

**ESCOLA ANNA NERY
REVISTA DE ENFERMAGEM**

Anna Nery School
Journal of Nursing
Escuela Anna Nery
Revista de Enfermería
Revista de Enfermería
Escuela Anna Nery

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

ISSN: 1414-8145

annaneryrevista@gmail.com

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Brasil

Carnier Jorge, Vivian; da Silva Barreto, Mayckel; Mendes Ferrer, Ana Lúcia Mendes; Quirino Santo,
Elia Aparecida; Carla Rickli, Hellen; Silva Marcon, Sonia

**EQUIPE DE ENFERMAGEM E DETECÇÃO DE INDICADORES DE AGRAVAMENTO EM
PACIENTES DE PRONTO-SOCORRO**

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 16, núm. 4, outubro-diciembre, 2012, pp. 767-774
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728365018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

EQUIPE DE ENFERMAGEM E DETECÇÃO DE INDICADORES DE AGRAVAMENTO EM PACIENTES DE PRONTO-SOCORRO

Nursing team and detection of indicators of worsening condition in emergency room patients

El equipo de enfermería y la detección de indicadores de agravamiento en pacientes en la sala de emergencia

Vivian Carnier Jorge¹

Mayckel da Silva Barreto²

Ana Lúcia Mendes Ferrer³

Elia Aparecida Quirino Santos⁴

Hellen Carla Rickli⁵

Sonia Silva Marcon⁶

RESUMO

O estudo objetivou descrever como a equipe de enfermagem atuante em um pronto-socorro (PS) de um hospital-escola percebe os sinais e sintomas sugestivos de agravamento no quadro clínico de pacientes em observação no setor. Pesquisa exploratório-descritiva de natureza qualitativa, realizada com 38 profissionais da equipe de enfermagem. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas em local reservado no PS, as quais foram gravadas e transcritas na íntegra e, depois, submetidas à Análise de Conteúdo do tipo temática. Dos discursos emergiram três categorias, que descreveram a forma como a equipe de enfermagem reconhece e atua durante as situações emergenciais e as dificuldades que impedem o satisfatório monitoramento dos pacientes. Concluiu-se que a equipe de enfermagem necessita aprofundar as discussões sobre sinais e sintomas sugestivos de agravamento de pacientes em unidades de PS para que a assistência seja realizada de maneira conjunta e precocemente.

Palavras-chave: Enfermagem em emergência. Cuidados de enfermagem. Serviços médicos de emergência. Sinais e sintomas.

Abstract

The study aimed to describe how the nursing staff in an Emergency Room (ER) of a university hospital sees the signs and symptoms of clinical aggravation of symptoms of the patients under observation in the sector. An exploratory-descriptive research, of qualitative nature, carried out with 38 professionals of the nursing team. Data was collected through semi-structured interviews conducted in a private place in the ER, recorded and transcribed in full, and lately, it was subjected to the content analysis of the thematic type. From the speeches three categories emerged which described how the nursing staff recognizes and acts during emergency situations, as well as the difficulties that prevent the satisfactory monitoring of patients. It was concluded that the nursing staff need to intensify discussions about signs and symptoms suggestive of aggravation of the patients conditions in units of ER, in order to take early actions and do it as a team.

Keywords: Emergency nursing. Nursing care. Emergency medical services. Signs and symptoms.

Resumen

El estudio describe cómo el personal de enfermería que actúa en una Sala de Emergencias (SE) de un hospital docente percibe el signos y síntomas sugestivos del agravamiento clínico en pacientes en observación en el sector. Investigación cualitativa, exploratoria, descriptiva, realizada con 38 profesionales del equipo de enfermería. Los datos fueron colectados a través de entrevistas semi-estructuradas llevadas a cabo en un lugar reservado en la SE, que fueron grabadas y transcritas y además sometidas a análisis de contenido del tipo temático. De los discursos emergieron tres categorías, que describían cómo el personal de enfermería reconoce y actúa en situaciones de emergencia y las dificultades que impiden el seguimiento satisfactorio de los pacientes. Se concluyó que el personal de enfermería debe profundizar los debates acerca de los signos y síntomas de agravamiento de los pacientes en unidades de SE para la asistencia se realiza en forma conjunta y precoz.

Palabras clave: Enfermería de urgencia. Atención en enfermería. Servicios médicos de urgencia. Signos y síntomas.

