



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**ATENDIMENTO DIFERENCIADO EM PACIENTES ATENDIDOS NA
TRIAGEM DO BANCO DE URGÊNCIA NO HOSPITAL GERAL DA
BARRA DO DANDE, SEGUNDO SEMESTRE 2023.**

Autor: Domingas Joana Manuel

Orientadora: Prof^a. Yamilé Hernández, Lic.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**ATENDIMENTO DIFERENCIADO EM PACIENTES ATENDIDOS NA
TRIAGEM DO BANCO DE URGÊNCIA NO HOSPITAL GERAL DA
BARRA DO DANDE, SEGUNDO SEMESTRE 2023.**

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola (ISA), como requisito para obtenção do título de Licenciatura em Enfermagem, sob orientação da Prof^a. Yamilé Hernández, Lic.

Autor: Domingas Joana Manuel

Orientadora: Prof^a. Yamilé Hernández, Lic.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS E SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

**ATENDIMENTO DIFERENCIADO EM PACIENTES ATENDIDOS NA
TRIAGEM DO BANCO DE URGÊNCIA NO HOSPITAL GERAL DA
BARRA DO DANDE, SEGUNDO SEMESTRE 2023.**

O JÚRI

Presidente _____

1º Vogal _____

2º Vogal _____

Secretário _____

Classificação _____

Data _____/_____/_____

DEDICATÓRIA

A minha amada mãe, por todo amor e apoio incondicional depositado, e por sempre acreditar no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força para chegar até aqui, me ajudando a superar cada obstáculo que surgia com muita sabedoria e por nunca permitir passar pela minha cabeça a vontade de desistir.

A minha família, especialmente a, aos meus pais, aos meus irmãos, e aos meus tios, por todo esforço que fizeram para que eu concluísse meus estudos da melhor maneira possível e por sempre estarem presente me apoiando e me incentivando em tudo. Sem dúvidas tudo que conquistei até hoje devo a eles.

A minha orientadora, Professora Yamilé Hernández, pela orientação e apoio no preparo deste trabalho e pelos seus estímulos e conselhos profissionais, que me auxiliaram a enfrentar os desafios e acreditar na conclusão do mesmo.

A Instituição (ISA) por esses 4 anos.

Aos meus colegas e amigos, e em especial aqueles que sempre estiveram presentes em todos os momentos ao decorrer desta pesquisa.

EPÍGRAFE

“Um paciente pode até não gostar do lugar, mas
poderá amar o atendimento”.

Azulay e Avello

(2013)

RESUMO

O presente trabalho de fim do curso visa abordar o Atendimento diferenciado em pacientes atendidas na triagem do Banco de Urgência no Hospital Geral da Barra do Dande, Segundo Semestre 2023. A metodologia aplicada neste trabalho foi a pesquisa descritiva, quanto a modelo de abordagem utilizamos a pesquisa quali-quantitativa. Neste trabalho traçou-se as seguintes: A falta de comunicação enfermeiro/paciente pode influenciar no atendimento diferenciado em pacientes, a má conduta dos pacientes é uma das causas que pode contribuir no atendimento diferenciado em pacientes. Traçou-se os seguintes. **Objectivo Geral:** Analisar o atendimento diferenciado em pacientes atendidas na triagem do Banco de Urgência no Hospital Geral da Barra do Dande. **Objectivos Específicos:** Caracterizar o perfil dos profissionais de saúde segundo as variáveis: faixa etária, nível acadêmico, tempo de serviço; Identificar o atendimento diferenciado em pacientes atendidas na triagem do Banco de Urgência no Hospital Geral da Barra do Dande; Propor sugestões que visão melhorar o clima de atendimento diferenciado em pacientes. Extraiu-se uma amostra de setenta (36) indivíduos que usamos durante a nossa pesquisa. **Sugestões:** Ao Hospital Geral da Barra do Dande. **Conclusões:** Em contra partida no Banco de Urgência do Hospital da Barra do Dande, a maior parte dos profissionais de saúde realizam bem o atendimento diferenciado em pacientes. Podemos afirmar que os nossos objectivos foram alcançados e as hipóteses foram confirmadas. A maior parte dos profissionais de saúde do Banco de Urgência do Hospital Geral da Barra do Dande são técnicos médios.

Palavras chave: Atendimento diferenciado, Paciente e Triagem

ABSTRACT

This end-of-course work aims to address differentiated care for patients treated in the triage of the Emergency Bank at Hospital Geral da Barra do Dande, Second Semester 2023. The methodology applied in this work was descriptive research, as for the approach model we used the qualitative-quantitative research. In this work, the following were outlined: Lack of nurse/patient communication can influence differentiated patient care; patient misconduct is one of the causes that can contribute to differentiated patient care. The following were outlined. **General Objective:** To analyze the differentiated care for patients treated in the Emergency Bank triage at the General Hospital of Barra do Dande. **Specific Objectives:** Characterize the profile of health professionals according to the variables: age group, academic level, length of service; Identify differentiated care in patients treated in the Emergency Bank triage at the General Hospital of Barra do Dande; Propose suggestions that aim to improve the climate of differentiated care for patients. A sample of seventy (36) individuals was extracted and used during our research. **Suggestions:** To the Barra do Dande General Hospital. **Conclusions:** In contrast, at the Emergency Bank of Hospital da Barra do Dande, most health professionals provide differentiated care to patients well. We can say that our objectives were achieved and the hypotheses were confirmed. The majority of health professionals at the Emergency Bank at Hospital Geral da Barra do Dande are mid-level technicians.

Keywords: Differentiated care, Patient and Triage

LISTA DAS ABREVIATURAS

OMS....Organização Mundial de Saúde

SAMU....Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS....Sistema Único de Saúde

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA Nº 02: Distribuição da Amostra Segundo Faixa Etária.....	44
TABELA Nº 03: Distribuição da Amostra Quanto ao Nível Acadêmico.....	44
TABELA Nº 04: Distribuição da Amostra Quanto ao Tempo de Serviço.....	45
TABELA Nº 05: Será que o Atendimento Diferenciado em Pacientes tem Sido Positivo?.....	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº 01: Distribuição Da Amostra Segundo Faixa Etária.....	44
GRÁFICO Nº 2: Distribuição da Amostra Quanto ao Nível Acadêmico.....	45
GRÁFICO Nº 03: Distribuição da Amostra Quanto ao Tempo de Serviço.....	46
Gráfico nº 04: Será que o Atendimento Diferenciado em Pacientes tem Sido Positivo?.....	47

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
HIPÓTESES.....	2
OBJECTIVOS.....	2
OBJECTIVO GERAL:.....	2
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:.....	2
DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	3
JUSTIFICATIVA.....	3
ESTRUTURA DO TRABALHO.....	3
CAPÍTULO.I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
1.1.DEFINIÇÕES DE TERMOS E CONCEITOS.....	4
1.2.RETROSPECTIVA HISTÓRICA.....	5
1.3.ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	7
1.4.ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA URGÊNCIA.....	9
1.5.CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	10
1.6.TRANSPORTE EM URGÊNCIA.....	11
1.6.1. ATENDIMENTO INICIAL ÀS URGÊNCIAS.....	14
1.6.2. SUPORTE BÁSICO DE VIDA.....	14
1.6.3. RECONHECIMENTO DO PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMO.....	17
1.6.4. ATENDIMENTO INICIAL À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA.....	18
1.6.5. URGÊNCIAS CLÍNICAS.....	21
1.7. ABORDAGEM INICIAL DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA.....	21
1.7.1. VIA AÉREA.....	22
1.7.2. ABORDAGEM INICIAL AO CHOQUE.....	25
1.7.3. ABORDAGEM DA DOR TORÁCICA.....	26
1.7.4. PRIMEIRO ATENDIMENTO AO TRAUMA.....	31

1.8. PARTICULARIDADES NA CRIANÇA.....	34
1.9. QUEIMADURAS.....	35
CAPÍTULO.II- METODOLOGIA DE PESQUISA.....	37
2.1. TIPOS DE PESQUISA.....	37
2.2. MODELO DE ABORDAGEM.....	38
2.3. NÍVEL DE ESTRUTURAÇÃO DE MÉTODOS.....	38
2.4. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS.....	40
2.5. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	42
2.6. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	43
2.7. DIFICULDADES ENCONTRADA.....	46
CAPÍTULO.III- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
3.1. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	47
3.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	48
CONCLUSÕES.....	49
SUGESTÕES.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS	
APÊNDICES	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema: “Atendimento diferenciado em pacientes atendidas na triagem do Banco de Urgência no Hospital Geral da Barra do Dande, Segundo Semestre 2023”. Os profissionais de saúde buscam realizar um relacionamento adequado com os pacientes. O atendimento centrado no paciente envolve tratar os pacientes como parceiros, envolvendo todos eles na tomada de decisões e ajudando-os a pensar em um senso de responsabilidade no gerenciamento de seu tratamento, respeitando seus valores e preocupações individuais.

A comunicação interdisciplinar entre médicos e enfermeiros precisa ser aprimorada. Ao enfatizar a tomada de decisão compartilhada e a conversa interpessoal entre médicos e médicos, os resultados dos pacientes melhorarão. Em segundo lugar, a enfermeira e o médico certamente devem discutir a rotina de cuidados juntos antes de falar com o indivíduo ou a família do paciente.

A enfermeira pode transmitir mais informações sobre os antecedentes, valores e desejos do paciente que podem afetar a estratégia de atenção. Essa intervenção objetiva diretamente os versos mencionados, não o tema realmente dito e requer a enfermeira no domínio da decisão compartilhada.

Nos dias actuais no Hospital Geral da Barra do Dande. Tem-se verificado um atendimento diferenciado em pacientes. Isso é que demonstra na triagem do Banco de Urgência no Hospital Geral da Barra do Dande, existe um atendimento diferenciado.

Tendo em conta o problema constatado, formulou-se a seguinte pergunta de partida:

Qual é o atendimento diferenciado em pacientes atendidas na triagem do Banco de Urgência no Hospital Geral da Barra do Dande?

HIPÓTESES

Segundo Francisco (2017, p. 39), a hipótese é uma explicação, uma condição ou princípio que procura relacionar entre si as variáveis que dizem respeito a um determinado fenómeno ou problema que se queira resolver é o mesmo que dizer: uma hipótese é uma solução provisória, proposta como sugestão no processo de investigação de um problema, resultado de um processo activamente criador de representação do mundo.

Com este propósito formulamos as seguintes hipóteses:

H1- A falta de comunicação enfermeiro/paciente pode influenciar no atendimento diferenciado em pacientes.

H2- A má conduta dos pacientes é uma das causas que pode contribuir no atendimento diferenciado em pacientes.

OBJECTIVOS

Para Marconi e Lakatos (2010, p. 27), dizem que toda pesquisa deve ter um objectivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar. O objectivo torna explícito o problema, aumentando os conhecimentos sobre determinado assunto.

OBJECTIVO GERAL:

- (1) Analisar o atendimento diferenciado em pacientes atendidas na triagem do Banco de Urgência no Hospital Geral da Barra do Dande.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar se os pacientes são atendidas pelo protocolo da triagem.

Presenciar como tem sido o atendimento nos pacientes diferenciados atendidos na triagem do Banco de Urgência no Hospital Geral da Barra do Dande.

Propor sugestões que visem melhorar o clima de atendimento diferenciado em pacientes.

DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O presente trabalho delimitou-se a abordar o atendimento diferenciado em pacientes atendidos na triagem do Banco de Urgência no Hospital Geral da Barra do Dande relativamente ao segundo semestre 2023.

