

Cidália Castro
Ana Beatriz Costa Silva
Catarina Bernardes
Cynthia França Wolanski Bordin
Diana Filipa Alves Vareta
Júlio Belo Fernandes
(Organizadores)

Modelos de atenção nas urgências

Conexão entre Brasil e Portugal



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ



PUCPR
GRUPO MARISTA

©2025, Cidália Castro, Ana Beatriz Costa Silva, Catarina Bernardes e outros
2025, PUCPRESS

Este livro, na totalidade ou em parte, não pode ser reproduzido por qualquer meio sem
autorização expressa por escrito da Editora.

**Pontifícia Universidade Católica
do Paraná (PUCPR)**

Reitor

Ir. Rogério Renato Mateucci

Vice-Reitor

Vidal Martins

**Pró-Reitora de Pesquisa,
Pós-Graduação e Inovação**

Paula Cristina Trevilatto

PUCPRESS

Gerência da Editora

Michele Marcos de Oliveira

Edição

Susan Cristine Trevisani dos Reis

Edição de arte

Cristina Mosol

Preparação de texto

Meire Teresinha Contieri

Revisão

Clarisse Lye Longhi

Capa e projeto gráfico

Rafael da Matta Hasselmann

Diagramação

Cristina Mosol

Rafael da Matta Hasselmann

Conselho Editorial

Alex Vicentim Villas Boas

Aléxei Volaco

Cesar Candiottto

Cilene da Silva Gomes Ribeiro

Cloves Antonio de Amissis Amorim

Eduardo Damião da Silva

Fabiano Borba Vianna

Katya Kozicki

Kung Darh Chi

Léo Peruzzo Jr.

Luis Salvador Petrucci Gnoato

Rafael Rodrigues Guimarães Wollmann

Rodrigo Moraes da Silveira

Ruy Inácio Neiva de Carvalho

Suyanne Tolentino de Souza

Vilmar Rodrigues Moreira

PUCPRESS / Editora Universitária Champagnat

Rua Imaculada Conceição, 1155 - Prédio da Administração - 6º andar

Câmpus Curitiba - CEP 80215-901 - Curitiba / PR

Tel. +55 (41) 3271-1701

pucpress@pucpr.br

Dados da Catalogação na Publicação

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR

Biblioteca Central

Gisele Alves – CRB 9/1578

Castro, Cidália.

M689 Modelos de atenção nas urgências: conexão entre Brasil e Portugal / Ana Beatriz
Costa Silva, Catarina Bernardes, Cynthia França Wolanski Bordin, Diana Vareta, Júlio
Belo Fernandes (organizadores). – Curitiba: PUCPRESS, 2025.

2025 200 p. : il. ; 24 cm

Inclui bibliografias

ISBN: 978-65-5385-170-2 (Impresso)

ISBN: 978-65-5385-169-6 (E-book)

1. Emergências médicas. 2. Medicina de emergência. 3. Humanização dos
serviços de saúde. 4. Unidade de tratamento intensivo. 5. Primeiros socorros.
6. Ética profissional. I. Ana Beatriz Costa Silva. II. Catarina Bernardes. III. Cynthia
França Wolanski Bordin. IV. Diana Vareta. V. Júlio Belo Fernandes. VI. Título.

25-206

CDD 20. ed. – 616.025

Agradecimentos

Expressamos o nosso reconhecimento a todos os que de algum modo colaboraram para a consecução desta obra.

Agradecemos o apoio científico:

Egas Moniz School of Health & Science

Centro de investigação interdisciplinar Egas Moniz (CiiEM)

Escola de Medicina e Ciências da Vida (EMCV) da Pontifícia

Universidade Católica do Paraná

Sumário

Prefácio	7
Apresentação	11
Capítulo 1 - Brasil	14
Marco referencial brasileiro: História da emergência no Brasil, Política Nacional de Emergência	15
Assistência integral e humanizada de Enfermagem na promoção, prevenção e recuperação do ser humano em situações de urgência e emergência.	25
Organização, estrutura e funcionamento das unidades de urgência e emergência.	33
Triage e acolhimento com classificação de risco	45
Exemplos de protocolos de urgência utilizados no Brasil	57
Capítulo 2 - Portugal	76
História da Emergência em Portugal: Organização, estrutura e funcionamento das unidades de atendimento	79
Acolhimento e classificação de risco em Portugal: Triage de Manchester	111
Protocolos de atendimento de urgência e emergência: Via Verde AVC, Coronária, Sepsis e Trauma.	127
Cuidado Centrado na Pessoa em Situação Crítica	153
Problemas éticos em enfermagem nas unidades de atendimento de urgência e emergência	175
Sobre as autoras e os autores	193

Prefácio

Vivemos num mundo cada vez mais globalizado, em que nos tornamos cidadãos do mundo, com horizontes cada vez mais alargados. Essa globalização faz-se sentir em diversas áreas, desde a comunicação, a biotecnologia, a economia, a saúde e o ensino, entre outras. Em nível de ensino superior, não sendo um conceito recente, tem vindo a ganhar relevância ao longo do tempo e, conseqüentemente, constitui um dos objetivos prioritários da maioria das Instituições de Ensino Superior (IES).