¹ Enfermeira. Pós-graduanda em Oncologia pelo Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo - SP. Brasil. E-mail: vivian_jorge@hotmail.com; ² Enfermeiro do Pronto-Atendimento Municipal de Mandaguari (PR). Mestrando em enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá. Maringá - PR. Brasil E-mail: mayckelbar@gmail.com; ³ Enfermeira do Pronto-Socorro do Hospital Universitário de Maringá (PR). Mestre em enfermagem. Maringá - PR. Brasil. E-mail: analuferrer@hotmail.com; ⁴ Enfermeira do Pronto-Socorro do Hospital Universitário de Maringá (PR). Especialista em Assistência de Enfermagem a Pacientes Portadores de Feridas. Maringá - PR. Brasil. E-mail: eaqs@hotmail.com; ⁵ Enfermeira do Pronto-Socorro do Hospital Universitário de Maringá (PR). Mestre em enfermagem. Maringá - PR. Brasil. E-mail: hcrickli@hotmail.com; ⁶ Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Docente da graduação e pós-graduação em enfermagem da UEM. Maringá - PR. Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

INTRODUÇÃO

No ambiente hospitalar, o Pronto-Socorro (PS) é uma das unidades de assistência que necessita de maior atenção por parte das três esferas da gestão (municipal, estadual e federal), pois se configura como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) para as diversas urgências e emergências. A diversidade de atendimentos prestados e o meio estressor no qual a equipe de saúde atua podem refletir na diminuição da qualidade da assistência ofertada ao usuário, representando ainda risco para a saúde tanto dos trabalhadores quanto dos pacientes.¹

O PS tem como principal objetivo prestar atendimento imediato a pacientes em situações de sofrimento, independentemente da gravidade do quadro clínico. O período máximo de observação na unidade é de 24 horas. Caso, para a recuperação do paciente, seja necessária a dispensação de cuidados em período superior de tempo, o mesmo deve ser encaminhados para unidades de internação.²

De acordo com a Política Nacional de Humanização³ todo usuário do SUS, quando inserido em um serviço de PS, tem o direito de receber assistência resolutiva à suas necessidades, ser encaminhado para um serviço de contrarreferência, ter acesso à estrutura hospitalar e ser transferido com segurança para outras instituições, quando houver necessidade. O serviço deve garantir ainda que toda sua demanda seja acolhida por meio dos critérios de avaliação de risco, proporcionando acessos referenciados aos demais níveis da assistência.

Apesar de existirem políticas e diretrizes que norteiam a prestação da assistência ao usuário nos PS, estas unidades ainda apresentam algumas características negativas, porém, muito comuns, tais como: pacientes que exigem grande demanda de cuidados; extrema diversidade na gravidade do quadro clínico inicial, permanecendo pacientes críticos próximos a pacientes estáveis; e escassez de recursos materiais, financeiros e humanos, o que acarreta sobrecarga e fadiga na equipe médica e de enfermagem, levando a um atendimento inadequado e falho, principalmente pela descontinuidade do cuidado.⁴

Além dos desencadeadores supracitados, a superlotação dos PS no Brasil é causada pelo fluxo invertido entre os serviços de saúde da atenção primária e os da alta complexidade, de modo que as unidades de PS se tornam locais de triagem dos pacientes e provedoras de encaminhamentos para outros serviços de saúde, sobrecarregando a equipe multidisciplinar e desorganizando o atendimento no setor. Sendo assim, os maiores problemas nos PS hospitalares são a falta de hierarquização dos serviços de saúde, imprevisibilidade da demanda, aliada aos casos de intensa gravidade.⁵

O enfermeiro gerente de um setor de emergência deve buscar pelo constante aprimoramento técnico-científico de sua equipe de saúde, para a efetiva sistematização da prestação do cuidado.⁶ Porém, a superlotação, o ambiente conturbado e desorganizado, a falta de privacidade, somados às condições de trabalho nas quais os profissionais de enfermagem estão inseridos, tais como turnos desgastantes, estresse, esforços físicos e ritmo de trabalho excessivo,

tendem a fazer da assistência, algo totalmente mecanizado e impessoal, limitando o profissional de enfermagem ao cumprimento do cuidado ao paciente de forma tecnicista.⁷

O Hospital Universitário Regional de Maringá (HURM) é uma instituição de caráter público, e também apresenta algumas deficiências no atendimento prestado aos seus pacientes. O PS apresenta falhas em sua estrutura física, organizacional, bem como escassez de recursos, principalmente os humanos. Aliados à grande demanda de pacientes encaminhados por outros municípios, os fatores anteriormente citados acarretam na diminuição da qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem diante de situações consideradas críticas.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi descrever como a equipe de enfermagem e enfermeiros docentes da Universidade Estadual de Maringá (UEM), que atuam no PS do HURM, percebem os sinais e sintomas sugestivos de agravamento do quadro clínico de pacientes que se encontram em observação ou internados no setor.

