

# Aula 9 – Avaliação Primária do Politraumatizado (XABCDE) - Parte 1

## O Relógio Contra o Trauma: Sua Primeira Resposta Faz a Diferença

Imagine-se em um plantão, o telefone toca e a voz do outro lado anuncia: "Vítima de acidente grave, politraumatizado, a caminho!". Seu coração acelera, mas sua mente precisa estar calma e organizada. Em situações de emergência e trauma, cada segundo conta, e a capacidade de agir de forma rápida e sistemática pode ser a linha tênue entre a vida e a morte. É nesse cenário de alta pressão que a enfermagem se destaca, não apenas como suporte, mas como protagonista essencial na avaliação e nas primeiras intervenções.

Esta aula foi cuidadosamente elaborada para você, estudante universitário em busca de aprimoramento e horas complementares, ou candidato a concursos públicos que sabe o valor de um certificado de capacitação. Nosso objetivo principal é desvendar os segredos da Avaliação Primária do Politraumatizado, utilizando a metodologia XABCDE – uma ferramenta poderosa que organiza o caos e direciona suas ações. Ao final desta jornada, você não apenas entenderá os conceitos, mas será capaz de visualizar e aplicar as etapas iniciais do atendimento pré-hospitalar ao traumatizado, com foco nas prioridades que salvam vidas.

Nesta primeira parte, mergulharemos na introdução ao Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado (PHTLS), compreendendo sua filosofia e sua relevância para a enfermagem. Em seguida, desvendaremos as letras "X", "A" e "B" do XABCDE: o controle de hemorragias exsanguinantes, a avaliação e manejo das vias aéreas com controle da coluna cervical, e a respiração e ventilação, com suas respectivas intervenções de enfermagem. Prepare-se para conectar seus conhecimentos prévios de anatomia e fisiologia com as práticas mais atualizadas, baseadas nas diretrizes do COFEN, AHA, PHTLS® e ATLS®.

# O Cenário do Trauma e a Essência do PHTLS

Quando pensamos em trauma, a imagem que muitas vezes nos vem à mente é a de um cenário caótico: acidentes de trânsito, quedas, violências. Nesses momentos críticos, o tempo é um fator determinante, e a famosa "hora de ouro" – o período crucial após o trauma onde intervenções rápidas podem reverter desfechos negativos – se torna o nosso maior desafio. Sem um método claro, a tendência é que o profissional se sinta sobrecarregado, sem saber por onde começar ou qual problema abordar primeiro.

É exatamente para trazer ordem a esse caos que surge o **PHTLS (Prehospital Trauma Life Support)**. Pense no PHTLS como um mapa de navegação detalhado para um navio em meio a uma tempestade. Ele não apenas indica o caminho, mas oferece as ferramentas e a lógica para enfrentar os perigos mais iminentes. Para a enfermagem, o PHTLS não é apenas um protocolo a ser seguido, mas uma filosofia de cuidado que nos capacita a tomar decisões rápidas e eficazes, priorizando as intervenções que realmente fazem a diferença na sobrevivência do paciente traumatizado.

A enfermagem, com sua visão holística e sua capacidade de avaliação contínua, é um pilar fundamental na aplicação dos princípios do PHTLS. Desde a chegada da equipe ao local do incidente, o enfermeiro já está avaliando o cenário, identificando riscos e preparando-se para a abordagem inicial. Essa preparação mental e técnica, guiada pelos preceitos do PHTLS, transforma a resposta a uma emergência de uma reação instintiva para uma ação calculada e salvadora.



# PHTLS: Mais que um Protocolo, uma Filosofia de Cuidado

Aprofundando nossa compreensão sobre o PHTLS, é fundamental entender que ele vai além de uma simples sequência de passos. Ele é a materialização de uma filosofia que prioriza a avaliação rápida, a intervenção imediata das condições que ameaçam a vida e o transporte adequado para a unidade hospitalar. Muitas vezes, a pressão do momento pode nos levar a focar apenas nos sintomas mais evidentes, mas o PHTLS nos ensina a olhar para o quadro completo, antecipando complicações e agindo preventivamente.

## Avaliação Rápida

Identificação sistemática das prioridades vitais

## Intervenção Imediata

Ações que salvam vidas nos primeiros minutos

## Transporte Adequado

Encaminhamento para o centro de trauma apropriado

Imagine o PHTLS como um maestro regendo uma orquestra de emergência. Cada instrumento (ou seja, cada membro da equipe e cada etapa do atendimento) tem seu papel, mas é a coordenação e a harmonia ditadas pelo maestro que garantem a execução perfeita da sinfonia. No trauma, essa sinfonia é a sequência de ações que culminam na estabilização do paciente. O enfermeiro, nesse contexto, atua como um dos principais músicos, interpretando a partitura e garantindo que sua execução seja impecável.

