

## PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM ATENDIMENTO EMERGENCIAL: SUBSÍDIOS PARA O ACOLHIMENTO ÀS VÍTIMAS\*

Elis Martins Ulbrich<sup>1</sup>, Maria de Fátima Mantovani<sup>2</sup>, Anice de Fátima Balduino<sup>3</sup>, Bruna Karoline dos Reis<sup>4</sup>

**RESUMO:** Este estudo é de natureza descritiva exploratória e teve o objetivo de propor protocolos de atendimento de enfermagem a partir da identificação dos motivos de demanda e da caracterização do perfil das vítimas acolhidas no setor de triagem de um Pronto Socorro. A amostra constituiu-se de 203 fichas de atendimento do mês de março de 2008 que, analisadas descritivamente, serviram de base para o estabelecimento de protocolos. O resultado demonstra média de idade de 39 anos, e os mecanismos de trauma foram quedas e acidentes de trânsito. Os atendimentos triados foram avaliação da dor e retorno, primeiro atendimento, gesso e infecção. A distribuição das vítimas e classificação de risco permaneceu na cor verde, ou seja, paciente não crítico, em observação ou aguardando vaga, perfazendo 65% da atenção ao trauma. Sugere-se a realização de outros estudos baseados na atual política institucional, em processo de adequação à proposta ministerial.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acolhimento; Enfermagem; Serviços médicos de emergência.

## EMERGENCY NURSING CARE GUIDELINES: SUBSIDIES FOR VICTIMS ADMISSION

**ABSTRACT:** This is a descriptive and exploratory research which aimed to propose emergency nursing care guidelines from the demand identification and the characterization of the victim's profile admitted to the triage sector at an Emergency Unit. The sample consisted of 203 patient records of treatments performed on March 2008. Through descriptive analysis, the records served as a basis for the guidelines development. Results show that the age of the victims was of 39 years on average, trauma mechanisms were falls and traffic accidents. The demand of treatment was for pain assessment, return of the first consultation, plaster and infection. Victims distribution and risk classification remained on the green color (non critical patient, need of monitoring or waiting for inpatient care vacancy), accounting to 65% of the demand for trauma treatment. The development of other studies based on the current institutional policy, which is in process of the federal policy compliance is suggested.

**KEYWORDS:** Admission; Nursing; Emergency medical care.

## PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN ATENDIMIENTO DE EMERGENCIA: SUBSÍDIOS PARA EL ACOGIMIENTO A LAS VÍCTIMAS

**RESUMEN:** Este estudio es de naturaleza descriptiva exploratoria y tuvo el objetivo de proponer protocolos de atendimiento de enfermería a partir de la identificación de los motivos de demanda y de la caracterización del perfil de las víctimas acogidas en el sector triage de un Pronto Socorro. La muestra se constituyó de 203 fichas de atendimiento del mes de marzo de 2008 que, analizadas descriptivamente, sirvieron de base para el establecimiento de protocolos. El resultado demuestra media de edad de 39 años, y los mecanismos de trauma fueron caídas y accidentes de tránsito. Los atendimientos triados fueron evaluación del dolor y retorno, primer atendimiento, yeso e infección. La distribución de las víctimas y clasificación de riesgo permaneció en el color verde, o sea, paciente crítico, en observación o aguardando vaga, concluyendo 65% de la atención al trauma. Se sugiere la realización de otros estudios basados en la actual política institucional, en proceso de adecuación a la propuesta ministerial.

**PALABRAS CLAVE:** Acogimiento; Enfermería; Servicios médicos de emergencia.

\*Artigo extraído da Monografia de Conclusão do Curso “O Acolhimento de Enfermagem na Triagem em Emergência”, apresentada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná-UFPR.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na UFPR. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto-GEMSA, do Departamento de Enfermagem da UFPR.

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFPR. Membro do GEMSA.

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Membro do GEMSA.

<sup>4</sup>Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPR. Membro do GEMSA.