MÉTODO

Pesquisa exploratório-descritiva, de natureza qualitativa, realizada com 38 profissionais da equipe de enfermagem que atuam no PS do HURM. O local do estudo é um hospital escola de caráter público, cujo funcionamento é voltado para a assistência, ensino e pesquisa, de porte tipo quatro. Suas atividades se iniciaram em janeiro de 1989, visando atender aos usuários em situações de urgência e emergência de Maringá e região.

Atualmente o PS conta com dois postos de enfermagem, sala de emergência com três leitos de observação, uma unidade de terapia semi-intensiva (UTSI) que conta com quatro leitos, um quarto de observação feminina e um masculino, com oito e dez poltronas respectivamente, que podem ser readequadas de acordo com a demanda, e dois quartos de internação (feminino e masculino), cada um com quatro leitos. Existem ainda quatro quartos para atendimentos especializados como ortopedia, pós-operatório, pediatria e ginecologia.

A equipe de enfermagem lotada no setor é composta por 77 profissionais, sendo: 21 enfermeiros, sete enfermeiros voluntários e 49 técnicos em enfermagem. Durante os fins de semana sete enfermeiros docentes do Departamento de Enfermagem da UEM realizam plantões como estratégia de aproximar a teoria da prática. Com base nesses parâmetros foram sorteados de maneira aleatória 50% dos funcionários de cada uma das categorias profissionais citadas, com um acréscimo de 10% para possíveis perdas.

A coleta de dados ocorreu nos meses de julho a setembro de 2011. Os profissionais sorteados foram contatados no próprio setor e informados quanto aos objetivos da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada na unidade de PS, com duração média de 20 minutos cada.

O instrumento utilizado nas entrevistas foi um roteiro semiestruturado composto por duas partes. A primeira parte era preenchida pelo próprio entrevistado e continha questões pertinentes à caracterização sociodemográfica do profissional. A segunda era composta por duas questões norteadoras: *Para você, quais são os*

sinais e sintomas gerais que sugerem o agravamento da condição do paciente que se encontra em observação no setor, fora da Sala de Emergência? E Nesses casos, quais providências são tomadas por você e pela equipe? Cujas respostas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

As informações referentes à primeira parte do instrumento foram digitadas e analisadas no Excel for Windows 2007®, os resultados estão apresentados na forma de tabela de frequência absoluta e relativa. Para análise dos discursos utilizou-se como referencial metodológico a análise de conteúdo do tipo temática, a qual procura compreender as comunicações, o conteúdo manifesto e latente, as manifestações explícitas ou implícitas, de acordo com as inferências do pesquisador.⁸

No tocante ao desenvolvimento dessa técnica, foram seguidas as fases operacionais fundadas na constituição do *corpus*: leitura flutuante, exploração do material, composição das unidades de registro, correspondente à unidade de significação (recorte das falas), que foram, em seguida, classificadas para compor todas as categorias. Estas foram formadas pelo critério semântico; desse modo, os conteúdos com

sentidos semelhantes foram agrupados,⁸ o que convergiu com a formação de três categorias: alterações dos padrões vitais e comportamento do paciente: sinais de alerta para a enfermagem; insuficiência de recursos financeiros, materiais e humanos: a superlotação prejudicando a assistência à saúde; e situações emergenciais e a atuação da equipe de enfermagem.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o estabelecido pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 474/2010). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e estão identificados com as letras TE (técnico em enfermagem), E (enfermeiro), EV (enfermeiro voluntário) e D (docente), seguidos de um número arábico de acordo com a realização das entrevistas, com o intuito de se preservar o anonimato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes do estudo

Tabela 1. Caracterização dos profissionais de enfermagem do PS do HURM, segundo categoria profissional, variáveis sociodemográficas e profissionais. Maringá-PR, 2011.

