a técnica em que o entrevistador está presente junto ao informante e formula questões relativas ao seu problema.

O pesquisador organiza um conjunto de questões (roteiro) sobre o tema que está sendo estudado, mas permite, e às vezes até incentiva, que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal. Para finalizar a colecta de dados, será aplicado um instrumento de pesquisa, elaborado com o intuito de analisar como são prestadas as assistências de Enfermagem a paciente com Traumatismo Abdominal no sector de Cirurgia do Hospital Central de Nampula.

A análise dos dados ocorreu a partir do cruzamento das informações obtidas no questionário e observação dos processos clínicos das pacientes que tiveram Traumatismo Abdominal, e estes serão analisados levando-se em conta os aspectos teóricos elencados no estudo e suas hipóteses, sendo os dados classificados e sistematizados. Portanto busca-se nas falas e nas observações dos processos, identificar e categorizar os elementos de maior frequência e significado.

### **3.6 Variáveis de estudo**

Variável é um conceito que contém ou apresenta valores, tais como: quantidades, qualidades, características, magnitudes, traços etc., sendo conceito um objecto, processo, agente, fenómeno, problema etc. (Lakatos e Marconi, 2003, pag. 244).

- ✓ Idade;
- ✓ Sexo;
- ✓ Raça;
- ✓ Tipo de traumatismo abdominal.

### **3.7 Procedimentos Éticos e Legais**

A realização da investigação foi necessária respeitar os procedimentos éticos recomendados num trabalho deste género. Pois, para investigar e conseguir os dados estatísticos foi preciso elaborar um pedido de autorização que foi entregue no Hospital Central de Nampula, a fim de seguir aquisição dos mesmos (Anexo A).

Após a autorização concedida os participantes foram avisados do dia e da hora em que a entrevista seria realizada. As entrevistas foram realizadas no HCN, nos serviços de Cirurgia, após o horário de trabalho dos participantes permitindo deste modo, que os participantes se sentissem confortáveis e confiantes, revelando assim facilmente as informações para a realização deste estudo. Não foi necessária a elaboração de um termo de consentimento livre e informado. É de realçar ainda que em todos os casos os participantes foram informados que a participação era voluntária, que havia a garantia do anonimato e ainda que poderiam decidir em avançar ou recuar durante a investigação.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS**

Neste capítulo serão apresentados e analisados os resultados obtidos através das entrevistas que foram realizadas onde permitem o entrevistado responder livremente cada pergunta que foi proposto no guião de entrevista, conduzindo a uma descrição sistemática e fiel dos propósitos do participante. Será composta pela análise do conteúdo das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde da cirurgia do HCN.

Nesta fase pode-se interpretar e avaliar os dados de forma conjugada ou separadamente como um modo de adequar aos objectivos desta pesquisa, pois a análise dos conteúdos constitui um conjunto de técnicas de interpretação e de comunicação.

Para a compilação dos dados colhidos, o autor faz-se apoiar por softwares como o Ms Office Excel para efeitos de cálculos estatísticos, moldagem das tabelas e dos respectivos gráficos. Em seguida são apresentados em pontos pertinentes relacionados com as variáveis e hipóteses levantadas na pesquisa, iniciando com a caracterização da amostra, seguido das questões colocadas aos enfermeiros e os dados colhidos com base ao guião de observação.

O investigador, até atingir a fase empírica, atravessa um processo de descoberta e de clarificação. Este capítulo procura reflectir esse processo. O estudo foi realizado no Hospital Central de Nampula, onde foram entrevistados 15 profissionais de saúde que trabalham no sector da Cirurgia e observados 50 processos clínicos.

#### **4.1 Caracterização da Amostra**

Foram entrevistados 15 profissionais de saúde do Hospital Central de Nampula, que exercem funções no serviço de cirurgia. Caracterizou-se a amostra de acordo com categoria profissional e anos de experiência profissional.

##### **4.1.1 Categoria profissional**

Dos 15 profissionais de saúde entrevistados, 5 são Licenciados em Enfermagem, 5 são técnicos de Enfermagem, 1 Instrumentista, 1 Anestésista, 1 médico e 2 cirurgiões.