Autor correspondente:

Elis Martins Ulbrich

Universidade Federal do Paraná

Rua Padre Camargo, 280 - 80060-240 - Curitiba-PR, Brasil

E-mail: lilaulbrich@yahoo.com.br

Recebido: 18/09/09

Aprovado: 04/05/10

## INTRODUÇÃO

O protocolo de enfermagem, aliado à classificação de risco, pode subsidiar o desenvolvimento das intervenções de enfermagem, de forma sistematizada e organizada, no acolhimento emergencial às vítimas, com segurança e qualidade, garantindo agilidade e a integralidade do atendimento.

Deste modo, o acolhimento com classificação de risco é uma proposta do Ministério da Saúde mediante a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS). Nessa política, a equipe enfermagem tem um papel relevante à medida que participa de intervenções concernentes à triagem de vítimas em situação de emergência.

A implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) como sugestão para enfrentar os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS), aliando-os aos princípios deste, principalmente o da universalidade do acesso, prevê serviços de saúde a todos os cidadãos, e responsabiliza as instâncias públicas pela saúde das pessoas<sup>(1)</sup>. Nesse sentido, a inadequação dos serviços, a demora no atendimento, o encaminhamento incorreto, entre outros, são situações que deverão ser alteradas com a contribuição das diretrizes do acolhimento, que priorizam o atendimento com qualidade e participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

O Ministério da Saúde define acolhimento como

recepção ao usuário, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário<sup>(2:35)</sup>.

A proposta de acolhimento, segundo o Ministério da Saúde, deve ser implantada em serviços de saúde, os quais terão a função de compatibilizar o atendimento entre a demanda programada e a não-programada; além de desenvolver atividades de acolhimento: na comunidade, nas unidades de urgência por meio da classificação de risco, nas unidades de atenção especializada e nas centrais de regulação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, garantindo a prioridade à vítima que necessite de agilidade diagnóstica<sup>(2)</sup>.

Em relação à emergência, sabe-se que há um grande fluxo das vítimas para os hospitais, o qual é determinado pela procura espontânea, que resulta numa

superlotação dos Prontos Socorros e das Salas de Atendimento, consequentemente levando a baixa qualidade da assistência prestada<sup>(3)</sup>. Existem alguns parâmetros para a implantação de ações no que tange ao atendimento de urgência e emergência nos serviços de Pronto Socorro, como exemplo, a demanda acolhida por critérios de avaliação de risco e a definição de protocolos clínicos<sup>(4)</sup>. Isto possibilita que a assistência seja prestada de acordo com os diferentes graus de necessidades ou sofrimento, e não mais de forma impessoal e nem por ordem de chegada.

Para atingir os objetivos do PNH, existem alguns pré-requisitos preconizados pelo Ministério da Saúde que são: estabelecer protocolos de atendimento e classificação de risco; qualificar as equipes de acolhimento; possuir sistema de informações para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos; quantificar os atendimentos diários, o perfil da clientela e horários de pico; e também adequar a estrutura física e logística das áreas de emergência e pronto atendimento<sup>(1,4)</sup>.

Dessa forma, é necessário dividir estas unidades de urgências e emergências por nível de complexidade, otimizando os recursos tecnológicos e a força de trabalho da equipe, conforme a necessidade da vítima. Assim, a classificação de risco é definida por coloração da área<sup>(5:24)</sup> como:

- Vermelha: deve estar devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas.
- Amarela: área destinada à assistência de vítimas críticas e semicríticas já com terapêutica de estabilização iniciada.
- Verde: acolhe vítimas não críticas, em observação ou internadas aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.
- Azul: recebe as vítimas de atendimento de consultas de baixa e média complexidade. Área de acolhimento com fluxo obrigatório na chegada.

Assim, quando a vítima procurar os Serviços de Urgências e Emergências deverá ser acolhida, considerada como fase inicial do serviço, pois é baseada na queixa da vítima ou observação da equipe que encaminhará os casos para a classificação de risco pelo enfermeiro<sup>(5)</sup>.