Categoria profissional	Enfermeiro*		Técnico em enfermagem		Enfermeiro voluntário		Total	
Variáveis	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Masculino	01	7,6	02	9,1	-	-	03	7,8
Feminino	12	92,3	20	90,9	03	100,0	35	92,2
Faixa etária								
< 40 anos	08	61,5	07	31,8	03	100,0	18	47,4
≥ 40 anos	05	38,5	15	68,2	-	-	20	52,6
Estado civil								
Sem companheiro	06	46,2	16	72,7	02	66,7	24	63,2
União estável	07	53,8	06	27,3	01	33,3	14	36,8
Número de filhos								
Nenhum	05	38,5	05	22,7	02	66,7	12	31,6
1 ou mais	08	61,5	17	77,3	01	33,3	26	68,4
Titulação acadêmica								
Ensino médio	-	-	04	18,2	-	-	04	10,5
Graduação	06	46,1	16	72,8	02	66,7	24	63,2
Especialização	03	23,1	01	4,5	01	33,3	05	13,2
Mestrado	01	7,7	-	-	-	-	01	2,6
Doutorado	03	23,1	-	-	-	-	03	7,9
Não informado	-	-	01	4,5	-	-	01	2,6
Turno de trabalho								
Matutino	03	23,1	03	13,6	-	-	06	15,8
Vespertino	03	23,1	04	18,2	03	100,0	10	26,3
Noturno	03	23,1	09	40,9	-	-	12	31,6
Plantões	04	30,7	-	-	-	-	04	10,5
Não informado	-	-	06	27,3	-	-	06	15,8
Tempo de atuação em PS								
< 1 ano	01	7,7	-	-	01	33,3	02	5,3
1 a 5 anos	03	23,1	04	18,2	02	66,7	09	23,7
6 a 10 anos	02	15,4	04	18,2	-	-	06	15,7
> 10 anos	07	53,8	14	63,6	-	-	21	55,3
Local de trabalho no PS								
Internamento/ Sala de Observação	07	53,8	03	13,6	-	-	10	26,3
UTSI/ Sala de Emergência	03	23,1	13	59,1	03	100,0	19	50,0
Acolhimento	03	23,8	-	-	-	-	03	7,9
Não informado	-	-	06	27,3	-	-	06	15,8
Docente da UEM								
Sim	04	30,8	-	-	-	-	04	10,5
Não	09	69,2	22	100,0	03	100,0	34	89,5

*Enfermeiros + Docentes do curso de Enfermagem da UEM.

Foram entrevistados 38 profissionais de enfermagem atuantes no PS do HURM em diferentes turnos de trabalho, sendo eles nove enfermeiros, 22 técnicos em enfermagem, quatro enfermeiros docentes da UEM e três enfermeiros voluntários. Desta maneira, foram entrevistados 43% do número total dos enfermeiros do setor, 75% do total de enfermeiros voluntários, 57% do total de docentes e 45% do total de técnicos em enfermagem. É importante mencionar que a primeira e a última categoria foram entrevistadas em menor número, devido aos profissionais que se recusaram a participar da pesquisa e aos que se encontravam em período de férias ou licença, não sendo localizados.

Dos profissionais entrevistados, apenas três (7,8%) eram homens, demonstrando o caráter predominantemente feminino da profissão. Em relação à idade, 20 (52,5%) tinham 40 anos ou mais e o tempo de atuação em PS, para mais da metade dos casos (55,3%), era superior a 10 anos, evidenciando que uma parte considerável da equipe de enfermagem atuante no setor possuía experiência na área. A maioria dos entrevistados era solteira (24 – 63,2%) e tinha no mínimo um filho (28 – 68,4%).

Quanto ao perfil profissional dos participantes, a maioria (63,2%) cursou ou estava cursando o ensino superior; porém, 72,8% destes atuavam como técnicos em enfermagem. Considerando-se que tais funções não apresentam como requisito básico a conclusão do nível superior, foi possível perceber que os entrevistados buscavam pela melhoria da qualificação profissional. Tal afirmação é válida ainda para os enfermeiros, já que, dos 16 profissionais entrevistados, nove possuíam títulos de pós-graduação na área, sendo cinco (31,2%) de especialização, um (6,2%), mestrado e três (18,7%), com doutorado.

Os profissionais do setor são divididos em três turnos de trabalho: manhã, tarde e noite; esta última é subdividida em três turnos distintos: noite um, noite dois e noite três, conferindo um regime de 12 horas de trabalho, para 60 horas de descanso. Dos profissionais entrevistados, 12 (31,6%) atuavam no período noturno, seguidos por 10 (26,3%) no período vespertino e 6 (15,7%) no período matutino; os demais ou faziam regime de plantões ou omitiram esta informação.