##### **4.1.2 Anos de experiência profissional**

Dos 15 profissionais de saúde que constituem a amostra, 1 têm 16 anos de exercício profissional, 1 têm 15 anos de exercício profissional, 3 têm 10 anos de exercício profissional, 1 têm 8 anos de exercício profissional, 4 têm 5 anos de exercício profissional e apenas 5 têm 3 anos de exercício profissional.

## 4.2 Dados da entrevista dirigido aos profissionais de saúde

Neste título vamos apresentar dados colhidos através da entrevista realizada no Hospital Central de Nampula pelos profissionais de saúde que trabalham nos serviços de Cirurgia.

### 4.2.1 Já ouviu falar sobre o traumatismo abdominal?

Nesta questão pretende-se expor o conhecimento dos profissionais de saúde do Hospital Central de Nampula se já ouvirão falar sobre o traumatismo abdominal? Sobre já ter ouvido falar sobre o traumatismo abdominal, todos responderão que sim, e os profissionais de saúde da cirurgia do HCN souberam demonstrar que já ouvirão falar sobre o traumatismo abdominal.

### 4.4.2. Quais são os tipos de traumatismo abdominal que conheces?

Com esta pergunta desejava-se aferir quais são os tipos de traumatismo abdominal. Dos inquiridos, 1 profissional equivalendo 7% afirma que os tipos de traumatismo abdominal que conhece são rotura de fígado, baco e adução intestinal. Por sua vez 6 profissionais que perfaz 40% dizem que os tipos de traumatismo abdominal são Penetrantes e não Penetrantes e por último 8 profissionais que faz 53% apontam como os tipos de traumatismo abdominal traumatismo aberto e fechado, como ilustra o gráfico a seguir:

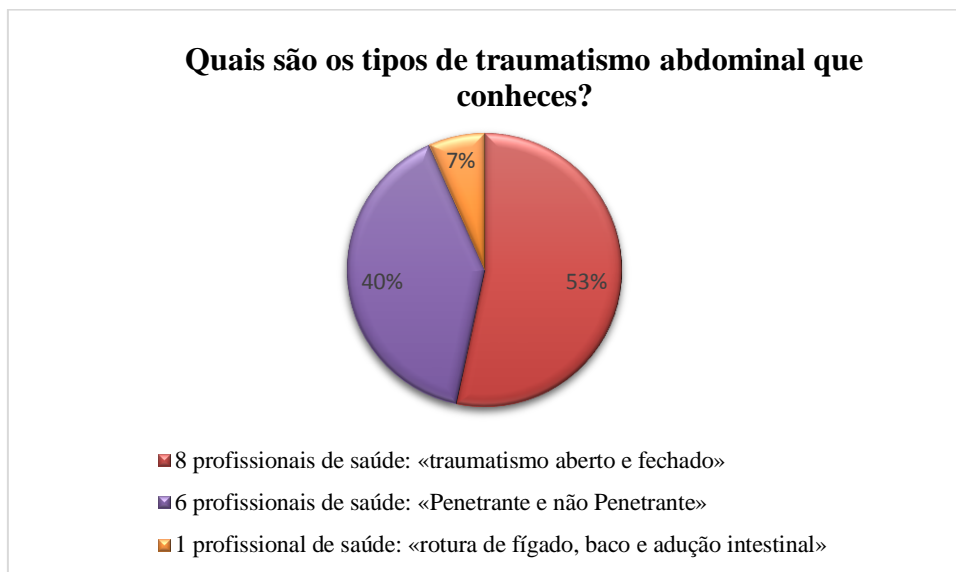


Gráfico 1: Quais são os tipos de traumatismo abdominal que conheces?

