

CENTRO PAULA SOUZA - ETEC PAULINO BOTELHO

Curso Técnico em Enfermagem

Ana Claudia França de Oliveira

Eliara Carolina dos Santos de Freitas

Lauana Fernanda Françoso Delfino

Luiz Carlos da Silva

Marcio Roberto Giovannini

Rafaella Cristina Alves Arruda

**ATUAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM NA IMOBILIZAÇÃO DE
POLITRAUMAS**

São Carlos

2025

**Ana Claudia França de Oliveira
Eliara Carolina dos Santos de Freitas
Lauana Fernanda França Delfino
Luiz Carlos da Silva
Marcio Roberto Giovannini
Rafaella Cristina Alves Arruda**

ATUAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM NA IMOBILIZAÇÃO DE POLITRAUMAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
Curso Técnico em Enfermagem da Etec Paulino
Botelho, orientada pela Prof. Dra. Cristiane
Leite de Almeida, como requisito parcial para
obtenção do título de técnico em Enfermagem.

São Carlos

2025

DEDICATÓRIA

Dedicamos esse trabalho a todas as pessoas que nos acompanharam durante esse percurso e que nos incentivaram na realização dessa conquista.

AGRADECIMENTOS

Queremos agradecer primeiramente a Deus por nos ter dado saúde, sabedoria e forças para não desistirmos mediante as dificuldades que cada um passou durante esses anos.

Aos professores, pelas correções e ensinamentos que permitiram apresentar um melhor desempenho no processo de formação profissional ao longo do curso.

Aos meus colegas de curso, com quem convivemos intensamente durante os últimos anos, pelo companheirismo e pela troca de experiências que me permitiram crescimento não só como pessoas, mas também como profissionais.

A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo nosso aprendizado.

“Hoje é um lindo dia para salvar vidas...”

RESUMO

INTRODUÇÃO: O politraumatismo resulta de um evento traumático em que há uma significativa liberação de energia, como em quedas, acidentes de trânsito, atropelamentos e ferimentos causados por armas de fogo, entre outros fatores. A equipe de enfermagem atua em conjunto com demais profissionais de saúde na identificação das lesões existentes e garantir a estabilização do paciente, respeitando suas limitações. A restrição do movimento da coluna em casos de trauma envolve manter a coluna vertebral da vítima em uma posição neutra, com o objetivo de reduzir a amplitude de movimentos e, assim, diminuir o risco de lesão ou de lesões adicionais. A prancha de resgate é um equipamento desenvolvido para o transporte manual de vítimas de acidentes, assegurando a segurança do paciente politraumatizado até que o diagnóstico e o tratamento das lesões sejam realizados. **JUSTIFICATIVA:** Considerando a grande relevância do assunto, observa-se os casos de traumas estão em constante crescimento. O paciente politraumatizado é considerado prioritário devido à gravidade de sua condição, especialmente por ter suas funções vitais comprometidas em um curto período, uma vez que o trauma pode causar múltiplas lesões, dependendo do tipo de mecanismo da lesão e da região do corpo afetada. O profissional que trabalha nessa área deve ter um sólido conhecimento teórico e científico, além de um compromisso máximo com sua atuação. **OBJETIVO:** Capacitar alunos de um curso técnico de enfermagem com relação a imobilização de coluna em pacientes politraumatizados, através do treinamento. **METODOLOGIA:** Aplicação de questionário com 10 questões antes da aula e do treinamento, avaliando o conhecimento prévio da população alvo. E a aplicação do mesmo questionário após a aula, avaliou o conhecimento adquirido após a explicação realizada pelo grupo.

PALAVRAS CHAVES: politrauma; imobilização de coluna; prancha rígida.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Polytrauma results from a traumatic event in which there is a significant release of energy, such as falls, traffic accidents, run-overs and gunshot wounds, among other factors. The nursing team works together with other health professionals to identify existing injuries and ensure the stabilization of the patient, respecting their limitations. Restricting spinal movement in cases of trauma involves keeping the victim's spine in a neutral position, with the aim of reducing the range of movement and, thus, decreasing the risk of injury or additional injuries. The rescue board is a piece of equipment developed for the manual transport of accident victims, ensuring the safety of the polytrauma patient until the diagnosis and treatment of the injuries are performed. **JUSTIFICATION:** Considering the great relevance of the subject, it is observed that the number of trauma cases is constantly increasing. Polytrauma patients are considered a priority due to the severity of their condition, especially because their vital functions are compromised in a short period of time, since trauma can cause multiple injuries, depending on the type of injury mechanism and the region of the body affected. Professionals working in this area must have solid theoretical and scientific knowledge, in addition to a maximum commitment to their work. **OBJECTIVE:** To train students in a technical nursing course regarding spinal immobilization in polytrauma patients, through training. **METHODOLOGY:** A questionnaire with 10 questions was administered before the class and the training, assessing the prior knowledge of the target population. The same questionnaire was administered after the class, assessing the knowledge acquired after the explanation given by the group.

KEYWORDS: polytrauma; spinal immobilization; rigid board.