O PS do HURM é subdividido em diferentes locais de atendimento, sendo eles: Acolhimento, a porta de entrada, local onde se realiza a acolhimento, a classificação de risco e o dimensionamento dos pacientes; Sala de Observação, local onde os pacientes permanecem por um período determinado de tempo sob a observação da equipe de saúde; Unidade de Internação, local onde ficam os pacientes que necessitam de cuidados mais complexos e por período de tempo superior a 24 horas; Sala de Emergência, onde os usuários que chegam em estado crítico recebem os primeiros cuidados; e UTI, na qual ficam internados pacientes em estado semicrítico, que, na maioria

das vezes, aguardam por vaga em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Para otimizar o atendimento prestado na unidade de PS, os funcionários atuam concomitantemente em dois destes locais. Grande parte dos profissionais entrevistados (19 – 50,0%) referiu atuar principalmente na Sala de Emergência e UTI, enquanto 10 (26,3%) prestavam atendimento aos pacientes internados no setor.

Alterações nos padrões vitais e comportamento do paciente: sinais de alerta para a enfermagem

Diversas foram as alterações clínicas relatadas pela equipe de enfermagem que caracterizam piora no estado de saúde dos pacientes. Estas modificações podem ser facilmente detectadas por meio da monitoração dos sinais vitais e pela observação atenta das expressões faciais e do comportamento neuroemocional dos pacientes.

Sinais vitais mesmo, às vezes vômito, paciente com dor, queixoso. Se o paciente não está bem, aí começa com sonolência, ou a ficar mais queixoso. Essas coisas assim, o básico mesmo (TE13).

A gente observa, por exemplo, quando diminui o nível de consciência, começa a ficar pouco responsivo, palidez cutânea ou cianose de extremidades (TE07).

Os sinais vitais, alteração da pressão arterial, alteração do nível de consciência, coloração da pele, agitação, são os principais sinais que mostram que o paciente está tendo uma piora do seu quadro (TE08).

A educação contínua da equipe de enfermagem que atua em unidades de PS deve configurar entre as prioridades da gerência, uma vez que, na maioria dos casos, os profissionais não tem habilidade e nem tempo suficiente para reconhecer facilmente a piora do quadro clínico dos pacientes.⁴ Esta medida visa então instrumentá-los para atuarem junto a pacientes críticos que necessitem de rápida análise e intervenção.

Um estudo realizado em São Paulo com a equipe multiprofissional atuante em PS de um hospital privado identificou que os principais sinais e sintomas de alerta que devem ser observados são as alterações significativas em um dos sinais vitais, incluindo saturação de oxigênio, trauma, dor persistente de qualquer origem, alteração da glicemia capilar e desidratação. Tais sinais de agravamento servem como um guia prático e lógico para que a equipe possa tomar decisões imediatas de acordo com o quadro do paciente.⁹

A equipe de enfermagem, como prestadora direta de assistência ao paciente, deve continuamente estar atenta a qualquer alteração que possa indicar piora em seu estado de saúde. Além disso, deve possuir conhecimentos sobre os sinais

e sintomas de risco, e quais atitudes devem ser tomadas diante de cada um deles, proporcionando ao usuário um atendimento com responsabilidade e compromisso.

Em alguns relatos, foi possível perceber que os profissionais correlacionavam os sinais e sintomas do paciente com sua hipótese diagnóstica, o que sugere a importância conferida pela equipe de enfermagem em saber o quadro clínico individual dos pacientes, buscando elaborar planos de cuidado particulares a cada um.

Eu acho que os sintomas variam com o que o paciente tem, mas tem pacientes que ficam muito quietos, sem resposta motora. A gente tem sempre que observar. Tem outros que são o contrário, começam com agitação, por isso eu acho que varia muito do estado do paciente esse agravamento da condição dele. Vai depender do diagnóstico. A gente vê muito esses dois extremos. Um muito quieto, pouco responsivo, não chama para nada, e o outro que faz bagunça, fica agitado e às vezes até tem que conter. Então depende do diagnóstico (TE23).

Hemodinâmica alterada é um sinal de agravamento, queda de pressão grave, ou se for uma criança com febre alta, diabéticos que já chegam confusos, com hálito cetônico. Também, os pacientes que sofreram queda, que acabam mudando o comportamento, com nível de consciência altera, estes são pacientes que muitas vezes surpreendem (D12).