**Fonte:** Autor 2023.

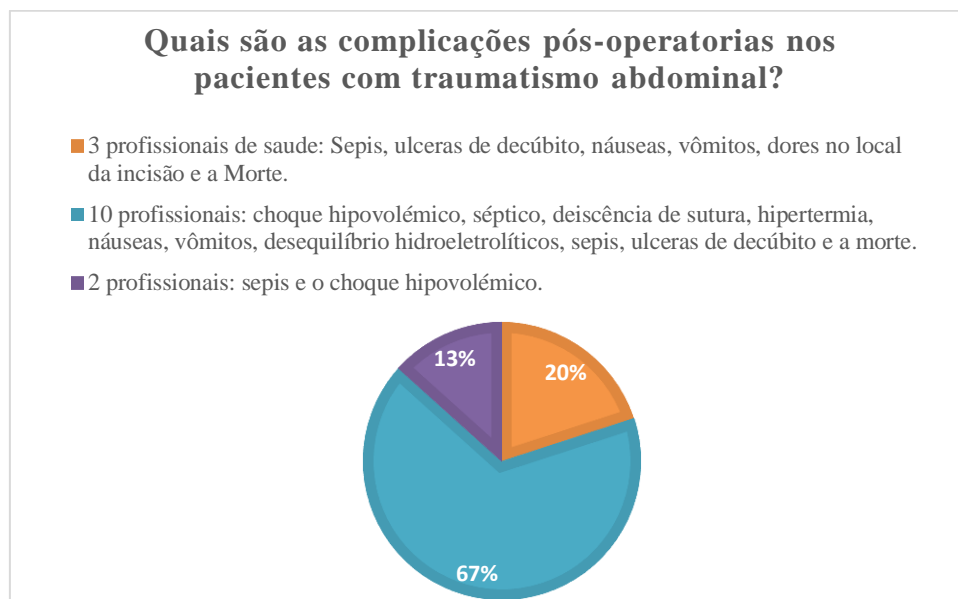
### 4.2.3. Quais são as principais causas do Traumatismo Abdominal?

Nesta questão pretende-se expor o conhecimento dos profissionais de saúde do Hospital Central de Nampula sobre quais são as principais causas do Traumatismo Abdominal no HCN?

Sobre as principais causas do Traumatismo Abdominal, todos sabiam quais são as principais causas do traumatismo abdominal, e de uma forma geral, os profissionais de saúde da cirurgia do HCN apontaram a as principais causas do traumatismo abdominal como sendo: acidentes de viação, queda, agressão física e traumatismo por arma de fogo ou arma branca.

#### **4.2.4 Quais são as complicações pós-operatórias nos pacientes com traumatismo Abdominal?**

Com esta pergunta pretendia-se apurar as complicações pós-operatórias nos pacientes com traumatismo Abdominal? Dos inquiridos, 2 profissionais equivalendo 13% afirma que as complicações pós-operatórias são a sepsis e o choque hipovolémico. Por sua vez 3 profissionais que perfaz 20% dizem que as complicações pós-operatórias são a Sepsis, úlceras de decúbito, náuseas, vômitos, dores no local da incisão e a Morte e por último 10 profissionais que faz 67% apontam como complicações pós-operatórias choque hipovolémico, séptico, deiscência de sutura, hipertermia, náuseas, vômitos, desequilíbrio hidroeletrólíticos, sepsis, úlceras de decúbito e a morte, como ilustra o gráfico a seguir:



**Gráfico 3:** Quais são as complicações pós-operatórias nos pacientes com traumatismo Abdominal?

**Fonte:** Autor 2023.

#### **4.2.5 Quais são os cuidados pós – operatórios para um paciente com traumatismo abdominal?**

Nesta questão pretendeu-se saber como os profissionais de saúde fazem as suas intervenções de enfermagem numa situação de Traumatismo abdominal.

As intervenções de enfermagem são ações realizadas pelo enfermeiro, para monitorar o estado de saúde do paciente, minimizar os riscos, resolver e controlar um problema, promover a saúde.

