

ESTUDO SOBRE A TRIAGEM NO  
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA  
REVISÃO DA LITERATURA

*Denise P. Loureiro Chaves\*\**

*Marcus Vinicius A. Macêdo\*\**

*Maurelize da Silva\*\**

*Sandra R. Soares Ferreira\*\**

*Sônia Pannebecker\*\**

RESUMO: O presente estudo compreende uma revisão bibliográfica sobre triagem de pacientes em um serviço de emergência, enfocando os conceitos existentes sobre o atendimento de emergência, o processo de triagem e a importância do exame inicial das condições do paciente.

## I. INTRODUÇÃO

Durante as últimas décadas, houve um aumento constante na utilização pelo público dos serviços hospitalares de emergência. Isto se deve, em grande parte, ao incremento populacional que tem se verificado nos centros urbanos, expondo os seus membros, que constituem em sua maioria uma população economicamente ativa, aos maiores fatores de risco, como acidentes de trabalho e de vias públicas.

Considerando a frequência com que as emergências médicas ocorrem e causam óbito ou incapacitação do indivíduo, cresceu a importância do estudo do serviço de emergência. Outros fatores incentivaram o interesse pela área: a dificuldade para prevenir as situações de emergência e o grande potencial de recuperação que encerram quando não convenientemente atendidas.

Em nosso trabalho, tratamos de determinar os conceitos existentes sobre o atendimento de emergência, a triagem como parte integrante desta

---

\* Trabalho apresentado para conclusão da disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto III, orientada pelas professoras Maria Isabel P.P. Coelho e Míriam de Abreu Almeida.

\*\* Alunos do 7º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS.

assistência e ainda os aspectos básicos na avaliação inicial das condições do paciente.

A idéia da realização deste trabalho surgiu a partir da observação do atendimento num hospital de emergências de Porto Alegre, durante o período de estágio da disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto III, da Escola de Enfermagem da UFRGS, e tem como objetivos:

- Realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a triagem de pacientes em serviço de atendimento de emergência.
- Identificar os aspectos básicos da execução do processo de triagem em um serviço de atendimento em emergências.

## II. REVISÃO DA LITERATURA

### 1. Atendimento de Emergência

Segundo LÓPEZ<sup>12</sup>, a medicina destinada ao tratamento de doentes graves e agudos, compreende o tratamento de emergência e tratamento intensivo. Neste trabalho abordamos o tratamento de emergência e mais especificamente, o atendimento de emergência a nível hospitalar.

STROZZI et alii<sup>18</sup>, relatam que "o conceito de emergência, por mais amplo e diversificado que seja, implica sempre em situação crítica, em dificuldade súbita onde o indivíduo tem sua vida ameaçada por fatores adversos".

Para a COMISSÃO ESPECIAL DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE HOSPITAIS apud STROZZI et alii<sup>18</sup>, serviço de emergência significa "as facilidades e serviços existentes especificamente para o atendimento de pacientes vindos ao hospital para tratamento das condições determinadas clinicamente ou consideradas pelo paciente ou seu representante como exigindo assistência médico-hospitalar imediata".

O MINISTÉRIO DA SAÚDE citado por STROZZI et alii<sup>18</sup>, considera como unidade de emergência "aquela que compreende um conjunto de elementos que tem como finalidade o atendimento imediato ao paciente, cuja permanência na unidade não deve ultrapassar de 48 horas".

Já a ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE apud STROZZI et alii<sup>18</sup>, descreve a "unidade de emergência como aquela unidade do hospital para a assistência de pacientes externos, destinado a prover serviços médicos requeridos com caráter de urgência para prolongar a vida ou prevenir conseqüências críticas, os quais devem ser proporcionados imediatamente".

LÓPEZ<sup>12</sup> considera que um grande número de indivíduos que tem óbito decorrente de situações de emergência "poderia ser salvo se os conhecimentos e a tecnologia, atualmente disponíveis para o atendimento destas condições, fossem corretamente aplicados em seus portadores desde o local em que elas concorrem, durante o transporte, até a admissão ou internação no hospital".