JUSTIFICATIVA

O tema em questão é pertinente. A escolha deste tema porque, ao ingressar no Curso de enfermagem, nos estudos obtidos durante a nossa grade curricular, a partir daí ficamos inquietado com as situações de atendimento diferenciado em pacientes atendidas na triagem do Banco de Urgência no Hospital Geral da Barra do Dande. Por isso, escolhemos este tema no sentido de dar uma visão mais clara e objectiva sobre o atendimento diferenciado em pacientes atendidas na triagem do Banco de Urgência. Motivação pessoal pela escolha do tema, é por ter me deparado com uma taxa elevada de funcionários que não atendem bem os seus pacientes e um grupo de paciente reclama desse ato.

Nesse contexto pretendemos analisar e aprofundar o que motiva os funcionários a não tratar bem os pacientes.

ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente está estruturado da seguinte forma:

- ✚ No primeiro capítulo abordamos a fundamentação teórica.
- ✚ No segundo capítulo Falamos da metodologia de pesquisa.
- ✚ No terceiro capítulo tratamos dos resultados e discussão.

CAPÍTULO.I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. DEFINIÇÕES DE TERMOS E CONCEITOS

a) ATENDIMENTO DIFERENCIADO

Segundo Merhy (2014, P. 24), “atendimento diferenciado são tipos de atendimentos que se estabelecem e se reconhece diferenças entre os utentes.

Na visão de Duarte (2014, p. 12), “atendimento diferenciado é estabelecer ou embelecer-se diferença entre duas coisas, distinção entre dois ou mais elementos.

Segundo Rodrigues (2019, p. 20), “atendimento diferenciado é o processo pelo qual duas coisas semelhante se tornam diferentes”.

Na nossa visão atendimento diferenciado é tudo aquilo que se estabelece uma diferença entre duas coisas.

b) PACIENTE

Segundo Carmello (2019, p. 23), “paciente é uma pessoa, ou seja, que apresenta a paciência, a serenidade e a tranquilidade como virtudes”, são caracterizados por ser calma, saber esperar e perseverar em suas actitudes.

Para Azulay e Avello (2013, p. 80), “paciente é uma pessoa que está sendo cuidada por um médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, cirurgião-dentista ou outro profissional da área da saúde referido pelo”.

De acordo Ferreira (2010, p. 26), “paciente é um individuo que têm paciência; capaz de aguentar algo com resignação recebe cuidados médicos e não se importa em esperar”.

No nosso entender paciente é toda pessoa que recebe cuidados médicos.

c) TRIAGEM

Para Chammas (2010, p. 29), “triagem é o processo que se relaciona eficientemente aos cuidados quando os recursos são insuficientes para tratar todos os pacientes de imediato”.

Segundo Dicionários Porto Editora infopedia. Pt (2013), triagem é a classificação de indivíduos que foram levados a um hospital ou um centro de saúde, segundo as suas patologias ou segundo a gravidade da sua situação clínica.

De acordo Perfeito e Melo (2014, p. 23), “triagem é o processo pelo qual se determina a prioridade do tratamento de pacientes com base na gravidade do seu estado”.

Na nossa visão triagem é o processo de separação que determina a prioridade de atendimento e tratamento de pacientes sempre com base na gravidade da sua condição.

1.2. RETROSPETIVA HISTÓRICA

As redes de atenção à saúde tiveram sua origem na década de 20, no Reino Unido. No início dos anos 90, a atenção à saúde toma forma com os sistemas integrados nos Estados Unidos e, a partir daí, com as adaptações necessárias, em sistemas de saúde públicos e privados de outros países. Em 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe critérios para o desenho das redes de atenção à saúde, sob a denominação de integração do sistema (Almeida, 2017).

Segundo Bittencourt & Hortale (2019), a Política Nacional de Atendimento às Urgências, prioritária nos anos 2000 foi proposta para enfrentar uma expressiva insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares públicas.

Propõe o cuidado integral às urgências através da integração dos serviços e do conceito ampliado de urgência, em que é considerada a expectativa do usuário, além do conceito técnico de urgência dos profissionais (Duarte, 2014).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU foi o primeiro componente da política a ser implantado. A Regulação Médica do atendimento pré-hospitalar representa uma porta de comunicação aberta ao público, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e estratificados, de acordo com a gravidade. Sob essa ótica, o Sistema Único de Saúde - SUS ganha um observatório permanente de saúde (Baduy, 2011).

Na regulação há potência para práticas integrais a partir dos diferentes sentidos de integralidade: um primeiro sentido de integralidade está contido no encontro profissional-paciente; outro se relaciona com a organização dos serviços e das práticas de saúde; e o terceiro trata das respostas governamentais a certos problemas de saúde (Curioni, 2019).

Houve grande expansão dos SAMU a partir de 2004. Em maio de 2010, segundo o site do Ministério da Saúde do Brasil, existiam 151 SAMU em 1.286 municípios, com cobertura de 55% da população brasileira (Lima & Rivera, 2010).

Segundo Machado & Ferreira (2011, p. 20), “os SAMU no Estado do Rio de Janeiro foram habilitados precocemente em relação à rede nacional, entre 2004 e 2005 em áreas exclusivamente metropolitanas. A implantação no Estado foi regional, enquanto no restante do Brasil era preferencialmente municipal”.

Segundo Rodrigues (2019, p. 11), “o potente sentido da integralidade, de encontro bem-sucedido entre paciente e profissional, foi sugerido pelos documentos norteadores que propuseram conceitos ampliados de urgência e atendimento centrado no usuário”.

Para a análise da integralidade no atendimento às urgências, foi investigado o trabalho do regulador médico da Central de Regulação do SAMU porque é nesse espaço de regulação que a urgência é acolhida e são definidos os recursos assistenciais para o atendimento (Chammas, 2010).

Os recursos são as características facilitadoras e coercivas dos contextos de ação a que o agente tem acesso e que manipula para influenciar a interação com o outro. Esses recursos podem ser autoritativos e alocativos, portanto, as circunstâncias da ação são analisadas pela observação em ato da ação influenciada por fenômenos materiais e sociais (Baduy, 2011).

Segundo Merhy (2014), embora concebido para dar conta das urgências mais graves, o volume de atendimento dos SAMU em alguns estudos indicaram que a maioria dos atendimentos foi clínico e domiciliar.

Para este trabalho foram disponibilizados indicadores de causalidade em que o percentual de atendimentos clínicos e domiciliares variou de 59% a 73%, indicando maioria absoluta das demandas (Almeida, 2017).

1.3. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Nessa perspectiva, integram-se diferentes subsistemas, relacionando a clínica e a governança a valores coletivos. Essas dimensões da integração correspondem, à gestão da clínica e a dos pontos de atenção (Giddens, 2011).

As redes são conjunto de pontos de atenção à saúde que se articulam, pela viadas tecnologias de gestão da clínica, numa rede capaz de prestar atenção contínua à população adscrita. A atenção primária à saúde deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: resolução, coordenação e responsabilização (Curioni, 2019).

Na visão de Duarte (2014), função de resolução consiste em solucionar a maioria dos problemas de saúde; a função de coordenação consiste em organizar os fluxos e contra fluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde na rede; e a função de responsabilização consiste em se corresponsabilizar pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos.

Na organização de redes de resposta às condições agudas, a atenção primária tem funções de resolução nos casos que lhe cabem baixo risco e de responsabilização, mas a função de coordenação passa a ser de outra estrutura no caso, o complexo regulador (Bittencourt & Hortale, 2019).

Para o Carret & Domingues (2019, p. 46), “a atenção primária à saúde deve ser parte integral dos sistemas de saúde e o melhor enfoque para produzir melhoria sustentável e equitativa na saúde dos povos das Américas”.

A Secretaria de Estado de Saúde do Ceará realizou experiência de vanguarda com processo de microrregionalização dos serviços de saúde, tendo como base a concepção de redes de atenção à saúde, que incorporou o nível das urgências e emergências na mesma (Camelo e Lausam, 2019).

Trata-se, na realidade, da proposição de uma rede de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de governo (Rodrigues, 2019).

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais priorizou a implantação de redes de atenção à saúde e considerou que a situação da saúde do estado se caracteriza pelo rápido envelhecimento da população e por uma situação epidemiológica de dupla carga de doença (Machado & Ferreira, 2011).

Segundo Curioni (2019, p.11) “é de fundamental importância que você conheça a rede de atenção à saúde do seu município e os pontos que a compõem para facilitar o fluxo e o contrafluxo dos usuários, destacando-se o fluxo para a urgência e emergência”.

O autor afirma que o ponto de comunicação da rede de atenção à saúde é a Unidade Básica de Saúde onde deve ser realizado o primeiro atendimento ao cidadão. Para atingir o objetivo de organização da rede de atenção à saúde em urgência, é necessário:

- ✚ Elaborar perfil demográfico e epidemiológico actual e projetado, do município;
- ✚ Descrever a rede de atenção à saúde existente no município;
- ✚ Conhecer o modelo de atenção à saúde do município;
- ✚ Avaliar os recursos humanos disponíveis e sua qualificação;
- ✚ Avaliar a funcionalidade e a produção das Unidades Básicas de Saúde.
- ✚ Realizar o diagnóstico integral da rede, a análise da oferta, a estimativa de demanda atual e projetada e a identificação dos vazios de atenção e a proposição de alternativas de solução.

1.4. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA URGÊNCIA

Segundo Fortes & Spinetti (2011), o acolhimento tem o objetivo de fazer uma escuta qualificada e buscar a melhor solução possível para a situação apresentada, conjugada com as condições objetivas da unidade naquele momento”

Acolher é, portanto, escutar de forma qualificada o usuário do sistema e prestar atendimento resolutivo e responsável. O ato de acolher engloba, ainda, orientar adequadamente o usuário, visando à garantia da continuidade do tratamento, atentando para os limites do serviço (Almeida, 2017).

Postura acolhedora não pressupõe hora, local ou profissional específico para fazê-lo. É importante, no momento do acolher, identificar os riscos e vulnerabilidade que o usuário enfrenta, conjugando com sua necessidade. A postura acolhedora envolve todo o processo, chegando até mesmo ao encaminhamento responsável (Camelo e Lausam, 2019).

Para Curioni (2019, p. 87), acolhimento é uma ação tecnoassistencial que pressupõe a mudança da relação entre profissional de saúde e usuário com a sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Reconhece o usuário como sujeito e, ao mesmo tempo, participante ativo, no processo de produção de saúde.

1.5. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde e grau de sofrimento (Bittencourt & Hortale, 2019).

O objetivo do acolhimento com classificação de risco é a melhora do atendimento. Os objetivos operacionais esperados são: determinar a prioridade e hierarquizar o atendimento conforme a gravidade (Duarte (2014).

A classificação de risco não é um instrumento de diagnóstico de doença. Seu objetivo é estabelecer uma prioridade clínica para o atendimento de urgência e emergência (Fortes & Spinetti, 2011).

Segundo Mattos (2013), os resultados esperados com a implantação da classificação de risco com acolhimento são:

- (1) Diminuir mortes evitáveis;
- (2) Extinguir a triagem por funcionário não qualificado;
- (3) Priorizar de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada;
- (4) Criar a obrigatoriedade de encaminhamento responsável, com garantia de
- (5) acesso à rede;
- (6) Aumentar a eficácia do atendimento;
- (7) Reduzir o tempo de espera;
- (8) Detectar casos que provavelmente se agravarão se o atendimento
- (9) for postergado;
- (10) Diminuir a ansiedade do usuário, acompanhantes e funcionários;
- (11) Aumentar a satisfação dos profissionais e usuários, com melhoria das relações interpessoais;
- (12) Padronizar dados para estudo e planejamento de ações.

Para que o acolhimento seja resolutivo são imprescindíveis a utilização da classificação de risco e o atendimento com critérios de priorização. Os usuários categorizados em situação de emergência ou em casos de muita urgência devem receber avaliação e tratamento simultâneos e imediatos (Chammas, 2010).

Eles devem receber o primeiro atendimento no ponto de atenção no qual derem entrada, sendo importante que a equipe de Saúde da Família esteja preparada tecnicamente e com equipamentos adequados para prestar esse atendimento (Curioni, 2019).

