

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM  
**LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM**  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



**MÓDULO V: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ACOLHIMENTO**



## GOVERNO FEDERAL

**Presidente da República** Dilma Vana Rousseff  
**Ministro da Saúde** Alexandre Padilha  
**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)**  
**Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)**  
**Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde**  
**Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS**  
**Revisão Geral**

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Reitora** Roselane Neckel  
**Vice-Reitora** Lúcia Helena Pacheco  
**Pró-Reitora de Pós-Graduação** Joana Maria Pedro  
**Pró-Reitor de Extensão** Edison da Rosa

## CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Diretor** Sérgio Fernando Torres de Freitas  
**Vice-Diretora** Isabela de Carlos Back Giuliano

## DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Chefe do Departamento** Lúcia Nazareth Amante  
**Subchefe do Departamento** Jane Cristina Anders

## PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Coordenadora** Vânia Marli Schubert Backes  
**Subcoordenadora** Odaléa Maria Brüggemann

## COMITÊ GESTOR

**Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização** Vânia Marli Shubert Backes  
**Coordenadora Didático-Pedagógica** Kenya Schmidt Reibnitz  
**Coordenadora de Tutoria** Lúcia Nazareth Amante  
**Coordenadora de EaD** Grace Terezinha Marcon Dal Sasso  
**Coordenadora de TCC** Flávia Regina Souza Ramos  
**Coordenadoras Pólos** Silvana Martins Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

## EQUIPE DE APOIO

**Secretaria:** Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier  
**Tecnologia da Informação:** Fábio Schmidt Reibnitz

## AUTORAS

Grace Teresinha Marcon Dal Sasso  
Lucieli Dias Pedreschi Chaves  
Maria Célia Barcelos Darli  
Ana Lúcia de Castro Sajioro Azevedo

## REVISÃO TÉCNICA

Izilda Esmênia Muglia Araújo

© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

### **M5 - Classificação de Risco e Acolhimento**

---

D136c DAL SASSO, Grace Teresinha Marcon

Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Classificação de risco e acolhimento / Grace Teresinha Marcon Dal Sasso; Maria Célia Barcelos Darli; Lucieli Dias Pedreschi Chaves; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. 115 p.

ISBN: 978-85-88612-62-4

1. Urgência e Emergência. 2. Classificação de Risco. 3. Enfermagem.

CDU – 616-083.98

---

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

## **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL**

**Coordenação Geral da Equipe** Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

**Coordenação de Design Instrucional** Andreia Mara Fiala

**Design Instrucional Master** Márcia Melo Bortolato

**Design Instrucional** Isabela C. G. de Oliveira

**Revisão Textual** Deise Joelen Tarouco de Freitas

**Coordenação de Design Gráfico** Giovana Schuelter

**Design Gráfico** Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

**Design de Capa** Rafaella Volkmann Paschoal

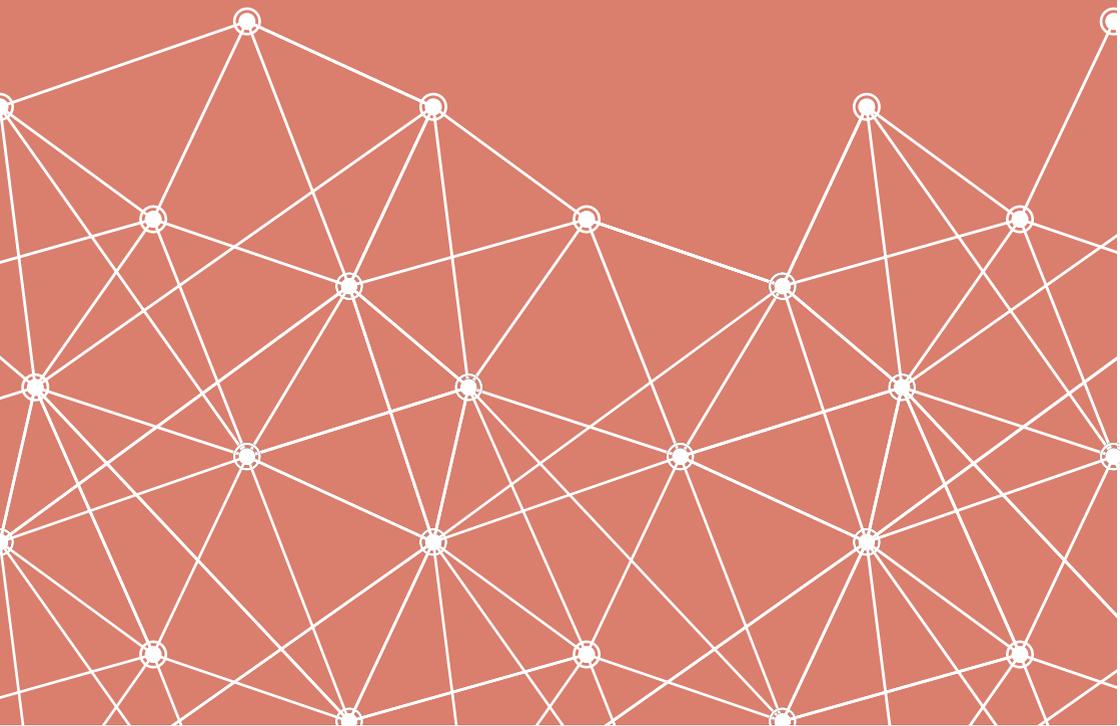
**Projeto Editorial** Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

# CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

## MÓDULO V

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E ACOLHIMENTO



FLORIANÓPOLIS  
2013

## CARTA DO AUTOR

Caro aluno.

Inicialmente, desejamos parabenizá-lo por fazer o Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem, área de Urgência e Emergência. Sua participação representa a busca de aperfeiçoamento profissional, compartilhado com muitos outros que decidiram trilhar pelo mesmo caminho, espalhados em diversas regiões de nosso país e, quem ganha efetivamente é a população. Ao aprimorar o seu desempenho profissional, você contribuirá com a qualidade da assistência de saúde e influenciará positivamente a vida de muitas pessoas que passam pela rede de atenção às urgências, muitas vezes na luta entre a vida e a morte.

Este módulo é composto por quatro unidades: Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências; Acolhimento com classificação de risco conforme o Ministério da Saúde; Acolhimento com classificação de risco conforme o Sistema de Triagem de Manchester; e Instrumentos gerenciais em serviços de saúde.

Assim, convidamos você a participar ativamente das propostas apontadas no desenvolvimento dos conteúdos, pois buscamos coletivamente trabalhar em uma Rede de Atenção a Urgência e Emergência desenvolvendo uma linha de cuidado de enfermagem segura e de qualidade.

Grace Teresinha Marcon Dal Sasso, Dra.  
Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Dra.  
Maria Célia Barcelos Darli, Dra.  
Ana Lúcia de Castro Sajioro Azevedo, Ms.

## OBJETIVO GERAL

Identificar princípios e diretrizes da rede de atenção às urgências/emergências, sendo apto a estabelecer prioridades clínicas e aplicar os instrumentos gerenciais no contexto da sua realidade, bem como realizar o acolhimento e classificação de risco conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pelo sistema de Triagem de Manchester.

## CARGA HORÁRIA

45 horas.

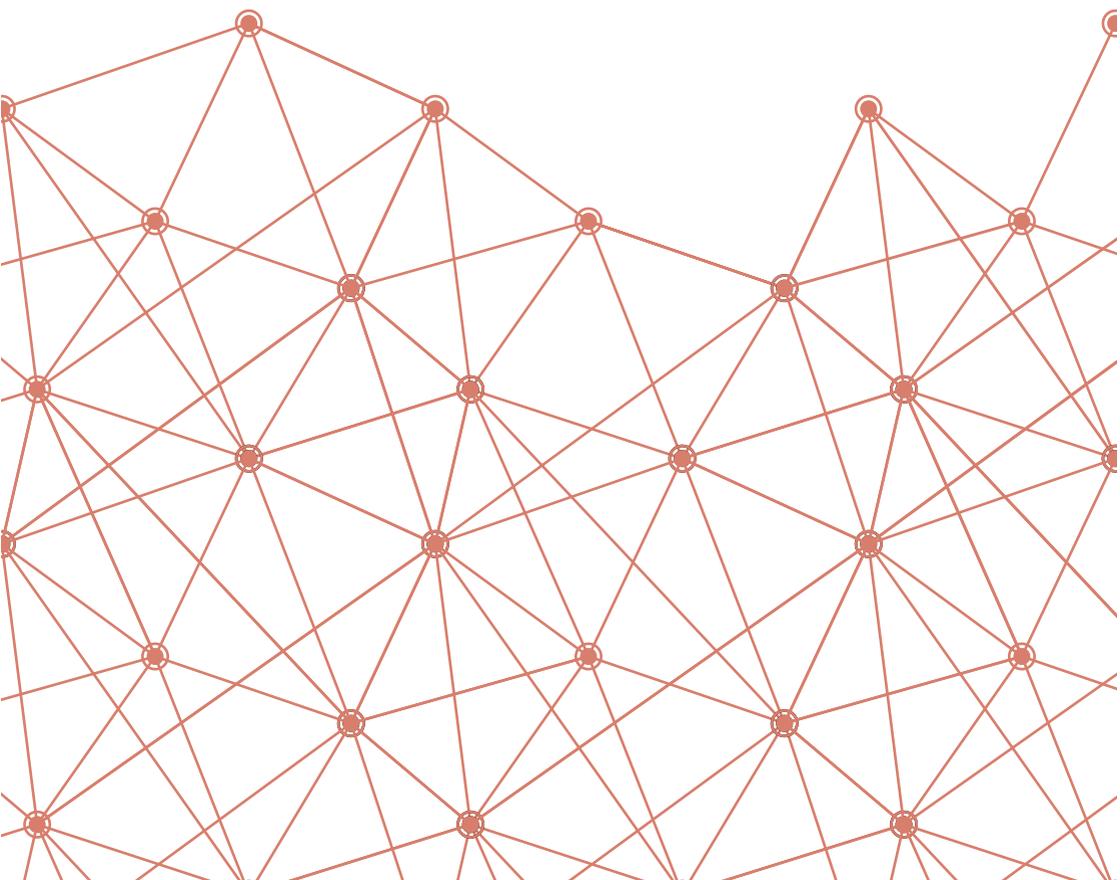
## SUMÁRIO

<b>UNIDADE 1 – DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....</b>	<b>9</b>
1.1 Introdução.....	9
1.2 Caso clínico-gerencial .....	10
1.3 Rede de Atenção às Urgências (RAU) .....	11
1.3.1 Normativas Ministeriais.....	13
1.3.3 Detalhando a RAU.....	16
1.4 Resumo .....	22
1.5 Fechamento .....	22
1.6 Recomendação de Leitura Complementar: .....	23
<b>UNIDADE 2: ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME O MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL .....</b>	<b>25</b>
2.1 Introdução.....	25
2.2 Humanização, acolhimento e classificação de risco.....	26
2.2.1 Os Eixos e Suas Áreas de acordo com o Ministério da Saúde .....	29
2.3 Resumo .....	37
2.4 Fechamento .....	38
2.5 Recomendação de leitura complementar .....	38
<b>UNIDADE 3: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER .....</b>	<b>41</b>
3.1 Introdução.....	41
3.2 O Sistema de Triagem de Manchester.....	42
3.2.1 Conceitos, processo de tomada de decisão e triagem .....	43
3.2.2 Método de triagem .....	46
3.2.4 Exemplo prático .....	51
3.3. Resumo .....	53
3.4 Fechamento .....	54
3.5 Recomendação de leitura complementar .....	54

<b>UNIDADE 4: INSTRUMENTOS GERENCIAIS EM SERVIÇOS DE SAÚDE .....</b>	<b>57</b>
4.1 Introdução.....	57
4.2 A Prática gerencial do enfermeiro na atenção às urgências .....	58
4.2.1 Planejamento .....	61
4.2.2 Previsão e Provisão de Recursos Materiais .....	65
4.2.3 Previsão e Provisão de Recursos Humanos .....	69
4.2.4 Educação continuada/permanente .....	75
4.2.5 Supervisão .....	77
4.2.6 Tomada de Decisão .....	80
4.2.7 Sistemas de Informação em Saúde .....	82
4.2.8. Avaliação dos Serviços de Saúde.....	85
4.3 Resumo .....	90
4.4 Fechamento .....	91
4.5 Recomendação de leitura complementar .....	91

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>92</b>
<b>MINICURRÍCULO DAS AUTORAS.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO - DICIONÁRIO DE DISCRIMINADORES.....</b>	<b>102</b>

# UNIDADE 1



# Unidade 1 – Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências

Nesta unidade você vai aprender a identificar o contexto em que está inserida a Política Nacional de Redes de Atenção em Saúde, a Rede de Atenção às Urgências (RAU), os princípios, diretrizes e vigilância em saúde da Política da Rede de Atenção às Urgências.

## 1.1 Introdução



### *Palavra do profissional*

Você já pensou como as questões relativas à atenção a urgência/emergência têm tido destaque nos serviços de saúde?

Analisar essas questões envolve aspectos assistenciais e gerenciais em serviços de saúde, requer a organização de recursos de diferentes naturezas em microespaços de atenção e também em sistemas de saúde.

Propomos nesta unidade uma abordagem com foco nas diretrizes da Rede de Atenção às Urgências. Pretende-se, com isso, que você possa desenvolver competências para atuar na rede de atenção às urgências do SUS reconhecendo, sobretudo, sua relevância enquanto política pública voltada para o atendimento de urgência.

Nesse contexto, deverá ser capaz de:

- Identificar a Política Nacional das Redes de Atenção às Urgências e deliberar os fluxos de clientes e necessidades de serviço adequadamente;
- Aplicar as normativas ministeriais que integram a rede de atenção a urgência/emergência e caracterizar os modelos de organização do trabalho e da assistência em saúde/enfermagem;
- Reafirmar a importância de seu trabalho dentro da lógica e estrutura de redes de atenção a saúde;

Coordenar a equipe de saúde acerca dos encaminhamentos corretos dos usuários nas respectivas linhas de cuidado articulada na rede de atenção à saúde, e reconhecer a rede de serviços de sua região que assiste aos usuários da RAU, favorecendo a promoção, prevenção e vigilância em saúde.

## 1.2 Caso clínico-gerencial

O caso clínico-gerencial abaixo ilustra a situação de uma usuária do serviço de saúde cujas características são comuns a outros usuários que requerem atenção de urgência/emergência em diferentes serviços de saúde.

### CASO “Dona Antônia”

*Dona Antônia é uma senhora de 66 anos, mora na periferia da cidade, aposentada, sustenta a família com seu salário mínimo. O marido, que era pedreiro autônomo, deixou de trabalhar após uma isquemia cerebral. Além de seu difícil dia a dia, cuidando do marido, Dona Antônia é diabética e hipertensa, várias vezes recorre à unidade básica de saúde do bairro, mas nem sempre tem sucesso. Às vezes não consegue consulta médica, em outras, falta remédio. Outro dia, Dona Antônia foi ao banco receber seu dinheiro da aposentadoria e ao descer do ônibus, passou mal e desmaiou. As pessoas que passavam, chamaram o SAMU, que rapidamente chegou para atendê-la. A equipe do SAMU identificou que a glicemia estava baixa e que sua pressão arterial estava alta. O regulador orientou que a paciente fosse levada a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Lá ela teve seu quadro clínico estabilizado e foi encaminhada ao seu domicílio, com a expressa recomendação de que fosse procurar seguimento e avaliação médica na unidade básica em poucos dias. Assim ela fez, a consulta foi marcada para 30 dias. Antes disso, quando foi ao supermercado, novamente passou mal e o SAMU foi acionado. A equipe reconheceu a senhora em atendimento. Estava novamente hipertensa. Foi encaminhada a mesma UPA, onde conversaram com Dona Antônia, preocupados com seu retorno ao serviço de saúde. Dona Antônia, cansada e estressada, relatou suas dificuldades de vida e chorando, pedia ajuda.*



### Palavra do profissional

Fazendo uma reflexão, você consegue apontar as falhas no atendimento e sugerir melhorias?

Considerando o caso descrito, é possível identificar que a D. Antonia, em diversos momentos, precisava de atendimento em serviços de saúde que disponibilizam recursos de diferentes densidades tecnológicas, tanto para

avaliação e acompanhamento de sua condição de saúde, bem como em atendimento de urgência e emergência. Nesse sentido, e pensando a constituição de redes de atenção saúde, conheça a Rede de Atenção às Urgências.

## 1.3 Rede de Atenção às Urgências (RAU)

Atualmente o Brasil vive uma situação de transição demográfica acelerada, com forte predominância de condições crônicas em decorrência do crescimento do envelhecimento da população, além de elevada incidência de agravos agudos decorrentes do trauma e violência urbana. Este perfil epidemiológico traz reflexos na organização dos serviços e sistema de saúde. O sistema de saúde se encontra fragmentado e operando sem coordenação, de forma episódica e reativa, uma vez que é voltado principalmente para a atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas (COLEMAN; WAGNER, 2008).

Para Mendes (2011), a crise do sistema público de saúde no Brasil decorre da crescente incidência de doenças crônicas e da organização do sistema de saúde ser fragmentada e centrada nas condições agudas. Para o autor, a crise só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde, sem hierarquização, mas uma rede horizontalizada disponibilizando distintas densidades tecnológicas em diferentes sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. A implantação dessas redes poderá ocasionar uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas. Para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas, há que se implantar a rede de atenção às urgências e emergências.

A organização do Sistema de Redes de Atenção à Saúde tem sido concebida como estratégia voltada para responder de forma contínua e integral as necessidades de saúde da população, seja diante das condições crônicas e/ou agudas, seja promovendo ações de vigilância e promoção da saúde que consequentemente geram impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

A partir da necessidade de superar o modelo fragmentado das ações e serviços de atenção à saúde voltado para as condições agudas, o Ministério da Saúde normatizou a Portaria 4.279/2010, que institui as Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizadas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

O objetivo da RAS é superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, além de promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

---

A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais também podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros.



### *Palavra do profissional*

Cabe destacar que a estruturação da RAS segue uma lógica diferenciada em relação à hierarquização de serviços de saúde. Você já refletiu sobre esse conceito de RAS? Reconhece os pontos de atenção à saúde na localidade regional que você está inserido?

---

Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde, e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

No que se refere à atenção em urgência, o crescimento do número de acidentes, a violência urbana e a insuficiente estruturação da rede de serviços de saúde, são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços hospitalares.

Na perspectiva de consolidação dos princípios do SUS, o conhecimento desta realidade é de importância fundamental, no sentido de evidenciar a necessidade de reestruturação do atual sistema de saúde.

### 1.3.1 Normativas Ministeriais

Desde 1995, o Ministério da Saúde tem investido esforços para organizar os serviços de atendimentos às urgências. O quadro 1 sumariza as normativas publicadas.

Quadro 1: Portarias instituídas pelo Ministério da Saúde relativas à organização e sistematização dos serviços de urgência e emergência.

PORTARIAS	CONTEÚDO
Portaria Nº 1.692/1995	Institui o índice de valorização hospitalar de emergência.
Portaria Nº 2.923/1998	Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência.
Portaria Nº 479/1999	Revoga a portaria anterior, e altera os mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência, os critérios para classificação dos hospitais no sistema e a remuneração adicional.
Portaria Nº 824/1999	Cria as normas para o atendimento pré-hospitalar.
Portaria Nº 814/2001	Revoga a portaria anterior e estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências e normaliza o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência.
Portaria Nº 2048/2002	É aprovado o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência.

<p>Portaria Nº 1863/2003</p>	<p>Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Estabelece que a referida política será composta pelos sistemas de atenção às urgências e emergências estaduais, regionais e municipais organizadas e que deverá ser instituída a partir dos componentes fundamentais estabelecidos no regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência.</p>
<p>Portaria Nº 1864/2003</p>	<p>Institui o componente pré-hospitalar móvel por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), suas centrais de regulação e seus núcleos de educação em urgência.</p>
<p>Portaria Nº 2072/2003</p>	<p>Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.</p>
<p>Portaria Nº 1828/2004</p>	<p>Institui o incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo território nacional.</p>
<p>Portaria Nº 2420/2004</p>	<p>Constitui Grupo Técnico (GT), visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde para abordagem dos episódios de morte súbita.</p>
<p>Portaria Nº 2657/2004</p>	<p>Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU – 192.</p>
<p>Portaria Nº 1600/2011</p>	<p>Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde</p>
<p>Portaria Nº 1601/2011</p>	<p>Estabelece diretrizes para implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto dos serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências</p>
<p>Portaria Nº 2395/2011</p>	<p>Organiza o Componente Hospitalar da RAU no âmbito do SUS</p>

PORTARIA Nº 1.010, DE 21 DE MAIO DE 2012	Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
PORTARIA Nº 1.663, DE 6 DE AGOSTO DE 2012	Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

FONTE: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2007); Ministério da Saúde (2012)

Considerando a importância da área de urgência e emergência enquanto componente da atenção à saúde, o aumento da morbimortalidade por acidentes de trânsito, violência e doenças do aparelho circulatório, bem como a insuficiente estruturação da rede assistencial, o MS elegeu como um dos compromissos prioritários a Rede de Atenção às Urgências (RAU), instituída pela Portaria 1.600/GM, de 07 de julho de 2011. Esta portaria além de instituir a RAU, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, revogando a Portaria 1.863/GM, de setembro de 2003.

A organização da RAU tem a finalidade de articular e integrar o conjunto de tudo aquilo que serve para prover os serviços de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A RAU deve ser implementada gradativamente, em todo território nacional, respeitando critérios epidemiológicos e de densidade populacional, priorizando as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica (BRASIL, 2011).

Segundo a referida portaria os usuários com quadros agudos devem ser atendidos em todas as portas de entrada de serviços de saúde do SUS, podendo ser transferidos para serviços de maior complexidade, dentro de um sistema regulado, organizado em redes regionais formando elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade. (BRASIL, 2012).



### Palavra do profissional

Você percebe como esses aspectos evidenciam um enfoque organizacional diferenciado da RAU?

Importante destacar que o perfil epidemiológico do Brasil aponta para crescimento da morbimortalidade por traumas e doenças cardiovasculares. No ano de 2007, por exemplo, a mortalidade de pacientes internados com infarto no país foi de 16,1%, enquanto que, no sistema privado, essa mortalidade foi menor que 5% em países desenvolvidos. As causas externas/traumas são responsáveis pelo maior número de mortes entre indivíduos de 1(um) a 39 (trinta e nove) anos de idade, uma vez que nesta faixa etária encontra-se a maior parcela da população economicamente ativa (CARVALHO, 2007).

A Portaria 1.863/GM também apresenta as diretrizes da rede de atenção às urgências no tocante ao acesso, integralidade, longitudinalidade, regionalização, humanização, modelo de atenção de caráter multiprofissional, articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, regulação, qualificação da assistência, dentre outros.



### *Saiba mais*

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto, sugerimos a leitura individual da portaria, disponível no site do Ministério da Saúde: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 13 jul. 2012.

---



### *Palavra do profissional*

Além dessa leitura, que tal você levar para o seu serviço esse material e propor uma discussão conjunta? Essa pode ser uma alternativa para ampliar o entendimento acerca da RAU, repensar a inserção do serviço no sistema locorregional de saúde.

---

## **1.3.3 Detalhando a RAU**

A proposta da RAU configura-se em diferentes níveis de atenção. É dividida em componentes como promoção, prevenção e vigilância à saúde, atenção básica, serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) com centrais de regulação médica, sala de estabilização, Força Nacional de Saúde do SUS, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços 24 horas, Hospitalar e Atenção Domiciliar.



### Palavra do profissional

Você percebe que essa proposta engloba a atenção à urgência/emergência no contexto de diferentes serviços de saúde?

Estes diferentes níveis de atenção devem se relacionar de forma complementar com mecanismos organizados e regulados pelo sistema de referência e contrarreferência. É de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante da rede de atenção, acolhendo e atendendo adequadamente a demanda que lhe é apresentada e se responsabilizando pelo encaminhamento quando não dispuser de recursos necessários a tal atendimento. Assim, a articulação do estado, municípios e regiões de saúde deve permitir uma resposta equânime às necessidades de saúde da população.



### Palavra do profissional

Você está inserido em qual serviço de saúde? Reflita sobre a importância de reconhecer que cada serviço é parte integrante da RAU, cada serviço com sua especificidade e com sua possibilidade de atuação resolutiva.

Apresentamos, a seguir, os componentes da RAU e seus objetivos:

## PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE

Na RAU, o componente de promoção, prevenção e vigilância em saúde tem como objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a vigilância à saúde. Fazem parte desse componente:

- O Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, vinculado aos três níveis de gestão e instituições acadêmicas, possui como principal atribuição articular e estruturar a Rede de Atenção e Proteção Integral as Pessoas em Situação de Violência.



## Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o referido Núcleo, acesse o Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria936.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2012.

- Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que possibilita conhecer melhor a dimensão dos acidentes em geral, seja de trânsito, de trabalho, doméstico, quedas, queimaduras, afogamentos, intoxicações. Possibilita, também, identificar a violência doméstica e sexual, que ainda permanecem “ocultas” na esfera do privado, principalmente os maus-tratos contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. Possui dois componentes: Componente I e VIVA Contínuo/SINAN-NET: notificação compulsória de violência doméstica, sexual e/ou outras violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos.
- Ações voltadas para a vigilância e prevenção de lesões e mortes provocadas pelo trânsito, para a atenção às vítimas e para a promoção da saúde e cultura de paz, com objetivo maior de reduzir as lesões e mortes provocadas pelo trânsito.

## ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Na RAU a Atenção Básica tem como principal objetivo: a ampliação do acesso, fortalecimento de vínculos e responsabilização, além de ser responsável pelo primeiro cuidado e acolhimento às urgências por meio da implantação da classificação de risco, de forma articulada aos outros pontos de atenção.

Importante destacar as potencialidades das Unidades Básicas de Saúde como componente para melhorar a resolutividade bem como de ampliar o acesso à atenção às urgências/emergências. Entretanto, devemos destacar o desafio de organizar recursos materiais e equipamentos, bem como de capacitar recursos humanos na perspectiva de qualificar o cuidado na esfera de ação dessas unidades integradas a outros serviços de saúde.

A Sala de Observação é o ambiente da Unidade Básica de Saúde destinado ao atendimento de pacientes em regime ambulatorial, no período de funcionamento da unidade, com necessidade de observação em casos de urgência/emergência.

## SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192) E CENTRAIS DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

Este componente tem como objetivo: o atendimento precoce às vítimas de agravos à saúde (de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátrica), sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado, rápido e resolutivo para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

### SALA DE ESTABILIZAÇÃO

Este componente prevê um local para estabilização de pacientes críticos/ graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a uma unidade de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação.

As salas de estabilização serão implantadas em regiões de vazios assistenciais, municípios com menos de 50 mil habitantes, sem qualquer equipamento de urgência (UPA, Unidade 24 horas, SAMU). Estas regiões deverão ser cobertas por SAMU regional e se articularão com a Rede de Urgências para continuidade do cuidado.

### FORÇA NACIONAL DO SUS – FN-SUS

O componente objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações. A atuação do SUS em situações que exigem maior participação do poder público como: catástrofes que envolvem múltiplas vítimas e demais condições de calamidade, em especial, de natureza epidemiológica, situações pedem ajuda rápida, com atendimento médico especializado e apoio logístico. Exemplos: alagamento e seca, desabamento, enchente, incêndio, epidemias/pandemias, acidentes nucleares, eventos com grande concentração de pessoas, como Copa do mundo e Olimpíadas.

### UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24h)

É o conjunto de serviços de urgência 24 horas não hospitalares. São estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar. Devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica. Deve prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando

os pacientes e realizando a avaliação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, as necessidades de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

## COMPONENTE HOSPITALAR

Este componente é constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda clínicas e de longa permanência, pelos leitos de cuidados intensivos e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias.

A Portaria 2395/2011 organiza o componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e regulamenta o seu funcionamento com os seguintes objetivos:

- Organizar a atenção às urgências nos hospitais, que deve atender à demanda espontânea e referenciada para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade;
- Garantir a retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos; leitos clínicos e cirúrgicos, de terapia intensiva e de longa permanência para a rede de atenção às urgências;
- Garantir a assistência hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias (cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia) em articulação com os demais pontos de atenção.

A Portaria 2395/2011 reforça a necessidade do componente hospitalar estar integrado à Rede de Atenção às Urgências, e estabelece, além das diretrizes básicas do SUS de universalidade, equidade e integralidade e também a humanização; a exigência do acolhimento com Classificação de Risco; a Regionalização com acesso regulado e a atenção multiprofissional, e baseado na gestão de linhas de cuidado.

As portas de entrada hospitalares de urgências serão consideradas qualificadas quando se adequarem aos seguintes critérios:

- Estabelecer e adotar protocolos de classificação de risco clínico, e de procedimentos administrativos no hospital;
- Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente que necessita de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e garantindo atendimento priorizado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;

- Estar articulado com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, Unidades de Pronto Atendimento – UPA e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrareferência, ordenados através das Centrais de Regulação Regionais.
- Possuir equipe multiprofissional compatível com seu porte;
- Organizar o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal;
- Implantar mecanismos de gestão da clínica, com equipe de referência para responsabilização e acompanhamento de caso e de média de permanência, com prontuário único multidisciplinar;
- Fornecer retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências em sua região: procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias,
- Garantir o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação.



### *Saiba mais*

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto, acesse a Portaria Nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/CIBNOVEMBRO7REUNIAO/componentehospitalardeurgencia.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2012.

## ATENÇÃO DOMICILIAR

Este componente é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção.

O reconhecimento das diretrizes, componentes e articulações da RAU possibilita ao enfermeiro identificar aspectos demográficos, epidemiológicos e organizacionais relativos aos atendimentos realizados em diferentes serviços. Dessa forma, poderá subsidiar suas ações gerenciais referentes à distribuição de pessoal, escala diária, mensal e de férias, previsão e provisão de recursos materiais. Ou seja, as informações que caracterizam os serviços e o perfil dos atendimentos trazem contribuições para identificar

nuances do serviço, fornecendo subsídios para a organização do microespaço de atenção (COELHO, 2009).

Nessa ótica, o exercício profissional em unidades de urgência e emergência tem se mostrado como um desafio para o enfermeiro articular a centralidade do cuidado ao paciente e a gerência de enfermagem, em uma nova perspectiva, responsabilizando-se pela coordenação de equipe, pela mobilização de recursos subjetivos e objetivos requeridos na atenção em urgência.

## 1.4 Resumo

A Atenção às Urgências no âmbito do SUS é um tema muito relevante que deve ser abordado a partir da constituição de uma Rede Atenção (PORTARIA 1.600/2011). Esta Rede denominada RAU deve considerar o perfil epidemiológico do país, articular os diversos níveis de complexidade do sistema, além de comportar vários serviços diferentes, organizados a partir das necessidades dos usuários. Desse modo, a RAU é constituída pelos componentes: promoção e prevenção; a atenção primária em saúde por meio das Unidades básicas; o SAMU e seus complexos reguladores; as UPA e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; as portas de entrada hospitalares de urgência; as enfermarias de retaguarda aos atendimentos de urgência (leitos clínicos resolutivos, unidades de cuidado intensivo, leitos crônicos, etc.) e algumas inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e trauma); além do programa de atenção domiciliar. Todas estas portas norteadas pela proposta do acolhimento com classificação do risco, qualidade e resolutividade na atenção.

## 1.5 Fechamento

A organização da RAU tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Para uma efetiva implementação da RAU no SUS será imprescindível o envolvimento e apoio de todos os profissionais e gestores que atuam no setor saúde.

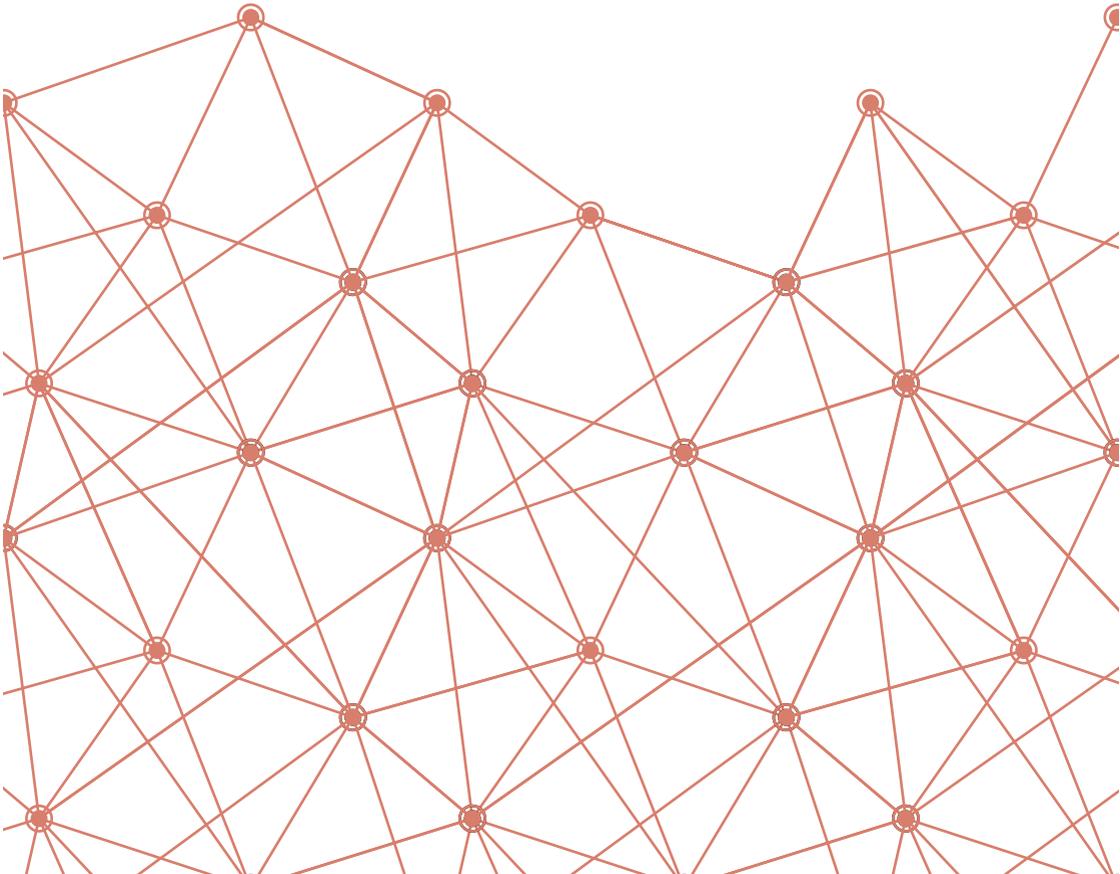
Sugestão de autoavaliação: Considerando a leitura realizada desse material, sugere-se que você releia o caso clínico-gerencial da “Dona Antônia” e faça uma análise considerando o conteúdo teórico apresentado.

---

## 1.6 Recomendação de Leitura Complementar:

Conheça mais sobre as redes de atenção à saúde no site do Telessaúde. Disponível em: <[http://telessaude.bvs.br/tiki-read\\_article.php?articleId=333](http://telessaude.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=333)>. Acesso em: 06 maio 2012.

# UNIDADE 2



# Unidade 2: Acolhimento com classificação de risco conforme o Ministério da Saúde do Brasil

Nesta unidade, você vai compreender o processo de humanizar o atendimento, classificar as queixas dos usuários, construir e aplicar os fluxos de atendimento e informação na urgência/emergência considerando a rede dos serviços de prestação de assistência à saúde.

## 2.1 Introdução

Ao atuar no cuidado em situações de urgência e emergência nos diferentes contextos da Rede de Atenção à Saúde, o enfermeiro se depara com diversos desafios. Gostaríamos de dar destaque a um deles que se relaciona com as fronteiras e limites do cuidado a estes indivíduos no sentido de saber como cada serviço desempenhará suas atividades para que este paciente receba um cuidado seguro, rápido e de qualidade na lógica de uma Rede de Atenção em Urgência e Emergência.



### Palavra do profissional

Qual seria, então, uma das estratégias que podemos utilizar para garantir este cuidado? Nesta Unidade 2, a resposta a esta questão é o processo de Acolhimento com Classificação de risco em urgência e emergência proposta para a Rede de Atenção à Saúde. Assim, para que você possa se instrumentalizar e entender melhor como isso se desenvolve na prática, convidamos você a ler com atenção o texto a seguir.

Para que você possa compreender o processo de humanizar o atendimento em urgência e emergência é importante saber que o *HumanizaSUS* foi a proposta lançada pelo Ministério da Saúde em 2004 para enfrentar os desafios em relação à mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde a partir dos princípios do SUS. Com essa proposta, o Ministério da Saúde priorizou o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS.

Um dos objetivos da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS é provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de

produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder.

Assim, com o princípio da transversalidade, o HumanizaSUS lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se, efetivamente, potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada.

## 2.2 Humanização, acolhimento e classificação de risco

Vamos abordar nessa seção conceitos fundamentais para o entendimento de temas como humanização, acolhimento e classificação de risco.

---

Na valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, os valores que norteiam esta política são: a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (Brasil, 2009; 2011).

---

Como então é entendida a humanização nesta perspectiva?

Na construção do SUS, surgem novas questões que demandam outras respostas, bem como problemas e desafios que persistem, impondo a necessidade tanto de aperfeiçoamento do sistema, quanto de mudança de rumos. A mudança das práticas de acolhida aos cidadãos/usuários e aos cidadãos/trabalhadores nos serviços de saúde é um destes desafios.

---

Como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, o acolhimento, a partir da análise dos processos de trabalho, favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços e possibilita avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS, como uma política pública essencial para a população brasileira.

---

Assim, ao direcionar a atenção à saúde para a rede de urgência e emergência, entende-se que desafios devem ser superados no atendimento à saúde tais como: superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros.

É preciso, portanto, a partir da compreensão da inserção dos serviços de urgência na rede local, repensar e criar novas formas de agir em saúde que levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora.



### Saiba mais

Sugere-se que você aprofunde esta temática consultando as Portarias relacionadas na sequência:

- Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 – Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279\\_docrede.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docrede.pdf)>. Acesso em: abr. 2012;
- Portaria Nº 1.600, de 07 de julho de 2011 - Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção a Urgências no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)> Acesso em maio 2012;
- Nota técnica: Implementação da rede de atenção às Urgências/emergências – RUE. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/urgencia\\_300511](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/urgencia_300511.pdf)>. Acesso em: abr. 2012.

A atenção às urgências é um tema complexo, que não deve ser tratado de forma pontual e por um único tipo de serviço, conforme ressaltado pelo Ministério da Saúde (2011). Desse modo, no âmbito do SUS, as urgências devem ser abordadas a partir da constituição de uma Rede de Atenção, que atravessasse os diversos níveis de complexidade do sistema, além de comportar serviços diferentes, organizados a partir das necessidades dos usuários (BRASIL, 2011).

Esta atual política busca aprimorar os mecanismos de regulação, controle e avaliação da assistência aos usuários do SUS. A implantação do SAMU ou das UPAs isoladamente não suporta a diversidade e especificidades das questões relacionadas à urgência e emergência no Brasil, dada a natureza do objeto saúde/doença e a complexa rede de intervenções necessárias para impactar os problemas de saúde (Brasil, 2006; BRASIL, 2011).

Assim, o conceito estruturante a ser utilizado é que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada do SUS. Possibilitando, assim, a resolução de seu problema ou transportando-o, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, conforme institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003a). Organizando as redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).



### Saiba mais

Para aprofundar esta temática, não deixe de ler o material do Ministério da Saúde que trata do Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)>.

---

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde salienta o acolhimento como:

---

Uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

---

O acolhimento implica prestar um atendimento em saúde com resolutividade e responsabilização. Orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. Desse modo, possibilita o atendimento a todos que procuram os serviços de saúde na rede, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários.

Desse modo, o acolhimento com Avaliação de Risco se configura como uma das intervenções decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas (Brasil, 2009).



## Palavra do profissional

Você já deve ter observado, até aqui, que o Acolhimento tem relação direta com a avaliação/classificação de risco do indivíduo que procura o serviço de saúde. E, em se tratando de urgência e emergência, a classificação de risco contribui para estabelecer a prioridade do atendimento. Vamos então entender melhor o que são os **Protocolos de Classificação de Risco**?

A classificação de risco vem sendo utilizada em muitos países, inclusive no Brasil. Para essa classificação foram desenvolvidos diversos protocolos que objetivam, sobretudo, não demorar em prestar atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata com segurança. Por isso, todos eles são baseados na avaliação primária do paciente, já bem desenvolvida para o atendimento às situações de catástrofes e adaptada para os serviços de urgência.

Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação. Vale ressaltar que não se trata de fazer um diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico, mas a classificação de risco é realizada pelo enfermeiro, baseado em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. Portanto, a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

### 2.2.1 Os Eixos e Suas Áreas de acordo com o Ministério da Saúde

A reinvenção dos espaços físicos e seus usos na urgência, orientada pelas diretrizes do acolhimento e da ambiência do Ministério da Saúde, convocamos, de imediato, a lidar com alguns desafios tanto conceituais quanto metodológicos. Um dos desafios é trabalhar essa reinvenção de modo a contribuir para a produção (reinvenção) de saúde. Nessa produção, expressam-se regimes de sensibilidades em que, antes mesmo da realidade construída, há o processo de construção dessa realidade, da qual esses regimes fazem parte (*como digo, como vejo, como uso*).

“O espaço é um território que se habita, que se vivencia, onde convivemos e nos relacionamos. É um território que se experimenta, que se reinventa e que se produz. Uma produção do espaço que acontece porque há processos de trabalho, encontros entre as pessoas, modos de se viver e modos de ir reconstruindo o espaço” (BRASIL, 2009 p.28 -29).

A orientação da ambiência na urgência, articulada à diretriz do acolhimento, favorece que ao se intervir, criar e recriar os espaços físicos na urgência problematize-se também as práticas, os processos de trabalho e os modos de viver e conviver nesse espaço.

---

Assim, o Acolhimento com Classificação de Risco é o guia orientador para a atenção e gestão na urgência, no qual outros modos de estar, ocupar e trabalhar se expressarão nesse lugar e solicitarão arranjos de espaços singulares, com fluxos adequados que favoreçam os processos de trabalho nos serviços de urgência e emergência (Brasil, 2009).

---

Para entender a lógica do atendimento destes espaços e seus usos nestes serviços, o Ministério da Saúde (MS) organizou uma estrutura composta por **eixos e áreas** que evidenciam os níveis de risco dos pacientes.

A proposta de desenho se desenvolve pelo menos em dois eixos (BRASIL, 2009):

- O do paciente grave, com risco de morte, denominado eixo vermelho;
- O do paciente aparentemente não grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, denominado de eixo azul.

Cada um desses eixos possui diferentes áreas, de acordo com a clínica do paciente e os processos de trabalho que nele se estabelecem, sendo que essa identificação também define a composição espacial por dois acessos diferentes. Assim, temos como Eixos e suas Áreas a seguinte estrutura organizada para a ambiência na Emergência conforme a seguir (BRASIL, 2009):

NÚMERO	EIXO	ÁREA
1	VERMELHO: Este eixo está relacionado à clínica do paciente grave, com risco de morte, sendo composto por um agrupamento de três áreas principais	<b>a) Área Vermelha:</b> é nesta área que está a sala de emergência, para atendimento imediato dos pacientes com risco de morte, e a sala de procedimentos especiais invasivos
		<b>b) Área Amarela:</b> composta por uma sala de retaguarda para pacientes já estabilizados, porém ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semicríticos).
		<b>c) Área Verde:</b> composta pelas salas de observação, que devem ser divididas por sexo (feminino e masculino) e idade (crianças e adultos), a depender da demanda.
2	AZUL: é o eixo dos pacientes aparentemente não graves. O arranjo do espaço deve favorecer o acolhimento do cidadão e a classificação do grau de risco.  Este eixo se compõe de 3 (três) planos de atendimento:	<b>a) Plano 1:</b> espaços para acolhimento, espera, recepção, classificação do risco e atendimento administrativo. A diretriz principal, neste plano, é acolher, o que pressupõe a criação de espaços de encontros entre os sujeitos.
		<b>b) Plano 2:</b> área de atendimento médico, lugar onde os consultórios devem ser planejados de modo a possibilitar a presença do acompanhante e a individualidade do paciente.
		<b>c) Plano 3:</b> áreas de procedimentos médicos e de enfermagem (curativo, sutura, medicação, nebulização). É importante que as áreas de procedimentos estejam localizadas próximas aos consultórios, ao serviço de imagem e que favoreçam o trabalho em equipe.

Fonte: Brasil (2009)

A construção de um protocolo de classificação de risco a partir dos existentes e disponíveis nos textos bibliográficos, porém adaptado ao perfil de cada serviço e ao contexto de sua inserção na rede de saúde, é uma oportunidade de facilitar a interação entre a equipe multiprofissional e de valorizar os profissionais da urgência (BRASIL, 2009, 2011).

É também importante que serviços de uma mesma região desenvolvam critérios de classificação semelhantes, buscando facilitar o mapeamento e a construção das redes locais de atendimento. A elaboração e a análise do fluxograma de atendimento no pronto-socorro, identificando os pontos nos quais se concentram os problemas, promovem uma reflexão profunda sobre o processo de trabalho (BRASIL, 2011).



### *Palavra do profissional*

Sugerimos, então, que você participe em sua região tanto da construção quanto da implantação de um protocolo de classificação de risco. O que você pensa sobre isso? Discuta com sua equipe sobre o que você tem refletido aqui.

Como exemplo desta proposta de Classificação de Risco na Emergência, citamos o artigo de Claudia Abbês e Altair Massaro (2004) em que a Classificação de Risco dá-se nos seguintes níveis:

- **Vermelho:** significa prioridade zero – emergência, atendimento imediato;
- **Amarelo:** significa prioridade 1 - urgência, atendimento em no máximo 15 minutos;
- **Verde:** significa prioridade 2 - prioridade não urgente, atendimento em até 30 minutos;
- **Azul:** significa prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada – tempo de espera pode variar até 3 horas de acordo com a demanda destes atendimentos, urgências e emergências.

A identificação das prioridades é feita, por exemplo, mediante adesivo colorido colado no canto superior direito do Boletim de Emergência.

Os pacientes classificados como **verde** podem também receber encaminhamento à unidade básica de referência pelo serviço social ou enfermeiro, com garantia de consulta médica e/ou cuidados de enfermagem, situação que deve ser pactuada previamente. Os pacientes classificados como **azul** também poderão ser encaminhados para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência ou terão seus casos resolvidos pela equipe de saúde.



## Palavra do profissional

Estabelece-se, assim, um fluxo de atenção em saúde na lógica de Redes como proposto pelo Ministério da Saúde.

Como ilustração prática da aplicação do protocolo, os pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à sala **vermelha** para atendimento imediato são os que apresentam as seguintes **situações/queixas** conforme destacam (ABBÊS & MASSARO 2004):

- Politraumatizado grave – Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas, Escala de Coma de Glasgow (ECG) < 12;
- Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios;
- Trauma crânio-encefálico grave – (Escala de Coma de Glasgow) ECG <12;
- Estado mental alterado ou em coma ECG <12; história de uso de drogas;
- Comprometimentos da coluna vertebral;
- Desconforto respiratório grave: cianose de extremidades, taquipnéia (FR>20mvp/m), agitação psicomotora, sudorese, saturação de O<sub>2</sub> ≤90;
- Dor no peito associada à falta de ar e cianose (dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda de consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes; qualquer dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso);
- Perfurações no peito, abdome e cabeça;
- Crises convulsivas (inclusive pós-crise);
- Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de ≤ 12;
- Anafilaxia ou reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória;
- Tentativas de suicídio;

- Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia);
- Parada cardiorrespiratória;
- Alterações de sinais vitais em paciente sintomático: Pulso > 140 ou < 45bpm; PA diastólica < 130 mmHg; PA sistólica < 80 mmHg; FR >34 ou <10ipm;
- Hemorragias não controláveis;
- Infecções graves – febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência.

Existem muitas condições e sinais perigosos de alerta, que são chamadas **Bandeiras Vermelhas** e que deverão ser levadas em consideração, pois podem representar condições em que o paciente poderá piorar repentinamente: acidentes com veículos motorizados acima de 35 Km/h; forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões; perda de consciência, mesmo que momentânea, após acidente; negação violenta de eventos óbvios ou injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e ocasionalmente, com respostas inapropriadas; fraturas da 1ª e 2ª costela; fraturas 9ª, 10ª, 11ª; costela ou mais de três costelas; Possível aspiração; possível contusão pulmonar; órbitas no local da ocorrência (ABBÊS, MASSARO 2004).

**Amarelos:** Pacientes que necessitam de atendimento médico e de enfermagem o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos para a vida. Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de risco.

