



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 09, pp. 50357-50362, September, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.22917.09.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

O PROTOCOLO CÓDIGO AMARELO ADULTO COMO FERRAMENTA PARA MELHORIA DA COMUNICAÇÃO

Célio Cássio Coêlho de Araújo*¹, Nathanael Araújo da Silva², Priscila Martins Mendes¹, Ingrid Moura de Abreu¹, Olívia Dias de Araújo¹, Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino¹, Esteffany Vaz Pierot¹, Samya Raquel Soares Dias¹, Maria do Carmo Santos Ferreira¹ and Igho Leonardo do Nascimento Carvalho¹

¹ Universidade Federal do Piauí; ²Facid

ARTICLE INFO

Article History:

Received 14th June, 2021

Received in revised form

26th July, 2021

Accepted 02nd August, 2021

Published online 29th September, 2021

Key Words:

Deterioração Clínica; Segurança do Paciente; Comunicação; Enfermagem.

*Corresponding author:

Célio Cássio Coêlho de Araújo

ABSTRACT

Objetivo: Conhecer as concepções das equipes multiprofissionais acerca do uso do Protocolo Código Amarelo Adulto na comunicação. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório realizado com 17 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) em um hospital filantrópico no Nordeste do Brasil, no período de setembro a novembro de 2018. Para a coleta de informações utilizou-se entrevista semiestruturada. A análise qualitativa dos dados foi realizada pelo software IRAMUTEQ e para análise de conteúdo utilizou-se a técnica de análise temática ou categorial. **Resultados:** Da análise dos discursos emergiram três categorias: Protocolo Código Amarelo Adulto: conceitos e percepções; O Protocolo Código Amarelo Adulto e a Comunicação; Acionamento do Protocolo Código Amarelo Adulto: vantagens e dificuldades. **Conclusões:** O estudo possibilitou conhecer a visão dos profissionais ligados diretamente ao protocolo. A comunicação obteve melhorias otimizando a assistência e reduzindo os desfechos negativos.

Copyright © 2021, Brenda Cunha Pereira et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Célio Cássio Coêlho de Araújo, Nathanael Araújo da Silva, Priscila Martins Mendes, Ingrid Moura de Abreu, Olívia Dias de Araújo, Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino, Esteffany Vaz Pierot, Samya Raquel Soares Dias, Maria do Carmo Santos Ferreira and Igho Leonardo do Nascimento Carvalho, 2021. "O protocolo código amarelo adulto como ferramenta para melhoria da comunicação", *International Journal of Development Research*, 11, (09), 50357-50362.

INTRODUCTION

A qualidade na assistência à saúde depende de muitos fatores para ser alcançada, com destaque para a segurança do paciente, a qual pressupõe que, uma boa assistência em saúde caracteriza-se, portanto, pela redução a padrões aceitáveis do risco de Eventos Adversos (EA) relacionados ao cuidado à saúde⁽¹⁾. A melhoria da comunicação, instituída pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) como uma das seis metas internacionais para a segurança do paciente, pode ser desenvolvida utilizando diferentes ferramentas como os registros de cuidados prestados nas passagens de plantão e as anotações nos prontuários, que reduzem a ocorrência de erros e resultam na qualidade da assistência. A notificação de EA também se apresenta como um prático meio de comunicação, pois proporciona a instituição o conhecimento de fatos inesperados e indesejados⁽¹⁻²⁾. Dentro do contexto atual, é necessário que sejam introduzidos sistemas de rastreamento que consistem em critérios predeterminados, indicando se a deterioração do paciente pode avançar. Frente a isso, estudos reconhecem que o monitoramento dos sinais vitais é excelente preditor de sobrevida e tem sido fundamental para a implementação de novas estratégias⁽³⁾. Os protocolos de resposta rápida auxiliam no reconhecimento precoce da deterioração clínica do