Conceito	Âmbito/Aplicação	Base/Origem	Foco Principal
PHTLS	Pré-hospitalar	NAEMT	Atendimento inicial no local do trauma
ATLS	Hospitalar	ACS	Atendimento definitivo no ambiente hospitalar

# A Estrutura XABCDE: O Alfabeto da Vida no Trauma

Em um cenário de trauma, onde cada segundo é precioso e a complexidade das lesões pode ser avassaladora, a pergunta que ecoa na mente de todo profissional é: "[Por onde eu começo?](#)". A ausência de uma sequência lógica pode levar à perda de tempo valioso, à omissão de lesões críticas ou à priorização inadequada de problemas menos urgentes. É nesse ponto que a metodologia XABCDE se revela como a espinha dorsal do atendimento ao politraumatizado, oferecendo um roteiro claro e universalmente aceito.



## X - Hemorragias Exsanguinantes

Controle imediato de sangramentos que ameaçam a vida



## A - Vias Aéreas

Permeabilidade das vias aéreas com proteção cervical



## B - Respiração

Avaliação e suporte da ventilação



## C - Circulação

Controle do choque e perfusão



## D - Déficit Neurológico

Avaliação do estado neurológico



## E - Exposição

Controle do ambiente e prevenção de hipotermia

Pense no XABCDE como um checklist de pré-voo para um piloto. Antes de decolar, o piloto não verifica aleatoriamente os sistemas da aeronave; ele segue uma ordem rigorosa para garantir que todos os componentes críticos estejam funcionando perfeitamente. Da mesma forma, no atendimento ao trauma, o XABCDE nos guia através das prioridades que, se não abordadas imediatamente, podem levar ao óbito do paciente em minutos. Essa sequência não é arbitrária; ela reflete a letalidade das condições que cada letra representa.

A ordem X, A, B, C, D, E não é apenas um mnemônico fácil de lembrar, mas uma hierarquia de prioridades baseada na fisiologia e na probabilidade de morte. Ignorar o "X" para focar no "C", por exemplo, seria como tentar apagar um incêndio sem antes fechar a torneira de um vazamento maciço. A enfermagem, ao dominar essa sequência, ganha a capacidade de organizar suas ações, identificar as ameaças mais urgentes e intervir com precisão, garantindo que as chances de sobrevivência do paciente sejam maximizadas desde o primeiro contato.

# X – Hemorragias Exsanguinantes: A Prioridade Silenciosa

Por muito tempo, a avaliação primária do trauma começava com o "A" de Vias Aéreas. No entanto, a experiência em conflitos e estudos recentes revelaram uma verdade chocante: **a principal causa de morte evitável no trauma é a hemorragia exsanguinante**. Essa descoberta levou à inclusão do "X" (eXanguinating hemorrhage) como a primeira e mais crítica etapa da avaliação. Ignorar um sangramento maciço, mesmo que as vias aéreas estejam livres, é como tentar encher um balde furado: o esforço será em vão.

Imagine uma hemorragia exsanguinante como um vazamento catastrófico em um barco que está afundando rapidamente. Não importa quão bem você esteja remando ou quão limpo esteja o convés; se o buraco não for estancado, o barco irá para o fundo. No corpo humano, a perda rápida e maciça de sangue leva ao choque hipovolêmico e, conseqüentemente, à falência de órgãos e morte. É por isso que o "X" vem antes de qualquer outra coisa: é a ameaça mais imediata e letal.

⊗ **Atenção:** Uma hemorragia exsanguinante pode levar à morte em menos de 5 minutos. A identificação e controle imediatos são cruciais para a sobrevivência do paciente.

A identificação de uma hemorragia exsanguinante exige um olhar treinado e uma ação imediata. Pode ser um sangramento arterial pulsátil, uma poça de sangue crescendo rapidamente sob o paciente, ou a amputação traumática de um membro. A enfermagem, ao se deparar com essa situação, deve agir sem hesitação. A prioridade é estancar o sangramento antes mesmo de pensar em vias aéreas ou respiração, pois sem sangue circulando, nenhuma outra intervenção terá efeito.

# Intervenções para o "X": Agir Rápido para Salvar

Uma vez identificada a hemorragia exsanguinante, a próxima pergunta é: "[Quais ferramentas e técnicas eu tenho à minha disposição para estancar esse sangramento?](#)". A resposta rápida e eficaz é a chave para a sobrevivência do paciente. Não há tempo para buscar equipamentos complexos ou esperar por ajuda especializada. As intervenções para o "X" são, em sua maioria, simples, mas exigem conhecimento e prática para serem aplicadas corretamente.



## Compressão Direta

Primeira linha de defesa contra hemorragias. Aplicar pressão firme e constante sobre o ferimento com gaze ou pano limpo.



## Torniquete

Para sangramentos em membros que não respondem à compressão direta. Aplicar acima da lesão até cessar o sangramento.



## Agentes Hemostáticos

Substâncias que aceleram a coagulação, úteis em ferimentos específicos onde outras técnicas são limitadas.

Pense no torniquete como um "freio de emergência" para o sangue. Em situações de sangramento maciço em membros, onde a compressão direta não é suficiente ou viável, o torniquete é a ferramenta mais eficaz para controlar a hemorragia. Sua aplicação correta, acima da lesão e apertado o suficiente para cessar o sangramento, pode literalmente salvar um membro e uma vida. Outras técnicas incluem a compressão direta sobre o ferimento, que deve ser a primeira tentativa, e o uso de agentes hemostáticos em feridas específicas.