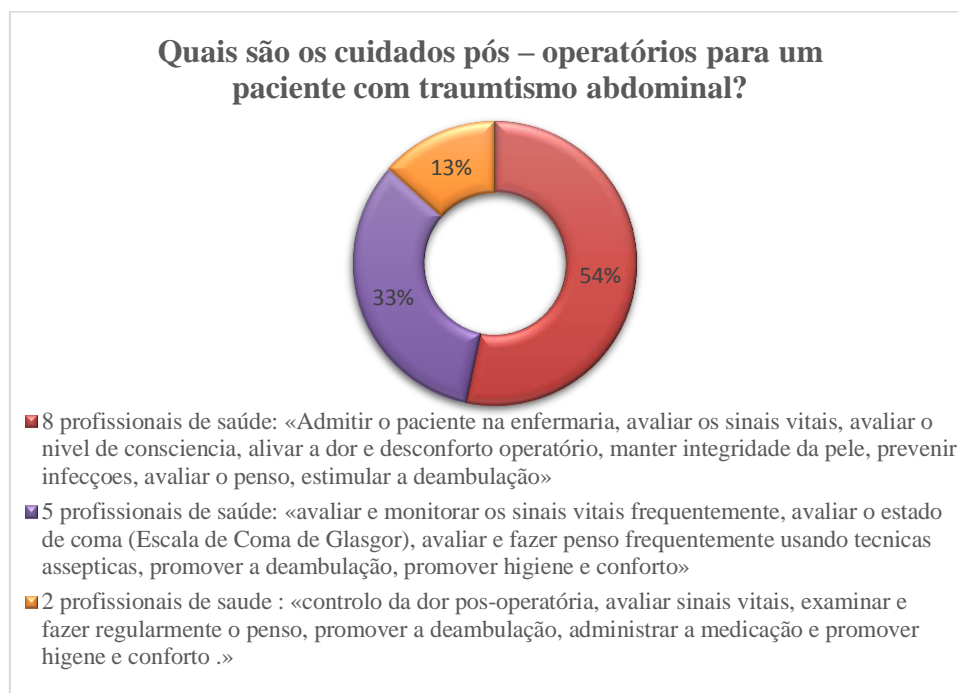
**8 Profissionais de saúde:** *«Admitir o paciente na enfermaria, avaliar os sinais vitais, avaliar o nível de consciência, aliviar a dor e desconforto operatório, manter integridade da pele, prevenir infecções, avaliar o penso, estimular e promover a deambulação, realizar o penso regularmente com procedimentos assépticos, administrar a terapêutica, mudanças de decúbito e promover higiene e conforto.»*

**5 Profissionais de saúde:** *«avaliar e monitorar os sinais vitais frequentemente, avaliar o estado de coma (Escala de Coma de Glasgow), avaliar e fazer penso frequentemente usando técnicas assépticas, promover a deambulação, promover higiene e conforto, Controlo da dor pós-operatória, a presença da dor no pós-operatório dificulta a mobilização activa, restringe o esforço para a tosse produtiva, leva à hipoventilação e compromete o estado geral do paciente operado.»*

**2 Profissionais de saúde:** *«controlo da dor pós-operatória, avaliar sinais vitais, examinar e fazer regularmente o penso, promover a deambulação, administrar a medicação e promover higiene e conforto.»*

Percebe-se através do gráfico abaixo que 5 profissionais de saúde que perfazem 33% afirmam que as assistências prestada num caso de traumatismo abdominal são: avaliar e monitorar os sinais vitais frequentemente, avaliar o estado de coma (ECG), avaliar e fazer penso frequentemente usando técnicas assépticas, promover a deambulação, promover higiene e conforto Controlo da dor pós-operatória, a presença da dor no pós-operatório dificulta a mobilização activa, restringe o esforço para a tosse produtiva, leva à hipoventilação e compromete o estado geral do paciente operado. 8 Profissionais de saúde que perfazem 54% afirmam que assistência prestada é admitir o paciente na enfermaria, avaliar os sinais vitais, avaliar o nível de consciência, aliar a dor e desconforto operatório, manter integridade da pele, prevenir infecções, avaliar o penso, estimular e promover a deambulação, realizar o penso regularmente com procedimentos assépticos, administrar a terapêutica, mudanças de decúbito e promover higiene e conforto e por ultimo 2 profissionais de saúde que perfaz 13% afirmam que a assistência prestada é controlo da dor pós-operatória, avaliar sinais vitais, examinar e fazer regularmente o penso, promover a deambulação, administrar a medicação e promover higiene e conforto. Mas para Calicchio et al (2007), os cuidados de enfermagem pós-operatório iniciam-se a partir da saída do paciente da sala de operação até a sua total