paciente, contribuindo para a intervenção de uma equipe multiprofissional de cuidados críticos. Os seus principais objetivos visam minimizar situações adversas e parada cardiorrespiratória (PCR), o que diminui o índice de mortalidade e a necessidade de transferências para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI)⁽⁴⁾. As instituições de saúde devem dispor de um sistema que notifique e intervenha em casos de ocorrência de adversidades por meio de uma equipe multiprofissional especialista em situações críticas. Esses sistemas são uma forma de detecção precoce de deterioração clínica do paciente e, quando implementados, esses protocolos de resposta rápida, permitem o reconhecimento e intervenção⁽⁵⁾. Em busca do aperfeiçoamento da comunicação entre a equipe, uma ferramenta inovadora é o Protocolo Código Amarelo Adulto, já que possibilita o reconhecimento precoce de mudanças nos parâmetros vitais no paciente adulto, previamente estabelecidos pelo Escore de Deterioração Clínica Modificado (MEWS - Modified Early Warning Score), que permite ao enfermeiro, com base no resultado obtido dos itens alterados na escala, acionar e comunicar ao médico plantonista as alterações clínicas encontradas⁽⁶⁾. A utilização de uma escala de alerta precoce na classificação de risco pode apresentar-se como um coadjuvante importante na relação entre a classificação de risco mais urgente e o escore mais elevado, podendo também ser utilizado como preditor de internação hospitalar e estima-se que o escore dessa escala

(MEWS) possa ser útil na determinação do tempo para reavaliação do paciente durante a espera pelo atendimento médico⁽⁷⁾. Para efetividade do protocolo em questão é usado o MEWS, ferramenta cujo objetivo é facilitar a comunicação entre as equipes de enfermagem e médica quando a deterioração do estado do paciente se torna aparente na tabela de observações. Dependendo do resultado desse escore, deverão ser tomadas medidas de intervenção precoce, a fim de evitar intercorrências clínicas ou transferência do paciente para UTI e ainda, se inevitável, garantir que a transferência ocorra sem demora⁽³⁾. A MEWS é calculada para cada paciente, usando os cinco parâmetros vitais ou fisiológicos: nível de consciência (SNC); frequência cardíaca (FC); pressão arterial sistólica (PAS); frequência respiratória (FR); temperatura (temp.). Valores ≥ 3 implicam em uma avaliação e revisão do paciente pelo enfermeiro. Essa escala permite uma melhor comunicação, oferece autonomia profissional aos enfermeiros e melhora a relação Enfermagem-Medicina, que se repercute no melhor atendimento ao paciente. Após a avaliação de todas as variáveis, realiza-se a soma dos pontos para que seja definido o nível/grau de deterioração do paciente. Caso o resultado seja igual ou maior a quatro, imediatamente o médico da unidade deve ser informado para que o paciente receba os cuidados devidos em tempo hábil⁽³⁾. Dentre as atribuições, fica restrito ao enfermeiro o acionamento do Protocolo Código Amarelo Adulto, em que este, em comunicação com o médico plantonista, deverá solicitar uma nova conduta médica para reverter o quadro clínico, ação desencadeada a partir da identificação de alterações dos sinais vitais ou fisiológicas do paciente. É necessário que esse cuidado dinâmico aconteça com fluidez, a fim de prevenir que as condições do paciente evoluam com mau prognóstico, pois aproximadamente 80% destes sinais podem ser identificados 24 horas antes do agravamento do evento e assim intervir de forma eficaz com ações determinantes para o desfecho hospitalar em unidades de internação⁽³⁾. Desse modo, a questão norteadora deste estudo foi: “quais as concepções da equipe de enfermagem e médica acerca do uso do Protocolo Código Amarelo Adulto na melhoria da comunicação?”. A fim de responder a questão apresentada, objetivou-se conhecer as concepções das equipes multiprofissionais acerca do uso do Protocolo Código Amarelo Adulto na comunicação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em um hospital filantrópico de uma capital nordestina brasileira. A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2018. A amostra do estudo, selecionada por conveniência, foi constituída por 17 profissionais, selecionados a partir dos critérios de inclusão. Para inclusão na pesquisa o profissional deveria ser técnico de enfermagem, enfermeiro ou médico plantonista lotado nos postos de internação, com no mínimo dois anos de trabalho na instituição até a data da entrevista (a escolha do tempo de trabalho mínimo se dá pela implantação do Protocolo Código Amarelo Adulto na referida instituição, em 13 de outubro de 2016). E, como critérios de exclusão adotaram-se: estar ausente do trabalho no período de produção dos dados, por motivos de afastamento e licenças diversas. Os dados foram obtidos por meio da aplicação um roteiro de entrevista semiestruturado com perguntas fechadas (dados sociodemográficos e profissionais) e abertas, as quais exploravam as concepções dos profissionais da equipe de enfermagem e médica acerca do uso do Protocolo Código Amarelo Adulto como ferramenta para melhoria da comunicação. Os pesquisadores realizaram visitas aos postos de internação a fim de recrutarem os participantes. As entrevistas foram realizadas de forma reservada, individualmente, com duração de 15 minutos, em média. Posteriormente, as falas dos participantes, que foram gravadas em entrevista, também foram transcritas na íntegra para análise e identificadas pela letra inicial de sua categoria (Técnico de enfermagem: T; Enfermeiro: E; Médico: M) e enumeradas sequencialmente, seguindo a ordem de entrevistas (ex: T1; E2; M3), para garantir o sigilo e o anonimato dos participantes. O encerramento da coleta ocorreu quando não houve acréscimo de novas informações pertinentes aos objetivos com a continuidade das entrevistas. Dessa