A enfermagem desempenha um papel crucial na aplicação dessas técnicas. Um exemplo prático seria um paciente com uma laceração profunda na coxa, sangrando profusamente. A primeira ação seria a compressão direta com gaze ou um pano limpo. Se o sangramento persistir, a aplicação imediata de um torniquete, seguindo os passos corretos de posicionamento e aperto, se torna vital. O treinamento e a familiaridade com esses dispositivos e técnicas são indispensáveis para que o enfermeiro possa agir com confiança e rapidez no momento da verdade.

# A – Vias Aéreas com Controle da Coluna Cervical: O Primeiro Sopro de Vida

Com a hemorragia exsanguinante controlada, nossa atenção se volta para a próxima prioridade: as vias aéreas. Afinal, de que adianta ter sangue no corpo se não há oxigênio para transportá-lo? A avaliação das vias aéreas é crucial porque uma obstrução, mesmo que parcial, pode levar à hipóxia cerebral e à morte em poucos minutos. O desafio aqui é garantir que o "caminho livre" para o ar esteja desobstruído, mas com uma ressalva importantíssima: **o controle da coluna cervical**.



## Paciente Falando

Se o paciente consegue falar claramente, geralmente as vias aéreas estão pérvias



## Ruídos Anormais

Estridor, roncos ou gorgolejos indicam obstrução parcial das vias aéreas



## Esforço Respiratório

Uso de musculatura acessória sugere dificuldade para manter ventilação adequada

Imagine as vias aéreas como o túnel de um trem: se há um desmoronamento ou um obstáculo no meio do caminho, o trem (o ar) não consegue passar. No trauma, essa obstrução pode ser causada por sangue, vômito, dentes quebrados, edema de tecidos moles ou até mesmo a própria língua do paciente. Ao mesmo tempo, qualquer movimento inadequado da cabeça ou pescoço de um paciente traumatizado pode agravar uma lesão na coluna cervical, resultando em paralisia permanente ou morte.

A avaliação da permeabilidade das vias aéreas começa com a observação: o paciente está falando? Respirando com ruídos anormais (estridor, roncos)? Há esforço respiratório? Um paciente que consegue falar claramente geralmente tem vias aéreas pérvias. No entanto, a ausência de fala ou a presença de ruídos estranhos são sinais de alerta. A enfermagem deve estar atenta a esses sinais, pois a intervenção precoce pode evitar uma catástrofe. A prioridade é sempre manter a coluna cervical em posição neutra, utilizando a imobilização manual até que um colar cervical e outros dispositivos de imobilização possam ser aplicados.

# Intervenções para o "A": Garantindo o Fluxo de Ar

Uma vez identificada uma via aérea comprometida, a ação deve ser imediata e precisa. A questão é: como intervir para garantir o fluxo de ar sem causar mais danos, especialmente à coluna cervical? As intervenções para o "A" são projetadas para serem eficazes e seguras, permitindo a passagem do ar e protegendo a integridade neurológica do paciente.

## Manobras de Desobstrução

- **Jaw-Thrust (Tração da Mandíbula):** Manobra de escolha para pacientes com suspeita de lesão cervical
- **Chin-Lift (Elevação do Mento):** Apenas quando não há suspeita de lesão cervical
- **Aspiração:** Remoção de secreções, sangue ou vômito das vias aéreas

## Dispositivos Auxiliares

- **Cânula Orofaríngea (Guedel):** Para pacientes inconscientes sem reflexo de vômito
- **Cânula Nasofaríngea:** Para pacientes conscientes ou com reflexo de vômito presente



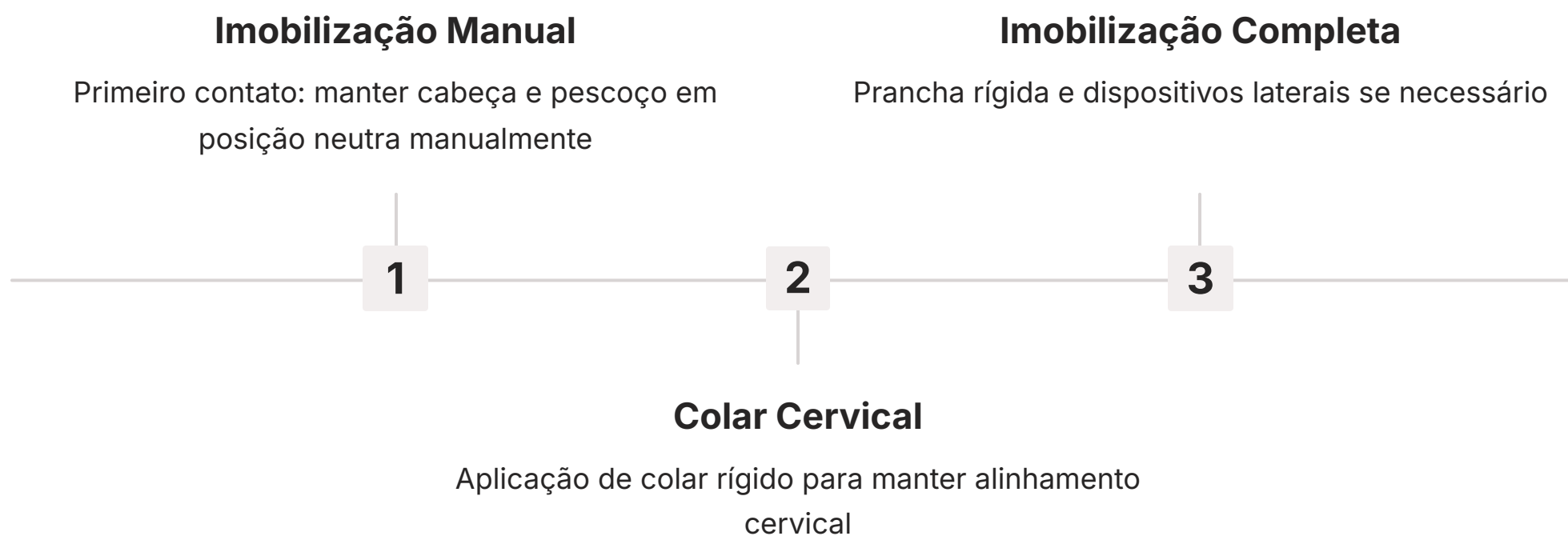
Pense nas cânulas orofaríngeas e nasofaríngeas como "pontes" que ajudam a manter as vias aéreas abertas. A cânula orofaríngea (Guedel) impede que a língua caia e obstrua a faringe, sendo ideal para pacientes inconscientes sem reflexo de vômito. Já a cânula nasofaríngea é uma alternativa para pacientes conscientes ou com reflexo de vômito presente, pois é inserida pelo nariz. Ambas são ferramentas simples, mas poderosas, que podem desobstruir uma via aérea de forma rápida e eficaz.