recuperação. E que subdivide-se em: Pós-operatório imediato - Que estende-se do termino da cirurgia até 24 horas após a cirurgia; Os cuidados a prestar são: Admitir o paciente; Restabelecer as funções vitais; Avaliar o nível de consciência; Aliviar a dor e desconforto pós-operatório; Manter a integridade da pele; Prevenir ocorrências de infecções; Pós-operatório mediato- Essa etapa inicia após 24 horas posterior a cirurgia até sete dias depois a cirurgia; São cuidados a prestar; Avaliar os sinais vitais, examinar regularmente o penso, estimular a deambulação, fazer ou realizar o penso regularmente usando procedimentos assépticos, Administrar terapêutica prescrita, Promover a educação sanitária, Promover mudanças do decúbito, promover deambulação, promover higiene e conforto. Pós-operatório tardio - estende-se após sétimo dia da cirurgia até a sua total recuperação. São cuidados a prestar: Instruir o paciente sobre os cuidados a ter com a ferida pós-operatória, orientar o paciente a comparecer as consultas de acompanhamento, informar o paciente a voltar ao hospital caso tenha febres, calafrios, sudorese, náuseas, vomito, dor abdominal.



**Gráfico 4:** Quais são os cuidados pós-operatórios para um paciente com traumatismo abdominal?

**Fonte:** Autor 2023.

### 4.3 Dados da observação

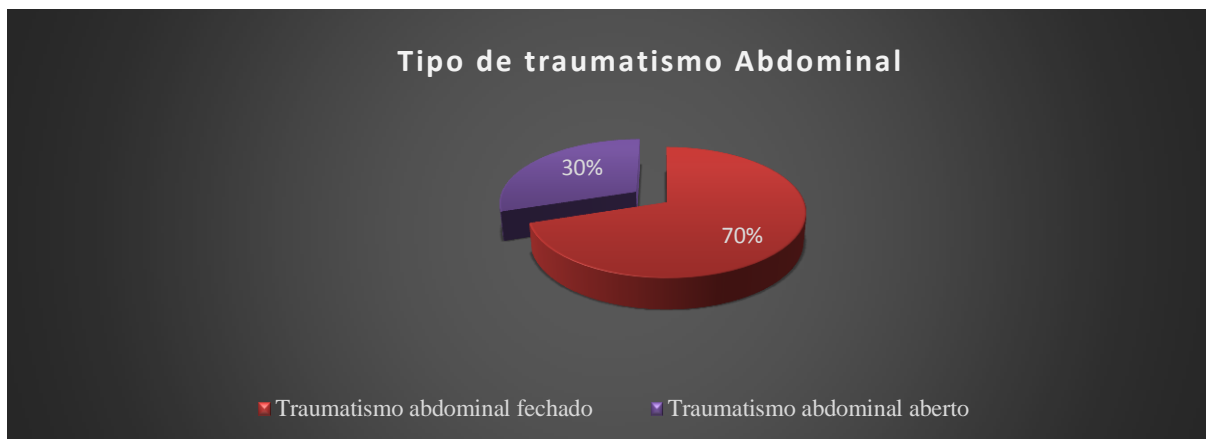
Iremos apresentar os dados colhidos com através do guião de observação. Foram observados 50 processos dos pacientes com traumatismo abdominal internados no HCN nos serviços de Cirurgia.

#### 4.3.1 Idade, Sexo e Raça

Dos 50 processos observados referente a pacientes pós-operados por traumatismo abdominal, foi possível verificar que os pacientes tinham a idade compreendida entre 10-44 anos, dos quais 40 do sexo masculino e 10 do sexo feminino, sendo todos da raça negra.

#### 4.3.2 Tipo de traumatismo Abdominal

Conforme a observação realizada nos processos clínicos, foi notório dos processos que, 35 pacientes que faz 70% dos casos, deram entradas por traumatismo abdominal fechado e os restantes 15 pacientes perfaz 30% dos casos deram entrada por traumatismo abdominal aberto, como ilustra o gráfico seguinte:

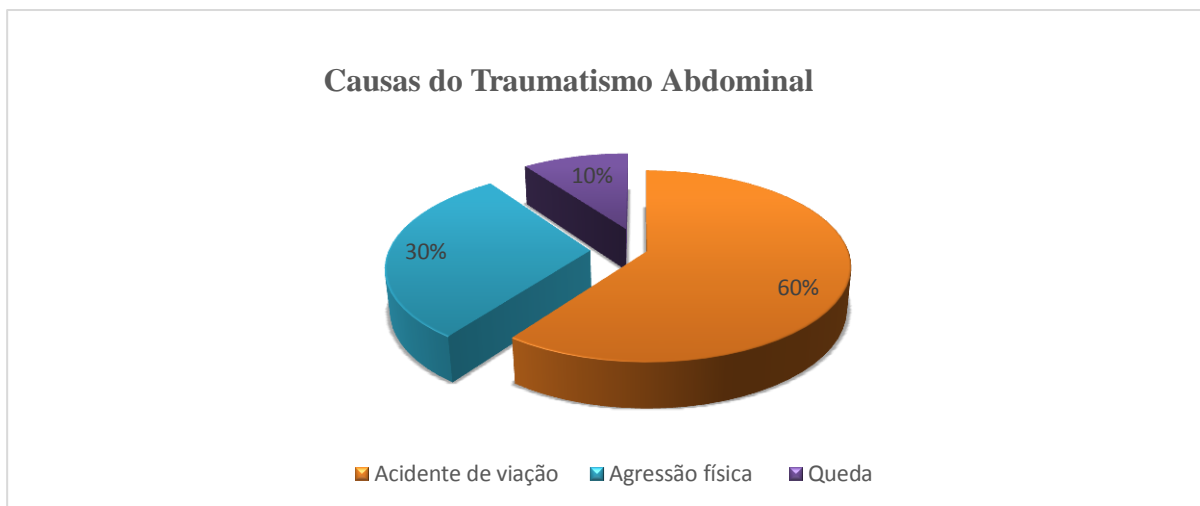


**Gráfico 5:** Tipo de traumatismo Abdominal

**Fonte:** Autor 2023.

#### 4.3.3 Causas do Traumatismo Abdominal

Após uma análise de dados colhidos dos processos clínicos dos pacientes pós-operados por traumatismo abdominal, pode se notar que 30 casos que representam de 60 %, deram entrada por acidente de viação, 15 casos que faz 30%, deram por agressão física e os 5 casos restante que perfaz 10% deram entrada por queda sendo a causa do traumatismo.



**Gráfico 6:** Causas do Traumatismo Abdominal

**Fonte:** Autor 2023.

#### **4.3.4. Cuidados pós-operatórios prestados**

Relativamente aos cuidados pós-operatórios prestados aos pacientes pós-operados, foi possível verificar nos 50 processos clínicos os seguintes: Admitir o paciente; Avaliar o nível de consciência; Avaliar e monitorar os sinais vitais; Aliviar a dor e desconforto pós-operatório; Manter a integridade da pele; Prevenir ocorrências de infecções; examinar regularmente o penso; estimular a deambulação; fazer ou realizar o penso regularmente usando procedimentos assépticos; Administrar terapêutica prescrita; Promover a educação sanitária; Promover mudanças do decúbito; promover deambulação; promover higiene e conforto.

## 5. Discussão dos dados

Depois de análise dos conteúdos das entrevistas e da observação recolhidos durante este estudo, constatou-se a necessidade de realizar uma discussão dos resultados, deste modo analisar os dados adquiridos no terreno, relacionar com os estudos realizados por certos autores e obter certas confissões sobre o tema em estudo.

Respondendo a primeira pergunta de partida que seria **Quais são os cuidados pós-operatórios prestados à pacientes com Traumatismo Abdominal no sector de Cirurgia do Hospital Central de Nampula?** Neste sentido foram encontrados os seguintes cuidados a ter com paciente pós-operado por traumatismo abdominal no sector da Cirurgia do Hospital Central de Nampula são Admitir o paciente; Avaliar o nível de consciência; Avaliar e monitorar os sinais vitais; Aliviar a dor e desconforto pós-operatório; Manter a integridade da pele; Prevenir ocorrências de infecções; examinar regularmente o penso; estimular a deambulação; fazer ou realizar o penso regularmente usando procedimentos assépticos; Administrar terapêutica prescrita; Promover a educação sanitária; Promover mudanças do decúbito; promover deambulação; promover higiene e conforto.

O Traumatismo Abdominal é uma das causas mais comuns de morte nos doentes traumatizados podendo esta ser evitada. O abdómen é considerado a terceira região mais frequentemente afectada nos doentes politraumatizados, em que as lesões resultantes do traumatismo requerem uma intervenção cirúrgica. O traumatismo abdominal é considerado grave, na medida em que, existe a possibilidade de lesão visceral, a qual pode provocar alterações gerais tais como: peritonite e hemorragias.