forma, a técnica foi usada com o intuito de estabelecer o tamanho final da amostra, interrompendo a captação de novos dados⁽⁸⁾. Para o processamento e a análise dos dados, utilizou-se o software IRAMUTEC (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Este software permite diferentes processamentos de análise estatística sobre corpus textuais, possibilita cinco análises: estatísticas textuais clássicas, pesquisa de especificidade de grupos, classificação hierárquica descendente (CHD), análise de similitude e nuvem de palavras. Para a análise do texto, utilizou-se o método da CHD, em que os textos foram classificados em função de seus respectivos vocabulários e o conjunto deles se dividiu pela frequência das formas reduzidas. A partir de matrizes que cruzaram segmentos de textos e palavras (repetidos testes X^2), aplicou-se o método para obter uma classificação estável e definitiva. A análise por essa classificação visou obter classes de segmentos de texto que, além de terem apresentado vocabulário semelhante entre si, tinham vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes⁽⁹⁾. Para a análise de conteúdo utilizou-se a técnica de análise temática ou categorial, que consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que formam a comunicação, levando em consideração a sua frequência de aparição. Esse tipo de análise passa por três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados⁽¹⁰⁾. A pré-análise é a etapa facilitada pelo uso do software IRAMUTEQ, faz parte dela o contato exaustivo com o material, organização para formação de categorias e formulação de hipóteses. A fase de exploração do material visa a transformação dos dados brutos, objetivando chegar no núcleo de compreensão do texto. A última fase é o tratamento dos dados obtidos e interpretação, é nela que o autor faz as inferências e interpretações e coloca em destaque as informações obtidas⁽¹⁰⁾. A realização do estudo seguiu os preceitos éticos, respeitando as normas da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo comitê de ética em pesquisa sob parecer nº 2.869.020. Destaca-se que todos os profissionais entrevistados foram orientados quanto ao objetivo do estudo e concordaram, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁽¹¹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra, participante desse estudo, foi predominantemente do sexo feminino (13), e a média de idade foi de 32 anos. O tempo médio no serviço foi de seis anos, com tempo médio de formação maior que seis anos. O IRAMUTEQ reconheceu a separação do corpus em 89 Unidades de Contexto Inicial (UCI), e foi selecionado 143 Unidades de Contexto Elementares (UCE) com segmentos analisados, obteve-se aproveitamento de 77,30% dele. Com base na análise pela CHD, surgiram seis classes lexicais que, levando em consideração as associações fornecidas pelo IRAMUTEC, foram nomeadas de acordo com a análise dos significados e sentidos das palavras correspondentes e das UCE mais significativas de cada classe e o X^2 com grau de significância $<0,0001$. Dessa forma, emergiram três categorias: 1) Protocolo Código Amarelo Adulto: conceitos e percepções; 2) O Protocolo Código Amarelo Adulto e a Comunicação; e 3) Acionamento do Protocolo Código Amarelo Adulto: vantagens e dificuldades (Figura 1).

Protocolo Código Amarelo Adulto: conceitos e percepções

Partindo-se da ideia de que a comunicação é essencial para que se possa alcançar a qualidade na assistência, o Protocolo Código Amarelo Adulto mostra-se como uma importante ferramenta para tal finalidade, pois envolve a equipe de enfermagem e médica, cujo enfoque é identificar pacientes que apresentem sinais claros e detectáveis de deterioração de seu estado clínico, proporcionando assim uma melhor comunicação entre as equipes, evitando um agravamento do quadro clínico do paciente⁽³⁾. No que se refere ao entendimento dos profissionais acerca do conceito de protocolo, nota-se uma variedade de definições, porém com o mesmo sentido, em que predomina um consenso de que é um conjunto de dados que integram na sua estrutura normas, rotinas e procedimentos.

