

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC**

**CARLOS EDUARDO FERREIRA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DE NIVEL  
MÉDIO E SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA  
SENHORA DA PENHA DE CONCEIÇÃO DO CASTELO NO ATENDIMENTO DE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO EXTRA E INTRA HOSPITALAR**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**Março/2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CARLOS EDUARDO FERREIRA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM DO HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DA PENHA DE  
CONCEIÇÃO DO CASTELO NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA NO EXTRA E INTRA HOSPITALAR**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Dra. Monica Motta Lino**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **PROJETO DE INTERVENÇÃO: CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DA PENHA DE CONCEIÇÃO DO CASTELO NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO EXTRA E INTRA HOSPITALAR** de autoria do aluno **CARLOS EDUARDO FERREIRA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Profa. Dra. Monica Motta Lino**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## RESUMO

A capacitação dos profissionais que atuam em unidades de emergência, no Brasil, tornou-se aspecto relevante somente a partir da década de 80, entretanto, a escassez de estudos de enfermagem na literatura nacional determina a necessidade constante manter investigações que retratam a realidade do contexto nacional.

Deste modo, a elaboração da capacitação oferece um olhar diferenciado do atendimento na urgência e emergência, de forma proporcionará mais segurança para os profissionais atuarem.

Com base nestes parâmetros, será proposta para os profissionais de enfermagem do Hospital Municipal Nossa Senhora da Penha de Conceição do Castelo no atendimento extra e intra – hospitalar, na pretensão de colaborar para uma reflexão quanto à importância de se utilizar adequadamente o serviço de urgência e emergência garantindo um acesso de qualidade e com um prognóstico diferenciado.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Urgência e Emergência. Capacitação

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>7</b>
2.1. OBJETIVO GERAL .....	7
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
<b>3. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>8</b>
3.1. ASPECTOS HISTÓRICOS DO ATENDIMENTO DE URGENCIA E EMERGENCIA INTRA E EXTRA HOSPITALAR .....	8
3.2. PRIORIDADES NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA .....	9
3.3. PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE PARADA .....	9
3.3.1. Compressões Torácicas .....	10
3.3.2. Relação Compressão x Ventilação Universal para Todos os Socorristas que Atuam Sozinho,2005 .....	10
3.3.3. Recomendações para Ventilações de Resgate de 1 Segundo durante toda a RCP .....	11
3.3.4. Lesões Cerebrais .....	11
3.4. MATERIAS DISPONIVEL NO CARRINHO DE EMERGÊNCIA .....	12
3.5. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO .....	15
3.6. FLUXO DA ASSISTÊNCIA EM ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO .....	16
<b>4. INTERVENÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>5. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO</b> .....	<b>22</b>
<b>6. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS</b> .....	<b>23</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>24</b>
<b>8. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>25</b>



## 1. INTRODUÇÃO

O conceito de saúde assegurado pela Constituição Federal de 1988 constitui-se como um direito de acesso universal e integral aos cuidados de saúde a ser garantido pelo Estado, e a universalidade da atenção implica, necessariamente, na formulação de um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana.

Nesta senda, nota-se que o impasse vivenciado com a concretização do acesso universal aos serviços de saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento como um bem público, e da edificação de uma utopia social igualitária, tendo a saúde como direito individual e coletivo que deve ser fortalecido com o redimensionamento de uma nova prática construída a partir de uma gestão democrática e participativa.

A dura verdade se revela como aprendizagem na organização do sistema de saúde, “não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei” (Fleury, 1997). Até mesmo porque no cenário nacional convive-se com acessos seletivos, excludentes e focalizados que se complementam e se justapõem nos diferentes serviços públicos e privados, havendo, portanto, um descompasso entre a legislação e a legitimidade social.

Diante do exposto, autores relatam que “o serviço de emergência é um complexo cenário, onde devem estar congregados profissionais suficientemente preparados para oferecer atendimento imediato e de elevado padrão à clientela que dele necessita”, entretanto, no Brasil o número de enfermeiros preparados para atuarem nesta áreas ainda é considerado restrito.

Conforme a Portaria nº 2048 GM 05 de novembro de 2002, diz que a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência a saúde, considerando o crescimento da demanda por serviços nesta áreas nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população.

Neste contexto foi observado a importância da implementação serviços de atendimento a urgência e emergência, sendo ele no pronto socorro ou atendimentos pré-hospitalar (APH). Esta portaria veio para regulamentar serviços técnicos da rede de urgência e emergência da esfera federal, estadual, municipal e distrito.

