**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ALEXSANDRO DE OLIVEIRA DIAS

**Atendimentos realizados por times de respostas rápidas
em hospitais**

**RIBEIRÃO PRETO
2017**

ALEXSANDRO DE OLIVEIRA DIAS

Atendimentos realizados por times de respostas rápidas em hospitais

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Andréa Bernardes

RIBEIRÃO PRETO
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dias, Alexsandro de Oliveira

Atendimentos realizados por times de respostas rápidas em hospitais. Ribeirão Preto, 2017.

201 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Profa. Dra. Andréa Bernardes

1. Equipe de Respostas Rápidas de Hospitais. 2. Parada Cardíaca. 3. Reanimação Cardiopulmonar. 4. Segurança do Paciente.

CDU 616-083.98

DIAS, Alexsandro de Oliveira

Atendimentos realizados por times de respostas rápidas em hospitais

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

À Deus, pela vida, pela luz no meu caminho, pela vontade no meu coração, pelo amparo aos momentos difíceis e por tudo que eu tenho e sou.

Aos meus Pais Francisco (in memoriam) e Idelfma, pelo exemplo absoluto de perseverança e superação.

Aos profissionais dos times de respostas rápidas que atuam incansavelmente nos atendimentos emergenciais e com isso contribuem com a segurança do paciente durante seu período de hospitalização. Espero que este estudo possa colaborar em prol de sistemas de saúde mais seguros.

AGRADECIMENTOS

Com muita alegria e satisfação, quero de coração agradecer as pessoas que cooperaram para realização deste estudo. Caso minha memória não seja fiel e alguns nomes não estejam aqui listados, sintam-se lembrados e recebam os meus sinceros agradecimentos.

*Agradeço a **Profª. Drª. Andrea Bernardes**, que me acolheu como orientando, mostrou pela valiosa convivência o seu compromisso, ética e disciplina neste percurso do doutorado e, principalmente, por ter acreditado que seria possível a conclusão deste estudo, não tenho palavras para agradecer, todo o meu respeito e admiração... Muito Obrigado!*

*Aos docentes **Drª. Adriana Valongo Zani**, **Drª. Cíntia Magalhães Carvalho Grion**, **Dr. Edson Lopes Lavado**, **Drª. Lucienne Tiberio Queiroz Cardoso** e **Drª. Maria do Carmo Lourenço Haddad**, que gentilmente aceitaram compartilhar seus conhecimentos para o aprimoramento deste estudo.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** da **Universidade de São Paulo**, pela viabilidade de conclusão do estudo.*

*Aos **hospitais** que integraram o cenário de pesquisa, que implantaram e mantêm suas equipes de respostas rápidas e aos **profissionais** que gentilmente concederam seu tempo para a contribuição no estudo.*

*À **Universidade Estadual de Londrina** e a **Direção do Hospital Universitário** que proporcionaram e incentivaram a realização deste estudo, com liberação de carga horária necessária à capacitação.*

*"Escrever é fácil: você começa com uma letra maiúscula e termina com um ponto final. No meio você coloca as ideias".
(Pablo Neruda)*

*“Eu pedi Força... e Deus me deu Dificuldades para me fazer forte.
Eu pedi Sabedoria... e Deus me deu Problemas para resolver.
Eu pedi Prosperidade... e Deus me deu Cérebro e Músculos para trabalhar.
Eu pedi Coragem... e Deus me deu Perigo para superar.
Eu pedi Amor... e Deus me deu pessoas com Problemas para ajudar.
Eu pedi Favores... e Deus me deu Oportunidades.
Eu não recebi nada do que pedi... Mas eu recebi tudo de que precisava".
(Autor desconhecido)*

RESUMO

DIAS, A.O. **Atendimentos realizados por times de respostas rápidas em hospitais.** 2017. 201 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

A segurança do paciente tornou-se indispensável para o sistema de saúde, portanto iniciativas vêm sendo implantadas, no decorrer dos anos, com vistas a reduzir os eventos adversos. A atuação do time de resposta rápida (TRR) consolida-se como estratégia para prover atendimento ao paciente que apresente sinais de deterioração clínica no setor de internação geral em hospitais. O serviço é formado por equipe multiprofissional capacitada para prestar tratamento intensivo ao paciente com quadro de deterioração clínica aguda no setor de internação, por meio de códigos (amarelo e azul) instituídos para seu acionamento, com vistas a reduzir a probabilidade de agravamento do quadro clínico ou risco de óbito imediato do paciente, durante o seu período de hospitalização. O estudo objetiva caracterizar as exigências críticas nos atendimentos emergenciais realizados por TRR, em um hospital público no estado do Paraná e um filantrópico no estado de São Paulo. Pesquisa descritiva, exploratória, qualitativa, com utilização da Técnica do Incidente Crítico como guia do processo metodológico, realizada por meio de entrevistas com 19 médicos, 20 fisioterapeutas e 23 enfermeiros. Os resultados encontrados foram agrupados em 89 incidentes críticos extraídos das entrevistas. A análise dos dados constou da identificação e do agrupamento de 220 comportamentos e 130 consequências. A partir das situações, comportamentos e consequências identificadas, destacam-se a necessidade da melhoria na via aferente do TRR (reconhecimento da deterioração clínica e acionamento do TRR na unidade), a capacitação dos profissionais das unidades de internação para exercer as habilidades técnicas iniciais necessárias frente ao atendimento de emergência até a chegada do TRR, a falha na interação entre os diversos profissionais durante o atendimento do código azul com prejuízo na sistematização do atendimento de emergência para reverter o quadro de parada cardiorrespiratória dos pacientes e os sentimentos e emoções negativas geradas nos profissionais como dificultadores dos atendimentos emergenciais em código azul. Em relação aos destaques positivos a partir das situações, comportamentos e consequências identificados, ressaltam-se o tempo de chegada do TRR na unidade para realizar o atendimento de emergência, a sistematização do atendimento de reanimação cardiopulmonar realizada pela equipe multiprofissional, o restabelecimento das funções vitais do paciente após o atendimento e a sua transferência após a finalização do atendimento da unidade de internação para um ambiente de cuidados intensivos. Como principais sugestões ao TRR, os entrevistados pontuaram a importância da capacitação de atendimento de emergência aos profissionais das unidades de internação, a necessidade de mantê-los atuando exclusivamente no TRR, o número adequado de profissionais no quarto durante o atendimento de emergência e a importância do registro em prontuário do paciente sobre a decisão de não reanimação frente aos cuidados paliativos. Destaca-se a expressiva frequência dos resultados positivos comparados aos negativos que permearam as situações, comportamentos e consequências decorrentes das entrevistas. Infere-se que mesmo ocorrendo dificuldades, enfrentadas por esses profissionais durante os atendimentos realizados aos pacientes que se tornam críticos nas enfermarias, predominaram os relatos positivos

nas diversas categorias que legitimaram a importância da implantação desse serviço, como contribuição à qualidade e segurança dos que estão hospitalizados.

Descritores: Equipe de respostas rápidas de hospitais. Parada cardíaca. Reanimação cardiopulmonar. Segurança do Paciente.