Os autores consultados<sup>12,18</sup> são unânimes em afirmar que o atendimento das emergências continuam precários devido a diversos fatores que impossibilitam ou os tornam menos eficientes, como por exemplo: a elaboração e execução de programas de atendimento são muito complexos e requerem uma disponibilidade de recursos humanos e materiais superiores aos existentes na grande maioria das comunidades; o treinamento do pessoal que atende o paciente (médico, de enfermagem e leigo), especialmente durante as fases iniciais da ocorrência geralmente é insatisfatório em relação à aspectos básicos como ressuscitação, manutenção das funções vitais, controle de hemorragias externas, estabilização de fraturas, transporte e reconhecimento de prioridades; os conhecimentos públicos quanto à identificação da presença de uma emergência médica e dos locais mais adequados para mantê-los são precários e concorrem de modo evidente para o retardo no início do atendimento satisfatório.

Quanto à importância da infra-estrutura na prestação de um bom atendimento de emergência, CLUE & INGLIS citado por MENDES<sup>13</sup> salientam dizendo que "um bom serviço de emergência deve assegurar pronto atendimento ao paciente e alta produtividade e, para tanto, são imprescindíveis algumas características básicas como: boxes e espaços adequados destinados a tratamentos rotineiros e especiais, para tratamento de cardíacos e para outros pacientes em observação; centralização dos serviços de enfermagem com visores para os boxes de observação; flexibilidade para acomodar grande número de pacientes que aguardam resultados; conveniente sistema de comunicação".

LÓPEZ<sup>12</sup>, considera que com a experiência de trabalho nas salas de emergência se comprova que somente uma minoria de pacientes atendidos nestas salas é realmente portador de condições agudas e muito graves e a grande maioria dos pacientes pertencem a categorias de rotina e, desse modo não necessitariam de observação constante ou de tratamento imediato. O autor afirma ainda, que o atendimento desse grande número de doentes, considerados rotina, repercute de modo desfavorável no funcionamento dos serviços de emergência, que geralmente apresentam uma capacidade de atendimento limitado pela escassez de recursos.

STROZZI et alii<sup>18</sup>, afirmam que não só a sofisticação de material vai determinar o sucesso de um serviço de emergência mas, antes de tudo,

a capacitação de profissionais que, atuando com disciplina e organização, farão com que o atendimento ao paciente se efetue num clima de harmonia e eficiência.

## 2. Triagem

O processo de triagem é uma parte integrante da assistência em emergência.

Segundo a ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE<sup>15</sup> sempre que ocorrer um desequilíbrio entre a demanda de pacientes e recursos médicos para atender estas necessidades, deve-se aplicar um processo de seleção ou triagem dos casos.

Para conceituarmos triagem, utilizamos as definições dos autores descritos a seguir.

Segundo FERREIRA<sup>9</sup>, etiológicamente a palavra triagem significa seleção, escolha, separação.

A ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE<sup>15</sup>, define esta como sendo a classificação e seleção de feridos de guerra ou de um desastre para determinar a prioridade de necessidades e o lugar adequado de tratamento.

ESTRADA<sup>8</sup> afirma que em um departamento de emergência, a triagem é o processo pelo qual o paciente é avaliado, detectada a urgência do problema e encaminhado às fontes apropriadas de assistência médica.

ESTRADA<sup>8</sup> relata que o conceito inicial foi criado pelos militares. Os feridos eram "separados", no campo de batalha, por um oficial médico a fim de determinar quais eram as lesões e estabelecer prioridades para a assistência do traumatizado. Com o objetivo de garantir a possibilidade de assistência imediata para o paciente traumatizado ou gravemente enfermo a triagem proporciona um sistema organizado de recepção e separação.

Para BRUNNER & SUDDARTH<sup>3</sup>, a triagem ou seleção, envolve a classificação dos pacientes em categorias para o tratamento, baseando-se no diagnóstico e prognóstico. Esta seleção é um processo contínuo e deve ser realizada pelas pessoas mais responsáveis e capazes da equipe médica.

Segundo NELSON<sup>14</sup> há uma variação, de um hospital para outro, no que se refere à competência exigida do pessoal de triagem, cujas funções são determinadas pela coordenação dos serviços de enfermagem, de acordo com as normas do hospital, do departamento de emergência, das leis do estado e de um comitê médico consultivo. Alguns hospitais exigem do pessoal da triagem uma experiência mínima de dois anos no serviço de enfermagem e o conhecimento dos sinais e sintomas básicos das doenças.

Em seu trabalho, ESTRADA<sup>8</sup> descreve o processo de triagem hospitalar em todas as suas fases (avaliação inicial, exame físico e encaminhamento de pacientes), citando a importância de que este seja realizado por um enfermeiro e não por outros profissionais menos especializados.