Essa proposta fundamenta-se na realidade vivenciada pelos profissionais de saúde que trabalha na área intra-hospitalar, que encontram dificuldade de acesso a capacitação, reciclagem, devido ao deslocamento para outra cidade , recursos financeiros, e dias disponíveis , uma vez que os profissionais da área intra-hospitalar trabalha com plantão.

A formulação de capacitação aos funcionários a nível médio e superior de enfermagem, esta sendo proposto no município onde residem, para facilitar a participação de todos. Existe a possibilidade e incentivo a participação de todos com emissão de certificados e uma roda de discussão para envolver todos os profissionais.

Com a participação dos profissionais, haverá um feed back , considerando que eles terão liberdade de expressão a nível considerável das dificuldades encontradas a nível de atendimento pré- hospitalar e quando solicitados e intra - hospitalar. Diante das queixas relacionadas à organização do trabalho no setor de urgência e emergência, serão criados critérios, fluxos que irá respaldar e facilitar o trabalho dos profissionais técnicos no seu cotidiano.

## **2. OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVOS GERAL**

Elaborar uma capacitação para os profissionais de nível médio e superior de enfermagem do Hospital Municipal Nossa Senhora da Penha na abordagem no atendimento de urgência e emergência na vitima no Atendimento Pré - Hospitalar (APH) e no Intra – Hospitalar.

### **2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Definir as prioridades no atendimento de Urgência e Emergência;
- Implantar o protocolo de assistência a Parada Cardiorespiratória;



- Organizar os materiais internos dos veículos de atendimento de urgência e emergência de forma dinâmica e eficiente para não dificultar o atendimento;
- Implantar o Protocolo de Classificação de Risco de Manchester no atendimento Intra- hospitalar;
- Estabelecer o fluxo da assistência em casos de atividade elétrica sem pulso.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO ATENDIMENTO DE URGENCIA E EMERGENCIA INTRA E EXTRA-HOSPITALAR**

Nos Estados Unidos da América (EUA), os serviços de emergência médica existem há aproximadamente cerca de vinte anos. A partir da década de 70, os hospitais sentiram necessidade de desenvolver a qualidade do atendimento de emergência e começaram a investir nos profissionais que atuavam neste setor, como médicos e enfermeiros. O atendimento ao traumatizado era superficial, não havia um programa padronizado para o treinamento de pessoal. No passado o pessoal do departamento de emergência e os que efetuavam intervenções pré-hospitalares de emergência não tinham quase nenhum treinamento especializado e viam-se a frente de situações, nas quais vidas eram perdidas ou certos tipos de invalidez eram prolongados pela deficiência dos primeiros socorros.

No Brasil, a partir da década de 80, o assunto teve total relevância no contexto abrangendo a necessidade em capacitar os profissionais que atuam no atendimento direto de emergência Extra e Intra – hospitalar. Em 1985 foi criada a Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma (SOBET) que consiste na primeira associação de enfermagem especializada em trauma.

O atendimento inicial do paciente traumatizado acontece em três etapas sucessivas: na cena do acidente; durante o transporte e no centro hospitalar. As unidades de emergências são locais apropriados para os atendimentos de pacientes com afecções agudas específicas onde existe um trabalho de equipe especializado e podem ser divididos em pronto atendimento, pronto socorro e emergência. Já de

acordo com o Ministério da Saúde, fica determinado conforme a Classificação das unidades, Ser:

- “pronto atendimento como a unidade destinada a prestar dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato;”
- pronto socorro é o “ estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante às 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação”;
- emergência é a “ unidade destinada a assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato”;

A área geográfica, recursos humanos e materiais disponíveis na implantação e desenvolvimento de unidades de emergência tornam-se também importante quando considerados.

Para a organização de um serviço de emergência eficiente e eficaz duas figuras são imprescindíveis, são elas: o diretor e o coordenador do serviço de trauma, sendo que geralmente o primeiro é um médico e o cargo de coordenador deve ser ocupado por enfermeiro dotado de extenso conhecimento dos aspectos que envolvem o cuidado do paciente com o trauma. Desde 1993, unidades de atendimento de urgência e emergência em algumas capitais do Brasil trabalham no intuito a estarem desenvolvendo uma diversidade de atividades classificadas em três áreas: assistencial, administrativa e de ensino.

