

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA UTI

NURSES' PERFORMANCE IN EMERGENCY CARE IN THE ICU

Cristiane Maria dos Santos¹

Wbiratan de Lima Souza²

RESUMO

O presente estudo aborda a atuação do enfermeiro em situações de urgência e emergência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), destacando sua importância no cuidado de pacientes críticos. O enfermeiro exerce um papel fundamental na monitorização, estabilização e execução de intervenções rápidas, além de contribuir para a tomada de decisões clínicas. Através de uma revisão da literatura, o trabalho analisou as competências e desafios enfrentados pelos profissionais nesse ambiente de alta complexidade. Concluiu-se que o aprimoramento constante das práticas e o suporte emocional aos enfermeiros são essenciais para garantir um atendimento eficaz e seguro.

Palavras-chave: Enfermagem, Urgência, Emergência, UTI, Cuidados Intensivos

SUMMARY

The present study addresses the role of nurses in urgent and emergency situations in the Intensive Care Unit (ICU), highlighting their importance in the care of critical patients. Nurses play a key role in monitoring, stabilizing and executing rapid interventions, in addition to contributing to clinical decision-making. Through a literature review, the work analyzed the competencies and challenges faced by professionals in this highly complex environment. It was concluded that the constant improvement of practices and emotional support for nurses are essential to ensure effective and safe care.

Keywords: Nursing, Urgency, Emergency, ICU, Intensive Care.

¹Bacharel em Enfermagem. Concluinte do curso de Pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem em Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) – UNIMA/AFYA pelo Centro Universitário de Maceió (UNIMA/ AFYA). E-mail: crismcz_santos@outlook.com;

²Orientador. Doutor pelo Programa de Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas – UNIMA/AFYA. Mestre em Enfermagem pelo Programa MPEA/UFF. Especialista em Emergência Geral (Modalidade Residência) – UNCISAL. Especialista em Enfermagem em Obstetrícia – UNIFIP. Professor Titular I – UNIMA/AFYA. Coordenador da Pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem em Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pelo Centro Universitário de Maceió - UNIMA/AFYA e da Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica – UNIMA/AFYA. Diretor do Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas (COREN-AL) – Gestão (2024-2026). E-mail: wbiratan.souza@unima.edu.br.

INTRODUÇÃO

A atuação do enfermeiro em situações de urgência e emergência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é de suma importância, visto que este profissional desempenha um papel central no cuidado intensivo e na tomada de decisões rápidas e precisas para garantir a vida dos pacientes. A UTI é um ambiente especializado onde se encontram pacientes em estado crítico, necessitando de cuidados contínuos e intervenções imediatas.

Neste contexto, o enfermeiro precisa estar altamente qualificado para responder às necessidades emergenciais, como a estabilização de quadros clínicos graves, a monitorização de sinais vitais e a administração de medicações de forma eficiente. O tema é relevante, pois as situações de urgência e emergência exigem uma atuação assertiva e segura, já que qualquer erro pode comprometer o prognóstico do paciente. Portanto, o estudo deste tema se justifica pela necessidade de compreender os desafios enfrentados pelos enfermeiros na UTI e pela busca por estratégias que possam melhorar a atuação profissional, garantindo um atendimento de qualidade, humanizado e seguro.

O objetivo geral deste estudo foi analisar a atuação do enfermeiro em situações de urgência e emergência dentro da UTI, identificando as principais competências necessárias e os desafios enfrentados nesse ambiente.

Como objetivos específicos, pretendeu-se mapear as funções desempenhadas pelo enfermeiro em situações emergenciais, compreender os protocolos seguidos e avaliar as dificuldades encontradas na prática diária. Este estudo tem como proposta contribuir para a melhoria do atendimento em unidades de terapia intensiva, auxiliando na formação e qualificação dos profissionais de enfermagem.

A metodologia utilizada baseou-se em uma revisão da literatura, com foco em estudos publicados nos últimos dez anos sobre a atuação dos enfermeiros na UTI em situações de urgência e emergência. Foram consultadas bases de dados como Scielo, PubMed e BVS para a seleção dos artigos.

A busca foi realizada utilizando-se palavras-chave como "enfermagem", "urgência", "emergência", "UTI" e "cuidados intensivos". Após a seleção dos materiais, realizou-se uma análise crítica das publicações, buscando identificar padrões e tendências nas práticas de enfermagem nesse contexto. Os estudos selecionados foram analisados quanto à relevância, qualidade

metodológica e aplicabilidade à prática profissional.