Alguns pré-requisitos são exigidos do encarregado de triagem, segundo NELSON<sup>14</sup>, são estes: seja eficiente sob tensão; saiba avaliar e encaminhar o paciente com precisão; conheça o funcionamento do departamento de emergência, bem como, dos demais departamentos do hospital; possua a competência necessária para tomar decisões rápidas, resolver problemas e informar; seja capaz de comunicar-se com o paciente e com os demais departamentos do hospital; e tenha a capacidade de reconhecer e prevenir situações de tumulto provocadas por pacientes e ou visitantes descontrolados, rebeldes ou embriagados.

Entre as funções pertinentes ao enfermeiro de triagem descritas por ESTRADA<sup>8</sup>, pode-se salientar: assumir a responsabilidade pela avaliação inicial do paciente; iniciar na obtenção do diagnóstico; encaminhar o paciente dentro do departamento de emergência para a área clínica adequada; supervisionar o fluxo de pacientes no departamento de emergência; ter autonomia nas decisões e dirigir os demais funcionários em situações estressantes; trabalhar junto aos demais membros da equipe de saúde; e participar de atividades educacionais visando aprimorar a qualidade do serviço de triagem.

Complementando estas responsabilidades, NELSON<sup>14</sup> acrescenta que o pessoal da triagem deve: saber avaliar todos os sistemas do corpo; conhecer as normas do hospital; saber fazer um parto; utilizar os conselhos e informações médicas conscientemente; saber colocar goteiras em fraturas, colocar ataduras e controlar sangramentos superficiais; e conhecer as funções do serviço social.

NELSON<sup>14</sup> cita ainda que, para atenuar as situações de tensão provocadas pelo serviço de triagem, muitos departamentos de emergência utilizam o pessoal de enfermagem do hospital em sistema de rodízio diário ou semanal.

Quanto à estrutura física da área de triagem, citamos alguns autores.

A ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE<sup>16</sup> reforça que a área de triagem deveria estar localizada, preferentemente na entrada do departamento de emergência, onde as vítimas de acidentes seriam avaliadas pelo encarregado da triagem; este designaria a área de tratamento à qual aquelas seriam enviadas.

NELSON<sup>14</sup> complementa, citando que o balcão de triagem deve ser bem iluminado, sinalizado e de fácil acesso ao pessoal das ambulâncias e

aos pacientes. Também, deve-se ter o cuidado de evitar o congestionamento de pacientes e proporcionar ao encarregado, o acesso visual de todas as pessoas que entram no departamento. Não havendo um fluxo de pacientes muito intenso a privacidade de comunicação entre o paciente e o encarregado da triagem pode ser mantida utilizando-se um compartimento de vidro. O autor frisa ainda ser indispensável que o balcão de triagem possua linhas telefônicas para informações, comunicação interna com todas as áreas do departamento e serviços de auto-falantes para alertar no caso de pacientes graves e comunicação com as ambulâncias. As cadeiras de roda e macas devem estar localizadas junto ao balcão de triagem. Faz-se também, necessária a presença de um lavatório para que o pessoal da triagem possa lavar as mãos entre um atendimento e outro.

Na opinião de ESTRADA<sup>8</sup>, a área de triagem deve ser separada da sala de espera. Porém, o ideal é a comunicação visual entre a sala de espera e a área de triagem; isto pode ser resolvido, utilizando-se uma separação de vidro entre ambas. A manutenção de um certo grau de privacidade é obtido através da utilização de divisões ou biombos. O acompanhante não deve permanecer na área da triagem para evitar conflitos e prestar um melhor atendimento ao paciente.

O processo de triagem varia de uma instituição para outra. Alguns dos sistemas de triagem utilizados nos EUA são mencionados por NELSON<sup>14</sup>: triagem feita pelo médico; triagem feita pelo enfermeiro; triagem por número de código; triagem externa e triagem interna.

Na triagem feita pelo médico, a recepção, a avaliação e o encaminhamento do paciente é feita por um médico destinado pela instituição para tratar os pacientes ambulatoriais e os casos menos graves. Com esta medida ocorre uma redução significativa do número de pacientes não-graves na área de atendimento principal.

Na triagem feita pelo enfermeiro, este recebe o paciente na entrada do departamento de emergência, realiza um breve histórico salientando antecedentes mórbidos, alergias e imunizações, identifica a queixa principal. De acordo com as necessidades, o enfermeiro pode solicitar exames e testes laboratoriais.

