

Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico 5

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)



Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico 5

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)



2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Geraldo Alves

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
 Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
 Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
 Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
 Prof^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
 Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
 Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^a Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Prof^a Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Prof^a Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

E56 Enfermagem moderna [recurso eletrônico] : bases de rigor técnico e científico 5 / Organizadora Isabelle Cordeiro De Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2020. – (Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico; v. 5)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-930-1

DOI 10.22533/at.ed.301201701

1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermeiros – Prática.
3. Saúde – Brasil. I. Sombra, Isabelle Cordeiro De Nojosa. II. Série.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico 5*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 19 capítulos, o volume I aborda diferentes aspectos relacionados à atuação da enfermagem e os múltiplos saberes em saúde.

Os estudos realizados trazem evidências científicas que contribuem para o melhor entendimento acerca da atuação do profissional de enfermagem nos mais diversos setores e práticas. Assim as publicações envolvem pesquisas nas áreas de oncologia, nefrologia, saúde da mulher, doenças crônicas, além de estudos que abordam a importância do profissional de enfermagem no contexto das práticas educativas, na formação profissional, educação permanente e promoção da saúde.

Portanto, este volume I é dedicado inicialmente enfermeiros e demais profissionais atuantes na assistência, docentes da área e discentes, e ao público usuário dos serviços de saúde, no tocante ao desenvolvimento de práticas de promoção da saúde.

Ademais, esperamos que este livro amplie os conhecimentos dos atuantes da prática de enfermagem, desde uma vertente formadora, até a prática assistencial, objetivando cada vez mais a qualidade da assistência nos serviços de saúde e na formação profissional. Esperamos também que a obra possa fortalecer e estimular as práticas educativas pelos profissionais da área, disseminando a promoção da saúde, e fortalecendo a prática clínica de enfermagem e das demais profissões que possuem o cuidado como essência.

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO E SUAS COMPLICAÇÕES	
Keila do Carmo Neves Marla Cristina Oliveira da Silva Wanderson Alves Ribeiro Bruna Porath Azevedo Fassarela Ana Carolina Mendes Benevenuto Maia Julyana Gall da Silva Nátale Carvalho de Souza Lugão Bruna Tavares Uchoa dos Santos Albert Lengruber de Azevedo Andrea Stella Barbosa Lacerda Juliana Rosa Dias Julia Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.3012017011	
CAPÍTULO 2	12
A SISTÊMICA FAMILIAR NO CUIDADO DE ENFERMAGEM CENTRADO NA FAMÍLIA IMPACTO DE UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO	
Carolina Miguel Henriques Tânia Fernanda Mesquita da Silva Jordão	
DOI 10.22533/at.ed.3012017012	
CAPÍTULO 3	23
ASPECTOS DE ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA	
Monyka Brito Lima dos Santos Marilene Silva Alves Maria Santana Soares Barboza Clenny Rejane Costa Simão Tatiana Monteiro Coutinho Jayra Adrianna da Silva Sousa Jainara Maria Vieira Galvão José Martins Coêlho Neto Joanne Thalita Pereira Silva Elisá Victória Silva e Silva Elinete Nogueira de Jesus Luciana Karinne Monteiro Coutinho	
DOI 10.22533/at.ed.3012017013	
CAPÍTULO 4	32
COMPARTILHAMENTO DE SABERES E PRÁTICAS SOBRE MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS NA DOENÇA RENAL CRÔNICA: OBSERVAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	
Keila do Carmo Neves Maria Luiza de Oliveira Teixeira Elen Martins da Silva Castelo Branco Cristina Lavoyer Escudeiro Silvia Teresa Carvalho de Araújo Wanderson Alves Ribeiro	

Bruna Porath Azevedo Fassarela
Julyana Gall da Silva
Lengruber de Azevedo
Andrea Stella Barbosa Lacerda
Juliana Rosa Dias
Marla Cristina Oliveira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.3012017014

CAPÍTULO 5 43

**EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS ACERCA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO
PACIENTE RENAL CRÔNICO EM HEMODIÁLISE**

Valéria Antônia de Lima
Chennyfer Dobbins Abi Rached
Viviane Peixoto dos Santos Pennafort
Vanisse Kalyne de Medeiros
Jone Bezerra Lopes Júnior
Maria das Graças de Araújo Silva
Fernanda Karla Santos da Silva Dantas
Samira Sales dos Santos
Fabiano Gomes da Silva

DOI 10.22533/at.ed.3012017015

CAPÍTULO 6 56

**EVIDÊNCIAS E REPERCUSSÕES DOS FATORES ESTRESSORES NA EQUIPE DE
ENFERMAGEM QUE ATUA EM UNIDADE DIALÍTICA**

Wanderson Alves Ribeiro
Bruna Porath Azevedo Fassarella
Keila do Carmo Neves
Ana Lúcia Naves Alves
Larissa Meirelles de Moura
Raimunda Farias Torres Costa
Juliana de Lima Gomes
Roberta Gomes Santos Oliveira
Andreia de Jesus Santos
Priscila Antunes Figueiredo da Silva Costa
Júlia Ferreira
Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto Maia

DOI 10.22533/at.ed.3012017016

CAPÍTULO 7 68

**FATORES CONTRIBUINTES PARA A LESÃO POR PRESSÃO E O CUIDADO DE
ENFERMAGEM**

Allan Corrêa Xavier
Cassia Amorim Rodrigues Araújo
Melorie Marano de Souza
Sabrina da Costa Machado Duarte
Priscilla Valladares Broca
Aline Miranda da Fonseca Marins
Alexandra Schmitt Rasche

