

Artigo

**DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS NA EXECUÇÃO
DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**DIFFICULTIES FACED BY NURSES IN THE EXECUTION OF HOSPITAL
AND RISK CLASSIFICATION**

Ana Flávia Porcino da Silva¹
Célio da Rocha Bonfim²
Henrique José Bandeira Formiga³
Ana Beatriz Alves Barbosa⁴
Allan Martins Ferreira⁵
Edmara da Nóbrega Xavier Martins⁶

RESUMO - Com a superlotação nos serviços de urgência e emergência, ocasionando dificuldades dos enfermeiros para selecionar os pacientes de acordo com o grau de risco, foi criado o sistema de Acolhimento e Classificação de Risco, para que a demanda do público possa ser atendida de maneira prática, hábil e objetiva. O estudo teve como objetivo descrever as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na execução do sistema de acolhimento e classificação de risco no serviço hospitalar. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, com abordagem quantitativa. Foi realizada com 14 (quartoze) enfermeiros do Hospital Distrital de Itaporanga/PB, os quais foram informados quanto aos objetivos da mesma. Foram incluídos os que atuam na

¹ Graduando em Enfermagem, 2016.2. Faculdades Integradas de Patos – FIP;

² Enfermeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho e Saúde Coletiva pelas FIP. Mestrando em Sistema Agroindustriais pelas UFCG. E-mail: celiorochape@hotmail.com;

³ Enfermeiro. Pós-graduando em Urgência, Emergência e UTI pelas FIP;

⁴ Enfermeira. Especialista em Urgência, Emergência e UTI pelas FIP. Docente, Curso de Bacharelado em Enfermagem. Faculdades Integradas de Patos – FIP. E-mail: anabarbosa@fiponline.edu.br;

⁵ Bacharel em Enfermagem, Esp. em Urgência e Emergência pelas FIP, Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem. Faculdades Integradas de Patos – FIP. E-mail: allanferreira@fiponline.edu.br;

⁶ Docente, Curso de Bacharelado em Enfermagem. Faculdades Integradas de Patos – FIP. Orientadora da Pesquisa. E-mail: mara_edmara@hotmail.com.



Artigo

assistência direta ao paciente; de cargo efetivo e contratado no serviço; e com mais de 1 (um) ano de atuação no serviço hospitalar. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário, previamente elaborado, contendo perguntas objetivas, subjetivas e não indutivas, as quais permitiram ao informante responder os dados pertinentes ao estudo. Averiguou-se que a maioria dos entrevistados eram mulheres, com idade diversificadas, especialistas e graduadas, entre 4 e mais de 7 anos de atuação no serviço hospitalar, plantonistas dos diversos setores do hospital e grande maioria sem relato de treinamento para atuar na classificação de risco. Demonstraram conhecer o protocolo de Manchester, mas relataram que sua unidade não está organizada em espaços distintos de acordo com o grau de risco dos usuários. Indicaram o paciente com risco iminente de morte que a cor vermelha o caracteriza para o atendimento prioritário e imediato. Diante das principais dificuldades na classificação de risco foi apontado como ineficácia de estrutura física adequada, falta de conhecimento da população, bem como a falta de equipamentos básicos necessários para selecionar os pacientes de acordo com suas necessidades. Conclui-se na pesquisa, que treinamento e educação continuada relacionada a classificação de risco, são bases prioritárias para humanizar o atendimento e prestar uma assistência de enfermagem de qualidade.

Palavras-chave: Enfermeiros. Protocolo de Manchester. Serviços de urgência e emergência.

ABSTRACT - Com a superlotação nos serviços de urgência e emergência, ocasionando dificuldades dos enfermeiros para selecionar os pacientes de acordo com o grau de risco, foi criado o sistema de Acolhimento e Classificação de Risco, para que a demanda do público possa ser atendida de maneira prática, hábil e objetiva. O estudo teve como objetivo descrever as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na execução do sistema de acolhimento e classificação de risco no serviço hospitalar. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, com abordagem quantitativa. Foi realizada com 14 (quartoze) enfermeiros do Hospital Distrital de Itaporanga/PB, os quais foram informados quanto aos objetivos da mesma. Foram incluídos os que atuam na assistência direta ao paciente; de cargo efetivo e contratado no serviço; e com mais de 1 (um) ano de atuação no serviço hospitalar. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário, previamente elaborado, contendo perguntas objetivas, subjetivas e