Desde 1993, unidades de atendimento a urgência e Emergência em algumas capitais do Brasil trabalham no intuito a estarem desenvolvendo uma diversidade de atividades classificadas em três áreas: assistencial, administrativa e de ensino. Diante do exposto, “autores relatam que o serviço de emergência é um complexo cenário, onde devem estar congregados profissionais suficientemente preparados para oferecer atendimento imediato e de elevado padrão à clientela que dele necessita”, entretanto , no Brasil o número de enfermeiros e técnico de enfermagem preparados para atuarem nesta área ainda é considerado restrito. Frente ao exposto e devido a escassez de estudos sobre a enfermagem em emergências na literatura nacional.

### **3.2 PRIORIDADES NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA**

Enfermidades que interferem com a função fisiológica Vital como:

- Obstrução de Vias Aéreas, Hemorragias Maciças. Traumatismo de face, pescoço e tórax que diminuem a respiração e o processo de Troca gasosa e Circulação Corpórea.

Conforme estudos realizados nos Estados Unidos país considerado pioneiro na assistência extra e intra – hospitalar (urgência / emergência). Considera-se que as Pessoas que falecem: Entre os 30 segundo e minuto e meio após o acidente ocorrido terão sido vítimas de lesões incompatíveis a sua recuperação. Pessoas que falecem aos 10 minutos do acidente são vítimas na maioria dos casos de Problemas com obstrução das Vias Respiratórias e Hemorragias graves. Possuem chance de sobrevivência se a assistência foi imediata ainda no local. Pessoas que falecem aos 60 minutos após o acidente, com certeza não receberam assistência adequada ao Traumatismo ou qualquer que seja a complicação. Se houver ainda sinais de vida convém na importância do tratamento rápido.

### **3.3 PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE PARADA CARDIRESPIRATÓRIA**

Autores ainda ressaltam, que após a PCR as duas intervenções eficazes a taxa de sobrevivência são ressuscitação manual é a desfibrilação, confirmado a parada com a persistência de FV um choque de 200 – 300 Joules deve ser fornecido, havendo persistência o choque pode passar à 360 Joules.(dados do novo protocolo de 2005). A partir do ano de 2005, houveram cinco modificações introduzidas nas diretrizes e no novo protocolo de assistência emergencial no atendimento intra-hospitalar; dentre elas:

- Ênfase e recomendações para melhorar a aplicação de compressões torácicas eficazes;
- Uma única relação compressão- ventilação para todos os socorristas que atuam sozinhos e para todas as vítimas (exceto recém-nascidos);
- Recomendação de que cada ventilação de resgate seja aplicada durante 1 segundo e produza visível elevação do tórax.

- Recomendação para que os choques sejam únicos diante da RCP imediata, utilizado na tentativa de desfibrilação em casos de parada cardíaca com Fibrilação Ventricular;
- A verificação do ritmo cardíaco deve ser realizada a cada 2 minutos

### **3.3.1. Compressões Torácicas**

As novas diretrizes enfatizam os seguintes aspectos sobre as compressões torácicas aplicadas durante a RCP. Para a aplicação de compressões torácicas eficazes, todos os socorristas devem fazer “compressão forte, rápida, sem parar”. Comprimir o tórax em uma frequência de aproximadamente 100 compressões por minuto para todas as vítimas (exceto recém – nascidos). Permitir que o tórax retorne totalmente (retorne à posição normal) após cada compressão, e utilizar aproximadamente o mesmo tempo para compressão e relaxamento. Tentar minimizar as interrupções das compressões torácicas. Cada vez que as compressões torácicas são interrompidas, o fluxo sanguíneo cessa.

As novas recomendações reforçam que os socorristas devem aplicar compressões torácicas suficientemente rápidas e profundas. Essas recomendações também orientam os socorristas sobre a necessidade de reduzir o número de interrupções das compressões torácicas.

Segundo as diretrizes, os socorristas devem deixar o tórax retornar à posição normal após cada compressão, pois, durante o retorno da parede torácica, o sangue preenche novamente o coração. Se o socorrista não deixar o tórax retornar ou elevar novamente após cada compressão, o fluxo sanguíneo será reduzido durante a próxima compressão, pois o coração não terá sido preenchido com quantidade suficiente de sangue antes da próxima compressão.

### **3.3.2. Relação Compressão x Ventilação Universal para Todos os Socorristas que Atuam Sozinho, 2005:**

A AHA recomenda uma única relação compressão – ventilação de 30:2 para todos os socorristas que atuam sozinhos, para ser utilizada em todas as vítimas, desde lactentes (exceto recém – nascidos) até adultos. Essa recomendação se aplica a todos os socorristas leigos e a todos os profissionais de saúde que realizam RCP por socorrista.