ABSTRACT

DIAS, A.O. **Care by rapid response teams in hospitals.** 2017. 201 p. Doctoral Dissertation. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Patient safety has become indispensable for the health system. Therefore, initiatives have been implemented over the years to reduce adverse events. The performance of the Rapid Response Team (RRT) has been consolidated as a strategy to provide care to patients who get in critical conditions at the general hospital admission unit. The service is constituted by a multiprofessional team with an approach in the intensive treatment of patients with signs of acute clinical deterioration in the inpatient unit, through codes established for its activation, in order to reduce the probability of worsening of the clinical condition or imminent death risk of the patient during the hospitalization period. The study aims to characterize the critical requirements in emergency care provided by the RRT at a public hospital in the state of Paraná and a philanthropic hospital in the state of São Paulo, Brazil. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, adopting the Critical Incident Technique to guide the methodological procedures, performed with 62 health professionals, being 19 physicians, 20 physiotherapists and 23 nurses. The results were grouped into 89 critical incidents extracted from the interviews. Data analysis consisted of the identification and grouping of 220 behaviors and 130 consequences. Based on the situations, behaviors and consequences identified, there is a need to improve the afferent pathway of RRT (recognition of clinical deterioration and activation of the RRT in the unit), the qualification of the professionals of the inpatient units to perform the necessary initial technical skills in the emergency response until the arrival of the RRT, the failure in the interaction among the different professionals during blue-code care with negative effects for the systematization of emergency care to revert the patients' CPA and the negative feelings and emotions generated in the professionals as impediments to code-blue emergency care. Regarding the positive highlights from the situations, behaviors and consequences identified, the arrival time of the RRT in the unit to perform the emergency care, the systematization of the cardiopulmonary resuscitation service performed by the multiprofessional team, the restoration of the patient's vital functions after the care and transfer of the patient after the end of the care from the inpatient unit to an intensive care environment. As the main suggestions to the RRT, the interviewees pointed out the importance of emergency care training for the professionals of the inpatient units, the need to keep the professionals working exclusively in the RRT, the appropriate number of professionals in the room during emergency care and the importance of registering the patient's decision not to resuscitate in the patient file in view of palliative care. The significant frequency of positive over negative results was highlighted, which permeated the situations, behaviors and consequences deriving from the interviews. It is inferred that, even though these professionals encountered difficulties during the visits to patients who became critical in the wards, the positive reports predominated in the various categories that legitimized the importance of implementing this service, as a contribution to the quality and safety of hospitalized patients.

Descriptors: Hospital rapid response team. Heart arrest. Cardiopulmonary resuscitation. Patient safety.

RESUMEN

DIAS, A.O. Atenciones prestadas por equipos hospitalarios de respuesta rápida. 2017. 201 h. Tesis (Doctorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

La seguridad del paciente resulta fundamental para el sistema de salud. Por lo tanto, iniciativas vienen siendo implantadas a lo largo de los años visando reducir los eventos adversos. La actuación del equipo de respuesta rápida (ERR) se consolida como estrategia para prestar atención al paciente que se vuelve crítico en la unidad de internación general en hospitales. El servicio está formado por un equipo multiprofesional con aproximación en el tratamiento intensivo al paciente con señales de deterioro clínico agudo en la unidad de internación, mediante códigos establecidos para su accionamiento, visando reducir la probabilidad de empeoramiento del cuadro clínico o riesgo de muerte inminente del paciente, durante su período de hospitalización. La finalidad de estudio es caracterizar las exigencias clínicas en las atenciones de emergencia efectuadas por ERR en un hospital público en el estado de Paraná y un filantrópico en el estado de São Paulo. Fue desarrollado un estudio descriptivo, exploratorio con aproximación cualitativa, adoptándose la Técnica del Incidente Crítico como orientadora de los procedimientos metodológicos, llevado a cabo con 62 profesionales de salud, siendo 19 médicos, 20 fisioterapeutas y 23 enfermeros. Los resultados encontrados fueron agrupados en 89 incidentes críticos extraídos de las entrevistas. El análisis de los datos abarcó la identificación y la agrupación de 220 comportamientos y 130 consecuencias. A partir de las situaciones, comportamientos y consecuencias identificadas, se destacan la necesidad de mejora en la vía aferente del ERR (reconocimiento del deterioro clínico y accionamiento del ERR en la unidad), la capacitación de los profesionales de las unidades de internación para ejercer las habilidades técnicas iniciales necesarias ante la atención de emergencia hasta la llegada del ERR, el fallo en la interacción entre los diversos profesionales durante la atención de código azul con daño en la sistematización de la atención de emergencia para revertir el cuadro de PCR de los pacientes y los sentimientos y emociones negativos causados en los profesionales como dificultadores de las atenciones de emergencia en código azul. Respecto a los destakes positivos a partir de las situaciones, comportamientos y consecuencias identificados, se subrayan el tiempo de llegada del ERR en la unidad para la atención de emergencia, la sistematización de la atención de reanimación cardiopulmonar prestada por el equipo multiprofesional, el restablecimiento de las funciones vitales del paciente tras la atención y la transferencia del paciente tras la finalización de la atención desde la unidad de internación hasta un ambiente de cuidados intensivos. Como principales sugerencias a los ERR, los entrevistados indicaron la importancia de la capacitación de atención de emergencia a los profesionales de las unidades de internación, las necesidades de mantener los profesionales actuando exclusivamente en el ERR, el número adecuado de profesionales en la habitación durante la atención de emergencia y la importancia del registro en el archivo del paciente sobre la decisión de no reanimación ante los cuidados paliativos. Se destaca la frecuencia expresiva de los resultados positivos comparados a los negativos que permearon las situaciones, comportamientos y consecuencias derivados de las entrevistas. Se desprende que, aunque ocurran dificultades, enfrentadas por esos profesionales

durante las atenciones a los pacientes que se vuelven críticos en las enfermarías, predominaron los relatos positivos en las diversas categorías que legitimaron la importancia de la implantación de ese servicio, como contribución a la calidad y seguridad de los pacientes hospitalizados.

Descriptores: Equipo hospitalario de respuesta rápida. Paro cardíaco. Reanimación cardiopulmonar. Seguridad del paciente.

LISTA DE FIGURA

Figura 1	Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos da revisão integrativa. Ribeirão Preto-SP, 2017.....	58
----------	--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Desafios globais das atividades do programa de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde	27
Quadro 2	Ações recomendadas pelo <i>Institute For Healthcare Improviment</i> (IHI) para a “campanha salvando 100 mil vidas” e a “campanha salvando 5 milhões de vida”.....	32
Quadro 3	Sistema “ <i>track and trigger</i> ” (rastreamento e gatilho), utilizado na via aferente para acionar o time de resposta rápida.....	38
Quadro 4	Escore de alerta precoce modificado.....	39
Quadro 5	Síntese do método PICO, para formulação da questão do estudo, segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007).....	54
Quadro 6	Estratégia PICO para formulação de pergunta de revisão integrativa.....	55
Quadro 7	Descritores controlados e não controlados utilizados na pesquisa, em conformidade com o <i>DeCs</i> e <i>MeSH</i>	56
Quadro 8	Distribuição dos artigos da revisão integrativa quanto aos autores, título, periódico, país, ano, resultados e conclusões.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil demográfico dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais participantes do estudo (n=62). Londrina-PR, São Paulo-SP, 2017.....	90
Tabela 2	Distribuição das categorias das situações (incidentes críticos), segundo referência positiva ou negativa, relacionadas aos atendimentos realizados pelas equipes multiprofissionais de um hospital público e um hospital filantrópico. Londrina-PR, São Paulo-SP, 2017.....	93
Tabela 3	Distribuição das categorias de comportamentos extraídas dos incidentes críticos, segundo referência positiva ou negativa, relacionadas aos atendimentos realizados pelas equipes multiprofissionais de um hospital público e um hospital filantrópico. Londrina-PR, São Paulo-SP, 2017.....	111
Tabela 4	Distribuição das categorias de consequências, segundo referência positiva ou negativa, relacionadas aos atendimentos realizados pelas equipes multiprofissionais de um hospital público e um hospital filantrópico. Londrina-PR, São Paulo-SP, 2017.....	141
Tabela 5	Distribuição das ocorrências das sugestões dos profissionais ao serviço de resposta rápida da instituição. Londrina-PR, São Paulo-SP, 2017.....	157