Protocolo Código Amarelo Adulto como ferramenta para melhoria da comunicação											
Protocolo Código Amarelo Adulto: conceitos e percepções		O Protocolo Código Amarelo Adulto e a Comunicação		Acionamento do Protocolo Código Amarelo: vantagens e dificuldades							
Classe 1 25 UCE – 17,48%		Classe 2 30 UCE – 20,98%		Classe 3 25 UCE – 17,48%		Classe 4 22 UCE – 15,38%		Classe 5 18 UCE – 12,59%		Classe 6 23 UCE – 16,08%	
Palavra	X ²	Palavra	X ²	Palavra	X ²	Palavra	X ²	Palavra	X ²	Palavra	X ²
Reduzir	24,46	Protocolo	18,56	Agora	29,56	Equipe de Enfermagem	43,23	Preenchimento	21,28	Achar	32,02
Óbito	24,2	Melhoria	16,67	Olhar	19,42	Protocolo Código Amarelo Adulto	34	Hoje	16,65	Intercorrência	26,44
Diminuição	23,75	Partir	15,5	Critico	18,63	Equipe Médica	25,62	Registrar	16,65	Bem	23,95
Unidade de Terapia Intensiva	21,7	Ferramenta	15,5	Já	18,11	Ao	23,11	Não	16,6	Alterar	20,98
Diminuir	19,43	Finalizar	15,5			Encontrado	22,21			Acionar	18,21
Transferência	19,43	Conjunto	15,5			Acionamento	17,76			Preencher	21,28
Número	19,42	Ajuda	15,5								

Figura 1. Protocolo Código Amarelo Adulto como ferramenta para melhoria da comunicação. UCE – Unidades de Contexto Elementares

[...] protocolo é um conjunto das informações, decisões, normas e regras definidas a partir de um ato; é necessário, a fim de determinar o processo para atingir a finalidade pretendida, ou seja, em oferecer um bom atendimento ao paciente (T6).

[...] é um conjunto de regras ou atribuições, padronizados de acordo com as exigências da instituição, como também quanto a sua finalidade, o que traz uma melhor dinâmica na assistência de qualidade para os pacientes, de forma a padronizar os serviços prestados e evitar erros (E6).

A utilização de protocolos é uma medida que pode contribuir para a redução de potenciais riscos e promover a segurança e a qualidade no processo de trabalho em saúde⁽¹²⁾. No caso do Protocolo Código Amarelo Adulto houve uma diminuição significativa dos episódios de PCR nos postos de internação, o que tem influenciado também na redução das transferências para UTI, que diminuíram, devido a estabilização do paciente que permanece mantido no leito após conduta médica. Os profissionais referem ainda que a incidência de óbitos por complicações clínicas na internação tem diminuído desde que protocolos assistenciais como este foram implantados na instituição.

[...] desde a implantação, nos postos de internação houve diminuição das paradas cardiorrespiratórias (PCR's), como também a transferência para UTI, que muitas vezes o paciente recebe a conduta no leito e normaliza seu estado clínico sem a necessidade de transferência, o que consequentemente diminui a permanência dos pacientes no hospital, por conta da sua recuperação mais rápida (M3).

[...] as transferências para UTI reduziram e as taxas de mortalidade também. Quanto as PCR também houve uma mudança significativa, podendo ser precocemente detectados os sinais que levam a uma PCR e reduzindo esse número de ocorrências (M4).

A PCR, na maioria das vezes é precedida de sinais de alerta, como alterações dos sinais vitais, agravamento clínico progressivo e previsível antes do evento. Quando essas alterações não são percebidas antecipadamente, podem ser caracterizadas como EA graves, definidos como injúrias não intencionais, parcialmente decorrentes de tratamento médico tardio ou incorreto que expõe o paciente a um risco elevado de óbito ou sequelas⁽⁷⁾. Os profissionais relataram a importância que o protocolo teve na integração das

equipes, tanto de enfermagem como médica, no sentido de cooperatividade e cobertura. Afirmaram que facilitou a identificação precoce de possíveis complicações, provocando melhoria na qualidade assistencial.

[...] o protocolo veio para melhorar a condição do paciente e da interação da equipe, que prestará uma melhor assistência de forma a prevenir a deterioração clínica do paciente que esteja sob seus cuidados. A vantagem é que o paciente recebe o tratamento adequado de forma precoce, evitando assim que agrave seu estado clínico (M3).