DOR DO RECEM NASCIDO NA UTI NEONATAL

O RN não tem capacidade de verbalizar o local da dor e a sua intensidade, portanto é de suma importância que a equipe de enfermagem, esteja capacitada para identificar e avaliar a dor do RN, pois é ela quem presta cuidados diretos aos neonatos de forma contínua (MENDES, 2013).

Estudo de Caetano (2013), evidenciou que não há padronização na avaliação e no manejo da dor do RN nas instituições hospitalares, pois o controle da mesma, ainda, é realizado, pelos profissionais de enfermagem, de forma empírica e individual, o que reforça a necessidade de mudanças na prática clínica do enfermeiro e a adoção de rotinas e protocolos de avaliação e tratamento da dor neonatal.

A avaliação adequada da dor é primordial, uma vez que dela depende o manejo adequado. A mensuração requer uso de métodos quantitativos e validados, mediante o uso de instrumentos ou indicadores que levem em consideração as alterações comportamentais e fisiológicas do RN (AMARAL, 2014).

O manejo da dor no período neonatal deve ser baseado primeiramente na identificação precoce da presença de dor. Para o controle da dor é necessário a utilização de intervenções que minimizem a sua intensidade e duração, ajudando o neonato a recuperar-se e reorganizar-se dessa experiência (MOTA e CUNHA, 2015).

Conforme estes autores a forma mais efetiva de aliviar a dor no recém-nascido é diminuindo o número de procedimentos realizados, por meio da redução do número de interrupções do repouso desse paciente. Outras estratégias importantes são a eliminação de procedimentos desnecessários e evitar a repetição de procedimentos após tentativas sem sucesso.

Em relação ao tratamento da dor, torna-se urgente que os profissionais que trabalham em UTIN construam protocolos de cuidados baseados nos métodos não farmacológicos para o manejo do desconforto e da dor no RN. Um protocolo de cuidados que vise a prática de métodos não farmacológicos de alívio da dor neonatal contribuirá para orientar a equipe de saúde a prevenir e minimizar a dor ou o desconforto do RN hospitalizado (CORDEIRO e COSTA, 2014).

O controle da dor do recém-nascido é imprescindível à qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem, que deve ter conhecimento suficiente para avaliar e promover o adequado manejo da dor por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas e seu emprego correto de acordo com a condição de cada paciente (CAETANO, 2013).

A equipe de enfermagem desempenha importante papel nesse processo, tendo em vista que passa mais tempo ao lado do paciente. A criação de protocolos e rotinas de atendimento, bem como a adoção de instrumentos validados para a avaliação da dor em RN podem contribuir para a sistematização da assistência de enfermagem e para a melhora da qualidade da prestação de cuidados aos neonatos (CAETANO, 2013).

Os profissionais de enfermagem no desempenho de suas atividades assistenciais têm responsabilidade no que se refere à avaliação sistemática da dor do RN prematuro, bem como a implementação de medidas de prevenção, redução ou eliminação do desconforto produzido por estímulos indesejáveis ou procedimentos invasivos e dolorosos em unidades neonatais. Conforme Kanai e Fidelis (2015) é importante que o profissional realize uma boa avaliação da dor.

Os profissionais de enfermagem são comprometidos, na identificação da dor nas crianças, porém, existe fragilidade quanto ao conhecimento relacionado ao controle da mesma, pois a maior parte se restringe aos métodos farmacológicos e não visualiza o problema de forma mais ampla, impossibilitando uma melhor assistência (SANTOS, 2013).

Dentre as atividades assistenciais do enfermeiro, destaca-se a implementação de medidas de prevenção, redução ou eliminação do desconforto produzido por estímulos indesejáveis em unidades neonatais, principalmente quando se trata de procedimentos invasivos e dolorosos. Existem diversos métodos não farmacológicos de alívio da dor no RN, sendo importante que a equipe de saúde os conheça para melhor utilizá-lo no dia a dia da UTI neonatal (MOTA e CUNHA, 2015).

É primordial que cada serviço de saúde desenvolva estratégia para minimizar o número de procedimentos dolorosos e estressantes e prover alívio não farmacológico ou farmacológico efetivo em todos os procedimentos realizados, além de constantemente mobilizar a equipe para prevenir a dor e utilizar métodos para seu alívio (MOTA e CUNHA, 2015).