DOI 10.22533/at.ed.3012017017

CAPÍTULO 8 81

FORMAÇÃO E DESAFIOS DA DOCÊNCIA EM ENFERMAGEM: REVISÃO DE LITERATURA

Hayla Nunes Da Conceição
Francielle Borba dos Santos
Brenda Rocha Sousa
Elisá Victória Silva e Silva
Maria Vitória Costa de Sousa
Monyka Brito Lima dos Santos
Vitor Emanuel Sousa da Silva
Joaffson Felipe Costa Dos Santos
Haylla Simone Almeida Pacheco
E'lide Karine Pereira da Silva
Rosângela Nunes Almeida
Rivaldo Lira Filho

DOI 10.22533/at.ed.3012017018

CAPÍTULO 9 90

INTERNAÇÕES EM CRIANÇAS POR ALTERAÇÕES NA PRESSÃO ARTERIAL NO BRASIL E MATO GROSSO

Marlene da Conceição Silva Meira
Adriana Riba de Neira Rodrigues
Ana Karla Pereira Viegas
Juliana Carol Braga Aponte
Marcelo Rocha Meira
Nagianny Aparecida Gomes Curvo
Shaiana Vilella Hartwig
Thulio Santos Mota

DOI 10.22533/at.ed.3012017019

CAPÍTULO 10 93

METODOLOGIAS ATIVAS NA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS ENTRE ADOLESCENTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernanda Alves Barbosa
Thaís Lima Ferreira
Keitty Munique Silva
Geovana dos Santos Vianna
Laís Souza dos Santos Farias
Clícia Souza de Almeida Cruz
Bruna Moura Silva
Ana Maria Dourado Lavinsky Fontes

DOI 10.22533/at.ed.30120170110

CAPÍTULO 11 104

LIDERANÇA EM ENFERMAGEM E AS CONTRIBUIÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Cassia Amorim Rodrigues Araújo
Allan Corrêa Xavier
Melorie Marano de Souza
Sabrina da Costa Machado Duarte
Priscilla Valladares Broca
Aline Miranda da Fonseca Marins
Alexandra Schmitt Rasche

DOI 10.22533/at.ed.30120170111

CAPÍTULO 12 117

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRURGICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Aryany Harf de Sousa Santos
Mariangela Francisca Sampaio Araújo
William Gomes Silva

DOI 10.22533/at.ed.30120170112

CAPÍTULO 13 129

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE ESTRESSORES LABORAIS: REALIDADE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Carolina Falcão Ximenes
Mileny Rodrigues Silva
Magda Ribeiro de Castro
Maria Edla de Oliveira Bringente

DOI 10.22533/at.ed.30120170113

CAPÍTULO 14 142

PREPARO DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS PARA ADULTOS HOSPITALIZADOS: DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Cristina Oliveira da Costa
Érica Oliveira Matias
Eva Anny Wélly de Souza Brito
Francisca Elisângela Teixeira Lima
Igor de Freitas
Ires Lopes Custódio
Izabel Cristina de Souza
Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval
Maira Di Ciero Miranda
Rafaela de Oliveira Mota
Sabrina de Souza Gurgel
Thais Lima Vieira de Souza

DOI 10.22533/at.ed.30120170114

CAPÍTULO 15 151

PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM ACERCA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA EMERGÊNCIA NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS

Francisco José do Nascimento Júnior
Antonia Edilene Correia de Sousa
Álvaro Farias Nepomuceno Carneiro
Andrea Luiza Ferreira Matias
Amanda Silva de Araújo
Cristianne Kércia da Silva Barro
Francisca Fernanda Alves Pinheiro
Herlenia da Penha Oliveira Cavalcante
Ismênia Maria Marques Moreira
Maria Jacinilda Rodrigues Pereira
Sâmia Karina Pereira
Silvânia Moreira de Abreu Façanha

DOI 10.22533/at.ed.30120170115

CAPÍTULO 16 165

PROTAGONISMO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PACIENTE ONCOLÓGICO: UM OLHAR REFLEXIVO

Wanderson Alves Ribeiro
Bruna Porath Azevedo Fassarella
Keila do Carmo Neves
Ana Lúcia Naves Alves
Larissa Meirelles de Moura
Raimunda Farias Torres Costa
Juliana de Lima Gomes
Roberta Gomes Santos Oliveira
Andreia de Jesus Santos
Priscila Antunes Figueiredo da Silva Costa
Júlia Ferreira
Ana Carolina Mendes Soares Benevenuto Maia

DOI 10.22533/at.ed.30120170116

CAPÍTULO 17 178

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: VIVÊNCIAS EM SAÚDE DA MULHER

Beatriz dos Santos Andrade
Cátia Luiza da Silva Barbosa
Giselle Adryane da Silva Jesus
João Luis Almeida da Silva
Karina Cerqueira Soares
Láine De Souza Matos
Mateus Oliveira Alves
Rafaella dos Santos Lima
Susane Mota da Cruz
Taã Pereira da Cruz Santos
Thaís Lima Ferreira
Vivian Andrade Gundim

DOI 10.22533/at.ed.30120170117

CAPÍTULO 18 185

MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA O ALÍVIO DA DOR NO PARTO

Rafael Mondego Fontenele
David Ruan Brito França
Josieli Ribeiro Machado Maciel
Juliana Bezerra Monteiro de Brito
Hariane Freitas Rocha Almeida
Walter Oliveira Gama Junior

DOI 10.22533/at.ed.30120170118

CAPÍTULO 19 195

HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL NA AMAZÔNIA

Carla Emanuela Xavier Silva
Hiago Rafael Lima da Silva
Vilma Maria da Costa Brito
Ediane de Andrade Ferreira
Nadia Cecília Barros Tostes
Larissa de Magalhães Doebeli Matias
Rubens Alex de Oliveira Menezes