**Exemplo Prático:** Paciente inconsciente após uma queda, respirando com ruídos de ronco. Primeira ação: manobra de tração da mandíbula (Jaw-Thrust), mantendo a coluna cervical alinhada. Se insuficiente, inserir cânula orofaríngea após medição correta.

Um exemplo prático seria um paciente inconsciente após uma queda, respirando com ruídos de ronco. A primeira ação seria realizar a manobra de tração da mandíbula (Jaw-Thrust), mantendo a coluna cervical alinhada. Se isso não for suficiente para desobstruir as vias aéreas, a inserção de uma cânula orofaríngea, após a medição correta, seria a próxima etapa. A enfermagem deve estar apta a realizar essas manobras e a inserir esses dispositivos, monitorando continuamente a resposta do paciente e a permeabilidade das vias aéreas.

# O Desafio da Coluna Cervical: Proteção Essencial

A proteção da coluna cervical é um componente inseparável da avaliação e manejo das vias aéreas no trauma. Embora o foco principal do "A" seja a permeabilidade das vias aéreas, a preocupação com a coluna cervical é constante, pois uma lesão medular não identificada ou agravada pode ter consequências devastadoras, levando à paralisia permanente ou até mesmo à morte. O desafio é manter a via aérea aberta enquanto se garante a imobilização da coluna.



Imagine o colar cervical como um "escudo" para a medula espinhal. Em pacientes com trauma significativo acima da clavícula, ou com mecanismo de trauma que sugira lesão cervical (como quedas de altura, acidentes automobilísticos de alta energia), a presunção é de que há uma lesão na coluna cervical até que se prove o contrário. Os sinais de alerta podem ser sutis, como dor no pescoço, parestesias nos membros ou fraqueza.

A enfermagem desempenha um papel vital na proteção da coluna cervical. Desde o primeiro contato, a imobilização manual da cabeça e pescoço deve ser mantida por um membro da equipe enquanto outras avaliações e intervenções são realizadas. Em seguida, a aplicação de um colar cervical e, se necessário, a imobilização completa em prancha rígida, são passos cruciais. Um exemplo seria um paciente que sofreu um mergulho em águas rasas. Mesmo que ele esteja consciente e respirando, a imobilização cervical imediata é prioritária devido ao alto risco de lesão. A vigilância e a técnica correta são essenciais para evitar o agravamento de uma lesão já existente.

# B – Respiração e Ventilação: O Ritmo da Vida

Com as vias aéreas garantidas e a coluna cervical protegida, nossa atenção se volta para a qualidade da respiração e ventilação. Não basta que o ar entre; ele precisa entrar de forma eficaz para oxigenar o sangue e remover o dióxido de carbono. O "B" de Respiração e Ventilação é a etapa onde avaliamos se os pulmões estão funcionando como deveriam, identificando condições que podem comprometer rapidamente a troca gasosa e a vida do paciente.



## Frequência Respiratória

Avaliar se está muito rápida (taquipneia) ou muito lenta (bradipneia). Normal: 12-20 rpm em adultos.



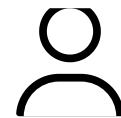
## Profundidade

Observar se a respiração é superficial ou profunda, indicando adequação da ventilação.



## Simetria

Verificar se ambos os lados do tórax se expandem igualmente durante a inspiração.



## Musculatura Acessória

Uso de músculos do pescoço e abdome indica esforço respiratório aumentado.