Como função educativa, o enfermeiro pode aconselhar e orientar o paciente e, também, sua família.

Na triagem por número de código é utilizado um número de 01 a 04 para classificar os pacientes, baseando-se nas suas condições de saúde. A classificação de acordo com os números é a seguinte: 1 – Pacientes com risco de vida; 2 – Pacientes que, se não forem tratados dentro de uma ou duas horas, poderão ter seu estado de saúde agravado; 3 – Pacientes que estão com seu estado estabilizado mas, necessitam de atendimento dentro

de quatro a seis horas; 4 – Pacientes que poderão ser tratados em um ambulatório ou por um médico particular, pois não apresentam nenhum problema médico significativo.

A triagem externa é um sistema utilizado quando a avaliação inicial é feita fora do hospital ou antes da chegada do paciente à área de tratamento. Um exemplo de triagem externa é o sistema de radiotelemetria da ambulância ligado ao departamento de emergência do hospital. O paciente é avaliado por um médico e um auxiliar antes de sua admissão no hospital e suas condições de saúde são transmitidas ao encarregado da triagem do hospital. A triagem externa é também utilizada em casos de calamidade ou em um acidente com grande número de vítimas. Nestes casos, este sistema é útil para não sobrecarregar o departamento de emergência, separando os casos que necessitam de atendimento imediato dos demais. A área de entrada das ambulâncias pode ser utilizada para este fim.

A triagem interna é realizada durante a admissão do paciente no hospital, de acordo com sua avaliação inicial, obtenção da história clínica, tipo de tratamento necessário, tempo destinado para este tratamento e meios que o hospital possui para prestar este atendimento.

ESTRADA<sup>8</sup> cita ainda um outro tipo de triagem, chamada não profissional que é realizada por um recepcionista, secretário ou funcionário do hospital. Algumas instituições exigem que os pacientes sejam registrados no departamento de emergência e após encaminhados a uma sala de espera para serem atendidos sem terem sido avaliados, previamente, por um médico. Isto, muitas vezes, implica no agravamento do estado de alguns pacientes que deveriam ter sido classificados como urgentes mas, que ficaram por longos períodos aguardando na sala de espera.

A ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE<sup>16</sup> relata que o processo de triagem deve ser realizado em dois momentos: no local do acidente e na admissão do hospital.

LÓPEZ<sup>12</sup> afirma que no momento em que for confirmada uma situação de emergência, o atendimento deve ser imediato, observando as necessidades de cada caso.

Segundo WELLS-MACKIE<sup>21</sup>, a enfermagem em emergência é essencialmente constituída pela avaliação clínica e pela determinação de prioridades.

NELSON<sup>14</sup> cita ainda que a utilização de um formulário ou guia contendo o registro das condições mais importantes, permite uma maior rapidez na realização da triagem. Este formulário pode não ser totalmente preenchido durante a avaliação inicial, uma vez que as emergências envolvendo as vias respiratórias e circulatórias causam risco de vida. É a avaliação inicial

que fornecerá subsídios para qualquer procedimento a ser adotado, uma vez que qualquer alteração das condições do paciente durante sua permanência no setor de triagem, refletirá ou não em sua posterior admissão no hospital.

### **3. Avaliação Inicial das Condições do Paciente na Chegada na Emergência**

Segundo AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS<sup>01</sup> um exame rápido e preciso de um paciente traumatizado ou muito grave é indicativo para uma ação de emergência a ser tomada. Neste exame seria observado: o pulso, respiração, pressão arterial, temperatura corporal, cor da pele, estado das pupilas, estado da consciência, capacidade de movimentação, lesões e condições do paciente.

#### **Sinais Vitais**

Para WELLS-MACKIE<sup>21</sup> a monitorização freqüente dos sinais vitais (pelo menos a cada cinco minutos) incluindo monitorização cardíaca, é decisiva para qualquer paciente com um estado respiratório ou cardíaco crítico.

Conforme AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS<sup>01</sup> o pulso é a onda de pressão gerada pela batida cardíaca e propagada pelas artérias. O pulso é palpável em qualquer área onde passe uma artéria sobre uma proeminência óssea ou se localize próximo a pele. Freqüentemente, o local para palpar o pulso é na base do polegar ao nível do punho. Entretanto, com freqüência a palpação do pulso, radial pode ser difícil, em uma situação de emergência e nem sempre precisa. A artéria carótida é um bom local para a palpação do pulso, deve-se palpar delicadamente sobre o bordo anterior do músculo esternocleidomastóide. Se não conseguir nenhum pulso periférico, deve-se auscultar diretamente o coração, averiguando-se a presença e a freqüência dos batimentos cardíacos. As alterações na freqüência e volume do pulso representam dados importantes no cuidado de emergência. As alterações no pulso refletem diretamente alterações na freqüência cardíaca em resposta a uma lesão ou situação de alarme, mudança no volume sanguíneo circulante ou no leito vascular. O pulso deve ser tomado imediatamente e, depois, periodicamente, durante o tratamento para se observar qualquer mudança.