Respondendo a segunda pergunta de partida quais são as complicações pós-operatórias que os pacientes apresentam no sector de Cirurgia do Hospital Central de Nampula? Neste sentido as complicações que os pacientes podem apresentar são: hemorragias, ão a sepsis e o choque hipovolémico. úlceras de decúbito, náuseas, vômitos, dores no local da incisão deiscência de sutura, hipertermia, desequilíbrio hidroelectrolíticos e a morte.

Os profissionais referiram que têm trabalhado por turno 2 enfermeiros, uma que, trata-se da maior unidade e de referencia regional, o numero do pessoal é bastante reduzido, e para além de reduzido apontaram também pela insuficiência de recursos matérias tais como luva, seringas, medicamentos, logo chega-se a conclusão as dificuldades da actuação do enfermeiro no cuidado dos pacientes pós-operados por traumatismo abdominal no sector de Cirurgia do Hospital Central de Nampula devem-se a insuficiência de recursos matérias e humanos. E é de extrema importância frisar que durante este estudo constatou-se lacunas no nível de conhecimento dos profissionais de saúde do HCN em relação ao Traumatismo Abdominal.

## **6. Considerações finais e propostas**

Esta investigação constatou-se a pertinência do tema em estudo, uma vez que possibilitou a aquisição de novos conhecimentos, de facto os cuidados a ter com paciente pos-operado por traumatismo abdominal é uma situação considerada e carece de um cuidado imediato, porque o enfermeiros devem levar em conta o bem-estar da paciente e fazer tudo o que estiver ao seu alcance para garantir a sobrevivência do paciente.

O tratamento de um doente vítima de trauma grave requer avaliação rápida das lesões e instituição de medidas terapêuticas de suporte de vida. Visto que o tempo é essencial, é desejável uma abordagem sistematizada, que possa ser facilmente revista e aplicada. Este processo é denominado “avaliação inicial” e inclui actividades que devem ocorrer em paralelo ou simultaneamente como: preparação; triagem; exame primário (ABCDE); exame secundário (da cabeça aos pés) e história; reavaliação e monitoração contínuas após a reanimação; cuidados definitivos; registos e considerações legais. Os exames primários e secundário devem ser repetidos com frequência, no intuito de detectar qualquer deterioração do estado do doente e de identificar as medidas terapêuticas a serem adoptadas tão logo se descubra à mudança ocorrida. O seu prognóstico tem uma relação directamente proporcional ao tempo de atendimento do paciente traumatizado.

A dedicação do profissional enfermeiro e de toda equipe actuante no atendimento ao paciente com traumatismo abdominal, exige, por parte de cada membro da equipe, conhecimento e aptidão técnico-científico para avaliar e implementar as fases do processo de enfermagem, baseando-se nos protocolos de suporte básico de vida realizado pelo enfermeiro.

Em referência aos acidentes envolvendo meios de transportes, com ênfase em motociclistas, é cada vez mais notória a imprudência por parte dos condutores. Mas vale ressaltar a falta de atenção por parte dos pedestres, razões pelas quais eles contribuem para a elevação dos índices de acometimento por TA, aumentando a procura e, portanto, a superlotação dos serviços de atendimento especializado de urgência e de emergência. Portanto, faz-se necessário o empenho maior na prevenção para obtenção de resultados satisfatórios em todas as categorias de pronto atendimento, a fim de reduzir o conjunto de problemas, conceituando o prognóstico/diagnóstico acertado e fundamentado nos protocolos e na sistematização de enfermagem, tendo em vista a protecção no atendimento e, posteriormente, orientação ao paciente e seus familiares para que haja uma terapêutica de maior efectividade.

Este estudo permitiu evidenciar que realmente os profissionais de saúde nos serviços de cirurgia do HCN possuem capacidades de para cuidarem de um paciente pos-operados por traumatismo abdominal e que na prática apesar de não serem realizadas formações em

trabalho regularmente e a pela não sistematização da assistência pós-operatórias, mas todos são capazes de perceber quais devem ser as intervenções de enfermagem à prestar, para principalmente garantir uma assistência adequada ao paciente e salvaguardar a vida do mesmo.