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Análise das respostas pré-intervenção	17
Gráfico 2 - Análise das respostas pós-intervenção	18

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. Revisão de Literatura	13
1.1.1. Técnica de Imobilização.....	13
1.1.2. Equipamentos Utilizados para a Imobilização.....	13
1.1.3. Posicionamento do Paciente	14
2. JUSTIFICATIVA.....	14
3. OBJETIVOS	15
3.1. Objetivo Geral	15
3.2. Objetivos Específicos	15
4. METODOLOGIA.....	16
4.1. População Alvo.....	16
4.2. Coleta de Dados.....	16
4.3. Análise de Dados.....	16
5. RESULTADOS	17
6. CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS	20
APÊNDICE 1 - Questionário Aplicado	22
APÊNDICE 2 - Slides da Apresentação	25
APÊNDICE 3 - Fotos da Demonstração.....	30

1. INTRODUÇÃO

O politraumatismo resulta de um evento traumático em que há uma significativa liberação de energia, como em quedas, acidentes de trânsito, atropelamentos e ferimentos causados por armas de fogo, entre outros fatores (ZAPAROLI *et al.*, 2022).

O indivíduo exposto a esse impacto pode evoluir a múltiplas lesões de forma simultâneas, em várias partes do corpo onde um desses traumas ou a combinação destes podem ser eventualmente fatais (MARTINS; PIMENTEL; RODRIGES, 2021).

Ao realizar o exame primário e secundário da vítima de politraumatismo, é necessário atuar de forma ágil e eficaz, com intuito de reduzir a gravidade das lesões e as taxas de mortalidade, além de prevenir sequelas por esta causa (MATTOS; SILVÉRIO, 2010).

As mortes causadas por traumas seguem uma distribuição em três fases distintas. Sendo que as mortes imediatas ocorrem devido a lesões fatais, como a ruptura de grandes vasos ou do coração, em seguida morte precoces que acontecem nas primeiras seis horas, e muitas vezes podem ser evitadas com intervenções rápidas. Por fim, as mortes tardias, que surgem em dias ou semanas após o evento traumáticos, geralmente resultam de complicações como infecções ou falência de múltiplos órgãos (SALLUM; SOUZA, 2012).

A equipe de enfermagem atua em conjunto com demais profissionais de saúde na identificação das lesões existentes e garantir a estabilização do paciente, respeitando suas limitações (MARTINS; PIMENTEL; RODRIGES, 2021).

A restrição do movimento da coluna em casos de trauma envolve manter a coluna vertebral da vítima em uma posição neutra, com o objetivo de reduzir a amplitude de movimentos e, assim, diminuir o risco de lesão ou de lesões adicionais. Que podem ocasionar déficit motores e sensitivos como a presença de parestesia, plegia, formigamento, dormência, perda de sensibilidade nos quatro membros (BRIGOLINI ; CICONETI, 2023).

O Trauma Raquimedular também pode ocorrer no mesmo mecanismo da lesão, quando uma ou mais vértebras (cervical, torácica, lombar, sacral ou coccígea) sofrem esse impacto. Sendo assim o custo se torna muito alto para esse tipo de tratamento (MANTOVANI, 2005).

Conforme os autores citados acima, pesquisas realizadas no Brasil indicam que as quedas de altura e os acidentes de trânsito são os principais fatores que causam lesões na coluna vertebral.

A abordagem e o cuidado oferecidos a essas vítimas devem ser conduzidos de forma eficiente, incluindo não apenas a coordenação entre os diversos sistemas de prevenção, socorro pré-hospitalar, atendimento hospitalar e reabilitação, mas também a integração eficaz desses componentes (MARTINIANO et al., 2020).

O termo "imobilização" foi utilizado porque se acreditava na possibilidade de imobilizar completamente a coluna vertebral. No entanto, a mudança nesse conceito surge de estudos que demonstraram que uma verdadeira imobilização não pode ser alcançada, sendo viável apenas restringir e ou reduzir seus movimentos (FISCHER et al., 2018).

Os veículos adaptados para Suporte Básico de Vida (SBV), utilizados para transportar vítimas de acidentes que não requerem intervenção médica no local, devem estar equipados com os materiais e ferramentas necessárias para realizar a imobilização da vítima. A equipe que opera esses veículos é formada por um motorista e um auxiliar ou técnico de enfermagem, realizando apenas atendimentos primários. Para pacientes politraumatizados, é essencial contar com um Suporte Avançado de Vida (SAV), que inclui um médico intervencionista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e um motorista (FIGUEIREDO; VIEIRA, 2006).

Levando em conta o papel do técnico em enfermagem nessas situações, é fundamental que ele reconheça a importância dos sinais vitais nos atendimentos de emergência. Sua atuação envolve, após a avaliação inicial do estado da vítima de forma céfalo-caudal, a preparação do equipamento como a prancha, assistência na imobilização utilizando técnicas apropriadas, monitoramento contínuo do paciente e comunicação efetiva entre toda a equipe (MANTOVANI, 2005).

A utilização dos equipamentos de imobilização deve ser mantida até que se confirme a ausência de fraturas ou lesões na coluna. Em pacientes sem trauma

cervical evidente, que não apresentam dor à palpação e estão conscientes e orientados, o colar cervical pode ser removido após avaliação médica na própria sala de emergência, mesmo que não tenha sido realizada uma radiografia complementar. Além de ser um dispositivo eficaz para a imobilização da coluna cervical, a prancha também facilita o transporte intra-hospitalar durante a realização de exames de imagem, minimizando a manipulação excessiva, o que pode aumentar os riscos de lesões ou agravar o estado do paciente (ALMEIDA et.al.,2012).