**Situação/Queixa** conforme destacam (ABBÊS & MASSARO 2004):

- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais;
- Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, parestesias, alterações do campo visual, dislalia, afasia;
- Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15);
- Diminuição do nível de consciência;
- Alteração aguda de comportamento – agitação, letargia ou confusão mental;
- História de Convulsão / pósictal – convulsão nas últimas 24 horas;
- Dor torácica intensa;
- Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e me-

- tabólicos (diabetes);
- Crise asmática (dispnéia, cianose, tosse e sibilos);
  - Diabético apresentando – sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia;
  - Desmaios;
  - Estados de pânico, overdose;
  - Alterações de sinais vitais em paciente sintomático: a) FC < 50 ou > 140 bpm; b) PA sistólica < 90 ou > 240 mmHg; c) PA diastólica > 130 mmHg; d) T < 35 ou 40°C;
  - História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia com PA sistólica, 100 ou FC > 120bpm;
  - Epistaxe com alteração de sinais vitais;
  - Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre);
  - Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais, gravidez confirmada ou suspeita;
  - Náuseas /Vômitos e diarréia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alteração de sinais vitais;
  - Febre alta (39/40° C);
  - Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa;
  - Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow de 15;
  - Vítimas de abuso sexual;
  - Imunodeprimidos com febre.

**Verdes:** Pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridade sobre consultas simples – tempo de espera até 30 minutos. De acordo com (ABBÊS & MASSARO 2004):

- Idade superior a 60 anos;
- Gestantes com complicações da gravidez;
- Pacientes escoltados;
- Pacientes doadores de sangue;
- Deficientes físicos;

- Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro;
- Impossibilidade de deambulação;
- Asma fora de crise;
- Enxaqueca – pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca;
- Dor de ouvido moderada a grave;
- Dor abdominal sem alteração de sinais vitais;
- Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve;
- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação;
- História de convulsão sem alteração de consciência;
- Lombalgia intensa;
- Abscessos;
- Distúrbios neurovegetativos;
- Intercorrências ortopédicas (entorse suspeita de fraturas, luxações);
- Pacientes com ferimentos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.

**Azuis:** Demais condições não enquadradas nas situações/ queixas acima.

- Queixas crônicas sem alterações agudas;
- Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos. Após a consulta médica e medicação o paciente é liberado.

### **Vamos então transpor esta avaliação para a prática?**

---

Caso 2: Imaginemos que você recebe um paciente, Sr. RS do sexo masculino de 40 anos, em sua Unidade de Saúde apresentando desconforto respiratório grave. O Sr. RS apresenta história passada de asma e problemas cardíacos. No exame clínico, você observa que RS está com a respiração ineficaz, com cianose de extremidades, agitado e com saturação de O<sub>2</sub> de 89% pelo oxímetro de pulso. Os sinais vitais do Sr. RS neste momento são: PA: 220/140mmHg; P: 150bpm; FR: 38irpm.

---

Qual a sua avaliação neste momento?

De acordo com o proposto acima, esse paciente deve receber atendimento imediato e, portanto, recebe a classificação de risco de cor **Vermelha** e deverá receber o atendimento adequado para desconforto respiratório grave.



### Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos, recomenda-se a leitura dos seguintes artigos:

- Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco de ABBÊS C, MASSARO A. Disponível em: <<http://www.slab.uff.br/textos/texto84.pdf>>.
- Protocolo Implantado na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodeasUpasdeBH.pdf>>

## 2.3 Resumo

O contexto mostra que os avanços na atual política pública de saúde estão direcionados para a melhoria do atendimento no SUS, estabelecendo o atendimento na estrutura de Redes. Para que isso se consolide, há necessidade de um trabalho que valorize o acolhimento e a classificação de risco. O MS organizou uma estrutura composta por **eixos e áreas** que evidenciam os níveis de risco dos pacientes. A proposta do desenho desenvolve em pelo menos dois eixos: o do paciente grave, com risco de morte, denominada **eixo vermelho**, e o do paciente aparentemente não grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, denominada **eixo azul**. Cada um desses eixos possui diferentes áreas, de acordo com a clínica do paciente e os processos de trabalho que nele se estabelecem, sendo que essa identificação também define a composição especial por dois acessos diferentes. A partir desta orientação, o MS destaca que é também importante que serviços de uma mesma região desenvolvam critérios de classificação semelhantes, buscando facilitar o mapeamento e a construção das redes locais de atendimento. A elaboração e a análise do fluxograma de atendimento no pronto-socorro, identificando os pontos em que se concentram os problemas, promovem uma reflexão profunda sobre o processo de trabalho. Nesse sentido, foi exemplificado a você como fazer a Classificação de Risco na Emergência de acordo com a prioridade clínica

proposta pelo Ministério da Saúde na qual o **Vermelho**: significa prioridade zero – emergência, atendimento imediato. **Amarelo**: significa prioridade 1 - urgência , atendimento em no máximo 15 minutos. **Verde**: significa prioridade 2 - prioridade não urgente, atendimento em até 30 minutos. **Azul**: significa prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada – tempo de espera pode variar até 3 (três) horas de acordo com a demanda destes atendimentos, urgências e emergências. Estruturado a partir destas orientações, exemplos práticos da aplicação do protocolo foram apresentados de acordo com as situações/ queixas dos pacientes com seus respectivos atendimentos e encaminhamentos. Foi possível, então, observar como se estabelece um fluxo de atenção em saúde para os serviços de urgência e emergência na lógica de Redes como proposto pelo Ministério da Saúde.

## 2.4 Fechamento

O acolhimento com classificação de risco proposto pelo Ministério da Saúde favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços na lógica do atendimento em rede. Possibilita também fortalecer os laços entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira.

---

Sugestão de autoavaliação: Considerando os assuntos apresentados, elabore um protocolo de atendimento para a sua Unidade, considerando os diferentes níveis de prioridade clínica, a estrutura de trabalhadores, recursos físicos e materiais necessários.

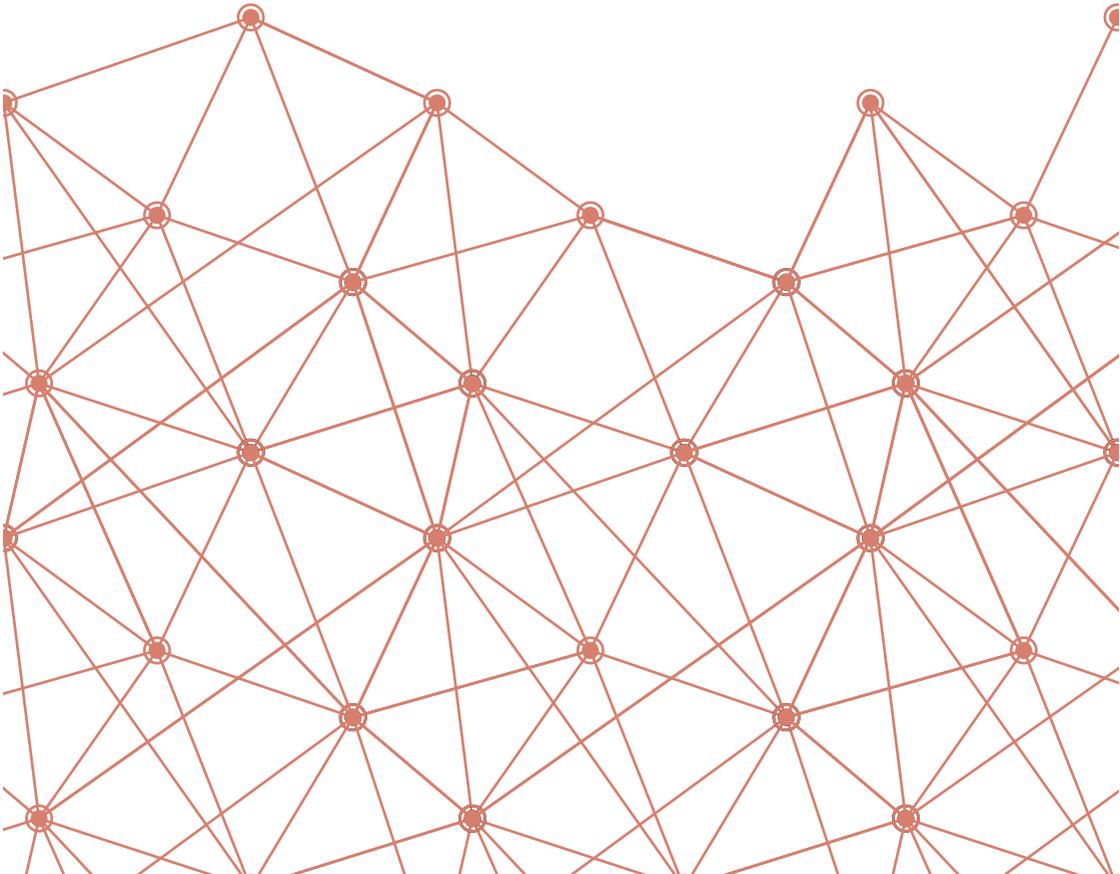
---

## 2.5 Recomendação de leitura complementar

LOPES, J. B. **Enfermeiro na classificação de risco em emergência**: revisão integrativa. 2001. 37f. TCC (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem , Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37529/000822594.pdf?sequence=1>>



# UNIDADE 3



## Unidade 3: Classificação de Risco conforme o Sistema de Triagem de Manchester

Nesta unidade, você vai conhecer o método de classificação de risco do Sistema de Triagem de Manchester. A partir daí, vai saber como classificar as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar a necessidade de atendimento mediato e imediato e também construir e aplicar os fluxos de atendimento e informação na urgência e emergência.

### 3.1 Introdução

O Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (GBACR) (2010) ressalta aspectos importantes da evolução no processo de triagem em todo o mundo. Em 1898, Glasgow, Sir D'Arcy Powerin descrevia que, em um hospital em Londres, os pacientes começavam a se amontoar nas escadas num determinado horário e somente tinham acesso ao hospital em outro horário. As portas eram então abertas para um paciente por vez. A enfermeira perguntava sua queixa para depois o encaminhar para o clínico ou cirurgião.

Nos Estados Unidos, a triagem foi usada inicialmente pelos militares para escolher soldados feridos em batalha com o objetivo de estabelecer prioridades de tratamento. Os soldados com ferimentos eram classificados pela gravidade de suas lesões

O principal objetivo da triagem era devolver o maior número de soldados para o campo de batalha o mais rápido possível, entretanto, como era uma tecnologia para guerra ou grandes catástrofes não se aplicava à população civil. Contudo, mudanças no sistema de saúde americano forçaram os pronto-socorros (PS) a avaliar alternativas na abordagem pelo aumento da demanda de atendimento nos anos 1950 e 1960.

No final de 1950, pela mudança na prática médica, quando os médicos particulares e os de família passaram a ser raros, as visitas se transformaram em consultas agendadas em consultórios e os pronto-socorros tornaram-se o principal local de atendimento quando os consultórios estavam fechados, principalmente em feriados e fins de semana. Além disso, mais médicos se tornaram especialistas, com poucos generalistas.

Isso gerou uma grande demanda nas Unidades de Pronto Socorro e este volume de pessoas resultou no uso destas unidades por pacientes com problemas menos graves. Assim, houve a necessidade de um método para classificar pacientes e identificar aqueles com necessidade imediata de cuidados nos PS. Os médicos e enfermeiros que tinham experiência com o processo de triagem nos campos de batalha introduziram a tecnologia nas emergências civis com sucesso. A primeira referência de triagem fora do período de grandes catástrofes foi em 1963, em Yale, conforme consta dos relatos do Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (GBACR) (2010).

Mundialmente, existem diversos protocolos de avaliação e classificação de risco e, no Brasil, os serviços que realizam esta atividade desenvolveram seus protocolos com base nos protocolos internacionais, bem como no protocolo do MS/Brasil que veremos em detalhes mais à frente (SILVA, 2010).

Contudo, podemos citar, dentre os protocolos reconhecidos mundialmente: o americano *Emergency Severity Index* (ESI)(Gilboy et al, 2005), o australiano *Australasian Triage Scale* (ATS)(*Australasian College for Emergency Medicine*, 2001), o canadense *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS)(Beveridge, (1998); Beveridge (1998)) e o inglês *Manchester Triage System* (Protocolo de Manchester)(Freitas, 1997).



### Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto, consulte o site do Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco. Disponível em: <[http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1](http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1)>.

Sugere-se também aprofundar essa temática com a dissertação de Michele de Freitas Neves Silva que trata de Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes de uma unidade de emergência. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000774288&fd=y>>.

## 3.2 O Sistema de Triagem de Manchester

Um dos métodos adotados no mundo tem sido o Método do Sistema de Triagem de Manchester concebido para permitir ao profissional de saúde atribuir rapidamente uma prioridade clínica a cada indivíduo. O sistema seleciona os pacientes com maior prioridade e funciona sem fazer quais-

quer presunções sobre o diagnóstico médico, uma vez que os atendimentos nos serviços de urgência são, na sua maioria, orientados pelos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes.

O Grupo de Triagem de Manchester foi formado em 1994, com o intuito de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros dos Serviços de Urgência a fim de criar normas de triagem.

Vamos abordar na próxima seção alguns conceitos básicos sobre triagem e o processo de tomada de decisão nessa área para dar continuidade aos nossos estudos.

### 3.2.1 Conceitos, processo de tomada de decisão e triagem



#### Palavra do profissional

Mas o que significa triagem? Qual seu objetivo?

A palavra triagem tem origem da palavra francesa *trier* que significa escolha, seleção (GILBOY, 1999). Pelo menos alguma forma de Avaliação de Risco ou “triagem” sempre foi feita em serviços de urgência e emergência no Brasil seguindo, contudo, uma lógica da exclusão. Triagem significa classificar ou priorizar itens e classificação de risco não pressupõe exclusão e sim estratificação a partir de protocolos preestabelecidos. A expectativa de acesso rápido ao atendimento em saúde é crescente embora as unidades de saúde muitas vezes não disponham de estrutura física, recursos humanos e equipamentos adequados para atender tal demanda.

A regulação desse atendimento como resposta à maior demanda de saúde constitui instrumento necessário de ordenação e orientação da assistência.

A regulação se configura, portanto, em potente ferramenta para organização e indução das Redes de Atenção à saúde com qualidade, efetividade, compromisso, responsabilidade, ética e solidariedade, pois tem como objetivo único priorizar os pacientes, consoante com a gravidade clínica com que se apresentam no serviço.

Conforme a lei do exercício profissional, o enfermeiro é o profissional habilitado para a realização da triagem (BRASIL, 2005). Diante desse cenário e mediante as necessidades de implantação da classificação de risco na Rede de Atenção à Saúde no Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), conforme a Resolução Nº 423/2012, ressalta que o acolhimento com classificação de risco pode ser realizado pelo enfermeiro desde que não haja exclusão de pacientes, que o atendimento médico seja garantido e que sejam firmados protocolos, promovendo a agilidade do atendimento de forma digna e harmonizada (BRASIL, 2005; COFEN, 2012).



## Palavra do profissional

Mas, então, como se faz a Metodologia de Triagem?

Para abordarmos esse conteúdo, vamos inicialmente entender que uma triagem/classificação de risco requer tomada de decisão. Ou seja, a tomada de decisão é parte integrante e importante da prática clínica e de enfermagem. Uma adequada **avaliação clínica** de um paciente requer tanto **raciocínio** como **intuição**, e ambos devem se basear em conhecimentos e aptidões profissionais. Assim, como parte de seu processo de aptidão é preciso que você aprenda a **interpretar, discriminar** e **avaliar**.

Uma adequada avaliação clínica é essencial para a tomada de decisão e prestação de cuidados seguros e de qualidade!

Dessa forma, a tomada de decisão deve ser orientada por 05(cinco) passos de acordo com este sistema (FREITAS, 1997):

### 1. Identificação do problema:

- realizada mediante a obtenção de informações relacionadas ao próprio paciente, das pessoas que lhe prestam cuidados e/ou qualquer pessoal de saúde pré-hospitalar. Aqui você irá aprender a identificar os diversos fluxogramas de relevância apresentados para auxiliar na triagem/classificação de risco.

## 2. Coleta e análise das informações relacionadas à solução do problema:

- uma vez identificado o fluxograma, esta fase se torna menos complexa, pois é possível procurar os discriminadores em cada nível do fluxograma, que facilita a avaliação rápida a partir de perguntas estruturadas.

## 3. Avaliação de todas as alternativas e seleção de uma delas para implementação:

- os enfermeiros obtêm uma grande quantidade de dados sobre os pacientes que observam. Estes são integrados aos fluxogramas, aos quais fornecem o quadro organizacional para a ordenação do processo do raciocínio durante a triagem. Ou seja, os fluxogramas integram o processo de tomada de decisão no quadro clínico.

## 4. Implementação da alternativa selecionada:

- os profissionais da triagem aplicam uma das cinco categorias existentes com nome, cor e definição específicos que melhor se adapta à urgência da condição apresentada pelo paciente.

## 5. Monitorização da implementação e avaliação dos resultados:

- o resultado é determinado a medida que é identificado em como e quando chegou-se àquela categoria. Isso facilita a reavaliação e posterior confirmação ou alteração da categoria. Portanto, a triagem é dinâmica e deve responder tanto às necessidades dos pacientes como às do serviço.

No 4º passo, as cinco categorias existentes com nome, cor e definição específicos que são citadas estão apresentadas na tabela a seguir:

NÚMERO	NOME CATEGORIA	COR	TEMPO ALVO MIN
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240



### Palavra do profissional

A partir dessa visão geral, vamos colocar em prática o método de triagem pelo sistema de Manchester, na próxima seção você verá como.

## 3.2.2 Método de triagem

Na **identificação do problema**, a prática clínica está centrada na queixa principal, ou seja, o principal sinal e sintoma identificado pelo próprio paciente ou pelo profissional de saúde. O protocolo de Manchester estabeleceu 52 problemas pertinentes para a triagem e, dentre eles, para o paciente adulto, destacamos alguns como: agressão, asma, catástrofe (avaliação primária e secundária); cefaléia, comportamento estranho, convulsões, corpo estranho, diabetes, dispnéia, doença mental, DST, dor abdominal, dor cervical, dor lombar, dor torácica, embriaguez aparente, estado de inconsciência, exposição a produtos químicos, feridas, grande traumatismo, gravidez, hemorragia gastrointestinal (GI), hemorragia vaginal, indisposição no adulto, infecções locais e abscessos, lesão toraco-abdominal, mordeduras e picadas, problemas estomatológicos, nasais, nos membros, oftalmológicos, ouvidos, urinários; quedas; queimaduras profundas e superficiais; superdosagem ou envenenamento; TCE e vômitos (FREITAS, 1997).

Na **coleta e análise das informações** o destaque é para os discriminadores que são fatores que fazem a seleção dos pacientes, de modo a permitir a sua inclusão em uma das cinco prioridades clínicas. Estes **Discriminadores** podem ser gerais ou específicos. Veja no Anexo os Discriminadores específicos. (FREITAS, 1997)

Os **discriminadores gerais** são: risco de morte; dor; hemorragia; nível de consciência; temperatura e agravamento. Segundo Freitas (1997), os discriminadores gerais são uma característica recorrente dos fluxogramas e, por essa razão, precisamos entender cada um deles detalhadamente a fim de termos uma boa compreensão do método de triagem:

## Risco de morte ou para a vida

Este discriminador reconhece que qualquer perda ou ameaça das funções vitais (vias aéreas, respiração e circulação) coloca o paciente no primeiro grupo de prioridades. Detalhado no fluxograma apresentado na sequência desta seção.

## Dor

Todas as avaliações de triagem devem incluir uma avaliação da dor. A dor severa indica uma dor intolerável – significativa e insuportável. Qualquer paciente com grau de dor inferior a esta deve, por exclusão - salvo se existirem outros discriminadores que sugiram maior gravidade - no mínimo, ser colocado na prioridade pouco urgente e não na prioridade não urgente.

Os **discriminadores** gerais se aplicam a todos os pacientes, independentemente da condição que apresentam e surgem repetidamente ao longo dos fluxogramas. Os discriminadores específicos nos remetem aos casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações e tendem a se relacionar com características-chave de condições particulares. Ex: Dor aguda é um discriminador geral, dor pré-cordial e dor pleurítica são discriminadores específicos.



## Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o processo de avaliação da dor na triagem, com destaque especial para a técnica de avaliação e os instrumentos existentes, sugere-se que você consulte os seguintes sites:

- Simbidor - Arquivos do 8º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor. Disponível em: <[http://www.simbidor.com.br/publicacoes/arquivos\\_simbidor\\_2007.pdf](http://www.simbidor.com.br/publicacoes/arquivos_simbidor_2007.pdf)>. Acesso em: jun. 2012.
- Dor na Emergência, 2010. Disponível em: <[http://www.dor.org.br/profissionais/pdf/fasc\\_dor\\_na\\_emergencia.pdf](http://www.dor.org.br/profissionais/pdf/fasc_dor_na_emergencia.pdf)>. Acesso em: maio 2012.
- Portal da Sociedade Brasileira para os estudos da dor. Disponível em: <<http://www.dor.org.br/>> Acesso em: abr. 2012.

## Hemorragia

A hemorragia apresenta-se de várias formas, principalmente, mas não exclusivamente, na que envolve traumatismo. Os discriminadores de traumatismo são: exsanguinante, grande hemorragia incontrolável ou pequena hemorragia incontrolável. A tentativa de controlar com sucesso a hemorragia por compressão determina a gravidade da mesma. De modo geral, uma hemorragia contínua tem maior prioridade clínica. Uma hemorragia que não é controlada pela aplicação de pressão direta constante e que continua a sangrar abundantemente ou ensopa rapidamente compressas ou chumaços grandes é descrita como grande hemorragia incontrolável, enquanto que uma hemorragia que continua a sangrar ligeiramente ou intermitentemente é descrita como pequena hemorragia incontrolável. Qualquer hemorragia por menor que seja, deverá - salvo se existirem outros discriminadores que conduzam a uma maior prioridade clínica - merecer, pelo menos, a prioridade urgente.

## Nível de inconsciência

O nível de inconsciência é analisado separadamente para adultos e crianças. Nos adultos apenas os pacientes em estado de mal epilético são sempre colocados na categoria de intervenção emergente (vermelho). Os pacientes adultos com grau de consciência alterado (apenas respondem a voz ou a dor pela ECG, ou que não respondem) são incluídos na categoria de muito urgentes. Todos os pacientes com história de alteração do nível de consciência devem ser colocados na categoria urgente.

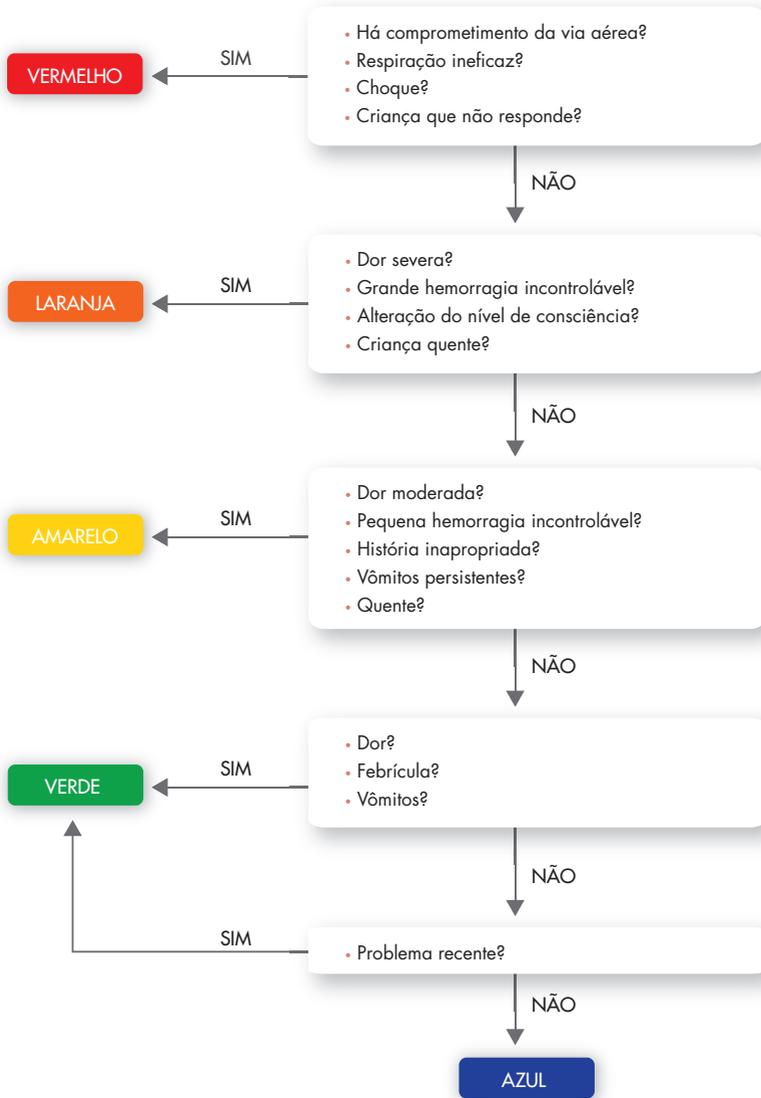
## Temperatura (T)

Se o paciente estiver muito quente, com  $T =$  ou  $>$  de  $41^{\circ}\text{C}$ , deve receber a categoria muito urgente (laranja); se estiver quente, com  $T$  entre  $38,5$  a  $40,9^{\circ}\text{C}$ , deve receber a categoria urgente (amarelo) e, se apresentar a temperatura em torno de  $37,5$  a  $38,4^{\circ}\text{C}$  (febrícula/subfebril), deve receber a categoria pouco urgente (verde). Procure sempre verificar a temperatura timpânica por ser rápida e mais exata.