A necessidade de acompanhar a evolução científica e tecnológica e a modernização das IES nacionais e internacionais permite a troca de experiências e de saberes entre os estudantes e os próprios docentes, enriquecendo a experiência educacional, preparando os estudantes para um mundo globalizado.

Essas alianças inovadoras, formadas por meio de protocolos entre as IES, tornam-se cada vez mais competitivas, com a oferta conjunta de programas formativos e unidades curriculares isoladas, centradas no estudante, procurando responder conjuntamente aos atuais desafios propostos, ministradas em modelo híbrido, presencial ou *e-learning*.

As IES envolvidas fomentam o conhecimento e o desenvolvimento profissional, estimulando o espírito crítico, reflexivo e a tomada de decisão acertada, procurando a excelência no processo ensino-aprendizagem e, conseqüentemente, uma prática clínica assente em altos padrões de qualidade, desejando tornarem-se instituições globais.

A pandemia da covid-19 vivida num passado recente desencadeou mudanças significativas, mundialmente, sem precedentes nas instituições, conduzindo a um impacto negativo acentuado na saúde das populações. Também no ensino superior se assistiu a um processo rápido de transição

do ensino presencial para o ensino remoto. Essa situação vivida, além de todas as consequências negativas que conhecemos, trouxe também alguns aspectos positivos, nomeadamente potenciar o uso das ferramentas no ensino a distância.

Foi nesse contexto que surgiu o livro que agora vos apresentamos. Este nasceu de um protocolo celebrado entre o Departamento de Enfermagem da Egas Moniz, *School of Health and Science* (Portugal) e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Brasil). Essa parceria deu origem à lecionação de uma unidade curricular comum denominada “Modelos de atenção nas urgências: Conexão entre Brasil e Portugal”.

A escolha da temática, perante a situação de saúde das populações referentes às complicações resultantes do covid-19, incidiu no âmbito da enfermagem de urgência e emergência, permitindo a troca de experiências e conhecimentos entre Portugal e o Brasil, enriquecendo a base de conhecimento em enfermagem de urgência/emergência com abordagens e práticas diversificadas, contribuindo para a formação dos estudantes, capacitando-os para lidar com desafios complexos perante as pessoas em situações críticas.

A partilha de experiências entre os dois países contribuiu também para a promoção de adoção de padrões internacionais de qualidade na formação, de acordo com as melhores práticas internacionais, permitindo a discussão e a implementação de abordagens inovadoras nos vários contextos, sensibilizando os estudantes para as particularidades das emergências médicas em diversos contextos geográficos e em diferentes culturas.

Trata-se de uma obra coletiva em que os diversos autores que nela participaram deram o seu contributo na análise de cada temática. Foram ouvidas vozes de peritos, formadores e formandos em enfermagem, que nos brindaram com os seus saberes, partilhando o estado de arte em ambos os países, e os desafios que se colocam à enfermagem de urgência/emergência, que vos convidamos a conhecer em cada seção deste livro.

As várias seções apresentadas remetem o leitor para as temáticas integrantes emergentes no panorama nacional e internacional da saúde, pretendendo-se criar momentos de reflexão e partilha de conhecimento e

de experiências, sobre as boas práticas no domínio do conhecimento em enfermagem de urgência/emergência em Portugal e no Brasil.

A concretização deste documento surgiu do esforço e da dedicação de um grupo de pessoas que acreditaram desde o início neste projeto.

Aos leitores, espero que o interesse na leitura desta obra seja compatível com o que os autores tiveram na sua elaboração. Desejo uma boa leitura.

Cidália Castro

Apresentação

Nos últimos anos, com as mudanças econômicas e sociais de um mundo mais conectado e competitivo, as Instituições de Ensino Superior no Brasil foram desafiadas a repensar as suas estratégias e objetivos. A internacionalização tornou-se relevante e essencial para responder às demandas de um mundo complexo. Esse tema passou a integrar a pauta das lideranças acadêmicas das IES, sendo necessária a definição de políticas internas que estimulem de forma efetiva esse processo. Cabe destacar que a internacionalização de uma IES ocorre a partir da premissa de um relacionamento entre instituições de diferentes países que colaboram entre si com pesquisas, extensão e mobilidade acadêmica.