A prancha de resgate é um equipamento desenvolvido para o transporte manual de vítimas de acidentes, assegurando a segurança do paciente politraumatizado até que o diagnóstico e o tratamento das lesões sejam realizados. Há uma variedade de modelos disponíveis no Brasil e no exterior, feitos de materiais como madeira, padiolas, compensado, aço, ferro, alumínio, fibra de polietileno e polipropileno. Contudo, a literatura científica não apresenta evidências que indiquem qual desses materiais é o mais adequado para situações de resgates (CUNHA, 2022).

As pranchas de polietileno oferecem alta resistência a impactos e permitem resgates aquáticos. No entanto, possuem três fitas para fixar a vítima, o que não permite a compressão pélvica nem a tração dos membros. Assim como as pranchas rígidas de MDF e madeira, que são mais pesadas e radiopacas, elas também não possibilitam a compressão, o que pode levar a complicações decorrentes da piora das lesões existentes (CUNHA, 2022).

Uma pesquisa retrospectiva que teve como objetivo avaliar se a alteração no protocolo de imobilização impactou a incidência de lesões na coluna vertebral revelou que não houve aumento nas lesões incapacitantes após a transição do protocolo de “imobilização da coluna vertebral” para “restrição do movimento da coluna”. Além disso, outros autores observaram que a prancha longa estava sendo utilizada corretamente em pacientes com traumas mais severos, conforme os protocolos atuais (CLEMENCY et al., 2021).

Um outro estudo retrospectivo, que abrangeu o período de 2009 a 2020, revelou que a taxa de imobilização/restrrição do movimento da coluna caiu de 31,2 para 12,7 por 100 atendimentos de trauma por mês. Além disso, o estudo mostrou uma utilização mais criteriosa dos protocolos, com a adoção da prancha longa para pacientes com sinais de gravidade, enquanto pacientes considerados menos graves

passaram a ser atendidos apenas com colar cervical, após a atualização dos critérios de avaliação (MCDONALD; KRIELLAARS; PRYCE, 2023).

Segundo NETA et al. (2012) que realizou uma coleta dos dados nos meses de fevereiro e março do ano de 2010. As motocicletas envolveram-se em 84% dos acidentes, sendo os homens de 21 a 30 anos os mais acometidos.

Uma pesquisa realizada em uma unidade hospitalar na cidade do México com 334 pacientes de janeiro a dezembro de 2015, dos pacientes com politraumatismo 16,77% tinham lesão de coluna vertebral, sendo por meio do mecanismo da lesão: queda 63,16%, acidentes de trânsito 21,05%, atropelamento 10,53% (LUNA; MENDOZA; OROPEZA, 2017).

Uma revisão da literatura realizada por Arejan et al (2022), que abrangeu o período de 1990 até março de 2019, revelou que a detecção precoce e correta de possíveis lesões traumáticas na coluna vertebral por profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar pode melhorar consideravelmente os resultados para os pacientes e contribuir para a diminuição do uso inadequado da imobilização.

1.1. Revisão de Literatura

Para este capítulo de revisão foi utilizado como referência Brasil, 2016 para que o protocolo ficasse padronizado como Ministério da Saúde.

1.1.1. Técnica de Imobilização

A equipe devidamente paramentada com os equipamentos de proteção individual (EPI's) após garantir a segurança da cena, deve abordar a vítima e realizar a estabilização manual da coluna cervical ao iniciar o atendimento, para que se realize a avaliação primária, analisando a indicação de imobilização da coluna.

1.1.2. Equipamentos Utilizados para a Imobilização

São utilizados os equipamentos de acordo com o quadro do paciente sendo colar cervical, prancha rígida longa, cintos, talas para imobilização e ou ataduras.

1.1.3. Posicionamento do Paciente

Se a vítima estiver com um capacete, este deve ser removido. Deve-se realizar a técnica de rolamento a 90° ou a 180°, se necessário, até que a vítima esteja em decúbito dorsal e faça a retirada na técnica correta.

Vítima em decúbito dorsal - Aplicar o colar cervical e realizar o rolamento a 90° sobre a prancha rígida. Se a vítima apresentar quadro clínico estável ou instável, mantê-la na prancha rígida. Se a vítima apresentar quadro clínico estável e/ou no caso de vítimas que não tolerem prancha rígida (exemplo: idosos) e/ou o tempo de permanência for superior a 30 minutos pode-se optar pela restrição do movimento com a maca da ambulância, utilizando passante e imobilizador lateral de cabeça. A utilização da maca da ambulância permite a elevação da cabeceira até 30°.

Vítima em decúbito ventral - Realizar rolamento 180° sobre a prancha rígida e aplicar o colar cervical. Se vítima apresentar quadro clínico estável ou instável, essa deve ser mantida na prancha rígida.

Vítima deambulando na cena ou sentada, estável e sem fraturas periféricas - Após colocar o colar cervical, posicionar a maca ao lado da vítima e auxiliá-la a se deitar realizando movimentos coordenados utilizando a técnica de autoextricação.