Pense nos pulmões como "balões" que precisam inflar e desinflar de forma simétrica e com um ritmo adequado para que o oxigênio chegue ao sangue. No trauma, esses "balões" podem ser perfurados, comprimidos ou ter seu movimento restrito, impedindo a ventilação eficaz. O que procurar além da simples presença de respiração? Precisamos avaliar a frequência respiratória (muito rápida ou muito lenta?), a profundidade (superficial ou profunda?), a simetria da expansão torácica, a presença de lesões no tórax, e o uso de musculatura acessória (indicando esforço respiratório).

A enfermagem, com sua capacidade de observação aguçada, é fundamental nesta etapa. Um paciente com respiração superficial e rápida, ou com um lado do tórax que não se expande, são sinais de alerta para condições graves como pneumotórax ou hemotórax. A ausculta pulmonar, a palpação do tórax para identificar crepitação (sinal de fratura) e a inspeção visual para ferimentos são partes integrantes dessa avaliação. Identificar essas condições precocemente permite intervenções que podem salvar a vida do paciente antes que a hipóxia se instale.

# Intervenções para o "B": Suporte Respiratório Imediato

Uma vez que a avaliação do "B" revela um comprometimento da respiração ou ventilação, a intervenção deve ser imediata. A questão é: como otimizar a oxigenação e ventilação do paciente de forma rápida e eficaz? As ações para o "B" visam garantir que o paciente receba oxigênio suficiente e que o dióxido de carbono seja adequadamente removido, prevenindo a hipóxia e a hipercapnia.



## Dispositivos de Oxigenação

- **Máscara com Reservatório:** Fornece oxigênio em alta concentração (até 90%) para pacientes com respiração espontânea
- **Bolsa-Válvula-Máscara (BVM):** Para ventilação assistida ou controlada em pacientes com respiração inadequada
- **Cânula Nasal:** Para suplementação de oxigênio em baixas concentrações

## Técnicas de Ventilação

- Ventilação com BVM: 10-12 ventilações/min em adultos
- Volume adequado: observar elevação do tórax
- Evitar hiperventilação

Imagine a bolsa-válvula-máscara (BVM), popularmente conhecida como Ambu, como uma "bomba de ar" manual para os pulmões. Em pacientes com respiração inadequada ou ausente, a ventilação com BVM e oxigênio suplementar é uma intervenção vital. Ela permite que a equipe de enfermagem forneça ventilações controladas e oxigênio em alta concentração, mantendo a oxigenação até que medidas mais definitivas, como a intubação, possam ser realizadas. A administração de oxigênio suplementar, mesmo em pacientes com respiração espontânea, é crucial em casos de trauma grave para otimizar a saturação de oxigênio.

**⚠ Cuidado:** A hiperventilação pode ser prejudicial, especialmente em pacientes com trauma craniano. Mantenha frequência de 10-12 ventilações por minuto em adultos.

Um exemplo prático seria um paciente com trauma torácico que apresenta respiração superficial e cianose. A primeira ação seria a administração de oxigênio em alto fluxo por máscara com reservatório. Se a respiração se tornar ineficaz ou ausente, a ventilação com BVM e oxigênio seria iniciada imediatamente, garantindo uma ventilação adequada enquanto se prepara para uma possível intubação. A enfermagem deve dominar a técnica de ventilação com BVM, garantindo uma boa vedação da máscara e um volume de ventilação adequado para cada paciente.

# Reconhecendo Condições Críticas do "B": Ameaças Imediatas à Vida

Dentro da avaliação da respiração e ventilação, existem algumas condições que representam ameaças imediatas à vida e que exigem reconhecimento e intervenção urgentes. Ignorar esses sinais é como ignorar "bombas-relógio" no tórax do paciente, que podem explodir a qualquer momento, levando a um colapso respiratório e circulatório. A capacidade de diferenciar um desconforto respiratório comum de uma emergência fatal é uma das habilidades mais valiosas da enfermagem no trauma.

Condição	Sinais Chave	Intervenção de Enfermagem
Pneumotórax Hipertensivo	Desvio de traqueia, MV ausente, hipotensão	Preparar para descompressão por agulha
Hemotórax Maciço	MV ausente, macicez à percussão, choque	Preparar para drenagem torácica, reposição volêmica
Tórax Instável	Movimento paradoxal do tórax, dor intensa	Analgesia, suporte ventilatório, imobilização

Estamos falando de condições como o **pneumotórax hipertensivo**, o **hemotórax maciço** e o **tórax instável**. O pneumotórax hipertensivo ocorre quando o ar entra na cavidade pleural, mas não consegue sair, acumulando-se e comprimindo o pulmão, o coração e os grandes vasos. O hemotórax maciço é o acúmulo rápido de grande volume de sangue na cavidade pleural. Já o tórax instável é a fratura de múltiplas costelas em dois ou mais pontos, resultando em um segmento da parede torácica que se move paradoxalmente à respiração.

A enfermagem deve estar atenta aos sinais e sintomas específicos de cada uma dessas condições. Por exemplo, desvio de traqueia e distensão de veias jugulares são sinais tardios de pneumotórax hipertensivo, mas a ausência de murmúrio vesicular em um lado do tórax e a dificuldade respiratória progressiva são sinais precoces. A identificação rápida dessas condições permite a comunicação imediata com a equipe médica e a preparação para intervenções como a descompressão por agulha ou a drenagem torácica, que são cruciais para a sobrevivência do paciente.