Durante os primeiros minutos de uma RCP com FV, a ventilação ou seja, a manutenção da respiração provavelmente não é tão importante quanto as compressões. A ventilação, contudo é importante para vítimas de parada por hipóxia, após os primeiros minutos de qualquer tipo de parada. Em sua maioria, os lactentes e as crianças e a maioria das vitimas de afogamento de overdose de drogas e de traumatismo que desenvolvem parada cardíaca estão em condições para evoluírem á um quadro de hipóxia. Essas vítimas apresentam maior chance de sobrevivência se receberem tanto compressões torácicas quanto ventilação. Portanto, a RCP somente com compressão torácica na era recomendada como a melhor técnica de RCP para socorristas leigos. Os especialistas concluíram que a combinação de compressão e ventilação é a técnica com maior probabilidade de surtir os melhores resultados para todas as vitimas de parada cardíaca.

### **3.3.3 Recomendações para Ventilações de Resgate de 1 Segundo durante toda a RCP:**

Cada ventilação de resgate deve ser aplicada durante 1 segundo. Essa recomendação se aplica a todos os socorristas. Cada ventilação de resgate deve produzir elevação do tórax (os socorristas devem ser capazes de visualizar a elevação do tórax). Todos os socorristas devem aplicar o numero recomendado de ventilações de resgate, evitar aplicar um numero excessivo de ventilações ( mais que o recomendado) ou ventilações muito longas ou forçadas.

### **3.3.4. Lesões Cerebrais**

Após 10 segundos, perda da consciência;

Após 20 segundos, perda da atividade eletroencefalograma;

Depois de 4 a 8 minutos o paciente desenvolve uma lesão cerebral permanente, períodos mais longos de parada podem levar ao infarto isquêmico por todo cérebro decorrendo de sequelas irreversíveis e morte.

### **3.4 MATERIAS DISPONÍVEL NO CARRINHO DE EMERGÊNCIA**

Um carro de emergência é um armário que contém os equipamentos usados por médicos e enfermeiros quando acontece uma parada cardíaca. Esta é uma situação que exige procedimentos de socorro imediatos. Profissionais de saúde devem estar preparados para atender, de forma sistematizada e padronizada, uma situação de emergência. Para que isso ocorra, o treinamento da equipe é fundamental, e todo o material necessário para esse momento deve estar disponível de forma imediata.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia propõe a padronização dos carrinhos de emergência objetivando homogeneizar o conteúdo e quantidade de material dos carrinhos nas diferentes unidades, retirando o desnecessário e acrescentando o indispensável, de forma a agilizar o atendimento de emergência e reduzir o desperdício.

A conferência do carrinho de emergência será realizada pela enfermeira sempre que for utilizado, para ser lacrado. A conferência deve contemplar estoque mínimo, prazos de validade de todo o material, bem como o funcionamento do desfibrilador, laringoscópio, ressuscitador manual e outros. Todo o material quebrado, vencido ou insuficiente deverá ser repostado. A checagem do material deverá ser registrada, datada e assinada em impresso próprio. Após o uso da medicação, o material deverá ser repostado mediante prescrição médica devidamente checada pela enfermagem, materiais com pedido da enfermeira. No caso de psicotrópicos, faz-se necessário o uso de receita branca; A conferência do cardioversor deve ser realizada diariamente pelo enfermeiro, e registrado em impresso próprio. O sucesso no atendimento de uma parada Cardiorespiratória (PCR) depende do treinamento da equipe o que pode ser feito através de cursos específicos. Equipamentos do carrinho de emergência: Tábua de compressão torácica Monitor Cardíaco - Efeetua o controle do débito cardíaco; Desfibrilador Swan-Ganz; Termômetro Sonda naso-enteral; Oxímetro de pulso Sonda vesical; Eletrocardiográfico; Máscara e cateter de oxigênio; Monitor de pressão arterial Cateter Central; Esfigmomanômetro; Tubo oro traqueal Invasivo (por punção arterial em geral a radial) ; Ventilador Mecânico; Capnógrafo.

### **Primeira Gaveta**

Água bi Destilada (ABD) 5 e 10 ml; Cloreto de Sódio a 20%; Aminofilina 240 mg; Atropina 0,5 mg; Bicarbonato de Sódio a 8.4%; Cloreto de Potássio (KCl) a 10%; Diazepam 10 mg; Dopamina/Revivan 50 mg; Epinefrina/Adrenalina 1 mg Hidantal/Fenitoína sódica 50 mg; Amiodarona/Ancoron 50 mg; Fentanil 0,0785 mg; Gardenal/Fenobarbital 200 mg; Furosemida/Lasix 20 mg Prometazina/Fernergeran 50 mg; Cedilanide/Lanatosídeo C 0,4mg ; Sulfato de magnésio a 50%; Hidrocortisona/Solu-cortef 500 mg; Heparina/Liquemine 500UI; Midazolan/Dormonid 5 e 15 mg; Haldol/ Haloperidol 5mg; Adalat/ Nifedipina 10 mg; Isordil 10 mg; Gluconato de Cálcio a 10%; Glicose hipertônica a 50%; Cloridrato de Lidocaína/ Xylocaína;