A grande demanda de usuários e a diversidade de diagnósticos existentes em um mesmo ambiente faz com que o reconhecimento de cada caso individualmente seja mais difícil; contudo, ao mesmo tempo, constitui uma ferramenta que facilita e melhora a qualidade dos atendimentos prestados, por proporcionar aprendizagem contínua à equipe. Para facilitar o reconhecimento de cada caso, é necessário estabelecer um relacionamento direto com o paciente. É por meio da comunicação, por exemplo, que o enfermeiro se torna capaz de identificar alterações sentidas pelo usuário como importantes.⁴

Neste contexto, um dos principais desafios encontrados pelos profissionais de enfermagem que atuam em PS é justamente o de coletar os dados necessários com o paciente e sua família, dando continuidade ao tratamento, a fim de solucionar os problemas de saúde em questão.

Os profissionais relataram que os ambientes mais críticos do PS recebem maior atenção por parte da equipe médica e de enfermagem, em decorrência da necessidade apresentada pelos pacientes.

A gente observa, porque geralmente o paciente não está monitorado fora da Sala de Emergência, aí são vistos os sinais vitais de seis em seis horas. O que a

gente observa de agravamento é: rebaixamento do nível de consciência, falta de ar, ou quando tem uma síncope ou geralmente o acompanhante que vem relatar para nós que o paciente não está bem (EV02).

Paciente hipertenso, hipotenso, o que é difícil de saber. Você só vai saber mesmo do agravamento quando ele entra na Sala de Emergência (TE04).

A verificação dos sinais vitais, fora da Sala de Emergência, foi uma conduta pouco valorizada pelos profissionais. Acredita-se que a percepção de melhora do quadro clínico dos pacientes, ou mesmo a dificuldade em localizá-los em seus leitos, venha contribuindo para o desuso desta prática no PS.

Um estudo realizado com profissionais de enfermagem em um hospital público de Porto Alegre identificou que a característica das condutas tomadas pelos profissionais depende do local de atuação nos diferentes ambientes do setor, pois as enfermeiras que atuavam fora da Sala de Emergência relataram não verificar os sinais vitais e o atendimento aos usuários com tanta rigorosidade quanto as enfermeiras que atuavam em ambientes onde existia um maior risco de morte.¹⁰

Esta situação não deveria ocorrer rotineiramente nos PS do Brasil, pois, por mais que os pacientes não estejam internados em setores críticos ou semicríticos, ainda assim inspiram cuidados por parte da equipe de enfermagem, por estarem em observação, decorrente do quadro clínico instável, podendo ocorrer sinais e sintomas de agravamento que muitas vezes não são observados pelos profissionais, levando ao surgimento de situações emergenciais que poderiam ter sido evitadas.

Insuficiência de recursos financeiros, materiais e humanos: a superlotação prejudicando a assistência à saúde

Por vezes, a falta de recursos humanos e materiais e a superlotação prejudicam a qualidade e a eficácia do atendimento prestado aos pacientes da unidade de PS, desencadeando, em alguns casos, situações emergenciais avaliadas tardiamente.

Você tem que administrar medicação, não consegue controlar os soros, não vê a higienização do paciente. Se tem um paciente que já fez um Acidente Vascular Cerebral, infarto, tem um problema vascular, não são verificados sinais vitais, não se faz um relatório, não se acompanha. Porque quando você diz Hospital Universitário, você espera bastante? E talvez lá fora você consiga muito mais do que aqui (E28).

No relato acima foi possível evidenciar o quanto a superlotação prejudica a realização dos serviços da equipe multiprofissional. Vale ressaltar que o HURM é o hospital de referência no atendimento a diversas especialidades para a 15ª Regional de Saúde, de modo que o excessivo número de pacientes, muitas vezes, faz parte do cotidiano de atendimento da equipe de enfermagem.

Esta realidade de atendimento à saúde, frequentemente divulgada pela mídia, denuncia a escassez de leitos e profissionais para atender à demanda e às necessidades mínimas da população, comprometendo a qualidade do cuidado. O serviço de emergência, entendido como principal porta de entrada das instituições terciárias em saúde, agrega e expõe problemas oriundos da rede básica e da escassez de leitos das unidades de internação e das unidades de tratamento intensivo (UTI), que não absorvem os atendimentos gerados, superlotando as emergências.¹¹

Outro agravante é o desconhecimento da população sobre o fluxo correto de atendimento à saúde, ou até mesmo pela busca de facilidade e rapidez para a obtenção de consultas médicas. Estudo realizado em um município da região norte do estado de São Paulo, com 17 usuários do PS municipal, demonstrou que os relatos convergiam para o discurso de que, na UBS, o usuário tem dificuldade em conseguir medicação para alívio da dor, por isso procuravam rotineiramente o PS.¹²

Os fatores supracitados, que desencadeiam a superlotação, acabam por sobrecarregar os profissionais de saúde que atuam no setor, por não estarem preparados para o atendimento a um número excessivo de pacientes.