# A Enfermagem no "B": Avaliação e Intervenção Detalhada

O papel do enfermeiro na avaliação e intervenção do "B" vai muito além de apenas observar se o paciente está respirando. É uma tarefa que exige um olhar de "detetive", capaz de captar as sutilezas dos sinais vitais respiratórios e interpretar o que eles significam para a condição do paciente. A capacidade de realizar uma avaliação detalhada e tomar decisões rápidas é o que diferencia um profissional competente em emergências.



## Inspeção

Observar ferimentos, deformidades, uso de musculatura acessória e simetria da expansão torácica



## Palpação

Identificar crepitação, dor, instabilidade da parede torácica e enfisema subcutâneo



## Percussão

Detectar presença de ar (hiper-ressonância) ou líquido (macicez) na cavidade pleural



## Ausculta

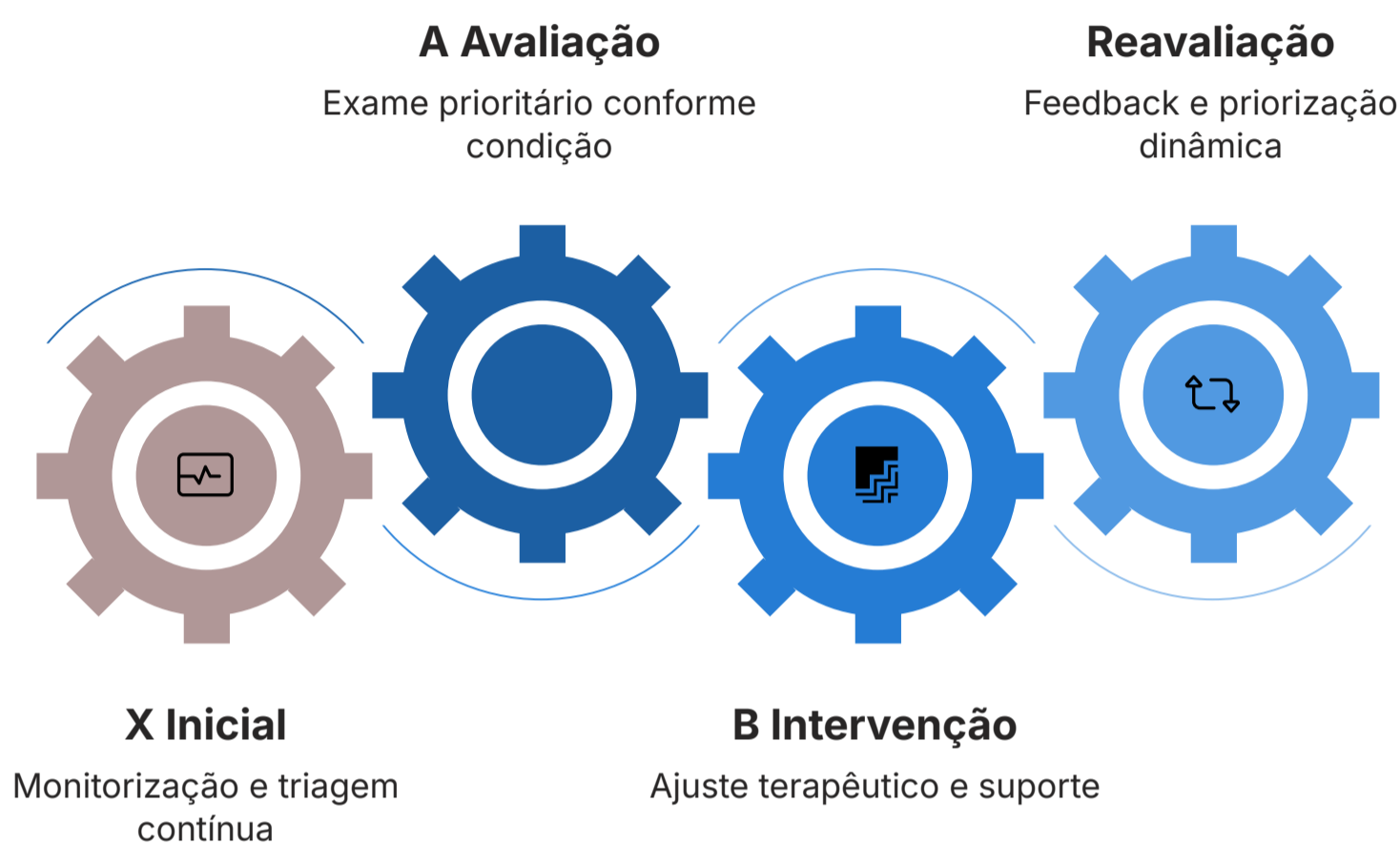
Avaliar presença e qualidade dos murmúrios vesiculares bilateralmente

A avaliação do "B" na enfermagem envolve uma sequência sistemática: **inspeção, palpação, percussão e ausculta**. A inspeção visual nos permite identificar ferimentos, deformidades, uso de musculatura acessória e a simetria da expansão torácica. A palpação pode revelar crepitação (indicando ar sob a pele, comum em pneumotórax), dor ou instabilidade da parede torácica. A percussão pode indicar a presença de ar (hiper-ressonância) ou líquido (macicez) na cavidade pleural. E a ausculta, claro, nos permite ouvir a presença e a qualidade dos murmúrios vesiculares em ambos os lados do tórax.