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AHA	<i>American Heart Association</i>
ACLS	<i>Advanced Cardiac Life Support</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AMA	Associação Médica Americana
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCO	<i>Critical Care Outreach</i>
CPB	Código Penal Brasileiro
CPSI	<i>Canadian Patient Safety Agency</i>
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EA	Evento Adverso
EUA	Estados Unidos da América
EWS	<i>Early Warning Score</i>
FV	Fibrilação Ventricular
IC	Incidente Crítico
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LILAC	Latino-Americana em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
MET	<i>Medical Emergency Team</i>
MEWS	<i>Modified Early Warning Score</i>
MS	Ministério da Saúde
NHS	<i>National Health Service</i>
NPSF	<i>National Patient Safety Foundation</i>

NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PCR/RCP	Parada Cardiorrespiratória/Reanimação Cardiopulmonar
PICO	População (P), Intervenção (I), Comparação (C), <i>Outcomes</i> (Desfecho/Resultado)
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PRT	<i>Patient at Risk Team</i>
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RCE	Retorno da Circulação Espontânea
RCP	Reanimação Cardiopulmonar
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RRS	<i>Rapid Response System</i>
RRT	<i>Rapid Response Team</i>
SBV	Suporte Básico de Vida
SAVC	Suporte Avançado de Vida em Cardiologia
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Técnica de Incidente Crítico
TRR	Time de Resposta Rápida
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1.	INTRODUÇÃO	21
1.1	Segurança do paciente	22
1.2	Times de respostas rápidas em hospitais	31
1.3	Parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar: diretrizes da <i>American Heart Association</i> ® (AHA).....	44
1.4	Justificativa do estudo.....	50
2.	REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	52
3	OBJETIVOS.....	67
3.1	Objetivo geral.....	68
3.2	Objetivos específicos.....	68
4.	MATERIAL E MÉTODOS.....	69
4.1	Tipo de estudo.....	70
4.2	A Técnica do Incidente Crítico	71
4.3	Cenário de investigação.....	73
4.4	Participantes do estudo	76
4.5	Procedimento da coleta de dados.....	76
4.6	Análise e interpretação dos dados.....	80
4.7	Aspectos éticos da pesquisa.....	87
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	88
5.1	Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo	89
5.2	Identificação e análise das situações	92
5.2.1	Reconhecimento da deterioração clínica do paciente.....	93
5.2.2	Acionamento do time de resposta rápida na unidade.....	97
5.2.3	Tempo de chegada do time de resposta rápida na unidade.....	102
5.2.4	Desempenho técnico assistencial inicial dos profissionais da unidade frente ao atendimento de emergência.....	106
5.3	Identificação e análise dos comportamentos.....	110
5.3.1	Interação da equipe multiprofissional.....	111
5.3.2	Dimensão ético-legal no atendimento da emergência.....	116
5.3.3	Estrutura física e ambiência para realização do atendimento...	121
5.3.4	Sistematização do atendimento de emergência.....	123
5.3.5	Percepção da gestão do atendimento de emergência	128
5.3.6	Recursos materiais.....	133
5.3.7	Capacitação permanente da equipe	136
5.4	Identificação e análise das consequências.....	141

5.4.1	Sentimento e emoção gerados pelo atendimento multiprofissional.....	142
5.4.2	Restabelecimento das funções vitais do paciente.....	147
5.4.3	Admissão do paciente em leito de UTI.....	148
5.4.4	Óbito.....	151
5.4.5	Identificação do resultado a partir da conduta tomada pela equipe.....	152
5.5	Estabelecimento das exigências críticas nos atendimentos emergenciais realizados por times de respostas rápidas em hospitais.....	154
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	158
	REFERÊNCIAS.....	163
	APÊNDICES.....	187
	ANEXOS.....	198

APRESENTAÇÃO

A área de urgência e emergência exerceu influência em minha formação profissional desde a graduação, na ocasião em que atuei na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto em decorrência do internato em enfermagem.

Tive a oportunidade de ingressar no mercado de trabalho logo após a conclusão da graduação, com o início da carreira profissional em um hospital filantrópico, na UTI recém-inaugurada com dez leitos, em uma cidade localizada no noroeste do Paraná.

Após aprovação em concurso junto a um Hospital Universitário Público na cidade de Londrina-PR, pude vivenciar outra realidade de modelo assistencial de terapia intensiva, considerando um melhor aporte tecnológico e de equipes disponíveis para a alta complexidade de atendimentos clínicos e cirúrgicos, prestados no sistema público de saúde.

Posteriormente, fui convidado a exercer a coordenação de encarregado de seção do pronto-socorro e verificar a implantação, pela Direção, do Time de Resposta Rápida (TRR), em março de 2009, com a finalidade de realizar assistência à saúde ao paciente que se tornava grave fora de um leito de UTI.

O atendimento de urgência e emergência prestado por uma equipe de reposta rápida, composta por médico, enfermeiro e fisioterapeuta, acionada por meio de critérios estabelecidos é realizada em uma unidade externa à UTI, de maneira integralizada com os profissionais de saúde do setor.

Observei então, o novo modelo assistencial implantado na instituição para o atendimento ao paciente que se tornava crítico nas unidades de internação; após quatro anos de funcionamento do referido serviço, concluí a Dissertação de Mestrado com a avaliação deste serviço, na percepção dos enfermeiros que atuavam nestas unidades.

O estudo desenvolvido possibilitou o aprofundamento na avaliação da qualidade do serviço de resposta rápida, de acordo com o modelo da tríade de avaliação de serviços de saúde, proposto por Avedis Donabedian (estrutura-processo-resultado).

A inserção no Programa de Doutorado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) viabilizou a continuidade do aprendizado nessa temática por meio da avaliação do atendimento de emergência, com a visão ampliada para todos os profissionais comprometidos no cuidado com o paciente, que se torna crítico durante sua hospitalização.

A questão do trabalho em equipe, desenvolvido tanto pelos profissionais que compõem as equipes de resposta rápida, como aqueles que atuam nas unidades assistenciais, tem-me despertado o interesse no aprofundamento do tema, pois se trata de um serviço que contribui com uma assistência segura ao paciente, exercendo influência direta na sua sobrevivência. Destaca-se que as publicações nacionais acerca desta temática são escassas no sentido de desvelar como ocorrem os atendimentos emergenciais na atenção hospitalar.

Respeitadas as diferenças entre os cenários de pesquisa, sendo uma instituição pública e a outra filantrópica, os objetivos dos atendimentos assemelham-se, dentre eles, a necessidade do trabalho desenvolvido por equipes multiprofissionais, desencadeada por código de acionamento idêntico, cujo objetivo primordial é a rápida detecção da deterioração clínica do paciente, acionamento do TRR e pronto atendimento da emergência ao paciente que se torna grave no setor de internação.

Tais inquietações estão voltadas à minha prática cotidiana de trabalho na Gerência de Risco e Núcleo de Segurança do Paciente, uma vez que analisamos e discutimos estratégias contínuas para garantir uma assistência livre de riscos aos pacientes na instituição. Logo, entender como acontece o atendimento de emergência realizado por TRR é essencial para o aprimoramento dos serviços de saúde, contribuindo para que seja garantida a segurança do paciente.

Entendo que os resultados oriundos desta pesquisa poderão trazer contribuições acerca do trabalho desenvolvido por TRR em unidades assistenciais, com possibilidade de reflexão da dinâmica de trabalho por parte de gestores, coordenadores e demais profissionais das instituições de saúde, bem como favorecer o desenvolvimento de pesquisas futuras.

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tornou-se indispensável para o sistema de saúde, com vistas a diminuir a taxa de mortalidade hospitalar e os eventos adversos, tais como parada cardiorrespiratória (PCR). A atuação do serviço de resposta rápida consolida-se como estratégia para prover atendimento de urgência e emergência ao paciente que se torna grave no setor de internação não crítico.

Esta seção abordará os temas de segurança do paciente; times de respostas rápidas em hospitais; parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar, conforme diretrizes da *American Heart Association*® (AHA).