DOI 10.22533/at.ed.30120170119

SOBRE A ORGANIZADORA.....	202
ÍNDICE REMISSIVO	203

PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM ACERCA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA EMERGÊNCIA NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS

Data de aceite: 18/12/2019

Francisco José do Nascimento Júnior

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO), Especialista em Enfermagem Urgência e Emergência (FACULDADE UNYLEYA), Especialista em Enfermagem Clínica Médica e Centro Cirúrgico (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICRISTHUS), MBA em Gestão em Saúde e Administração Hospitalar (CENTRO UNIVERSITÁRIO ESTÁCIO) e Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Fortaleza –Ceará

Antonia Edilene Correia de Sousa

Graduação em Pedagogia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e Graduação em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO) – Fortaleza – Ceará

Álvaro Farias Nepomuceno Carneiro

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza – Ceará

Andrea Luiza Ferreira Matias

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Estácio - Fortaleza – Ceará

Amanda Silva de Araújo

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) – Fortaleza – Ceará

Cristianne Kércia da Silva Barro

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) – Fortaleza – Ceará

Francisca Fernanda Alves Pinheiro

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF) e Mestre em Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) Fortaleza Ceará.

Herlenia da Penha Oliveira Cavalcante

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) - Fortaleza – Ceará

Ismênia Maria Marques Moreira

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza – Ceará

Maria Jacinilda Rodrigues Pereira

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Mauricio de Nassau e Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ)

Sâmia Karina Pereira

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO) - Fortaleza – Ceará

Silvânia Moreira de Abreu Façanha

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO) e Mestre do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará – UECE - Fortaleza – Ceará

RESUMO: Introdução: A classificação de risco é um dispositivo da Política Nacional Humanização (PNH), que viabiliza o atendimento por critério de gravidade. Dentro desse contexto foi implementado o protocolo de Manchester, que após uma triagem baseada nos sintomas classifica os doentes por cores. **Objetivo:** Analisar as produções científicas de enfermagem acerca da classificação de risco nos últimos cinco anos com ênfase na enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, por meio de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. Realizado na Biblioteca Virtual em Saúde, no período de setembro e outubro de 2017. Tendo como critério de inclusão: artigos revisados em pares, em língua portuguesa, na íntegra e gratuitos, sendo publicados por enfermeiros nos últimos cinco anos, dentro dessa temática com os descritores: Acolhimento, Enfermagem, Emergência. **Resultados:** Foram encontrados 127 artigos e após os critérios estabelecidos, resultou em 05 artigos para análise minuciosa e comparação por meio de tabelas. Essa análise caracterizou três categorias que foram discutidas. **Considerações Finais:** O acolhimento na classificação de risco utilizando o protocolo de Manchester pode salvar vidas, mas para isso precisa de um enfermeiro qualificado. Também evidenciou-se a necessidade de mais produção científica na área de enfermagem sobre o tema.

SCIENTIFIC NURSING PRODUCTION ABOUT EMERGENCY RISK CLASSIFICATION IN THE LAST FIVE YEARS

ABSTRACT: Introduction: The classification of risk is a device of the National Humanization Policy (HNP), which allows to meet the criterion of gravity. In this context, the Manchester protocol was implemented, which, after classification based on symptoms, classifies patients by color. **Objective:** To analyze the production of scientific nursing on the classification of risk in the last five years with emphasis on nursing. **Methodology:** this is an integrative review of the literature, through a qualitative exploratory approach. Realized in the Virtual Health Library, in the period of September and October of 2017. Having as inclusion criterion: articles reviewed in pairs, in Portuguese, complete and free, being published by nurses in the last five years, within this theme with the descriptors: nursing, nursing, emergency. **Results:** We found 127 articles and, after the established criteria, resulted in 05 articles for detailed analysis and comparison by means of tables. This analysis characterized three categories that were discussed. **Final Considerations:** Accepting the risk rating using the Manchester protocol can save lives, but for this you need a qualified nurse. In addition, it was evidenced the need for greater scientific production in the nursing area on the subject.

INTRODUÇÃO

As unidades de emergência são serviços geralmente existentes em hospitais de médio ou grande porte, nos quais são recebidos pacientes em situações de urgência e emergência, graves, potencialmente graves, que necessitam de recursos

tecnológicos e humanos especializados e preparados para o seu atendimento e a sua recuperação.

Esses serviços têm por característica uma alta rotatividade de pessoas, e foi criada para prestar atendimento imediato a pacientes com agravo à saúde, a fim de oferecer serviços de alta complexidade e diversidade para atender a essa demanda e garantir todas as manobras de sustentação à vida, com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado (SANTOS, 2010).

Entretanto, grande parte da população não tem acesso regular a um serviço de saúde, contribuindo para condições inadequadas de vida e a utilização caótica dos Serviços de Emergência (SE), seja para atendimentos relacionados a doenças crônicas ou situações em que pouco se tem a fazer. Ainda com relação a esse aspecto, a falta de leitos para internação na rede pública e o aumento da longevidade da população resultam na lotação dos SE e nas inúmeras dificuldades para o atendimento.

Nesse contexto, a enfermagem vem atuar na “indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho”, fortalecendo a ideia de integralidade na assistência do indivíduo, tentando amenizar a dificuldade de acesso dos usuários e proporcionando uma boa recepção ao serviço de saúde.