Segundo BRUNNER e SUDDARTH<sup>03</sup> a primeira prioridade no tratamento de qualquer condição de emergência consiste na manutenção de uma via aérea aberta. Se a via aérea está obstruída, a hipóxia subsequente produzirá dano cerebral permanente ou morte dentro de três a cinco minu-

tos, dependendo da idade do paciente. Um outro cuidado adequado seria fazer um relato inicial da freqüência e do tipo de respiração e de qualquer alteração observada.

AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS<sup>01</sup> refere que a pressão arterial é a pressão que o sangue circulante exerce sobre as paredes das artérias. As mudanças na pressão sangüínea indicam mudanças no volume do sangue, na capacidade dos vasos ou na capacidade do coração de funcionar como bomba. É importante que as causas das alterações da pressão arterial sejam descobertas e tratadas rapidamente. O tratamento da pressão arterial elevada pode requerer hospitalização, no entanto, a pressão arterial baixa devido a sangramento requer um controle de emergência da hemorragia. A verificação da pressão arterial no cuidado inicial de um paciente é essencial para um julgamento do significado e da gravidade de qualquer mudança da pressão.

AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS<sup>01</sup> afirma que as mudanças de temperatura ocorrem como resultado de uma doença ou lesão. A regulação da temperatura é feita, em grande parte, pela pele através da irradiação do calor dos vasos sangüíneos cutâneos e evaporação da água sob a forma de suor. Conforme as condições da pele podem ser necessárias medidas imediatas, isto é se for observada uma pele fria, viscosa e pálida, o paciente deve ser coberto para conservar o calor corporal, pois estes sinais podem ser indicativos de choque ou infarto do miocárdio. E caso a pele apresente-se quente e seca, podendo ter sido causada por febre, doença ou resultado de uma insolação, pode haver necessidade de medidas de esfriamento do paciente.

### **Coloração da Pele**

A avaliação da cor da pele é salientada pela AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS<sup>01</sup> como fator que leva uma decisão a respeito do tratamento imediato. Pode ser necessário o oxigênio, parada da hemorragia ou medidas de ressuscitamento. A cor da pele depende primariamente da pressão do sangue circulante nos vasos sangüíneos subcutâneos. Nos pacientes com pele muito pigmentada as mudanças de cor podem se aparentes nos leitos ungueais, nas escleróticas ou sob a língua. Nos pacientes pouco pigmentados as colorações de importância clínica são: o vermelho (na pressão arterial elevada, em certos estágios de envenenamento por monóxido de carbono e na insolação), o branco (visto em pacientes em choque, infarto agudo do miocárdio e em certos estágios do medo) e o azul (estágio avançado de intoxicação por monóxido de carbono).

## Estado das Pupilas

Para AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS<sup>01</sup> as alterações e variações no tamanho de uma ou ambas as pupilas são sinais importantes no cuidado de emergência. As pupilas quando normais possuem contornos regulares e geralmente são do mesmo tamanho. Pupilas dilatadas ou contraídas indicam lesão progressiva dentro do crânio ou no sistema nervoso e podem significar a necessidade de uma cirurgia de emergência.

## Estado de Consciência

Normalmente, uma pessoa está alerta, orientada e responde aos estímulos verbais e físicos. Segundo AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS<sup>01</sup> qualquer mudança destes estados é indicativa de doença ou trauma. O registro de qualquer mudança é extremamente importante no cuidado de emergência. As alterações do estado de consciência podem variar desde confusão leve, em paciente alcoólatra ou psiquiátrico, até ao coma profundo, como resultado de uma lesão craniana ou envenenamento.

O estado de consciência de uma pessoa, provavelmente, é o sinal isolado mais seguro na avaliação do estado do seu sistema nervoso. É extremamente importante observar o estado de consciência de uma pessoa traumatizada logo no início, e observar se ela entrou imediatamente em inconsciência. O desenvolvimento progressivo do coma ou uma dificuldade cada vez maior em despertar o paciente são sinais que indicam a necessidade de uma atenção médica urgente. A perda rápida da consciência pode significar uma lesão craniana séria. Da mesma forma pode significar que houve abuso de drogas.

