

**ARTIGO REVISÃO****Estratégias utilizadas pelo enfermeiro na assistência ao paciente grave na unidade de urgência e emergência**

Francieli Ferreira da Silva¹, Stephanie Tibcherani Moraes², Jairo Antonio Ribeiro³.

RESUMO

O objetivo principal do presente trabalho é verificar a utilização de estratégias usadas pelo enfermeiro no atendimento inicial a pacientes graves na unidade de urgência e emergência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, transversal, descritiva, realizada na unidade de urgência/emergência de um hospital filantrópico localizado em uma cidade de Minas Gerais. A amostra foi constituída por 4 enfermeiros e 8 técnicos de enfermagem que trabalham na unidade, que responderam a uma entrevista semiestruturada elaborada pelas autoras, após a realização do pré-teste do instrumento. O projeto foi autorizado pela instituição acolhedora da pesquisa e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas. A coleta de dados foi realizada no setor de urgência/emergência pelas autoras nos meses de março de 2015. Os dados coletados foram compilados e analisados segundo proposta metodológica de Minayo (2010). Os dados do perfil mostrou que os sujeitos da pesquisa em sua maioria são jovens, casados, com nível superior completo, técnicos em enfermagem e enfermeiros, com tempo de formação superior a cinco anos, tempo de atuação no setor menor que dois anos e possuem dois vínculos empregatícios. Os dados qualitativos foram analisados e categorizados. As categorias encontradas foram: Estabilização dos sinais vitais, estabilização do nível de consciência, sinais indicativos de emergência, atendimento ao politraumatizado, gerenciamento de vagas, gerenciamento da unidade, preparo da equipe, acolhidos pelo enfermeiro e acolhidos pelo enfermeiro e médico. Pôde-se concluir que os sujeitos tem bom conhecimento sobre o atendimento de emergência e tem um protocolo de atendimento ao paciente grave na unidade. As ferramentas utilizadas pelos enfermeiros no trabalho com os pacientes, equipe e familiares são: acolhimento, uso do protocolo de atendimento e educação permanente.

Descritores: Estratégias. Assistência. Controle de risco.

¹ Graduando. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais Campus Poços de Caldas.

² Graduando. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais Campus Poços de Caldas.

³ Orientador Docente da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais Campus Poços de Caldas.

INTRODUÇÃO

Os serviços de emergência médica existem há aproximadamente vinte anos nos Estados Unidos. No Brasil, na década de 80, começou a dar maior ênfase na capacitação dos profissionais atuantes nessa área.¹ Estes serviços fazem parte da política nacional de atenção às urgências e emergências e possuem muitas fragilidades devido à descentralização da assistência e falta de ordenação de fluxo.²

Emergência é definida como unidade destinada à assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato.³

No hospital, os serviços de urgência e emergência possuem características próprias que influenciam a organização e o gerenciamento do cuidado, recebendo pacientes em situações graves e com risco de morte, nas quais são necessárias intervenções rápidas e precisas.⁴ Um estudo mostra que a maioria dos casos que chegam na unidade não são considerados uma emergência podendo ser atendidos na atenção primária, causando assim o acúmulo de tarefas e aumento dos custos prejudicando a assistência dos casos graves. Portanto, é fundamental a

utilização de estratégias que otimizem a assistência no cuidado ao cliente.²

A equipe de enfermagem atuante na unidade de urgência e emergência deve ser ágil, hábil, saber estabelecer prioridades com segurança e consciência ao ser humano e possuir uma visão abrangente do paciente focando não só na patologia, sinais e sintomas, mas também na subjetividade do ser humano, criando uma integração com o cliente.⁵

Dá-se então a importância ao treinamento da equipe para que ela esteja apta a atender as mais variadas situações de emergência, minimizando o estresse constante do serviço.