Diante disso, a humanização em SE deve fazer parte de um grande processo dentro de uma instituição. É uma filosofia de trabalho que tem que estar alinhada com as crenças e com os valores do hospital, principalmente porque será o diferencial do atendimento (BRASIL, 2004).

Para organizar o atendimento nos serviços de emergências e dar o destino correto aos usuários, uma das ações da política nacional de humanização e do QUALISUS, inclui a implementação nos hospitais e acolhimento e triagem classificatória de pacientes, priorizando o atendimento de acordo com a gravidade do caso e não mais por ordem de chegada, que identifica pacientes em condições de urgência, aumenta a satisfação do usuário, diminuindo o congestionamento de pacientes e organiza o fluxo de atendimento. Além de atendê-los conforme os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) (BRASIL, 2004).

A classificação de risco é um dispositivo da Política Nacional Humanização (PNH) é uma ferramenta de organização da fila de espera no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam mais sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada. Desta forma a Classificação de risco na emergência tem como finalidade: Avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto Socorro humanizando o atendimento; Descongestionar o Pronto Socorro; Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua

gravidade e Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo (BRASIL, 2004).

Esse estudo justificou-se pela necessidade de revisar a produção científica de enfermagem afim de que aumente o percentual de trabalhos científicos, voltado para essa temática Buscando a possibilidade de obter maior conhecimento e desenvolver novas habilidades para classificação de riscos na emergência, pois a enfermagem é o primeiro contato, com o paciente na porta de entrada na emergência e está mais próximo e mais tempo prestando cuidados ao paciente, garantindo um atendimento com acolhimento qualificado ao individuo nas suas necessidades básicas humanas para aumentar sua sobrevida.

O estudo será de grande valia, por contribuir para o conhecimento científico, aumentando a disseminação e implementação na prática de enfermagem sobre a classificação de risco acerca da enfermagem, englobando o protocolo Manchester e a sistematização da assistência de enfermagem como processo de formação dos acadêmicos de enfermagem e enfermeiros, para atuarem no setor de emergência na classificação de risco.

Diante do exposto com esse estudo objetivou-se analisar as produções científicas de enfermagem acerca da classificação de risco nos últimos cinco anos com ênfase na enfermagem.

METODOLOGIA DA PESQUISA

A metodologia utilizada para alcançar o objetivo desse estudo foi uma revisão integrativa da literatura, para tanto foi utilizado uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, buscando extrair o conhecimento prévio e informações produzidas pela enfermagem acerca da classificação de risco na emergência nos últimos 05 anos.

A revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. Esse tipo de revisão fornece informações mais amplas sobre um assunto. Deste modo, o pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

A busca foi realizada na plataforma *on line* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e a seleção dos estudos aconteceram nos bancos de dados da BVS, tais como na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), no período de setembro e outubro de 2017.

Foram utilizados como critério de inclusão artigos (pesquisa original, revisão de literatura, revisão sistemática, reflexão, atualização, relato de experiência), revisados em pares, publicados em língua portuguesa, nos últimos cinco anos, que estejam disponíveis na íntegra e gratuitos, que descrevam sobre a temática pesquisada. Serão excluídos do estudo pesquisas do tipo: monografias, teses e trabalhos em outros idiomas.

Inicialmente foram encontrados 127 artigos e após refinamento dos periódicos revisados por pares entre os anos de 2012 e 2017 restaram 84 artigos. Ao ser afinado ainda mais, a busca resultou em 56 artigos, que após ser utilizado um formulário aplicado a cada artigo selecionado que tinha como critério os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Emergência, Acolhimento e Enfermagem, restaram apenas 05 artigos para serem trabalhados.

A análise dos dados deu-se através da leitura minuciosa de cada artigo. Após, foram organizados e tabulados, de maneira que os conteúdos sejam comparados e interpretados para chegar aos objetivos desse estudo.

Essa forma de análise é evidenciada por Ercole, Melo e Alcoforado (2014), que sintetiza os resultados baseando-se na semelhança entre os estudos, assim como a forma de apresentação gráfica e numérica, para facilitar o entendimento do leitor.

Quanto aos aspectos éticos, segundo normalização do Conselho Nacional de Ética em pesquisa (CONEP), para estudos bibliográficos são dispensados declaração de aprovação do comitê de Ética em pesquisa, bem como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, não há necessidade de solicitar permissão para o estudo, pois o material encontra-se disponível na rede universal de dados (internet), sendo de livre acesso, facilitando a ampliação da difusão da produção acadêmica da enfermagem nacional e internacional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise crítica dos estudos

De acordo com o quadro nº 01 abaixo, os estudos apontaram um número pequeno de produção científica sobre o tema, nos últimos cinco anos, contendo 05 artigos.