### **Segunda Gaveta**

Agulhas nº 25x7 e 40x12 Jelco nº18, 20 e 22; Cateteres subclávia nº16; Equipo macrogotas; Equipo microgotas; Sonda uretral nº8, 12 e 16; Sonda nasogástrica nº 12 e 16; Lâmina de bisturi; Fio de sutura – nylon 3,0 com agulha; Scalp nº19, 21 e 23; Seringas 1, 3, 5, 10 e 20 ml; Three way ou Y; Xilocaína geléia; Luvas de procedimento.

### **Terceira Gaveta**

Bicarbonato de sódio a 5% Eletrodos; Luvas cirúrgicas nº 7,5 e 8,0; Soro glicosado a 5% de 250 e 500 ml; Soro fisiológico a 0,9% de 250 e 500 ml; Tubo nº7.0, 5.0, 8,0, 8,5 e 9,0.

### **Quarta Gaveta**

Ambu Cânula de Guedel; Guia de tubo; Lâminas para laringo nº 2, 3 e 4; Pilhas; Laringoscópio; Látex tubo; Máscara de Hudson; Óculos protetor; Umidificador;

### **Kits**

Kits servem para facilitar a vida do paciente e do profissional em casos de sondagem, intubação, passagem de cateter central entre outros.

Coloca-se sempre uma etiqueta com o nome do kit, data da conferencia e nome de quem o fez. Os dispositivos como nebulizador, umidificador e ambú são esterilizados e trocados semanalmente.

### **Kit CVD – Cateterismo Vesical de Demora**

Seringa 20 ml Xilocaína; Coletor Sistema Fechado; Gaze; PVPI Alcoólico; Agulha 40 x 12; Luva estéril 7,5;Luva estéril 8,0;Luva estéril 8,5;AD 10 ml.

### **Kit Nasogástrica**

SNG (Levine) nº 12 SNG (Levine) nº 14; SNG (Levine) nº 16;Xylocaína gel;Coletor Sistema Aberto;Gaze;Seringa de 20 ml.

### **Kit Intubação**

Ambu Fio guia;Gaze;Cânula orotraqueal 7,0;Cânula orotraqueal 7,5;Cânula orotraqueal 8,0 Luvas estéril 7,5;Luvas estéril 8,0;Luvas estéril 8,5;Guedell; Laringoscópio / testar;Pilhas reserva.

### **Kit Umidificador**

Cateter O2 tipo óculos Umidificador; Extensão de O2; Água Destilada 125 ml.

### **Kit Nebulizador**

Água destilada 500 ml Nebulizador completo (máscara + traquéia);Kit Intracath; Bisturi Seringa 10 ml;Seringa 20 ml;Equipo macrogotas;Fio Mononylon 3.0;Gaze Estéril;Luva estéril 7,5;Luva estéril 8,0;Luva estéril 8,5;PVPI alcoólico;SF 0,9% 250 ml;Água Destilada;SF 0,9% 10 ml;Polifix;Xylocaína.

### **Kit Aspiração**



Extensão de aspiração de O2 Luva estéril 7,5; Xylocaína gel; Frasco o vácuo aspiração.

O Enfermeiro é o profissional que permanece maior tempo na assistência ao paciente, e assim, passa a ser detentor de quase totalidade das informações; ser organizador do ambiente do cuidado; ser o guardião das normas e rotinas institucionais; ser o organizador da assistência; elemento de referência, mediador das situações de conflito. O enfermeiro passa a ser o administrador global da assistência. Tornando-se, portanto de sua extrema responsabilidade a conferência e controle de todo material. Como já pode ser observado o carrinho de emergência é um de matérias de maior importância dentro da unidade hospitalar, pois é através dele que estaremos cumprindo nosso dever de prestar à clientela uma assistência de enfermagem livre dos riscos decorrentes de imperícia negligência e imprudência.

### 3.5 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A classificação de risco é uma ferramenta de manejo clínico de risco, empregada nos serviços de urgência por todo o mundo, para efetuar a construção dos fluxos de pacientes quando a necessidade clinica excede a oferta. Esta ferramentas pretendem assegurar a atenção médica de acordo com o tempo de resposta de acordo com a necessidade do paciente.