Artigo

não indutivas, as quais permitiram ao informante responder os dados pertinentes ao estudo. Averiguou-se que a maioria dos entrevistados eram mulheres, com idade diversificadas, especialistas e graduadas, entre 4 e mais de 7 anos de atuação no serviço hospitalar, plantonistas dos diversos setores do hospital e grande maioria sem relato de treinamento para atuar na classificação de risco. Demonstraram conhecer o protocolo de Manchester, mas relataram que sua unidade não está organizada em espaços distintos de acordo com o grau de risco dos usuários. Indicaram o paciente com risco iminente de morte que a cor vermelha o caracteriza para o atendimento prioritário e imediato. Diante das principais dificuldades na classificação de risco foi apontado como ineficácia de estrutura física adequada, falta de conhecimento da população, bem como a falta de equipamentos básicos necessários para selecionar os pacientes de acordo com suas necessidades. Conclui-se na pesquisa, que treinamento e educação continuada relacionada a classificação de risco, são bases prioritárias para humanizar o atendimento e prestar uma assistência de enfermagem de qualidade.

Palavras-chave: Enfermeiros. Protocolo de Manchester. Serviços de urgência e emergência.

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo a procura pelos serviços de urgência e emergência nos hospitais tem aumentado, e como consequência a superlotação nestes serviços. Com isso, foi criado o serviço de Atendimento com Acolhimento e Classificação de Risco (AACR), para que a demanda do público que procura o serviço possa ser atendido da melhor maneira, de acordo com a sua necessidade, recebendo desde a triagem uma assistência de saúde com qualidade.

Nos últimos anos os serviços de saúde vêm sofrendo problemas relacionados ao atendimento emergencial. O problema maior é a quantidade de pessoas que querem ser atendidas sem nenhum critério, se não a ordem de chegada, que não é um fator determinante e não leva em consideração a gravidade dos casos subsequentes. É evidente que cada dia mais e mais, as pessoas procuram o serviço de emergência buscando um atendimento eficaz, provocando então uma sobrecarga nos hospitais de



Artigo

emergência tornando-os insuficientes quanto a mão de obra, o espaço físico e os materiais disponíveis (RAMOS et al., 2014).

A Portaria nº 2.048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento às urgências do acolhimento e da Triagem Classificatória de Risco, onde cada usuário deverá ser avaliado por um Enfermeiro e classificado de acordo com sua gravidade. A classificação é feita a partir das queixas, sinais vitais, sintomas, saturação de O₂, escala de dor, glicemia entre outros. Após essa avaliação os pacientes são identificados com pulseiras de cores correspondentes a um dos níveis estabelecido pelo sistema ou um adesivo colorido colado no canto superior direito do boletim de emergência para pronto atendimento ou não. A cor vermelha (emergente) tem atendimento imediato; a laranja (muito urgente) prevê atendimento em dez minutos; o amarelo (urgente), 60 minutos; o verde (pouco urgente), 120 minutos; e o azul (não urgente), 240 minutos (BRASIL, 2009).

O enfermeiro é o acolhedor das pessoas que naquele momento estão necessitando de ajuda, ao examinar, classificar, entender a queixa do paciente com honestidade e compromisso ele se torna o responsável pelo direcionamento das ações em saúde, proporcionando um atendimento de urgência e emergência qualificado (RAMOS et al., 2014).

Uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) prevê a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nos serviços de urgência e emergência com o objetivo de acolher e atender de forma humanizada a demanda de usuários de acordo com a avaliação de risco e também proporcionar melhorias nas condições de trabalho ao abordar a necessidade de discussões sobre ambiência e o cuidado integralizado (BRASIL, 2009).

Conforme Brasil (2009) essa estratégia visa a reorganização dos serviços de urgência e emergência e, também, a priorização e agilidade no atendimento dos usuários que apresentam quadros clínicos mais graves, além de oferecer acesso referenciado aos demais níveis de assistência. Dessa forma, Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco não pode ser desenvolvido isoladamente, é necessária a construção de vínculos entre os serviços que compõe a rede de atenção a saúde, de modo que contribua para maior articulação e resolutividade das ações nessas instituições.

As possibilidades que permeiam o Acolhimento e a Classificação de Risco são várias e tendem sempre a contribuir para uma assistência de qualidade, resgatar a humanização no atendimento ao cliente e proporcionar um atendimento mais seguro,



Artigo

propiciando também aos enfermeiros a autonomia, reconhecimento por sua atuação, tornando-se indispensável no atendimento de urgência (BASÍLIO et al., 2014).

Preocupada com a reorganização do fluxo de pessoas nos Pronto Atendimentos (PA), senti a necessidade de trabalhar a Classificação de Risco, pelo fato das urgências estarem quase sempre lotadas, e pelo atendimento urgente não ser prioritário. Pelo fato de alguns atendimentos serem da competência da atenção básica, norteou-se o seguinte questionamento: o que dificulta a execução da Classificação de Risco nos hospitais?