Nº	PERIÓDICO	AUTORES	TÍTULO	OBJETIVO	CONCLUSÃO
2012	Revista Latino-Americana de Enfermagem.	Domingos Pinto Júnior; Patrícia de Oliveira Salgado; Tânia Couto Machado Chianca.	Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um Pronto atendimento.	Avaliar a validade preditiva do protocolo de classificação de risco de Manchester, implantado em um hospital municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais.	Os dados reforçam que os pacientes evoluem com níveis de gravidade diferentes entre os grupos de cores de classificação.
2013	Revista da Escola de Enfermagem da USP.	Cristiane Chaves de Souza; Luciana Regina Ferreira Da Mata; Emilia Campos de Carvalho; Tania Couto Machado Chianca.	Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados em níveis I e II de prioridade do Protocolo de Manchester.	Identificar possíveis diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do protocolo Manchester.	Favoreceu a identificação de características definidoras e fatores relacionados/ fatores de risco que subsidiam a elaboração de diagnósticos de enfermagem na classificação de risco.
2014	Revista Brasileira de Enfermagem.	Helisamara Mota Guedes ; José Carlos Amado Martins ; Tânia Couto Machado Chianca.	Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: Avaliação dos desfechos clínicos de pacientes.	Analisar o valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester em relação à evolução clínica de pacientes.	O STM se mostrou um bom preditor para os desfechos clínicos.
2016	Revista latino-americana de enfermagem.	Amthauer, Camila Cunha; Maria Luzia Chollopetz.	Sistema Triage de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e resultados de um atendimento pediátrico de emergência.	Caracterizar os atendimentos realizados por meio da classificação de risco pelo Sistema de Triagem de Manchester, identificando dados demográficos (idade, sexo), principais fluxogramas, discriminadores e desfechos na emergência pediátrica.	Pais preocupados foi o principal fluxograma utilizado e evento recente o discriminador mais prevalente, constando-se os desfechos de Hospitalização e de permanência em observação na emergência pediátrica, antes da alta para o domicílio.
2017	Revista Gaúcha de enfermagem.	Anziliero, Franciele; Dal Soler, Barbara Elis; Silva, Bárbara Amaral Da; Tanccini, Thaíla; Beghetto, Mariur Gomes.	Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência.	Avaliar o tempo antes e o tempo gasto na classificação de risco, prioridade de atendimento e destino dos pacientes dentro de 24 horas após a sua admissão em um serviço médico de emergência.	O tempo envolvido em atividades que precederam o primeiro atendimento médico permaneceu dentro da recomendação. A proporção de classificações de baixa prioridade e as descargas hospitalares nas 24 horas após a classificação foi alta.

QUADRO 01: Publicações e aspectos abordados de artigos sobre a classificação de risco.

Fonte: O autor, 2017.

Diante do exposto foram catalogados 03 categorias como resultado desse estudo: 1) Acolhimento na Classificação de Risco e 2) Protocolo de Manchester 3) O enfermeiro frente ao Protocolo de Manchester.

Acolhimento na Classificação de Risco

A assistência à saúde no Brasil tem no serviço de emergência um dos maiores desafios, em virtude da sua maior complexidade, devendo o acolhimento ser realizado por meio de um protocolo de classificação de risco (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde, o acolhimento é a porta de entrada para o serviço de atendimento em saúde a todos os usuários da comunidade e uma das ferramentas utilizadas para acolher o indivíduo é a escuta de forma qualificada (BRASIL, 2004).

O acolhimento é uma forma ágil e efetiva, no qual a ideia de implantação da avaliação da Classificação de Risco consiste em um processo dinâmico de identificação dos indivíduos que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004b).

A classificação de risco é um dispositivo da Política Nacional Humanização (PNH) é uma ferramenta de organização da fila de espera no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam mais sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada. Desta forma a Classificação de risco na emergência tem como finalidade: Avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto Socorro humanizando o atendimento; Descongestionar o Pronto Socorro; Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade e Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo (BRASIL, 2004).

É de total relevância a implantação da classificação de risco no acolhimento, pois esta conduta pode gerar vários benefícios para o atendimento, como a diminuição da ansiedade dos profissionais e usuários, melhoria das relações interpessoais na equipe de saúde, padronização de dados para estudos, pesquisas e planejamentos, e aumento da satisfação do usuário, uma vez que este será atendido de forma mais rápida e efetiva, mudando o foco da doença para o doente em uma abordagem integral do indivíduo (AMTHAUER; CUNHA, 2016).

No estudo de Amthauer e Cunha (2016), foi possível caracterizar os atendimentos realizados por meio da classificação de risco pelo Sistema de Triagem de Manchester, identificando dados demográficos, principais fluxogramas, discriminadores e desfechos na emergência. A Classificação de risco não tem como objetivo definir quem vai ser atendido ou não, mas define somente a ordem do atendimento. Todos

os pacientes são atendidos, mas há atenção ao grau de sofrimento físico e psíquico dos usuários e agilidade no atendimento a partir dessa análise.

É imprescindível que todo paciente que dá entrada nos serviços de urgência e emergência receba atendimento médico. Este direito está previsto no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aprovado pela portaria GM/MS nº 2.048 de 2002, e nas Resoluções do Conselho Federal de Medicina nº 2.077 e nº 2.079 de 2014. Pois, é proibido dispensar qualquer paciente antes que estes recebam atendimento médico (COFEN, 2011).

Protocolo de Manchester

Para Guedes, Martins e Chianca (2015), até pouco tempo atrás as triagens realizadas nos serviços de urgência sem a utilização de protocolos eram feitas de forma intuitiva e sem utilizar uma metodologia específica.

Triagem é um sistema de gerenciamento de risco clínico, implementado em todo o mundo para gerenciar fluxo de paciente com segurança, quando a necessidade exceder a capacidade (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

O programa recebeu este nome porque foi aplicado pela primeira vez em 1997 na cidade britânica de Manchester. Esta triagem foi rapidamente implementada em vários hospitais do Reino Unido.

O Protocolo de Manchester após uma triagem baseada nos sintomas classifica os doentes por cores, que representam o grau de gravidade e o tempo de espera recomendado para atendimento. Aos doentes com patologias mais graves é atribuída a cor vermelha, atendimento imediato; os casos muito urgentes recebem a cor laranja, com um tempo de espera recomendado de dez minutos; os casos urgentes, com a cor amarela, têm um tempo de espera recomendado de 60 minutos. Os doentes que recebem a cor verde e azul são casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes) que, como tal, devem ser atendidos no espaço de duas e quatro horas (JÚNIOR *et al*, 2015).