Um estudo elencou as ações gerenciais que competem ao enfermeiro, sendo estas a previsão e provisão de recursos, planejamento do cuidado, supervisão, liderança e capacitação da equipe. No planejamento do cuidado é aplicado o processo de enfermagem que possibilita a implementação de um plano de cuidados e avaliação constante da assistência. Na previsão e provisão de recursos é dada ao enfermeiro a tarefa de realizar escalas e gerenciar recursos materiais. É também feita a supervisão da equipe para verificar se todos os

funcionários estão trabalhando de acordo com suas funções e a capacitação da equipe que permite qualificar o cuidado prestado.⁴

Porém, muitas vezes não há condições adequadas para a prestação de um serviço qualificado, pela falta de recursos materiais e humanos, falta de gerenciamento eficaz, carga excessiva de trabalho. Infere-se que é necessário reestruturar o trabalho de acordo com a política de atenção as urgências, visando maior resolutividade nos atendimentos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo do tipo qualitativo. O estudo foi realizado em um hospital de grande porte localizado no sul de Minas Gerais, na unidade de urgência e emergência, composta de dez leitos, sendo um de isolamento e um pediátrico.

Foram incluídos no estudo, enfermeiros e técnicos em enfermagem atuantes no setor por um período superior ao de experiência, que concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foram excluídos aqueles que

A questão norteadora é: Quais estratégias o enfermeiro utiliza no gerenciamento que otimizem o atendimento ao paciente gravemente enfermo? Essa pesquisa é relevante e tem por objetivo elencar as estratégias que o enfermeiro utiliza na unidade de urgência e emergência, como orientador da assistência de enfermagem nos momentos cruciais para os pacientes que sofrem agravos à saúde com risco iminente a vida.

estavam em período de experiência na unidade, os que estavam de férias, os que se encontravam em licença médica, os que não manifestaram interesse em participar do estudo e os que não assinaram o Termo de Consentimento.

A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2015, foi aplicada uma entrevista semi estruturada, realizada em local privativo durante o plantão dos sujeitos do estudo. Para o tratamento dos dados, utilizou-se o método de análise de conteúdo proposto por Minayo (2010).

Para a realização da análise temática, foram adotadas três etapas: Primeira etapa compreendeu a **Pré-**

análise- após uma leitura exaustiva das informações, os dados foram agrupados de acordo com as perguntas formuladas com o objetivo de destacar e selecionar os aspectos pertinentes e relevantes do estudo. Segunda etapa: **Exploração do Material** – foram destacadas as palavras chaves de cada resposta, sendo em seguida, estabelecidas a codificação numérica e a determinação da frequência das mesmas. As palavras chaves selecionadas que tiveram maior frequência foram nomeadas em categorias. Para cada categoria,

agruparam-se as subcategorias relacionadas. Terceira etapa: **Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação** – nesta etapa realizou-se a análise das categorias e subcategorias.

A pesquisa foi autorizada pela Instituição que acolheu o estudo e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, conforme preconiza a Resolução 466/2012. Após aprovação foram desenvolvidas as etapas propostas pelo estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 12 questionários. O perfil da amostra está descrito na tabela 1

Tabela 1 – Análise do perfil da amostra em relação a idade, escolaridade, função, turno de trabalho, número de empregos atuais, estado civil, tempo de

formação, tempo de atuação no setor, realização de curso de capacitação/pós graduação.

Variáveis		f	%
Idade	20 a 29 anos	5	41,6
	30 a 39 anos	3	25
	40 a 49 anos	2	16,7
	50 a 59 anos	2	16,7
	Total	12	100
Escolaridade	Ensino Médio	6	50
	Graduando	2	16,7
	Graduado	4	33,3
	Total	12	100
Função	Técnico de Enfermagem	8	66,7
	Enfermeiro	4	33,3
	Total	12	100
Turno de trabalho	Noturno	6	50

	Diurno	6	50
	Total	12	100
Número de empregos atuais	Um	5	41,6
	Dois	6	50
	Três	1	8,4
	Total	12	100
Estado Civil	Casado	6	50
	Solteiro	6	50
	Total	12	100
Tempo de Formação	Até 5 anos	5	41,6
	De 6 a 10 anos	3	25
	De 11 a 15 anos	3	25
	Acima de 15 anos	1	8,4
	Total	12	100
Tempo de atuação no setor	Até 2 anos	6	50
	De 3 a 4 anos	1	8,4
	De 5 a 6 anos	4	33,3
	Acima de 6 anos	1	8,4
	Total	12	100
Realizou curso de capacitação/ pós graduação	Sim	6	50
	Não	6	50
	Total	12	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Como já exposto, participaram do estudo 12 profissionais, entre eles, quatro (33.3%) enfermeiros e oito (66.6%) técnicos de enfermagem. Sobre o estado civil seis (50%) são casados. Em relação a idade cinco (41.6%) têm idade de 20 a 29 anos, três têm de 30 a 39 anos.