De forma geral, um método de classificação de risco pode tentar fornecer ao profissional um diagnóstico, uma exclusão diagnóstica ou uma prioridade clínica.

A escala utilizada na classificação de risco, é conforme descrita abaixo.

<b>Número</b>	<b>Nome</b>	<b>Cor</b>	<b>Tempo – resposta Máximo (min)</b>
1	Emergência	Vermelho	Zero
2	Muito Urgente	Laranja	Dez
3	Urgente	Amarelo	Sessenta
4	Pouco Urgente	Verde	Cento e vinte

5	Não Urgente	Azul	Duzentos e quarenta
---	-------------	------	---------------------

### **3.6 FLUXO DA ASSISTÊNCIA EM ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO**

O exame primário deve ser realizado como avaliação inicial , sendo que deve ser seguida as cinco etapas envolvidas no exame primário e sua ordem de prioridades são as que seguem:

A – Atendimento das vias aéreas e controle da coluna cervical.

B- Respiração (Ventilação)

C- Circulação (Sangramento e Perfusão)

D-Incapacidade

E-Exposição e Ambiente

#### **3.6.1. A – Atendimento das vias aéreas e controle da coluna cervical.**

As vias aéreas devem ser rapidamente verificadas para assegurar que estão abertas e limpas (patentes) e que não existe perigo de obstrução. Se as vias aéreas estiverem comprometidas, o socorrista terá que abri-las usando métodos manuais( levantamento de queixo no trauma ou tração da mandíbula no trauma ) e retirar sangue ou secreções, se necessário.(PHTLS,2007,pg 95)

Para que o atendimento tenha êxito é imprescindível que o profissional envolvido detenha de um conhecimento amplo em relação ao exame primário e saiba por em pratica no momento do acidente.E no controle da coluna cervical é importante suspeitar de lesão na medula espinhal até que tenha sido finalmente excluída.Portanto sempre que permeabilizar as vias aéreas o socorrista deve evitar movimento excessivo , para não causar ou agravar lesões neurológicas, porque pode ocorrer a compressão óssea se a coluna estiver fraturada.

#### **3.6.2. B - Respiração (Ventilação)**

O socorrista deve, em primeiro lugar, administrar oxigênio eficazmente aos pulmões do paciente para iniciar o processo metabólico. A hipóxia é resultado de ventilação inadequada dos pulmões e falta de oxigenação nos tecidos doente. Uma vez que a via aérea está pérvia, a qualidade e quantidade da ventilação devem ser avaliadas de forma detalhada, para identificar a perfusão tecidual.

### **3.6.3. C – Circulação ( Sangramento e Perfusão)**

A avaliação do comprometimento ou da falência do sistema circulatório é a próxima etapa no cuidado com o paciente. A oxigenação dos glóbulos vermelhos sem que seja encaminhado às células do tecido não traz nenhum benefício ao doente. Na avaliação inicial do doente traumatizado, o socorrista deve identificar e controlar a hemorragia externa. Em seguida pode obter uma estimativa global adequada do débito cardíaco e do estado de perfusão.

### 3.6.4. D - Incapacidade

Um nível de consciência diminuído deve alertar o socorrista para quatro possibilidades: oxigenação cerebral diminuída (devido a hipóxia ou hiperperfusão ); lesão do sistema nervosa central(SNC);intoxicação por drogas ou álcool; distúrbio metabólico ( diabetes, convulsão , parada cardíaca).

<b>Abertura Ocular</b>	<b>Pontos</b>
Abertura ocular espontânea	4
Abertura ocular sob comando verbal	3
Abertura ocular com estímulo doloroso	2
Sem abertura ocular	1
<b>Melhor Resposta Verbal</b>	
Respostas adequadas (orientado)	5
Respostas confusas	4
Respostas inadequadas	3
Sons inteligíveis	2
Sem resposta verbal	1
<b>Melhor Resposta Motora</b>	
Obedece a comandos	6
Localiza estímulos dolorosos	5
Retirada do estímulo doloroso	4
Responde com flexão anormal aos estímulos dolorosos (decorticação)	3
Responde com extensão anormal aos estímulos dolorosos (descerebração)	2
Sem resposta motora	1

A Escala de Coma de Glasgow é uma ferramenta utilizada para determinar o nível de consciência. É um método simples e rápido para determinar a função cerebral e é preditivo da sobrevivência do paciente, especialmente da melhor resposta motora. Também fornece a função cerebral basal para avaliações neurológicas seriadas. A Escala de Coma de Glasgow é dividida em três seções: abertura ocular, melhor resposta verbal, melhor resposta motora. O socorrista pontua o paciente em um escore de acordo com a melhor resposta para cada componente. O escore máximo na Escala de Coma de Glasgow é 15, indicando um paciente sem dano neurológico, e o menor escore é 3, é, em geral, um sinal de péssimo prognóstico. Um escore menor que 8 indica uma lesão grave; 9 a 12, lesão moderada; 13 a 15, lesão mínima. Um escore igual ou inferior a 8 é indicação para intubação do paciente. O socorrista pode calcular facilmente o escore e deve incluí-lo no relato verbal no hospital bem como no prontuário do paciente.