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. A prioridade clínica requer a busca por informações suficientes para alocar o doente em uma das cinco categorias e determina o prazo máximo para a avaliação médica (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).



Figura 01: Protocolo de Manchester

Fonte: imagem retirada da web. (A ENFERMAGEM, 2012)

O Protocolo de Manchester é baseado em categorias de sinais e sintomas e contém 52 fluxogramas (sendo 50 utilizados para situações rotineiras e dois para situação de múltiplas vítimas) que serão selecionados a partir da situação/queixa apresentada pelo paciente. Esse protocolo trabalha o tempo como aliado, pois o tempo pode representar a diferença entre salvar uma vida e perder um paciente (JÚNIOR; TORRES; RAUSCH, 2014).

Corroborando com os autores acima Guedes, Martins e Chianca (2015) afirmam que o STM contempla os critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada, definindo qual a prioridade clínica e o tempo recomendado de atendimento do paciente, desde a entrada na unidade até o atendimento médico. Vale salientar que não se trata de formulação de diagnóstico médico, mas da identificação da queixa principal do paciente no momento da entrada a unidade de pronto atendimento.

Autorizado pelo *Manchester Triage Group* (MTG) e *British Medical Journal*, detentores dos direitos autorais do protocolo, o Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (GBACR) e o representante oficial do protocolo no Brasil (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Já no Brasil, o estado de Minas Gerais foi o pioneiro na implantação desse sistema, a classificação dos pacientes por cores, conforme a urgência do atendimento, já era utilizada nas unidades de urgência e emergência com o propósito de organizar o fluxo de pacientes. Em março de 2011, a Prefeitura iniciou a implantação do protocolo em 24 postos de saúde, em caráter piloto (JÚNIOR *et al*, 2015).

Na cidade de Curitiba/Paraná, não houve projeto piloto, ele foi implantado em 100% das unidades, o que gerou bastante apreensão no início, mas agora a adaptação está melhor. Segundo o médico Marcelo a classificação trouxe ganhos na organização do atendimento, mas a facilidade em adotar o novo protocolo varia de unidade para unidade, dependendo até mesmo dos profissionais que a compõem (JÚNIOR *et al*, 2015).



Figura 02: Exemplo de patologias triadas de acordo com o Protocolo de Manchester

Fonte: Imagem retirada da web. (PROTÓCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, P.8).

No estudo de Siqueira (2010) existe uma variável negativa sobre a implementação do Protocolo de Manchester, sendo listada: Ausência de individualização na avaliação de cada caso, visto que os sintomas já vêm listados; Redução substancial na resolubilidade de outros membros da equipe do programa, por ser centrado no médico; Sobrecarga da enfermagem que faz o primeiro contato e preenche o

protocolo; O Protocolo de Manchester não leva em conta a vulnerabilidade social; Risco de quebra do vínculo com os pacientes, por fim o Manchester é centrado na doença e tira o foco do pessoal, trazendo desumanização da subjetividade da narrativa do usuário, em prol de um protocolo informatizado.

Pinto Júnior, Salgado e Chianca (2012) concluíram em seu estudo em um Pronto Socorro de Belo Horizonte, que o sistema de Manchester foi sensível para detectar quais pacientes precisariam de assistência em áreas críticas, porém, corrobora com Siqueira (2010) que aponta variável negativa no protocolo. Pinto Júnior, Salgado e Chianca (2012) ressaltam que a aplicação do protocolo foi falha na identificação de alguns casos no qual o quadro clínico dos pacientes foi deteriorado, após a chegada ao serviço de emergência, sendo capaz de predizer a evolução dos doentes durante a permanência na instituição.

Já o estudo de Moreira *et al* (2017) enfatiza apenas as interferências positivas do Sistema de Triagem de Manchester em relação ao acesso dos usuários, pois destaca-se o rompimento com o atendimento por ordem de chegada e a garantia de acesso ao serviço. Sendo esse um fator que subsidia a qualidade e a integralidade da atenção prestada à saúde que por sua vez, é um direito universal e está garantido por lei dentro da Constituição Federal de 1988 do Brasil.

O estudo de Anzillero *et al* (2016) avaliou o tempo que antecede e o tempo empregado na classificação de risco, na prioridade para atendimento e no destino dos pacientes 24 horas após a admissão em uma Emergência. Evidenciou-se efetividade no atendimento com o uso do Protocolo de Manchester, pois metade dos pacientes chegou à classificação no tempo preconizado, sendo que as classificações de menor prioridade e as altas hospitalares (88,4%) foram mais frequentes que hospitalizações (11,4%) e óbitos (0,2%).

Pinto Júnior, Salgado e Chianca (2012) apresentaram como resultado de um estudo a indicação de reavaliar o protocolo de Manchester para a realidade brasileira, visto que o estudo mostrou que o protocolo de Manchester é mais inclusivo, e classifica mais pacientes em níveis mais altos de prioridade, o que conseqüentemente aumenta a demanda de atendimento nos serviços de urgência, oferecendo maior segurança para o paciente, que poderá ser atendido mais rapidamente.

O enfermeiro frente ao Protocolo de Manchester

O enfermeiro é o profissional de saúde designado para avaliar e classificar o paciente no momento de sua chegada ao serviço de emergência. Visto que o Sistema de Triagem de Manchester (STM) não é um protocolo de manuseio simples, ele exige do profissional a atribuição de suas competências e habilidades durante a classificação de risco (AMTHAUER; CUNHA, 2016).