Vítima dentro do carro e estável e sem fraturas periféricas - Realizar a técnica da autoextricação. O Dispositivo de Extricação de Kendrick (KED) não é mais indicado, pois, leva tempo para ser colocado e produz a falsa sensação de imobilização.

Vítima dentro do carro e instável ou com alguma condição que contraindica a autoextricação - Realizar a restrição dos movimentos após a extração da vítima utilizando a técnica de retirada rápida com três profissionais.

2. JUSTIFICATIVA

Considerando a grande relevância do assunto, observa-se os casos de traumas estão em constante crescimento. A cada dia, os serviços de emergência se destacam como uma das áreas mais complexas, apresentando um alto volume de atividades envolvendo profissionais e pacientes.

O paciente politraumatizado é considerado prioritário devido à gravidade de sua condição, especialmente por ter suas funções vitais comprometidas em um curto período, uma vez que o trauma pode causar múltiplas lesões, dependendo do tipo de mecanismo da lesão e da região do corpo afetada. O profissional que trabalha nessa área deve ter um sólido conhecimento teórico e científico, além de um compromisso máximo com sua atuação.

Sendo assim a prestação inicial de cuidados exige agilidade e habilidade, conduzida por uma equipe multidisciplinar capacitada.

Treinamento é fundamental para ser seguido os protocolos de trauma e garantir uma resposta rápida e coordenada das equipes de saúde para reduzir danos e aumentar as chances de sobrevivência do paciente.

A rápida identificação das lesões e a intervenção apropriada são essenciais para evitar complicações. Além disso, a reavaliação contínua do estado do paciente é crucial para ajustar o plano de tratamento conforme necessário, assegurando que todos os aspectos do cuidado sejam atendidos de maneira eficiente e eficaz.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Demonstrar e orientar os alunos do curso técnico de enfermagem com relação a imobilização de coluna em pacientes politraumatizados.

3.2. Objetivos Específicos

Avaliar conhecimento prévio dos alunos em relação ao atendimento do paciente politraumatizado.

Orientar quanto ao posicionamento e imobilização correta da coluna com uso da prancha ao paciente politraumatizado.

Conscientizar a importância da atuação do técnico de enfermagem no atendimento ao paciente politraumatizado.

Mensurar o atendimento prestados pelos alunos em simulação realística conforme os protocolos preconizados pela equipe de enfermagem.

4. METODOLOGIA

Esse trabalho caracterizou-se por uma pesquisa quantitativa de caráter exploratório.

4.1. População Alvo

A população alvo do estudo foi formada pelos alunos do 2º módulo do curso técnico em Enfermagem da ETEC “Paulino Botelho”.

4.2. Coleta de Dados

Para a coleta de dados, utilizou-se a construção e aplicação de questionário pré e pós - intervenção para avaliar o conhecimento prévio da população alvo. E a aplicação do mesmo questionário após a aula, avaliou o conhecimento adquirido após a explicação realizada pelo grupo.

4.3. Análise de Dados

As respostas foram armazenadas e contabilizadas em um banco de dados Microsoft Excel, bem como apresentadas em gráficos.

5. RESULTADOS

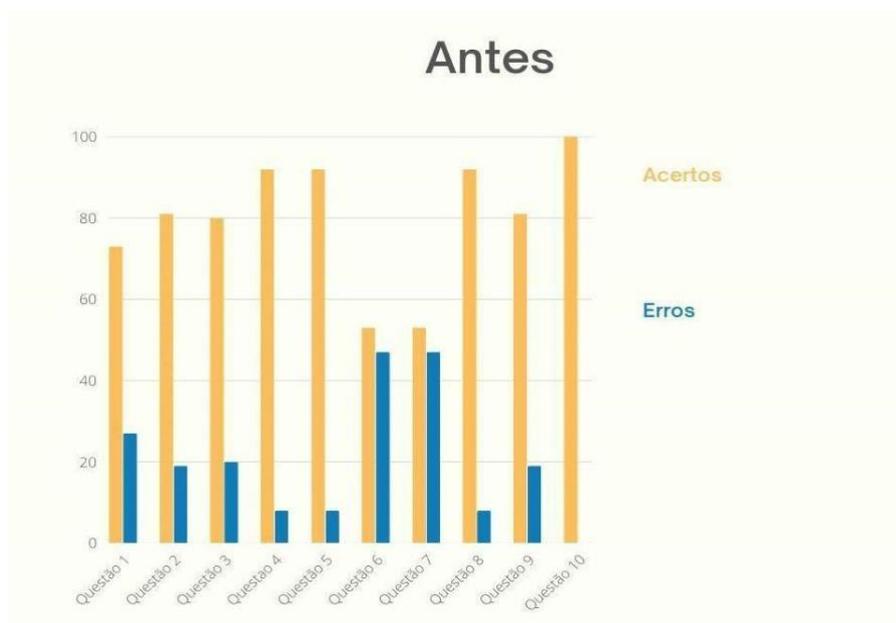
A aplicação do questionário ocorreu durante o período de aula e participaram da demonstração e preenchimento do questionário 26 alunos do 3º módulo do curso Técnico de Enfermagem.