Na educação superior, a internacionalização se justifica, pois contribui significativamente em muitos aspectos para a gestão das instituições de ensino superior brasileiras como política pública, e se insere como uma estratégia importante e efetiva para o avanço e compartilhamento da ciência num mundo globalizado.

A Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) elegeu a internacionalização como uma prioridade institucional, construindo de forma coletiva em 2016 um Plano Institucional de Internacionalização (PII) e com o ambicioso objetivo de ser uma universidade verdadeiramente sem fronteiras.

Outra questão importante em relação à internacionalização de uma IES diz respeito à participação dos docentes neste processo, eles desempenham um papel fundamental, visto que a efetividade dos acordos acadêmicos, que são considerados um indício do grau de internacionalização de uma IES, depende das redes de relacionamentos estabelecidas por seus docentes.

Os acordos formais são inegavelmente fundamentais porque criam condições para as ações de internacionalização, porém, a sua efetivação ocorre apenas quando as relações entre as instituições dão lugar ao desenvolvimento de relacionamentos mais informais entre os seus membros.

Cabe ressaltar que essas redes de relacionamento foram impulsionadas pelo crescimento do uso de plataformas que permitem a interação síncrona em atividades de ensino-aprendizagem, propiciando um aumento das possibilidades de essas interações ocorrerem.

Uma das inúmeras iniciativas de internacionalização da PUCPR é o *Global Classes*, que é um programa que oferece disciplinas de graduação e pós-graduação em diversos idiomas para os estudantes locais e internacionais.

A proposta deste livro surgiu da estratégia mencionada e do convênio estabelecido entre o Departamento de Enfermagem da Egas Moniz, *School of Health and Science* (Portugal) e o Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Medicina e Ciências da Vida (EMCV) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

E decorrente desse convênio, surgiu uma cooperação profícua entre os docentes das respectivas instituições, movidos por ideais e motivados a transpor barreiras como diferentes fusos horários, adequação dos calendários acadêmicos, definição de estratégias de integração dos estudantes, entre outras. E com o objetivo claro de desenvolver atividades acadêmicas conjuntas, propiciando ao estudante imergir em uma cultura diferente, ampliar os horizontes da sua formação, aprofundar os seus conhecimentos num mundo cada vez mais complexo, o que exige que os profissionais desenvolvam competências e, para isso, é necessário que os processos de ensino e aprendizagem os desafiem constantemente.

Por fim, a consagração experiencial da construção desta disciplina binacional trafega pelas evidências de que o ritmo socioafetivo motivado pelas interfaces do conhecimento, pela conectividade gerada pela

incessante busca do desconhecido transcendem as fronteiras geográficas, permitindo-nos construir propostas mais sólidas, inovadoras e direcionadas a potencializar a construção de boas práticas na enfermagem.

Desejo uma excelente leitura!

Ana Beatriz Costa Silva

Capítulo 1

Brasil

Ana Beatriz Costa Silva

Denilsen Carvalho Gomes

Fernanda Demétrio

Maria Heloisa Madruga Chaves

Thais Lazaroto Roberto Cordeiro

Ubaldo da Rosa Ferreira Filho

Marco referencial brasileiro: História da emergência no Brasil, Política Nacional de Emergência

Ubaldo da Rosa Ferreira Filho

Ana Beatriz Costa Silva

Maria Heloisa Madruga Chaves

Resumo

Emergências de saúde ocorrem diariamente em diversos contextos (trabalho, lazer, domicílio), e o atendimento precoce com manobras simples pode salvar vidas e reduzir sequelas (Filho, 2016). Os primeiros minutos são cruciais, e a ação de pessoas treinadas em primeiros socorros é decisiva. A medicina de emergência tem origem no século XVIII, com o cirurgião francês Dominique Jean Larrey, que criou o primeiro protocolo de atendimento móvel em campos de batalha, desenvolvendo a “ambulância voadora” — precursora dos serviços modernos como o SAMU. Durante a