1.6. TRANSPORTE EM URGÊNCIA

Um dos aspectos fundamentais na atenção em urgência e emergência é o transporte de paciente do local onde está até o ponto de atenção ideal para o primeiro atendimento ou o atendimento resolutivo do caso. No Brasil temos conhecimento de três modalidades de transporte de urgência disponíveis: terrestre, aéreo e aquático (Machado & Ferreira, 2011).

Este último é pouco utilizado, mas temos regiões no país em que essa modalidade é a mais frequente, exemplo, região amazônica. Ainda assim, há regiões em que esse transporte é feito de forma inadequada ou precária, com veículos inapropriados e equipe não qualificada (Azulay e Avello, 2018).

O profissional de saúde que deparar com uma situação de urgência deverá, o mais precocemente, avaliar o paciente, realizar manobras para sobrevivência e prepará-lo para o transporte. Ainda é responsabilidade do profissional transportar o paciente para o ponto de atenção mais adequado para atender à sua necessidade, pois o fator mais crítico para a sobrevivência de qualquer paciente é a demora entre o incidente ou situação de urgência e o tratamento definitivo (Baduy, 2011).

Pacientes gravemente enfermos requerem transporte para centros de mais complexidade com objetivos diagnósticos ou terapêuticos. A impossibilidade do transporte ou sua realização de maneira inadequada podem levar o paciente à morte ou resultar em sequelas irreversíveis (Merhy, 2014).

O transporte de doentes graves envolve pressupõe que houve avaliação de riscos e benefícios que o envolvem, pois, como você já sabe, esse período caracteriza-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser previstas (Corchado e Abraham, 2018).

a) Fases da Decisão Médica

- ✚ Transferir para local apropriado mais próximo;
- ✚ Não atrasar a transferência;
- ✚ Prever necessidade de reanimação;
- ✚ Estabilização adequada para o transporte seguro;
- ✚ Estado fisiológico do paciente;
- ✚ Critérios de triagem;
- ✚ História pregressa do paciente e do evento (trauma ou clínico).

Encaminhamento: processa-se pelas centrais de regulação. Os encaminhamentos deverão ser feitos às centrais de regulação assistencial ou regulação de urgência para que os profissionais médicos que trabalham nesses setores possam encontrar, o mais rápido possível, o local certo para o tratamento do paciente (Machado et al, 2011).

De acordo Giddens (2011), existe algumas normas propostas. As responsabilidades são divididas e compartilhadas da seguinte forma:

- ✚ Médico que encaminha, faz a indicação da transferência, estabiliza adequadamente o paciente, faz comunicação de médico para médico antes da transferência;
- ✚ Médico que recebe, certifica a possibilidade de transferência, assegura a capacidade, concorda com a transferência, auxilia no processo de transferência;
- ✚ Comunicação ao paciente ou responsável devem ser comunicados sobre o quadro clínico, a potencial gravidade e justificativa do encaminhamento.

Todas as dúvidas devem ser discutidas e esclarecidas. Essa boa relação evita futuros transtornos relativos a processos contra os profissionais e instituições de saúde e permite a assimilação da gravidade do quadro do paciente por parte dos familiares (Carret & Domingues, 2019).

Planeamento na escolha do meio de transporte mais adequado consideram-se os seguintes critérios: disponibilidade do transporte e de pessoal, gravidade da doença ou do traumatismo, condições do trânsito e das vias, segurança dos locais de pouso de aeronaves, custos, etc (Almeida, 2017).

Preparação antecipada do material, todo paciente grave deve ser transportado com material possível de ser disponibilizado para suporte avançado de vida, adequado para sua faixa etária e conferidos e avaliados periodicamente para garantir a reposição ou substituição, quando necessário (Krejcie & Morgan (2010).

É importante ter disponíveis protocolos e tabelas com doses pré-calculadas para atendimento de parada cardiopulmonar e outras situações de emergência (Machado et al, 2011).

Segundo Baduy (2011), atendimento durante o transporte, a equipe deve manter, durante todo o transporte, o mesmo nível de atendimento oferecido ao paciente na fase de estabilização, pois o princípio fundamental na abordagem aos pacientes graves é não causar dano adicional cuidados necessários durante o transporte:

- ✚ Monitorização contínua das funções vitais;
- ✚ Reavaliação contínua;
- ✚ Documentação de todas as intercorrências;
- ✚ Comunicação com o hospital receptor.

Na visão de Duarte (2014), pontos importantes para o bom atendimento de casos de urgência na Atenção Primária à Saúde. Vamos rememorar alguns pontos:

- ✚ Organizar os serviços de urgência na rede de atenção à saúde de forma ideal para que possamos atender ao usuário com a máxima qualidade possível, além de fazermos as ações no local certo, com o tempo certo e com os recursos necessários;
- ✚ Acolher e classificar o risco dos usuários que buscam serviços em situações de urgência. São ferramentas de apoio para que todos sejam atendidos conforme sua prioridade clínica, bem como extinguir a triagem sem fundamentação;
- ✚ Fazer o encaminhamento responsável do paciente seguindo todos os passos
- ✚ garantir a esse paciente e a você um transporte seguro e um paciente com mais chances de cura ou melhora, com menos sequelas.

1.6.1. ATENDIMENTO INICIAL ÀS URGÊNCIAS

Segundo Rodrigues (2019, p. 77), as situações de urgências podem ocorrer em qualquer local de atendimento ou mesmo na rua ou no domicílio. É importante que toda a comunidade saiba prestar o primeiro atendimento e acionar o sistema móvel de urgência se disponível em sua cidade.

As ações educacionais preventivas são de responsabilidade de todos, mas principalmente dos profissionais de saúde, os quais devem estar sensibilizados para reconhecer as situações de risco em sua área de abrangência (Duarte, 2014).

1.6.2. SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Segundo Mattos (2013, p. 62), o grande avanço tecnológico dos dias atuais expõe a população a mais susceptibilidade aos eventos agudos traumáticos e não traumáticos. Do mesmo modo, tem contribuído para salvar muitas vidas, desde que conte com profissionais capacitados para usar as tecnologias no tempo certo e na hora certa.

Para Krejcie & Morgan (2010), é um conjunto de habilidades cognitivas e motoras destinadas à manutenção, suporte ou restabelecimento da oxigenação,

ventilação e circulação em pacientes com quadro de parada cardíaca, parada respiratória ou ambos.

O suporte básico de vida inclui vários componentes que vão desde medidas de prevenção relacionadas direta e indiretamente à parada cardiorrespiratória, até a instituição do suporte avançado de vida (Fortes & Spinetti, 2011).

A prevenção de injúrias representa forte impacto na morbimortalidade, sendo por isso considerada um importante elo da cadeia de sobrevivência. Cadeia de sobrevivência Sequência de intervenções críticas que tem por objetivo prevenir eventos fatais (Lima & Rivera, 2010).

Ela se inicia pela prevenção nas crianças e pelo reconhecimento imediato da parada cardiorrespiratória e o acionamento do serviço de emergência no adulto e continua com intervenções críticas realizadas tanto no ambiente pré-hospitalar quanto no ambiente hospitalar (Chammas, 2010).

Segundo Isern & Moreno (2012), em adultos, na parada cardiorrespiratória súbita presenciada, as principais causas são as arritmias cardíacas, portanto, o acionamento do serviço de urgência/emergência deve ser prioritário.

Caso o paciente adulto seja vítima de afogamento, trauma ou evidência de intoxicação, as manobras de reanimação cardiorrespiratória devem ser realizadas por dois minutos ou cinco ciclos antes da ativação do serviço médico de urgência (Duarte, 2014).

A prevenção de acidentes de qualquer natureza deve ser de responsabilidade de todos profissionais de saúde e comunidade. Como cidadão e profissional de saúde, é seu dever adotar padrões rígidos de segurança em todos os ambientes (Hoen et al, 2015).

De acordo Hayes-Roth (2015), pais e cuidadores devem ser incentivados a adotar medidas de prevenção simples, factíveis e eficazes, isso é, cabe à família, como cuidadora, realizar essas ações preventivas e educativas dentro do ciclo de vida familiar essas medidas devem incluir:

- ✚ Redução do risco de síndrome de morte súbita do lactente;
- ✚ Redução de traumas relacionados a acidentes automobilísticos, por meio da direção segura e responsável;
- ✚ Redução de traumas associados à utilização de bicicletas, estimulando o uso de capacetes adequados;
- ✚ Prevenção de traumas relacionados à utilização das vias públicas como pedestre;
- ✚ Prevenção de afogamento e acidentes aquáticos;
- ✚ Prevenção de lesões por queimaduras;
- ✚ Prevenção de lesões por arma de fogo;

- ✚ Adoção de normas de segurança em relação a medicamentos substâncias químicas;
- ✚ Evitar exposição a produtos tóxicos, que podem estar ao alcance das crianças;
- ✚ Prevenção de obstrução de vias aéreas por corpo estranho.

A maioria das paradas que ocorrem em adultos, presenciadas por outras pessoas, ocorre de forma súbita e tem como causa a fibrilação ventricular e a taquicardia ventricular, sem pulso (Hoen et al, 2015).

O socorrista deve avaliar o paciente rapidamente verificando, por uma inspeção visual, o estado de consciência e identificando a ausência de respiração e/ou presença de respiração irregular ou gasping (Rodrigues, 2019).

As manobras de reanimação cardiorrespiratória devem ser instituídas rapidamente, além de serem feitas de forma efetiva e com alta qualidade. Alta qualidade em significa: compressões torácicas fortes, rápidas (mínimo de 100 compressões por minuto), permitindo retorno do tórax à posição inicial e com mínimas interrupções (Curioni, 2019).

Manobras imediatas e de alta qualidade são fatores críticos no resultado final da reanimação cardiorrespiratória (González et al, 2010).

1.6.3. RECONHECIMENTO DO PACIENTE GRAVEMENTE ENFERMO

Segundo Baduy (2011), o reconhecimento dos sinais e sintomas de gravidade em um paciente de forma precoce é um fator decisivo para a sobrevida e o bom prognóstico do caso.

O paciente adulto é capaz de se expressar sobre os sintomas e pode perceber a maioria dos sinais dos eventos agudos. Na condição de debilidade acentuada, o cuidador deve estar atento às mudanças ocorridas para informar aos profissionais de saúde e, assim, contribuir para o atendimento adequado (Melo, 2014).

Os principais eventos agudos nos pacientes adultos são as dores torácicas, abdominais e os sintomas neurológicos. Por outro lado, o fato de o paciente relatar que algo está mal ou diferente deve ser avaliado cuidadosamente, pois muitas vezes ele não sabe explicar o que está acontecendo (Isern & Moreno, 2012).

Os idosos, bem como os pacientes com doenças crônicas, devem ser avaliados com mais cautela. A anamnese e o exame clínico pormenorizados são fundamentais para auxiliar o raciocínio clínico e concluir o diagnóstico (González et al, 2010).

As situações de urgência e emergência na faixa etária pediátrica são de etiologias diversas e como profissional de saúde deve estar preparado para reconhecê-las. O reconhecimento pode ser difícil, porque muitas vezes a criança não sabe manifestar ou descrever os sintomas (Hoen et al, 2015).

O diagnóstico precoce e a abordagem específica dos sinais de piora clínica são decisivos para o prognóstico. A avaliação e o tratamento iniciam-se com a imediata avaliação cardiopulmonar, cujo propósito é identificar insuficiência

respiratória e choque, atuais ou potenciais, além dos efeitos dessas alterações na perfusão e função de órgãos terminais (Forrester, 2011).

A avaliação realizada por um profissional de saúde treinado deve ser rápida. Durante o exame físico, deve-se aplicar a regra mnemônica “A-B-C”, verificando-se a aparência geral do paciente, abrir vias aéreas, verificar respiração e circulação. Os sinais de falência respiratória e choque devem ser investigados (Chammas, 2010).