O enfermeiro frente ao Protocolo de Manchester é o responsável pela classificação de risco possui habilidade técnica, raciocínio clínico, escuta qualificada e conhecimento em pediatria para uma abordagem baseada na singularidade e na integralidade da criança. O ideal seria que o enfermeiro fosse um profissional especializado e atuante na assistência a pacientes em idade pediátrica, pois este trabalho requer medidas de tomada de decisão inerentes ao papel do enfermeiro, que deve agir com responsabilidade (SANTOS, 2010).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) determinou por meio da Resolução nº. 423/2012, que a classificação de risco é privativa do enfermeiro de acordo com critérios pré-estabelecidos em conjunto com os médicos e os demais profissionais e esse deve estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. Poucas instituições dispõem de protocolos e as publicações sobre o tema ainda são escassas (COFEN, 2012).

A equipe mínima atuante na classificação de risco por sala é de 1 Enfermeiro e 1 Técnico de Enfermagem. E de acordo com as estimativas, o Enfermeiro leva, em média, 3 (três) minutos para fazer uma classificação de risco (CR) nos serviços de urgência e emergência, o que representa 20 CR por hora. Porém é importante salientar que a realização de qualquer atividade em enfermagem exige que o serviço de saúde proporcione condições de trabalho adequadas para tal (COFEN, 2011).

Já de acordo com a Lei 7.498/1986 regulamenta o exercício de enfermagem, o Técnico deverá auxiliar o Enfermeiro. Na Classificação de Risco, esse auxílio pode ser na aferição de sinais vitais, colocação da pulseira de cor, direcionamento do paciente para os fluxos da unidade de urgência/ emergência (Conselho Regional de Enfermagem, 2016).

Coutinho, Cecílio e Mota (2012) ressaltam em seu estudo que o STM é certificado, possuindo assim produção científica que o caracteriza como sistema válido e confiável, que pode ser utilizado com segurança em serviços de emergência. Mas em contra partida a correta classificação de risco é dependente do treinamento e experiência da enfermeira na aplicação do STM.

Porém Souza *et al* (2013) chamam a atenção para os sinais clínicos descritos no protocolo de Manchester para a avaliação das características definidoras descritas na taxonomia da NANDA-I para o Diagnósticos de Enfermagem, o que reforça a necessidade do enfermeiro ser experiente e conhecedor teórico-científico e sensível a situação. Tal fato permite ao enfermeiro detectar e controlar os problemas de enfermagem de maneira rápida e segura, realizando intervenções positivas no prognóstico dos pacientes.

Ao realizar o acolhimento como um cuidado de enfermagem, o enfermeiro poderá receber o usuário de forma humanizada e deve adotar para qualificar o acolhimento à teoria do cuidado de enfermagem, fazendo do sujeito um participante

do processo de cuidar, ampliando assim a qualidade do serviço oferecido (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

Magalhães *et al* (2017) enfatizam que os protocolos para acolhimento na classificação são validados e confiáveis, porém é de extrema relevância que o profissional que vai manuseá-lo seja capacitado e adote postura ética, flexível, humanizada, pois os protocolos de ante mão, proporcionam ao enfermeiro apenas direcionamento, este por sua vez, tem que ter conhecimento teórico científico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento com classificação de risco é uma atividade privativa do enfermeiro (a), mas esse por sua vez, deve ter um perfil diferenciado devendo estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico aos procedimentos.

A comparação das literaturas disponíveis também possibilitou entender que o Protocolo de Manchester atualmente é utilizado na maioria dos sistemas de saúde pelo mundo, tendo como ponto positivo a classificação de acordo com a gravidade do caso e não mais por ordem de chegada. Mas também apresenta pontos negativos como foi visto na discussão desse estudo.

Contudo, foi possível observar por meio de uma análise criteriosa que a literatura sobre essa temática ainda é escassa em língua portuguesa.

Sugere-se que as comunidades acadêmicas desenvolvam projetos e pesquisas para avaliar a funcionalidade, vantagens e desvantagens, com a finalidade de auxiliar a enfermagem na aplicação do protocolo na sua prática assistencial diária.

REFERÊNCIAS

ANZILIERO, F et al . Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. 4, e64753, 2016 .

AMTHAUER, C; CUNHA, MLC. Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica. Revista latino-americana de enfermagem. Ribeirão Preto. Vol. 24, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde /Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente. Portaria Nº 198/GM/MS. Em 13 de fevereiro de 2004B.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 423/2012. [online]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Classificação de risco por cores: uma ferramenta de avaliação em emergência. 2011. [online]. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=354:classificacao-de-risco-por-cores-uma-ferramenta-de-avaliacao-em-emergencia&catid=39:blog&Itemid=65.

COREN - Conselho Regional de Enfermagem. PARECER TÉCNICO Nº 01, de 09 de março de 2016. **EMENTA: Dimensionamento da Equipe de Enfermagem e impossibilidade da dispensa de pacientes na Classificação de Risco dos serviços de Urgência e emergência.**

COSTA, PCP; GARCIA, APRF; TOLEDO, VP. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e4550015, 2016 .

COUTINHO, AAP; CECÍLIO, LPO; MOTA, JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev Med Minas Gerais**; 22(2): 188-198, 2012.

ERCOLE, FF; MELO, LS, ALCOFORADO, CLCG. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. **REME- Rev Min Enferm.** , jan/mar; 18(1): 1-260, 2014.

GUEDES, HM; MARTINS, JCA; CHIANCA, TCM. Predictive value of the Manchester Triage System: evaluation of patients' clinical outcomes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 1, p. 45-51, Feb. 2015.

JUNIOR, WC et al. Diretrizes para implementação do sistema manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências. **Grupo Brasileiro de Classificação de Risco**. 2015.