Um exemplo prático seria um paciente com trauma por arma branca no tórax. Após controlar qualquer sangramento exsanguinante (X) e garantir as vias aéreas (A), o enfermeiro inspecionaria o tórax em busca de ferimentos, observaria a expansão torácica (se um lado não expande, é um sinal de alerta), palparia a região em busca de crepitação e, finalmente, auscultaria os pulmões. A ausência de murmúrio vesicular em um lado do tórax, combinada com dificuldade respiratória, indicaria uma emergência como um pneumotórax, exigindo comunicação imediata para intervenção. Essa avaliação contínua e a capacidade de integrar os achados são cruciais para a tomada de decisão rápida e eficaz.

# Integrando X, A e B: A Sinergia da Avaliação Primária

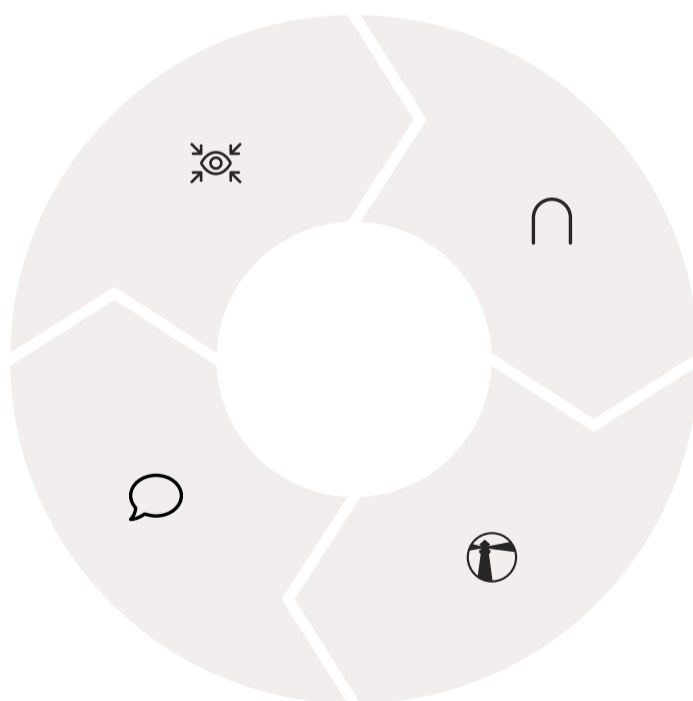
Até agora, exploramos o "X", "A" e "B" como etapas distintas, mas é fundamental entender que, na prática, eles não são passos isolados, mas **engrenagens de um relógio** que precisam funcionar em perfeita sintonia para manter o tempo da vida. A avaliação primária é um processo dinâmico, onde a reavaliação constante e a prioridade dinâmica são a chave para o sucesso. O que você faz no "X" pode impactar o "A" e o "B", e vice-versa.



Imagine o XABCDE como as engrenagens de um relógio: cada uma é essencial para o movimento, e se uma delas falhar, o relógio para. Se você está controlando uma hemorragia exsanguinante (X) e percebe que o paciente está perdendo a consciência e suas vias aéreas estão se obstruindo (A), a prioridade pode mudar momentaneamente para garantir a permeabilidade das vias aéreas, para então retornar ao controle do sangramento. Essa flexibilidade, baseada na reavaliação contínua, é o que torna o atendimento ao trauma tão desafiador e gratificante.

**Avaliação Inicial**  
Identificar prioridades imediatas seguindo XABCDE

**Adaptação**  
Ajustar prioridades conforme evolução do quadro



**Intervenção**  
Aplicar medidas salvadoras baseadas nos achados

**Reavaliação**  
Monitorar resposta e identificar novas prioridades

A enfermagem, nesse contexto, atua como o "maestro" que coordena essas engrenagens. É o enfermeiro que, muitas vezes, está na linha de frente, avaliando, intervindo e reavaliando constantemente. A capacidade de integrar os achados de X, A e B, de identificar a ameaça mais iminente e de agir com precisão é o que define um atendimento de excelência. Esta primeira parte da avaliação primária nos prepara para as próximas etapas – C (Circulação), D (Déficit Neurológico) e E (Exposição e Controle do Ambiente) – que serão abordadas na próxima aula, mas que já se beneficiam de uma base sólida construída nas prioridades iniciais.

# Consolidação e Próximos Passos

Chegamos ao final da primeira parte da nossa jornada pela Avaliação Primária do Politraumatizado. Nesta aula, desvendamos a importância do Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado (PHTLS) como uma filosofia de cuidado que organiza o caos e prioriza as ações que salvam vidas. Mergulhamos nas três primeiras e mais críticas letras do mnemônico XABCDE: o "X" de hemorragias exsanguinantes, o "A" de vias aéreas com controle da coluna cervical, e o "B" de respiração e ventilação. Compreendemos que a ordem dessas prioridades é crucial e que a enfermagem desempenha um papel fundamental em cada etapa, desde a avaliação inicial até as intervenções que podem mudar o destino de um paciente.