Nessas situações, pode ocorrer alteração do nível de consciência, do tônus muscular e cianose. Os sinais precoces de falência respiratória são a dificuldade respiratória e taquipneia e, na sequência, taquidispneia progressiva, bradipneia, palidez e/ou cianose (Hayes-Roth, 2015).

No choque ocorre diminuição da perfusão capilar com o tempo de recoloração prolongado acima de dois segundos, pulsos periféricos cheios/ou finos e rápidos, pele “mosqueada” e cianose. O choque descompensado é caracterizado por hipotensão arterial (Azulay e Avello, 2018).

Na falência respiratória e no choque é importante oferecer oxigênio suplementar e monitorar o débito urinário. Assim que possível, realiza-se o cateterismo gástrico para evitar vômitos e aspiração pulmonar (Zhang & Shrestha, 2010).

O esvaziamento gástrico também contribui para facilitar a ventilação pulmonar. Nesse momento, é fundamental avaliar se a ventilação é suficiente ou se está indicada a intubação traqueal (Mattos, 2013).

1.6.4. ATENDIMENTO INICIAL À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Segundo Forrester (2011), a reanimação cardiorrespiratória enfoca a superação da fase aguda da parada cardiorrespiratória e busca garantir a sobrevivência sem sequelas e danos ao paciente.

Na visão do autor, esse conceito deve ser ampliado para a reanimação cardiorrespiratória-cerebral, uma vez que, além de promover a circulação sanguínea adequada, são aplicadas medidas para evitar a hipóxia e, assim, proteger o sistema nervoso central (Zhang & Shrestha, 2010).

No atendimento à parada cardiorrespiratória devem ser priorizadas as ações sistematizadas, por meio de treinamentos das equipes e organizações dos serviços.

Para fins didáticos, esta parte foi dividida em atendimento sem recursos, com poucos recursos e com recursos (Daknou, 2018).

As equipes de Saúde da Família devem estar aptas a diagnosticar os sinais de gravidade de um paciente e, assim, prevenir a parada cardiorrespiratória, visto que na maioria das vezes esses sinais estão presentes (Almeida, 2017).

A prevenção dessa complicação, o atendimento inicial adequado, o atendimento pelo serviço médico de urgência e o suporte avançado de vida formam elos que compreendem a cadeia de sobrevivência (Fortes & Spinetti, 2011).

O treinamento, o fácil acesso aos serviços de emergências médicas e o preparo das unidades hospitalares para receber esses pacientes são fundamentais para melhorar a evolução dos pacientes gravemente enfermos (Perfeito e Melo, 2014).

O encaminhamento responsável inclui desde o contato com o serviço de emergência até o ponto em que todo o suporte necessário seja oferecido (Camelo & Lausam, 2019).

O exame clínico do paciente deve ser completo, incluindo o exame neurológico, inicialmente sumário, e, a seguir, mais pormenorizado, com anotações e avaliações de todos os dados. O esclarecimento dos fatos e o suporte emocional ao paciente e aos seus familiares ou responsáveis são fundamentais na relação equipe de saúde-paciente e caracterizam o atendimento humanizado (Corchado & Abraham, 2018).

Em crianças maiores de 12 a 14 anos de idade com sinais pré-púberes é recomendado seguir o protocolo dos adultos, dependendo do evento e se a parada cardiorrespiratória foi ou não testemunhada (Brasil, 2013).

Em paciente de todas as idades, vítimas de submersão, a reanimação cardiorrespiratória imediata é mais efetiva do que ativar o SAMU como primeiro passo (Merhy, 2014).

Em caso de colapso súbito testemunhado, sem sinais de obstrução de vias aéreas por corpo estranho, a arritmia é a causa mais provável, sendo necessário ter o desfibrilador ao alcance (Rodrigues, 2019).

Os equipamentos que devem estar disponíveis são os seguintes: unidade ventilatória com máscara e reservatório de oxigênio, laringoscópio com lâmina, tubos traqueais no mínimo três, sendo um número acima e um abaixo do diâmetro interno estimado, aspirador de secreções, espa radrapo para fixação do tubo, oxímetro de pulso (Mattos, 2013).

Todos os equipamentos devem ser checados previamente. A administração de medicamentos deve ser, preferencialmente, através do acesso vascular, mas pode ser empregado o acesso intraósseo ou via traqueal (Machado et al, 2011).

Na fase de estabilização pós-parada, o paciente deve ser examinado quanto a: pulsos centrais e periféricos, perfusão, cor e temperatura da pele, pressão arterial, perfusão renal, perfusão cerebral exame neurológico e, sobretudo, os sinais de falência respiratória ou de choque, que devem ser tratados (Zhang & Shrestha, 2010).

É importante diagnosticar e tratar a causa, para se evitar nova parada cardiorrespiratória (González et al, 2010).

1.6.5. URGÊNCIAS CLÍNICAS

Para Giddens (2011), as urgências clínicas constituem causa frequente de procura por atendimento médico, principalmente nas unidades de pronto-atendimento.

Em nosso meio as situações de insuficiência respiratória, choque, intoxicações exógenas e os acidentes por animais peçonhentos são prevalentes. Além disso, são causas de morte e demanda de consultas e internações em todas as faixas etárias (Curioni, 2019).

Após cada avaliação é importante saber classificar o estado do paciente, tomar decisões e agir imediatamente com o objetivo de reduzir as sequelas e as mortes (Rodrigues, 2019).

1.7. ABORDAGEM INICIAL DA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

A insuficiência respiratória é uma causa importante de morbidade e mortalidade na população em geral. O diagnóstico precoce, a avaliação adequada da gravidade e a abordagem correta previnem a piora do quadro, a evolução para a parada cardiorrespiratória e as sequelas (Fortes & Spinetti, 2011).

A faixa etária pediátrica é a mais acometida, em função de características anatômicas e fisiológicas singulares de todo o trato respiratório (Rodrigues, 2019).

A principal função da respiração é fornecer oxigênio e remover o excesso de dióxido de carbono das células do organismo. Quando a ventilação e/ou troca gasosa de um paciente é incapaz de fornecer oxigênio ou eliminar dióxido de carbono necessário às necessidades teciduais, dizemos que o paciente encontra-se em insuficiência respiratória (Almeida, 2017).

Segundo Merhy (2014), faz menção de causas de insuficiência respiratória aguda em adultos de acordo com o local de acometimento:

1.7.1. VIA AÉREA

- (1) Asma;
- (2) Exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica;
- (3) Obstrução parcial de faringe, laringe, traqueia ou brônquio;
- (4) Parênquima pulmonar;
- (5) Síndrome do desconforto respiratório agudo;
- (6) Insuficiência cardíaca congestiva;
- (7) Pneumonia;
- (8) Aspiração;
- (9) Pneumonite;
- (10) Vascularização pulmonar;
- (11) Tromboembolismo pulmonar;
- (12) Parede torácica e pleura;
- (13) Tórax instável;
- (14) Pneumotórax;
- (15) Neuromuscular “Overdose” de sedativo ou opioide;
- (16) Síndrome de Guillain-Barré;
- (17) Botulismo;
- (18) Traumatismo raquimedular;
- (19) Miastenia gravis;
- (20) Ataque vascular cerebral.

Alguns sinais de desconforto ou de insuficiência respiratória e alguns dados sobre o quadro clínico. Pela avaliação da via aérea pode-se dizer se ela está permeável ou não e sustentável ou não e, ainda, se são necessários procedimentos invasivos para assegurar a permeabilidade das vias aéreas, tais como posicionamento, aspiração e ventilação com bolsa e máscara (Merhy, 2014).

Se a via aérea é insustentável, será necessário assegurar a permeabilidade das vias aéreas por meio de uma destas medidas: intubação traqueal, cricotireoidotomia ou manobras de desobstrução de corpo estranho (Almeida, 2017).

A eficácia da respiração pode ser avaliada por meio da observação da oxigenação, ventilação e mecânica respiratória. A oxigenação é avaliada pela cor, pelo nível de consciência (Mattos, 2013).

Segundo Rodrigues (2019), a palidez cutânea é um sinal mais frequente e precoce que a cianose, sendo esta um sinal tardio de hipoxemia.

O nível de consciência normal é um bom indicador de adequada oxigenação cerebral. Alterações como agitação, confusão mental, prostração ou coma podem ocorrer por vários fatores, incluindo a hipoxemia (Giddens, 2011).

A ventilação pode ser avaliada pela ventilação-minuto e pelo volume corrente. O volume-corrente pode ser avaliado pelo exame físico expansibilidade da caixa torácica e ausculta pulmonar (Machado et al, 2011).

A frequência respiratória demonstra rapidamente alteração da ventilação. A taquipneia é, frequentemente, o primeiro sinal de dificuldade respiratória. Respiração irregular ou bradipneia são sinais de mau prognóstico (Rodrigues, 2019).

Quanto à circulação, na fase inicial é comum a taquicardia, mas que evolui para bradicardia mais tardiamente. A perfusão sistêmica está alterada (Ferreira, 2010).

Os pulsos centrais e periféricos podem estar finos, com a perfusão da pele alterada mosqueada, pálida, cianótica, tempo de enchimento capilar prolongado, extremidades frias (Bittencourt & Hortale, 2019).

Na visão de Corchado & Abraham (2018), a pressão arterial na fase inicial está aumentada e mais tardiamente diminuída, quando a hipoxemia se agrava. Quanto menor a faixa etária do paciente, mais facilmente esses sinais serão observados.

Após a avaliação cardiorrespiratória rápida o paciente poderá ser classificado como: via aérea pérvia ou não; via aérea sustentável ou não; estável, em insuficiência respiratória ou em falência respiratória (Daknou, 2018).

a) Tratamento

O tratamento da insuficiência respiratória baseia-se na tentativa de reversão dos mecanismos fisiopatológicos causadores. O tratamento da causa básica e o suporte da função pulmonar comprometida ventilação ou troca gasosa são essenciais para o bom prognóstico (Curioni, 2019).

Em termos gerais o suporte ventilatório é dado por diferentes formas de ventilação não invasiva que não requer qualquer tipo de prótese traqueal ou de ventilação mecânica invasiva que pressupõe a colocação de prótese traqueal: orotraqueal, nasotraqueal, traqueostomia (Camelo & Lausam, 2019).

A insuficiência respiratória decorrente do bloqueio difusional que ocorre nas doenças crônicas fibrosantes do pulmão é geralmente irreversível quando a causa básica não tem tratamento (Zhang & Shrestha, 2010).

O conhecimento das indicações de intubação traqueal, das técnicas básicas de ventilação com pressão positiva e das mudanças da fisiologia cardiopulmonar durante a ventilação auxiliará o médico da unidade de emergência, beneficiando, assim, os pacientes com insuficiência respiratória devida a várias causas (Forrester, 2011).

A escolha da modalidade ventilatória com a qual se esteja mais familiarizado é a melhor forma de iniciar a ventilação mecânica (Krejcie & Morgan e 2010).

O objetivo primário do suporte ventilatório é fornecer oxigenação e ventilação adequadas, reduzir o trabalho respiratório, estabelecer sincronia entre o paciente e o ventilador e evitar altas pressões inspiratórias (Hayes-Roth, 2015).

A fração inspirada de oxigênio deve ser inicialmente de 100%, reduzida progressivamente, de forma a manter a saturação da hemoglobina entre 92 e 94%. A responsabilidade da escolha do equipamento e da modalidade de ventilação deve ser do profissional, levando-se em conta a gravidade do caso (Machado et al, 2011).

Até que o paciente possa ser colocado em ventilação mecânica, a ventilação manual deve ser utilizada pelo profissional de saúde, sendo o caso repassado para vaga de urgência em unidade de terapia intensiva ou em outro setor quando indicado (Cooley & Lee, 2010).