1.1 Segurança do Paciente

A Organização Mundial de Saúde (OMS), alerta que dezenas de milhões de pacientes sofrem lesões que levam a algum tipo de incapacidade ou ao óbito decorrente de falhas na assistência em saúde todos os anos, ao redor do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

A cada dez pacientes, um deles sofre alguma lesão ao receber cuidados de saúde em ambientes hospitalares, mesmo que estas instituições disponham de tecnologia avançada e importantes níveis de investimentos. Entretanto, em países em desenvolvimento são escassas as evidências sobre o ônus da falta de segurança dessas pessoas, onde pode ocorrer uma incidência ainda maior de danos, devido às limitações infraestruturais, tecnológicas ou de outros recursos inerentes a assistência segura em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

Apesar da temática segurança do paciente apresentar crescente evidência na literatura, não pode ser considerada algo contemporâneo, tendo em vista registro relatado há mais de dois mil anos (TRINDADE; LAGE, 2014).

Hipócrates, pioneiro da medicina, já sabendo que a assistência a saúde seria capaz de ocasionar algum tipo de lesão à pessoa enferma, alertou “nunca causarei dano a ninguém”, que posteriormente sofreu tradução para “*primum non nocere*” ou “primeiro não causar dano”. Florence Nightingale, a precursora da enfermagem moderna, advertiu em 1863 que “pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano ao doente” (WACHTER; PRONOVOST; SHEKELLE, 2013). Diante dos fatos, constata-se a inquietude ao

longo do tempo com a questão da segurança dos pacientes.

Para compreender a questão da segurança, faz-se oportuno definir os conceitos inerentes às falhas na assistência em saúde ao paciente, que podem ser classificadas como: “circunstância de risco” (existiu o risco, sem desencadear o dano), “quase erro” (incidente que não atingiu o paciente), “incidente sem dano” (houve incidente, sem transcorrer o dano) ou incidente com dano ao paciente, que pode ser referido, também, como evento adverso (EA) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

Em 1911, Ernest Codman, pesquisou os eventos de pacientes que eram acometidos por erros durante as intervenções médicas. Em 1918, depois da composição da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), sucedeu-se outro estudo similar, o qual apontou a taxa de incidência de EA decorrentes dos cuidados realizados aos pacientes pelos profissionais de saúde e a importância da evitabilidade frente as falhas iatrogênicas ocorridas (WACHTER; PRONOVOST; SHEKELLE, 2013).

Mills (1978) conduziu o estudo pioneiro que empregou a revisão de análise de prontuários para contabilizar a ocorrência de EA em instituições hospitalares nos Estados Unidos (EUA) e verificou que a incidência desses eventos acometia 4,65% dos pacientes internados. Porém, foi apenas com a publicação da pesquisa realizada por Brennan et al. (1991) em hospitais norte americano, que se evidenciou uma incidência de EA, em aproximadamente, 3,7% dos pacientes, sendo então divulgada a extensão das complicações relacionadas com a questão do comprometimento em relação a segurança do paciente.

Após as duas publicações norte-americanas sobre análise de prontuários, outras pesquisas foram realizadas e concluíram que a incidência de EA variou de 9% a 16,6% em outros países desenvolvidos, com uma taxa de evitabilidade da ocorrência desses eventos variando entre 27 a 50% (WILSON et al., 1995; VINCENT; NEALE; WOLOSHYNOWYCH et al., 2001; DAVIS et al., 2001; SCHIOLER et al., 2001; MICHEL et al., 2004; BAKER et al., 2004).

No ano de 1991, nos EUA, com a finalidade de realizar contribuições internacionais para a melhoria do cuidado ao paciente, foi fundado o *Institute for Health Care Improvement* (IHI). Outras organizações agregaram-se a essa instituição, como o Instituto para Práticas Seguras de Medicação e Conselho Nacional Americano de Prevenção de Erros de Medicação, ambas com o intuito de

promover ações relacionadas ao uso seguro de medicamentos no atendimento à saúde.

Em 1997, a Associação Médica Americana (AMA) relatou a formação da Fundação Nacional de Segurança do Paciente com a finalidade de estabelecer que o paciente hospitalizado permaneça isento de ocorrência de dano, com o objetivo de agregar os membros da equipe de saúde, aumentar a liderança dos profissionais, promover conhecimentos e disseminar ações sobre práticas seguras (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015).

Porém, no ano de 1999, notou-se empenho minucioso para valorizar a segurança do paciente com a divulgação norte americana intitulada *To Err is Human* (Errar é humano) (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999). Esta publicação desencadeou um importante impacto na mídia em diversos países, pois enfatizava que aproximadamente 44 a 98 mil indivíduos evoluíram a óbito todos os anos, nos EUA, em decorrência de EA evitáveis. Esses números ultrapassavam as mortes, por ano, ocasionadas por acidente de trânsito (43.458), por neoplasia maligna de mama (42.297) e pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (16.516) (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Entretanto, dados da *Agency for Healthcare Research and Quality* (2012), organização designada pelo governo americano, como líder no apoio à pesquisa para diminuição das falhas na assistência a saúde, advertiram que mesmo transcorridos alguns anos do lançamento do livro "*Err is Human*", o sistema de saúde americano ainda não havia avançado em relação às medidas efetivas na área de segurança do paciente.

Outras ações para contribuição e estímulo no avanço da segurança do paciente foram criadas por meio de agências em diversos países, dentre elas, destacam-se a Sociedade de Segurança do Paciente na Dinamarca Agência Nacional de Segurança do Paciente no Reino Unido; a Agência Australiana e Canadense de Segurança do Paciente e a Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde nos EUA, com a missão de desenvolver atividades contínuas de qualidade e segurança dos cuidados inerentes à saúde dos pacientes (SOUSA et al., 2011).

Estudos realizados em diferentes países também demonstraram elevada ocorrência de EA. Em Portugal, investigação apontou a ocorrência de 11% de tais eventos e destes, 53,2% poderiam ter sido evitados (SOUSA et al., 2011). Na Tunísia, estudo evidenciou que 10% dos pacientes internados no período dessa

pesquisa sofreram EA, sendo que destes, 60% poderiam ter sido evitados e 21% casos ocasionaram óbitos aos pacientes (LETAIEF et al., 2011).

Na Suécia, constatou-se que 12,3% dos pacientes sofreram EA, dos quais 3% evoluíram ao óbito. Chama-se a atenção que 70% dos eventos desencadeados eram passíveis de prevenção e isso prolongou o tempo de internação dos pacientes em, aproximadamente, seis dias (SOOP et al., 2009).

Na Holanda, pesquisa realizada em 21 hospitais, também determinou a incidência e os impactos dos EA na assistência à saúde, evidenciando que acometeram 5,7% dos pacientes e que, 2,3% eram passíveis de prevenção (ZEGERS et al., 2009).

Pesquisadores norte americanos concluíram que a falha na garantia da prestação de assistência segura ao paciente desencadeou 42,7 milhões de EA ao redor do mundo, por ano, sendo que desse total, dois terços ocorrem nos países em desenvolvimento e nos considerados em transição (JHA et al., 2013).

Estudo multicêntrico, realizado em cinco países em desenvolvimento, avaliou 11.000 pacientes internados em hospitais, dos quais 10% apresentaram pelo menos um EA relacionado ao atendimento recebido durante o período de hospitalização, sendo 60% das ocorrências classificadas como eventos evitáveis (ARANAZ-ANDRÉS et al., 2011).

Pesquisa realizada em hospitais de ensino no Brasil verificou que a incidência de EA acometeu 7,6% dos pacientes hospitalizados, e, destes, mais da metade foram classificados como eventos evitáveis. Os autores afirmaram que os EA representam um grave problema à prestação dos cuidados a saúde no Brasil, porém esta realidade deve ser revertida com ações que não demandam elevado aporte tecnológico ou financeiro (MENDES et al., 2009).