Os cuidados de enfermagem, merecem destaque as medidas não farmacológicas para alívio da dor. Consideradas técnicas não invasivas para o controle da dor, compreendem um conjunto de medidas de ordem educacional, física, emocional e comportamental, na sua maioria de baixo custo, fácil aplicação e com riscos de complicações pequenas. (OLIVEIRA, 2014).

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E OS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE DOR DO RECÉM-NASCIDO

Em relação aos instrumentos de avaliação da dor neonatal destacam-se na literatura várias escalas onde são indicadores de dor.

Quadro 1: Escala *Behavioral indicators of infant pain* (BIIP)

Parâmetro	Pontuação	Definição
Estado de sono/vigília		
Sono profundo	0	Olhos fechados, respiração regular, ausência de movimentos das extremidades
Sono ativo	0	Olhos fechados, contração muscular ou espasmos/abalos, movimentos rápidos dos olhos, respiração irregular
Sonolento	0	Olhos fechados ou abertos (porém com olhar vago, sem foco), respiração irregular e alguns movimentos corporais
Acordado/Quieto	0	Olhos abertos e focados, movimentos corporais raros ou ausentes
Acordado/Ativo	1	Olhos abertos, movimentos ativos das extremidades
Aagitado/Chorando	2	Aagitado, inquieto, alerta, chorando
Face e mãos		
Fronte saliente	1	Abaulamento e presença de sulcos acima e entre as sobrancelhas
Olhos espremidos	1	Compressão total ou parcial da fenda palpebral
Sulco nasolabial aprofundado	1	Aprofundamento do sulco que se inicia em volta das narinas e se dirige à boca
Estiramento horizontal da boca	1	Abertura horizontal da boca acompanhada de estiramento das comissuras labiais
Língua tensa	1	Língua esticada e com as bordas tensas
Mão espalmada	1	Abertura das mãos com os dedos estendidos e separados
Mão fechada	1	Dedos fletidos e fechados fortemente sobre a palma das mãos formando um punho cerrado/mão fechada
Considera-se dor quando a pontuação é maior que 5		

Fonte: GUINSBURG & CUENCA (2015).

Esta escala de avaliação de dor no recém-nascido é composta por cinco parâmetros comportamentais e um indicador fisiológico, avaliado antes, durante e após procedimentos invasivos agudos em recém-nascidos a termo e pré-termo. (GUINSBURG & CUENCA, 2015)

Quadro 2: Escala *Neonatal infant pain scale (NIPS)*

Escala de Dor para Recém-Nascidos=Neonatal Infant Pain Scale (NIPS).			
Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraida	---
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Regular	Diferente da basal	---
Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	---
Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	---
Estado de Alerta	Dormindo e/ou Calmo	Agitado e/ou Irritado	---
Presença de dor:>3 pontos			

Fonte: GUINSBURG & CUENCA (2015).

Esta escala de dor e desconforto do recém-nascido foi desenhada para avaliar a dor persistente do recém-nascido criticamente doente. A sua aplicação é fácil e prática, permitindo acompanhar o comportamento do paciente por período mais prolongados a fim de adequar a terapêutica necessária. (GUINSBURG & CUENCA, 2015)

Quadro 3: Escala *Échelle douleur inconfort nouveau-Né (EDIN)*

IDENTIFICAÇÃO				DATA				
				HORA				
	0	1	2	3				
ROSTO	Rosto calmo	Caretas passageiras: sobancelhas franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trêmulo.	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada				
CORPO	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel				
SONO	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece				
INTERACÇÃO	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação				
RECONFORTO	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente	Inconsolável. Sucção desesperada				
PONTUAÇÃO TOTAL								

Fonte: GUINSBURG & CUENCA (2015).

É a mais indicada para prematuros por levar em consideração as alterações próprias desse grupo de pacientes (prematuridade), tendo sido também validada sua aplicabilidade em situações de pós-operatório. Essas escalas, de maneira geral, estão sendo avaliadas quanto à sua utilidade clínica, sobretudo levando-se em conta o uso em recém-nascidos prematuros e gravemente enfermos.