1.7.2. ABORDAGEM INICIAL AO CHOQUE

Segundo Mattos (2013), nesta parte discutiremos o diagnóstico e o primeiro atendimento ao paciente com quadro de choque. O estado de choque pode ser classificado quanto aos fatores etiológicos e fisiopatológicos. Quanto à etiologia, podemos classificá-lo em:

- ✚ Choque hipovolêmico: é a causa mais frequente de comprometimento hemodinâmico. Caracteriza-se pela diminuição do débito cardíaco secundária à hipovolemia.
- ✚ As principais causas são: diarreia, vômitos, derivações digestivas, diabetes, tubulopatias e queimaduras.
- ✚ Outras causas também podem estar presentes, como: hemorragias (trauma, cirurgias e sequestração de fluido para o “terceiro espaço” enterocolites, obstruções intestinais, ascites volumosas.
- ✚ Choque cardiogênico: caracteriza-se pela diminuição do débito cardíaco resultante de disfunção miocárdica primária. As principais causas são: as arritmias, pós-operatório de cirurgias cardíacas, cardiopatias congênitas, miocardite viral, intoxicações medicamentosas, quimioterápicos, toxinas e distúrbios metabólicos hipocalcemia, hipoglicemia, acidose metabólica.
- ✚ Em paciente que persista, por tempo prolongado, em estado de choque de

- ✚ qualquer outra etiologia, pode ocorrer secundariamente disfunção miocárdica Choque distributivo: é caracterizado pela diminuição da resistência vascular
- ✚ sistêmica associada a aumento compensatório, porém insuficiente, do
- ✚ débito cardíaco. Ocorre distribuição irregular do fluxo sanguíneo, levando à inadequada perfusão tecidual.

1.7.3. ABORDAGEM DA DOR TORÁCICA

Nesta parte faremos uma abordagem ampla e detalhada da definição e das diversas etiologias da dor torácica e a seguir descreveremos uma orientação geral sobre o manejo dos casos (Giddens, 2011).

Os casos devem ser avaliados quanto à gravidade e à necessidade de medidas terapêuticas de urgência para garantir a sobrevivência do paciente (Mattos (2013).

A dor torácica é uma das queixas principais na sala de emergência. A abordagem baseia-se na observação das vias aéreas, da presença de respiração e de pulso central e na identificação de condições que causam risco iminente de morte (Bittencourt e Hortale, 2019).

Inúmeras causas de dor torácica que ameaçam a vida devem ser lembradas, como dissecação aórtica, embolismo pulmonar, pneumotórax, pneumomediastino, pericardite, ruptura esofágica e infarto agudo do miocárdio (Krejcie & Morgan, 2010).

Os passos iniciais para estabelecer o diagnóstico é o detalhamento das características da dor ao mesmo tempo em que se realiza o exame físico, sendo que alguns métodos complementares deverão ser realizados para diferenciar as principais causas de dor torácica, entre as quais se destacam, além das causas emergenciais já citadas, transtornos mentais, refluxo gastroesofágico, espasmo esofágico, úlcera péptica e costochondrite (Corchado e Abraham, 2018).

Segundo Zhang & Shrestha (2010, p. 45), “o infarto agudo do miocárdio e a angina instável, que compõem a síndrome coronariana aguda, são responsáveis por grande parte dos casos de dor torácica no atendimento de emergência”.

Doenças não coronarianas causadoras de dor torácica podem ter o seu diagnóstico suspeitado pelo exame físico, como é o caso do prolapso da válvula mitral, da pericardite, da embolia pulmonar, entre outros (Cooley e Lee, 2010).

As dores originadas na caixa torácica representam aproximadamente um terço dos atendimentos devido à dor torácica em serviços de urgência, enquanto as de causa gastrointestinal e psicogénica variam entre 10 e 25% (Carret & Domingues, 2019).

A síndrome coronariana aguda situa-se entre a primeira e a quinta causa de dor torácica, dependendo do perfil do serviço de pronto atendimento. Cerca de um terço dos pacientes que procuram as salas de emergência com dor torácica tem algum distúrbio psiquiátrico (Yue e Krishnan, 2012).

Portanto, é oportuno considerar a concomitância de eventos. A principal causa de dor torácica em atendimento ambulatorial é músculo-esquelética. Quando acomete a região precordial, pode ser confundida com a SCA, mas o exame criterioso mostrará relação com a movimentação de caixa torácica, respiração e braços e exacerbada à palpação (Duarte, 2014).

Trata-se de dor insidiosa e persistente, cuja duração estende-se de horas a semanas. Nessas situações a faixa etária jovem reforça o diagnóstico (Daknou & Hubert, 2018).

A dor torácica músculo-esquelética divide-se em três categorias: síndrome de dor torácica músculo-esquelética, que engloba as costochondrites, a síndrome de Tietze pericondrite de articulações costochondrais, com dor profunda e hiperestesia local e a dor pós-cirúrgica de revascularização miocárdica; doenças reumáticas como a artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico, espondilite anquilosante e

fibromialgia; e doenças sistêmicas não reumáticas, em especial neoplasias e anemia falciforme (Corchado e Abraham, 2018).

Ocorrência comum em mulheres pré-menopausa é a síndrome X, que é uma dor torácica, não gastrointestinal, associada a coronárias normais, sendo a dor típica de angina em metade dos casos, mas pode ser precipitada pelo exercício ou ocorrer em repouso. Responde irregularmente aos nitratos (Almeida, 2017).

O coração e o esôfago, em especial em sua porção distal, podem ser sítios de dor com características indistinguíveis, em face da compartilhada inervação. Após criterioso exame, somente um terço dos pacientes tem o diagnóstico firmado em uma dessas situações (Fortes e Spinetti, 2011).

Alguns achados sugerem dor de origem esofágica, a saber: dor provocada por deglutição, relacionada a decúbito ou que alivia com antiácidos; dor não relacionada a exercícios; dor noturna; episódios frequentes, espontâneos e prolongados por horas; associação com queimação retroesternal e regurgitação ácida na boca (Azulay, 2018).

Entre as causas de dor de origem esofágica citam-se doença de refluxo gastroesofágico, acalasia, esofagite, ruptura esofágica e mediastinite (Chammas, 2010).

A ruptura esofágica, além de se associar a dor torácica, dispneia e odinofagia, associa-se também à pneumomediastino ou ao pneumotórax, visíveis à radiografia de tórax. Pode-se realizar exame contrastado do esôfago para o diagnóstico, mas podem ocorrer resultados falso-negativos (Machado et al, 2011).

A dor de origem esofágica que acomete os pacientes portadores de anel esofágico, como o anel de Schatzki-Gary, é episódica, relaciona-se à deglutição de alimentos sólidos e semissólidos, especialmente em ocasiões festivas e churrascos (Hayes-Roth, 2015).

E embora possa adquirir grande intensidade, não altera os exames complementares iniciais, retornando à normalidade em minutos após a interrupção da alimentação (Hoen e LaPoutre, 2015).

A dor torácica de causa pulmonar origina-se no parênquima, no tecido pleural ou nos vasos sanguíneos. As principais doenças vasculares são o tromboembolismo pulmonar, hipertensão pulmonar e cor pulmonale; já as parenquimatosas são as pneumonias, câncer e sarcoidose, enquanto pleurites e pneumotórax representam as de origem pleural (Isern e Moreno, 2012).

A dor do acometimento pleural é causada pela irritação das terminações nervosas sensitivas da pleura costal (González e Arvanitis, 2011, p. 57).

Entre as causas de dor pleurítica citam-se: pneumonia, viroses, embolia pulmonar, pneumotórax, pericardite, doenças do colágeno, pneumonite pós-radioterapia e histoplasmose (Krejcie & Morgan, 2010, p. 34).

Para Lima & Rivera (2010, p. 56), o tromboembolismo pulmonar pode se manifestar por meio da tríade “dor torácica, dispneia e hemoptise”, sendo a avaliação clínica desse quadro pouco sensível para o diagnóstico.

Na perspectiva de Hoen e Lapoutre (2015, p. 22), a anamnese pode auxiliar o diagnóstico, devendo-se identificar fatores de risco para tromboembolismo venoso. O caráter contínuo quase sempre indica acometimento de pleura e parede torácica.

Acompanhada de tosse e dispneia, a dor torácica é manifestação comum da sarcoidose pulmonar. A síndrome do pânico e outras desordens psicogênicas devem ser consideradas no grupo com dor de etiologia incerta (Machado e Ferreira, 2011).

Segundo Baduy (2011, p. 83), o infarto agudo do miocárdio é o diagnóstico mais comum simulado por esses pacientes. Chama a atenção o número de

episódios que eles referem e a variedade de exames realizados, mas quase sempre sem portar os resultados.

São pacientes que relatam terem tido três, quatro, cinco infartos. Contrapõem-se exames normais ou quase normais (Perfeito e Melo, 2014).

Não há sinais eletrocardiográficos e muitos já foram submetidos a cateterismo, que resultou normal. Quando confrontados, alteram a história, tornam-se não cooperativos e recusam atendimento psiquiátrico (Rodrigues e Araújo, 2019).

Em geral, observam-se sinais de ansiedade e, frequentemente, a utilização abusiva e imprópria de medicações analgésicas. Esses pacientes exigem cuidadoso acompanhamento, pois podem desenvolver causas orgânicas. Todas as causas orgânicas devem ser excluídas a cada crise antes de se fechar o diagnóstico de doença não orgânica (Urovi e Schumacher, 2013).

Pneumomediastino é uma entidade espontânea ou pós-traumática, que se relaciona com o uso de drogas ilícitas, asma e outras condições envolvendo manobra de Valsalva (Corchado e Abraham, 2018).

De acordo Yue e Krishnan (2012, p. 59), radiografia de tórax evidencia ar no mediastino e pescoço; mas se esse método não for suficiente para confirmar o diagnóstico, deve-se realizar tomografia computadorizada de tórax.

Caso haja suspeita de perfuração de esôfago, justifica-se, ainda, o estudo contrastado do esôfago. As dores irradiadas formam outro intrigante capítulo no diagnóstico diferencial da dor torácica (Brasil, 2013).

A heparinização deverá ser mantida durante dois a cinco dias ou até o procedimento da intervenção. O tratamento adjuvante é composto por inibidores de enzima conversora de angiotensina, estatinas e mudança dos hábitos de vida (Almeida, 2017).

O tratamento medicamentoso deverá ser individualizado, considerando-se as comorbidades do paciente. A heparina não fracionada está indicada nos pacientes submetidos à terapia de recanalização e enoxaparina como adjuvante de fibrinolíticos (Cooley & Lee, 2010).

Já a terapêutica imediata, que deverá ser instituída para pacientes com dissecação aórtica, inclui monitorização cardíaca, acesso venoso e controle da pressão arterial (Camelo e Lausam, 2019).

Os anti-hipertensivos indicados são os betabloqueadores e vasodilatadores de ação rápida, como nitroprussiato de sódio, sendo este iniciado por último para se evitar taquicardia rebote (Fortes e Spinetti, 2011).

Segundo Yue & Krishnan (2012, p. 23), a dor torácica aguda agrega etiologias bastante variadas, podendo ir desde causas psicogênicas até doenças cardíacas graves, tornando-se necessária abordagem estruturada e precisa.

A avaliação clínica criteriosa irá orientar o diagnóstico e a propedêutica complementar necessária. O médico generalista deve procurar entender a história do paciente, fazer exame clínico detalhado. A sequência de avaliação citada no início desta seção auxiliará o diagnóstico (Zhang & Shrestha, 2010).

1.7.4. PRIMEIRO ATENDIMENTO AO TRAUMA

Para Krejcie & Morgan (2010, p. 68), as lesões traumáticas têm forte impacto na sociedade, tanto para a vítima, a família ou a equipe de Saúde da família à qual esta pertence. São vistos e sentidos, por todos, os danos físicos, emocionais, financeiros e materiais que o trauma acarreta.