O MEWS é uma ferramenta aplicada pelos profissionais de saúde que permite a identificação precoce do risco de deterioração clínica de paciente instáveis, podendo ser considerada uma barreira de segurança no cuidado⁽¹³⁾. Assim, pacientes com escore alterado necessitam de mais atenção da equipe, considerando que a intervenção prévia pode melhorar o desfecho clínico. Observou-se também que o protocolo contribui para a melhoria da assistência ao paciente, alcançando outras interpretações além da deterioração clínica.

[...] o protocolo não serve somente para a deterioração clínica do paciente, mas também para comunicar alterações de exames laboratoriais, valores críticos, quando os pacientes estão com alguma anemia acentuada, alguma plaquetopenia, quando o paciente precisa de uma transfusão, a gente tem que comunicar o médico plantonista a tempo, para solicitar essa transfusão ou solicitar alguma reposição, caso for preciso (E3).

Percebe-se a necessidade da implantação de protocolos para guiar ações básicas e fundamentais, por meio de normas e rotinas institucionais e de acordo com a realidade do ambiente. Tais medidas podem contribuir com a melhoria da qualidade do processo de trabalho e a redução de potenciais riscos, promovendo assim segurança para os pacientes. Por isso, é imprescindível o engajamento de gestores e todos os profissionais envolvidos, no reconhecimento da adoção dessas medidas⁽¹²⁾.

O Protocolo Código Amarelo Adulto e a Comunicação: A segunda categoria de resultados mostra como o Protocolo Código Amarelo Adulto estabeleceu uma comunicação efetiva entre as equipes de enfermagem e médica. Essa constatação pode ser justificada pelo fato de o protocolo normatizar um padrão de assistência, facilitando uma

melhor comunicação entre os envolvidos no seu acionamento. Na perspectiva da segurança do paciente, dois aspectos são importantes para a manutenção do cuidado seguro: a comunicação efetiva, através do acionamento do protocolo; e o trabalho em equipe, representadas pela equipe de enfermagem e médica. De acordo com os resultados, os profissionais identificam uma melhoria da comunicação entre as equipes, evidenciada nos seguintes depoimentos:

[...] Houve melhoria de comunicação entre a equipe de enfermagem e equipe médica desde a implantação desse protocolo, porque assim que acontece algo em relação ao que eu sinalizo que os sinais vitais estão alterados, logo eu sinalizo para minha supervisora de enfermagem, que é a enfermeira. Em seguida, ela já comunica o médico que vem avaliar o paciente (T2)

[...] Houve melhoria de comunicação entre a equipe de enfermagem e médica desde a implantação desse protocolo, pois quando a equipe de enfermagem identifica as alterações do paciente a enfermeira já comunica ao médico para os devidos cuidados (T5).

[...] Substancialmente o médico é noticiado com mais fidelidade daquilo que acontece com o paciente, por exemplo, para sabermos como está o sangramento do paciente você consegue verificar antecipadamente, conseguindo identificar se aquele paciente pode ter sangramento piorado devido a queda de exame de laboratório, ou seja, a queda de plaquetas (M2)

A comunicação efetiva se dá entre os profissionais da saúde e/ou áreas oportunas quando estes transmitem ou recebem uma informação de forma completa e exata. Dentro das instituições, a comunicação efetiva ocorre em casos de transferência de pacientes entre setores, transmissão de informações por telefonemas e relatos verbais diretamente entre profissionais, de formulários e notas de transferência, orientações verbais em emergências ou urgências e avisos de dados alarmantes laboratoriais por via telefônica ao enfermeiro responsável e/ou equipe médica assistente. A utilização do Escore de MEWS é uma dessas ferramentas de comunicação durante a transferência de cuidados⁽¹³⁾. Nas falas dos profissionais também foi detectada a melhoria da assistência pós implementação do protocolo, pois a equipe compreende que quanto mais precoce for detectado sinais de deterioração clínica, melhor será para reverter as alterações detectadas.

[...]tem esse benefício de melhorar a assistência para que quando o paciente venha a ter uma piora clínica que isso seja visto antes para que ele não fique já tão grave (E4).

[...] porque antes quando se ia olhar os sinais vitais do paciente só ia mandar para unidade de terapia intensiva quando já tava mesmo crítico, agora não, quando dá deterioração clínica 3 ou 4 a médica avalia, e a gente tem a precaução (T1)

Os pacientes que estão em situações complexas, e que apresentam um número expressivo de comorbidades têm a probabilidade de deterioração clínica aumentada durante a internação, estando portanto em risco de sofrer EA, ou situações de PCR e necessidades de transferência para UTI. O protocolo entra como uma ferramenta de diagnóstico e vigilância que contribui para a segurança do doente, pois possibilitada a detecção antecipada de situações de risco como essas citadas. Neste sentido, a avaliação constante do paciente aliada à comunicação efetiva em equipe são uma intervenção efetiva para proporcionar o cuidado seguro⁽⁴⁾.