Esta investigação tentou-se efetuar uma nova abordagem do tema, no sentido de obter novos conhecimentos relativamente a área de estudo. Os achados obtidos vêm de alguma forma clarificar as ideias e reforçar os conhecimentos acerca do tema em causa.

De acordo com o tema desenvolvido foram elaborado as seguintes propostas:

Ao HCN

- ✓ Promover formação de capacitação para os profissionais de saúde com o objectivo de actualizar os conhecimentos sobre os cuidados a ter com um paciente pos-operados por traumatismo abdominal;
- ✓ Criação e implementação de um plano de cuidados pelo enfermeiro a paciente de todas faixas etarias , tornando o cuidado sistemático e universal, e proporcionando ao paciente uma evolução estável e uma recuperação saudável.
- ✓ Promover campanhas de educação cívica a população em matéria de cuidados a ter durante a condução de formas a reduzir os casos de acidentes de viação e assim reduz também os casos de TA.

À sociedade

- ✓ Acatar e obedecer as regras de trânsito quando esta se faz aos veículos motorizados de modo a estancar os acidentes de viação e assim preservar a saúde e a vida.

À comunidade académica

- ✓ Promover estudos, fóruns de debates sobre a problemática do TA de forma a disseminar a informação, criando em cada ser um espírito de responsabilidade para com a vida humana.

## Referências bibliográficas

1. AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COMMITTEE ON TRAUMA. **Advanced Trauma Life Support; course for physicians. Student Manual.** 5 ed. Chicago: [s.n.], 2000.
2. Araújo, C. G. D, (2010). *Importância do Enfermeiro no Atendimento de Urgência Hipertensiva Sistêmica em UBS no Município de Francisco Badaró – MG.* Araçuaí (MG).
3. BORGES, L.A.A. et. al. Atendimento inicial ao Politraumatizado. In: NASI, L.A. et. al. **Rotinas em Pronto-Socorro.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
4. BROWNER, B.D. et.al. **Transtornos do Sistema Músculoesqueléticos.** Tradução: Nelson Gomes de Oliveira. São Paulo: Manole,2000.
5. DACIN, R.R. CAVAZZOLA, LT. Serviço de Assistência Médica de Urgência. In: NASI, L.A. et. al. **Rotinas em Pronto-Socorro.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
6. GIL, A. C. Métodos E Técnicas De Pesquisa Social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
7. GIL, Antônio Carlos. Como Elaborar Projetos De Pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas,2002.
8. GIL, Antônio Carlos. Como Elaborar Projetos De Pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
9. MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa.** 5 ed. São Paulo: ATLAS, 2002.
10. Lakatos e Marconi (2003), *Fundamentos de Metodologia Científica*; Atlas Editora, (5ª Edição). São Paulo.
11. MINAYO, M. C. S. O Desafio Do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa Em Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007.
12. PAVELQUEIRES, S. et. al. **Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma.** 3ºed. São Paulo, 1997.
13. PIRES, M.T.B. **Erazo-Manual de Urgências em Pronto-socorro.** 8ª ed. Rio de janeiro, 2006.
14. POTTER, P.A.PERRY, A.G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática.** 3ª ed. São Paulo, 2002.
15. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddart: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** 9 ed.v. 4. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 1821-1851.
16. Suporte Avançado de vida no trauma para médicos.( Advanced Trauma Life Support for doctoris ATLS). Disponível no site [www.scribd.com/doc/51044622/1ATLS](http://www.scribd.com/doc/51044622/1ATLS). Pesquisado em 17/09/2022

## **Anexos**

## **Apêndices**

**Quadro de levantamento de dados (observação)**

<b>Nº de casos</b>	<b>Idade, sexo, raça</b>	<b>Tipo de traumatismo Abdominal</b>	<b>Causas</b>	<b>Cuidados prestados</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				

<b>39</b>				
<b>40</b>				
<b>41</b>				
<b>42</b>				
<b>43</b>				
<b>44</b>				
<b>45</b>				
<b>46</b>				
<b>47</b>				
<b>48</b>				
<b>49</b>				
<b>50</b>				