## Agravamento

Para esta avaliação é determinado o tempo de instalação de um problema como forma de enquadrar temporalmente o aparecimento da situação. Assim, avalie se o problema é recente. Se é ou não uma lesão ou ferimento recente, pois um tempo relativamente longo de existência de um problema pode ser incluído **na prioridade não urgente** sem risco clínico.

Para podermos entender os discriminadores gerais e os específicos mais comuns, independentemente da condição apresentada, o fluxograma a seguir descreve resumidamente os discriminadores gerais:



Fonte: FREITAS, P. **Triagem no Serviço de Urgência/emergência**: Grupo de Triagem de Manchester. Portugal: Grupo Português de Triagem – BMJ-Publishing Group 1997- 154p

## 3.2.4 Exemplo prático

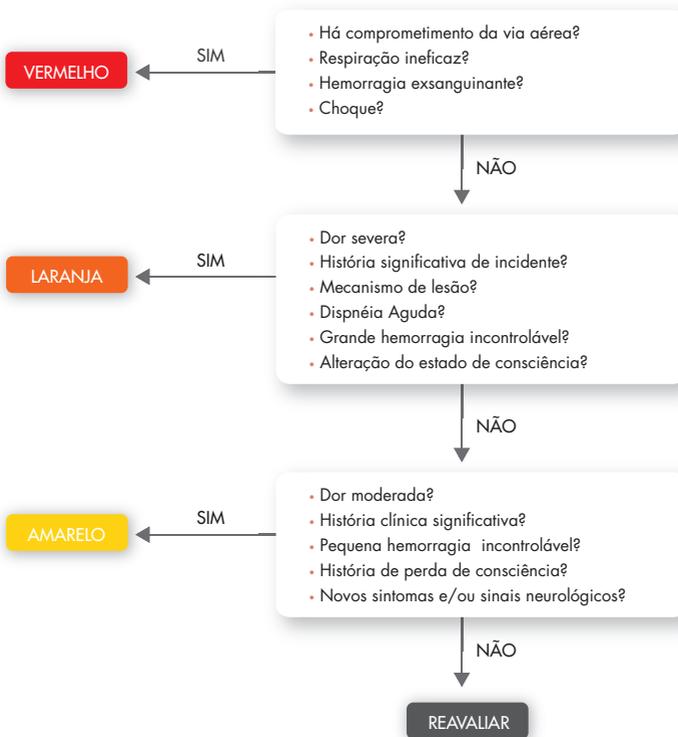
Vamos aplicar o que aprendemos em uma situação real?



### Compartilhando

Imagine que você está recebendo um paciente masculino, de 22 anos, vítima de acidente de carro em sua unidade. A informação que você tem é de que se trata de um caso de grande traumatismo. Esta unidade pode ser primária de saúde, uma unidade de pronto atendimento, ou uma unidade hospitalar. Quais serão então os passos da avaliação deste paciente?

Vamos ver como isso se processa no fluxograma a seguir:



Fonte: FREITAS, P. Triagem no Serviço de Urgência/emergência: Grupo de Triagem de Manchester. Portugal: Grupo Português de Triagem – BMJ-Publishing Group 1997- 154p

Observe que, ao negar todos esses discriminadores, ele fica com o discriminador amarelo.



## Compartilhando

Vamos ver agora uma explicação deste fluxograma com os discriminadores específicos para o grande traumatismo. Não deixe de consultar os discriminadores para obter ajuda nessa avaliação.

**Notas do grande traumatismo:** A maior parte dos profissionais de saúde sabe o que está implicado para a saúde do paciente após um grande traumatismo. A atuação desses profissionais não pode ser baseada apenas nas lesões que o paciente apresenta. Os discriminadores gerais incluídos foram: risco de morte ou para a vida, hemorragia, grau de consciência e dor. Os específicos foram utilizados para assegurar que seja atribuída uma prioridade suficientemente alta aos pacientes com um mecanismo de traumatismo maior e, para que aqueles com doença médica preexistente e/ou desenvolvimento de novos sinais neurológicos sejam reconhecidos em tempo correto (FREITAS, 1997)

## Aplicando os discriminadores

DISCRIMINADORES ESPECÍFICOS	EXPLICAÇÃO
Dispnéia aguda	Dificuldade respiratória que se desenvolve subitamente, ou uma repetida exacerbação de dispnéia crônica
História clínica significativa	Qualquer situação clínica preexistente que requer medicação contínua ou outros cuidados
História de perda de consciência	Pode haver uma testemunha de confiança que possa afirmar se o paciente esteve inconsciente (e por quanto tempo). Caso contrário, se o paciente não for capaz de se recordar do acidente devemos assumir que ele esteve inconsciente.
História significativa de incidente	Fatores significativos incluem: quedas de alturas, ejeção de veículos, morte de ocupantes e outras vítimas do acidente e a deformação significativa de um veículo

Mecanismo de lesão	São significativas as lesões penetrantes (facadas ou tiros) e as lesões com elevada transferência de energia, tais como quedas de alturas e acidentes de tráfego em alta velocidade (>60Km/h)
Novos sintomas/sinais neurológicos	Pode incluir atenção ou perda de sensibilidade, enfraquecimento dos membros (transitória ou permanente) ou alterações no funcionamento da bexiga ou do intestino (incontinência)
Reavaliar	Se não houver a certeza quanto à existência de grande traumatismo, é necessário reavaliar e pesquisar mais uma vez antes de reclassificar.

Fonte: GPT Grupo de Triagem Português – Portugal (1996)

### 3.3. Resumo

Você teve oportunidade de conhecer, nesta Unidade, o Sistema do Protocolo de Triagem de Manchester. Recentemente, no Brasil, foram dados passos importantes para a instituição de um método de Triagem Nacional. O sistema seleciona os pacientes com maior prioridade e funciona sem fazer quaisquer presunções sobre o diagnóstico médico, uma vez que os serviços de urgência são, na sua maioria, orientados pelos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes. Trata-se de um importante método de ordenação e orientação da assistência fundamentada essencialmente no processo de tomada de decisão que garanta uma assistência de saúde mais segura e livre de riscos nas situações de urgência e emergência. Portanto, uma adequada avaliação clínica é essencial para a tomada de decisão, prestação de cuidados seguros e de qualidade que, de acordo com esse método, baseia-se em cinco passos: identificação do problema; coleta e análise das informações relacionadas à solução do problema; avaliação de todas as alternativas e seleção de uma delas para implementação; implementação da alternativa selecionada, monitorização da implementação e avaliação dos resultados. Assim, os profissionais da triagem aplicam uma das cinco categorias existentes com nome, cor e definição específicos que melhor se adapta à urgência da condição apresentada pelo paciente: emergente (vermelho); muito urgente (laranja); urgente (amarelo); pouco urgente (verde) e não urgente (azul). É preciso, portanto desenvolver as competências para a realização da triagem.

## 3.4 Fechamento

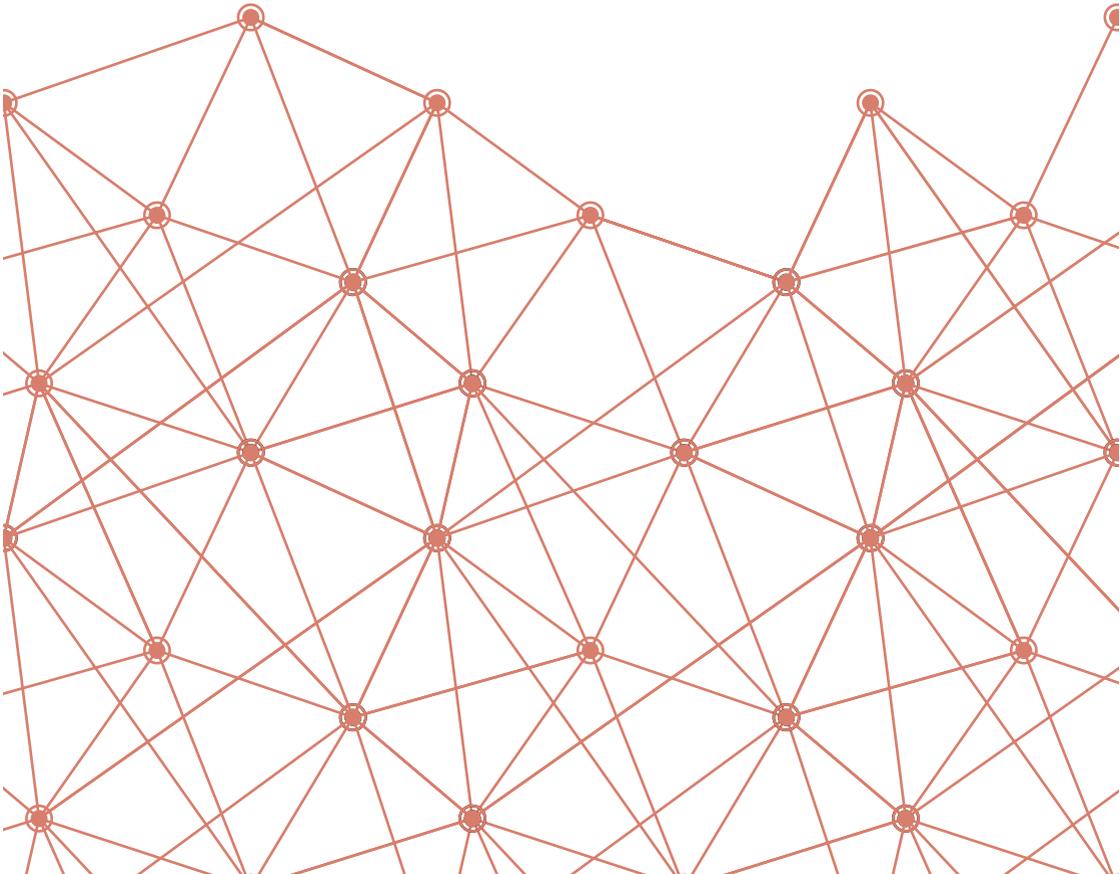
A triagem de Manchester não é um processo difícil, pelo contrário, ela norteia a tomada de decisão para o estabelecimento de uma prioridade clínica. Assim, dentre os requisitos para executá-la adequadamente, ressaltamos: o critério clínico, a metodologia reproduzível, uma nomenclatura comum, as definições comuns, um programa permanente de formação e atualização, auditoria e acompanhamento.

## 3.5 Recomendação de leitura complementar

ANZILIERO, F. **Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco: revisão de literatura**. 2011. 47f. TCC (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37506/000822814.pdf?sequence=1>>



# UNIDADE 4



## Unidade 4: Instrumentos gerenciais em serviços de saúde

Nesta unidade, você vai aprender a reconhecer os instrumentos gerenciais da prática do enfermeiro (planejamento, tomada de decisão, supervisão, educação continuada/ permanente, avaliação e qualidade dos serviços) dentro das especificidades da atenção às urgências e vai saber como identificar aspectos relacionados à previsão e à provisão de recursos humanos, materiais e equipamentos para atenção às urgências.

### 4.1 Introdução

Considerando as dimensões assistencial e gerencial na formação do enfermeiro, bem como a sua interface, abordamos, nesta Unidade, os instrumentos gerenciais no contexto dos serviços de atenção às urgências. São eles:

- Previsão e provisão de recursos humanos;
- Previsão e provisão de recursos materiais e equipamentos;
- Planejamento;
- Tomada de decisão;
- Supervisão;
- Uso dos sistemas de informação em saúde;
- Educação permanente;
- Avaliação e qualidade dos serviços.

## 4.2 A Prática gerencial do enfermeiro na atenção às urgências



### *Palavra do profissional*

Por que é relevante focar a prática gerencial do enfermeiro nos serviços de atenção às urgências?

A importância da área de urgência no contexto de atenção à saúde, a crescente demanda por serviços regulados e estruturados, a magnitude dos agravos para a sociedade, bem como a necessidade do enfoque multiprofissional no atendimento evidenciam o quanto é imperioso para o enfermeiro sistematizar uma nova visão sobre o processo de gerenciar e de cuidar na atenção às urgências.

O processo de cuidar e gerenciar podem ser considerados como as principais dimensões do trabalho do enfermeiro em seu dia-a-dia. O cuidar caracteriza-se pela observação, pelo levantamento de dados, planejamento, pela implementação, evolução, pela avaliação e interação entre pacientes e trabalhadores da enfermagem e entre diversos profissionais de saúde. Já o processo de gerenciar, tem como foco organizar a assistência e proporcionar a qualificação do pessoal de enfermagem por meio educação permanente/ continuada, apropriando-se para isto, dos modelos e métodos de administração, da força de trabalho da enfermagem e dos equipamentos e materiais (PEDUZZI, 2000; WILLING; LENARDT, 2002).

O distanciamento do profissional enfermeiro entre o gerenciar e o cuidar gera inquietações pessoais e profissionais, impõe um repensar da prática administrativa voltada para a assistência, no sentido de resgatar o papel do enfermeiro como gerente do cuidado.

O gerenciamento, no processo de trabalho da enfermagem, tem como foco principal a organização da assistência, isto é, o planejamento de ações compartilhadas de modo que a equipe de enfermagem, sob liderança do enfermeiro, desenvolva o trabalho com eficiência e qualidade (WILLING; LENARDT, 2002).

A concepção clássica e tradicional de gerência, voltada à burocracia e centrada na divisão de trabalho, já sofre influências de um modelo contemporâneo, voltado ao gerenciamento do cuidado e aponta a necessidade de

trabalhar a concepção de gerenciamento dos enfermeiros de forma mais articulada, para que possa favorecer a assistência (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

O novo paradigma da enfermagem construído na atualidade envolve o entrelaçamento e a aproximação entre os processos de cuidar e gerenciar, pois na medida em que ocorre a articulação entre os processos, as necessidades do paciente e da instituição serão atendidas integralmente, o que reflete a expressão mais clara da boa prática em enfermagem (AZEVEDO, 2010; HAUSMANN, PEDUZZI, 2009).

Nesse sentido, a prática do enfermeiro nos serviços de urgência deverá distanciar-se da concepção de gerenciamento burocrático e aproximar-se da perspectiva de gerenciamento do cuidado que articula as atividades assistenciais e gerenciais. Cuidar e gerenciar são dimensões indissociáveis do trabalho do enfermeiro, cada qual com especificidades, que têm o cuidado ao paciente como foco das ações (AZEVEDO, 2010)

Diante desse cenário, os objetos de trabalho do enfermeiro para alcançar o gerenciamento do cuidado são a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem. Neste processo um conjunto de instrumentos técnicos próprios são necessários como, planejamento, previsão e provisão de recursos humanos e materiais, tomada de decisão, uso de sistemas de informação em saúde, educação continuada/permanente, supervisão e avaliação no contexto dos serviços de atenção às urgências.

O exercício profissional em serviços de atenção às urgências tem se mostrado como um desafio para o enfermeiro articular a centralidade do cuidado ao paciente e a gerência de enfermagem. Na perspectiva do gerenciamento do cuidado, responsabilizando-se pela assistência de alta complexidade, coordenação e articulação da equipe, mobilização de recursos subjetivos e objetivos requeridos com vistas a atender às necessidades dos pacientes e conciliar os objetivos das equipes e os organizacionais.



### *Palavra do profissional*

Portanto, no processo de gerenciamento da RAU, com o intuito de garantir o acesso do usuário à rede com segurança e qualidade, é preciso levar em consideração os serviços e materiais disponíveis, profissionais de referência, o tempo de atendimento, os recursos de comunicação e informação de acesso, a competência da equipe de saúde, a prioridade clínica e a viabilidade dos recursos para transporte.

---



## Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto, sugerimos a leitura desse editorial que enfoca as competências para o gerenciamento do cuidado de enfermagem. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/13406>>.

O caso a seguir ilustra aspectos de gerenciamento do cuidado de enfermagem. Sugere-se a leitura atenta, a reflexão e a identificação de pontos relevantes.

*A enfermeira MA trabalha há 10 anos na sala de urgência de um hospital público, que atualmente possui 120 leitos de internação, 25 de terapia intensiva e 10 em unidade de cuidados semi-intensivos, distribuídos em quatro pavimentos. O primeiro atendimento das urgências e emergências ocorre nos seguintes espaços: sala de triagem, sala de trauma (5 leitos monitorizados), sala de estabilização clínica (5 leitos monitorizados para pacientes com quadro clínico instável) e 7 consultórios (para atendimentos em diversas especialidades). No município, a Central de Regulação Médica é responsável pela regulação da demanda de atendimentos. A equipe de enfermagem da sala de urgência é constituída por 21 enfermeiros e 45 auxiliares de enfermagem, que, conforme escala rotativa, são alocados nos três espaços citados acima. No dia 16 de abril de 2012, plantão da manhã, a enfermeira MA e dois auxiliares de enfermagem estavam escalados na Sala de Trauma. Nesse espaço, o enfermeiro é responsável pelos 5 leitos da unidade, suas atividades consistem em orientar e supervisionar os auxiliares de enfermagem quanto aos cuidados a serem prestados, bem como, verificar e testar o funcionamento de equipamentos, controlar e realizar previsão de materiais e o estoque de medicação, realizar os cuidados de maior complexidade, principalmente aos pacientes politraumatizados e com instabilidade hemodinâmica. Ainda, solicitar avaliação médica dos pacientes admitidos, requisitar exames diagnósticos quando solicitados pelos médicos, admitir e transferir os pacientes, auxiliar em procedimentos médicos, além de gerenciar os conflitos que envolvem os pacientes, os familiares e os profissionais.*

*Após receber o plantão, MA delegou as ações para os auxiliares, que deveriam administrar as medicações e prestar os cuidados de higiene e conforto aos três pacientes que se encontravam na Sala de Trauma desde o dia anterior, pois não havia leitos vagos para internação. Os auxiliares medicaram todos os pacientes e iniciaram o banho do paciente politraumatizado (vítima de acidente de moto, com diagnóstico médico de TCE, fratura em membro inferior esquerdo e TRM à esclarecer), esse paciente exigia a movimentação em bloco com pelo menos três profissionais. A enfermeira MA, antes de colaborar com os dois auxiliares nesse banho, checkou os materiais e equipamentos prioritários da sala (material de entubação, respirador,*

monitores, desfibriladores, etc.), constatou que não havia respirador infantil na unidade. Sendo assim, solicitou-os com urgência à central de material e, desse modo, os materiais e equipamentos necessários para o desenvolvimento do plantão ficaram completos. Além disso, acionou a equipe médica responsável pelo paciente solicitando nova avaliação, com vistas à internação, uma vez que o paciente não deve permanecer por tempo prolongado na sala de trauma já que, ao ser submetido a um Protocolo de Triagem, recebeu a classificação vermelha para atendimento imediato. Entretanto, embora o paciente devesse ser internado, não havia leito disponível. Durante a realização do banho a enfermeira pôde observar o modo como os auxiliares executavam o cuidado e a forma de abordagem do paciente.

Nesse caso é possível identificar aspectos relativos a:

- Acesso regulado a serviços de maior densidade tecnológica;
- Assistência do paciente baseada nas necessidades de saúde;
- Gerenciamento de recursos materiais e equipamentos;
- Gerenciamento e articulação de recursos humanos;
- Supervisão;
- Problema gerencial/planejamento: intervalo de tempo para alta.

Em cima do caso relatado, sugerimos que você liste os trechos que identificam esses aspectos gerenciais. No texto que a seguir, apresentam-se conteúdos que colaboram para o seu entendimento.

## 4.2.1 Planejamento

O planejamento é um instrumento gerencial, inerente ao funcionamento do sistema de saúde, que permite identificar os problemas de saúde da população, selecionar aqueles de maior prioridade, estabelecer objetivos que visem modificar a situação encontrada, determinar as ações a serem desenvolvidas para o alcance dos objetivos preestabelecidos e avaliar os resultados obtidos pela aplicação das ações adotadas.

Na enfermagem o instrumento de planejamento mais utilizado é o Planejamento Estratégico Situacional (PES), voltado para resolução de problemas, aquilo que o profissional (ator) detecta na realidade e confronta com um padrão que considera inadequado ou intolerável que o estimula a enfrentá-lo, visando a promoção de mudanças (MATUS, 1996).

É um instrumento que trabalha com o processamento de problemas atuais, potenciais e macroproblemas, explica como eles nasceram e se desenvolveram, faz planos para resolver as suas causas, analisa a viabilidade política do plano e ataca o problema na prática, o que representa ter uma visão real sem generalizá-lo na descrição e nas propostas de solução (CIAMPONE, MELLEIRO, 2010).

O Planejamento Estratégico Situacional considera a existência de vários atores, admite o conflito como algo inerente às relações sociais e advoga que o poder, a tomada de decisão e o próprio planejamento, devem ser compartilhados. Rejeita a teoria do comportamento social como aquela capaz de fundamentar as questões relativas ao planejamento e coloca em seu lugar a teoria da ação estratégica, a qual é fundamentada em juízo estratégico e amparada em cálculos interativos (MATUS, 1996), que não se resumem apenas à consideração dos comportamentos sociais.

Nesse sentido, o PES colabora na construção da competência gerencial do enfermeiro por constituir-se em um planejamento integrado e participativo, que contribui para a organização dos serviços de saúde e para o enfrentamento de conflitos e problemas institucionais. É uma ferramenta potente para transformar a realidade, visto que proporciona um aumento na capacidade direção, gerência e controle do sistema social. Por ser um método de processar problemas, tem grande aplicabilidade na gestão em saúde, uma vez que o trabalho, nessa área, trata de problemas complexos e não estruturados (LALUNA et al, 2003).

Cabe ao enfermeiro que atua na atenção às urgências realizar, entre outras atividades, o planejamento e coordenar a equipe, no sentido de se apropriar das tecnologias disponíveis, potencializar o seu tempo disponível e garantir um cuidado integral aos pacientes. Desse modo, a administração do processo de trabalho, associado ao conhecimento científico e ao compromisso profissional do enfermeiro, configura-se como ferramenta essencial para melhorar o cuidado prestado, contribuindo para superação do modelo biologicista e centrado em procedimento que rege o processo de trabalho em emergência (DAROLT, 2007).

O PES é composto de quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico, tático-operacional. No caso descrito a seguir, apresentamos um exercício para refletir sobre o planejamento.

## Momento Explicativo

- Definir o problema: O intervalo de tempo para alta e/ou transferência (saída) do paciente da unidade de atendimento às urgências para as unidades de internação e alta é muito prolongado.

- Descrever o problema: Busca-se caracterizar quanti-qualitativamente o problema. O tempo médio de liberação dos leitos nas unidades de internação:
  - Unidade de Internação Pediátrica - tempo médio - 6 horas
  - Unidade de Internação Clínicas/Neuro - tempo médio -72 horas
  - Unidade de Internação Cirúrgicas - tempo médio - 46 horas
- Os pacientes com maior grau de dependência física: permanecem maior tempo internado no pós-alta, o que conseqüentemente bloqueia os leitos para os pacientes que vêm dos setores de emergência.
- Consequências do problema: baixa rotatividade dos leitos hospitalares, aumento do custo internação, risco para o paciente internado, equipe de saúde com baixo poder de intervenção, ambiente propício para conflitos na equipe de saúde.
- Explicar o problema: identificar as causas do problema: a família não foi previamente preparada sobre os cuidados pós-alta, a família não tem estrutura domiciliar para receber o paciente, o transporte de ambulância regional não é eficiente.



### Palavra do profissional

Vamos refletir um pouco? Por que os enfermeiros devem realizar planejamento?

Respostas:

- Estruturar a análise de uma unidade complexa;
- Facilitar a tomada de decisões;
- Sintonizar a direção dos serviços de saúde e das unidades funcionais;
- Avaliar o andamento rumo ao planejado;
- Compartilhar os objetivos com a comunidade, comprometendo-a para o seu alcance.

### Momento Normativo

- Desenhar o plano: compor operações para impactar a causa mais importante. Nesse caso:
  - preparar família e o domicílio para receber paciente com dependência;
  - treinamento do familiar responsável para realizar os cuidados domiciliares.