Uma equipe bem preparada e sistema hierarquizado e integrado de assistência ao trauma fazem com que essas vítimas sejam atendidas na hora certa, no local certo e com os recursos necessários adequados (Urovi e Schumacher, 2013).

Os mesmos autores realçam que é aqui, nesta seção, que se retoma alguns conceitos de trauma e trabalhar para a melhor assistência a esses pacientes:

a) ATENDIMENTO INICIAL

O grau de urgência é diretamente proporcional à gravidade, à quantidade de recursos necessários para atender ao caso e à pressão social presente na cena do atendimento e inversamente proporcional ao tempo necessário para iniciar o tratamento (Fortes e Spinetti, 2011).

Para o atendimento pré-hospitalar, há três premissas básicas, que são: segurança, situação e cena. Na segurança, devem-se avaliar todas as ameaças potenciais à segurança do paciente, dos transeuntes e da equipe que presta atendimento (Cooley & Lee, 2010).

Na situação, devem-se avaliar o mecanismo de trauma, número de vítimas, necessidade de apoio de outras equipes ou apoio especial, como transporte rodoviário ou aéreo (Urovi e Schumacher, 2013).

b) VIA AÉREA E PROTEÇÃO DA COLUNA CERVICAL

De acordo com o Machado et al (2011, p. 32), “as lesões que obstruem as vias aéreas provocam morte mais rápido se comparadas às outras, pois impossibilitam que o oxigênio do meio externo alcance os alvéolos pulmonares. Todo paciente vítima de trauma deve receber oxigênio suplementar”.

Todas as manobras para estabelecer a perviedade das vias aéreas devem ser aplicadas mediante a proteção da coluna cervical, sobretudo, evitando-se sua rotação. Aproximadamente 25% das vítimas com traumatismos raquimedulares têm suas lesões agravadas ou provocadas depois do evento inicial (Yue & Krishnan (2012, p. 23).

O uso de dispositivos apropriados de imobilização colar cervical ou, na sua ausência, o alinhamento e imobilização manuais da cabeça e pescoço garantem essa proteção (Cooley & Lee, 2010).

A maneira mais simples de determinar a perviedade da via aérea é pedir ao paciente que fale. A voz clara, sem ruídos é sinal de via aérea pérvia, naquele momento, devendo ser reavaliada sistematicamente (Chammas, 2010).

A primeira medida recomendada para facilitar a perviedade da via aérea é a manobra de levantamento de queixo ou de anteriorização da mandíbula. A via aérea deve ser aspirada, corpos estranhos retirados e oferecido oxigênio suplementar a 12 L/min através de máscara facial com reservatório (Perfeito e Melo, 2014).

Caso essas manobras não sejam suficientes, o posicionamento de cânula orofaríngea pode ser útil no paciente inconsciente (Azulay, 2018).

É importante monitorar a saturação de oxigênio com oxímetro de pulso e manter essa saturação acima de 90% em ar-ambiente; e acima de 95% com oxigênio suplementar (Camelo e Lausam, 2019).

A hipóxia causa morte mais rapidamente do que hipovolemia e hipotensão. Via aérea pérvia não significa ventilação adequada. Os pulmões, caixa torácica e diafragma necessitam ser rapidamente examinados por inspeção, palpação, percussão e ausculta, à procura de alterações que sugerem lesões (Corchado e Abraham, 2018).

Segundo Curioni (2019, p. 45), as lesões como pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, hemotórax maciço e o tórax instável com contusão pulmonar comprometem a respiração e devem ser abordadas no exame primário. O oxigênio pode ser ofertado por meio de unidade ventilatória autoinflável com reservatório.

c) ESTADO NEUROLÓGICO

A avaliação neurológica basal é obtida pela determinação do nível de consciência do paciente, empregando-se a avaliação neurológica rápida ou a escala de coma de Glasgow. O nível de consciência é o fator mais importante na avaliação inicial do sistema nervoso central (Perfeito e Melo, 2014).

Sempre lembrar que, além do traumatismo crânio-encefálico, o nível de consciência pode estar alterado devido à hipoxemia ou hipoperfusão cerebral (Curioni, 2019, p. 76).

A hipoglicemia, narcóticos, drogas e álcool também podem ser responsáveis por alterações no nível de consciência (Cooley & Lee, 2010).

d) Exposição e controle da hipotermia

Todo paciente vítima de trauma deve ser totalmente despido, com vista à completa avaliação. É prioridade iniciar as medidas de reaquecimento mediante o aquecimento das soluções de cristaloídes, uso de cobertores aquecidos ou dispositivos de aquecimento. O mais importante nessa fase é garantir a temperatura corpórea do paciente, mantendo-o normotérmico (Curioni, 2019).

1.8. PARTICULARIDADES NA CRIANÇA

Segundo Baduy (2011, p. 45), as causas mais comuns de trauma nas crianças, por ordem de frequência, são as quedas, os atropelamentos e acidentes automobilísticos. A incidência de trauma fechado é maior, assim como o potencial de lesões multissistêmicas.

Para o autor, a evidência de lesão na superfície corporal é mínima, mas deve-se sempre considerar a possibilidade de lesão grave de órgãos internos (Perfeito e Melo, 2014, p. 88).

Algumas características das crianças, como tamanho, pouca quantidade de gordura corporal, mais elasticidade do tecido conjuntivo e mais proximidade entre os diferentes órgãos proporcionam mais absorção de energia do trauma por unidade de superfície corpórea, o que favorece a lesão de vários órgãos (Fortes e Spinetti, 2011).

O esqueleto, por ser incompletamente calcificado e mais elástico, em geral não sofre fraturas, a despeito das lesões internas graves. É comum a contusão pulmonar sem fraturas de costelas. O maior volume da cabeça da criança determina mais frequência de traumatismo crânio-encefálico (Yue e Krishnan, 2012, p. 71).

Quando a criança é atendida de forma inadequada, interfere não apenas na sobrevivência, mas na sua qualidade de vida por muitos anos. Toda criança traumatizada deve ser transportada imediatamente para o hospital de referência para tratamento apropriado (Chammas, 2010).

A existência de occipício maior dificulta o posicionamento da cabeça. Deve ser usado coxim ou cobertor de 2 a 3 cm de espessura sob o tronco da criança, para diminuir a flexão aguda do pescoço, o que contribui para manter as vias aéreas pervias e mobilização cervical (Krejcie & Morgan, 2010, p. 90).

A estabilização manual da coluna cervical é feita durante o controle das vias aéreas e mantida até que a criança esteja imobilizada em prancha longa, com o uso de coxins para preenchimento dos espaços (Daknou, 2018).

1.9. QUEIMADURAS

Segundo Yue e Krishnan (2012, p. 34), queimaduras assim como os outros traumas já vistos nesta seção no atendimento aos usuários.

O profissional deverá observar os princípios básicos da reanimação inicial no trauma e a aplicação, em tempo apropriado, de medidas que visem a minimizar a morbidade e a mortalidade (Perfeito e Melo, 2014).

De acordo com Urovi e Schumacher (2013, p. 33), as queimaduras devem ser observadas nos comprometimentos da via aérea por inalação de fumaça e a infusão de líquidos para a manutenção e reanimação hemodinâmica.

O profissional deverá estar atento, também, para medidas que buscam evitar e tratar potenciais complicações dessas lesões (Almeida, 2017).

Os sinais de obstrução de via aérea podem não ser óbvios no atendimento inicial, mas a equipe que atende deve estar atenta aos riscos (Fortes e Spinetti, 2011, p. 76).

Os indicadores de lesão por inalação são, queimaduras de face ou da região cervical, chameusamento dos cílios e vibrissas nasais, escarro carbonado, rouquidão, inflamações agudas na orofaringe, história de confusão mental ou confinamento no local do incêndio, história de explosão com queimaduras de cabeça e tronco (Hayes-Roth, 2015).

A constatação de qualquer um desses achados sugere lesão inalatória aguda.

O tratamento deve ser oxigênio umedecido. Sempre que se encontrar lesão por inalação, estará indicada a transferência do paciente para uma unidade de tratamento de queimados. E estridor indica intubação imediata (Giddens, 2011).

A superfície corporal deve ser lavada/enxaguada com água corrente e após esse procedimento, ser coberta com lençóis quentes, limpos e secos para evitar a hipotermia (Bittencourt e Hortale, 2019).

Os eventos em ambientes fechados podem inferir queimaduras de vias aéreas. Explosão, com arremesso de paciente, sugere lesões abdominais, cranianas e ortopédicas (Mattos, 2013).

CAPÍTULO.II- METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1. TIPOS DE PESQUISA

A pesquisa foi descritiva, observacional, prospectivo de tipo transversal. A escolha do tipo de pesquisa descritiva, prospectiva e transversal, permitiu fazer a colecta de dados bem como detalhar todas as informações coletadas que possibilitou assim a compressão dos diversos factores que estão implícitos no fenómeno em estudo.

Segundo Ramos e Naranjo (2014, p. 54), os estudos descritivos prospectiva e transversal, procuram especificar as propriedades importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise.

Por sua vez Zassala (2017, p. 42), a pesquisa descritiva procura determinar a natureza e grau de condições existentes.

Segundo Silva (2014, p. 18), estudo observacional é todo estudo que tem por base uma mera observação do fenómeno biomédico ou social, não existindo, por conseguinte, qualquer intervenção experimental sobre o homem sã ou doente.

De acordo Silva (2014, p. 32), “o estudo descritivo transversal é aquele que descreve um fenómeno que decorre na população, comunidade ou instituição no determinado momento”.

A escolha do tipo de pesquisa descritiva, observacional, prospectiva e transversal nos permitiu na colecta de dados bem como a descrição das condições existentes, possibilitando assim a compreensão dos diversos factores e elementos que estão implícitos no fenómeno em estudo.

2.2. MODELO DE ABORDAGEM

O presente trabalho está centrado tecnicamente na abordagem mista (qualitativa e quantitativa).

A abordagem qualitativa é uma abordagem que não emprega dados estatísticos como centro do processo de análise de um problema (Oliveira, 2012).

Segundo Oliveira (2012, p. 115), é utilizada no desenvolvimento das pesquisas descritiva na qual se preocupa descobrir e classificar a relação entre variáveis assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenómenos.

A abordagem quantitativa indica, significa quantificar dados, opiniões nas formas de colecta de informações, enquanto que a abordagem qualitativa possibilita a recolha de informação mais profunda, rica e precisa e, faz a descrição dos fenómenos que ocorrem durante o processo docente educativo (Oliveira, 2012).

Optamos pela abordagem mista (qualitativa-quantitativa), pois a abordagem qualitativa nos permitiu na recolha das informações proveniente dos nossos interlocutores, enquanto que a abordagem quantitativa nos permitiu na interpretação das informações dos intervenientes na investigação em dados numéricos.

2.3. NÍVEL DE ESTRUTURAÇÃO DE MÉTODOS

a) NÍVEL TEÓRICO

ANÁLISE/SÍNTESE

Na visão de Ramos e Naranjo (2014, p. 103), a análise é um procedimento teórico mediante o qual um todo complexo se decompõe nas suas diversas partes e qualidades. Permite a divisão mental de todo nas suas múltiplas relações e componentes e a síntese estabelece mentalmente a união entre as partes

previamente analisadas e possibilita a descoberta das relações essenciais e as características gerais entre elas.

Este método nos auxiliou na orientação do diagnóstico e estudo do atendimento diferenciado em pacientes, bem como na simplificação de um todo para estudá-lo detalhadamente, descobrindo os constrangimentos deste fenómeno que afecta a sociedade e elaborar propostas para aperfeiçoar este projecto.

Histórico/Lógico

Para resolver a essência de um objecto é preciso produzir o processo histórico real do seu desenvolvimento mais isso só é possível se conhecermos a essência do objecto estudado.