Quadro 4: Escala PAIN EVALUATION IN NEONATOLOGY - Perfil de Dor do Recém-Nascido Prematuro (PIPP)

Indicadores	0	1	2	3
IG em semanas	>36 semanas	32 a 35 semanas e 6 dias	28 a 31 semanas e 6 dias	<28 semanas
Observar o RN por 15s estado de alerta	Ativo Acordado Olhos abertos Movimentos faciais presente	Quieto Acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Ativo Dormindo Olhos fechados Movimentos faciais presentes	Quieto Dormindo Olhos fechados Sem mímica facial
Anotar FC e SP02 FC máxima Sat. mínima	Maior 0 a 4 bpm Menor 0% a 2,4%	Maior 5 a 14 bpm Menor 2,5% a 4,9%	Maior 15 a 24 bpm Menor	Maior >25bpm Menor >7,5%
Observar RN por 30s				
Testa franzida	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
Olhos espremidos	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
Sulco naso-labial	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo

Define-se como ausente 0% a 9% do tempo de observação, com a alteração comportamental pesquisada, mínimo, 10% a 39% do tempo moderado, 40% a 69% do tempo e Máximo com mais de 70% do tempo de observação. Nessa escala a pontuação varia de 0 a 21 pontos. Escores menores ou iguais a 6 indicam ausência de dor ou dor mínima, escores superiores a 12 indicam presença de dor moderada a intensa.

Fonte: GUINSBURG & CUENCA (2015).

Essa escala avalia por meio de respostas faciais do RN, a presença ou ausência da dor. É facilmente aplicável, porém exige atenção da equipe as reações faciais para identificação.

Quadro 5: Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS)

Movimento facial	0 ponto	1 ponto
Fronte saliente	Ausente	Presente
Fenda palpebral estreitada	Ausente	Presente
Sulco nasolabial aprofundado	Ausente	Presente
Boca aberta	Ausente	Presente
Boca estirada (horizontal ou vertical)	Ausente	Presente
Língua tensa	Ausente	Presente
Protrusão da língua	Ausente	Presente

Tremor de queixo	Ausente	Presente
Pontuação máxima de 8 pontos, considerando dor > ou = 3.		

Fonte: GUINSBURG & CUENCA (2015).

Pesquisa evidenciou que antes e durante a punção arterial, houve presença de manifestações faciais de dor em todos os recém-nascidos e alterações fisiológicas como diminuição dos níveis de saturação de oxigênio (SatO2) e aumento da frequência cardíaca (FC). De acordo com a escala de codificação de atividade facial neonatal (NFCS), foi comprovado que há alterações comportamentais no RN que expressam a dor sentida no momento da realização da punção arterial (GUINSBURG e CUENCA, 2015).

Diante deste contexto os profissionais devem ser conscientizados e capacitados quanto à identificação dos indicadores fisiológicos e comportamentais de dor no RN, utilizar as escalas validadas para avaliação da dor neonatal, bem como quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico adequado (CAPELINI, 2014).

Os métodos não farmacológicos para o tratamento da dor neonatal são essenciais para a assistência ao neonato que vivencia o processo doloroso, pois melhora a qualidade dos cuidados prestados a esta clientela. Portanto torna-se necessário que os profissionais de enfermagem conheçam e desenvolvam técnicas e manejos para perceber, avaliar e aliviar a dor do recém-nascido (MORAIS; 2016).

Fica evidente nos estudos que a glicose 25% liberam endorfinas endógenas, diminui o choro e atenua a mímica facial de dor no recém-nascido. Pesquisadoras que procuraram manejar a dor neonatal durante a punção arterial, venosa e capilar no RN, evidenciaram que a utilização da glicose durante a realização destes procedimentos invasivos é uma estratégia eficaz para minimizar a dor (MORAIS, 2016).

Segundo Capellini (2014) o uso de substância adocicadas, como a sacarose e a glicose, é uma medida bastante recomendada para o controle da dor no RN, não havendo dúvidas quanto aos seus benefícios durante a realização de procedimentos invasivos tanto em neonatos a termo quanto em pré-termos. A amamentação sana a necessidade de sucção do RN ao mesmo tempo em que lhe fornece glicose, aconchego, calor, amor, o que certamente alivia a sua dor física e psicológica, além de facilitar a formação do apego mãe/filho proporcionando equilíbrio emocional deste indivíduo na vida adulta (FARIAS; 2015).