- Produtos e Ações do Plano: conjunto de ações a ser executado e que consumirá recursos financeiros, de poder, de comunicação, de saberes científicos, recursos materiais, recursos humanos, de organização, entre outros.
  - identificar responsável familiar;
  - visitar o domicílio antecipadamente para identificar dificuldades dos familiares e do ambiente domiciliar para receber o paciente;
  - adequar ambiente físico: cama, cadeira de rodas, materiais de curativo, respirador, por exemplo;
  - agendar horários para orientar o familiar no hospital;
  - realizar cuidados no hospital-responsável familiar e equipe de enfermagem;
  - elaborar manual educativo;
  - agendar acompanhamento na UBS;
  - realizar contra referência de enfermagem.

## Momento Estratégico

Estabelecer recursos críticos: busca-se construir a viabilidade do desenho normativo, identificando os obstáculos que possam pesar no projeto e suas correspondentes naturezas técnica, política, econômica, de cultura organizacional e outras.

No exemplo, pode-se considerar recursos críticos: vínculo família/paciente, vínculo família/equipe de enfermagem, decisão multiprofissional, interação equipe de saúde hospitalar/UBS, empréstimo de equipamentos médicos, fornecimento de medicamentos.

## Momento Tático-operacional

É o momento em que toda análise e elaboração convertem-se em ação concreta, para tanto, cria-se um sistema de gerenciamento estratégico para monitorar a execução do plano, controlar a implementação e avaliar os resultados. No caso em questão, é preciso concretizar as seguintes ações:

- Família e paciente com preparo psico-emocional;
- Segurança e conhecimento para realizar cuidados pós-alta;
- Suprir o domicílio de infraestrutura física e material livre de risco para paciente/família;

- Aumentar a rotatividade de leitos hospitalares.
- Incrementar a produtividade.

## Indicadores de Avaliação

Medida que quantifica e qualifica o impacto do plano sobre o atendimento ao usuário e a melhoria da organização hospitalar.

É o momento de propor indicadores que permitam monitorar e avaliar a ação realizada. Por exemplo, tempo entre comunicação de alta e a efetiva saída do paciente do hospital.

### 4.2.2 Previsão e Provisão de Recursos Materiais

O enfermeiro, por assumir o gerenciamento das unidades de atendimento e coordenar toda a atividade assistencial, tem papel preponderante no que diz respeito à determinação do material necessário à consecução da assistência, tanto nos aspectos quantitativos como nos qualitativos, na definição das especificações técnicas, na participação no processo de compra, na previsão e provisão, na organização, no controle e avaliação desses materiais (CASTILHO; GONÇALVES, 2010).

Os materiais, geralmente relacionam-se com suprimentos, este último designa todas as atividades que visam o abastecimento de materiais para a produção envolvendo programação de materiais, compra, recepção, armazenamento no almoxarifado, movimentação de materiais e o transporte interno para abastecer as unidades produtivas. A produção é a atividade principal ou final, enquanto o suprimento é atividade-meio ou apenas subsidiária a produção (CHIAVENATO, 2011).

Para gerenciar materiais e equipamentos é importante determinar qual a razão do serviço, onde estamos atuando, qual demanda deve ser atendida, quais resultados são esperados, quais especialidades atuam naquele serviço, quais procedimentos, terapias, técnicas, manobras, intervenções e exames são ali realizados.

As funções do enfermeiro no gerenciamento de recursos materiais são: previsão, provisão, organização e controle. Assim, descreveremos cada etapa procurando inter-relacionar com a lógica das unidades de emergência, como segue:

ETAPA	DESCRIÇÃO
Previsão	<p>É um levantamento das necessidades da unidade, fazendo o diagnóstico situacional, identificando a quantidade e as especificidades, analisando os fatores como: especificidades da unidade (número de leitos, pediatria, geriatria, adulto, com acompanhante), características da clientela (grau de dependência de cuidado, tipo de patologia, etc.), frequência no uso dos materiais, local de guarda (disponibilidade de locais), durabilidade do material (cálice de vidro graduado tem durabilidade infinita, caso não quebre).</p>
Provisão	<p>É a reposição dos materiais necessários para a realização das atividades do setor. Em alguns serviços existe o sistema de reposição interna (do almoxarifado para a unidade produtiva), este processo pode ser realizado por quantidade e tempo ou imediato por quantidade.</p>
Organização	<p>Consiste na maneira como o enfermeiro irá dispor os materiais para o uso. A fim de organizá-los melhor, deve-se procurar centralizá-los para facilitar o uso e o controle. Os aspectos que devem ser considerados são os da planta física e atividades desenvolvidas na unidade. Por exemplo: guardar todos os materiais para o preparo de medicamentos próximos do local onde este procedimento é realizado.</p>
Controle	<p>Cabe ao enfermeiro testar tecnicamente o desempenho e analisar os riscos e benefícios, bem como a qualidade dos materiais e equipamentos para assim atender às necessidades dos usuários e garantir a segurança dos clientes e dos profissionais.</p>

Na **previsão**, por exemplo, a estimativa do material a ser comprado depende do consumo mensal das unidades, ou seja, da soma das “cotas” de todas as unidades, cujos valores são calculados com base na média aritmética do consumo, podendo ser estimada por uma expressão matemática, proposta por Castilho, Gonçalves (2010).

Já na **provisão**, a reposição por quantidade e tempo é utilizada por sistema de cotas com reposição semanal, quinzenal ou mensal. Os fatores que determinam esse tipo de reposição é o dimensionamento de pessoal do almoxarifado, o local de guarda de estoque do almoxarifado, a rotatividade do material de estoque, características do local de guarda de materiais nas unidades.

A reposição imediata por quantidade é a mais utilizada atualmente nos serviços de atenção às urgências, por ser mais dinâmica, promove reposição mais rápida e eficaz e estoque real diário, além de evitar desvios.

Quanto à **organização**, deve-se identificar os locais de guarda de material, pois a comunicação visual é extremamente importante como medida de segurança, afinal o remanejamento dos profissionais de enfermagem entre as unidades é uma prática frequente.

Nos setores de emergência, a disposição do material na sala deve ser organizada para evitar o atropelo de pessoal circulando afoitamente a sua procura. Recomenda-se que estes estejam organizados em bandejas ou kits dispostos próximos a maca ou ainda em carros ou mesinhas móveis.

Outro procedimento que devemos adotar é o sistema do primeiro que entra é o primeiro que sai, ou seja, verificar o prazo de validade do material e dispor aqueles que vencem antes na frente dos outros com validade posterior, para que sejam usados primeiro, evitando assim o desperdício e situações de risco ao profissional e possíveis danos ao cliente.

O suprimento de medicamentos deve ser previsto tomando-se como base a casuística do serviço e mediante consulta a equipe médica. Mantê-los agrupados, com identificação em destaque.

Em relação ao **controle**, temos o controle quantitativo, no qual é necessária a implantação de um estoque mínimo de materiais e implantação de um sistema de kits para os procedimentos técnicos (entubação orotraqueal, drenagem de tórax, sondagem vesical, acesso central, etc.).

Diariamente, um membro da equipe de enfermagem deverá checar o material de consumo. Para facilitar a checagem, recomenda-se que esse material esteja discriminado e quantificado.

Deverá haver *checklist* dos itens a serem verificados no início de cada plantão e após cada atendimento como: funcionamento do ventilador mecânico, do monitor/desfibrilador, do aspirador, da rede de oxigênio, do laringoscópio, do ambú e demais equipamentos.

Outro papel do enfermeiro no gerenciamento de recursos materiais e equipamentos tem sido o de escolher o material, tendo como base de estudos, o “custo-benefício”, ou seja, o menor custo para a instituição, o maior benefício para o cliente interno e externo e à saúde ambiental.



## Palavra do profissional

Por exemplo, o custo-benefício da utilização do sistema de drenagem torácica descartável. Seguindo a lógica do custo-benefício, o que seria melhor para todos? Deve-se reunir com todos os profissionais envolvidos nesse processo de aquisição de material, da ação produtiva e o gestor de resíduos para discussão e tomada de decisões.

Assim, as atribuições do enfermeiro no gerenciamento de materiais são:

- Realizar um bom planejamento de aquisição de materiais, considerando a previsão e especificação técnica;
- Padronizar o quantitativo por procedimento técnico conjuntamente com a equipe de enfermagem;
- Estar atualizado com novos produtos de mercado, testar e analisar os produtos;
- Controlar o material quantitativamente por meio de implementação de kits;
- Monitorar o gasto de materiais junto à equipe;
- Treinar o pessoal para o uso adequado do material em conjunto com o setor de educação continuada/permanente e comissão de controle de infecção hospitalar da instituição, se houver;
- Estar atualizado com as normas e leis vigentes;
- Garantir que os materiais e equipamentos sejam checados quanti e qualitativamente a cada plantão = *checklist* diário;
- Testar o funcionamento dos equipamentos a cada plantão;
- Criar critérios para checagem da validade;
- Não permitir mudança de local sem aviso prévio a toda equipe;
- Assegurar que todos os profissionais saibam da existência dos materiais, bem como a sua correta utilização.

Um dos aspectos relevantes no gerenciamento de recursos materiais na atenção às urgência diz respeito à necessidade do planejamento antecipado das unidades. Os materiais e equipamentos devem estar preparados, testados e colocados de forma a estarem imediatamente disponíveis para garantir a rapidez e eficiência do atendimento (AZEVEDO, 2010).

Como nesses setores os profissionais trabalham mais diretamente com o limiar entre a vida e a morte dos pacientes, destaca-se a realização de atividades voltadas a zelar pela disponibilidade e funcionalidade dos materiais e equipamentos utilizados no atendimento já que nessas ocasiões cada segundo torna-se precioso e nem sempre há tempo disponível para conserto ou busca de novos materiais durante o atendimento (SANTOS, 2010).

O gerenciamento de recursos materiais é fundamental nas organizações de saúde, refere-se ao seu produto final ou atividade fim, que é a assistência aos usuários por meio de ações que não podem sofrer interrupções. Os avanços tecnológicos têm impulsionado o aumento constante da complexidade assistencial, exigindo um nível de atenção cada vez mais elevado por parte dos profissionais de saúde, criando uma demanda crescente por recursos materiais. Assim, impõem-se a necessidade dos serviços de saúde aprimorarem os sistemas de gerenciamento desses recursos, a fim de garantir uma assistência contínua de qualidade a um menor custo e, ainda, assegurar a quantidade e qualidade dos materiais necessários para que os profissionais realizem suas atividades sem riscos para si mesmos e para os pacientes (CASTILHO; GONÇALVES, 2010).

### 4.2.3 Previsão e Provisão de Recursos Humanos

O processo de reorganização dos serviços de saúde, no que tange a assegurar uma distribuição e utilização dos recursos humanos, financeiros e materiais que contemplem a eficácia, eficiência e a economicidade do sistema de saúde tem sido apontado como sendo o maior desafio das instituições.

---

A expressão *recursos humanos* na área da saúde envolve tudo que se refere aos trabalhadores da saúde e possui múltiplas dimensões: composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional e relações de trabalho.

---

A estruturação dos serviços de saúde depende de um planejamento minucioso, que tem por base as necessidades do usuário a ser atendido, de modo que a Enfermagem deve assegurar processos assistenciais em quantidade e qualidade capazes de satisfazer às necessidades da clientela. Para execução desses processos, devem utilizar um conjunto de instrumentos como o dimensionamento de pessoal, escala de pessoal, recrutamento e seleção, educação permanente, trabalho em equipe e avaliação de desempenho.

Importante destacar que, nas unidades de emergência, os desafios relacionados ao planejamento, alocação e avaliação de recursos humanos de enfermagem, assume maiores proporções devido, entre outros aspectos, à dinâmica de trabalho da unidade; à diversidade das ações desenvolvidas; à rotatividade de pacientes e à escassez de parâmetros que dificultam a operacionalização dos métodos convencionais de gerenciamento de recursos humanos (GARCIA, FUGULIN, 2010).

Para realização do planejamento numérico de profissionais da enfermagem (dimensionamento de pessoal), nos reportamos à Resolução do COFEN 293 de 21 de setembro de 2004. Esta Resolução define também parâmetros qualitativos, ou seja, quantos de cada categoria profissional são necessários para viabilizar uma prestação de assistência de qualidade.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem constitui, sem dúvida, um instrumento de natureza gerencial a ser desenvolvida pelos enfermeiros e, nesse sentido, é uma fonte de constante preocupação dada à necessidade de corresponder às finalidades e aos objetivos do serviço no que se refere à prestação de cuidados aos pacientes.

“O dimensionamento de pessoal de enfermagem tem se constituído ao longo dos anos, foco de atenção das enfermeiras, bem como dos administradores dos serviços de saúde, por interferir, diretamente, na eficácia e no custo da assistência à saúde” (DAL BEN; GAIDZINSKI, 2007).

Kurcgant et al. (1989) definem dimensionamento de pessoal de enfermagem como a etapa inicial do processo de provimento de pessoal, com a finalidade prever a quantidade de funcionários por categoria, requerida para suprir as necessidades de assistenciais de enfermagem, direta ou indiretamente prestada à clientela.

Os aspectos quantitativos e qualitativos dos recursos humanos têm-se tornado então sinônimos de eficiência e eficácia dos gerentes, pois, vincula-se à definição de seus níveis de responsabilidade organizacional em virtude das implicações que o dimensionamento inadequado desses recursos causa no resultado da assistência prestada.

O dimensionamento inadequado apresenta várias implicações nos resultados de assistência prestada e, atualmente, o que tem ocorrido é a utilização de uma mão-de-obra no limite. Ou seja, trabalha-se com um número mínimo de funcionários, no caso enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem necessários para não causar danos visíveis à clientela atendida. (LUNARDI FILHO, 1995).

A compreensão desse cenário, em que dimensionar pessoal de enfermagem, enquanto instrumento gerencial para uma assistência de qualidade reflete a capacitação ético-política do enfermeiro em explicitar as necessidades da categoria profissional, nos remete a um aprofundamento na temática.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem apresenta-se como uma questão crucial para o gerenciamento do cuidado nos serviços de atenção às urgências. Identificar o quantitativo de trabalhadores de enfermagem necessário e adequado ao volume de atividades desenvolvidas tem gerado conflitos de natureza econômica, técnica e ética.

---

A enfermagem, no âmbito da atenção às urgências, assume a responsabilidade de prover cuidados contínuos aos pacientes e para tanto necessita dispor de recursos humanos qualificados e em quantidade que lhe possibilite responder às expectativas institucionais.

---

Embora alicerçada cientificamente, a questão de provimento de pessoal da enfermagem transcende a dimensão técnico-científica e se insere em uma dimensão política do gerenciamento de recursos humanos que requer capacidade de articulação, sensibilização, coalizões e negociação de projetos.

Kurcgant (2005) resume a questão do dimensionamento de pessoal ao afirmar que a redução de despesas, por meio da diminuição numérica e quantitativa de pessoal de enfermagem, colabora para a instalação de conflitos que se estabelecem entre o custo e o benefício, entre o pessoal e o institucional, entre o capital e o trabalho, entre a técnica e o ético. Diante disso, faz-se necessário que as enfermeiras explicitem as condições de assistência, utilizando métodos adequados de dimensionamento de pessoal, que permitam argumentação e justificativa de suas propostas referentes ao quadro de pessoal, comprometendo assim, os responsáveis pela aprovação do quadro quanto às implicações para os usuários e o próprio serviço na ausência dos recursos necessários para a prestação da assistência.

A inadequação numérica e qualitativa dos recursos humanos da enfermagem lesa a clientela no seu direito de assistência à saúde livre de riscos. Os enfermeiros precisam comprometer a administração responsável pelo provimento do quadro de pessoal de enfermagem quanto aos riscos a que os pacientes estão expostos quando não são providos os recursos necessários, de modo que a instituição seja responsabilizada legalmente pelas eventuais falhas ocorridas na assistência.

---

Para efetivação da assistência nos serviços de atenção às urgências, os enfermeiros são responsáveis pelas escalas de distribuição de pessoal de enfermagem (mensal, diária e férias), o que requer conhecimento do perfil demográfico, epidemiológico e organizacional da clientela atendida no serviço, dinâmica da unidade, características da equipe de enfermagem e leis trabalhistas.

Para elaboração da escala mensal de trabalho é necessário conhecimento técnico e do potencial do pessoal que compõe a equipe. É ainda importante efetuar escala de distribuição das atividades diárias, semanais e mensais.

A Lei do Exercício Profissional, número 7.498 de 25 de junho de 1986, foi regulamentada pelo Decreto número 94.406, de junho de 1987. Esta lei define a abrangência de atuação dos profissionais de enfermagem, sejam eles enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, estabelecendo quem são, qual o grau de instrução e quais as atividades que cada categoria profissional está habilitada para exercer.

A correta elaboração das escalas e distribuição dos funcionários garante que em cada setor dos serviços haja um número suficiente de trabalhadores de enfermagem, conforme o quantitativo de pessoal disponível. Para tanto, os enfermeiros precisam atentar às folgas e trocas efetuadas entre os funcionários, designar os técnicos responsáveis pelas atividades específicas, como a busca de medicamentos na farmácia e a higienização dos materiais. Os enfermeiros também precisam avaliar e trocar informações constantemente sobre o ritmo de trabalho nos diferentes setores da emergência, para efetuar trocas conforme as mudanças que vão ocorrendo ao longo do turno.

A elaboração de escalas de trabalho, como atividade inerente ao cotidiano gerencial do enfermeiro, é fundamental na organização e divisão do trabalho no contexto das urgências.

As competências gerenciais estão muito relacionadas à gestão de recursos humanos e de equipes, o que demanda do enfermeiro o exercício constan-

te de relacionar-se e construir elos de integração/articulação com credibilidade e respeito, visando uma atuação em equipe que possibilite maior desempenho funcional e relacional (ERDMANN et al., 2008).

Os enfermeiros são responsáveis por articular as ações assistenciais entre os profissionais e no trabalho em equipe visando ao gerenciamento do cuidado no cotidiano dos serviços de emergência.

A articulação pode ser considerada uma tecnologia utilizada pelos enfermeiros para obter a cooperação dos profissionais com as atividades que envolvem a produção do cuidado no serviço de emergência. Por meio do diálogo e da interação com os componentes da equipe de saúde e enfermagem, os enfermeiros conseguem mediar e negociar a consecução do trabalho, com foco nas necessidades dos pacientes/usuários dos serviços de saúde e da equipe de enfermagem (SANTOS, 2010).

O enfermeiro na unidade de emergência exerce um importante papel na articulação de profissionais, constituindo-se expressiva parcela de seu trabalho no âmbito gerencial na sala de trauma. O trabalho em equipe dos profissionais da saúde constitui-se em importante aspecto elencado, evidenciado pela capacidade da equipe de estabelecer prioridades e a rapidez do atendimento (AZEVEDO, 2010).

Para Santos (2010), os enfermeiros entendem o trabalho em emergência como um processo coletivo, em que existe uma interdependência e complementaridade entre as atividades dos diversos profissionais que atuam no serviço de emergência. Além disso, como já discutido anteriormente, eles reconhecem sua responsabilidade na articulação e integração das diferentes ações profissionais que envolvem a produção do cuidado no serviço de emergência.

A flexibilização da divisão do trabalho busca superar a rigidez das ações/tarefas executadas por determinada categoria profissional e construir atividades comuns a todos os profissionais, no entanto, corroboro Peduzzi (2007), que destaca a importância de preservar as diferenças técnicas de trabalhos especializados, uma vez que existem ações próprias de cada categoria profissional.



## *Palavra do profissional*

Nesse sentido, todos os profissionais da saúde, na respectiva área de atuação, executam suas ações de acordo com sua esfera de autonomia e responsabilidade, mas, para que a equipe possa articular essas ações, será necessário reconhecer a interdependência das ações e a autonomia profissional do outro. Diante desse contexto, uma equipe coesa expressa relações de trabalho, relações de saberes, poderes e relações interpessoais nas quais as ações devem estar articuladas e os profissionais integrados.

---

Vale enfatizar, também, que nas proposições de Ciampone e Peduzzi (2005), o trabalho em equipe utiliza habilidades, recursos e competências de todos os seus membros para planejar suas atividades, tomar decisões compartilhadas e consensuais, responsabilizar-se e empenhar-se para garantir a cooperação por meio de objetivos mútuos compartilhados, comunicação aberta, reconhecimento e apoio recíprocos.

---

Para o enfermeiro, alcançar o melhor nível do trabalho em equipe é algo complexo, pois exige grande esforço, interesse e disponibilidade dos profissionais da equipe de enfermagem na busca de conhecimentos que subsidiem uma assistência qualificada e integral aos usuários.

---

Os enfermeiros reconhecem a complementaridade entre as atividades dos diversos profissionais e sua responsabilidade na articulação e integração das diferentes ações profissionais que envolvem a produção do cuidado. Desse modo, trabalhar em equipe facilita a realização do trabalho em um contexto com as particularidades dos serviços de emergência (SANTOS, 2010).



### Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto consulte os seguintes sites:

- GARCIA, E. A. G.; FUGULIN, F. M. T. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em Unidade de emergência. *Rev Esc Enferm USP*, v. 44, n. 4, p. 1032-8, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/25.pdf>>.
- Livreto de Dimensionamento de Pessoal – Coren-SP. Disponível em: <[http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/livreto\\_de\\_dimensionamento.pdf](http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/livreto_de_dimensionamento.pdf)>.

## 4.2.4 Educação continuada/permanente

A capacitação profissional e a integração entre as equipes são facilitadores para o alcance de uma assistência adequada aos pacientes que necessitam de intervenções imediatas (SALEH, 2003) e, nesse sentido, Adami (2000) afirma que a enfermagem sempre se preocupou com a educação permanente de seus membros como fator essencial para o controle qualitativo dos cuidados prestados.

Com o crescimento dos hospitais, a incorporação de novas tecnologias e os novos paradigmas de educação de profissionais de saúde torna-se inquestionável, para a maioria das instituições, a necessidade de capacitar seus trabalhadores por meio de educação reflexiva e participativa a fim de desenvolver novas habilidades e o potencial dos trabalhadores para a participação ativa no processo de trabalho (CHAVES; AZEVEDO, 2009).



### Palavra do profissional

Nesse sentido, cabe esclarecer a distinção entre educação permanente e educação continuada.

A **educação continuada** envolve atividades de ensino realizadas com tempos determinados e lugares específicos, por meio da transmissão de conhecimentos de forma passiva, sem resultar, necessariamente, em mudanças na prestação dos serviços. Em contrapartida, a educação permanente utiliza a metodologia da problematização e a aprendizagem significativa nos processos educativos de trabalhadores de saúde para a melhoria da qualidade dos serviços e a transformação das práticas de saúde e enfermagem.

Na **educação permanente** o processo de trabalho é o gerador das necessidades de conhecimento e das demandas educativas contínuas, que devem ter como referência, as necessidades de saúde dos usuários e da população (PEDUZZI et al., 2009; SILVA, PEDUZZI, 2009).

A equipe que atua na unidade de emergência precisa estar qualificada para atender aos usuários acometidos por causas externas. Dessa forma, a educação continuada e permanente, assim como as capacitações para utilização de protocolos de atendimento imediato ao trauma, possibilitam maior autonomia aos profissionais da equipe de saúde, rompendo paradigmas e exigindo transformações conceituais no atendimento a esta população específica (POLL; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2008).

A atenção às urgências e emergências passou a contar, recentemente, com frentes assistenciais de grande relevância, como, por exemplo:

- Suporte Avançado de Vida ao Trauma (ATLS);
- Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS);
- Suporte Básico de Vida (BLS);
- Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS);
- Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado (PHTLS) que prevê a adoção de protocolos para a orientação uniforme da atenção articulada ao atendimento pré-hospitalar.

O estabelecimento desses protocolos, que ordena prioridades e dimensiona os riscos, firmou-se como linguagem própria e adequada para os diferentes níveis e unidades do sistema de saúde, na perspectiva da atenção integral ao trauma, modificando favoravelmente o panorama assistencial, confirmando a importância do atendimento sistematizado à atenção básica (ROMANI et al., 2009).



### Compartilhando

Entretanto, as ações de educação em serviço com vistas à capacitação de recursos humanos não são suficientes, por si só, para melhorar positivamente o cenário dos serviços de urgência. São necessárias ações articuladas em diferentes esferas do sistema de saúde.

---

O atendimento e o tratamento de situações de emergência fazem parte de um sistema de cuidados especializados, cuja participação da equipe de enfermagem é fundamental para o sucesso na restauração de vidas e minimização de sequelas. Mas, para isso, todos os recursos necessários para este atendimento precisam estar disponíveis de forma imediata e em perfeitas condições de utilização (GONÇALVES et al., 2007).