#### **4. INTERVENÇÃO**

Para que se possa atingir os objetivos propostos neste projeto de intervenção, capacitar os profissionais de nível médio e superior de enfermagem na abordagem no atendimento de urgência e emergência na vítima no extra e no Intra – Hospitalar, será necessário a aplicação de algumas mudanças e adequações no serviço de saúde hospitalar municipal.

Inicialmente, deverá ser realizado um diagnóstico situacional do grau de conhecimento na área de urgência e emergência do público alvo, para ser elaborado as apostilas com os temas principais a serem explorados na capacitação, e no decorrer dos trabalhos será definindo os protocolos de assistência a Parada Cardiorespiratória, aprimorando os conhecimentos baseados na classificação de risco do protocolo de Manchester e com essas ferramentas poderá estabelecer o fluxo de atendimento no atendimento na urgência e emergência.

Em seguida, será importante fazer um trabalho de conscientização com os profissionais médicos envolvidos no processo, demonstrando todo o trabalho que foi realizado com a equipe, para que eles possam exigir de forma mais precisa um atendimento rápido, com eficiência e correto.

Outra ação consiste em viabilizar um atendimento melhor é implantar a Classificação de Risco no Pronto Socorro, para atender as demandas prioritárias conforme as reais prioridades de cada paciente, facilitando o trabalho da equipe e do médico.

Por conseguinte, deverá ser realizado no Hospital Municipal Nossa Senhora da Penha a capacitação para todos os profissionais de nível médio e superior de enfermagem para suprir a necessidade de adquirir mais conhecimento no serviço de urgência e emergência, isto é, atualizar de forma precisa, verdadeira e segura, com foco nas prioridades e na garantia da integridade física e moral da vítima ao ser atendido no serviço de urgência e emergência. Neste caso, é imprescindível que todos os profissionais tenham interesse em participar de forma efetiva no processo de capacitação e atuação.

Logo depois, será preciso fazer um acompanhamento na eficiência do serviço prestado, controle das lesões causadas pela má atuação, não uso dos protocolos estabelecidos, desrespeito a triagem de necessidade e priorização das queixas principais.

Para o sucesso da implantação deste serviço e protocolos, será de grande importância que todos os profissionais se sintam motivados e parte deste processo, pois se não houver união e colaboração na execução dos conhecimentos adquiridos, as vítimas continuam sendo atendidas de forma desigual.

Contudo, esta ação deve estar calcada em capacitações periódicas e em protocolos para evitar distorções que privilegiem uns em detrimento de outros, podendo causar prejuízos e até mesmo a morte de pacientes.

## 5. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

O projeto de intervenção proposto necessita de no mínimo (11) onze meses para ser estudado, organizado e executado, uma vez que para a capacitação e formulação de protocolos específicos do atendimento de urgência deverá ser elaborado um plano de ações para ser apresentado ao Prefeito Municipal de Conceição do Castelo – ES, ao Secretário Municipal de Saúde, e aos Enfermeiros responsáveis pelo Hospital Municipal Nossa Senhora da Penha, já que mudanças nas estruturas do atendimento precisam ser autorizadas previamente.

PERÍODO		AÇÕES
01	Maio/2014	Reunião com o Prefeito Municipal para definir os pontos controvertidos e de difícil resolução, devido algumas alterações no atendimento no pronto Socorro e implantação de protocolos.
02	Junho/2014	Reunião com as equipes (administrativa da enfermagem e médicas) para apresentar a proposta do projeto de intervenção e discuti-lo.
03	Agosto / 2014	Organização do calendário das capacitações
04	Setembro/ 2014 a Fevereiro/ 2015	Desenvolvimento do Projeto de Intervenção; identificação e análise dos pontos positivos e negativos da aplicação do Projeto; realização de uma auto avaliação do projeto.
05	Março/2014	Avaliação junto à Equipe do Hospital Municipal Nossa Senhora da Penha com relação aos resultados alcançados, duvidas, medos, dificuldades; identificação dos pontos negativos e sua respectiva correção; identificação dos pontos positivos caso seja necessário melhorá-los; agendar reunião com o Prefeito Municipal.
06	Maio/2014	Reunião com os profissionais para avaliar a aplicação do projeto, suas respectivas mudanças se necessário e agradecimentos a todos pela colaboração.
07	Maio/2014	Reunião com o Prefeito Municipal para passar como aconteceu o desenvolvimento e a execução do projeto, juntamente com seus pontos positivos e negativos, sendo que os pontos negativos já estarão corrigidos e a partir daí os profissionais caminharão sozinhos com o apoio dos gestores.