## **X - Hemorragias Exsanguinantes**

Controle imediato de sangramentos que ameaçam a vida através de compressão direta, torniquetes e agentes hemostáticos

## **A - Vias Aéreas**

Garantir permeabilidade das vias aéreas com proteção rigorosa da coluna cervical usando manobras e dispositivos adequados

## **B - Respiração**

Avaliar e suportar a ventilação, identificando condições críticas como pneumotórax e hemotórax

**Em prática:** Lembre-se que a teoria ganha vida na ação. Priorize o "X" antes de tudo; garanta vias aéreas pérvias com proteção cervical; e avalie a respiração com atenção aos sinais de alerta. A prática constante e o estudo aprofundado são seus melhores aliados.

# Autoavaliação

1. Qual das seguintes condições representa a principal causa de morte evitável no trauma e, por isso, foi priorizada com a letra "X" na avaliação primária?

- a) Obstrução de vias aéreas
- b) Hemorragia exsanguinante
- c) Pneumotórax hipertensivo
- d) Lesão medular cervical

2. Um paciente vítima de trauma automobilístico chega inconsciente, com respiração ruidosa (roncos) e sem reflexo de vômito. Qual a intervenção inicial mais adequada para garantir a permeabilidade das vias aéreas, considerando a proteção da coluna cervical?

- a) Inserção de cânula nasofaríngea
- b) Manobra de elevação do mento (Chin Lift)
- c) Manobra de tração da mandíbula (Jaw-Thrust) e, se necessário, cânula orofaríngea
- d) Intubação orotraqueal imediata

3. Durante a avaliação do "B" (Respiração e Ventilação) em um paciente traumatizado, o enfermeiro observa que um lado do tórax não se expande e há ausência de murmúrio vesicular nesse lado, além de desvio da traqueia. Essa combinação de sinais sugere fortemente qual das seguintes condições?

- a) Hemotórax simples
- b) Tórax instável
- c) Pneumotórax hipertensivo
- d) Contusão pulmonar

4. A filosofia do PHTLS difere do ATLS principalmente em seu foco. Qual a principal diferença entre eles?

- a) PHTLS foca em crianças, ATLS em adultos
- b) PHTLS é para o ambiente hospitalar, ATLS para o pré-hospitalar
- c) PHTLS foca no atendimento pré-hospitalar, ATLS no atendimento hospitalar
- d) PHTLS é para trauma penetrante, ATLS para trauma contuso

5. Descreva a importância da proteção da coluna cervical durante a avaliação e manejo das vias aéreas (A) no paciente traumatizado.

# Gabarito

## 1 Resposta: b) Hemorragia exsanguinante

A hemorragia exsanguinante é a principal causa de morte evitável no trauma, razão pela qual foi incluída como prioridade "X" na avaliação primária.

## 2 Resposta: c) Manobra de tração da mandíbula (Jaw-Thrust) e, se necessário, cânula orofaríngea

A manobra Jaw-Thrust é a técnica de escolha para desobstrução de vias aéreas quando há suspeita de lesão cervical, seguida da inserção de cânula orofaríngea se necessário.

## 3 Resposta: c) Pneumotórax hipertensivo

A combinação de ausência de expansão torácica, ausência de murmúrio vesicular e desvio de traqueia são sinais clássicos de pneumotórax hipertensivo.

## 4 Resposta: c) PHTLS foca no atendimento pré-hospitalar, ATLS no atendimento hospitalar

O PHTLS é voltado para o atendimento inicial no local do trauma, enquanto o ATLS foca no atendimento definitivo no ambiente hospitalar.

## 5 Questão Dissertativa

A proteção da coluna cervical é crucial para prevenir ou minimizar o agravamento de uma lesão medular já existente. Qualquer movimento inadequado da cabeça ou pescoço em um paciente com suspeita de lesão cervical pode levar a danos neurológicos permanentes, como paralisia, ou até mesmo à morte. Por isso, a imobilização manual e o uso de colar cervical são prioritários e devem ser mantidos até que a lesão seja descartada.

# Conexão com a Próxima Aula

Na **Aula 10 – Avaliação Primária do Politraumatizado (XABCDE) - Parte 2**, daremos continuidade à nossa jornada, explorando as etapas "C" (Circulação e Controle de Choque), "D" (Déficit Neurológico) e "E" (Exposição e Controle do Ambiente), completando assim a avaliação primária e preparando você para uma abordagem ainda mais abrangente do paciente traumatizado.



## C - Circulação

Avaliação e controle do choque, perfusão tecidual e hemorragias internas



## D - Déficit Neurológico

Avaliação do nível de consciência e função neurológica




## E - Exposição

Controle do ambiente e prevenção de hipotermia

## Recursos Adicionais

- **Manual PHTLS® (9ª Edição):** Para aprofundar os conhecimentos e ter acesso a diretrizes detalhadas
- **Diretrizes AHA para BLS/ACLS:** Para revisar os fundamentos de suporte básico e avançado de vida
- **Artigos científicos recentes sobre trauma:** Para se manter atualizado com as últimas evidências e tendências

 **NOTA IMPORTANTE:** As informações regulatórias/legais/técnicas desta aula estão atualizadas até 2025. Consulte sempre fontes oficiais (como COFEN, AHA, NAEMT) para verificar alterações e as diretrizes mais recentes.