## 4.2.5 Supervisão

A principal preocupação dos enfermeiros tem sido se a equipe de enfermagem está cumprindo corretamente suas atividades e conseguindo elencar aquelas que são prioritárias diante da grande demanda de trabalho no serviço de emergência. Essa preocupação remete à utilização da supervisão como um instrumento do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em emergência. Entendida como responsável por promover a reflexão e a discussão sobre a execução da prática, com base no acompanhamento do cotidiano do trabalho. No entanto, a supervisão é geralmente lembrada pelos enfermeiros apenas na sua dimensão de controle, que se direciona ora para o trabalhador ora para o processo de trabalho, na verificação do que foi realizado. (HAUSMANN, PEDUZZI, 2009, SANTOS, 2010).

---

As atividades dos enfermeiros relacionadas à supervisão integram um importante eixo do gerenciamento do cuidado, tendo em vista a grande quantidade de atividades que são desenvolvidas pela equipe de enfermagem sob coordenação dos enfermeiros.

---

O processo de supervisão passa a ser um importante instrumento para a prática gerencial do enfermeiro possibilitando, quando bem planejada e conduzida, uma assistência de enfermagem livre de danos, riscos e agravos aos usuários, assim como a melhoria dos processos e o desenvolvimento da equipe na qual trabalha. O papel do supervisor deve ser o de um orientador e facilitador, tornando-se co-responsável pela manutenção de um serviço de qualidade (LIBERALI, 2008).

Para Silva (1991) a supervisão é um instrumento de organização e controle do trabalho que, além do caráter de ensino, também tem o de controle da articulação política.

Explicitando melhor essas três características da supervisão apresentamos na seqüência detalhes de cada uma:

## Caráter educativo

Refere-se à reflexão crítica sobre a prática do trabalho, a análise do trabalho realizado em vista a elaboração de novas sínteses, feitas com base nas experiências empíricas (práticas) e nos conceitos teóricos. O ensino é uma das características centrais da supervisão em saúde e na enfermagem dado que o atendimento ao processo de saúde-doença pressupõe uma grande complexidade técnica e relações interpessoais, intergrupais e sociais, cuja vivência constitui-se de maneira dinâmica e frequentemente contraditória, o que demanda apoio constante, tanto em nível pessoal quanto institucional.

## Caráter de controle

Dá-se pela organização do trabalho em bases coletivas que demanda atividades articuladoras que lhe confira unidade e garanta a efetivação de suas finalidades e objetivos.

## Caráter de articulação política

Evidencia a posição intermediária e intermediadora da supervisão, pois no conceito do trabalho, tanto os aspectos de ensino quanto de controle, condicionam-se por posicionamento ético-políticos. O profissional de enfermagem, independente do nível em que atua ou cargo que ocupe, desempenha a função de supervisão na sua prática diária, não podendo exercê-la de modo desarticulado de uma análise institucional e social do país e do resto do mundo, haja vista o processo de globalização. Se assim agir, estará atuando de forma limitada na compreensão da problemática da qualidade das intervenções em saúde de um modo geral. É inegável o caráter político que a supervisão encerra e que a enfermeira deve assumir para intermediar os níveis centrais com os regionais/locais, bem como os aspectos ético-políticos relacionados à função.

Segundo Cunha (1991), constituem técnicas de supervisão: observação direta; análise de registros; entrevistas; reunião e discussão em grupo; demonstração; orientação; estudo de caso. São instrumentos utilizados no desenvolvimento da supervisão: prontuário do paciente; prescrição de enfermagem; plano de supervisão (constam objetivos e atividades de supervisão), cronograma (constam a relação de atividades e os dias ou períodos em que serão executados), roteiro; manual do Serviço de Enfermagem com normas, procedimentos e rotinas.

A supervisão pode ser realizada informalmente no dia a dia de trabalho, em situações eventuais. Sendo importante que o funcionário encontre no enfermeiro uma referência para discussão de suas dúvidas ou questões.

Não basta à enfermeira, a competência técnica para a supervisão, é necessário o entendimento das pessoas e dos grupos para melhor coordenação dos recursos humanos. Para integrar as pessoas no exercício do trabalho é importante que o supervisor tenha, simultaneamente, firmeza e sensibilidade (usadas na quantidade e momento certo).

Há também que se considerar o aspecto da reciprocidade presente na atividade de supervisão, pois trata-se de uma relação que depende da capacidade de interação e de mútua influência.

É inegável que a supervisão constitui-se parte integrante do processo de trabalho da enfermagem e, mais especificamente do enfermeiro. Por tratar-se de um trabalho que se realiza em bases coletivas e de forma interdependente, seja entre os diferentes agentes de enfermagem como entre outros profissionais da saúde, requer que o enfermeiro, independentemente do nível onde atua ou cargo que ocupa na organização, desempenhe a função de supervisão na sua prática diária. O exercício dessa atividade comporta permanente análise do contexto organizacional e suas articulações com as políticas de saúde; o acompanhamento das intervenções e respectivos resultados obtidos, em termos quantitativos e qualitativos; o aprimoramento e qualificação dos agentes do trabalho pelo desenvolvimento de processos de ensino-aprendizagem mais participativos e democráticos; e ainda, uma articulação política que viabilize a intermediação entre as diferentes esferas organizacionais e, entre os próprios trabalhadores, criando espaços possíveis de negociação de interesses, desejos, poderes e valores pautados em aspectos éticos capazes de garantir a qualidade da assistência prestada.



## Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto, consulte os seguintes materiais:

- Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400003)>.
- LIBERALI, J; DALL'AGNOL, C. M. Supervisão de enfermagem: um instrumento de gestão. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 276-82, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/5592/3202>>.
- SCARPARO, A.F.; FERRAZ, C.A. Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção e métodos. *Rev Bras Enferm*, v. 61, n. 3, p: 302-5, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a04v61n3.pdf>>.

## 4.2.6 Tomada de Decisão

Os enfermeiros costumam tomar decisões o tempo todo e, às vezes, nem se dão conta disso! Talvez hoje mesmo no seu serviço você teve de decidir que paciente atender primeiro, quais funcionários seriam escalados em cada setor, como cobrir um turno com déficit de funcionários, que ações eram prioritárias, o que você teria de fazer primeiro para cumprir com todas as atividades que propôs para o seu plantão e muitas vezes você terá responsabilidades sobre a vida de outras pessoas.

A tomada de decisão permite reflexões sobre problemas e quais ferramentas deverão ser utilizadas para que ações e resultados sejam positivos, deve ser encarada como um passo do planejamento o que deve ser feito, quem deve fazer, quando, onde, como e porque.

O processo decisório consiste em identificar a situação, obter informações, gerar soluções, avaliar e escolher as melhores soluções, transformar a solução em ação e avaliar os resultados.

As condições para que uma decisão seja tomada também precisam ser levadas em consideração, pois, quanto maiores forem as condições de imprevisibilidade, maiores serão as dificuldades para se tomar uma decisão, tendo em vista que o objetivo fica menos claro, definido ou conhecido (MORAES, 2000).

A rotina do trabalho dos enfermeiros na atenção às urgências é marcada pelo excesso de demanda por atendimento, o que requer que eles sempre estabeleçam prioridades como uma estratégia para enfrentar as demandas diárias e realizar a assistência que os pacientes necessitam. O estabelecimento de prioridades é importante diante do contexto turbulento que caracteriza o trabalho em emergência, que pode auxiliar os enfermeiros a dar conta dos seus afazeres diários e se prepararem para as surpresas que podem vir a acontecer, que são imprevisíveis (LIMA, 2007).

A atuação do enfermeiro agilizando, preparando e, muitas vezes, tendo que buscar soluções para os problemas que surgem no dia a dia do trabalho em emergência, pode ser explicada em função dos casos que, a partir da sua experiência profissional, ele já reconhece e sabe que se não fizer ou tomar uma providência para que alguém o faça, a assistência ao paciente poderá ficar prejudicada e sua recuperação também (LIMA, 2007).

A prática profissional dos enfermeiros nos serviços de atenção às urgências é marcada pela imprevisibilidade e, muitas vezes, desprovido de rotina, há uma alta pressão em virtude do ritmo frenético na realização das atividades que estão relacionadas à alta demanda de trabalho e à corrida em benefício da vida, que exige dos enfermeiros conhecimento técnico-científico, compromisso profissional, disposição para agir e raciocínio crítico para auxiliar no processo de tomada de decisão preciso e rápido, com intuito de garantir o cuidado integral e qualificado ao usuário desses serviços.

Nos serviços de emergência as atitudes e decisões são tomadas constantemente sobre a vida do paciente. Dessa maneira, espera-se que toda atuação profissional neste setor seja de qualidade, realizada com eficiência e conhecimento, para assim tratar cada indivíduo de forma adequada com vistas à sua complexidade (MONTEZELI, 2009).



### *Palavra do profissional*

Pensando nos elementos que compõem o processo decisório ou resolutivo/deliberativo e no que ele consiste, descreva um problema do seu serviço e pense como tomaria uma decisão. Quais seriam suas soluções alternativas? Consegue enumerá-las? Pensando nas alternativas, terá que escolher uma para realizar primeiro. Qual seria?

---

Cada pessoa tenderá para uma ou outra alternativa. Uma vez escolhida a alternativa, ela precisa virar ação para que uma decisão seja efetivamente tomada, senão ela não passará de planejamento.

## 4.2.7 Sistemas de Informação em Saúde

O sistema de informação é um instrumento gerencial imprescindível ao enfermeiro, no sentido de permitir fundamentar/aprimorar o processo de tomada de decisões no tocante a organização/acompanhamento/controle e avaliação do sistema local de saúde (LEMOS, CHAVES, AZEVEDO, 2010).

---

Quando os enfermeiros estão diante de um problema, precisam de um método para resolução do mesmo, de modo que o primeiro passo após a identificação do problema é estabelecer um diagnóstico da situação, que é uma forma de conhecer mais amplamente o que se apresenta.

---

Para ampliar conhecimentos ou a nossa visão da realidade é preciso consultar o que há de informações disponíveis: nos sistemas de informação em saúde, nos serviços de saúde, na comunidade ou, em alguns casos levantar informações específicas que sejam necessárias em cada caso.

O objetivo do Sistema de Informação em Saúde (SIS) deve ser o de informar ao público, a seus representantes (políticos, funcionários, administradores, gestores e prestadores de serviço) sobre a natureza e amplitude dos problemas de saúde, sobre o impacto de uma ampla gama de influências na saúde individual e coletiva. Bem como apoiar os processos de tomada de decisão e de gestão para a resolução desses problemas.

Para a OMS (2001), o sistema de informação na saúde é impactante na melhoria dos processos gerenciais, na qualidade da assistência e na satisfação dos usuários. Permite ampliar a conectividade em toda rede de atenção, possibilita o desenvolvimento do método de comparação de práticas e de ferramentas que possibilitem reduzir os custos com eficiência e qualidade, estabelece intercâmbio com outras instituições de saúde sejam elas nacionais e/ou internacionais, facilita a educação continuada dos profissionais da saúde, apoia decisões e promove mudanças de padrões e condutas.



## Palavra do profissional

Você já pensou quantas decisões são tomadas na prática diária do enfermeiro em diferentes serviços de saúde? Quais elementos embasam o processo de tomada de decisão? Quanto abordamos a atenção a urgência/emergência a tomada de decisão reveste-se de maior importância dadas as características de temporalidade e adequação inerentes à essa área de atenção.

O SIS permite articular e viabilizar a gestão dos vários níveis que constituem o SUS, além de ser um fator essencial para o reconhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica (PERES, LEITE, 2010).

A enfermagem exerce um papel fundamental no sistema de informação à saúde, pois além de contribuir significativamente com informações que integram os conhecimentos técnicos de controle de qualidade e de documentação clínica e administrativa dos serviços prestados, também necessita das informações para a tomada de decisões (OMS, 2001).

Podemos classificar os sistemas de informação em saúde conforme sua natureza:

- Sistemas de Informações Estatístico-epidemiológicas;
- Sistemas de Informações Clínicas;
- Sistemas de Informações Administrativas.

Podemos classificar, ainda, segundo a origem de produção, por tipo de instituição de saúde:

- Sistemas de Informações Ambulatoriais;
- Sistemas de Informações Hospitalares;
- Sistemas de Informações de Mortalidade;
- Sistemas de Informações das Ações Programáticas;
- Sistemas de Vigilâncias à Saúde.

No setor público de saúde, reconhece-se a importância de empreender esforços para a obtenção e manutenção de dados e informações de abrangência nacional, que permitam o acompanhamento do SUS em todo o país, possibilitando análises comparativas entre os diversos estados, municípios e regiões, de forma a subsidiar a tomada de decisões em todos os níveis de gestão. A informação é fundamental para a democratização e o aprimoramento do setor saúde.

Atualmente, ainda verifica-se a falta de integração entre os diversos sistemas existentes. Destaca-se a falta de confiabilidade dos dados e a baixa utilização das informações. Apesar destes problemas, é fundamental a utilização dos sistemas existentes como estratégia para:

- Estimular que o processo de tomada de decisões e de avaliação, em todos os níveis do SUS, seja cada vez mais orientado pelo uso de informações;
- Aperfeiçoar estes sistemas continuamente, apostando que, por meio de sua ampla utilização, eles poderão ser criticados, corrigidos ou mesmo substituídos;
- Viabilizar um processo de consolidação de bancos de dados de abrangência nacional, que permitam o compartilhamento e, em particular, a comparação entre diferentes situações. Comparar é uma das principais ferramentas para a elaboração de uma análise epidemiológica.

É necessário também salientar que atualmente já existem sistemas para o desenvolvimento da triagem nas Unidades de Emergência e que estes estão sendo planejados e desenvolvidos associados ao Prontuário Eletrônico do Paciente.

Portanto, o Sistema de Informação é fonte importante que podem fornecer um diagnóstico da saúde em nível local ou nacional, subsidiar o planejamento e a definição de prioridades. No Brasil, embora estes bancos de dados disponibilizem grande número de variáveis referentes às ações da assistência à saúde, ainda não são adequadamente explorados. Há um potencial de uso de dados do SIH-SUS para a análise da organização dos serviços de saúde no tocante a oferta e demanda por serviços, fluxo de pacientes e complexidade de ações.



## Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto, consulte sites de informações em saúde:

- Ministério da Saúde – <<http://www.saude.gov.br>>
- Datasus – <<http://www.datasus.gov.br>>
- Secretaria Estadual da Saúde – <<http://www.saude.sp.gov.br>>
- Centro de Vigilância Epidemiológica – <<http://www.cve.saude.sp.gov.br>>
- Centro de Vigilância Sanitária – <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br>>
- Pasteur – <<http://www.pasteur.saude.sp.gov.br>>
- Funasa – <<http://www.funasa.gov.br>>
- Conferência Nacional de Saúde On-line – <<http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>>
- IBGE – <<http://www.ibge.net>> <<http://www.ibge.org>>
- Seade – <<http://www.seade.gov.br>>
- Organização Panamericana de Saúde – <<http://www.paho.org>>
- Organização Mundial da Saúde – <<http://www.who.org>>
- Organização Mundial da Saúde, Europa – <<http://www.who.dk>>
- Agency for Healthcare Research and Quality – <<http://www.ahrq.gov>>
- CDC – <<http://www.cdc.gov>>
- Nações Unidas – <<http://www.un.org>>
- United Nations Population – <<http://www.undp.org/popin/>>

## 4.2.8. Avaliação dos Serviços de Saúde

A partir do século XIX, a Inglaterra e EUA iniciaram as avaliações de programas de saúde ligados ao sistema educacional.

Na área da saúde, Flexner, em 1910, foi o precursor na avaliação de programas de saúde ao realizar trabalho de acreditação em escolas médicas nos EUA e Canadá, tendo seu trabalho tido como um marco para a qualidade do ensino e assistência médica, servindo para delinear outras profissões. Seu estudo demarcou o início da chamada medicina científica, dominante até os dias atuais.

## Década de 50

A partir da década de 50, houve uma grande expansão dos serviços de saúde devido ao rápido desenvolvimento tecnológico da prática médica, elevando os custos das novas técnicas, além de responsabilizar os governos pelo financiamento da atenção à saúde, esta área tornou-se um campo de estudos e de práticas dentro do movimento que consolidou os serviços como objeto de um campo científico (HADDAD, 2004).

## Década de 60

A partir da década de 60 é que encontramos estudos abordando a qualidade nos serviços de saúde como um fator de abrangência mundial que traz a avaliação como um dos instrumentos para medir os esforços dirigidos à obtenção da qualidade. Nesse período, a área da saúde que mais se desenvolveu é aquela que procurou assegurar a qualidade dos serviços hospitalares utilizando a acreditação como principal instrumento avaliativo.

## Década de 80

Dentre as várias pesquisas realizadas destaca-se a fecunda produção de Donabedian, na década de 80, os estudos realizados para acreditação hospitalar desenvolvidos nos EUA e os esforços realizados pela Organização Panamericana da Saúde que editou, em 1996, o Manual de Gerência da Qualidade, no qual Novaes (2000) sintetiza grande parte dos conhecimentos desenvolvidos na América Latina.

Segundo Donabedian (1992), no que tange à definição de qualidade na atenção médica, devido a diversos fatores que intervêm no julgamento do que é qualidade, dificilmente consegue ter-se uma definição universal. Cita que três elementos podem ser observados na qualidade na saúde: aspectos técnicos, interpessoal e conforto/generosidade.

Quanto aos serviços de saúde, em razão do paradigma da Gestão da Qualidade, nesta década, deverão produzir-se profundas mudanças nas relações entre a medicina e a sociedade, pois a soberania médica não terá mais espaço para sustentação própria em razão de “controles administrativos e legais externos à profissão médica” (NOGUEIRA apud MATSUDA, 2000).

---

O Brasil desperta para a qualidade de produtos e serviços a partir da década de 80, devido aos recursos financeiros escassos e aos custos cada vez maiores. Além disso, a variada gama de pressões vindas do governo, das indústrias, dos clientes, da rápida evolução da tecnologia médica, fez com que as instituições de saúde avaliassem sua forma de administrar e adotassem um gerenciamento de qualidade.

---

A rede hospitalar do Sistema Único de Saúde caracteriza-se por ser muito heterogênea principalmente no que diz respeito à sua característica de oferta de serviços e forma de organização e gestão. Segundo dados do Ministério da Saúde, existem poucos estudos que permitam desenhar um diagnóstico preciso da dimensão gerencial dos estabelecimentos hospitalares no País.

Nos últimos anos, foram realizados investimentos, sobretudo via Projeto Reforsus, em novas iniciativas para a melhoria da qualidade gerencial e assistencial dos estabelecimentos hospitalares. Não houve, porém, uma preocupação em se estruturar um mecanismo de monitoramento e avaliação do real impacto dessas medidas. Outras iniciativas específicas, como o Programa de Acreditação Hospitalar, mostraram-se pouco impactantes da maneira como foram implementados nos últimos anos.

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), por sua vez, tem envidado esforços no sentido de avaliar a eficiência, eficácia e efetividade de estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, ao acesso e à satisfação dos cidadãos com os serviços públicos de saúde, na busca da sua melhor resolubilidade e qualidade (BRASIL, 2004).

Segundo Cianciarulo (1997), pode-se afirmar que sempre existiu um controle informal da qualidade da assistência na Enfermagem, representada pela preocupação secular das enfermeiras em seguir os procedimentos à risca, considerando que com isso garantir-se-iam os resultados desejados.

No Brasil, a organização da enfermagem adotou o modelo funcional de trabalho fundamentado nos princípios de Taylor e Fayol, que já se encontravam arraigados na atuação da enfermagem norte-americana, decorrentes do movimento de padronização hospitalar ocorrido nos EUA.

Nogueira (1996) refere que a participação da enfermagem no processo de implantação da gestão de qualidade em hospitais é de suma importância, pois são estes profissionais que passam o maior tempo junto ao usuário, viabilizando as prescrições médicas, coletando e registrando dados, inte-

ragindo com as famílias e acompanhantes. Além disso, ressalta alguns benefícios desta participação como racionalização de rotinas, padronização e mais segurança na realização dos procedimentos, participação efetiva no planejamento e liberação de mais tempo para interagir com o paciente.

Segundo Bader (1998), os pacientes, com muita frequência, julgam as organizações pela qualidade dos serviços de enfermagem, visto que a equipe de enfermagem representa o maior grupo dentre os profissionais da saúde e tem contato direto com o paciente, com maior intensidade e maior frequência.

Em um processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem, Cadah (2000) captou a importância que os pacientes deram a determinados aspectos, principalmente as relações interpessoais. Em seu estudo criou 3 categorias principais que denominou relações interpessoais (características pessoais e disponibilidade dos profissionais no atendimento), competência técnica (composta de habilidade e preparo técnico necessários para o desenvolvimento de procedimentos e técnicas de enfermagem) e atributo da estrutura (referindo-se ao ambiente de cuidados incluindo conforto, segurança e recursos humanos disponíveis).

A enfermagem, entretanto enfrenta sérios problemas na implementação de uma filosofia de qualidade principalmente nos fatores relacionados à equipe como número insuficiente de profissionais, falta de conhecimento de abordagem, falta de comprometimento, resistência às mudanças, heterogeneidade de conhecimento, falta ou ausência de trabalho em equipe. Outros fatores a serem mencionados são a falta de comprometimento da alta direção, a indefinição da missão, visão, filosofia e atribuições do serviço bem como o excesso de burocratização (MATSUDA, 2000).

Para Kurcgant (2010), o quantitativo de recursos humanos, a qualificação profissional, a remuneração e a motivação das pessoas para trabalhar com entusiasmo e criatividade são aspectos a serem considerados para o alcance da qualidade da assistência de enfermagem.

A participação do usuário é fundamental para obtenção do real resultado da qualidade da assistência à saúde disponibilizada, para tal é essencial que os profissionais estimulem e orientem a participação do usuário, bem como precisam ter acesso às opiniões e sugestões que nos auxiliem na mensuração do nível de satisfação, desde que sejam asseguradas a validade e confiabilidade das informações obtidas, tendo-se cautela na utilização de métodos e estratégias que não sejam tendenciosas ou induzam a respostas desejáveis.

---

Alcançar a qualidade nos serviços de enfermagem requer a implementação de instrumentos para avaliar os programas sob sua responsabilidade, utilizando estratégias integradoras que garantam a participação do usuário (foco central do trabalho em saúde) e da equipe envolvida no processo produtivo.

---

O conceito de qualidade deve estar incorporado à filosofia do serviço de saúde e na vontade política dos que nele atuam. A qualidade está intimamente ligada à dimensão de otimização dos recursos existentes sem risco para a clientela interna e externa. É fundamental garantir espaços e meios para que esta clientela seja efetivamente protagonista do processo de busca da qualidade nos serviços de saúde (KURCGANT,2005).

---

As novas condições inauguradas nas organizações de saúde com a regulamentação do SUS no Brasil, criam novas bases materializadas, social e politicamente, em ações cuidadoras integrais e uma renovação do processo de trabalho. A influência do movimento de humanização modifica a assistência fundada numa relação interpessoal muito intensa, pois a saúde, mais do que outros serviços depende de um laço interpessoal particularmente forte e decisivo para a própria eficácia das ações.

---

Acreditamos que o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão, mais especificamente da assistência hospitalar, tem sentido quando objetivam melhorar a atenção à saúde do usuário. Essa melhoria envolve aspectos como a humanização do atendimento, a adoção de medidas que atendam as crescentes exigências e necessidades da população. Bem como a utilização de instrumentos para a tomada de decisões estratégicas, de modo a gerar conhecimentos e promover a integração da gestão entre os diferentes níveis do sistema e seus respectivos participantes, articulando todo este processo ao uso racional dos recursos financeiros disponíveis e as peculiaridades inerentes à produção no setor saúde (CHAVES, 2005).



### *Saiba mais*

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto, consulte a Revista Gaúcha de enfermagem (on-line): Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7586>>.

---

## 4.3 Resumo

Essa Unidade abordou questões de como, no cotidiano do trabalho das unidades de atenção às urgências, os enfermeiros têm assumido os cuidados aos pacientes mais graves e os procedimentos de maior complexidade, além das atividades de gerenciamento de recursos do serviço, ações que requerem conhecimento científico, manejo tecnológico, competências relacionais, comunicativas e políticas. Você viu também que, atualmente, além de participarem de todos os atendimentos de urgências, realizando procedimentos/abordagens de alta complexidade e avaliações clínicas sistematizadas junto aos pacientes, esses profissionais realizam: o gerenciamento do cuidado de enfermagem, o gerenciamento de recursos humanos, a articulação da equipe de saúde, a utilização dos sistemas de informação, a educação continuada e permanente, o gerenciamento de materiais e equipamentos, a supervisão, a organização e coordenação do atendimento, bem como a avaliação dos serviços. Você viu, ainda, a importância das ações de cuidar/gerenciar e de como devem aparecer de forma articulada centradas no e para o usuário, caracterizando o gerenciamento do cuidado nos serviços de atenção às urgências.