A importância desse estudo permitirá um aprofundamento neste assunto, objetivando o enfermeiro a executar o sistema de Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) diante de todos os desafios e dificuldades deflagrados ao longo da jornada de trabalho e executá-lo da melhor maneira possível, melhorando o atendimento perante os usuários do serviço, transmitindo qualidade, e garantindo conhecimentos teóricos e práticos no atendimento. Sobretudo, garantindo um maior entendimento dos usuários acerca dos protocolos do sistema de Acolhimento com Classificação de Risco.

MÉTODO

A pesquisa foi descritiva do tipo exploratória, com abordagem quantitativa, uma vez que se fez uso de medidas numéricas para testar as hipóteses e também se examinou aspectos mais profundos e objetivos do tema em estudo. O trabalho foi realizado com enfermeiros do Hospital Distrital Dr. José Gomes da Silva, localizado a Rua Osvaldo Cruz, 183, no bairro Centro, município de Itaporanga – PB.

A população da pesquisa foi composta por 14 enfermeiros plantonistas dos diversos setores do Hospital Distrital Dr. José Gomes da Silva, enquanto que a amostra será compreendida por 100% da população. No estudo, os participantes serão informados quanto aos objetivos do mesmo, bem como será comprometido o sigilo das informações prestadas no ato da entrevista. Após receberem todas as informações sobre os objetivos da pesquisa, os mesmos para participarem, deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

Foram incluídos na pesquisa os enfermeiros que atuam na assistência direta ao paciente do hospital supracitado; os plantonistas da Classificação de Risco e Acolhimento; os de cargo efetivo e contratados do serviço; e os que têm mais de 1 (um) ano de formação. Não foram inclusos no estudo os enfermeiros que desenvolvem



Artigo

apenas ações administrativas no hospital; e os que não estiverem vinculados ao serviço devido licença médica ou maternidade.

O referido instrumento para coleta de dados foi um questionário, contendo perguntas objetivas, subjetivas e não indutivas, composto por duas partes: a primeira apresentará os dados relacionados à caracterização dos participantes e a segunda as informações voltadas as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na execução do Acolhimento com Classificação de Risco, as quais permitirão ao informante responder os dados pertinentes ao estudo.

A obtenção das informações aconteceu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos, onde a coleta de dados só acontecerá mediante a aceitação dos entrevistados em participar da pesquisa, que foram entrevistados em tempo estimado de aproximadamente 20 minutos, em local tranquilo, no próprio local de trabalho, onde haverá explicação acerca da pesquisa, assegurando os esclarecimentos necessários para o adequado consentimento e de possíveis dúvidas referentes à linguagem/nomeclatura utilizada no questionário. Também foi realizado, antes do início da coleta de dados, a leitura do TCLE, deixando livre a decisão dos mesmos (as) em participarem ou não da pesquisa, podendo ainda, desistirem em qualquer fase do estudo. Os dados foram coletados no período de Fevereiro e Março de 2017. Os dados quantitativos foram analisados através de estatística descritiva e da fala dos enfermeiros através da análise do conteúdo relatado, sendo discutidos com base na literatura referente ao tema. Foram submetidos à análise estatística simples e disponibilizados através de tabelas e/ou gráficos, com auxílio do programa Excel Office 2010, onde serão analisados estatisticamente no período acima descrito.

O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos através do CAAE: 63109516.0.0000.5181 e Protocolo nº 1.978.958, no qual obteve o consentimento legal na realização da pesquisa à luz dos princípios éticos. A pesquisa foi realizada com autorização do Hospital Distrital Dr. José Gomes da Silva, em Itaporanga – PB, seguindo rigorosamente as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tabela 1 – Dados sócio-demográficos da amostra (N=14).

Dados sócio-demográficos da amostra	Especificações	Frequência (f)	Porcentagem (%)
Gênero	Masculino	13	93
	Feminino	01	07
Faixa etária	20 – 25 anos	02	29
	26 – 30 anos	06	43
	31 – 35 anos	01	07
	36 – 40 anos	01	07
	Mais de 40 anos	04	14
Qualificação profissional	Mestre	01	04
	Especialista	10	40
	Graduado	03	56
Tempo de atuação no serviço hospitalar	Entre 1 – 3 anos	04	28
	Entre 4 – 7 anos	05	36
	Mais de 7 anos	05	36
Horas trabalhadas semanal	24 horas	03	21
	36 horas	05	36
	48 horas	06	43
Turno de trabalho	Apenas diurno	1	07
	Apenas noturno	1	07
	Diurno / Noturno	12	86
TOTAL	-	13	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Conforme a Tabela 1, que expressa os dados sócio-demográficos da amostra, observa-se que a maioria dos enfermeiros são do gênero feminino com 93% (13), e apenas 7% (1) pertence ao gênero masculino. De acordo com Basilio et al (2014), no setor de acolhimento e classificação de risco trabalham mais pessoas do sexo feminino do que o masculino. Ressalta-se o grande papel da mulher na história da enfermagem e atualmente no disputado mercado de trabalho.