Primeira Guerra Mundial, consolidou-se a triagem e o atendimento rápido, base do sistema pré-hospitalar atual. Na década de 1960, EUA e Inglaterra formalizaram a medicina de emergência como especialidade, com protocolos como PHTLS e ATLS, criados após um acidente aéreo em 1976 que expôs falhas no atendimento a vítimas de trauma. No Brasil, o atendimento pré-hospitalar sistematizado começou nos anos 1980, com os Bombeiros e o SIATE (Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma), modelo pioneiro em Curitiba e Brasília. Em 2001, o Ministério da Saúde publicou diretrizes para organizar a Rede de Atenção às Urgências, integrando pré-hospitalar, regulação e hospitais de referência, A Portaria n.º 2.048/2002 regulamentou o sistema, destacando a necessidade de reduzir mortes por acidentes e violência — principais causas de óbito entre 15 e 49 anos. Apesar dos avanços, desafios persistem, como a superlotação de prontos-socorros, que atendem desde emergências reais até demandas sociais. O Código de Ética Médica e pareceres do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) diferenciam urgência (atenção imediata sem risco iminente) e emergência (risco de vida), exigindo triagem criteriosa. Em síntese, a Rede de Urgência e Emergência (RUE) busca integrar serviços para oferecer atendimento ágil, humanizado e resolutivo, com foco em linhas de cuidado como trauma, cardiovascular e Acidente Vascular Cerebral (AVC), alinhando-se a protocolos internacionais e à realidade epidemiológica brasileira.

Marco referencial brasileiro

Situações de emergência acometem cidadãos diariamente, colocando a sua vida em risco. Esses agravos à saúde ocorrem no trabalho, no lazer, no domicílio, entre outros. Se as vítimas receberem atendimento precoce, por meio de manobras simples, é possível salvar vidas e diminuir sequelas incapacitantes (Filho, 2016).

Em muitos casos, não há tempo para aguardar a chegada do serviço do socorro para restaurar as condições de vida. Os primeiros minutos são preciosos, e a ação de pessoas preparadas para prestar os primeiros socorros pode fazer a diferença entre a vida e a morte (Filho, 2016).

Os primeiros relatos de um protocolo de emergência são de 1792, descritos pelo médico francês Dominique Jean Larrey (considerado o pai da medicina de urgência). Larrey nasceu na França no ano de 1766, formou-se em medicina e ingressou para o Serviço de Saúde do exército francês. General e médico do exército de Napoleão, apresentou grandes contribuições para os serviços médicos de urgência atuais. Amigo e solidário dos soldados feridos, Larrey foi solicitado por Napoleão para prestar atendimento imediato aos militares feridos, ou seja, constituir o corpo de saúde que deveria recolher as vítimas no próprio fronte de batalha e não mais após interrupção do conflito (Mock *et al.*, 2008).

Com técnicas descritas em forma de protocolos e equipamentos de hemostasia, Larrey elaborou o primeiro modelo de ambulância com condições de atendimento imediato e veloz, e escreveu a forma correta de como os procedimentos deveriam ser aplicados em cada caso. Perfilando dois cavalos, diminuindo as rodas, curvando o telhado para evitar acúmulo de água e peso, abrindo janelas para ventilação, acoplando a maca retrátil e o kit de primeiros socorros, pôde realmente colocar em prática o seu invento móvel, que foi batizado de “ambulância voadora”. Não seria exagero dizer que Larrey foi o criador do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) francês, hoje uma referência no mundo.

A medicina de emergência moderna tem raízes que começam na França, mas foi na Primeira Guerra Mundial que médicos e enfermeiros militares reconheceram que a rapidez e a ordem do atendimento de soldados feridos tiveram grande impacto na sobrevivência e, assim, foram desenvolvidos sistemas de triagem e o conceito de atendimento de emergência. Posteriormente, esse sistema foi adotado dentro da medicina civil, com o desenvolvimento de ambulâncias e do sistema pré-hospitalar (Bellato, 1996).

Na década de 1960, começou o movimento da criação da medicina de emergência como especialidade médica. Países como os Estados Unidos da América e Inglaterra formaram associações médicas de emergência e começaram a desenvolver cursos e residências para a formação de profissionais que atuavam na área. Com isso, a base de médicos emergencistas foi crescendo, houve a criação de periódicos e o apoio aumentou cada vez mais para o desenvolvimento da especialidade (Carmo *et al.*, 2003).

Os protocolos *Pre-Hospital Trauma Life Support* (PHTLS) e *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) foram criados para promover uma estrutura para o manejo do paciente politraumatizado. Têm como objetivo possibilitar que os profissionais da área da saúde como médicos, enfermeiros e socorristas tenham conhecimento do manejo efetivo do paciente politraumatizado (Bellucci & Matsuda, 2012).