O desempenho dos participantes foi cuidadosamente analisado a partir dos percentuais de acertos e erros registrados em dois momentos distintos de avaliação

Durante a demonstração e preenchimento do questionário os alunos se mostraram interessados e participativos.

O gráfico, abaixo, representa os resultados obtidos no questionário pré-intervenção.

Gráfico 1 - Análise das respostas pré-intervenção



Fonte: Do próprio autor, 2025.

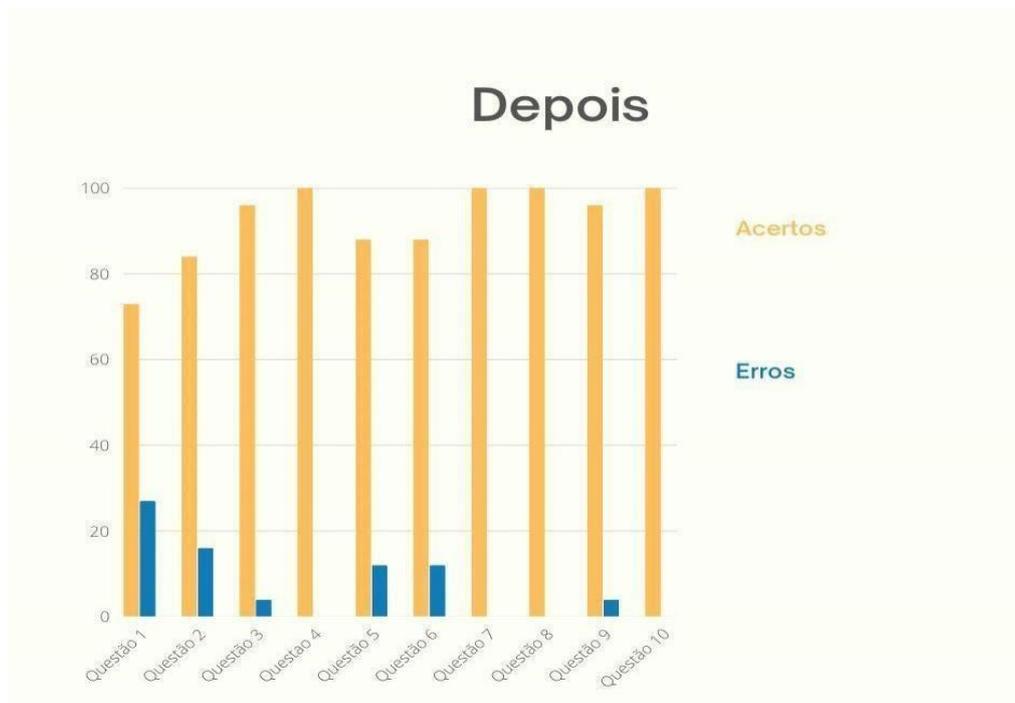
O gráfico 1 pré-intervenção demonstra que os alunos já possuíam um conhecimento prévio com relação as questões que foram abordadas devido ao índice apresentado pelo gráfico 1.

Nas questões 6 e 7 que abordaram respectivamente o posicionamento do paciente para imobilização na prancha e angulação da técnica de rolamento, foram as que os alunos apresentavam maior dificuldade nas respostas apresentadas pois tanto o número de acertos quanto os erros ficaram em torno de 50%.

A questão de número 10 foi a única em que eles não tiveram nenhum tipo de dúvida e 100% dos alunos participantes acertaram a resposta que abrangia quais equipamentos são usados para realização da imobilização do paciente.

O gráfico 2 a seguir, está relacionado aos dados pós-intervenção.

Gráfico 2 - Análise das respostas pós-intervenção



Fonte: Do próprio autor, 2025.

No segundo gráfico nota-se uma melhoria substancial em algumas questões.

As porcentagens de acertos aumentaram consideravelmente, atingindo 100% de acerto como as questões 4 (critério de prioridade no momento da imobilização), 7 (angulação da técnica de rolamento) e 8 (retirada dos equipamentos de imobilização). Um fato importante que deve ser ressaltado é que a questão de número 7 os alunos

possuíam dúvida e com a demonstração conseguiu-se êxito com relação a sanar a mesma.

Com relação a questão 5 (os materiais utilizados na ocorrência em um politrauma) houve uma pequena redução no percentil de acerto em relação à pré-intervenção de 92% para 89% podendo estar relacionada à alguma dificuldade de interpretação ou confusão no padrão resposta.

As questões 6 (posicionamento do paciente para imobilização em prancha) e 9 (retirada dos equipamentos de proteção) também apresentaram aumento no índice de acertos.

A questão 10 manteve-se 100% de acertos, reafirmando o domínio consistente dos participantes sobre o tema.

Essa análise busca não apenas identificar as áreas de maior domínio, mas também mapear os tópicos que ainda apresentam desafios e que, portanto, exigem maior atenção no processo de ensino-aprendizagem.

6. CONCLUSÃO

Nesse estudo, foi observado que os alunos participantes possuíam conhecimentos básicos sobre o assunto. No entanto, após a intervenção por meio de apresentação e demonstração houve uma melhora significativa nos resultados da amplitude dos conhecimentos.