WELLS-MACKIE<sup>21</sup>, recomenda que um bom instrumento para o prognóstico e a avaliação dos pacientes com traumatismo craniano é a escala de coma de Glasgow. Os parâmetros aferidos neste instrumento são abertura dos olhos, a resposta verbal e a resposta motora. A nota máxima que pode ser atribuída é 15, entretanto, qualquer paciente com nota inferior a 7 corre risco e terá que ser qualificado como de alta prioridade, comportando um prognóstico sombrio.

A diferenciação precisa dos níveis de consciência é de fundamental importância para a avaliação do indivíduo. Destacamos entre os níveis de consciência os seguintes: consciente, inconsciente, agitado, sonolento, orientado e confuso.

Segundo STEDMAN<sup>17</sup>, consciente é o indivíduo que tem conhecimento ou percepção real de si próprio, de seus atos e ambiente. Indica algo que ocorre com a atenção perceptiva do indivíduo, como uma idéia ou ato.

GARBOGGINI<sup>10</sup> vê o consciente como uma pessoa que tem possibilidade de apreciar ou responder aos estímulos recebidos pelos órgãos dos sentidos.

Para GARBOGGINI o indivíduo inconsciente é aquele que não recebe impressões sensoriais e não tem vida subjetiva.

GARBOGGINI afirma que o indivíduo agitado é aquele que movimenta-se e fala quase continuamente, em geral como consequência de perturbações psíquicas. Este estado é caracterizado por inquietude, aumento da atividade, ansiedade, medo, tensão, sensação de mal estar, angústia e movimentos psicomotores exacerbados.

Para FERREIRA<sup>09</sup> o indivíduo sonolento é aquele que está entre sono e a vigília.

DU GAS<sup>07</sup> considera que o indivíduo orientado é aquele que percebe a si mesmo e/ou ao seu ambiente de forma correta em relação ao tempo, lugar ou pessoa. Pode ser dividido em dois tipos: orientação alo-psíquica (o indivíduo toma consciência da situação com relação ao tempo e ao espaço) e orientação auto-psíquica (orientação que o indivíduo adquire de si mesmo).

Para KOLB<sup>11</sup> o indivíduo confuso é aquele que possui um distúrbio de consciência caracterizado por desnorreamento, perplexidade, desorientação, perturbações das funções associativas e pobreza de idéias.

### Capacidade de Movimentação

Segundo DU GAS<sup>07</sup>, a capacidade do organismo em movimentar suas diversas partes móveis e controlar estes movimentos de modo que eles sejam realizados coordenadamente, depende da integridade dos músculos, ossos, articulações e da circulação que os supre e nutre. Traumatismos ou patologias afetando esta integridade podem provocar distúrbios do funcionamento motor. Algumas das patologias que podem afetar a capacidade de mobilização são: fraturas, luxações, contusões e entorses.

Para WARNER<sup>20</sup> fratura é qualquer quebra completa ou incompleta de um osso. São denominadas expostas quando há um ferimento que se estende da fratura através da pele; e não exposta se a pele não foi aberta. As fraturas são também definidas pela sua aparência na radiografia e podem ser completa, incompleta, transversal, oblíqua, espiral, impactada ou deslocada.

O tratamento de emergências das fraturas exige inspeção cuidadosa da área traumatizada, tratamento do ferimento e imobilização.

DUCKWORTH<sup>05</sup> cita que no caso de fraturas ou luxações exposta deve-se ocluir o mais rapidamente possível como no caso de qualquer ferida; o período de seis horas é aproximadamente o mais longo no qual a oclusão pode ser feita como segurança e que quanto mais cedo a oclusão for realizada, melhor.

As fraturas podem apresentar complicações que são classificadas como imediatas e precoces. As complicações imediatas são: hemorragia grave (externa e interna), lesões de órgãos internos importantes, lesão de nervos ou vasos locais, perda ou lesão de pele. (DUCKWORTH<sup>06</sup>).

BRUNNER & SUDDARTH<sup>03</sup> indicam que a luxação é uma afecção na qual as superfícies articulares dos ossos que formam a articulação perdem seu contato anatômico. Podem ser classificadas como: congênita, patológica ou espontânea e traumática.