## 6. RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

Para aplicação e desenvolvimento deste projeto de intervenção, no Hospital Municipal Nossa Senhora da Penha utilizará os materiais permanentes e de

consumo já existentes destinado à sua utilização no atendimento de urgência e emergência.

Quanto aos profissionais que farão parte da execução do projeto, são os mesmos que fazem parte do quadro funcional do hospital, sem gerar qualquer contratação ou ônus para a Prefeitura Municipal de Conceição do Castelo – ES, uma vez que já fazem parte do quadro de funcionários e já desenvolvem atividades na área da saúde.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em uma sociedade onde se percebe cada vez maior o número de acidentes e atendimento de urgência e emergência, surge à necessidade de capacitar os profissionais que atuam diretamente nestes serviços, para que seja realizado com qualidade e eficiência.

A prestação de serviço no Atendimento pré-hospitalar é uma área de trabalho muito complexa, que a prestação de serviço deve ser realizada com muita segurança e conhecimento para que ocorra a manutenção da vida dos clientes em estado crítico. Deste modo, o cuidado ao cliente depende do grau de conhecimento que o profissional tem na área onde esta atuando, por isso que esse projeto é de extrema importância para capacitar e gerar sincronismo em toda equipe no processo de trabalho na assistência no atendimento da urgência e emergência extra e intra hospitalar.

Entretanto constatou-se que a assistência de enfermagem ofertada as vítimas no Atendimento pré - hospitalar vem de conhecimentos agregados no seu cotidiano , proporcionando um trabalho diferenciado, que não vem de protocolos ou literaturas específicas, que muitas vezes não tem a garantia que este procedimento será benéfico para o prognostico da vitima.

Contudo, há de se reconhecer que maiores resultados poderão ser colhidos ao longo do tempo do desenvolvimento dessa capacitação, com maiores estudos, trocas de experiências e implantação de protocolos para atender as demandas de vítimas na urgência e emergência. Esta capacitação irá contribuir para o



fortalecimento do atendimento pré-hospitalar feito pela equipe de enfermagem, especialmente aplicado aos pacientes politraumatizados, tornando-os mais eficientes pela diminuição das sequelas deles decorrentes. Fica claro que a capacitação para a atuação, assim como implantação dos protocolos é fundamental para um atendimento de qualidade.

## 8. REFERÊNCIAS

- ABBÊS C, MASSARO A. Acolhimento com classificação de risco. Campinas, Hospital Municipal Mário Gatti, s.d.

- Andrade SM. Acidentes de transporte terrestre em Londrina, Paraná; análise das vítimas. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

- BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1986.

- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 244p.

COFEN/CORENs, **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 1993.

ERAZO, G. A. C. & PIRES, M. T. B. **Manual de Urgência em Pronto-Socorro**. 2ª. ed., Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda.

FLEURY, Sonia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. Lemos Editorial, São Paulo, 1997.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF, Senado, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. MENDONÇA, Claunara Schilling; REIS, Afonso Teixeira dos; MORAES, José Carlos de. (Orgs.). **Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde: A política de regulação do Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2006. Disponível em:< <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5571.pdf>>. Acesso em 15 dez. 2012.

MARTINS, Sarayva, Heron, et all: **Emergência Clínica uma Abordagem Prática**. 4 ed., ED. Manole, São Paulo,2009.

Protocolos da unidade de emergência / Hospital São Rafael – Monte Tabor Gomes, A. M. ; Enfermagem na UTI Apostila de Enfermagem Escola El Shaday Sociedade Brasileira de Cardiologia

PHTLS – Pre hospital Trauma Life Support – Atendimento Pré-Hospital ao Traumatizado – 2007. 6 Edição pag. 7.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. BRUNNER & SUDDARTH: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz de Apoio ao Suporte avançado de Vida em Cardiologia – Código Azul – **Registro de Ressuscitação Normatização do Carro de Emergência**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, vol. 81, supl IV, 2003.