Os serviços de saúde estão se adequando à PNH, e então se questiona: quais aspectos o enfermeiro deve observar para adequar as diretrizes de acolhimento com a classificação de risco proposta preconizada pelo Ministério de Saúde? Diante dessa questão norteadora, o objetivo deste estudo foi propor protoco-

los de atendimento de enfermagem na triagem da vítima atendida no Serviço de Pronto Socorro de um hospital público do Município de Curitiba, a partir da identificação dos motivos de demanda e da caracterização do perfil das vítimas.

## METODOLOGIA

A pesquisa é de natureza descritiva e exploratória, realizada no Serviço de Pronto Socorro de um Hospital Público Universitário do Município de Curitiba. O estudo foi desenvolvido em duas etapas: a primeira consistiu em um levantamento e análise das fichas de atendimento na triagem, do mês de março de 2008, para identificação e caracterização da população atendida, e uma segunda etapa em que, após análise dos dados, foram estabelecidos protocolos de atendimento, tomando por base os encaminhamentos realizados.

Durante esse período, foram triados aproximadamente 600 vítimas, e para a composição da amostra foram selecionadas somente as fichas de vítimas que adentraram ao Pronto Socorro pela triagem ou como retorno, com idade igual ou superior a 18 anos, o que correspondeu a 203 vítimas.

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento elaborado pelas pesquisadoras, constando a hora de entrada e de saída na unidade de atendimento, idade, sexo, motivo da procura, mecanismo de trauma, tipo de acidente, encaminhamento e a classificação de risco, esta realizada pelos pesquisadores.

Após a coleta, os dados foram organizados e armazenados em um banco de dados do programa Microsoft Office Excel 2003. Posteriormente, os dados foram tabulados, gerando estatísticas percentuais da amostra. As variáveis de interesse foram cruzadas e apresentadas em tabelas. Após, foram elaborados os protocolos para o atendimento, de acordo com os resultados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde, em fevereiro de 2008, sob o número 0056.0.000.091-08.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre as 203 vítimas, 56 foram triadas pelo enfermeiro e, dessas, 41 foram encaminhadas para outros Serviços de Saúde, sendo 9 encaminhadas para o ambulatório do próprio hospital, e duas fizeram somente a ficha e não aguardaram o atendimento, casos

considerados como evasão; não registraram horário de saída e não havia informação se os pacientes haviam recebido atendimento médico ou não.

A amostra do estudo contou com 35% de mulheres e 65% de homens. O sexo masculino, predominante na amostra, tende a apresentar comportamento de risco, possível causador de acidentes. Com o passar da idade, existe uma inversão dessa predominância de sexo, pois na velhice há incidência maior entre mulheres, visto que os traumas estão relacionados à osteoporose, devido à menopausa<sup>(6)</sup>. O fato foi observado neste estudo, conforme observado na tabela 1.

A média de idade das vítimas foi de 39 anos. Essa faixa etária também foi encontrada em outros estudos<sup>(7)</sup> e corresponde a mais da metade das internações. Esse fato<sup>(6)</sup> se deve à multiplicação da violência e quantidade de veículos automotores, principalmente em cidades de grande porte, atingindo fatalmente a população de até 39 anos, o que se torna um problema grave de saúde pública.

Quando à idade e sexo das vítimas (Tabela 1), percebe-se que a maior concentração está na faixa entre 18 e 29 anos e do sexo masculino, com 40,20%. Este dado corrobora com a literatura ao se verificar as faixas etárias mais jovens com maior envolvimento em acidentes de trânsito, de recreação ou esportivos, sendo que até 32 anos as vítimas são consideradas adolescentes e adultos jovens<sup>(6)</sup>. Dessa forma, ressalta-se que este intervalo de idade corresponde à população economicamente ativa, tornando-se um fator preocupante, pois gera afastamentos do trabalho, perda produtiva temporária ou permanente, caracterizando-se como um problema de saúde pública, social e econômico acentuado<sup>(6)</sup>.