Suas manifestações clínicas são: dor, alteração do contorno articular, alteração do comprimento da extremidade, perda da movimentação normal e alteração no eixo dos ossos deslocados.

WARNER<sup>20</sup> considera as contusões como lesões geralmente benignas causadas por trauma de pancada nos tecidos superficiais, onde há rompimento de pequenos vasos e extravasamento de sangue nos tecidos. São geralmente pouco dolorosos, especialmente ao toque e requerem tratamento mínimo, tal como, compressas geladas ou frias e analgésicos. Sua cura ocorre em duas ou três semanas e a dor desaparece em poucos dias.

DIMON<sup>04</sup> nos diz que o entorse se refere ao estiramento de ligamentos adjacentes a uma articulação, mas não uma ruptura completa dos ligamentos: é a distensão que se refere ao estiramento dos músculos.

## Lesões

Na observância inicial rápida, que será feita na triagem do paciente, é importante que se verifique se o mesmo apresenta algum tipo de lesão que necessite de cuidados imediatos.

Conceituaremos abaixo os tipos de lesões mais comumente citadas na bibliografia: escoriações, ferimentos, hemorragias e queimaduras.

Segundo BRUNNER & SUDDARTH<sup>03</sup>, escoriações são lesões secundárias que se caracterizam por marcas lineares de coçadura ou área traumatizada de pele, que podem ser auto-provocadas, inclusive.

DU GAS<sup>07</sup> considera escoriação como uma perda das camadas superficiais da pele, uma área do corpo esfolada, com perda da pele ou membrana mucosa.

Ferimento é qualquer lesão produzida por um agente traumático que provoque solução de continuidade na pele e mucosas. Podem provocar hemorragia intensa e infecção.

WARNER<sup>20</sup> classifica os ferimentos em: penetrante, quando ocorre uma penetração do agente traumático em uma cavidade do organismo. É normalmente provocado por um instrumento perfurante como por exemplo, faca, bala ou navalha; não penetrante, quando ocorre uma lesão da pele ou em outros planos superficiais sem atingir cavidades; perfurante, é aquela em que um objeto estranho geralmente pontudo ou agudo atravessa a pele, que pode ser causada por pregos, grampos ou facas. A profundidade e o comprometimento de órgãos variam desde a penetração superficial até os ferimentos profundos.

Hemorragia é toda perda sangüínea através de uma solução de continuidade de um vaso ou das paredes do coração.

WARNER<sup>20</sup> indica que a hemorragia pode envolver toda e qualquer quantidade de sangue, a ponto de por em risco a vida do paciente. Existem três tipos de hemorragias: arterial, venosa e capilar. A hemorragia arterial caracteriza-se pela saída do sangue em jatos e por ter cor vermelho vivo. Na hemorragia venosa o fluxo é contínuo e vermelho escuro. Na hemorragia capilar o sangue escoia lentamente e é vermelho. Segundo WARNER<sup>20</sup>, os ferimentos apresentam pelo menos duas destas hemorragias simultaneamente.

O tratamento da hemorragia tem dois objetivos: fazer parar o sangramento e recolocar o sangue perdido. O melhor e mais elementar método para fazer parar uma hemorragia externa é, provavelmente, a pressão direta com ou sem subsequente ligação dos vasos.

Segundo WALDOW et alii<sup>19</sup>, queimaduras são lesões provocadas no organismo por raios solares, contato direto com o fogo, substâncias químicas, vapores quentes, eletricidade e outros.

BELAND<sup>02</sup> indica que nas queimaduras o calor é aplicado à pele direta ou indiretamente, como energia radiante. O dano não se limita à pele, pois os constituintes do sangue e vasos sangüíneos também podem ser afetados. Em queimaduras pequenas, as alterações na pele e outros órgãos são mínimas e em queimaduras grandes todo corpo é afetado.

Segundo BELAND<sup>02</sup> várias classificações tem sido usadas para indicar a lesão tissular resultante de queimaduras. A classificação mais recente divide estas lesões em: lesões de profundidade parcial e lesões de profundidade total da pele. A classificação mais antiga identifica as queimaduras pelo grau de injúria: queimadura de 1º grau (eritema); queimadura de 2º grau (necrose da epiderme, com a conservação dos apêndices viáveis da derme); queimadura de 3º grau (necrose não só da epiderme, mas também

de seus apêndices na derme); queimaduras de 4º grau (carbonização da pele). As queimaduras de 1º e 2º graus são consideradas como sendo de profundidade parcial, enquanto as queimaduras de 3º e 4º graus são consideradas de profundidade total.