Esses dados confirmam a eficácia da metodologia e estratégia utilizada, mostrando que ela contribuiu de maneira direta para o aprimoramento do aprendizado dos participantes. Além disso observou-se uma redução expressiva nos índices de erros em praticamente todas as questões, o que indica não apenas um aumento na taxa de acertos, mas também um melhor entendimento do tema abordado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.C.G. et al. **Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos.** Acta Paul Enferm. 2012; 25(3):471–6 Disponível em: <https://www.coren-ce.org.br/wpcontent/uploads/2020/01/Imobiliza%C3%A7%C3%A3o-realizada-no-transporte-de-pacientes-v%C3%ADtimas-de-traumas.pdf> Acesso 14 de Set, 2024.
- AREJAN, R.H. et al. **Evaluating prehospital care of patients with potential traumatic spinal cord injury: scoping review.** Eur Spine J. 2022 [cited in 2023 May 28]; 31(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-022-07164-4> Acesso em 13 de Set, 2024
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192. 2016.pdf - Google Drive](#) Acesso em 01 Junho de 2025
- BRIGOLINI, G.;CICONET, R.M. **Restrição do movimento da coluna: uma análise do conhecimento dos profissionais de enfermagem.** Cogitare Enferm. 2023, v28, ed 87844. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/bpDQtzdWB3QmsgGKjz5Ff9x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 02 de set, 2024.
- CLEMENCYI; B.M. et al. **A Change from a Spinal Immobilization to a Spinal Motion Restriction Protocol was Not Associated with an Increase in Disabling Spinal Cord Injuries.** Prehosp Disaster Med. 2021 [cited in 2023 May 28]; 36(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1049023X21001187> Acesso em 13 de Set, 2024
- CUNHA, V.P.A. **Relatório técnico científico: prancha imobilização pélvica e de membros inferiores com dispositivos de tração.** Universidade de Vassouras, 2022. Disponível:https://mestradosaude.universidadedevassouras.edu.br/arquivos/dissertaco es/Relatorio_Tecnico_Cientifico_Vitor_Alfradique.pdf Acesso em 10 de Set, 2024
- FICHER; P.E. *et al.* **Spinal Motion Restriction in the Trauma Patient - A join Position Statement. Prehospital Emergency Care.** 2018 [cited in 2022 Apr 15]; 0(0). Available in: Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10903127.2018.1481476> Acesso em 13 de Set, 2024
- FIGUEIREDO, N. M. A; VIEIRA, A. A. B. (org.). **Emergência: atendimento e cuidados de enfermagem.** São Paulo: Yendis, 2006. Acesso em 14 de Set, 2024
- LUNA, L. M., MENDOZA, R. J. A, OROPEZA, Y. M. **Epidemiologia de trauma da coluna em pacientes com politraumatismo.** Coluna, 2017, v 16, n 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1808-185120171602172288> Acesso em 26 de Set de 2024.
- MCDONALD, N; KRIELLAARS, D; PRYCE, R. T. **Patterns of change in prehospital spinal motion restriction: a retrospective database review.** Academic Emergency

Medicine. 2023 [cited in 2023 May 28]. Disponível em :
<https://doi.org/10.1111/acem.14678> Acesso em 14 de Set, 2024.

MARTINIANO, E.C. et al. **Cuidados de enfermagem ao paciente politraumatizado: revisão integrativa.** Nursing Edição Brasileira, 2020, v 23, n 270, pg 4861–4872. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i270p4861-4872> Acesso em 04 de Set, 2024

MARTINS, B.S.S.; PIMENTEL, C.D.; RODRIGUES, G.M.M. **Atuação do enfermeiro na assistência ao paciente politraumatizado.** Rev. Bras Interdisciplna Saude, 2021, v3, n3, pg 69-73. Disponível em: <http://revista.rebis.com.br/idex.php/rebis> Acesso em 12 de Set, 2024

MATTOS, L.S.; SILVÉRIO, M.R. **Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe e enfermagem em um serviço de emergência Santa Catarina, 2010.** Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/2227/2452> Acesso em 15 de Set, 2024

MANTOVANI, M. **Suporte básico e avançado de vida no trauma.** São Paulo: Atheneu, 2005.

NETA, D.S.R. et al. **Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclistas atendidos pelo SAMU de Teresina PI.** Ver. Bras. Enferm., 2012, v 65 n 6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600008> Acesso em 24 de Set de 2024.

SALLUN, A.M.C; SOUZA, R.M.C. **Diagnostico de enfermagem em vítima de trama nas primeiras seis horas após o evento.** Acta paulista enfermagem, 2012, v25, n2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590//S0103-21002012000200016> Acesso em 06 de Set, 2024

SAMU CGR BRAGANÇA. Protocolo de Restrição de Movimento de Coluna Vertebral. [2019]. Disponível em:
<https://www.cursodebombeiro.com.br/wpcontent/uploads/2019/03/ProtocoloRMC.pdf>
f. Acesso em 08 fev. 2025.

SAMU. Protocolo de Restrição de Coluna Vertebral para Vítimas de Trauma, 2021: Disponível em:
https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estruturadehttps://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-degoverno/saude/2023/protocolo_rmc-12-06-23.pdfgoverno/saude/2023/protocolo_rmc12-06-23.pdf
Acesso em 10 fev. 2025

ZAPAROLI, M .et al. **Assistências de enfermagem ao paciente politraumatizado.** Rev Cuid Enferm, 2022, v16 (1), pg 119-127. Disponível em: <https://docs.fundacaopadrealbino.com.br/media/documentos/78cec5f90be16c8be37c7b0b4d8da995.pdf>. Acesso em 26 de ago. 2024.