Entre os mecanismos de trauma, que demanda-

Tabela 1 - Frequência (absolutas e relativas) de caracterização das vítimas atendidas no Pronto Socorro, segundo idade e sexo. Curitiba, 2008.

Idade	F	M	Total	%
18 - 29	19	62	81	40,20
30 - 39	11	23	34	16,67
40 - 49	11	23	34	16,67
50 - 59	14	9	23	11,27
>60	17	13	30	14,71
<b>Total*</b>	<b>72</b>	<b>131</b>	<b>202</b>	<b>99,52</b>

\*Excluído 1 instrumento no qual não havia anotação de idade.

ram a procura por atendimento, observa-se que as

quedas foram o principal motivo com, 29,06%. Essas incluem 52,54% de quedas de mesmo nível, 22,03% de outro nível e 27,11% relacionadas a veículo automotor. No Brasil, em 2007, houve 8.318 mortes decorrentes de quedas, ocupando o segundo lugar entre os motivos de internação<sup>(8)</sup>. Ainda, verifica-se os acidentes de trânsito com 21,18%, um evento complexo, pois envolve falhas humanas, do veículo e ambientais<sup>(9)</sup>. Alguns desses fatores são decorrentes de atitude imprudente como manobras arriscadas, uso de álcool e drogas, velocidade excessiva e cansaço, assim como as influências climáticas, vias e sinalização inadequadas e falta de manutenção dos veículos (Tabela 2).

Tabela 2 - Frequência (absolutas e relativas) de distribuição das vítimas atendidas no Pronto Socorro, segundo mecanismo de trauma e sexo. Curitiba, 2008

Mecanismo	M	%	F	%	Total	%
Queda	33	56	26	44	59	29,06
Acidente de Trânsito	31	72	12	28	43	21,18
Agressão	16	84,2	3	15,8	19	9,35
Choque Contra Objeto	18	85,7	3	14,3	21	10,34
Clínico Cirúrgico	9	56,25	7	43,75	16	7,88
Torção/Esforço Físico	7	77,8	2	22,2	9	4,43
Acidente com Perfurocortante	4	66,6	2	33,4	6	2,96
Esmagamento	4	100,0	0	00,0	4	2,00
Outros	9	34,6	17	65,4	26	12,80
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>65</b>	<b>72</b>	<b>35</b>	<b>203</b>	<b>100,00</b>

Os motociclistas são as principais vítimas, atribuindo ao aumento do uso de motocicletas como instrumento de trabalho, pois os fatores que contribuem com essa ocorrência são as longas jornadas de trabalho no trânsito intenso das capitais, assim como a relação tempo *versus* produtividade<sup>(10)</sup>.

Os motivos de procura ao serviço variaram. Houve predominância de vítimas que chegam ao serviço para avaliação da dor, corroborando com estudos que evidenciam algia abdominal em 29% dos casos, torácica em 9% e lombar em 7%<sup>(11)</sup>. Salienta-se que a dor causa efeitos nocivos ao organismo e é comum em vítimas de trauma<sup>(12)</sup>. Contudo, a dor é importante elemento de avaliação pelo enfermeiro que realiza triagem (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequência (absolutas e relativas) de distribuição das vítimas atendidas no Pronto Socorro, segundo o motivo de procura do serviço, . Curitiba, 2008.

Motivo	Número	%
Avaliação da dor	77	37,96
Avaliação do retorno	72	35,46
Primeiro atendimento	25	12,31
Gesso	16	7,88
Infecção	11	5,41
<b>Total*</b>	<b>201</b>	<b>99,02</b>

\*Excluídos 2 casos de evasão.

Para classificar a vítima conforme a proposta do Ministério da Saúde, o Serviço de Pronto Socorro, após a triagem, a encaminha a diferentes áreas de atendimento, identificadas por cores. A área azul corresponde ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade, área de acolhimento com fluxo obrigatório na chegada; a área verde é destinada às vítimas não críticas, em observação ou internados; a área de cor amarela é considerada de observação, na qual se realiza assistência às vítimas críticas e semicríticas com estabilização iniciada; e a área vermelha é equipada e destina-se a receber, avaliar e estabilizar as vítimas graves<sup>(1)</sup>.