Falta um acompanhamento mais sério depois que o paciente sai da UTI e da Sala de Emergência. Não só da parte da enfermagem, mas da parte médica também. Porque quando ele está na UTI ele tem médicos, enfermeiros, todos em cima. Mas aí acontece de o paciente sair e só ficar naquela de cumprir a prescrição. Às vezes, quando faço hora extra na ala de internação a queixa geralmente é: "faz dois dias que o médico não aparece". A gente faz nossa parte, mas aí saber se o paciente está piorando não é mais função do técnico de enfermagem, e sim do enfermeiro, médico (TE15)

Um estudo realizado em um PS de um hospital universitário público em Porto Alegre, com enfermeiros, técnicos e auxiliares em enfermagem, mostrou que devido à grande demanda de usuários e a superlotação do setor, muitos profissionais ofereciam cuidados mais precisos e aparelhos de monitoração apenas a um grupo restrito de pacientes, os que apresentavam maior gravidade.¹⁰

Essa situação também é vivenciada no PS do HURM, pois os monitores, oxímetros e demais aparelhos de

acompanhamento direto dos sinais vitais, normalmente são utilizados por pacientes em tratamento na Sala de Emergência ou na UTI, devido à gravidade de seus quadros clínicos. Nas situações em que há necessidade de monitorar pacientes mais graves, internados nos demais quartos do PS, a equipe necessita emprestar os equipamentos de outros setores, o que, em muitos casos, pode prejudicar o atendimento em situações emergenciais.

Situações emergenciais e a atuação da equipe de enfermagem

Os profissionais de enfermagem relataram diversas atitudes que devem ser tomadas diante de uma situação de emergência com pacientes em observação, entre elas a necessidade de encaminhar tais usuários para ambientes supridos com maior aporte tecnológico.

Geralmente, dependendo da gravidade da situação, a gente não fica esperando o médico ir até o leito, a gente já traz ele para o médico ver aqui na Sala de Emergência, para dar um suporte mais rápido, para não piorar o quadro dele (TE03).

A gente não espera o médico não, já pegamos o paciente e levamos direto para a Sala de Emergência. Lá ele é monitorado e o médico é avisado da situação (TE16).

Tal afirmação esteve presente nos relatos, devido ao fato de que situações de emergência exigem, além do preparo técnico-científico por parte da equipe de enfermagem, recursos materiais e tecnológicos que serão determinantes para um prognóstico positivo para o paciente.¹³ Além disso, acredita-se que o tempo de atuação de cada profissional dentro do setor, a intimidade com o ambiente e o modo de trabalho dos demais profissionais inseridos no serviço legitimam tais condutas.

Aqui no PA é levar para a Sala de Emergência. Você transfere o paciente diretamente para lá, estando ela lotada ou não, você empurra para dentro (TE20).

Observa-se que a estruturação do serviço dinamiza a operacionalização da assistência, visto que a Sala de Emergência é o ambiente melhor equipado, tanto com recursos humanos quanto com recursos materiais para atender as situações críticas.

Além de prestar o cuidado direto ao paciente por meio de condutas emergenciais, o enfermeiro de PS tem como uma de suas funções, treinar e orientar sua equipe, de modo que cada um aja de maneira efetiva e rápida, garantindo o sucesso do atendimento prestado.¹⁴

É possível perceber a tomada de decisão em relatos de profissionais das diferentes categorias da enfermagem, cada qual respeitando suas competências na prestação do cuidado.

Tomamos muitas providências. A gente coloca oxímetro, verifica pressão arterial, glicemia, e de acordo com os resultados, a gente encaminha para o médico ou para emergência (TE19).

Diagnostica os sinais e sintomas que ele apresenta. Você vai fazer uma avaliação de enfermagem, se achar que é um caso de extrema urgência, nem chama o médico, imediatamente leva para a Sala de Emergência, monitoriza, toma as atitudes necessárias e depois chama o médico. Se você acha que o paciente tem condições de aguardar, então é chamado o médico para poder avaliar esse paciente (E14).