Artigo

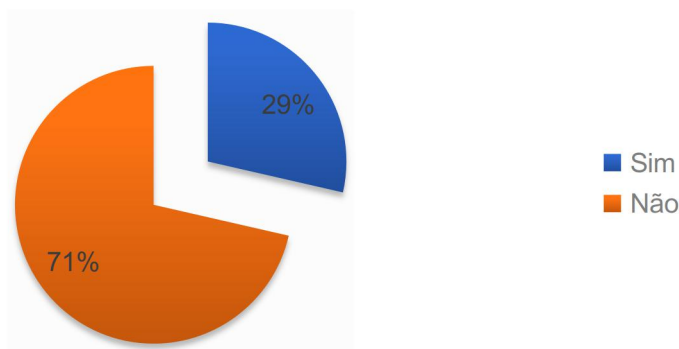
Quanto à faixa etária, nota-se que entre 20 e 25 anos 29% (2) são enfermeiros, entre 26 e 30 anos 43% (6), entre 31 e 35 anos 7% (1), entre 36 e 40 anos 7% (1), e com mais de 40 14% (4) anos de idade. Quanto à qualificação profissional observou-se que 4% (1) são mestres, 40% (10) são especialistas e 56% (14) possuem apenas curso de graduação.

Faixa-etária predominante de 20 a 30 anos (VIANA, A. L. N., et al., 2016).

Conforme o tempo de atuação dos profissionais na assistência hospitalar nota-se que 28% (4) entre 1 e 3 anos, 36% (5) tem entre 4 e 7 anos, e 36% (5) mais de 7 anos de experiência.

A esses profissionais foi perguntado as horas trabalhadas semanalmente, constatou-se que 21% (3) trabalham 24 horas, 36% (5) trabalham 36 horas, e 43% (6) trabalham 48 horas semanais. O turno de trabalho, apenas Diurno 7% (1), apenas Noturno 7% (1), e Diurno/Noturno 86% (12), totalizando 14 enfermeiros e 100% da amostra.

Figura 1 – Caracterização da amostra conforme o questionamento: Já recebeu treinamento para atuar na Classificação de Risco (N=14).



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

De acordo com os dados presentes na Figura 1, notou-se que 71% (10) dos entrevistados afirmou que não recebeu treinamento para atuar na classificação de risco e 29% (4) afirmou ter recebido treinamento.



Artigo

A falta de capacitação dos enfermeiros junto ao setor público ocasiona dificuldades no atendimento e fragmentação aos usuários do serviço.

Segundo (VIANA, G.M.C, 2014) o enfermeiro deve passar por treinamentos e cursos para capacitá-lo acerca dos protocolos adotados e da realidade e nível de complexidade do serviço em que atua.

Ressalta-se a necessidade de estratégias de ações importantes e motivadoras que levem a uma capacitação pedagógica dos enfermeiros que atuam na Classificação de Risco interna e externa. Observa-se ser eficiente como meta prioritária neste enfoque a classificação de risco como ferramenta de gestão escolhida para superar o desafio de diminuir a superlotação do serviço de emergência hospitalar. Contudo, esta precisa estar conectada com um conjunto de arranjos, dispositivos e outras ferramentas com soluções e intervenções efetivas para melhoria do atendimento nas emergências, diminuição da demanda e tendo as pessoas mais satisfeitas com os serviços de saúde. O despreparo das equipes para realizar a classificação de risco dentro das unidades hospitalares, também é visto como um grande entrave. (LOURDES, M.S, 2014).

De acordo com (SANTANA, E. S. D, 2014) há uma grande necessidade de avanço na capacitação e reflexão contínua, de forma a aprimorar e incentivar a padronização de condutas dos profissionais enfermeiros e planejamento nas ações que visem ao aumento da satisfação de ambas as partes.

O padrão de qualidade no atendimento, se dá diante do conhecimento teórico e prático da classificação de risco, inserindo portanto, que o conhecimento, capacitação e treinamentos contínuos são primordiais para uma classificação correta.