APÊNDICE 1 - Questionário Aplicado

- 1) Assinale a alternativa INCORRETA quais os principais critérios de avaliação em um possível trauma?
 - a) Pneumotórax, hipóxia, hemotórax
 - b) Hemorragia e risco de obstrução de via aérea
 - c) Presença de risco de choque
 - d) Alteração do nível de consciência
 - e) Algia e hipertermia

- 2) Assinale a alternativa INCORRETA de como pode ocorrer um trauma:
 - a) Queda maior que 2 metros
 - b) Queda de no mínimo 5 degraus de escada
 - c) Capotamento e tombamento
 - d) Atropelamento, colisão de bicicleta
 - e) Bronco aspiração

- 3) Assinale a alternativa INCORRETA, quais podem ser os déficits sensitivos ou motores após um politrauma:
 - a) Presença de paresia
 - b) Formigamento/dormência
 - c) Perda de sensibilidade dos quatros membros
 - d) Plegia
 - e) Espasmos

- 4) Segundo o protocolo de RMC, no momento da imobilização qual critério de prioridade devemos seguir:
 - a) Estabilizar cervical
 - b) Sentar a vítima
 - c) Realizar suturação
 - d) Estabilizar torção
 - e) Realizar RCP

- 5) Quais os materiais utilizados em um politrauma, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Cinto
 - b) Laterizador
 - c) Travesseiro
 - d) Colar cervical
 - e) Prancha rígida
- 6) Assinale a alternativa CORRETA para qual o posicionamento do paciente para imobilização em prancha:
- a) Decúbito dorsal
 - b) Decúbito ventral/ posição prona
 - c) Decúbito trendelenburg
 - d) Decúbito lateral
 - e) Posição SIMS
- 7) Assinale a alternativa CORRETA para angulação da técnica de rolamento:
- a) 90° ou 180°
 - b) 180 ou 30°
 - c) 30° ou 60°
 - d) 90° ou 200°
 - e) 45° ou 60°
- 8) Assinale a alternativa CORRETA sobre a retirada dos equipamentos da imobilização:
- a) Deve ser mantida até que se confirme a ausência de fraturas ou lesões na coluna
 - b) Dentro da ambulância, durante o percurso até a unidade hospitalar
 - c) A pedido do paciente
 - d) O equipamento pode ser removido assim que o paciente estiver na sala de emergência, sem avaliação médica
 - e) O equipamento pode ser retirado quando o paciente refere algia
- 9) Assinale a alternativa que não corresponde a atuação do técnico de enfermagem no momento da imobilização:
- a) Identificar as lesões existentes e garantir a estabilização do paciente

- b) Avaliação de sinais vitais
- c) Monitoramento contínuo do paciente e comunicação com a equipe
- d) Preparação dos equipamentos
- e) Avaliar as lesões e dar diagnóstico

10) Quais equipamentos usados para realização da imobilização do paciente?

Assinale a alternativa CORRETA.

- a) Colar cervical, prancha rígida longa, comadre, cinto, garrote
- b) Colar cervical, prancha rígida longa, cintos, talas e ataduras
- c) Prancha rígida, cintos, ataduras, gazes e lençol
- d) Prancha rígida, cintos, seringa, tala e ataduras
- e) Colar cervical, cintos, equipo, sonda e xilocaína

APÊNDICE 2 - Slides da Apresentação



ATUAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM NA IMOBILIZAÇÃO DE POLITRAUMAS



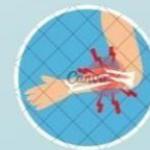
POLITRAUMA

Politrauma é um termo utilizado na medicina para descrever pacientes que sofreram múltiplas lesões graves simultaneamente, comprometendo dois ou mais órgãos ou sistemas do corpo. Essas lesões geralmente resultam de acidentes de alta energia, como colisões de trânsito, quedas de grandes alturas e traumas por esmagamento.

O tratamento do politrauma segue o protocolo do Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS), priorizando a estabilização do paciente. Isso significa que, antes de tratar fraturas ou ferimentos superficiais, a equipe médica foca na garantia da respiração, circulação sanguínea e controle de hemorragias, já que qualquer falha nesses aspectos pode ser fatal.

A abordagem pré-hospitalar também é essencial. No cenário do acidente, os socorristas avaliam o nível de consciência da vítima, aplicam imobilizações (como colar cervical e prancha rígida) e transportam o paciente para um hospital adequado.

Exemplo: imagine um motociclista envolvido em um acidente: ao ser arremessado contra o asfalto, ele pode sofrer uma fratura na perna, um trauma torácico com comprometimento pulmonar e uma lesão na cabeça. Essa combinação de ferimentos configura um politrauma, pois há múltiplas regiões do corpo afetadas, exigindo uma abordagem rápida e coordenada no atendimento.