## 4.4 Fechamento

A prática do enfermeiro nos serviços de atenção às urgências deve aproximar-se da perspectiva de gerenciamento do cuidado que articula a dimensão assistencial e gerencial do trabalho. Cuidar e gerenciar são dimensões indissociáveis do trabalho do enfermeiro, cada qual com especificidades, que têm o cuidado integral ao paciente como foco das ações.

Para finalizar, cabe destacar que apresentamos um enfoque atualizado acerca da prática profissional do enfermeiro nos serviços de atenção às urgências sem, contudo, esgotar as possíveis abordagens focando a temática. Acreditamos que ainda há muito a ser estudado considerando a contemporaneidade das mudanças no perfil epidemiológico da população, a reconfiguração dos serviços na perspectiva da rede de atenção às urgências e a dimensão da gerência do cuidado no trabalho.

## 4.5 Recomendação de leitura complementar

Para aprofundar mais ainda seus conhecimentos sobre os assuntos tratados, sugerimos a leitura da Revista Eletrônica de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/6585>>.

# Referências

ADAMI, N. P. Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. especial, p.190-196, 2000.

AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. **Guidelines for implementation of the Australasian Triage Scale (ATS) in Emergency Departments**. Sidney: ACEM, 2001.

AZEVEDO, A. L. C. S. **Gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidade de urgência/emergência traumática**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

BADER, B. Nursing cares behaviors that predict patient satisfaction. *J. Nurs. Qual. Assur.*, v. 2, n. 3, p. 11-17, 1998.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Urgência e Emergência. **Proposta de regulação da porta de entrada das unidades de urgência e emergência**. Belo Horizonte: SMSA, 2002. 8p.

BEVERIDGE, R. The Canadian triage and acuity scale: a new critical element in health care reform. **J. Emerg. Med.**, v. 16, n. 3, p. 507-11, 1998.

BEVERIDGE, R. et al. **Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department: Triage & Acuity Scale (CTAS)**. Canadá: Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP); National Emergency Nurses Affiliation of Canada (NENA); L'association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ), 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica: implementação da rede de atenção às urgências/emergências – RUE**. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/urgencia\\_300511.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/urgencia_300511.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 256 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Re-formula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção à urgências no sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 16 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. **Guia de Supervisão em estabelecimentos de saúde**. Brasília: Centro de Documentação, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CADAH, L. **Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem sob a ótica da satisfação dos pacientes**, 2000, 104 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

CARVALHO, A. K. S. **Dados demográficos e características gerais de saúde de uma população acima de 40 anos: estudo platino, área metropolitana de São Paulo**. 2007. 86f. Dissertação (Mestrado) - Paulista de Medicina Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2007.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2010. p. 155-167.

CHAVES, L. D. P. **Produção de internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto-SP, 1996-2003**. 2005. 148 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CHAVES, L. D. P.; AZEVEDO, A. L. C. S. Reflexões sobre a formação do enfermeiro no contexto do Sistema Único de Saúde. **Enfermagem Brasil**, v. 8, n. 2, p. 106-112, 2009.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

CIAMPONE, MHT.; MELLEIRO, MM. O Planejamento e o Processo Decisório como Instrumentos do Processo de Trabalho Gerencial. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koo- gan: 2010. p. 35-50.

CIANCIARULO, T. **Teoria e prática em auditoria de cuidados**. São Paulo: Ícone, 1997.

COELHO, MF. **Caracterização dos atendimentos de urgência clínica em um hospital de ensino**. 2009. 79 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

COFEN. **Resolução 293** de 21 de setembro de 2004. Livreto de Dimensionamento de Pessoal – São Paulo: COREN-SP, 2010. Disponível em: < [http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/livreto\\_de\\_dimensionamento.pdf](http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/livreto_de_dimensionamento.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2012.

COFEN. Resolução COFEN nº 423, de 9 de abril de 2012. Normatiza, no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 abr. 2012 Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/8956>>. Acesso em: maio 2012.

COLEMAN, C. F.; WAGNER, E. Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos. In: BENGÓA, R.; NUÑO, RS. **Curar y cuidar**: innovación en la gestión de enfermedades crónicas, una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España, 2008. p. 15.

CUNHA, K. C. Supervisão em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991, p.117-32.

DAL BEN, L. W.; GAIDZINSKI, R. R. Proposta de modelo para dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 1, p. 97-103, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a12.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

DAROLT, C. F. **Concepções dos enfermeiros sobre integralidade em saúde no processo de trabalho em uma unidade de emergência**. 2007. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, 2007.

DONABEDIAN, A. Quality assurance in health care: consumer' role. **Quality in Health Care**, v. 1, p. 1-5, 1992.

ERDMANN, A. L.; BACKES, D. S.; MINUZZI, H. Care management in nursing under the complexity view. **OBJN**, v. 7, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/1033>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

FREITAS, P. **Triagem no serviço de urgência/emergência**: grupo de triagem de Manchester. Portugal: BMJ-Publishing Group, 1997. 154p.

GAIDZINSKI, R. R. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em ins-tituições hospitalares**. 1998. 119 f. Tese (Livre docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

GAIDZINSKI, R. R. **O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam esta prática**. 1994. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

GARCIA, E. A. G.; FUGULIN, F. M. T.. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em Unidade de emergência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 4, p. 1032-38, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/25.pdf> >. Acesso em 5 maio 2012.

GILBOY, N. et al. **Emergency Severity Index, Version 4**: Implementation Handbook. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005.

GONÇALVES, A. B. M. et al. Sala de emergência: fatores que dificultam a assistência de enfermagem. **Emergência Clínica**, v. 2, n. 9, p. 23-33, 2007.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **História da classificação de risco no Brasil**. Belo Horizonte, [2004]. Disponível em: <[http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=75&Itemid=109](http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=75&Itemid=109)>. Acesso em: 10 maio 2012.

HADDAD, M. C. L. **Qualidade da assistência de enfermagem**: o processo de avaliação em hospital universitário público. 2004. 201 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2004.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, 2009.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

KURCGANT, P; CUNHA, K. de C.; GAIDZINSKI, R. R. Subsídios para a estimativa de pessoal de enfermagem. **Enfoque**, v. 17, n. 3, p. 79-81, 1989.

LALUNA, M. C. M. C.; FERRAZ, C. A. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 771-777, 2003.

LEMOS, C.; CHAVES, L. D. P.; AZEVEDO, A. L. C. S. Sistemas de informação hospitalar no âmbito do SUS: revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Inf.**, v. 12, n. 1, p. 177-85, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a22.htm>>. Acesso em: 14 jul. 2012.

LIBERALI, J.; DALL'AGNOL, C. M. Supervisão de enfermagem: um instrumento de gestão. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 276-82, jun. 2008.

LIMA, S. B. S. **A gestão da qualidade na assistência de enfermagem: significação das ações no olhar da acreditação hospitalar no pronto socorro.** 2008. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem.** 1995. 228f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Urgência e Emergência: a participação do município. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã, 1998. p.265-286.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** Brasília: Ipea, 1996.

MENDES, E. V. **As redes de atenção a saúde.** Brasília: Organização panamericana da saúde. 2011. 549 p. Disponível em: <[http://telessaude.bvs.br/tiki-read\\_article.php?articleId=333](http://telessaude.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=333)>. Acesso em: 13 jul. 2012.

MONTEZELI, J. H. **O trabalho do enfermeiro no pronto-socorro: uma análise na perspectiva das competências gerenciais.** 2009. 135f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2009. Disponível em: <<http://www.pggenf.ufpr.br/DissertaçãoJulianaMontezeli.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

MORAES A. M. P. **Iniciação ao estudo da administração.** São Paulo: Markron Books, 2000.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: QFCO, 1996.

PEDUZZI M, CIAMPONE MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P, (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 108-124.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva da promoção da saúde. In: SEMINÁRIO ESTADUAL: O ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 1., 2000, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2000.

PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J. Sistemas de Informação em Saúde. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 63-70.

POLL, M. A.; LUNARDI V. L.; LUNARDI FILHO W. D. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 509-514, 2008.

REBELLO, T. S. **Supervisão em enfermagem como processo educativo**: limites e possibilidades. 2002. 64f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0402.pdf>>. Acesso em: 1 maio 2012.

ROCHA, A. F. S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte**. 2005. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

ROMANI, H. M. et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, p. 41-53, 2009.

SALEH, C. M. R. **Construção da ficha de registro do atendimento inicial aos pacientes na sala de emergência de um hospital de porte extra.** 2003. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

SANTOS, J. L. G. **A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência.** 2010, 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SERVO, M. L. S.; CORREIA, V. S. A supervisão sob a ótica dos auxiliares de enfermagem. **Diálogos & Ciência**, Feira de Santana, ano. 3, n. 6, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.ftc.br/revistafsa>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

SILVA, A. M.; PEDUZZI, M. Caracterização das atividades educativas de trabalhadores de enfermagem na ótica da educação permanente. **Rev. Eletr. Enf.** v. 11, n. 3, p. 518-526, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a08.htm>>. Acesso em: 10 maio 2012.

SILVA, A. P. **Forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe de enfermagem em Unidade de Urgência/emergência e Emergência.** 2009, 153 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009.

SILVA, E. M. **Supervisão em enfermagem: análise crítica das publicações no Brasil dos anos 30 à década de 80.** 1991. 158p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

SILVA, M. F. N. **Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes de uma unidade de emergência.** Campinas: [s.n.], 2010.

WILLING, M. H.; LENARDT, M. H. A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 23-29, 2002.

# Minicurrículo das autoras

## Grace Teresinha Marcon Dal Sasso

É especialista em Informática em Saúde pela FIOCRUZ (2000). Tutora e Autora em Educação a Distância pela UNISUL (2003). Possui Mestrado em Enfermagem (Cuidado Intensivo) pela Universidade Federal de Santa Catarina (1994) e Doutorado em Informática em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2001). School of Health Information Sciences at Houston - Texas Tem Pós-doutorado pela - EUA. Fez cursos na área de Informática em Enfermagem nos EUA (Johns Hopkins - 2000 Informática em Enfermagem, New Mexico - Sistema de Informação em Saúde 1999). Atualmente é Professora da Universidade Federal de Santa Catarina. Atua na Graduação e no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem de cuidado crítico (UTI e emergência) atuando principalmente nas seguintes temáticas: informações e informática em saúde enfermagem, informática em saúde, sistemas de informação em saúde, cuidado intensivo e de emergência, Tecnologias emergentes e persuasivas em educação, pesquisa e cuidado em saúde, Educação a Distância e Telenfermagem. Líder do Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC - GIATE: <<http://www.giateinfo.ufsc.br/>>. Coordenadora SIG Telenfermagem RUTE-SC. Membro do eHealth Strategic Group at the ICN desde 2011.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4709081P6>>.

## Lucieli Dias Pedreschi Chaves

É graduada em enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP (1986). Mestra (2001) e Doutora (2005) pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, na linha de pesquisa de Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem. Desde fevereiro de 2006 é Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Hospital e Enfermagem e do Núcleo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (NUESAT). Membro da Comissão Assessora de Pesquisa do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Membro da Comissão de Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental. Membro do Conselho Editorial da Revista CuidArt e Revista Eletrônica de

Enfermagem. Consultora ad-hoc da Revista Latino-Americana de Enfermagem; da Revista da Escola de Enfermagem da USP; Revista Ciência, Cuidado e Saúde; Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health; Revista de Saúde Pública. Ex- enfermeira no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (1987-89), Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto (1989-94) e, Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (1994-2006) tendo atuado por 12 anos na área de avaliação, controle e auditoria. Na Organização Educacional Barão de Mauá (1993-2006) atuou na docência e coordenação de curso de graduação em Enfermagem. Experiência na área de Enfermagem (assistência, gerenciamento e docência), com ênfase em Gerenciamento em Enfermagem e Sistema Único de Saúde, atuando principalmente em gestão de sistemas de saúde, informação em saúde, serviços de saúde de alto custo/complexidade. É orientadora de Mestrado e Doutorado em Enfermagem Fundamental, na linha de pesquisa de Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem. Assessora científica da FAPESP. Participou, em 2011, de programa de Pós-doutorado, na área de gestão e avaliação, junto à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob supervisão de Dr Oswaldo Y. Tanaka, com financiamento CNPq.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4710429P5>>.

## Maria Célia Barcelos Dalri

Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (1983), mestrado (1993) e doutorado (2000) pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Atualmente, é Professora Associada da Universidade de São Paulo e professor responsável pelas disciplinas, no Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental: Processo de Enfermagem: análise e etapas operacionais; e “Estratégias da Assistência de Enfermagem. É vice-líder do grupo de pesquisa Enfermagem e Comunicação, certificado pelo CNPq. É membro efetivo do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP; Coordenadora da disciplina Enfermagem em Urgência e Emergência e docente responsável da disciplina Cuidado Integral ao adulto e idoso hospitalizado em situação clínica; membro efetivo da Comissão Assessora para assuntos de Pesquisa do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP/USP; Membro efetivo do Conselho gestor da Central Única de Regulação Médica das Urgências e Emergências da Divisão Regional da Saúde DIR VIII; Pesquisadora do grupo de pesquisa Enfermagem e Comunicação. Desenvolve pesquisas nas seguintes linhas de investigação: Fundamentação teórica metodológica e tecnológica do processo de cuidar em Enfermagem e no Processo de cuidar do adulto com

doenças agudas e crônicas degenerativas, atuando especificamente nos seguintes temas: ênfase em Urgência e Emergência, Processo de enfermagem e as taxonomias de enfermagem internacionais, diagnóstico de enfermagem, intervenções de enfermagem, queimadura, paciente crítico, parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar.

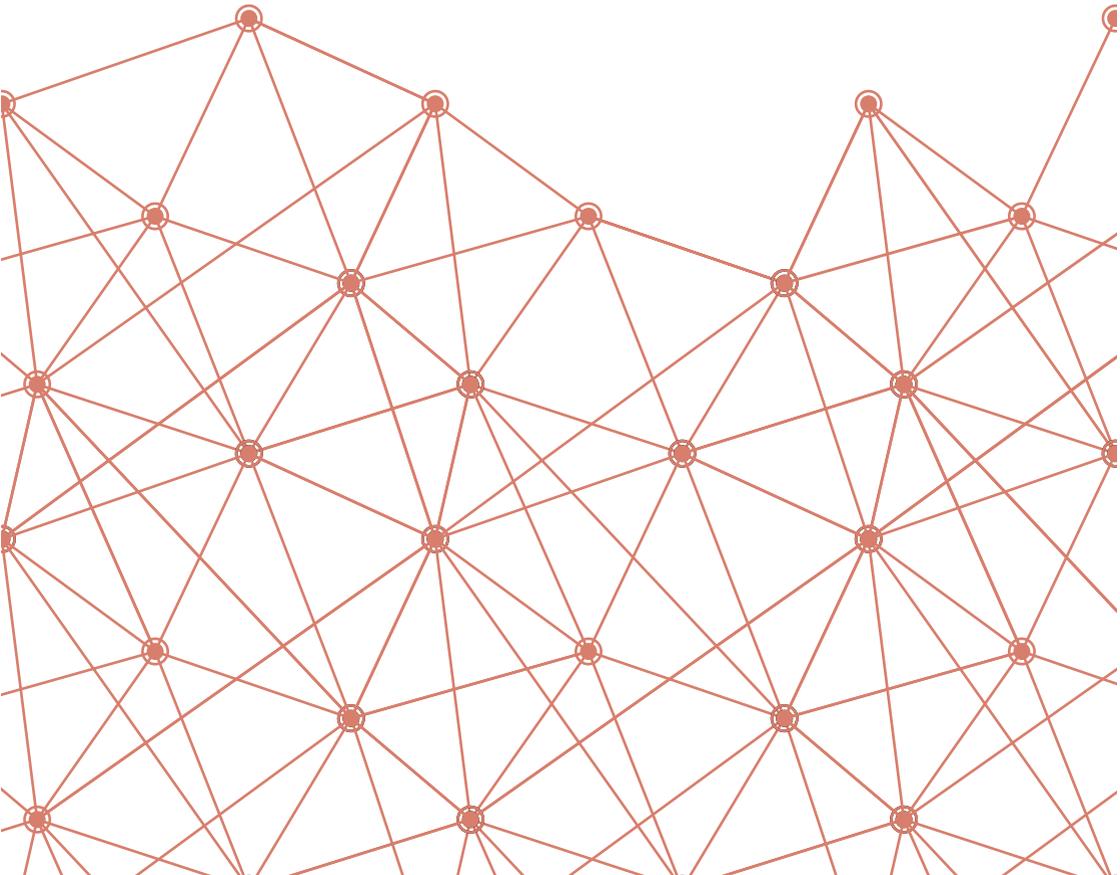
Endereço na Plataforma Lattes: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4721128A2>>.

## Ana Lúcia de Castro Sajoro Azevedo

É enfermeira pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP (2002), tem pós-graduação modalidade residência em enfermagem clínico-cirúrgica/Urgência e Emergência (2005), é Mestra (2010) pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, na linha de pesquisa de “Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem”, doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da EERP e EE - USP. Membro do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Hospital e Enfermagem. Tem experiência na área de Urgência e Emergência, Administração e Gestão em Enfermagem. Foi enfermeira da Sala de Urgência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Atuou como enfermeira especialista na EERP-USP, contribuindo com as atividades assistenciais, pesquisa e docência junto ao curso de graduação em enfermagem da EERP-USP.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/5834250967383652>>.

# ANEXO



DICIONÁRIO DE DISCRIMINADORES	
ACUIDADE VISUAL REDUZIDA	Qualquer redução na acuidade visual corrigida.
ALTA MORTALIDADE	A mortalidade representa o potencial de uma substância absorvida causar danos. É possível que seja necessário obter aconselhamento do centro de informação Anti-Venenos para estabelecer o risco de doença grave ou morte. Em caso de dúvida, presumir alto risco.
ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	Não totalmente atento e reagindo apenas à voz ou à dor, ou não reagindo. Alteração da Escala de Coma de Glasgow.
ALTERAÇÃO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NÃO TOTALMENTE ATRIBUÍVEL AO ÁLCOOL	Pessoa que não se encontra totalmente alerta, com história de ingestão de álcool e, sobre quem não há dúvidas da presença de outras causas de perda do nível de consciência preenchem este critério.
ALTERAÇÃO DE ESTADO DE CONSCIÊNCIA TOTALMENTE ATRIBUÍVEL AO ÁLCOOL	Pessoa que não se encontra totalmente alerta, com história clara de ingestão de álcool e sobre quem não existem dúvidas de que todas as outras causas do nível de consciência reduzida terem sido excluídos, preenche este critério.
ANGÚSTIA DEVIDO À DOR	Uma criança sente-se angustiada e inconsolável devido à dor.
ANGÚSTIA MARCADA	Pessoa que apresentam perturbações físicas, ou emocionais acentuadas preenchem este critério.
APNÉIA	Ausência de respiração ou esforço respiratório durante 10 (dez) segundos, conforme avaliação pelo olhar, a audição e o tato.
APRESENTAÇÃO FETAL	Fase do nascimento ou o aparecimento de outras partes fetais na vagina.
ARTICULAÇÃO QUENTE	Qualquer aquecimento ao redor de uma articulação preenche este critério. Frequentemente acompanhado por eritema.
ASMA SEM MELHORIA COM O SEU TRATAMENTO HABITUAL	Esta história deve ser transmitida pelo próprio doente. A ausência de melhoria com a terapêutica broncodilatadora administrada pelo médico é igualmente significativa.
AUSÊNCIA DE PULSO	Nenhum pulso central é sentido por um período de 5(cinco) segundos.
AVALIAÇÃO DE RESPIRAÇÃO	Algumas vezes a respiração é irregular. Quando é demasiado elevada $\geq 29$ ou muito baixa $\leq 10$ (mvpm) a pessoa é classificada com a cor vermelha.

BABA	Saliva que escorre da boca devido à incapacidade de engolir.
BRONCOESPASMO	Pode ter sibilância audível. Deve ter-se em mente que a dificuldade respiratória grave é silenciosa (o ar não pode movimentar-se).
CEFALÉIA	Qualquer dor na cabeça não relacionada com uma determinada estrutura anatômica. A dor facial não está incluída.
CELULITE ESCROTAL	Vermelhidão e inchaço em torno da bolsa escrotal.
CHOQUE	O choque deve-se à distribuição inadequada de oxigênio pelos tecidos. Os sinais clássicos incluem sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e nível de consciência reduzido.
CHORO PROLONGADO OU ININTERRUPTO	Qualquer criança que chore continuamente durante duas horas ou mais preenche este critério.
CÓLICAS	Dores intermitentes. A cólica renal tem tendência a aparecer e a desaparecer durante um período de mais ou menos 20 minutos.
COMPORTAMENTO ESTRANHO	Criança que se comporta de forma não habitual numa determinada situação. Os tutores prestam frequentemente esta informação de forma voluntária. Estas crianças são muitas vezes referidas como rabugentas ou “indispostas”.
COMPORTAMENTO DISRUPTIVO	É um comportamento que afeta a boa ordem do Serviço de Urgência. Poderá ou não ser ameaçador.
COMPROMISSO VASCULAR DISTAL	Trata-se de uma combinação de palidez, frio, alteração da sensibilidade e dor, com ou sem ausência de pulsação distal à lesão.
COMPROMISSO DA VIA AÉREA	A via aérea poderá estar comprometida, quer por não conseguir mantê-la aberta ou porque os reflexos protetores da via respiratória (que evitam a aspiração) se perderam. A incapacidade de manter a via aérea aberta poderá resultar de uma obstrução total intermitente, ou de uma obstrução parcial. Isto manifestar-se-á por sons como ressonar ou de gorgolejo durante a respiração.
CONTAMINAÇÃO DE FERIMENTOS	Um ferimento que contém matéria extrínseca de qualquer tipo diz-se estar contaminado.
CONVULSÃO ATUAL	Pessoa que se encontra em fase tónica ou clónica de uma convulsão epiléptica.
COURO CABELUDO DOLOROSO	Dor à palpação da região temporal (especialmente sobre uma artéria).

CRIANÇA NÃO REATIVA	As crianças que não reagem a estímulos verbais ou dolorosos dizem-se não reativas.
DEFORMAÇÃO	Alteração na forma normal. Situação sempre subjetiva. Estão implícitas angulações ou rotações anormais.
DEFORMAÇÃO GROSSEIRA	Esta situação será sempre subjetiva. Está implícita uma angulação ou rotação grosseira e anormal de qualquer membro.
DISPNÉIA AGUDA	Dificuldade respiratória que se desenvolve subitamente, ou uma repentina exacerbação de dispnéia crônica.
DISTÚRBO HEMORRÁGICO	Distúrbio sanguíneo que pode ser congênito ou adquirido.
DISÚRIA	Dor ou dificuldade em urinar.
DOENTE QUE ANDA	Num incidente grave, qualquer doente que possa andar preenche este critério.
DOR	Qualquer expressão de dor preenche este critério. Ver capítulo 4 sobre avaliação da dor.
DOR QUE IRRADIA PARA O OMBRO	Dor sentida na extremidade do ombro. Indicação frequente de irritação diafragmática.
DOR QUE IRRADIA PARA A REGIÃO DORSAL	Dor que é também sentida no dorso, quer de forma intermitente ou constante.
DOR MODERADA	Dor significativa mas suportável. Ver capítulo 4 sobre avaliação da dor.
DOR NAS ARTICULAÇÕES EM MOVIMENTAÇÃO	Poderá tratar-se de uma dor por movimento ativo (do doente) ou por movimento passivo (pelo examinador).
DOR PLEURÍTICA	Dor aguda no peito, piora quando se respira, tosse ou espirra.
DOR PRÉ-CORDIAL	Classicamente, uma dor “constritiva” ou “pesada” no centro do peito, podendo irradiar para o braço esquerdo ou para o pescoço. Poderá estar associada a sudorese e náusea.
DOR SEVERA	Dor significativa e insuportável, frequentemente referida como a pior de todas as já sentidas. Ver capítulo 4 sobre avaliação da dor.
DOR TESTICULAR	Dor nos testículos.
EDEMA DA FACE	Inchaço difuso na face, envolvendo habitualmente os lábios.