O fato de não haver qualidade de atendimento e reavaliação dos usuários justifica e enfatiza a necessidade de treinamentos contínuos para os profissionais envolvidos no acolhimento e classificação de risco (BELLUCCI, et al, 2015).

A capacitação dos enfermeiros para atuar na classificação de risco é fundamental para produzir efeitos positivos na saúde dos usuários.

Uma equipe treinada garante atendimento adequado, produzindo respostas de acordo com os objetivos traçados e direitos para os que mais necessitarem (ABREU, M. S, 2014).

O enfermeiro torna-se o profissional com capacidade técnica e científica para selecionar os usuários e atuar na classificação de risco de acordo com sua competência.

O enfermeiro é o acolhedor das pessoas que naquele momento estão necessitando de ajuda, ao examinar, classificar, entender a queixa do paciente com



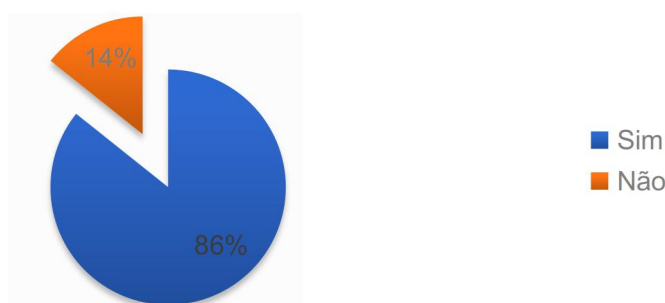
Artigo

honestidade e compromisso ele se torna o responsável pelo direcionamento das ações em saúde, proporcionando um atendimento de urgência e emergência qualificado (RAMOS, A. P. et al., 2014).

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de Atendimento às urgências do acolhimento e da Triagem Classificatória de Risco, onde cada usuário deve ser avaliado por um Enfermeiro e será classificado de acordo com a gravidade (BRASIL, 2009).

A implantação do acolhimento e classificação de risco proporciona maior agilidade no atendimento de pacientes com quadro clínico grave, como risco de morte, ao capacitar profissionais a identificar sinais e sintomas que indicam situações de urgência e emergência e que precisam ser priorizadas (FROTA, N. G., et al (2014).

Figura 2 – Caracterização da amostra conforme o questionamento: Conhece o Protocolo de Manchester? (N=14).



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A Figura 2 mostra que 86% (12) dos profissionais enfermeiros conhecem o Protocolo de Manchester e 14% (2) não o conhece.

A classificação é feita a partir das queixas, sinais, sintomas, sinais vitais, saturação de O₂, escala de dor, glicemia entre outros. Após essa avaliação os pacientes são identificados com pulseiras de cores correspondentes a um dos níveis estabelecido pelo sistema ou um adesivo colorido colado no canto superior direito do boletim de emergência para pronto atendimento ou não. A cor vermelha (emergente) tem atendimento imediato; a laranja (muito urgente) prevê atendimento em dez minutos; o



Artigo

amarelo (urgente), 60 minutos; o verde (pouco urgente), 120 minutos; e o azul (não urgente), 240 minutos (BRASIL, 2009).

A importância do conhecimento técnico-científico do enfermeiro para determinar a prioridade do atendimento e ainda confere autonomia profissional, além da contribuição e visibilidade social que esta atividade proporciona a Enfermagem, como uma profissão fundamentada nas ciências (RAMOS, A. P, et al., 2014).

A classificação dos pacientes deve ser feita de acordo com o grau de risco identificado pelo enfermeiro classificador usando preferencialmente cores ao invés de números e sua classificação deve ser registrada na ficha de atendimento e não no corpo do paciente, uma vez que pode mudar a qualquer momento em função de alterações no seu estado clínico. As cores determinam o risco que o paciente apresenta enquanto aguarda o atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O conhecimento do protocolo de Manchester faz com que enfermeiros façam o encaminhamento responsável do paciente, para as áreas corretas.