A sucção não nutritiva é realizada com o uso de chupeta ou o dedo do profissional

enluvado, ou com a mão ou dedo do RN, enquanto a sucção nutritiva utiliza a gaze embebida com solução adocicada (glicose, sacarose) ou leite materno, e até mesmo a amamentação ao seio materno. Em pesquisa realizada por Crescêncio; *et al*, (2019) dos métodos não farmacológicos utilizados pelos enfermeiros para o alívio da dor neonatal, a sucção não nutritiva foi a mais utilizada acompanhada da massagem.

A massagem é outra forma de toque terapêutico, podendo ser suave ou vigorosa. Na massagem suave, o contato é ritmo, pode reduzir as sensações dolorosas e promover relaxamento muscular. A massagem profunda promove eficazmente alívio da dor. O toque com massagem terapêutica estimula o sistema sensorial periférico e a mielinização dos nervos, por aumentar a atividade do hipotálamo e a produção do hormônio do crescimento (CRESCÊNCIO, *et al*, 2019). O Método Mãe Canguru (MMC) desenvolvido pelos médicos neonatologistas Héctor Martínez e Edgar Rey Sanabria consiste em o neonato despido, em contato com a pele da sua mãe, em posição ventral e vertical, amarrado sobre o tórax materno. A posição canguru é uma estratégia de baixo custo que deve ser recomendada como método não farmacológico para o manejo da dor dos RNs, pois atua como mediador da resposta fisiológica para determinar maior estabilidade autonômica (MAIA, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do enfermeiro na urgência e emergência dentro da UTI revela-se fundamental para a garantia de um atendimento ágil, eficiente e humanizado a pacientes em estado crítico. A responsabilidade desse profissional vai além da execução de tarefas técnicas, envolvendo também a capacidade de tomada de decisão rápida e precisa em situações de grande pressão, muitas vezes de vida ou morte. O enfermeiro desempenha um papel central na equipe multidisciplinar, contribuindo diretamente para a estabilização e recuperação dos pacientes, além de ser um elo de comunicação essencial entre os médicos, outros profissionais de saúde e as famílias.

No entanto, a complexidade e a exigência emocional e física desse trabalho demonstram a necessidade contínua de capacitação e suporte para os enfermeiros que atuam nesse setor. Conclui-

se, portanto, que o aperfeiçoamento constante das práticas de enfermagem em urgência e emergência, aliado ao desenvolvimento de habilidades específicas, é indispensável para a melhoria dos cuidados prestados em unidades de terapia intensiva, garantindo uma assistência segura e de qualidade aos pacientes.

REFERÊNCIAS

AMARAL, J.B. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. **Esc. Anna Nery**, v.18, n.2, p.241-6, 2014.

CAETANO, E.A. O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v.17, n.3, p.439-45, 2013.

CAPELINI, V.K. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v.16, n.2, 361-9, 2014.

CORDEIRO, R.A.; COSTA, R. **Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: Uma construção coletiva da enfermagem.** Texto & Contexto Enferm., Florianópolis. v.23, n.1, p.185-92, 2014.

CRESCÊNCIO, E.P; et al. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v.11, n.1, 64-9, 2019.

FARIAS, L.M. Cuidados de enfermagem no alívio da dor em recém-nascido: Revisão integrada. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.12, n.4, p.866-74, 2015.

GUINSBURG, R.; CUENCA, M.C. **A linguagem da dor no recém-nascido. Documento científico do departamento de neonatologia.** São Paulo, 8 out. 2015. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2017.

KANAI, K.Y., FIDELIS, W.M.Z. Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada. **Rev. Dor**, São Paulo, v.11, n.1, p.20-7, 2015.

LEITE, A.M. Amamentação e contato pele-a-pele no alívio da dor em recém-nascidos na vacina contra hepatite B. **Rev. Eletr. Enferm.**, Goiânia, v.17, n.3, 2015.

MAIA, F.A. Os efeitos da posição canguru em respostas aso procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termos: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.370-3, 2015.

MENDES, L.C. A dor no recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Enferm.** UFPE, Recife, v.7, n.11, p.6445-54, 2013.

MORAIS, A.P.S. Medidas não farmacológicas no manejo da dor em recém-nascido: Cuidado de enfermagem. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.3 n.17, p.435-42, 2016.

MOTTA, G.C.P.; CUNHA, M.L.C. Prevenção e manejo não farmacológicos da dor no recém-nascido. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.68 n.1 p.131-35, 2015.

OLIVEIRA, R.M. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.277-83, 2014.

SANTOS, L.M. Percepção materna sobre o contato pele a pele com o prematuro através da posição canguru. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.3501-14, 2013.