Os países em desenvolvimento deparam-se diariamente com problemas que prejudicam a assistência prestada de forma segura ao paciente, pois as instituições de saúde de menor ou maior complexidade convivem em um cenário de limitação de recursos financeiros, aliado a infraestrutura deficitária. Todavia, faz-se importante compreender o conjunto de fatores que expõem os pacientes aos riscos e danos, pois se tornam essenciais o planejamento e a execução de ações corretivas mais eficientes, que sejam imediatamente adotadas nos sistemas de saúde (WILSON et al., 2012).

Mendes et al. (2013) alertam sobre a importância dos diretores de

serviços de saúde e equipes multiprofissionais envolvidas nos cuidados aos pacientes conhecerem a natureza do EA, a fim de reduzir o risco potencial na prestação da assistência a saúde e, ressaltam ainda, que métodos simples e objetivos necessitam ser elaborados, com o intuito de analisar e mitigar a ocorrência dos EA, que acometem os pacientes durante seu período de internação.

Todos os dados até então apresentados são alarmantes e desencadeiam grandes repercussões, tanto em âmbito nacional como internacional, sendo o tema segurança do paciente, atualmente, considerado como prioridade global pelas principais organizações de saúde do mundo. Nas últimas décadas, a ampliação do debate na área da saúde e a qualidade de assistência ganharam foco, ainda aquém das expectativas, tanto na percepção dos pacientes quanto dos próprios profissionais envolvidos na assistência em saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE, 2015).

Um norte para o direcionamento de melhorias na área de qualidade e segurança na assistência à saúde surgiu com o *Institute of Medicine* (IOM), uma instituição não governamental, dos EUA, que, em 2001, publicou um relatório intitulado “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*”, que aborda os objetivos específicos para o desenvolvimento da segurança e qualidade da assistência em saúde, com a finalidade de nortear as ações realizadas dos consultórios aos complexos hospitalares (INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE, 2015).

Ainda de acordo o relatório anteriormente mencionado do *Institute of Medicine* (2001), havia a necessidade de transformação no sistema de saúde, e, para isso, foram propostas seis dimensões que deveriam nortear a assistência prestada, sendo elas: 1-Segura (evitar que o paciente sofra dano desnecessário ocasionado pela assistência); 2-Efetiva (assistência deve ser realizada com base nas melhores evidências científicas); 3-Centrada no paciente (que deve ser capacidade de ser ativo na decisão sobre qualquer intervenção), 4-Oportuna (qualquer perda ou atraso de tempo deve ser evitado a todo custo, tanto para o paciente, quanto para quem presta a assistência); 5-Eficiente (assistência à saúde de maneira racional, sem desperdícios e sem excessos) e 6-Igualitária (a qualidade da assistência prestada deve ser igual para qualquer ser humano, independente do gênero, raça, idade, religião, condição econômica, característica social ou cultural) (INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE, 2015).

Outro marco importante em relação a segurança do paciente foi a realização da 57ª Assembléia Mundial da Saúde em 2004, que teve por finalidade estimular e conscientizar os profissionais de saúde e a população, para o levantamento de soluções que propiciem a melhoria de políticas e práticas seguras na assistência a saúde, por meio das sugestões aos países-membros na incorporação do desafio global, que lança, a cada período, um novo tema prioritário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a).

Os desafios globais, recomendados para incorporação pelos estados-membros da OMS, são descritos no Quadro 1.

Quadro 1 - Desafios globais das atividades do programa de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde.

1. O primeiro desafio global no programa de segurança do paciente	Iniciou o primeiro desafio global para a segurança do paciente, em 2005, pautado na prevenção e diminuição de infecção, com o tema “uma assistência limpa é uma assistência mais segura”. O segundo desafio global de saúde do paciente foi relacionado com o tópico “cirurgias seguras salvam vidas”.
2. Paciente comprometido com a sua segurança	Garante que o paciente esteja no núcleo do movimento pela sua saúde, em qualquer parte do mundo.
3. Estudos relacionados a segurança do paciente	Contribuição com estudos internacionais acerca da natureza dos incidentes relacionados à assistência dos pacientes e os mecanismos de prevenção.
4. Classificação internacional para segurança do paciente	Padronização da classificação internacionalmente aceita de informação relacionada à segurança do paciente, produzindo referência universal.
5. Informações e aprendizado	Promovem a elaboração de notificações, investigações e análises que levantam os fatores de riscos, contribuindo com o aprendizado contínuo e a mitigação dos eventos adversos.
6. Intervenções para segurança do paciente	Discutem as condutas efetivas para prevenção de eventos adversos aos pacientes hospitalizados.
7. High 5S	Reforçam as práticas assistenciais no preparo e administração de medicamento potencialmente perigoso; controle da medicação na transcrição de cuidado; procedimento cirúrgico apropriado; diminuição de erro relacionado a comunicação durante a passagem de plantão; prevenção e diminuição de infecção associada ao cuidado em saúde.
8. Uso de recurso tecnológico para segurança do paciente	Enfatiza o emprego de novas tecnologias para consolidação da assistência segura aos pacientes.
9. Compartilhando os conhecimentos	Difunde as experiências adquiridas em relação a segurança do paciente.

10. Reduzindo a infecção da corrente sanguínea	Realiza ações de controle e prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao uso de cateter venoso central em instituições de saúde.
11. Educação para assistência segura	Elaboração de matriz curricular nos cursos na área da saúde, relacionado à temática de segurança do paciente.
12. Premiações	Incentiva as premiações internacionais aos destaques nos avanços relacionados a segurança do paciente.
13. Uso de listas de verificação de segurança	Utilização de outras listas de verificação de segurança em hospitais, a exemplo do <i>check-list</i> de cirurgia segura, tais como: Influenza A (H1N1) e parto seguro.
14. O terceiro desafio global: medicação sem dano	Incentiva as iniciativas de estabelecer na prescrição, distribuição e consumo dos medicamentos, associado com a conscientização entre os pacientes sobre os riscos associados ao uso indevido de medicações.

Fonte: BRASIL, 2011a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b.

De acordo com a recomendação de número 6 (intervenções para segurança do paciente), descrita no Quadro 1, a OMS em 2005, indicou a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), como a instituição colaboradora com o objetivo de contribuir com as atividades práticas de prevenção de EA ao paciente, de acordo com sua experiência em certificação de qualidade em instituições de saúde (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2013a).

Em 2007, a OMS lançou as “nove soluções para a segurança do paciente”, para reduzir as ocorrências de EA relacionadas a assistência em saúde no que tange ao dilema de grafia e pronúncia dos nomes de medicações; as informações corretas de identificação do paciente; a comunicação efetiva dos profissionais em relação a transferência intra-hospitalar do paciente; intervenção em local correto; observação no preparo e administração de solução com eletrólito em elevada concentração; a garantia da infusão da medicação durante a prestação do cuidado; ausência de desconexões de cateteres e tubos; utilização única de material para injeção e a conscientização dos profissionais quanto à importância da higienização das mãos no intuito de reduzir a infecção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Em 2011, em decorrência das falhas humanas na assistência a saúde, a OMS difundiu as seis metas internacionais para a segurança do paciente, a fim de

favorecer avanços significativos na melhoria de áreas problemáticas da saúde, com soluções fundamentadas nas seguintes linhas dos cuidados: 1-Identificar os pacientes corretamente; 2-Efetivar a comunicação entre profissionais de saúde; 3-Aprimorar a segurança de medicação potencialmente perigosa; 4-Certificar a cirurgia, o procedimento e o paciente certo; 5-Diminuir taxa de infecção relacionada ao cuidado de saúde e 6-Reduzir a incidência de lesão por pressão e queda do paciente (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2013b).