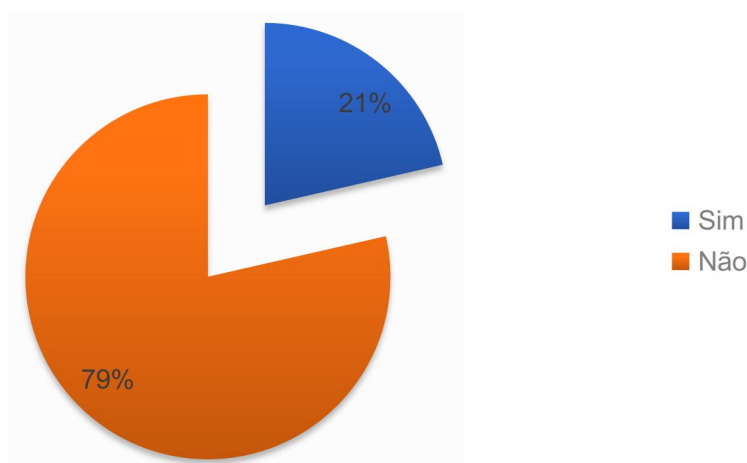
Ressalta-se que o uso do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco visa identificar os usuários que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato, com priorização do atendimento de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada (NUNES, L. C. R., 2014).

O sistema de Manchester estabeleceu 52 problemas pertinentes à triagem, e deve ser realizado com base em uma anamnese e avaliação clínica criteriosas para que a classificação seja bem sucedida (VIANA, G. M. C., 2014).



Artigo

Figura 3 – Caracterização da amostra conforme o questionamento: Sua unidade está organizada em espaços distintos de acordo com o grau de risco dos usuários? (N=14).



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

De acordo com os dados da Figura 3, 79% (11) relataram que a unidade não está separada de acordo com o grau de risco do paciente e 21% (3) relataram que sim está separada com espaços distintos.

Organização física para o desenvolvimento do acolhimento com classificação de risco é inadequada. Isso dificulta diversos pontos considerados importantes ao se tratar de uma questão que envolve profissional e usuário, como por exemplo, a questão da privacidade e a possibilidade do paciente sentir-se à vontade para expressar todos os seus sentimentos. Não dispondo de sala específica e das estruturas adicionais necessárias. A inexistência de áreas específicas para cada tipo de atendimento classificado e o pequeno espaço físico dificulta a organização (VIANA, A. L. N. et al., 2016).

De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009) a organização dos espaços em pelo menos dois eixos: o *vermelho*, para pacientes graves com risco de morte, e o *azul*, para pacientes que não se apresentam como graves, mas que procuram o



Artigo

atendimento de urgência. Cada eixo é composto por diferentes áreas, conforme a condição clínica do paciente e tipos de processos de trabalhos desenvolvidos.

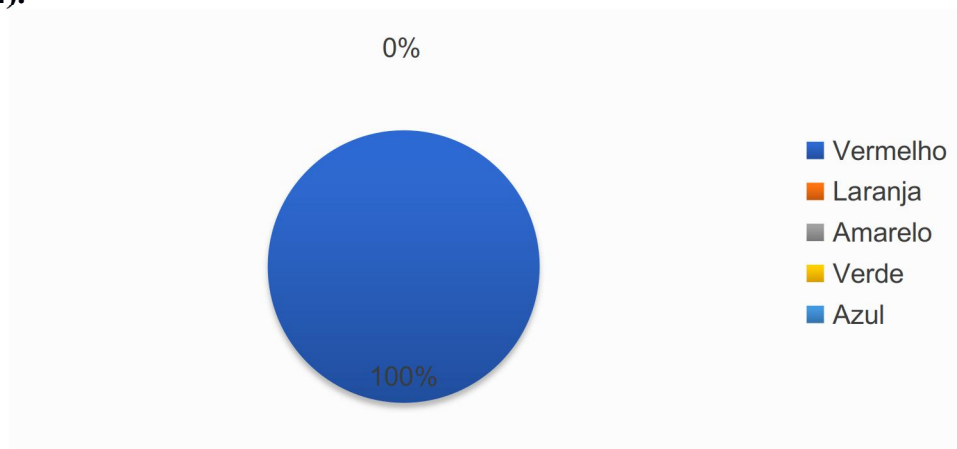
A classificação de risco de um usuário é feita concomitantemente a de outro, no mesmo espaço físico, negligenciando seu direito à privacidade (BORGES, K. C., 2015).

A área física deve possibilitar a visão dos que esperam pelo atendimento (NUNES, L. C. R., 2014).

A realização da anamnese do paciente, é feita no mesmo ambiente físico que as outras pessoas. Não existe sala específica para uma escuta adequada entre enfermeiro e paciente.

É importante que o enfermeiro tenha um espaço adequado para a realização da entrevista e exame clínico do cliente (VIANA, G. M. C., 2014).

Figura 4 – Caracterização da amostra conforme o questionamento: Indique qual das cores caracteriza o atendimento imediato à vítima com risco iminente de morte (N=14).



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

De acordo com a figura 4, 100% (14) dos enfermeiros entrevistados afirmaram que a cor que caracteriza o atendimento imediato a vítima com risco iminente de morte é a cor Vermelha.