Ao analisar a amostra deste estudo, foi possível classificar as vítimas que foram somente triadas ou que receberam atendimento pelo enfermeiro, destinadas à área de cor azul, e os que receberam atendimento médico no setor verde, sendo que não constava nas fichas se as vítimas haviam ou não ficado em observação. Portanto, foram considerados os que receberam atendimento médico, independente de serem consultas de baixa ou média complexidade, como no caso de vítimas não críticas.

Comparando-se as variáveis idade e sexo com a classificação de risco, percebe-se que a maioria (64%) se enquadra na classificação verde, a qual, segundo o Ministério da Saúde, é prioridade não urgente<sup>(1)</sup>. Ainda, os 36% com a classificação azul correspondem a consultas de baixa e média complexidade, sendo que essas, após atendimento na instituição em estudo, são encaminhadas para as Unidades de Saúde, ou levam à realização de ações pelo enfermeiro do Serviço. Nesse caso, trata-se de intervenções de enfermagem, como a troca de curativo, sondagem vesical e orientações. Na compilação dos dados, foram desconsiderados dois casos de evasão (Tabela 4):

Tabela 4 - Frequência (absolutas e relativas) de distribuição das vítimas atendidas no Pronto Socorro, conforme sexo, idade e classificação de risco. Curitiba, 2008.

Classificação de Risco			Total Geral	%
Sexo	Idade	Verde	Azul	
M	18 - 29	38	25	63 31,34
F	18 - 29	12	7	19 9,45
M	30 - 39	12	8	20 9,45
F	30 - 39	7	4	11 5,47
M	40 - 49	18	5	23 11,44
F	40 - 49	6	5	11 5,47
M	50 - 59	6	3	9 4,48
F	50 - 59	12	3	15 7,46
M	> 60	7	6	13 6,47
F	> 60	13	4	17 8,46
<b>Total*</b>		<b>131</b>	<b>70</b>	<b>201 99,49</b>

\*Excluídos 2 casos de evasão.

Diante desses resultados, foi possível elaborar protocolos de atendimentos de enfermagem para as vítimas com queixa de dor, suposta infecção e necessidade do primeiro atendimento, para que de acordo com a PNH haja agilidade no atendimento em função do risco. Os protocolos de atendimento, na forma de fluxograma, estão apresentados como apêndice (figuras 1, 2 e 3).

## CONCLUSÕES

Neste estudo percebe-se que a maior concentração de procura a atendimento em pronto-socorro é na faixa de 18 a 29 anos e do sexo masculino, com 40,20%, sendo os motivos mais comuns a dor, retorno, primeiro atendimento, gesso e infecção.

Esta pesquisa proporcionou visualizar como era realizado o processo de triagem de vítimas no Hospital em estudo, visto que durante o mês de abril de 2008 os enfermeiros implantaram a Política de Acolhimento. Deste modo, sugere-se que outros estudos sejam realizados para observação das mudanças que ocorreram neste processo de triagem para a acolhida, já que essa visa minimizar o tempo de espera para o atendimento e que os protocolos de atendimento de enfermagem, desenvolvidos neste estudo, sejam testados para sua implementação.