Segundo Marconi e Lakatos (2010, p. 91), o método histórico consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar sua influência na sociedade de hoje.

Por sua vez Ramos e Naranjo (2014, p. 109), afirmam que o método histórico esta ligado ao conhecimento das diferentes fases dos objectos na sua sucessão cronológica, para conhecer a evolução e desenvolvimento do objecto ou fenómeno de investigação torna-se necessário revelar a sua histórica as fases principais dos seus desenvolvimentos e as ligações históricas fundamentais.

Já o método lógico investiga as leis gerais e essenciais do funcionamento e desenvolvimento dos fenómenos factos e processos. O lógico reproduz no plano teórico o mais importante do fenómeno, facto ou processo do histórico e o que constitui a sua essência afirma Ramos e Naranjo (2014).

Este método nos auxiliou na caracterização da evolução no processo de atendimento diferenciado em pacientes

Hipotético/Dedutivo

Segundo Marconi e Lakatos (2010, p. 91), o método hipotético/dedutivo inicia pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos acerca da qual formula hipótese e pelo processo de inferência dedutiva, testa a predição da ocorrência de fenómeno abrangido pela hipótese.

Ramos e Naranjo (2014, p. 115), reafirmam que consiste num sistema de procedimentos metodológicos que consiste em fazer algumas afirmações na qualidade de hipótese verificadas mediante a dedução a partir delas das conclusões e da confrontação destas últimas acções.

Com este método tivemos a possibilidade de aumentar o conhecimento da realidade no atendimento diferenciado em pacientes e a necessidade de propor soluções para colmatar essa problemática.

b) NÍVEL EMPÍRICO/EXPERIMENTAL

Os métodos de nível empírico/experimental para a pesquisa foi, o inquérito por questionário aplicadas aos funcionários do Banco de Urgência no Hospital Geral da Barra do Dande, assim como a observação não estruturada. Este método nos permitiu no alcance dos objectivos propostos na nossa pesquisa através da utilização das diferentes técnicas, assim como na confirmação das hipóteses levantadas.

c) NÍVEL ESTATÍSTICO/MATEMÁTICO

Os métodos estatísticos para Ramos e Naranjo (2014, p. 100), revelam as tendências e relações dos fenómenos. E podem ser descritivos e inferenciais.

Este método nos permitiu a clarificar a investigação ao quantificar os dados coletados na investigação de campo.

2.4. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS

Para a recolha de dados foi utilizado as seguintes técnicas:

- ✚ Observação
- ✚ Inquérito
- ✚ Pesquisa bibliográfica

Na visão de Silva (2013, p.38), é necessário observar basicamente por meio dos sentidos (a visão, audição, tacto, olfacto, paladar), para tirar um conhecimento claro e preciso de um objecto de pesquisa. Tal objecto pode ser um ambiente onde pessoas se relacionam.

Para Diogo (2012, p.121), a observação permite que o estudo do fenómeno por investigar sirva como objectivo formulado, planeado, registado e relacionado a partir do simples para o geral, ao invés de ser visto o fenómeno como um facto curioso.

O tipo de observação foi participante ou directa não estruturada segundo Mesquita e Duarte (2017, p.32), o observador embora presente assume o papel de espectador anónimo; para além de estar visivelmente presente participa activamente na situação que pretende observar.

A técnica de observação é uma técnica que usamos para nos facilitar na observação estruturada e não estruturada aplicando grelha de observação aos nossos interlocutores.

Segundo Alves (2012, p. 50), inquérito é uma técnica usada para recolha de dados que o investigador pode optar através da realização de entrevistas ou da aplicação de questionário.

Na visão de Ramos e Naranjo (2014, p. 144), é uma técnica de aquisição de informação de interesse sociológico, mediante um questionário previamente elaborado através da qual se pode conhecer a opinião ou a avaliação do sujeito seleccionado numa amostra sob um assunto dado.

O inquérito por questionário é uma técnica que nos permitiu na recolha de dados, aplicando os questionários aos nossos intervenientes com propósito de obtemos informação sobre atendimento diferenciado em pacientes.

Segundo Marconi & Lakatos (2010, p. 66), a pesquisa bibliográfica trata-se do levantamento, seleção e documentação de toda bibliografia já publicada sobre o assunto que está sendo pesquisados, em livros, revistas, jornais, boletins, monografias, teses, dissertações, materiais cartográficas, com objectivo de colocar o pesquisador em contacto directo com todo material já escrito sobre o mesmo.

Para Oliveira (2012), pesquisa bibliográfica tem por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica. Normalmente faz-se levantamento bibliográfico realizado em bibliotecas, faculdades, universidades e especialmente naqueles acervos que fazem parte do catalogo colectivo e das bibliotecas virtuais.

A técnica de pesquisa bibliográfica nos permitiu no contacto com os materiais que falam sobre atendimento diferenciado em pacientes.

2.5. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Grelha de observação aplicamos aos membros da direcção do Hospital Geral da Barra do Dande para adquirirmos informações sobre o tema em estudo.

Para o inquérito por questionário usamos o guião de questionário para adquirirmos informações sobre atendimento diferenciado em pacientes. Depois de ter a permissão da direcção do Hospital em causa, acertamos uma data e hora para a distribuição dos guiões e a sua recolha.

Usamos pesquisa bibliográfica e documental como instrumento de recolha de dados para nos facilitar a consultar no Hospital Geral da Barra do Dande, matérias e documentos que falam do atendimento diferenciado em pacientes.

2.6. POPULAÇÃO E AMOSTRA

a) POPULAÇÃO

Para Silva e Menezes (2013, p. 43), “considera que população é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características defendidas para um determinado estudo”.

A população da nossa investigação é constituída por cento e vinte (120) profissionais de saúde, no qual temos: Um (1) Director Geral, um (1) Director Clínico, um (1) administrador, um (1) chefe de saúde pública, noventa e seis (96) especialistas de enfermagem, vinte (20) médicos.

b) AMOSTRA

Na visão de Marconi & Lakatos (2010, p. 55), amostra é a parte da população ou do universo, seleccionada de acordo com uma regra.

Na nossa população extraímos uma amostra de trinta e seis (36) profissionais de saúde na qual temos: Um (1) Director Geral, um (1) Director Clínico, um (1) administrador, um (1) chefe de saúde pública, vinte quatro (24) especialistas de enfermagem, oito (8) médicos entrevistado durante a nossa pesquisa de campo.

TABELA Nº 01: TABELA DA POPULAÇÃO/AMOSTRA

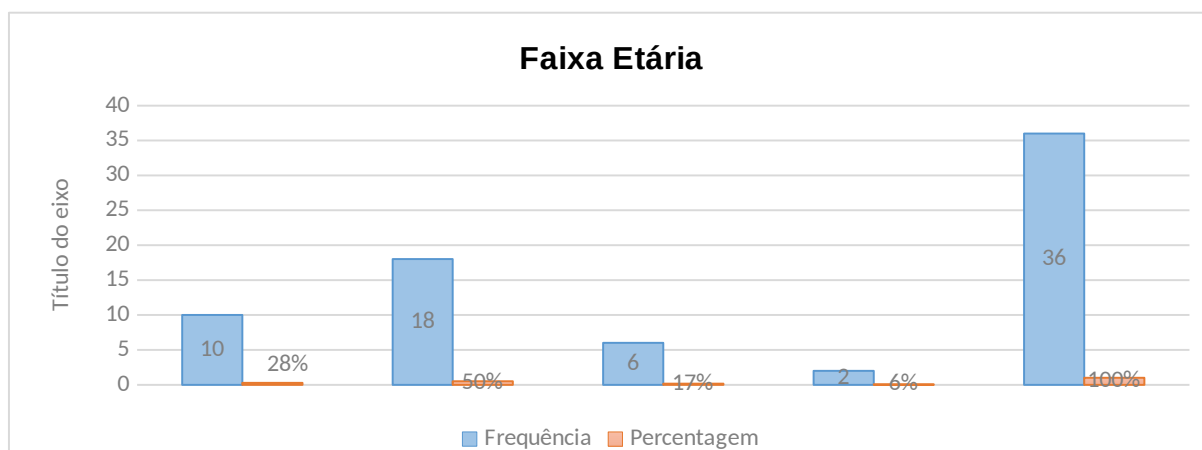
Inqueridos	População	Amostra	Percentagem
Director geral	1	1	2,77%
Director clínico	1	1	2,77%
Administrador	1	1	2,77%
Chefe de saúde pública	1	1	2,77%
Especialistas de enfermagem	96	24	66,66%
Médicos	20	8	22,22%
Total	120	36	100%

Fonte: Elaboração Própria

TABELA Nº 02: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA

Faixa etária	Frequência	Percentagem
25 à 30 anos	10	27,77%
31 à 35 anos	18	50%
36 à 40 anos	6	16,66%
41 à 45 anos	2	5,55%
total	36	100%

Fonte: Elaboração Própria

GRÁFICO Nº 02: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA

Fonte: Elaboração Própria

Portanto os dados da pesquisa realizado por Curioni (2019), a semelham disso verificamos que no Banco de Urgência do Hospital Geral da Barra do Dande, a maior parte dos profissionais de saúde tem idade dos 31 à 35 anos.

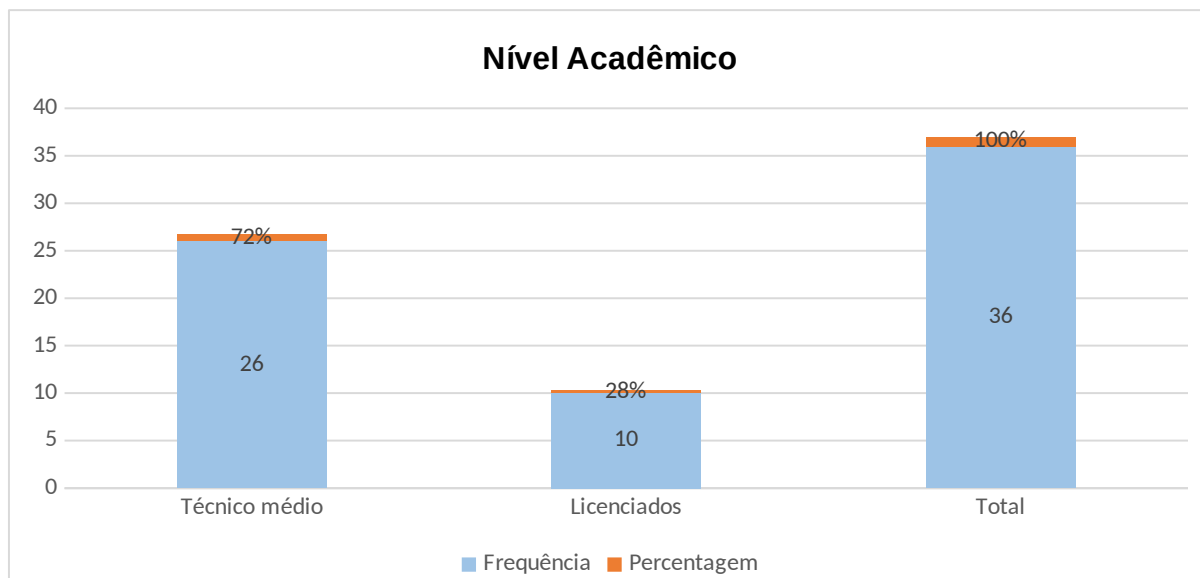
TABELA Nº 03: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO NÍVEL ACADÊMICO

Descrição	Frequência	Percentagem
Técnico médio	26	72%
Licenciados	10	28%

Total	36	100%

Fonte: Elaboração Própria

GRÁFICO Nº 3: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO NÍVEL ACADÊMICO