Pacientes com cardiopatias graves, suspeita de infarto, acidentes vasculares encefálicos, com instabilidade hemodinâmica, vítimas de grandes traumas, dentre



Artigo

outros, demandam um atendimento imediato. Para isso, o profissional deve possuir um raciocínio crítico e reflexivo e capacidade para a tomada de decisão imediata (VIANA, A.L.N., et al., 2016).

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) cor VERMELHA prioridade zero, pacientes graves.

COR VERMELHO: prioridades 1- Condições em que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deteriorização do quadro clínico que ameaçam à vida Ressuscitação/Emergência (NUNES, L. C. R., 2014).

Quadro 1 – Caracterização da amostra conforme as dificuldades enfrentadas na execução da Classificação de Risco.

Questionamentos	Discurso dos Sujeitos
<p>Quais as principais dificuldades enfrentadas na execução da Classificação de Risco no seu serviço? O que contribui para não sair conforme as exigências do Protocolo de Manchester?</p>	<p><i>“Estrutura física”... (8 sujeitos); “Desconhecimento da população”... (5 sujeitos); “Política”... (1 sujeito); “Falta de material”... (2 sujeitos); “Privacidade na entrevista com os pacientes”... (1 sujeito); “Não tenho dificuldade”... (1 sujeito); “Porteiro coloca primeiro os pacientes não urgentes”... (1 sujeito); “Seguir a ordem de classificação”... (1 sujeito); “Não há condições de trabalho”... (1 sujeito); “Falta de treinamento com a equipe de enfermagem, porteiros e recepcionistas”... (3 sujeitos); “Grande demanda das cidades vizinhas”... (1 sujeito); “Clientes mentindo sobre a sua condição atual”... (1 sujeito); “Falta de conhecimento de funcionários”... (1 sujeito); “Falta de funcionários para auxiliar (técnicos de enfermagem)”... (1 sujeito); e “Não respeitam as cores”... (2 sujeitos).</i></p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Analisando os dados da Figura 4, observou-se que 30% (20) dos profissionais aplicam entre 80 e 100 compressões por minuto, 2% (1) responderam de 90 a 110, 61%



Artigo

(41) de 100 a 120, 3% (2) responderam que a frequência é de 80 a 120 compressões, e 4% (3) é de 100 a 150 compressões por minuto.

O número de compressões inadequadas influencia negativamente no prognóstico do paciente. Conforme os dados descritos, observou-se que a maioria dos profissionais informou realizar a quantidade adequada de compressões na vítima após a instalação de uma via aérea definitiva. Em vítimas de PCR adultas, o correto é que os socorristas apliquem compressões torácicas a uma frequência de 100 a 120 massagens por minuto (AHA, 2015).

Em concordância com Pereira et al. (2015) fica evidente a necessidade de cursos de capacitação e atualização para enfermeiros, principalmente em relação ao Suporte Básico e Avançado de Vida, para que esses profissionais tenham melhor conhecimento teórico e, conseqüentemente, melhor desempenho de suas atividades, além de contribuir para a maior sobrevivência dos pacientes vítimas de PCR.

Quadro 2 – Caracterização da amostra conforme os equipamentos/insumos disponíveis para selecionar os pacientes.

Questionamentos	Discurso dos Sujeitos
Quais equipamentos/insumos são utilizados para selecionar os pacientes?	<p>“Termômetro”... (9 sujeitos); “Glicosímetro”... (4 sujeitos); “Tensiómetro com estetoscópio”... (10 sujeitos); “Oxímetro”... (3 sujeitos); “Balança”... (3 sujeitos); “Caneta otoscópio”... (1 sujeito); “Monitor”... (1 sujeito); e “Não tem material”... (1 sujeito).</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Analisando os dados da Figura 4, observou-se que 30% (20) dos profissionais aplicam entre 80 e 100 compressões por minuto, 2% (1) responderam de 90 a 110, 61% (41) de 100 a 120, 3% (2) responderam que a frequência é de 80 a 120 compressões, e 4% (3) é de 100 a 150 compressões por minuto.

O número de compressões inadequadas influencia negativamente no prognóstico do paciente. Conforme os dados descritos, observou-se que a maioria dos profissionais informou realizar a quantidade adequada de compressões na vítima após a instalação de



Artigo

uma via aérea definitiva. Em vítimas de PCR adultas, o correto é que os socorristas apliquem compressões torácicas a uma frequência de 100 a 120 massagens por minuto (AHA, 2015).