Quanto ao turno de trabalho, seis (50%) trabalham no turno diurno. Cinco (41,6%) trabalham apenas na instituição, enquanto sete (58,3%) têm

dois ou mais vínculos empregatícios. Seis (50%) desses profissionais têm de 1 a 5 anos de formados, três (25%) têm de 6 a 10 anos, dois (16,6%) têm de 11 a 15 anos e um (8,3%) tem de 21 a 25 anos e dez (83,3%) atuam no setor de urgência e emergência de 1 a 5 anos, dois (16,6%) têm de 5 a 10 anos de atuação.

Em relação à realização de cursos de pós-graduação e/ou capacitação seis (50%) afirmam ter

feito, e seis (50%) negam ter cursos complementares.

Após a análise do perfil dos trabalhadores, foram feitas questões referentes ao setor, conhecimento dos profissionais e estratégias utilizadas no atendimento ao paciente grave, os dados foram analisados e categorizados e serão apresentados a seguir.

Quando inquiridos sobre o recebimento do paciente o que você prioriza? Foi possível observar duas linhas de respostas que nos permitiu criar duas categorias: primeira categoria **estabilização dos sinais vitais** e segunda **estabilização do nível de consciência**.

Na primeira, cinco (41,6%) priorizam a verificação e estabilização dos sinais vitais como é observado nas seguintes falas:

E2 – “*Estabilização dos SSVV [...]*”; *T5*- “*Sinais Vitais*”; *T7*- “*SSVV*”.

Na segunda categoria cinco (41,6%) priorizam a avaliação do nível da consciência como é apresentado nas falas dos sujeitos:

T1- “*Nível de consciência*”; *E10*- “*[...] escala de Glasgow*”; *E12*- “*Avaliação do nível de consciência [...]*”.

Em um artigo onde o objetivo foi verificar a organização do trabalho

da equipe, os funcionários, na chegada da situação de emergência, já sabem o que fazer e qual função terão, sendo assim já aferem os sinais vitais rapidamente, puncionam o acesso venoso, instalam oxigenoterapia, entre outros procedimentos necessários. É visto que a integração da equipe se faz necessária e é de grande importância para que juntos trabalhem em prol de salvar a vida do paciente.²

Uma pesquisa mostrou que a equipe prioriza no atendimento inicial ao paciente politraumatizado, observar o nível de consciência através da escala de coma de Glasgow e pupilas, além disso, observam também o padrão respiratório e a existência de sangramentos aparentes. Também como prioridade, na admissão do paciente, os profissionais verificam os sinais vitais do mesmo, puncionam acesso venoso e instalam oxigenoterapia.⁶ O que se assemelha as prioridades encontradas no presente estudo.

Quando questionados sobre como identificam uma situação de emergência? As diversas respostas nos permitiram criar uma categoria: **Sinais indicativos de emergência**. Evidenciado nas seguintes frases:

E2- “*Classificação de risco por SSVV [...]*”; *T6*- “*Rebaixamento SSVV*”

[...]”; **T9-** “Verificando sinais vitais [...]”.

T1- “Grau do nível de consciência.”; **E4-** “Escala Glasgow”; **T6-** “[...] queda nível de consciência”.