Fonte: Elaboração Própria

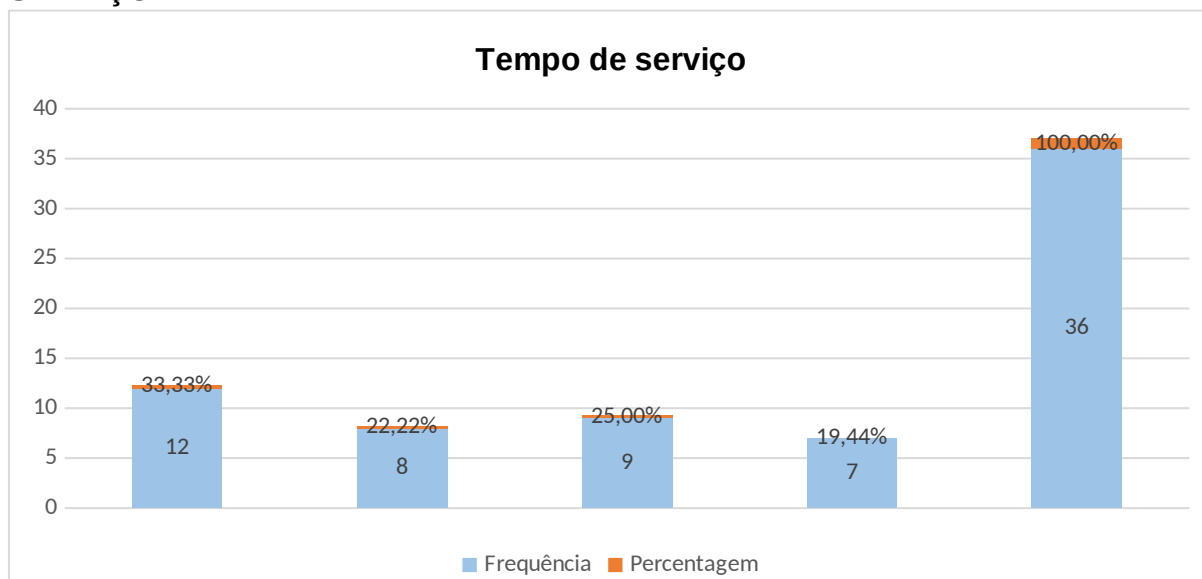
Com base os dados realizados na pesquisa de Chammas (2010), com esses resultados verifica-se que no Banco de Urgência do Hospital Provincial de Luanda, a maior parte dos profissionais de saúde são técnicos médios.

TABELA Nº 04: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO TEMPO DE SERVIÇO

Anos de serviço	Frequência	Porcentagem
5 à 10 anos	12	33,33%
11 à 20 anos	8	22,22%
21 à 25 anos	9	25, %
26 à 30 anos	7	19, 44%
Total	36	100%

Fonte: Elaboração Própria

GRÁFICO Nº 04: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO TEMPO DE SERVIÇO



Fonte: Elaboração Própria

De acordo com os dados obtido na pesquisa feito por autor Forrester (2011), nos mostra uma semelhança disso o Banco de Urgência do Hospital Geral da Barra do Dande, a maior parte dos profissionais de saúde tem tempo de serviço dos 5 à 10 anos.

2.7. DIFICULDADES ENCONTRADA

- ✚ Dificuldades financeiras;
- ✚ Escassez de tempo dado para a realização do trabalho;
- ✚ Dificuldades em termos de recolha e selecção do material para elaborar a fundamentação teórica.

CAPÍTULO.III- RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo ilustramos os dados inquerido através de gráficos e tabelas. Sobre atendimento diferenciado em pacientes atendidas na triagem do Banco de Urgência no Hospital Geral da Barra do Dande.

Nesta senda baseando nos dados realizado por autores Hoen e LaPoutre (2015), isso nos revelou uma semelhança motivo pelo qual verifica-se que no Banco de Urgência do Hospital Geral da Barra do Dande, a maior parte dos profissionais de saúde realizam o atendimento diferenciado em pacientes correctamente.

3.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em função dos dados representados através de tabelas e gráficos, achamos conveniente em fazer a discussão dos mesmos no sentido de estabelecermos as comparações e presumindo factos que possam influenciar no fenómeno em estudo.

De acordo com a tabela 02 e o gráfico 01, a faixa etária com maior número é a de 31 à 35 anos que corresponde a 50%, e finalmente a faixa etária com menor número é de 41 à 45 anos que corresponde a 5,55%, perfazendo os 100% da nossa pesquisa.

Segundo a tabela 03 e o gráfico nº 02, dos trinta e seis (36) profissionais inquerido, a maior predominância foi dos técnicos médio com vinte seis (26) que corresponde a 72%, a menos predominância foi de dez (10) licenciados com 28% perfazendo os 100%.

Segundo a tabela04 e o gráfico nº 3, dos trinta e seis (36) profissionais inquerido, a maior predominância foi dos profissionais com tempo de serviço de 5 à 10 anos, a menor predominância foi dos profissionais com tempo de serviço dos 26 à 30 anos.

De acordo com a tabela 05 e o gráfico 04, dos trinta e seis (36) profissionais inquerido catorze (14) responderam não com 39%, e vinte dois (22) responderam sim com 61%, correspondendo um total de 100%.

CONCLUSÕES

De acordo o trabalho de campo realizado, concluímos o seguinte:

No Banco de Urgência do Hospital Geral da Barra do Dande, a maior parte dos profissionais de saúde tem idade dos 31 à 35 anos.

A maior parte dos profissionais de saúde do Banco de Urgência do Hospital Geral da Barra do Dande são técnicos médios.

No Banco de Urgência do Hospital Geral da Barra do Dande, a maior parte dos profissionais de saúde tem tempo de serviço dos 5 à 10 anos.

Em contrapartida no Banco de Urgência do Hospital Geral da Barra do Dande, a maior parte dos profissionais de saúde realizam bem o atendimento diferenciado em pacientes.

Os objectivos traçados foram alcançados, e as hipóteses confirmada.

SUGESTÕES

Com base os resultados obtidos na análise do trabalho feito, sugerimos o seguinte:

- ✚ Ao Hospital Geral da Barra do Dande, que faça uma demanda junto do Ministério da Saúde para o enquadramento de mais técnicos superiores;
- ✚ Que os profissionais do referido hospital passem actuar de uma forma célere e eficaz para a mitigação de mortes prematuras;
- ✚ Que os técnicos da área de estudo e académicos investiguem e abordem mais acerca do tema com intuito de dar mais contribuições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, F. K. (2012). Metodologia científica. 1ª Edição. Porto. Editora: Escolar editora.

Azulay e Avello (2013). Pacientes com doenças infecciosas. 5 Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Baduy, R. S. (2011). A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*.

Camelo, S. Lausam (2019), Professional profile of nurses working in intensive care units of a teaching hospital.

Chammas. D. (2010). Triagem estendida: um modo de recepção de clientes em uma clínica escolar de psicologia. Dissertação (Mestrado em clínica) – Instrumento de psicologia, Universidade de São Paulo.

Corchado, J. M.; e Abraham, A. (2018). GerAmi: Improving healthcare delivery in geriatric residences. Intelligent Systems: IEEE.

Cooley, P. & Lee, B. Y. (2010). Protecting health care workers: a pandemic simulation based on Allegheny County. Influenza and other respiratory viruses.

Carret & Domingues (2019). Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*.

Curioni, C. (2019). The decline in mortality from circulatory diseases in Brazil. Washington: Revista Panamericana de Salud Pública.

Dicionários Porto Editora infopedia. Pt (2013). Triagem todos os direitos reservados. Rua da restauração, 365.4099-023. Editora: Porto. Novo acordo ortográfico.

Diogo, P. (2012). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 2ª Edição. São Paulo. Editora Atlas.

Daknou, A. Z. Hubert (2018). Toward a multi-agent model for the care of patients at the emergency department. WSEAS. International Conference. Proceedings: Mathematics and Computers in Science and Engineering.

Duarte, S. J. H. Almeida (2014) O Papel Do Enfermeiro Do Programa Saúde Da Família No Atendimento Pré-Natal. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro.

Ferreira. (2010). Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Fortes, P. A. Spinetti (2011). Critérios sociais na seleção de pacientes em serviços de emergência. São Paulo: Revista de Saúde Pública.

Forrester, J. W. (2011). Industrial dynamics: a major breakthrough for decisionmakers. Harvard business review.

Francisco, C. & Pakisi, A. (2017). Introdução a metodologia de investigação científica. 1ª ed. Luanda: Bc Livtec.

González, V. H. M. Arvanitis (2011). HealthAgents: distributed multi-agent brain tumor diagnosis and prognosis. Applied Intelligence.

Giddens, A. (2011). A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes.

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (2010). Determining Sample Size for ResearchActivities. Educational and Psychological Measurement.

Lima, J. C. & Rivera, F. J. U. (2010). Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública.

Mahfoud. M. A (2017). Avivência de um desafio: Platão psicológico:In: aconselhamento psicológico centrado na pessoa. São Paulo: Atlas.

Marconi, M. e Lakatos, E. (2010). Técnicas de pesquisa. 2ª Edição. São Paulo. Editora Atlas. Machado, C. V.; Baptista, T. W. F. Nogueira (2011). Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro.

Machado, C. V.; Ferreira, F. (2011). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: análise da política nacional. São Paulo: Revista de Saúde Pública.

Mattos, R. A. (2013). Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: Estado, sociedade e formação profissional em saúde: Rio de Janeiro: Fiocruz.

Merhy, E. E. (2014). O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social.

Mesquita e Duarte (2017) Metodologia da pesquisa. 2ª Edição. São Paulo. Editora Atlas.

Oliveira, A. (2012). Como elaborar projecto de pesquisa. 4ª Edição São Paulo: editora Platano.

Ramos, S. e Naranjo, E. (2014). Metodologia de Investigação Científica. 2ª Edição.Lobito- Angola. Editora Escolar.

Rodrigues, M. P. Araújo (2019) O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia Saúde da Família. Natal: UFRN/UFPE.

Silva, M. A. (2013). Metodologia e Técnicas de Pesquisa. 2ª Edição. São Paulo. Editora Brasil-Curitiba.

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO

Autora	Domingas Joana Manuel
Orientadora	Prof. Yamilé Hernández, Lic
Título do TFC: Licenciatura em ciências da Enfermagem	Atendimento diferenciado em pacientes atendidas na triagem do Banco de Urgência no Hospital Geral da Barra do Dande, Segundo Semestre 2023.

Domingas Joana Manuel estudante finalista do Instituto Superior de Angola encontrando-me a elaborar meu Pré-projeto para a obtenção do título como, Licenciatura em ciências da Enfermagem.

Venho por intermédio deste, respeitosamente a solicitar sua colaboração a fim de responder algumas questões exclusivamente em: Atendimento diferenciado em pacientes atendidas na triagem do Banco de Urgência no Hospital Geral da Barra do Dande, Segundo Semestre 2023.

Grata pela sua colaboração.

Com respeito aos técnicos de enfermagem:

1- Qual é a sua faixa etária?

Assinala com um X no lado direito da tabela

25-30	
30-35	
35-40	
40-45	

2- Qual é o seu nível acadêmica como profissional de enfermagem?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Licenciado	
Técnico	
Médio	

3- Qual é o seu tempo de serviço?

Assinala com um X no lado direito da tabela

5 a 10 anos	
10 a 20 anos	
20 a 25 anos	
25 a 30 anos	

4- Realizem a triagem através de um protocolo?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Não	

5- Como têm sido o atendimento diferenciado nos pacientes na triagem do Banco de Urgências?

Bom	
Mau	
Perguntas	

MUITO OBRIGADA!

ANEXOS

ANEXOS Nº 01



ENTRADA DO HOSPITAL GERAL DA BARRA DO DANDE

ANEXOS Nº 02



ENTRADA DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

ANEXOS Nº 03



CORREDOR PRINCIPAL COM ACESSO A SALA DE CIRURGIA