Considera-se de ampla importância este processo, pois assim será possível diminuir a sobrecarga de serviço, fazendo com que as vítimas sejam encaminhadas corretamente para o lugar que deve atendê-los.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Santos JS, Scarpolini S, Brasileiro SLL, Ferraz C, Dallora MLV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. Medicina. 2003;(36):498-515.
4. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: ambientes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização - documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Braga Júnior MB, Chagas Neto FA, Porto MA, Barroso TA, Lima ACM, Silva S, et al. Epidemiologia e grau de satisfação da vítima de trauma músculo-esquelético atendida em hospital de emergência da rede pública brasileira. Acta Ortop Bras. 2005;13(3):137-40.
7. Batista, SEA, Baccani JG, Silva RAP, Gualda KPF, Vianna Júnior RJA .Análise comparativa entre os mecanismos de trauma, as lesões e o perfil de gravidade das vítimas, em Catanduva – SP. Rev Col Bras Cir. 2006;33(1):6-10.
8. Ministério da Saúde (BR). DataSUS. Indicadores de mortalidade e internações. 2007 [acesso em 14 set 2009]. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/>
9. Oliveira NLB, Sousa RMC. Retorno à atividade produtiva de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito. Acta Paul Enferm. 2006;19(3):284-9.
10. Bastos YGL, Andrade SM, Soares DA. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil, 1997/

2000. Cad Saúde Pública. 2005;21(3):815-22.
- Curitiba (PR):Universidade Federal do Paraná; 2002.
11. Paula GGF. Proposta de triagem para a demanda de atendimento clínico em um pronto-socorro [monografia].
12. Calil AM, Pimenta CAM, Birolini D. The “oligoanalgesia problem” in the emergency care. Clinics. 2007;62(5):591-8.