Uma pesquisa feita em Maringá corrobora o achado, onde os profissionais também observam alterações nos sinais vitais e o nível de consciência como situação agravante do estado do paciente.⁷

Outro estudo em um Pronto Socorro, em São Paulo, nos diz que além dos sinais vitais e do nível de consciência os profissionais observam alterações na saturação, relatos de dor e trauma. Sendo assim é de grande importância o conhecimento da equipe sobre os parâmetros de normalidade e estar sempre atento às alterações desses sinais, que norteiam os profissionais para decidir qual atitude tomar diante do quadro.⁷

Quando abordados sobre a existência de protocolos no atendimento ao paciente, nove participantes (75%) referiram a sua utilização. Três (25%) dos entrevistados abordaram a utilização do protocolo de atendimento ao politraumatizado surgindo a categoria: **atendimento ao politraumatizado.**

Este protocolo é composto pela regra ABCDE sendo respectivamente:

air way (vias aéreas), breathing (respiração), circulation (circulação) disability (avaliação neurológica) e exposure (exposição corporal). Um estudo procurou identificar a utilização deste protocolo em um serviço de emergência onde identificou eficácia no seguimento do protocolo por parte dos profissionais.⁸

Em outro estudo nenhum dos participantes descreveu o protocolo de acordo com o Advanced Trauma Life Support (ATLS), identificando-se a inexistência de um protocolo específico para este paciente.⁶

Dessa forma verifica-se a relevância de haver protocolos para o atendimento ao paciente grave nas instituições, possibilitando maior autonomia dos profissionais no momento da admissão e ao prestar os primeiros cuidados. Treinamentos e programas de educação continuada também são necessários para que o grau de profissionalização dos funcionários seja do mais alto nível.

Em relação ao atendimento às emergências, identificaram-se alguns fatores que facilitam/dificultam a ação na assistência ao paciente, e a partir daí, foi possível criar três categorias, são elas: **gerenciamento de vagas, gerenciamento da unidade e preparo da equipe.**

Quanto à categoria **gerenciamento de vagas**, foi possível observar que o excesso de pacientes e o gerenciamento de vagas foram vistos pela equipe como uma das causas que interferem na qualidade do atendimento. Tal situação confirma-se nas explicações a seguir:

T6 “[...] dificulta: excesso de pacientes” ; T11- “[...] e sobrecarga de pacientes”; E12- “[...] fator que dificulta: gerenciamento de vagas”

Resultados semelhantes a este estudo foram encontrados, em uma dissertação, onde a autora diz que o aumento do fluxo de pacientes no setor gera certo desconforto nos profissionais, já que os pacientes ali internados apresentam um perfil diferente daqueles que necessitam de cuidados emergenciais.⁹

Ainda segundo autora, ocorre uma descaracterização do serviço de emergência e, por conseguinte, um desvio das funções emergenciais da equipe. Tal situação ainda reflete na qualidade da assistência prestada e gera uma sobrecarga nos profissionais já que a maioria dos pacientes que ficam estagnados nesse setor não se enquadra em um perfil de emergência.⁹

Um estudo mostrou que as insatisfações de condições de trabalho da equipe de enfermagem é a demanda

excessiva de pacientes, porque gera sobrecarga física e emocional dos profissionais.¹⁰

Em outro estudo foi possível observar que um dos problemas referidos pelos profissionais que atuam no setor, era a dificuldade de obter leitos para internação, o que prolongava o tempo de permanência do cliente no setor, sobrecarregando-o, fazendo com que os profissionais intensificassem seu ritmo de trabalho, deixando de realizar muitas atividades. Tudo isso se dava devido à capacidade de atendimento não ser suficiente para atender a demanda recebida no setor.²

Os subsídios para que ocorra a superlotação é resultado de um precário funcionamento do sistema de saúde de modo geral, especialmente a baixa resolutividade da atenção básica.¹¹

Outro fator que dificulta o processo gerencial do enfermeiro refere-se a segunda categoria **gerenciamento da unidade**, relacionada à previsão e provisão de recursos, tal fato confirma-se nas seguintes falas:

E2 “falta de recursos materiais, quando os recursos são suficientes o atendimento é melhor.”; T5 “ mau funcionamento dos equipamentos”

A incongruência entre a demanda de trabalho e os recursos materiais é um aspecto marcante em

diferentes ambientes das instituições de saúde¹² e agregado a estes fatores da falta de equipamentos e a superlotação citada, o profissional atuante no setor defronta-se com uma situação de importante comprometimento da qualidade da assistência prestada.⁹

Um estudo mostrou que uma ação dominante de gerência de enfermagem é a previsão e a provisão de recursos. Diante de tal fato a autora coloca que o controle da qualidade e quantidade de materiais e equipamentos é fundamental para que se tenha uma melhor qualidade de assistência.⁴