Em março de 2017, a OMS lançou uma iniciativa global para reduzir, em 50% os danos graves associados aos medicamentos em todos os países nos próximos cinco anos, denominada *Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*, que tem como objetivo abordar as fragilidades nos sistemas de saúde que desencadeiam erros de medicação e as graves repercussões que acometem os pacientes. Os erros de medicações prejudicam mais de um milhão de pessoas, anualmente, apenas nos EUA e o desafio visa promover melhorias em cada estágio do processo do uso de medicamentos. Esse é o terceiro desafio global de segurança da OMS, sendo o primeiro desafio *Clean Care is Safe Care*, em 2005 sobre higienização das mãos e o desafio *Safe Surgery Saves Lives*, em 2008 sobre cirurgias seguras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Todas as ações, mencionadas pela OMS, têm como finalidade consolidar e estabelecer a segurança do paciente ao decorrer dos anos, sendo valorizadas em diversos países em razão da necessidade de incentivar e subsidiar as políticas que fortaleçam a segurança nas instituições de saúde.

Em consonância com as tendências mundiais, o Brasil, em 1999, fundou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o objetivo de proteger a saúde dos cidadãos, de acordo com atividades relacionadas ao aperfeiçoamento da qualidade na área da saúde, conforme as referências dos desafios globais pressupostos pela OMS (BRASIL, 2011a).

Em 2001, a ANVISA, constituiu a Rede Sentinela, com o objetivo de motivar os profissionais dos hospitais a notificarem os casos de danos ocasionados aos pacientes referentes ao uso de materiais médico-hospitalar; fomentar o reconhecimento dos possíveis riscos que possam atingir os pacientes; a investigação dos erros provenientes dos cuidados realizados e a revisão das falhas nos processos assistenciais, almejando a gestão do risco permanente para o aperfeiçoamento da qualidade e assistência segura nos hospitais participantes

(BRASIL, 2014).

Em 2006, em consonância com as normas da OMS, a ANVISA, em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), laboratórios integrantes da rede pública, vigilâncias sanitárias e comissões de controle de infecção hospitalar dos estados e municípios, criaram a Rede Nacional de Monitoramento da Resistência Microbiana, com o intuito de analisar a eficácia da utilização de antibióticos, bem como o cuidado relacionado a resistência microbiana em instituições de saúde (BRASIL, 2011a).

Já nos anos de 2011 e 2013, o Ministério da Saúde (MS) avançou nas decisões direcionadas à segurança do paciente no Brasil, com o propósito de fortalecer e ampliar o debate sobre estas questões e publicou algumas diretrizes normativas. As principais foram a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, no ano de 2011, a Portaria nº 529 e a RDC nº 36, em 2013 (BRASIL, 2011b; 2013a; 2013b).

A RDC nº 63 de 2011, preconizou a adoção de boas práticas por parte dos serviços de saúde filantrópicos, públicos, privados, inclusive os hospitais universitários. Definiu também, os padrões mínimos para o funcionamento destes serviços no que se refere à prestação e gestão do cuidado em saúde (BRASIL, 2011b).

A Portaria nº 529 de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com a finalidade de qualificar o cuidado em saúde realizado em todo o Brasil, com ações de promoção e apoio para efetivação de ações direcionadas para a segurança do paciente; envolvimento dos usuários nas ações de segurança com ampla divulgação do tema a sociedade e a inclusão na matriz curricular nos cursos da área de saúde (BRASIL, 2013a).

Em julho de 2013, dando continuidade ao processo, foi publicada a Resolução nº 36 da ANVISA, que instituiu o planejamento de atividades relacionadas a promoção da segurança do paciente, com a obrigatoriedade da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços hospitalares, com os profissionais que serão responsáveis pelo desenvolvimento do Plano de Segurança do Paciente (PSP), articulando as normas para a melhoria contínua do processo de cuidado e de uso de tecnologia em saúde, além da integração do processo do gerenciamento de risco, oportunizando a excelência na execução dos cuidados realizados em ambientes de saúde, o que inclui a disseminação

sistemática de uma cultura organizacional voltada para a segurança (BRASIL, 2013b).

Destarte, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) representa um marco enquanto política pública, pois reconhece a amplitude das falhas assistenciais no país, incentiva o envolvimento de gestores, profissionais e pacientes, promove a ampliação do conhecimento sobre a temática e define os princípios e as diretrizes para uma gestão de risco em favor da qualidade e da segurança no cuidado.

Após as propostas advindas da criação do PNSP, também no ano de 2013, o Ministério da Saúde (MS), em conjunto com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a ANVISA, publicaram os protocolos básicos de segurança do paciente, aprovados pelas Portarias nº 1377 e 2095 (BRASIL, 2013c; 2013d).

Os protocolos têm como principais objetivos direcionar os profissionais e gestores na implementação das ações em segurança para o cuidado em saúde. Para tanto, tem-se investido na sua divulgação, por meio de publicações e da sensibilização para a adesão das instituições de saúde públicas, filantrópicas e privadas. O material encontra-se disponível em endereço eletrônico, na página da ANVISA, para facilitar o acesso dos conteúdos (BRASIL, 2013e; 2013f; 2013g; 2013h; 2013i).

1.2 Times de Respostas Rápida em Hospitais

Diante dos episódios recorrentes de EA evitáveis nas unidades de internação não críticas, o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), divulgou a “campanha salvando 100.000 vidas” no ano de 2004, com adesão de diversos hospitais nos EUA para integrar a campanha no intuito de intervir em 100.000 mortes evitáveis, no prazo de um ano e meio de duração do projeto, com o comprometimento das instituições de saúde em adequar a infraestrutura e melhorar a assistência à saúde prestada aos pacientes (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2017a).

Em 2006, em virtude dos resultados exitosos da “campanha salvando 100.000 vidas” (estimativa de 122.000 vidas salvas), o IHI planejou novos objetivos para reduzir a incidência de EA relacionados à assistência à saúde nos hospitais e

assim surgiu a “campanha salvando 5 milhões de vidas” para os próximos dois anos (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2017a).

No Quadro 2, são listadas as 12 ações recomendadas pelo IHI para o cumprimento da campanha entre os hospitais participantes e a instituição de qualidade americana para o desafio idealizado.

Quadro 2 - Ações recomendadas pelo *Institute For Healthcare Improvement* (IHI) para a “campanha salvando 100 mil vidas” e a “campanha salvando 5 milhões de vida”.

Ações recomendadas
1. Implantar times de respostas rápidas para assistência imediata em situação de piora clínica do paciente internado em enfermaria não crítica.
2. Oferecer terapêutica clínica baseada em evidências científicas para intervenções decorrentes do infarto agudo do miocárdio, contribuindo na diminuição da mortalidade.
3. Elaborar mecanismo de reconciliação de medicamentos, para prevenção de reações adversas.
4. Prevenir infecções por cateter venoso central, com medidas básicas e efetivas.
5. Implantar antibioticoprofilaxia adequada para prevenção de infecções decorrentes de procedimentos cirúrgicos.
6. Instituir critérios de prevenção de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica.
7. Adotar cuidados com as medicações potencialmente perigosas, principalmente na classe de sedativo, anticoagulante, analgésico derivado do ópio e insulina.
8. Implantar as recomendações do “Projeto de melhoria do cuidado cirúrgico” para diminuição dos eventos adversos relacionados às cirurgias.
9. Prevenir a incidência de lesão por pressão com adoção de protocolo específico.
10. Reduzir as infecções por <i>Staphylococcus Aureus</i> Resistentes a Meticilina, com evidências científicas validadas.
11. Instituir as intervenções baseadas em evidências para o quadro de insuficiência cardíaca congestiva, com o intuito de evitar a reincidência e reinternação hospitalar ao paciente.
12. Comprometer a direção e as lideranças das instituições de saúde nas ações de melhoria do cuidado prestado ao paciente hospitalizado.

Fonte: INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2017a.