Esses protocolos originaram-se nos Estados Unidos em 1978, dois anos depois da queda de um avião particular em uma área rural no estado do Nebraska que era pilotado por um cirurgião ortopédico que viajava com sua esposa e seus quatro filhos. Sua esposa morreu e os seus quatro filhos apresentavam ferimentos graves. Ele, então, aterrorizado com o tratamento desordenado prestado aos seus filhos, revolucionou o atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma (Belluzzo, 1999).

Após esse acontecimento, vários médicos, equipes e grupos de enfermeiros de Nebraska, começaram a criar um conjunto de protocolos para o manejo dos pacientes. Esses protocolos foram então incorporados e modificados pelo Colégio Americano de Cirurgiões, que publicou a primeira versão do ATLS em 1980. A publicação original é revisada e atualizada constantemente (Bellucci & Matsuda, 2012).

No Brasil, foi a partir da década de 80 que o atendimento pré-hospitalar passou a ser aplicado de forma mais sistematizada pelo Corpo de Bombeiros, o qual deu início à estruturação dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (SvAPH). Paralelamente, foi iniciado em 1988, pelo Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro, o socorro extra-hospitalar aeromédico (Bellato, 1996).

Outro modelo, que serviu como base para os dias atuais, foi proposto pelo Ministério da Saúde e consistia no Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE). Implantado em 1990 como modelo piloto em Curitiba e Brasília, o atendimento era realizado pelos socorristas do Corpo de Bombeiros com médicos e enfermeiros dentro do sistema regulador. O SIATE serviu de modelo para uma reestruturação do atendimento pré-hospitalar a nível nacional por mais de dez anos (Belluzzo, 1999).

A grande reforma veio em 2001 quando o governo, preocupado com o atendimento de urgência e emergência em hospitais, publicou pelo

Ministério da Saúde uma cartilha contendo normas e orientações visando a “Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento de Urgência e Emergência”, tendo por objetivo estimular e apoiar em cada estado, a organização e conformação de Sistemas de Referência Hospitalar no atendimento às urgências e às emergências. Tais Sistemas englobam a assistência pré-hospitalar (APH), centrais de regulação, hospitais de referência, treinamento e capacitação das equipes de atendimento (Brasil, 2010).

A implantação desse sistema, como consta no item intitulado conceito, levou em conta que os acidentes, os envenenamentos e a violência externa são as principais causas de morte na população com faixa etária entre 15 e 49 anos (Brasil, 2010).

E ainda:

São também as mais importantes causas de incapacitação física permanente ou temporária nessa população, levando a perdas econômicas, previdenciárias e grandes dispêndios em tratamentos de complicações na saúde dos pacientes. Isso pode ser evitado, uma vez que boa parte das complicações ocorre em função de atendimentos realizados de forma inapropriada durante a fase aguda, mesmo consideradas em conjunto, superam as doenças cardiovasculares e neoplasias (Brasil, 2010, p. 55-58).

Posteriormente, o Diário Oficial da União n.º 219, de 12 de novembro de 2002, publicou a Portaria n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002, do Ministro de Estado da Saúde, tendo por objetivo o atendimento de Urgência e Emergência na área da saúde.

Resumidamente, são os seguintes os fundamentos dessa portaria:

Considerando que a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde; Considerando o crescimento da demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população;

Considerando a necessidade de ordenar o atendimento às Urgências e Emergências, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências;

(...) resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

§ 1º O Regulamento ora aprovado estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área;

§ 2º Este Regulamento é de caráter nacional devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, na avaliação, habilitação e cadastramento de serviços em todas as modalidades assistenciais, sendo extensivo ao setor privado que atue na área de urgência e emergência, com ou sem vínculo com a prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Determinar às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, a adoção das providências necessárias à implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, à organização das redes assistenciais deles integrantes e à organização/habilitação e cadastramento dos serviços, em todas as modalidades assistenciais, que integrarão estas redes, tudo em conformidade com o estabelecido no Regulamento Técnico aprovado por esta Portaria, bem como a designação, em cada estado, do respectivo Coordenador do Sistema Estadual de Urgência e Emergência (Brasil, 2002).

A assistência às urgências ocorre, ainda hoje, predominantemente nos serviços que funcionam exclusivamente para esse fim, os tradicionais prontos-socorros, estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, esses serviços acabam por funcionar como porta de entrada do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população.

O Código de Ética Médica, no âmbito do Conselho Federal de Medicina instituído pela Resolução CFM n.º 1.246, de 8 de janeiro de 1988 (Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958), muito embora nos artigos 24 e 35 trate dos casos de urgência e emergência, não define tecnicamente o que se entenda por situação médica de urgência ou emergência.