## APÊNDICE

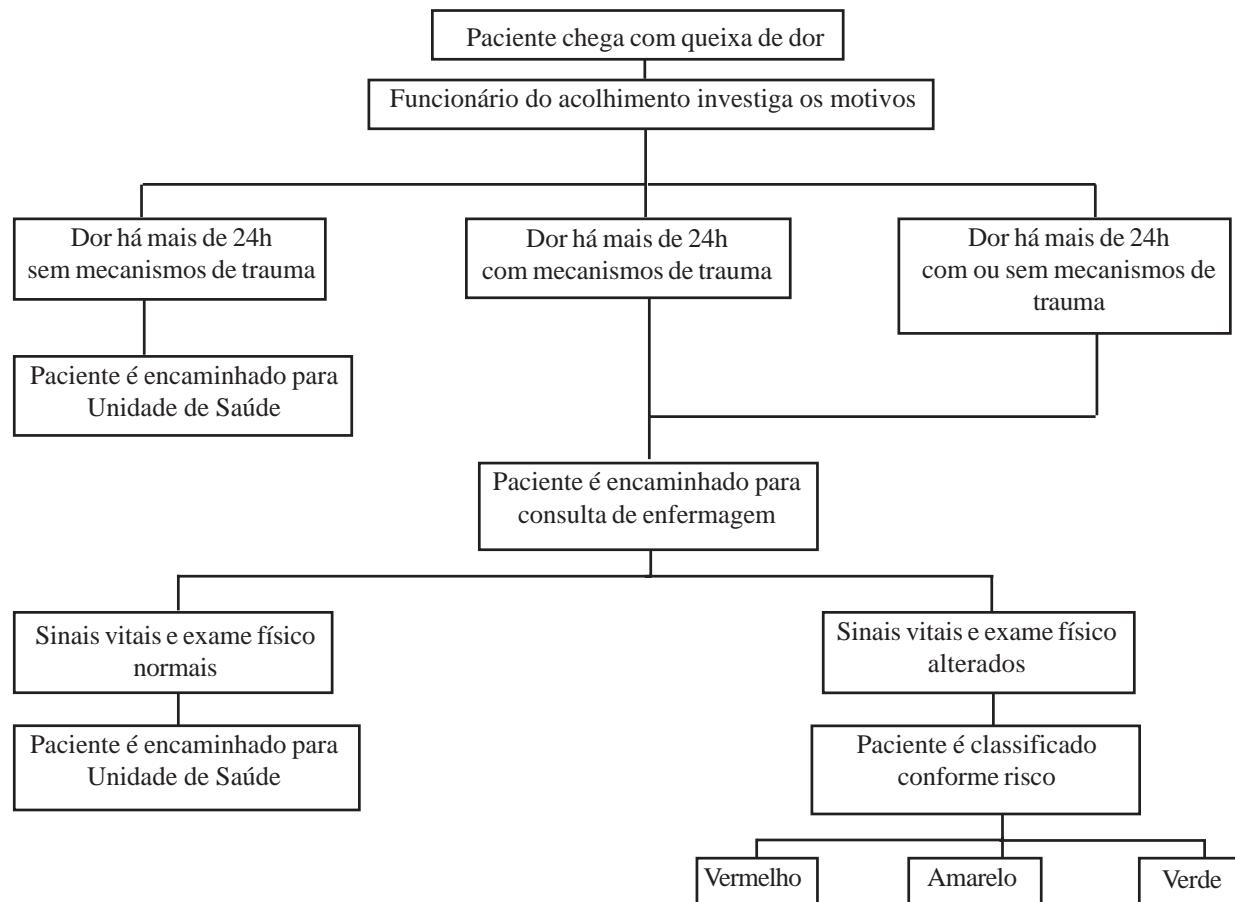


Figura 1- Protocolo para avaliação de dor. Curitiba, 2008.