JUNIOR WC, TORRES BLB, RAUSCH MCP. Sistema Manchester de Classificação de Risco: Comparando modelos. **Grupo Brasileiro de Classificação de Risco – GBCR**. Brasil; 2014. [on line] Disponível em: <http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/53457bf080903.pdf>

MAGALHÃES, FJ et al. Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria: confiabilidade interobservadores. **Acta Paul Enferm.**30(3):262-70, 2017.

MAGALHÃES FJ. **Validação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria** [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; 2012

MOREIRA, D et al. O sistema de triagem de manchester na atenção primária à Saúde: ambiguidades e desafios relacionados ao acesso. **Texto Contexto Enferm**, V26(2), 2017.

PINTO JUNIOR, Domingos; SALGADO, Patrícia de Oliveira; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1041-1047, Dec. 2012.

SANTOS, AE. **Humanização em serviços de emergência**. In: Calil AM, Paranhos WY, organizadoras. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Editora Atheneu; 2010.

SOUZA CC, et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester. **Rev Esc Enferm USP**. V47(6):1318-2, 2013.

SIQUEIRA ILCP. **Qualidade em serviços de emergência**. In: Calil AM, Paranhos WY, organizadoras. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Editora Atheneu; 2010.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aprendizagem baseada em problemas 94

C

Câncer de próstata 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 203

Centro cirúrgico 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 133, 203

Classificação de risco 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 203

Conhecimento 2, 8, 10, 12, 22, 25, 28, 29, 41, 44, 46, 51, 53, 58, 59, 60, 68, 70, 71, 74, 75, 76, 77, 80, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 95, 96, 97, 98, 103, 122, 124, 141, 147, 153, 154, 161, 163, 168, 188, 189, 193, 199, 200, 203

Crianças 29, 90, 91, 176, 181, 203

Cuidados de enfermagem 12, 14, 24, 26, 33, 34, 44, 46, 68, 69, 71, 74, 76, 78, 118, 142, 195, 203

D

Diabetes mellitus 2, 3, 4, 10, 11, 49, 203

Diálise renal 44, 46, 203

Docentes 82, 85, 86, 87, 88, 89, 97, 183, 203

Doença renal crônica 32, 33, 34, 35, 36, 41, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 54, 55, 59, 67, 203

Dor do parto 186, 188, 189, 193, 203

E

Educação em enfermagem 12, 94, 203

Emergência 145, 147, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 161, 162, 163, 164, 203

Enfermagem familiar 12, 203

Enfermagem obstétrica 184, 186, 188, 189, 190, 193, 202, 203

Enfermeiro 1, 3, 5, 6, 9, 11, 17, 21, 22, 23, 25, 26, 30, 32, 34, 36, 43, 44, 51, 52, 53, 56, 59, 63, 67, 68, 77, 78, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 95, 102, 103, 104, 106, 107, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 138, 139, 152, 156, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 171, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 185, 192, 193, 195, 199, 200, 201, 203

Enfermeiros 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 16, 17, 21, 22, 25, 33, 34, 35, 36, 51, 57, 58, 63, 66, 67, 75, 77, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 104, 105, 111, 112, 124, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 152, 154, 166, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 192, 203

Ensino superior 23, 56, 82, 84, 86, 87, 89, 165, 185, 203

Equipe de enfermagem 32, 33, 35, 36, 38, 39, 41, 44, 49, 51, 52, 53, 56, 57, 59, 60, 61, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 74, 75, 76, 78, 80, 94, 115, 118, 124, 125, 130, 140, 144, 145, 146, 163, 167, 177, 184, 201, 203

Esgotamento profissional 129, 203

Estresse fisiológico 129, 203

Estresse ocupacional 57, 131, 137, 138, 139, 140, 141, 203

F

Falência renal crônica 33, 203

Família 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 31, 43, 49, 52, 56, 65, 71, 75, 84, 113, 117, 136, 139, 165, 166, 168, 173, 174, 176, 200, 204

G

Gerenciamento em enfermagem 105, 204

H

Hipertensão arterial 34, 64, 76, 90, 91, 204

Humanização da assistência 126, 184, 193, 195, 204

I

Injeções intravenosas 142, 204

Internação 69, 70, 76, 77, 90, 91, 147, 153, 204

L

Lesão por pressão 68, 69, 70, 71, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 204

Liderança 104, 105, 106, 107, 111, 112, 113, 114, 115, 124, 125, 204

M

Manifestações cutâneas 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 204

Metodologias ativas 85, 87, 93, 94, 95, 96, 102, 103, 204

Multiprofissional 23, 25, 28, 53, 95, 118, 122, 137, 167, 204

O

Obstetrícia 119, 178, 180, 181, 182, 189, 190, 192, 194, 195, 201, 202, 204

Oncologia 37, 56, 67, 165, 166, 168, 170, 172, 173, 174, 177, 204

P

Papel do profissional de enfermagem 44, 46, 47, 50, 53, 204

Parto humanizado 180, 185, 186, 188, 191, 192, 204

Pé diabético 1, 2, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 204

Práticas de saúde integrativas e complementares 178, 204

Prevenção e controle 24, 26, 116, 204

S

Salas de parto 195, 204

Saúde do trabalhador 60, 129, 138, 204

Segurança do paciente 64, 68, 69, 70, 71, 76, 77, 78, 80, 104, 105, 106, 107, 112, 113, 114, 115, 119, 142, 143, 148, 149, 150, 204

U

Unidades hospitalares de hemodiálise 57, 204

 **Atena**
Editora

2 0 2 0