A definição dessas situações vem sendo explicitada em pareceres como o proferido na Consulta n.º 55.820/98, encaminhada ao CREMESP e que, em síntese, diz:

Ementa: 1) Os estabelecimentos de Pronto Socorro Públicos e Privados devem ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência e emergência, garantindo todas as manobras de sustentação da vida e condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado; (...) Define-se por “emergência” a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Define-se por “urgência” a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. (...)

Considerando que a definição rigorosa do que vem a ser urgência e emergência é bastante difícil e a demanda de atenção no Pronto Socorro abrange também toda uma gama de pacientes que não encontram acolhimento em outros serviços (ambulatoriais, unidades básicas etc.), com queixas crônicas e sociais, que acabam procurando esse serviço, é necessário que o médico atendente proceda à triagem dos casos utilizando

a análise criteriosa e o bom senso para reconhecer o grau de seriedade que envolve cada situação e as possíveis consequências de suas ações e omissões (...) Este é nosso parecer, s.m.j. Conselheiro Moacyr Esteves Perche - Aprovado na 2.181ª reunião plenária, realizada em 20.11.98. Homologado na 2.184ª reunião plenária, realizada em 24.11.98.

O atendimento hospitalar de emergência ou urgência deve levar em conta todas as condições momentâneas relativas ao estado geral do paciente, em suas alterações clínicas e risco potencial, frente à possibilidade de se cometer um grave engano ao se liberar paciente como ocorreu com mencionado torcedor. Sendo assim, o Ministério da Saúde, de uma forma resumida, recomenda que

A organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências tem a finalidade de articular e integrar no âmbito do SUS todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna, e deve ser implementada gradativamente, em todo o território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional. Constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda a Rede de Atenção às Urgências o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção, que devem ser requisitos de todos os pontos de atenção (Brasil, Ministério da Saúde, 2011, p. 46).

Referências bibliográficas

Bellato, R. (1996). *O mito do instituído e a banalidade do vivido no cotidiano de um hospital universitário*. [Tese de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo].

Bellucci Júnior, J. A., & Matsuda, L. M. (2012). Implantação do Programa Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(1), 217-225. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100025>.

Belluzzo, R. C. B. (1999). *Qualidade no atendimento ao cliente rumo ao século 21*. Presidente Prudente. <https://monografias.brasilecola.uol.com.br/administracao-financas/-qualidade-no-atendimento-ao-cliente-como-fator-crescimento-empresarial.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Urgência e emergência: sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência*. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/urgencia_emergencia.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 3. ed. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria n.º 1600, de 7 de julho de 2011: Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF. Seção 1, n. 129, p. 46–48.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria n.º 2994, de 13 de dezembro de 2011: *Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111069-2994.html>.

Carmo, E. H., Barreto, M. L., & Silva Júnior, J. B. (2003). Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 12(2) <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000200002>.

Filho, U. R. (2016). *Avaliação Bioética da Qualidade de Atendimento Prestado à Pacientes Em Um serviço de Emergência de Curitiba*. [Tese de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Paraná]. <https://www.pucpr.br/escola-de-medicina-e-ciencias-da-vida/mestrado-e-doutorado/producao-academica/>.

Instituto Brasileiro em Geografia e Estatística. (2011). Censo 2010. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 12(2). www.censo2010.ibge.gov.br.

Mock, C., Arafat, R., Chadbunchachai, W., Joshipura, M., & Goosen, J. (2008). What World Health Assembly Resolution 60.22 means to those who care for the injured. *World J Surg.* 32(8), 1636-42. <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-008-9568-y>.

São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Parecer n. 55.820 de 20 de novembro de 1998*. São Paulo: CREMESP, 1998.

Assistência integral e humanizada de Enfermagem na promoção, prevenção e recuperação do ser humano em situações de urgência e emergência