### III. CONSIDERAÇÕES

A revisão da literatura referente ao processo de triagem no serviço de emergência permite concluir que: é necessário um maior preparo da equipe de saúde para prestação de atendimento visto que, uma triagem adequada pode evitar a evolução de uma condição aguda e grave dependente do emprego precoce das medidas terapêuticas apropriadas.

Para execução de uma triagem de acordo com o sugerido pela bibliografia, deverá obrigatoriamente levar em consideração a infra-estrutura adequada da área física, a existência de recursos materiais indispensáveis à prestação da assistência, um quadro funcional quantitativa e qualitativamente capacitado, treinamento e educação continuada.

SUMMARY: This study consists of a bibliographical survey on the selection of patients in an emergency unit, focusing on the existent concepts about emergency care, the selecting process and the importance of an initial examination of the patient's conditions.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS. Interpretações dos sinais diagnósticos e triagem. In: \_\_\_\_\_ .*Socorros médicos de emergências*. 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1979. cap.4, p.16-23.
02. BELAND, I.L. *Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais*. São Paulo, E.P.U., 1978.
03. BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. Enfermagem de emergência. In: \_\_\_\_\_ .*Moderna prática de Enfermagem*. 2.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. cap.20, p.1099-144.
04. DIMON; Donahoo. Traumas. In: \_\_\_\_\_ .*Enfermagem em ortopedia e traumatologia*. São Paulo, E.P.U./EDUSP, 1980. cap.2, p.35-102.

05. DUCWORTH, T. Fraturas – Princípios de tratamento. In: \_\_\_\_\_. *Conceitos básicos em ortopedia e fraturas*. São Paulo, Andrei, 1983. cap.8, p.55-7.
06. \_\_\_\_\_. Fraturas – Complicações. In: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. São Paulo, Andrei, 1983. cap.10, p.69-70.
07. DU GAS, B.W. *Enfermagem prática*. 4.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1984.
08. ESTRADA, E.G. Sistemas de triagem. In: SPINELLA, J.L. & HEINDL, E.G. *Clínicas de Enfermagem da América do Norte*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. p.13-23.
09. FERREIRA, A.B.H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
10. GARBOGGINI, H.O. *Dicionário enciclopédico de medicina*. São Paulo, Formar, 1972.
11. KOLB, Lawrence C. Alterações da consciência. In: \_\_\_\_\_. *Psiquiatria clínica*. 8.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1973. cap.6, p.111.
12. LÓPEZ, Mario. O Sistema de atendimento das emergências médicas. In: \_\_\_\_\_. *Emergências médicas*. 4.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984. cap.1, p.2-8.
13. MENDES, Dulce de Castro. Serviços de emergência – Conceituação, normas e planejamento. *Revista Paulista de Hospitais* São Paulo. 30(3/4):65-70, mar./abr. 1982.
14. NELSON, D. Triagem e avaliação. In: WARNER, C.G. *Enfermagem em emergências*. 2.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. cap.5, p.38-48.
15. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Manejo de multitud de heridos. In: \_\_\_\_\_. *Administración sanitaria de emergencia con posterioridad a los desastres naturales*. Washington, 1983. p.21-2 (Publicação científica nº 407).
16. \_\_\_\_\_. Ejecución del plan en los hospitales. In: \_\_\_\_\_. *Organización de los servicios de salud para situaciones de desastre*. Washington, 1983. p.43-9. (Publicação Científica nº 443).
17. STEDMAN. *Dicionário médico*. 23.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1979.
18. STROZZI, Geni Machado et alii. Organização assistencial de emergência na cidade de Florianópolis: Presente e futuro. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, 13(3):185-90, set. 1984.
19. WALDOW, V.R. et alii. *Assistência de Enfermagem em primeiros socorros*. Porto Alegre, UFRGS/EEenf. 1982. Curso de Extensão Universitária.

20. WARNER, C.G. *Enfermagem em emergências*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.
21. WELLS-MACKIE, J.J. Avaliação Clínica e determinação das prioridades. In: SPINELLA, J.L. & HEINDL, M.C. *Clínicas de Enfermagem da América do Norte*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. p.3-12.

Endereço do Autor: Denise Preissler Loureiro Chaves  
Author's Address: Borges de Medeiros 644/41  
Porto Alegre – RS – CEP: 90020