O enfermeiro responsável por uma Unidade de PS deve estar apto para identificar e auxiliar o paciente durante situações de risco, além de posteriormente reavaliá-lo, documentando as mudanças e condutas tomadas para favorecer a melhora do quadro. Com essas habilidades, será possível estabelecer prioridades nas decisões a serem assumidas pelo enfermeiro e sua equipe, visando o atendimento imediato às necessidades do usuário.¹⁴

O enfermeiro deve estar atento ainda às condições físicas e estruturais de sua unidade, se precavendo de possíveis complicações por meio do reconhecimento prévio de fontes de energia elétrica, condições dos materiais, medicações de emergência, disponibilidade da rede de oxigênio e funcionamento dos desfibriladores.¹⁵

Um estudo realizado em uma Unidade de Pronto-Atendimento Pediátrico no interior de São Paulo, com oito enfermeiras que atuavam há mais de um ano no serviço, revelou a figura do enfermeiro como líder central das medidas de emergência, uma vez que este é responsável pela organização prévia dos recursos humanos e materiais, além da sincronizar os cuidados prestados pela equipe como um todo.¹⁶

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo mostraram que as modificações no padrão de normalidade dos sinais vitais, dor, oximetria, hemodinâmica e alterações no comportamento neuroemocional foram os sinais e sintomas de agravamentos das condições dos pacientes em observação em PS que mais chamam a atenção da equipe de enfermagem.

Pode-se observar ainda que a falta de recursos humanos e materiais, grandes desencadeadores da superlotação dos PS, dificultaram o acompanhamento direto e a verificação constante dos sinais e sintomas sugestivos de agravamento dos pacientes, o que muitas vezes pode acarretar uma piora no quadro clínico dos mesmos.

Quando ocorre um desequilíbrio na saúde dos pacientes em observação no PS do HURM, a atitude mais frequentemente tomada pela equipe de enfermagem é a imediata remoção do

paciente para um local de maior aporte tecnológico, com recursos humanos especializados, neste caso a Sala de Emergência.

Acredita-se que a importância do presente trabalho está na possibilidade de contribuir para o aprofundamento das discussões sobre sinais que sugerem agravamento do quadro de pacientes em unidades que atendem diversos casos, como é característica dos PS, além de fornecer informações que visam à melhoria da prática da enfermagem em situações de emergência.

O estudo também evidencia a necessidade de atualizações e treinamentos de equipe, por meio da educação continuada, no sentido de melhor prepará-los para detectar precocemente sinais e sintomas de agravamento nos pacientes. Por fim, devido à escassez de publicações que versem sobre o assunto em questão, propõe-se a realização de novas pesquisas que contribuam para a melhoria da assistência de enfermagem intervencionista.

REFERÊNCIAS

1. Seleglim MR, Teixeira JA, Matsuda LM, Inoue KC. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. Rev Rene. 2010; 11(3): 122-31.
2. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface: comun saude educ. 2005; 9(17): 389-406.
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. Brasília (DF); 2004.
4. Souza RB, Silva MJP, Nori A. Pronto- socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. Rev Gaucha Enferm. 2007; 28(2): 242-49.
5. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005; 13(1): 72-8.
6. Wehbe G, Galvão CM. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. Rev Latino-Am Enfermagem. 2001; 9(2): 86-90.
7. Silva DMPP; Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. Rev Latino-Am Enfermagem. 2000; 8(5): 44-51.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. 19ª ed. Lisboa: Ed 70; 2008.
9. Filho JUA, Sampaio RO, Rasslan Z. Minimizando erros no atendimento de emergência. Einstein. 2011; 9(2): 81-3.

10. Pai DD, Lautert L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde dos trabalhadores de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008; 16(3): 439-44.

11. Baggio MA, Callegaro GD, Erdmann AL. Relações de “não cuidado” de enfermagem em uma emergência: que cuidado é esse? Esc Anna Nery. 2011; 15(1): 116-23.

12. Souza MF, Figueiredo LA, Pinto IC. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. Cienc Cuid Saude. 2010; 9(1): 13-20.

13. Smeltzer CS, Bare GB. Brunner e Suddart: tratado de enfermagem médico- cirúrgico. Tradução de Amaury José da Cruz Júnior. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

14. Coelho VC. Atuação do enfermeiro em parada cardiorrespiratória em ambiente hospitalar. [monografia]. Penápolis: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Saúde; 2009.

15. Hazinski MF, Samson R, Schexnayde S. Handbook of emergency cardiovascular care for health care providers. 2ª ed. Philadelphia: American Heart Association; 2010.

16. Taci YRC; Vendruscolo DMS. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004; 12(3): 477-84.