MATERIAIS UTILIZADOS

EM UMA IMOBILIZAÇÃO

A imobilização de um paciente em casos de trauma é fundamental para evitar o agravamento de lesões, principalmente em suspeitas de fraturas ou traumas na coluna. Os principais materiais utilizados são:

1. Colar Cervical

2. Prancha Rígida

3. Cintos de Imobilização

4. Imobilizadores de Cabeça (Head Blocks)

1.



2.



3.



4.





PRINCIPAIS CAUSAS DE TRAUMA

- Acidentes de trânsito** (carros, motocicletas, bicicletas, atropelamentos).
- Quedas** (em idosos, crianças e trabalhadores que atuam na altura).
- Violência urbana** (agressões, arma branca, arma de fogo).
- Acidentes de trabalho** (quedas, esmagamentos, queimaduras).
- Práticas esportivas** (concussões, traumas musculoesqueléticos).
- Acidentes domésticos** (quedas, queimaduras).

PRINCIPAIS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO EM POSSIVEL TRAUMA

Via Aérea: Avaliar a permeabilidade das vias aéreas e proteger a coluna cervical.

Respiração: Verificar a respiração e a oxigenação (movimentos torácicos, sons respiratórios, sinais de cianose).

Circulação: Avaliar pulso, pressão arterial, perfusão e controle de hemorragias externas.

Déficit Neurológico: Avaliar o nível de consciência com a Escala de Coma de Glasgow (ECG), tamanho e reatividade das pupilas.

Exposição/Ambiente: Expor o paciente para identificar outras lesões como lacerações hematomas queimaduras ou fratura expostas e controlar a temperatura para evitar hipotermia.



POSICIONAMENTO CORRETO PARA IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA

1 Manter a Estabilização da Coluna

Antes de qualquer movimentação, é essencial que a cabeça e o pescoço fiquem imóveis. Se houver suspeita de lesão na coluna, não mova o paciente bruscamente.

- Alguém deve segurar a cabeça do paciente em posição neutra (olhando para cima, sem girar).
- Se houver, usar um colar cervical antes da movimentação.

2 Colocação da Prancha Rígida

- ◆ O ideal é que três a quatro pessoas ajudem na movimentação do paciente.
- ◆ A técnica mais segura é a manobra em bloco, onde todos giram o paciente ao mesmo tempo.

Passos:

- Um socorrista segura a cabeça e pescoço para evitar movimento.
- Outros dois ou três posicionam-se ao longo do corpo (ombros, quadris e pernas).
- O paciente é virado de lado em um único movimento, como um bloco.
- A prancha é colocada debaixo do corpo.
- O paciente é retornado à posição supina (de barriga para cima).

POSICIONAMENTO CORRETO PARA IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA

3 Fixação do Paciente na Prancha

- ◆ Após posicionar corretamente o paciente na prancha, ele deve ser imobilizado com as tiras de fixação.
- ◆ A sequência correta de fixação é:
 - Cabeça primeiro, com blocos laterais e fitas.
 - Tórax e quadril, garantindo que o tronco fique firme.
 - Pernas e pés, para evitar movimentos desnecessários.

Se não houver equipamentos próprios, pode-se improvisar com faixas, lençóis ou até fitas adesivas largas para manter a estabilidade.

4 Monitoramento Contínuo

Depois da imobilização, monitorar sinais vitais (respiração, pulso, nível de consciência) até a chegada ao hospital ou unidade de atendimento.

A imobilização correta reduz riscos de lesão medular e garante um transporte seguro para o paciente.

TECNICA DE ROLAMENTO COM ANGULAÇÃO

Quando for necessário movimentar um paciente para imobilização, o ideal é usar a técnica de rolamento com a **angulação de 90°**.

A ideia é virar o paciente de lado de forma controlada, sem forçar a coluna.

Passo a passo:

1. **Estabilize a cabeça e pescoço** do paciente para garantir que não haja movimentos indesejados.
2. **Posicione de dois a três socorristas** ao lado do paciente, cuidando do ombro, quadril e pernas.
3. **Dê um comando único** para que todos girem o paciente de lado ao mesmo tempo, mantendo a coluna alinhada.
4. **Quando o paciente estiver em um ângulo de 90°**, coloque a prancha rígida por baixo do corpo.
5. Depois, retorne o paciente à posição deitada **com cuidado**.

O segredo é fazer tudo de forma **coordenada e rápida**, para evitar qualquer movimento que possa causar mais danos.

TÉCNICA DE ROLAMENTO COM ANGULAÇÃO

A angulação de 90° a 180° no rolamento do paciente se refere ao movimento gradual para garantir que o corpo seja virado de forma controlada, sem causar lesões adicionais, especialmente na coluna.

- 90° é o ângulo inicial no qual o paciente é movido de lado para permitir a inserção da prancha rígida de forma segura. Isso ajuda a aliviar a pressão na coluna, ao mesmo tempo em que se evita qualquer torção ou curvatura do corpo.

- 180° se refere ao movimento completo para reposicionar o paciente de volta à posição supina (barriga para cima) após a prancha ser colocada. Esse movimento deve ser feito com cautela para garantir que o paciente permaneça alinhado, e o risco de lesões é minimizado.

Esse intervalo de angulação (90° a 180°) é importante porque ajuda a manter a estabilidade da coluna e evita movimentos bruscos, o que pode ser crucial em situações de trauma.

APÊNDICE 3 - Fotos da Demonstração