A quantidade de material a ser usado nas 24 horas de atendimento da unidade de urgência e emergência deve ser compatível com a demanda atendida, pois a falta, ou defeito em algum dos equipamentos, interfere diretamente na qualidade dos cuidados que estarão sendo prestados.¹³

O enfermeiro tem a responsabilidade de prover adequadamente a unidade, disponibilizando recursos materiais e humanos, proporcionando assim uma organização do serviço para que se tenha um equilíbrio entre a demanda atendida e os recursos necessários. Para isso o mesmo deve ter conhecimento das características dos atendimentos mais frequentes, para que seja possível

criar e executar medidas que respondam adequadamente às necessidades específicas da unidade.¹⁴

Na análise da terceira categoria **preparo da equipe** foi observado que na concepção dos sujeitos do estudo fatores que favorecem e outros que dificultam a assistência. Portanto optamos por subdividi-la em duas subcategorias.

Primeira subcategoria: Fatores Facilitadores.

Quando questionados sobre a interação com a equipe, oito (66.6%) relataram que ‘quase sempre’ se dão bem com a equipe. Dois (16.6%) relatam que ‘as vezes’ se dão bem e dois (16.6%) relatam que ‘sempre’ se dão bem.

A partir da fala a seguir é possível perceber que a boa relação entre os funcionários é um fator que facilita a assistência

T11- “[...] *facilita: equipe unida e preparada[...]*”;

Em um estudo feito em um hospital do interior Paulista, 80% dos funcionários afirmam não haver entrosamento entre a equipe durante o atendimento a urgência. Isso se deve ao fato de que a rotatividade de funcionários do setor é muito grande, dificultando o envolvimento dos colaboradores.¹⁵

Em uma análise feita, a equipe do setor de emergência de um hospital em Natal, RN, diz que tem bom relacionamento, apesar de algumas dificuldades às vezes.¹⁶

É fundamental que haja colaboração e coleguismo entre os funcionários, refletindo diretamente no trabalho prestado e na satisfação, e a falta é causadora de stress entre os funcionários.¹⁷

Segunda subcategoria: Fatores dificultadores

E2-[...] sim, dificulta: mão de obra despreparada”; E4- “dificulta: preparo da equipe”

Uma situação que traz muitas consequências ao atendimento à população é a ausência de treinamentos regulares para os profissionais, além de que essa situação ainda gera um nível de tensão grande nos mesmos. Essa escassez resulta principalmente em uma deficiência e falta de agilidade na assistência às pessoas que chegam para ser atendidas no setor. Este é um problema que traz grande preocupação, pois esta questão não é exclusiva de só um hospital, mas parece ser um problema de uma ordem mais geral.¹⁰

Sendo assim, no presente trabalho, quando os sujeitos foram questionados sobre a existência de

treinamentos e qual sua periodicidade, sete (58,3%) referiram participar de atividades educativas, porém sem tempo definido para a realização da mesma e quatro (33,3%) afirmaram que não recebem ou não existe na unidade atividades educativas, segundo as falas:

E2- “Sim, porém não o suficiente[...] sem tempo definido.” ; E4- “Sim [...] sem definição adequada.”; T6- “Não. Não tem.”; T7- “Não.”

Em um trabalho feito em um hospital filantrópico do interior de São Paulo, verifica-se divergência entre os funcionários, onde 56% dos sujeitos da pesquisa afirmam terem educação continuada, enquanto 44% negam a existência dela. Consta-se que a constante atualização destes profissionais é relevante, para que, assim, possam desenvolver junto à equipe habilidades em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica.¹⁵

Um estudo apontou que a ótica dos enfermeiros sobre a educação continuada, evidencia que essa modalidade influencia positivamente a assistência, aprimorando conhecimentos adquiridos em sua formação.¹⁵ O enfermeiro como líder da equipe necessita ter conhecimento, para que seja possível preencher as lacunas

encontradas pelos profissionais durante o processo de trabalho. O conhecimento teórico-prático e os processos rotineiros são fundamentais para o desenvolvimento da liderança, e para uma melhor qualidade de atendimento.