Ubaldino da Rosa Ferreira Filho

Ana Beatriz Costa Silva

Maria Heloisa Madruga Chaves

Resumo

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma iniciativa do Ministério da Saúde que busca transformar as práticas de assistência, promovendo um atendimento mais acolhedor, ético e centrado nas necessidades dos usuários do SUS. Seu objetivo é ressignificar o conceito de humanização, indo além de discursos genéricos para implementar mudanças concretas na relação entre profissionais, pacientes e familiares, valorizando a participação social e a corresponsabilidade no cuidado. Nas unidades de urgência e

emergência, a humanização representa um desafio ainda maior devido à alta complexidade e à necessidade de agilidade no atendimento. Apesar da pressão por eficiência técnica, é essencial integrar avanços tecnológicos com práticas humanizadas, como escuta qualificada, comunicação clara e empatia, fatores que impactam diretamente na adesão ao tratamento e no bem-estar dos pacientes. A enfermagem desempenha um papel central nesse processo, já que o cuidado humanizado depende da relação interpessoal e da comunicação eficaz. No entanto, desafios estruturais — como subdimensionamento de equipes, sobrecarga de trabalho e falta de recursos — muitas vezes dificultam a implementação dessas práticas. Estudos destacam que um quadro adequado de profissionais é fundamental para garantir segurança do paciente e condições dignas de trabalho. A PNH reforça que a humanização não deve ser um “programa” isolado, mas um eixo transversal em todas as esferas do SUS, exigindo mudanças culturais e organizacionais. Isso inclui desde a valorização dos trabalhadores até a reorganização de fluxos assistenciais, sempre com foco na dignidade e no direito à saúde. Em contextos de alta pressão, como os prontos-socorros, equilibrar técnica e humanização continua sendo um desafio, porém indispensável para um sistema de saúde verdadeiramente acolhedor e resolutivo.

Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil que busca promover uma atenção à saúde mais acolhedora, respeitosa e centrada nas necessidades dos usuários. Essa política visa transformar as práticas de assistência em saúde, valorizando a relação entre profissionais, pacientes e seus familiares, e reconhecendo a importância da graduação no cuidado (Campos, 2003).

A PNH propõe a construção de ambientes mais humanos nas unidades de saúde, onde as pessoas se sintam respeitadas e valorizadas, estimulando a participação social e o envolvimento dos usuários no planejamento e na avaliação dos serviços. Nesse contexto a Política assume o desafio de ressignificar o termo humanização e, ao considerar os usos anteriores, identifica o que recusar e o que conservar.

Todo pensamento comprometido com algum tipo de prática (política, clínica, sanitária, profissional) está obrigado a reconstruir depois de desconstruir. Criticar, desconstruir, sim; mas, que sejam explicitadas as sínteses. Sempre há alguma síntese nova, senão seria a repetição do mesmo (Campos, 2003, p. 11).

De acordo com Andrade *et al.* (2013), a humanização nos serviços de urgência e emergência representa um significativo desafio para os profissionais de enfermagem. Esse processo envolve a construção contínua de cidadania e requer a adoção de novas atitudes éticas por parte de trabalhadores, gestores e usuários. Essa mudança é fundamental no âmbito da gestão e das práticas de saúde, visando superar os problemas e desafios enfrentados no dia a dia do trabalho.

Humanizar, portanto, significa proporcionar um atendimento de qualidade que integre os avanços tecnológicos ao acolhimento, promovendo a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Assim, na construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser considerada uma das dimensões essenciais. Ela não pode ser vista apenas como mais um “programa” a ser implementado nos diversos serviços de saúde, mas sim como uma política que atue de forma transversal em toda a rede do SUS (Brasil, 2004).

As unidades de urgência e emergência diferenciam-se significativamente de outros serviços de saúde por demandarem atendimento imediato a pacientes em situações críticas, exigindo estrutura e profissionais capacitados para alta complexidade (Souza *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2020). Nesse contexto, a agilidade no atendimento deve ser aliada à qualidade técnica e à humanização, garantindo não apenas a sobrevivência, mas também o bem-estar dos pacientes (Brasil, 2013; Souza *et al.*, 2017).

Além dos protocolos técnicos, estudos destacam que o acolhimento humanizado e o vínculo estabelecido pela equipe de enfermagem são determinantes para a eficácia do tratamento e a satisfação dos usuários (Souza *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2019). A empatia e a escuta qualificada, por exemplo, reduzem a ansiedade dos pacientes e familiares, impactando positivamente nos resultados clínicos (Backes *et al.*, 2018).

A humanização nesses serviços configura-se como um desafio contínuo, requerendo mudanças culturais e organizacionais. Conforme Andrade *et al.* (2009) e Deslandes (2017), é necessária uma postura ética compartilhada entre profissionais, gestores e usuários, transcendendo a técnica para promover cidadania e dignidade no cuidado. A Política Nacional de Humanização (PNH) reforça essa perspectiva, defendendo práticas integradas e corresponsáveis (Brasil, 2013).

Dentre os pilares da humanização, a comunicação destaca-se como elemento primordial. Lazzari *et al.* (2012) e Merhy (2015) ressaltam que o diálogo claro e contínuo — desde a admissão até a alta — fortalece a confiança e adesão ao tratamento. Estratégias como a escuta ativa e a linguagem acessível são fundamentais, especialmente em contextos de vulnerabilidade (Ayres, 2015).