O IHI concedeu a logística necessária para o desenvolvimento das recomendações descritas no Quadro 2, aos mais de 3000 hospitais que se integraram as campanhas, que correspondeu a adesão de 75% das instituições de

saúde americana. Ressalta-se que a Comissão Americana de Acreditação Hospitalar, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças, a Associação Americana de Medicina e Enfermagem, além de outras parcerias com organizações regionais e autoridades nacionais alinharam-se a campanha do IHI. O resultado superou as expectativas, evitando-se mais mortes do que se esperava, inicialmente (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2017a).

Conforme recomendou o IHI (2017a), a implantação do TRR contribui com a segurança do paciente a partir dos atendimentos realizados aos pacientes que evoluem com sinais de piora clínica nas unidades de internação, durante sua hospitalização.

Os hospitais, nos últimos anos, têm atendido cada vez mais casos de maior complexidade. Apesar do crescimento tecnológico, desenvolvimentos de novos medicamentos, cerca de 10 a 20% dos pacientes hospitalizados desenvolvem EA. Estudos demonstram que o paciente hospitalizado exibe sinais de alerta ou de instabilidade hemodinâmica cerca de 6 a 8 horas antes da evolução para o evento de parada cardiorrespiratória (TEE et al., 2008; AL-QAHTANI; AL-DORZI, 2010).

No decorrer dos anos até as publicações mais recentes foram constatadas importantes frequências de pacientes hospitalizados em enfermarias que apresentaram deterioração dos seus sinais vitais, 24 horas antes dos eventos de paradas cardiorrespiratórias (PCR). Dentre os parâmetros vitais mais citados estão a alteração do estado de consciência, níveis pressóricos arterial e incursão respiratória do paciente. A mortalidade descrita após um quadro de PCR variou de 54 a 67% (ROSSI et al., 2006; SIMCHEN et al., 2007; SOGAYAR et al., 2008; KOENING et al., 2010).

De acordo com as pesquisas que mostraram os sinais de deterioração clínica que antecedem o quadro de PCR, comprovou-se a existência de um tempo hábil para identificar o risco da piora clínica do paciente e assim realizar as intervenções adequadas e necessárias, a fim de prevenir o evento de uma PCR. Em um estudo de revisão e análise de 150 prontuários de pacientes que apresentaram PCR nas enfermarias e que foram admitidos, posteriormente, em UTI, foi observado risco duas vezes maiores na ocorrência desse EA do que outros pacientes internados, uma vez que a maioria apresentou sinais de deterioração clínica antes da ocorrência da PCR (FRANKLIN; MATHEW, 1994).

A deterioração clínica manifesta-se por meio das alterações dos

parâmetros vitais dos pacientes que são rotineiramente monitorados, porém que podem ser ignorados, interpretados de forma errada e consequentemente, não tratados (OFFNER; HEIT; ROBERTS, 2007). Verifica-se também na literatura pediátrica que os aspectos semelhantes são citados para justificar as mortes por PCR (TIBALLS et al., 2005).

Diante dos resultados oriundos dos estudos, torna-se importante a reflexão da ocorrência do EA e o alto índice de mortalidade, como fatores que desencadeiam falhas no reconhecimento da piora do quadro clínico do paciente e de uma resposta inadequada para lhe prover um cuidado seguro à saúde. A elevada incidência desses eventos, que não recebem intervenções necessárias, representa uma oportunidade de auditoria nos processos de assistência, com o monitoramento de incidentes críticos e planejamento de ações preventivas para evitar as reincidências dos EA (HILLMAN et al., 2001).

Outros apontamentos mostram a ocorrência de falhas no resgate e tratamento de pacientes com sinais de alerta em enfermarias são numerosos; destaca-se a indisponibilidade de equipamentos de monitorização exclusivamente em ambientes de unidades críticas, mensuração intermitente de sinais vitais com longos intervalos de tempo, menor número de avaliação por enfermeiro e médico titular do paciente e morosidade na solicitação de sua avaliação em decorrência de anormalidades que apresentada (JONES; DEVITA; BELLOMO, 2011).

Por conseguinte, constata-se que o campo da medicina intensiva vem contribuindo com progressos consideráveis na melhoria dos resultados de pacientes em estado crítico. O conceito de cuidado rápido e precoce foi instituído em vários campos da saúde, especialmente em trauma (NARDI et al., 2002), cardiologia (FRESCO et al., 1999), sepse grave e choque séptico (RIVERS et al., 2001). Considerando que a doença de evolução aguda desenvolve-se em estágios de degradação, o tratamento adequado seria proporcionar esse tipo de cuidado para qualquer paciente grave, independente da localização nas dependências do hospital. Isso foi descrito como “sistema de cuidados intensivos sem paredes” (TEE et al., 2008).

Na experiência em prover um cuidado intensivo fora do ambiente da UTI, em 1994, na Austrália, foram criados os Times de Resposta Rápida (TRR) com o objetivo primordial de identificar precocemente os sinais e sintomas de deterioração fisiológica do paciente e promover o pronto atendimento de EA nas enfermarias.

Trata-se de um sistema de terapia intensiva à beira do leito formado por médicos, enfermeiros e fisioterapeutas (LEE et al., 1995).

Geralmente os TRR são liderados por médicos, com o objetivo de impedir os óbitos de pacientes que evoluam com quadro de instabilidade clínica e que estejam externos a uma unidade de cuidados intensivos. Para isso, faz-se necessária a análise dos parâmetros vitais do paciente, como maneira de identificar um possível colapso. Estudos atuais têm comprovado a eficiência da técnica, seja pela diminuição das ocorrências de paradas cardíacas (ANGEL et al., 2016), ou em virtude do significativo decréscimo do índice de mortalidade de pacientes (JUNG et al., 2016).

Muitas pesquisas foram realizadas desde então, com diversas metodologias na observação dos desfechos antes e depois da implantação dos TRR. Foi observado que a implantação desse sistema estava associada ao melhor desfecho clínico do paciente, redução da ansiedade entre a equipe de enfermagem, aumento da interdisciplinaridade, diminuição das PCR fora da UTI, admissão de paciente com menor grau de gravidade, redução de internação não planejada em UTI, bem como do tempo de internação hospitalar e, em alguns casos, queda do índice de mortalidade (BELLOMO et al., 2004; ESMONDE et al., 2006; JONES et al., 2007; KARPMAN et al., 2013).

Com os resultados desses estudos, o IHI orientou, em 2004, a prática da implantação do TRR nos hospitais americanos, como uma das metas da “campanha salvando 100.000 vidas”. A justificativa para adoção do serviço foi reduzir a falha no planejamento, na comunicação e no reconhecimento dos sinais de instabilidade e de piora clínica do paciente, que evolui para uma falha do resgate e contribui com o aumento da mortalidade intra-hospitalar (BERWICK; CALKINS; MCCANNON, 2006).

A função primordial do TRR é auxiliar em uma assistência segura ao paciente internado na unidade de internação não crítica, por meio de intervenções rápidas e eficazes, frente a sua piora clínica súbita e inesperada e, consequentemente, prevenir a ocorrência de PCR (OFFNER; HEIT; ROBERTS, 2007).

Outro item identificado na literatura, com o avanço da atuação dos TRR, foi a possibilidade de aprimorar o diálogo sobre os cuidados paliativos ao paciente terminal, com o aumento das interações entre equipe de saúde, paciente e familiares e a melhoria da qualidade na discussão sobre este tema. Essa habilidade na otimização desse tipo de assistência em cuidados paliativos pode ser um importante

benefício do TRR, particularmente quando se considera a dificuldade observada para se definir a ordem de não reanimação de pacientes seriamente enfermos, sem o estabelecimento e a implantação desse serviço (WINTERS et al., 2013).