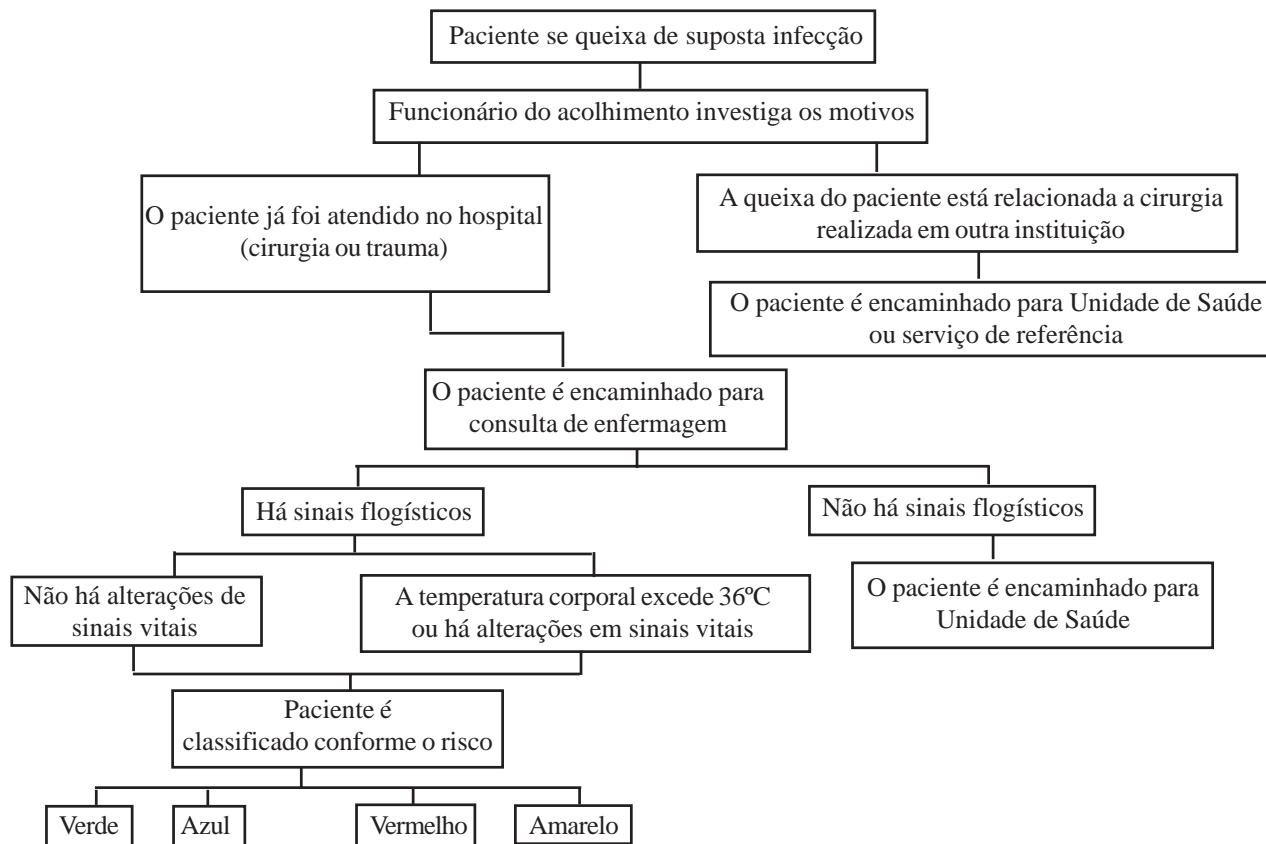


Figura 2 - Protocolo de investigação para suposta infecção. Curitiba, 2008.

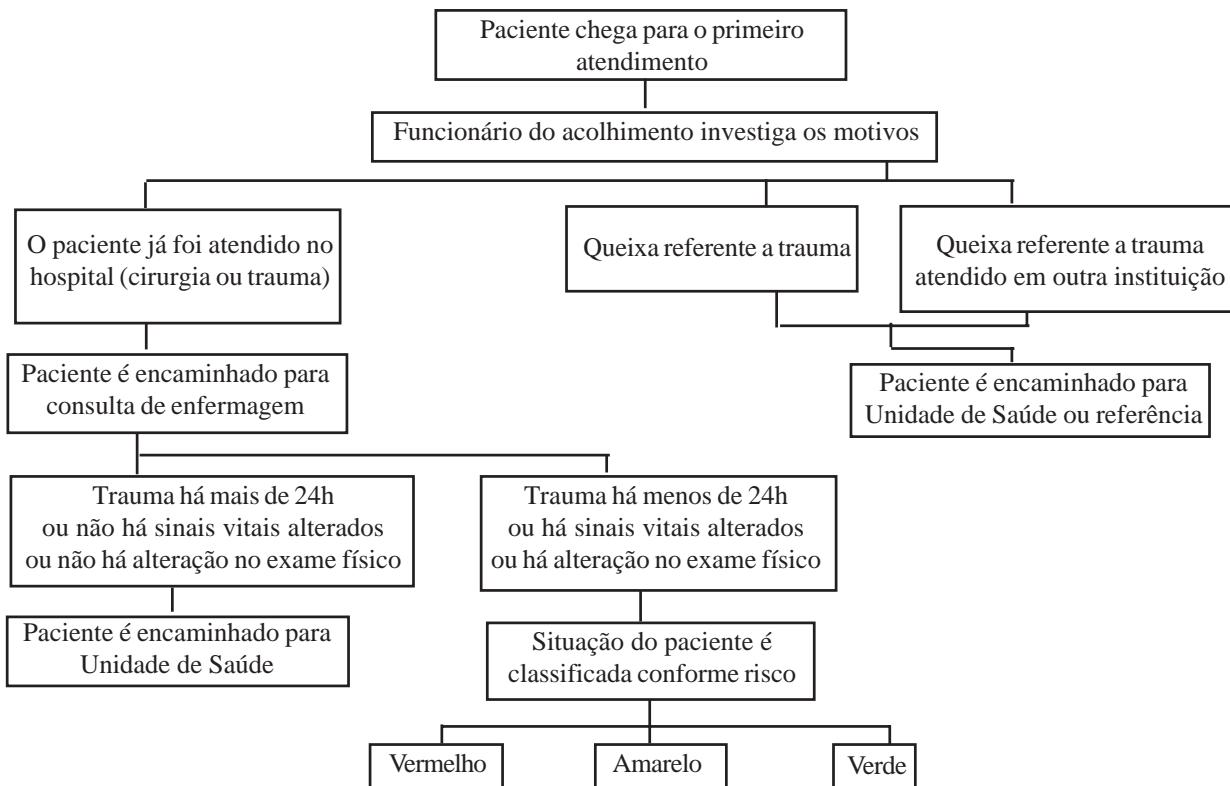


Figura 3 - Protocolo para primeiro atendimento em Pronto Socorro. Curitiba, 2008.