Acionamento do Protocolo Código Amarelo Adulto: vantagens e dificuldades: As guidelines do European Resuscitation Council⁽¹⁴⁾ e da American Heart Association para o Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care⁽¹⁵⁾ recomendam uma abordagem para a prevenção de EA e PCR que incide na cadeia de prevenção, na formação e educação da equipe multiprofissional, na monitorização e no reconhecimento da deterioração, bem como um sistema que permita pedir ajuda e obter uma resposta eficaz, criando assim a

existência de uma cadeia de sobrevivência intra-hospitalar onde se faz necessário também um sistema de vigilância adequado que previna os efeitos adversos⁽⁴⁾.

A utilização do MEWS foi apontada como um instrumento eficaz na detecção precoce de deterioração do paciente, uma vez que permite sistematizar achados e apresentá-los de forma objetiva⁽⁴⁾. O Protocolo Código Amarelo Adulto é baseado no MEWS e obteve uma crítica positiva por parte dos profissionais entrevistados.

[...] As vantagens que a implantação do Protocolo Código Amarelo Adulto trouxe para a melhoria na qualidade na assistência foi possibilitar uma visão do estado geral do paciente e intervenção de uma maneira mais ágil às intercorrências (T5).

[...] eu creio que a maioria tem ciência disso, se chegar a ter alguma alteração na deterioração clínica ou se for repassado algum valor crítico pra gente, a gente tem que registrar e comunicar ao médico. E eu acho que isso está sendo bem eficaz, desde a implementação a gente tem conseguido abranger todos os pacientes que acontece alguma intercorrência ou algum valor crítico de exame (E2).

Os resultados mostraram pontos favoráveis após a implementação do protocolo, como a melhoria da qualidade assistencial e da comunicação entre as equipes de enfermagem e médica, quando comparadas ao período anterior a utilização do protocolo, contribuindo assim para a segurança do paciente e diminuindo índices de EA, PCR e transferências para UTI. Uma revisão sistemática objetivou identificar sistemas de avaliação precoce, dentre eles a ferramenta MEWS. A análise dos estudos identificou que essa ferramenta, quando empregada para avaliar pacientes internados em enfermarias e pacientes oncológicos predizendo possíveis morbidades é de extrema utilidade, mas não tem sido mostrada como o melhor preditor, é interessante incluir-se parâmetros de análise fisiológicos mais específicos e uma reavaliação nas pontuações do parâmetros existentes⁽¹⁶⁾. Percebeu-se, pelos discursos, que o protocolo permite melhorar de outros aspectos referentes a efetividade da comunicação entre os profissionais. A utilização da MEWS foi apontada como um instrumento eficaz da comunicação da deterioração clínica ao médico, uma vez que permite sintetizar o que foi identificado e expor de forma clara e compreensível⁽⁴⁾. Profissionais da equipe de enfermagem relataram que são os próprios enfermeiros que frequentemente acionam o protocolo por identificarem a deterioração clínica da pessoa na enfermaria⁽⁴⁾.

[...] atualmente, com a questão dos treinamentos do protocolo, teve algumas regras, que não necessariamente o protocolo com uma DC de escore 3 pra frente você precisaria abrir, você tem que avaliar aquele paciente e ver se ele realmente tem necessidade; com as palestras e a questão das campanhas e treinamentos sempre falando sobre, trazendo tanto a equipe médica como a da enfermagem, o protocolo ele está indo bem e ao meu ver, não tem muito o que acrescentar não (E1).

Relataram ainda que mesmo com toda a conscientização em campanhas e treinamentos, ainda assim existem algumas falhas na comunicação, quando se trata do acionamento ou preenchimento adequado do mesmo, que por vezes encontra-se incompleto.

[...] a dificuldade às vezes é um pouco médica, porque, às vezes, você chega a abrir o código e alguns médicos, na opinião deles, acham que não deveria abrir. E a enfermagem abre e aí, às vezes, o código não fica preenchido corretamente, aí fica só a parte da enfermagem e não a médica (E1).