O processo de trabalho em unidades de pronto-socorro caracteriza-se por alta intensidade, especialmente em serviços que adotam o modelo de “porta aberta” com demanda espontânea e fluxo contínuo de pacientes (Colichi *et al.*, 2019). Nesse contexto, estudos demonstram que o dimensionamento adequado do quadro de enfermagem constitui fator crítico para garantir tanto a segurança do paciente quanto as condições laborais dos profissionais (Fugulin *et al.*, 2014; Magalhães *et al.*, 2018).

A complexidade dessa tarefa exige do enfermeiro competências específicas para: identificar as variáveis determinantes para o cálculo de pessoal (grau de dependência dos pacientes, complexidade dos procedimentos, fluxo de atendimento); fundamentar tecnicamente as reivindicações junto à administração hospitalar; propor ajustes no quadro de pessoal baseados em evidências (Gonçalves *et al.*, 2022).

Embora representem o maior contingente de recursos humanos em instituições de saúde — correspondendo a aproximadamente 60% da força de trabalho hospitalar (Machado *et al.*, 2020) — diversos estudos apontam persistentes desafios no dimensionamento adequado da equipe de enfermagem. Essas dificuldades relacionam-se principalmente à:

- Discrepância entre as recomendações técnicas e as realidades institucionais;
- Necessidade de adaptação às especificidades de cada serviço;
- Pressões por redução de custos que impactam a qualidade assistencial (Nogueira *et al.*, 2021).

Essa problemática torna-se particularmente relevante considerando o papel central da enfermagem na assistência direta ao paciente, em que sua atuação contínua e qualificada demonstra impacto mensurável nos indicadores de qualidade e segurança (Aiken *et al.*, 2021; Brasil, 2017).

Nesse sentido, é notório que a Enfermagem enquanto profissão das ciências da saúde utiliza como um forte instrumento de seu saber/fazer a comunicação, na medida em que o cuidado envolve o relacionamento interpessoal entre dois ou mais sujeitos e faz parte dessa profissão a competência em desenvolvê-lo como uma prática diária (Filho, 2016).

“Sem comunicação não há humanização. A humanização depende da nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com os nossos semelhantes” (Pessini; Bertachini, 2004, p. 1).

Referências bibliográficas

Aiken, L. H. *et al.* (2021). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 58, 121-133.

Andrade, L. O. M. *et al.* (2009). Humanização no atendimento em urgência e emergência: desafios para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 775-779.

Andrade, S. M. O. *et al.* (2013). Humanização no atendimento de urgência: percepção dos profissionais de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(3), 482-489.

Ayres, J. R. C. M. (2015). *Cuidado e humanização das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec.

- Backes, D. S. *et al.* (2018). Humanização no ambiente hospitalar: percepção de profissionais de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2017-0028.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Diretrizes para o dimensionamento de profissionais de enfermagem no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, G. W. S. (2003). *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec.
- Colichi, R. M. B. *et al.* (2019). Nursing workload in emergency services: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 250-259.
- Deslandes, S. F. (2017). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Filho, W. D. L. (2016). *Comunicação em enfermagem: teoria e prática*. 2. ed. São Paulo: Martinari.
- Fugulin, F. M. T. *et al.* (2014). Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(1), 126-134.
- Gonçalves, F. G. A. *et al.* (2022). Competências gerenciais do enfermeiro em serviços de urgência. *Revista Enfermagem Atual*, 92(33), e-021071.
- Lazzari, D. D. *et al.* (2012). Comunicação terapêutica na prática clínica de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(3), 611-618.
- Machado, M. H. *et al.* (2020). *Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Magalhães, A. M. M. *et al.* (2018). Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2018-0015.
- Merhy, E. E. (2015). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4. ed. São Paulo: Hucitec.

Nogueira, L. S. *et al.* (2021). Desafios no dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais brasileiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3408.

Oliveira, J. L. C. *et al.* (2020). Gestão da qualidade em serviços de urgência e emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20190345.

Pessini, L., & Bertachini, L. (2004). *Humanização e cuidados paliativos*. 2. ed. São Paulo: Loyola.

Silva, M. F. *et al.* (2019). Acolhimento com classificação de risco: percepção dos usuários. *Revista Enfermagem UERJ*, 27, e41282.

Souza, G. C. *et al.* (2017). Desafios da gestão de pessoas em unidades de emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 19(1), a08.