18

Em outro estudo evidenciou-se a necessidade de capacitação dos

Ao serem questionados sobre qual profissional acolhe os familiares do paciente, percebeu-se que é o enfermeiro que acolhe a família segundo o relato de dez (83,3%) dos entrevistados e de acordo com oito (66,6%) o médico também faz o acolhimento e dá as informações. A partir disso foi possível identificar duas categorias: **acolhidos pelo enfermeiro e acolhidos pelo enfermeiro e médico.**

Primeira categoria acolhidos pelo enfermeiro

E2- “Acolhido pelo enfermeiro e informações pelo médico”; **T3- “Enfermeiro”**

A enfermagem, profissão centrada nas relações humanas, não só tem como papel tratar a enfermidade do paciente, mas também deve criar um vínculo com sua família desde o início da internação para que esta possa enfrentar de maneira menos difícil a hospitalização de seu ente, tendo

profissionais que atuam no setor de urgência e emergência, estes precisam de atualizações, oficinas, treinamentos com a equipe, para aprimoramento da bagagem técnica e para que os profissionais tenham mais confiança em si mesmo, para desenvolver o que lhe foi proposto.¹³

também uma postura acolhedora e visão humanizada da assistência.¹⁹

Segunda categoria acolhidos pelo enfermeiro e médico

E12- “Enfermagem e médico”;

Na área médica observa-se, de acordo com uma pesquisa, que há dificuldades de comunicação com a família, principalmente quando se deve comunicar um óbito, onde os médicos referem dificuldade para abordar esses assuntos e lidar com o sofrimento dos familiares.²⁰

Em uma pesquisa onde alunos de medicina foram abordados sobre humanização, os mesmos relataram que gostariam de poder ter mais contato com os pacientes durante o curso para poderem desenvolver habilidades de eixo humanístico.²¹

Foi avaliada, em outro estudo, a percepção dos familiares dos pacientes internados sobre a qualidade e humanização dos serviços prestados. Verificou-se que a maioria dos

entrevistados estava insatisfeita com as informações passadas pelos médicos, referindo falhas na comunicação, e 95%

CONCLUSÃO

O perfil mostrou que a maioria dos trabalhadores são jovens, casados, com nível superior completo, técnicos em enfermagem e enfermeiros, com tempo de formação superior a cinco anos, tempo de atuação no setor menor que dois anos e trabalham em dois empregos. Os sujeitos tem bom conhecimento sobre o atendimento de emergência e tem um protocolo de atendimento ao paciente grave na unidade. As ferramentas utilizadas pelos enfermeiros no trabalho com os pacientes, equipe e familiares são acolhimento, uso de protocolo de atendimento e educação permanente.

Esse estudo também possibilitou elencar fatores que dificultam o atendimento no setor como a demanda excessiva de pacientes e deficiência de recursos materiais. Evidencia-se a importância de reestruturação do sistema de saúde, para que os pacientes sejam devidamente referenciados. Observou-se que a educação permanente não é realizada de forma metódica.

Verificou que a unidade é referência regional no atendimento ao

mostrou-se satisfeita com o contato com a enfermagem.²²

paciente grave e que existe um protocolo de atendimento ao mesmo.

O acolhimento aos pacientes e família é realizado pelo enfermeiro, ressaltando a importância da humanização, possibilitando a criação de vínculo com a família e o usuário.