O trabalho em equipe interprofissional é alcançado por meio de um esforço interativo entre todos os profissionais envolvidos, com boa comunicação, respeito e compreensão dos papéis dos outros membros da equipe, é importante que todos levem em consideração a contribuição que cada um tem para a realização de um serviço de qualidade. A maioria dos EA que ocorrem em saúde resultam da

comunicação ineficaz e situações de incompreensão na equipe multiprofissional, diminuindo a segurança do paciente⁽¹⁷⁾.

De um outro ponto de vista, os médicos plantonistas também relataram falha na comunicação, atribuída ao fato de o protocolo ser acionado repetidamente para o mesmo paciente de maneira desnecessária, por conta de alterações dos sinais vitais que não são avaliadas como deveriam ou repassados de maneira não fidedigna, dificultando a assistência.

[...] o que acontece as vezes é que alguns profissionais não tem uma visão clínica sobre a doença de base do paciente, e acabam acionando o código amarelo de maneira desnecessária, por motivo de uma alteração clínica já esperada, seja por efeito dos medicamentos ou pela própria doença de base que o paciente possa ter (M3).

Essas alterações esperadas por conta do tratamento e doença de base em que se encontra o paciente, quando há o acionamento, levam os profissionais a entrar em discordância em relação à necessidade da abertura do protocolo, pois em meio a diferentes intercorrências não conseguem dar uma resposta em tempo ágil para resolução do chamado, inviabilizando também a conformidade do preenchimento correto do protocolo. Um estudo de coorte retrospectiva objetivou relatar os motivos que levam ao acionamento do Código Amarelo no período de março de 2009 e fevereiro de 2014 em um Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Os resultados mostraram que foram acionados 1.423 protocolos código amarelo e que os principais motivos de acionamento deste foram: equipe seriamente preocupada com o paciente com 37,7% (n=536); saturação periférica de oxigênio estava menor que 90% em 32,3% (n=459); e alteração da frequência respiratória em 28 % (n=398) dos protocolos⁽¹⁸⁾. Os médicos plantonistas referiram que priorizam a assistência, e em meio às intercorrências acabam por não finalizar o protocolo que foi acionado e aberto pelo profissional enfermeiro. Esse aspecto da assistência necessita de intervenções voltadas para o cuidado seguro, uma vez que se o enfermeiro acionou o protocolo é porque houve a necessidade.

[...] muitas alterações dos sinais vitais se dão por conta da doença de base, o que já seria algo esperado, tornando desnecessário o acionamento do protocolo sempre que exista um valor crítico, pois a conduta prescrita para o paciente já estava baseada nessas possíveis alterações. É necessário filtrar melhor as intercorrências, para que não deixe de prestar assistência a quem realmente precise, ao invés de avaliar um paciente com alterações já esperadas por conta do quadro clínico (M6).

Os sinais vitais são importantes na detecção precoce do paciente em casos de deterioração e a avaliação e registro são intervenções atribuídas a equipe de enfermagem, reconhecidas como essenciais na detecção da deterioração clínica^(4,19). No entanto, a deterioração clínica exige das equipes mais do que a avaliação dos sinais vitais. O foco apenas nos parâmetros indicados pelos protocolos pode levar uma avaliação menos abrangente da equipe de enfermagem, podendo deixar de realizar uma detecção precoce das mudanças na condição de saúde do paciente⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado possibilitou conhecer a visão dos profissionais assistenciais quanto ao uso do Protocolo Código Amarelo Adulto, como uma ferramenta que norteia o cuidado ao paciente, melhorando a comunicação de maneira padronizada e eficaz. É possível observar que o protocolo tem possibilitado a melhoria da qualidade da assistência no âmbito da segurança do paciente, sendo notório o impacto positivo da sua utilização na detecção precoce de deterioração clínica dos pacientes. Com a implantação desse protocolo, a troca das informações tornou-se mais precisa e coerente, o que conseqüentemente colabora com a segurança do paciente. No entanto, foram identificadas fragilidades nas ações da equipe

inerentes a conscientização quanto à importância do preenchimento conforme do protocolo. A equipe multiprofissional reconhece suas devidas responsabilidades e se mostram adeptos à treinamentos e atualizações para a prestação de uma melhor assistência. As limitações deste estudo se deram pelo receio dos profissionais em serem entrevistados, alegando que as entrevistas poderiam ter outra finalidade além da que foi proposta, caracterizando o medo de que fossem prejudicados pelo teor de seus relatos acerca do protocolo, embora tenham sido esclarecidos quanto ao anonimato de sua participação, contudo esse estudo tornará possível novas abordagens que avaliem a eficácia do protocolo, em uma futura análise quantitativa e histórica.