Em concordância com Pereira et al. (2015) fica evidente a necessidade de cursos de capacitação e atualização para enfermeiros, principalmente em relação ao Suporte Básico e Avançado de Vida, para que esses profissionais tenham melhor conhecimento teórico e, conseqüentemente, melhor desempenho de suas atividades, além de contribuir para a maior sobrevivência dos pacientes vítimas de PCR.

Quadro 3 – Caracterização da amostra conforme as orientações repassadas para os casos não urgentes.

Questionamentos	Discurso dos Sujeitos
Quais orientações você repassa para os usuários que foram classificados como não-urgentes ou de atendimento não prioritário?	<i>“Procure o PSF”... (7 sujeitos); “Atendimento de preferencia é urgência e emergência”... (5 sujeitos); “Explico como funciona a classificação de risco”... (4 sujeitos); “Atendimento de preferencia é urgência e emergência, tem que aguardar”... (5 sujeitos); e “O não compreender da população dos mecanismos utilizados”... (1 sujeito).</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Analisando os dados da Figura 4, observou-se que 30% (20) dos profissionais aplicam entre 80 e 100 compressões por minuto, 2% (1) responderam de 90 a 110, 61% (41) de 100 a 120, 3% (2) responderam que a frequência é de 80 a 120 compressões, e 4% (3) é de 100 a 150 compressões por minuto.

O número de compressões inadequadas influencia negativamente no prognóstico do paciente. Conforme os dados descritos, observou-se que a maioria dos profissionais informou realizar a quantidade adequada de compressões na vítima após a instalação de uma via aérea definitiva. Em vítimas de PCR adultas, o correto é que os socorristas apliquem compressões torácicas a uma frequência de 100 a 120 massagens por minuto (AHA, 2015).



Artigo

Em concordância com Pereira et al. (2015) fica evidente a necessidade de cursos de capacitação e atualização para enfermeiros, principalmente em relação ao Suporte Básico e Avançado de Vida, para que esses profissionais tenham melhor conhecimento teórico e, conseqüentemente, melhor desempenho de suas atividades, além de contribuir para a maior sobrevivência dos pacientes vítimas de PCR.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser a PCR um evento que envolve frequentemente pacientes hospitalizados é necessário que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, estejam atualizados e preparados para tomada de decisões frente às particularidades de cada paciente, entre elas, a de saber o momento adequado para iniciar e principalmente interromper as manobras de RCP.

Com fundamento nos resultados alcançados, observou-se que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino, com idade variando entre 31 e 35 anos, especialistas, com mais de 4 anos de formação e 3 anos de atuação no serviço hospitalar, plantonistas da clínica médica/cirúrgica, e sem relato de treinamento anual.

Pôde-se perceber que um grande número de enfermeiros desconhece o primeiro elo da cadeia de sobrevivência intra-hospitalar sugerida pela AHA, algo de extrema importância e necessidade dentro do serviço hospitalar, percebendo-se um despreparo da equipe que urge por cursos de capacitação e atualização.

Demonstraram saber o momento exato de se iniciar as manobras de RCP, informando que as aplicariam imediatamente, assim como expressaram ser conhecedores da relação entre compressão/ventilação ao referir 30 compressões para 2 ventilações. Descreveram ainda a conduta correta no que diz respeito à quantidade de compressões aplicadas nas vítimas de PCR após a instalação de uma via aérea definitiva, expressando o número de compressões entre 100 e 120 por minuto, em pacientes com tubo orotraqueal.

Observou-se que os enfermeiros não aplicariam a RCP em situações na qual a vítima apresentasse rigidez cadavérica, estado de decomposição, esmagamento de crânio e tórax, ou relato de PCR a mais de 20 minutos. Diante de condições na qual a equipe pode opinar pela não realização da RCP, os enfermeiros tornaram evidente que não se preocupam em analisar a situação ética que cada paciente se encontra, relatando



Artigo

não aplicar RCP no estado vegetativo, em pacientes terminais ou crônicos, convergindo com as atualizações e diretrizes da AHA, que são sempre a favor da vida, e não orientam um momento certo ou ideal para se interromper a RCP, apenas orienta finalizar o protocolo na presença de Assistolia.

Concluem que o referido momento de se interromper o protocolo é determinado de maneira pessoal e ética, ou seja, pela individualidade de cada situação. Dessa forma, espera-se que o presente estudo contribua para a formação dos enfermeiros assistencialistas e que sirva de pesquisa para acadêmicos e profissionais de saúde, sendo imprescindível que outros estudos nessa mesma perspectiva sejam feitos, na intenção de melhorar a qualidade do serviço prestado a pessoas em PCR.