EDEMA DE LÍNGUA	Inchaço da língua em qualquer grau.
ENFISEMA SUBCUTÂNEO	Presença de ar no interstício do tecido conjuntivo de um órgão.O enfisema subcutâneo pode ser detectado quando se sente uma espécie de “crepitação” à palpação. Poderão existir bolhas de ar em uma linha área demarcada.
ESTRIDOR	Som que poderá ser inspiratório ou expiratório, ou ambos. O estridor é ouvido mais claramente quando se respira de boca aberta.
EXANTEMA ERITEMATOSO OU BULHOSO	Qualquer erupção de vesículas que cobrem uma área superior a 10% da superfície corporal.
EXANTEMA GENERALIZADO	É uma erupção cutânea difusa e mais ou menos extensa ao longo da superfície do corpo.O exantema poderá aparentar qualquer forma, mas será habitualmente eritematoso ou urticariforme.
ERUPÇÃO CUTÂNEA DESCONHECIDA	Qualquer erupção que não se possa identificar.
EXAUSTÃO	Uma pessoa exausta aparenta reduzir o esforço de respirar, embora continuando com insuficiência respiratória. Isto é pré-terminal.
EVISCERAÇÃO DE ÓRGÃOS	Herniação ou franca extrusão de órgãos internos.
EXTRAÇÃO DENTÁRIA RECENTE	Dente que foi extraído intacto nas 24 horas anteriores.
INCAPACIDADE DE SE ALIMENTAR	Crianças que não ingerem alimentos sólidos ou líquidos (como se espera) por via oral. Crianças que ingerem alimentos, mas que em seguida vomitam, poderão também preencher este critério.
FEBRÍCULA	Temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ .
FEZES ESCURAS	Qualquer sinal de apresentação de fezes pretas, constitui um alerta.
FEZES COM PRESENÇA DE SANGUE	As fezes aparecem com cor vermelho escuro, mas casualmente. A ausência temporária deste tipo de manifestação, não é regra para se excluir um diagnóstico.
FORTE SENSACÃO DE ANGÚSTIA	Pessoas que se apresentam com forte sensação de angústia, quer fisicamente, quer emocionalmente, preenchem este critério.

<b>FRATURA EXPOSTA</b>	Situação em que há perda da continuidade óssea, geralmente com separação de um osso em dois ou mais fragmentos, após um traumatismo, com perfuração da pele. Todos os ferimentos na proximidade de uma fratura devem ser considerados suspeitos. Se existir alguma possibilidade de comunicação entre o ferimento e a fratura deverá ser considerada como exposta.
<b>FREQUÊNCIA DE PULSO</b>	Número de batimentos cardíacos transmitidos pelas artérias para a superfície da pele por minuto.
<b>FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA</b>	Números de respiração por minuto.
<b>GANGRENA ESCROTAL</b>	Tecido morto, escurecido ao redor do escroto e virilha. A gangrena precoce poderá não escurecer mas poderá aparecer como uma queimadura extensa com ou sem descamação.
<b>GRANDE HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL</b>	Quando é impossível conter um sangramento rápido por meio da aplicação de uma pressão direta sustentável e que continua a sangrar fortemente ou a molhar rapidamente uma grande quantidade de pensos.
<b>GRAVIDEZ COM MAIS DE 24 SEMANAS</b>	Último período menstrual ocorreu há 24 semanas ou mais.
<b>HEMATEMESES</b>	O sangue expelido no vômito poderá ser fresco (vermelho vivo ou escuro) ou com aparência de borra de café.
<b>HEMATOQUÉSIAS, MELENAS OU RETORRAGIAS</b>	Hematoquérias- é o termo utilizado para designar a presença de sangue com cor vermelha viva misturado com as fezes. Melena- refere a fezes pastosas de cor escura e cheiro fétido, sinal de hemorragia digestiva alta. Numa hemorragia gastrointestinal(GI) maciça e ativa o sangue vermelho escuro é expelido pelo reto. À medida que aumenta o tempo de trânsito GI o sangue torna-se mais escuro – vindo a tornar-se em melenas.
<b>HEMATOMA AURICULAR</b>	Coleção (acúmulo) de sangue localizado no ouvido externo (usualmente pós-traumático).
<b>HEMATOMA DO COURO CABELUDO</b>	Uma área elevada (acúmulo de sangue) no couro cabeludo acima da linha da implantação do cabelo.
<b>HEMATÚRIA CLINICAMENTE EVIDENTE</b>	Sangue na urina visível a olho nu.
<b>HEMORRAGIA EXSANGUINANTE</b>	Sangramento que ocorre com um volume considerável que resultará em morte se não for estancado.

HEMORRAGIA VAGINAL INTENSA	A perda de sangue vaginal é difícil de avaliar. A presença de grandes coágulos ou de fluxo contínuo preenche este critério. O uso de grandes quantidades de pensos higiênicos é sugestivo de grande perda.
HIPERGLICEMIA	Glicemia superior a 200 mg/dl.
HIPERGLICEMIA COM CETOSE	Glicemia superior a 200 mg/dl com cetonúria ou sinais de acidose (respiração profunda, etc.)
HIPOGLICEMIA	Glicemia inferior a 60 mg/dl.
HIPOTERMIA	Se a pele se encontrar fria, considera-se que o doente está clinicamente frio. A temperatura deve ser medida logo que possível - uma temperatura central de $\leq 35^{\circ}\text{C}$ é considerada hipotermia.
HISTÓRIA CLÍNICA SIGNIFICATIVA	Qualquer situação clínica pré-existente que requer medicação contínua ou outros cuidados.
HISTÓRIA DE CONVULSÕES	Uma história de convulsões durante as seis horas antecedentes. Esta situação é especialmente significativa no fim da gravidez quando poderá significar eclâmpsia.
HISTÓRIA DE HEMATÊMESE	Hematênese recente e clinicamente evidente, vômitos de sangue alterado (borra de café) ou de sangue misturado com vômito.
HISTÓRIA HEMATOLÓGICA SIGNIFICATIVA	Pessoa com distúrbio sanguíneo que pode desenvolver rapidamente complicações.
HISTÓRIA INADEQUADA	Se não existir uma história clara e inequívoca de ingestão aguda de álcool, e quando não se pode excluir uma lesão da cabeça, ingestão de drogas, situação médica subjacente, etc., então a história é inadequada.
HISTÓRIA INAPROPRIADA	Se o mecanismo (motivo) alegado não explicar a lesão ou doença aparente, então a história é inapropriada.
HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA	Existe a possibilidade de haver uma testemunha de confiança que possa dizer se a pessoa esteve inconsciente (e durante quanto tempo). Caso contrário, se a pessoa não se recorda do incidente, deve presumir-se que esteve inconsciente.
HISTÓRIA DE RISCO ESPECIAL DE INFECÇÃO	Exposição a alto risco conhecido, quer num laboratório ou numa área de infecção conhecida.
HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA SIGNIFICATIVA	História de doença ou evento psiquiátrico importante.

HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE ALERGIAS	É significativa a presença de sensibilidade conhecida com reações graves (ex. a nozes ou à picada da abelha).
HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE ASMA	História de asma instável ou de episódios anteriores com perigo de vida.
HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE DIARREIA	Aumento do número de evacuações e/ou a presença de fezes amolecidas, com consistência pastosa ou até mesmo líquidas. Diarreia que pela frequência e/ou volume implica risco iminente de desidratação.
HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE INCIDENTE	Fatores significativos que incluem quedas de alturas, ejeção de um veículo, morte de ocupantes e deformação significativa de um veículo.
HISTÓRIA DE SOBREDOSAGEM OU ENVENENAMENTO	Esta informação poderá ser prestada por terceiros ou poderá ser deduzida na presença de caixas vazias.
HISTÓRIA DE T.C.E. – TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO	Qualquer acontecimento traumático envolvendo a cabeça preenche este critério.
HISTÓRIA DE TRAUMATISMO	História de um evento fisicamente traumático recente.
HISTÓRIA DE VIAGENS AO ESTRANGEIRO	Recentes viagens ao estrangeiro (nos últimos três meses).
IMUNOSSUPRESSÃO CO-NHECIDA	Qualquer doente que esteja recebendo medicamentos imunossupressores (incluindo cortico-esteróides a longo prazo) ou com SIDA.
INALAÇÃO DE FUMAÇA	Deve presumir-se ter havido inalação de fumaça quando a pessoa estiver confinado a um espaço cheio de fumaça. Os sinais físicos de fuligem oral ou nasal são menos seguros, mas significativos se presentes.
INCAPAZ DE SE ALIMENTAR (BEBÊ)	Habitualmente referido pelos pais. Crianças que comem menos da metade do seu alimento sólido ou líquido (como adequado) por via oral.
INCAPACIDADE DE ANDAR	É importante tentar distinguir entre a pessoa com dor e dificuldade em andar e aqueles que não conseguem andar. Apenas estes últimos podem ser considerados como incapazes de se locomover.
INCAPACIDADE DE ARTICULAR FRASES COMPLETAS	Pessoa com dificuldade respiratória tão grande que não consegue articular frases curtas numa só expiração.

INCAPACIDADE DE DISTRAÇÃO	Crianças angustiadas pela dor ou por outros fatores que são incapazes de se distrair pela conversa ou pelas brincadeiras, preenchem este critério.
INCAPACIDADE DE SUPORTAR PESO	Incapacidade de carregar o peso total do corpo por um ou por ambos os membros inferiores. Esta situação poderá causar dor ou perda de função.
INCONSOLÁVEL PELOS PAIS	As crianças cujo choro ou angústia não respondem às tentativas de conforto dos pais preenchem este critério.
INFECÇÃO LOCAL	A infecção local manifesta-se habitualmente como inflamação (dor, inchaço e eritema) confinada a um determinado local ou área, com ou sem o aparecimento de pus.
INFLAMAÇÃO LOCAL	A inflamação local envolve dor, inchaço e eritema confinados a um determinado local ou área.
INÍCIO AGUDO PÓS-TRAUMÁTICO	O início agudo de sintomas imediatamente, ou pouco depois, de um incidente fisicamente traumático.
INÍCIO REPENTINO	Início de um sinal/sintoma em segundos ou minutos. Pode obrigar a pessoa a acordar durante o sono.
INSTALAÇÃO SÚBITA	Início em menos de 12 horas.
LESÃO	Evento recente fisicamente traumático.
LESÃO ELÉTRICA	Qualquer lesão causada, ou possivelmente causada, por corrente elétrica. Inclui corrente alternada e corrente direta, bem como as fontes naturais e artificiais.
LESÃO POR INALAÇÃO	História da pessoa ter estado confinado a um espaço cheio de fumaça é o indicador mais seguro de inalação de fumaça. Podem ser observados depósitos de carbono ao redor da boca e nariz e/ou rouquidão. A história é também a forma mais precisa para se diagnosticar inalação de substâncias química ou outros gases - não se observam, necessariamente, quaisquer sinais.
LESÃO POR INALAÇÃO DE SUBSTÂNCIA QUÍMICA	História de inalação de uma substância química potencialmente perigosa. Certos produtos químicos deixam sinais específicos enquanto outros podem não o fazer. A natureza do perigo pode não ser imediatamente aparente.
LESÃO NEUROLÓGICA FOCAL	Perda de função limitada a uma determinada parte do corpo (membro, lado, olho, etc.) ou uma perda de função que vai piorando com o passar das horas.
LESÃO OCULAR	Traumatismo ocular recente.

LESÃO OCULAR PENETRANTE	Um evento traumático físico recente que envolva a penetração do globo ocular.
LESÃO OCULAR QUÍMICA	Qualquer substância que salpique ou seja colocada nos olhos que venha a causar sensação de picadas, queimaduras ou reduza a visão deve presumir-se capaz de causar lesão química.
LESÃO RECENTE	Lesão ocorrida na última semana é considerada como uma lesão recente.
LESÃO TORÁCICA	Qualquer lesão na área inferior às clavículas e acima do nível das costelas inferiores. Uma lesão na parte inferior do tórax poderá causar lesões subjacentes ao órgão abdominais.
MASSA ABDOMINAL VISÍVEL	Uma massa visível à observação do abdômen.
MECANISMO DE LESÃO	São significativas lesões penetrantes (facada ou tiro) e lesões com elevada transferência de energia, como por exemplo quedas de alturas e acidentes de trânsito em alta velocidade (velocidade > 60 km/hora).
MENSTRUAÇÃO NORMAL	A perda de sangue menstrual e a dor que ocorrem na data prevista pelo período de tempo esperado.
MORTALIDADE	Probabilidade de a substância ingerida causar doença ou morte. Poderá ser necessário pedir o aconselhamento ao centro de controle de informações toxicológicas para receber orientações. Em caso de dúvida, presumir alto risco.
MORTALIDADE MODERADA	Probabilidade da substância ingerida causar doença grave ou morte. Poderá ser necessário recorrer ao aconselhamento centro de controle de informações toxicológicas para receber orientações e estabelecer o nível de risco da pessoa/vítima. Em caso de dúvida, presumir alto risco.
MUITO QUENTE	Se a pele se encontrar muito quente diz-se que a pessoa se encontra clinicamente muito quente. Uma temperatura $\geq 41^{\circ}\text{C}$ é muito quente no adulto. Na criança é $\geq 39^{\circ}\text{C}$ . Ver página 17.
NÃO SE ALIMENTA	Crianças que não ingerem alimentos sólidos ou líquidos (como se espera) por via oral. Crianças que ingerem alimentos mas que em seguida vomitam poderão também preencher este critério.
NÃO URINA	Falência da produção de urina ou de apresentar micção espontânea. Isto pode ser difícil de valorizar nas crianças (e nos idosos) podendo ser feita referência ao número de fraldas utilizadas.

NOVOS SINAIS/SINTOMAS NEUROLÓGICOS	Podem incluir alteração ou perda de sensibilidade, enfraquecimento dos membros (transitório ou permanente) ou alterações funcionamento da bexiga ou intestino (incontinência).
OLHO VERMELHO	Olhos que se apresentam coloração vermelha da esclera. Um olho vermelho pode ser doloroso ou não e poderá ser total ou parcialmente.
PARTO ATIVO	Qualquer mulher grávida com contrações regulares, frequentemente dolorosas preenche este critério.
PEFR BAIXO (FLUXO EXPIRATÓRIO MÁXIMO)	PEFR de 50% ou PEFR inferior ao ideal.
PEFR MUITO BAIXO	Um PEFR de 33% ou inferior do PEFR ideal ou previsto.
PEFR PREVISTO < 33%	O fluxo expiratório máximo previsto após ter conhecimento da idade e o sexo do doente. Alguns doentes podem ter a noção do seu "melhor" PERF, podendo este ser utilizado. Se a relação da medição prevista for menor que 33% então este critério é preenchido.
PEFR PREVISTO < 50%	O fluxo expiratório máximo previsto após consideração da idade e o sexo do doente. Alguns doentes poderão ter noção do seu "melhor" PEFR, podendo ser este utilizado. Se a relação da medição prevista for menor que 50% então este critério encontra-se preenchido.
PELE CRÍTICA	Uma fratura ou deslocação poderá deixar fragmentos ou pedaços de ossos a pressionar tão fortemente contra a pele que a viabilidade da mesma encontra-se ameaçada. A pele encontrar-se-á branca e sobre tensão.
PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL	Quando é impossível controlar um sangramento rapidamente pela aplicação de pressão direta sustentável e que continua a sangrar levemente ou a escorrer.
PERDA AGUDA DE AUDIÇÃO	A perda de audição num ou em ambos os ouvidos nas 24 horas anteriores.
PERDA SÚBITA DA VISÃO	Perda de visão num ou em ambos os olhos nas 24 horas anteriores.
POSSÍVEL GRAVIDEZ	Qualquer mulher com amenorreia poderá considerar a possibilidade de gravidez. Além disso, qualquer mulher em idade de procriação que pratique sexo não protegido deve considerar a possibilidade de gravidez.
PRESSÃO SANGUÍNEA ELEVADA	Historia de pressão sanguínea elevada ou elevação da pressão na observação.

PRIAPISMO	Ereção sustentada do pênis.
PROLAPSO DO CORDÃO UMBILICAL	Deslocamento de qualquer parte do cordão umbilical pelo do colo uterino.
PROBLEMA RECENTE	Um problema que aparece no decorrer da última semana é considerado como um problema recente.
PROSTRADO	Os pais poderão descrever seus filhos como “molengões”. O tônus é em geral reduzido - o sinal mais notável é o movimento da cabeça.
PRURIDO GRAVE	Sensação desagradável que leva a pessoa/indivíduo a se coçar. Um prurido insuportável.
PULSO	Se o tempo de preenchimento capilar não for medido e o pulso for superior a 120bpm por min., a pessoa será classificado de cor vermelha.
PULSO ANORMAL	Bradycardia (< 60 bpm), taquicardia (> 120bpm) ou ritmo irregular.
PÚRPURA	Exantema em qualquer parte do corpo causado por pequenas hemorragias subcutâneas. Um exantema purpúreo não fica esbranquiçado (não se torna branco) sob pressão.
QUEIMADURA QUÍMICA	Qualquer substância que salpique, ou seja, colocada no corpo que cause sensação de picada, queimaduras ou dor deve presumir-se ter sido causado por queimadura química.
QUENTE	Se a pele estiver quente, diz-se que a pessoa se encontra clinicamente quente. Diz se que a pessoa está quente quando apresenta temperatura $\geq 38,5^{\circ} \text{C}$ . Ver página 17.
REAÇÃO DA DOR	Reação ao estímulo da dor. Os estímulos periféricos normais devem ser utilizados - é usado um lápis ou uma caneta para aplicar pressão no leito da unha. Estes estímulos não devem ser aplicados nos dedos dos pés visto que o reflexo espinhal poder causar flexão mesmo na morte cerebral. Não devem ser utilizados os nervos supra orbitários devido a possibilidade de ocorrerem reflexos faciais com contração ou trejeito do rosto (caveta).
REAÇÃO À VOZ	Reação ao estímulo verbal. Não é necessário gritar nomes. As crianças poderão não reagir devido ao medo.
REAVALIAR	Se não houve a certeza quanto à existência de grande traumatismo é necessário reavaliar e pesquisar uma vez mais antes de reclassificar.

RESPIRAÇÃO APÓS ABERTURA DA VIA AÉREA	Em situações de incidentes importantes, a presença da respiração após uma simples manobra de abertura da via aérea resultará no retorno da respiração espontânea e poderá ser contada. A ausência da respiração após a manobra de abertura da via aérea poderá ser indicativo de parada cardiopulmonar ou morte.
RESPIRAÇÃO INEFICAZ	A pessoa/indivíduo que não consegue respirar suficientemente bem para manter uma oxigenação adequada sofre de respiração ineficaz. Poderá resultar num esforço aumentado para respirar ou em exaustão.
RETENÇÃO URINÁRIA	Incapacidade de urinar com distensão da bexiga.
RISCO DE AGRESSÃO A TERCEIROS	A possibilidade de uma pessoa tentar agredir outros. Esta situação pode ser avaliada considerando o estado mental, a postura corporal e o comportamento. Quando em dúvida, presumir alto risco.
RISCO DE AUTO-AGRESSÃO	Uma visão inicial do risco de auto-agressão pode ser formada considerando o comportamento da pessoa. As pessoas que apresentam histórias significativas de auto-agressão, estão tentando auto-agredir-se ou que estão tendo a intenção de se auto-agredir são doentes de alto risco.
RISCO MODERADO DE AGRESSÃO A TERCEIROS	A presença de um risco potencial de agressão a terceiros poderá ser medida observando a postura (tensa e rígida), padrões de conversação (voz alta e palavras ameaçadoras) e comportamento motor (nervosismo e andar sem parar).
RISCO MODERADO DE AUTO-AGRESSÃO	Uma visão inicial do risco de auto-agressão poderá ser formada tendo em conta o comportamento da pessoa/indivíduo. As pessoas que não apresentam histórias significativas de auto-agressão, que não tentam ativamente auto-agredir ou não tentam ativamente ter a intenção de se auto-agredir, mas que confessam o desejo de se auto-agredir, são pessoas de risco moderado.
RISCO DE NOVAS AUTO-AGRESSÕES	Pessoa que potencialmente tenta agredir-se mais. Quando em dúvida, presumir alto risco.
SANGUE ALTERADO	Mais escuro que o sangue vermelho vivo e frequentemente com um odor parecido à melena.
SANGUE FRESCO	Sangue não alterado- prontamente identificado pelas pessoas e profissionais da saúde.
SATO <sub>2</sub> BAIXO	Uma saturação <95% em ar atmosférico.
SAO <sub>2</sub> MUITO BAIXO	Uma saturação <95% com a terapêutica O <sub>2</sub> ou 90% em ar atmosférico.

<b>SEM REAÇÃO</b>	Pessoas que não respondem mais aos estímulos verbais ou dolorosos são consideradas sem reação.
<b>SEM REAÇÃO EM RELAÇÃO AOS PAIS</b>	A falta de qualquer tipo de reação à cara ou a voz dos pais. Reações anormais e uma aparente falta de reconhecimento dos pais são sinais preocupantes.
<b>SINAIS DE DESIDRATAÇÃO</b>	Incluindo secura da língua, olhos afundados turgor cutâneo aumentado e, em bebês, a fontanela anterior afundada. Habitualmente associada a uma diminuição do débito urinário.
<b>SINAIS DE DOR MODERADA</b>	Jovens, crianças e bebês com dor moderada não sabem se queixar. Habitualmente, choram contínua e intermitentemente e são ocasionalmente consoláveis.
<b>SINAIS DE DOR SEVERA</b>	Jovens, crianças e bebês com dores severas não sabem queixar. Habitualmente, choram contínua e inconsolavelmente podendo apresentar taquicardia. Poderão exibir sinais como palidez e sudorese.
<b>SINAIS DE MENINGISMO</b>	Classicamente, pescoço rígido concomitante com cefaléia e fotofobia.
<b>SINAIS NEUROLÓGICOS FOCAIS</b>	Perda de função limitada a uma parte específica do corpo (membro, lado, olho, etc.) ou perda de função que piora com o decorrer das horas.
<b>SUB-FEBRIL (FEBRÍCULA)</b>	Diz-se que um adulto ou uma criança está sub-febril, quando a temperatura é $\geq$ a 37,5°C. Ver página 17.
<b>T.C.E. - TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO</b>	Qualquer acontecimento traumático envolvendo a cabeça preenche este critério.
<b>TAQUICARDIA ACENTUADA</b>	Frequência cardíaca acima de 120bpm no adulto. Em crianças esta situação deverá ser relacionada com a idade da criança.
<b>TEMPO DE PREENCHIMENTO CAPILAR</b>	O tempo de preenchimento capilar é o tempo que leva para os capilares do leito ungueal voltarem a encher após ter sido aplicada uma pressão de cinco segundos. O tempo normal é de dois segundo. Este sinal não é tão útil se o doente estiver frio.
<b>TOTALMENTE ATRIBUÍVEL AO ÁLCOOL</b>	Uma história clara de ingestão de álcool e a exclusão completa de todas as outras causas de sintomas e sinais.
<b>TRABALHO RESPIRATÓRIO AUMENTADO</b>	O aumento do esforço para respirar é demonstrado como frequência respiratória aumentada, uso de músculos acessórios e ressonar.

TRAUMA DIRETO DA REGIÃO CERVICAL	Poderá ser vertical (carga), por exemplo quando algo cai sobre a cabeça, por flexão se dobra (para a frente, para trás, para os lados), por torção, distensão (enforcamento).
TRAUMA ESCROTAL	Qualquer evento recente fisicamente traumático, envolvendo a bolsa escrotal.
TRAUMATISMO DIRETO DA REGIÃO LOMBAR	Poderá ser vertical (carga), por exemplo, quando alguém cai de pé, se dobra (para a frente, para trás ou para os lados), ou por torção.
TRAUMATISMO OCULAR PENETRANTE	Um evento recente fisicamente traumático envolvendo penetração do globo ocular.
TRAUMATISMO PENETRANTE	Um evento recente fisicamente traumático que envolva uma penetração discreta de qualquer aérea corporal por meio de faca, bala ou outro objeto.
TRAUMATISMO VAGINAL	Qualquer história ou outras provas de traumatismo direto da vagina, preenche este critério.
TRTS	Escala Revista de Triagem no Trauma: calcula-se utilizando a frequência respiratória codificada (0-4), pressão sistólica (0-4) e a pontuação da Escala de Coma Glasgow (0-4) para se obter uma pontuação de 0-12. Este sistema de pontuação aparece na maioria das etiquetas de triagem.
VERTIGEM	Sensação aguda na qual a pessoa tem a sensação de uma tontura ou tontura rotatória, possivelmente acompanhado de náuseas e vômitos.
VIA AÉREA FECHADA	As pessoas ficam incapacitadas de respirar, com a via aérea fechada. Se encontrarem apnéicos, a única forma de se verificar se a via aérea se encontra fechada é abri-la e observar o resultado.
VIA AÉREA INSEGURA	As pessoas que não conseguem manter continuamente a sua própria via aérea pérvia demonstram ter uma via aérea insegura.
VÔMITOS	É a expulsão do conteúdo gástrico pela boca. Qualquer vômito preenche este critério.
VÔMITOS PERSISTENTES	É a expulsão do conteúdo gástrico pela boca de maneira constantes.



Ministério da  
**Saúde**



**RET-SUS**  
Rede de Escolas Técnicas do SUS