REFERÊNCIAS

1. Wehbe G, Galvão CM. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. *Rev Latino Am Enfermagem*. [artigo online] 2001;9(2):86-90. [acesso em 19 set 2014] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000200012&script=sci_arttext.
2. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto contexto – Enferm*. [artigo online] 2009;18(2):266-72. [acesso em 30 ago 2014] Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000200009&script=sci_arttext.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Urgência e emergência: sistemas estaduais de referencia hospitalar para o atendimento de urgência e emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001
4. Santos JLG, Lima MADS. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Rev Gaucha Enferm*. [artigo online]. 2011;32(4):695-702. [acesso em 30 ago 2014]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400009.
5. Baggio MA, Callegaro GD, Erdmann, AL. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Rev Bras Enferm*. [artigo online]. 2008;61(5):552-7. [acesso 30 ago 2014]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a04v61n5.pdf>.
6. Santos NS, Faria R, Costa AL, Correa AL. Atendimento de enfermagem na sala de emergência ao paciente politraumatizado: o protocolo em evidência. [Apresentação no XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba; 2010 Campina Grande, Brasil.]
7. Jorge VC, Barreto MS, Ferrer ALM, Santos EAQ, Rickli HC, Marcon SS. Equipe de enfermagem e detecção de indicadores de agravamento em pacientes de pronto-socorro. *Esc Anna Nery*. [artigo online]. 2012;16(4):767-774. [acesso em 2 maio 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400018.
8. Mattos LS, Silvério MR. Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de Santa Catarina. *Rev Bras Prom Saúde*. [artigo online]. 2012;25(2):182-191. [acesso em 2 maio 2015]. Disponível em <http://132.248.9.34/hevila/Revistabrasileraempromocaodasaude/2012/vol25/no2/8.pdf>.
9. Montezeli JH. O trabalho do enfermeiro no pronto-socorro:

- uma análise da perspectiva das competências gerenciais. [Dissertação de Mestrado]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2009.
10. Furtado BMASM, Araújo Júnior JLC. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. *Acta Paul Enferm.* [artigo online]. 2010;23(2):169-74. [acesso em 9 maio 2015]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/03.pdf>.
 11. O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Cien Saude Colet.* [artigo online]. 2009; 14(5):1881-1890. [acesso em 12 maio 2015]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500030.
 12. Almeida PJS, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Rev. Eletr. Enf.* [artigo online]. 2007; 9(3):617-29. [acesso em 07 maio 2015]. Disponível em <https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>.
 13. Costa AF, Araújo DV, Barros WCTS. O trabalho do enfermeiro no setor de urgência/emergência hospitalar. Apresentação no XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba; 2008 Campina Grande, Brasil.
 14. Coelho MF, Chaves LDP, Anselmi ML, Hayashida M, Santos CB. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Rev Lat Am Enfermagem.* [artigo online]. 2010;18(4): 770-777. [acesso em 3 maio 2015]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_16
 15. Sousa FP, Dias AA, Oliveira APS. Educação continuada em serviço de urgência e emergência. *Ensaio e C.* [artigo online]. 2011;15(3):137-146. [Acesso em 9 maio 2015]. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/260/26021120011.pdf>.
 16. Lima Neto AV, Fernandes RL, Barbosa IML, Carvalho GRP, Nunes VMA. Relacionamento interpessoal entre a equipe de uma emergência hospitalar: um estudo qualitativo sob o olhar de enfermeiros. *Rev Enfermagem Revista.* [artigo online]. 2015;18(1):75-87. [acesso em: 10 maio 2015]. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9371/7777>.
 17. Coronetti A, Nascimento ERP, Barra DCC, Martins JJ. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. *Arq Catarinense Med.* [artigo online]. 2006;35(4):36-43. [acesso em 9 maio 2015]. Disponível em <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/394.pdf>.

18. Bezerra ALQ, Queiroz ES, Weber J, Munari DB. O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev Eletr Enf*. [artigo online]. 2012;14(3):618-25. [acesso em 11 maio 2015] Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revisita/v14/n3/pdf/v14n3a19.pdf
19. Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto Contexto Enferm*. [artigo online]. 2008;17(1):81-9. [acesso em 11 maio 2015]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100009.
20. Starzewski Junior A, Rolim LC, Morrone LC. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. *Rev Assoc Med Bras*. [artigo online]. 2005;51(1):11-16. [acesso em 11 maio 2015]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n1/a13v51n1.pdf>.
21. Alves ANO, Moreira SNT, Azevedo GD, Rocha VM, Vilar MJ. A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de Medicina da UFRN – Natal – RN – Brasil. *Rev Bras Educ Med*. [artigo online]. 2009;33(4):555–561. [acesso em 10 maio 2015] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n4/v33n4a06.pdf>.
22. Wallau RA, Guimarães HP, Falcão LFR, Lopes RD, Leal PHR, Senna APR, et al. Qualidade e humanização do atendimento em medicina Intensiva: qual a visão dos familiares? *Rev Bras Ter Intensiva*. [artigo online]. 2006;18(1):45-51. [acesso em 10 maio 2015]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000100009.