REFERENCES

- Miranda AP, Carvalho AKO, Lopes AAS, Oliveira VRC, Carvalho PMG, Carvalho HEF. Contribuição da Enfermagem à Segurança Do Paciente: Revisão Integrativa. Rev SANARE. 2017 [citado 2019 Junho 25]; 16(01): 109-117. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1101>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de Abril de 2013: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
- Rocha TF, Neves JG, Viegas K. Modified early warning score: evaluation of trauma patients. Rev Bras Enferm. 2016 [cited 2019 June 25]; 69(5):850-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0145>.
- Freitas CM, Preto EP, Nascimento CAF. Intervenções de enfermagem na monitorização da deterioração clínica da pessoa em enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa. Rev. Enf. Ref. 2017 [cited 2019 June 25]; 4(14): 121 – 132. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17025>.
- Joshi K, Campbell V, Gooch R, Anstey C, Landy M. Adult deterioration detection system (Q-Adds) based rapid response system (Rrs) reduces severity of illness and length of stay of Icu admissions from the ward in a regional hospital. Intensive Care Medicine Experimental. 2015 [cited 2019 June 25]; 3(1): 141. Doi:10.1186/2197-425X-3-S1-A141.
- Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Política Assistencial – Código Amarelo Adulto Morumbi. Morumbi (SP), 2018. [cited 2019 Jul 17]. Available from: <https://docplayer.com.br/78650185-Politicaassistencial-codigo-amarelo-adulto-morumbi.html>.
- Mendes TJM, Silveira LM, Silva LP, Stabile AM. Association between reception with risk classification, clinical outcome and the Mews Score. REME – Rev Min Enferm. 2018 [cited 2019 June 25]; 22:e-1077. Doi: 10.5935/1415-2762.20180007.
- Falqueto J; Farias J. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: relato de uma experiência de aplicação em estudo na área de administração. CIAIQ. 2016 [cited 2019 June 25]; 3(1): 560-569. Available from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/1001/977>.
- Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. Temas psicol.[online]. 2013 [cited 2019 June 25]; 21(2): 513-518. Doi: <http://dx.doi.org/0.9788/TP2013.2-16>.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.
- Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.
- Paixão DPSS, Batista J, Maziero ECS, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz EDA. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. Rev Bras Enferm [internet]. 2018 [cited 2019 Jul 17]; 71(sup11): 622-629. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0504.
- Olino L, Gonçalves AC, Strada JKR, Vieira LB, Machado MLP, Molina KL, et al. Effective communication for patient safety: transfer note and Modified Early Warning Score. Rev Gaúcha Enferm. 2019 [cited 2019 Jul 17]; 40(esp):e20180341. Doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180341.

- Soar J, Nolan JP, Böttiger BW, Perkins GD, Lott C, Carli P, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation*. 2015; 95:100–147. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.016.
- Kronick SL, Kurz MC, Lin S, Edelson DP, Berg RA, Billi JE, et al. Part 4: Systems of care and continuous quality improvement: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015;132(suppl 2): S397– S413. doi: 10.1161/CIR.0000000000000258.
- Galvão J, Silva JC. Sistemas de avaliação precoce na identificação de morbidades maternas: revisão sistemática. *Saúde e Pesquisa*. 2017 [cited 2019 Jul 17]; 10(3):587-596. Doi: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2017v10n3p587-596>
- Courtenay M, Nancarrow S, Dawson D. Interprofessional teamwork in the trauma setting: A scoping review. *Human Resources for Health*. 2013 [cited 2019 Jul 17];11(1): 57. Doi: 10.1186/1478-4491-11-57.
- Mezzaroba AL, Tanita MT, Festti J, Carrilho CMDM, Cardoso LTQ, Grion CMC. Evaluation of the five-year operation period of a rapid response team led by an intensive care physician at a university hospital. *Rev. bras. ter. intensiva* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 17]; 28(3):278-284. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160045>.
- Stafseth SK, Gronbeck S, Lien T, Randen I, Lerdal A. The experiences of nurses implementing the Modified Early Warning Score and a 24-hour on- call Mobile Intensive Care Nurse: an exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2016 [cited 2019 Jul 17]; 34(1):33-41. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.008>.
- Osborne S, Douglas C, Reid C, Jones L, Gardner G. The primacy of vital signs – Acute care nurses’ and midwives’ use of physical assessment skills: A cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2015 [cited 2019 Jul 17]; 52(5): 951–962. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.01.014.