Em 2006, com o esforço de padronizar o atendimento deste tipo de serviço, foi discutida, no primeiro consenso sobre o tema, a criação do “Sistema de Resposta Rápida” (*Rapid Response Systems - RRS*). Esse sistema possui critérios clínicos pré-estabelecidos que geram a sua ativação, seguidos da avaliação da condição clínica do paciente e o início do tratamento adequado. É um sistema completo que necessita de uma equipe de profissionais altamente qualificados para promover assistência de saúde segura aos pacientes que se tornam criticamente enfermos em unidades externas a UTI (DEVITA et al; 2006).

Após as primeiras reuniões de consenso sobre o Sistema de Resposta Rápida, foi publicada a diretriz com o intuito de padronizar as definições e conceitos. Também foi possível gerar novas evidências científicas com maior validade externa para efeito comparativo entre instituições de saúde ao redor do mundo (PEBERDY et al., 2007).

Entretanto, constata-se na literatura uma ampla variedade de terminologias utilizadas e ausência de consenso em como definir os modelos de respostas rápidas nos hospitais. Termos como *Critical Care Outreach (CCO)*, *Patient at Risk Team (PRT)*, *Rapid Response Team (RRT)* ou *Medical Emergency Team (MET)* podem ser empregados, porém, variam quanto à sua estrutura e modo de funcionamento. Independente da forma como essas equipes são formadas, os profissionais necessitam possuir habilidades, competências e equipamentos necessários para realizarem um atendimento efetivo frente às alterações clínicas dos pacientes em situações de urgências e emergências (WINTERS et al., 2007).

Devita et al. (2011) descrevem quatro vias para o funcionamento adequado do sistema de resposta rápida, que são: via aferente, via eferente, via avaliativa e administrativa. A via aferente consiste na detecção da instabilidade clínica do paciente identificada, muitas vezes por enfermeiros das unidades de internação e posterior ativação do serviço. A via eferente é a resposta do TRR na enfermaria para a estabilização imediata da deterioração fisiológica do paciente; a equipe deve possuir habilidades, competências e equipamentos necessários para proporcionar estes atendimentos, iniciar discussões de indicações apropriadas para as intervenções e transferir o paciente para um leito de UTI, caso indicado.

É importante destacar que na via aferente do TRR há critérios clínicos pré-estabelecidos (único ou por escore), que norteiam os profissionais das unidades de internação para detecção de anormalidades e solicitação da avaliação do serviço. A avaliação dos parâmetros vitais do paciente possibilita controlar e realizar o acionamento imediato do TRR. As ocorrências geralmente são classificadas por duas cores de acionamento, sendo código amarelo para urgência e código azul para emergência. Pesquisas confirmam a efetividade do serviço de resposta rápida, com a diminuição do número de óbitos nessas condições, de forma considerável (OFFNER; HEIT; ROBERTS, 2007; GONÇALES et al., 2012).

Ao longo do tempo, verificou-se o desenvolvimento de vários mecanismos de ativação do TRR, denominado sistema *“track and trigger”* (rastreamento e gatilho), com vista a facilitar a identificação precoce do risco de deterioração iminente do paciente, permitindo assim evitar desfecho clínico desfavorável (SMITH et al., 2008).

O sistema *“track and trigger”* corresponde ao ramo aferente do TRR (MASSEY; AITKEN; CHABOYER, 2010) e evolui como meio de facilitar a sua ativação. É baseado na observação de parâmetros fisiológicos selecionados (*“track”*) com a finalidade de identificar, antecipadamente, os pacientes em risco de deterioração fora dos ambientes de cuidados intensivos e, assim, ativar a resposta quando determinados critérios são atingidos (*“trigger”*) (GAO et al., 2007).

O sistema *“track and trigger”* pode ser classificado como sistema de parâmetro único, pontuação agregado e ponderado e sistema combinado, conforme demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3 - Sistema "*track and trigger*" (rastreamento e gatilho), utilizado na via aferente para acionar o time de resposta rápida.

Sistemas	"Track"	"Trigger"
Sistema de parâmetro único (Exemplo: <i>Medical Emergency Team</i> e Critérios de Hillman)	Observação periódica de sinais vitais selecionados que são comparados com critérios de ativação simples, com determinados valores limites.	Algoritmo de resposta rápida é ativado quando se observa um valor extremo dos dados vitais.
Sistema de pontuação agregado e ponderado (Exemplo: <i>Early Warning Score</i> e <i>Modified Early Warning Score</i>)	Observação periódica de sinais vitais selecionados e atribuição de escores ponderados a cada parâmetro fisiológico, com somatório dos valores identificados.	Algoritmo de resposta rápida é ativado quando se atinge um determinado escore total, previamente acordado.
Sistema combinado (Exemplo: <i>Medical Emergency Team</i> , Critérios de Hillman, <i>Early Warning Score</i> e <i>Modified Early Warning Score</i>)	Elementos de sistema de parâmetro único ou de combinação com sistema de pontuação agregado e ponderado, que podem desencadear o atendimento do TRR.	

Fonte: DEPARTMENT OF HEALTH - Critical Care Outreach, 2003.

O sistema de parâmetro único baseia-se no pressuposto de que um determinado valor fisiológico alterado no paciente prediz um EA. O primeiro sistema de parâmetro único, criado na Austrália, foi descrito pela primeira vez, em 1995, associado ao conceito de *Medical Emergency Team* (MET) ou critérios de HILLMAN (2001), que são compostos por uma listagem de anormalidades clínicas, sendo que qualquer uma delas pode servir como disparo para a ativação da via eferente. Estes critérios incluem: via aérea comprometida; frequência respiratória < 8 incursões respiratórias por minuto (irpm/min) ou frequência respiratória > 36 irpm/min; frequência cardíaca > 120 batimentos por minuto; pressão arterial sistólica < 90 mmHg; queda repentina de dois pontos na escala de coma de Glasgow, crise convulsiva ou quando os profissionais de saúde estiverem preocupados com o paciente, independente dos valores citados (HILLMAN et al., 2001, SMITH et al., 2008).

Morgan, Williams e Wright (1997) foram os primeiros a desenvolver e publicar o sistema de pontuação agregado e ponderado como escore de alerta

precoce, então denominado *Early Warning Score* (EWS) no Reino Unido. Desde então, esse sistema foi modificado para escore de alerta precoce modificado, denominado então *Modified Early Warning Score* (MEWS).

Alterações simultâneas em diversos parâmetros vitais em detrimento a um único parâmetro têm maior valor preditivo na severidade da doença aguda (SMITH et al., 2008; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, 2012). Assim, o sistema de pontuação agregado e ponderado torna-se efetivo quando comparado ao sistema de parâmetro único, pela evidência que a sua utilização contribua com a melhora da sobrevida do paciente, com redução do internamento não planejado em UTI e a diminuição da taxa de PCR (SMITH et al, 2008; MCNEILL, BRYDEN, 2013).

O quadro 4 demonstra a tabela de escore de alerta precoce modificado com as variáveis fisiológicas, que utilizam pontuações em decorrências das alterações dos dados vitais.

Quadro 4 - Escore de Alerta Precoce Modificado.

Variáveis fisiológicas	Escore						
	3	2	1	0	1	2	3
Frequência respiratória/min		≤ 9		9-14	15-20	21-29	≥ 30
Frequência cardíaca/minuto		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
Pressão arterial sistólica	≤ 70	71-80	81-100	101-199		≥ 200	
Temperatura (°C)		≤ 35		35-37,8		≥ 37,8	
Estado neurológico (Escala AVPU)				Alerta	Confuso	Reage à dor	Sem resposta

Fonte: KYRIACOS et al., 2014

O Escore de Alerta Precoce Modificado (*Modified Early Warning Score*-MEWS) atribui pontos conforme alterações em cinco parâmetros fisiológicos: pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e escore neurológico - AVPU (Alerta, Reação ao estímulo verbal, Reação à dor e Inconsciência), sendo que a soma desses pontos maior ou igual a cinco é considerada um escore crítico e desencadeia um chamado para a avaliação e a

intervenção do paciente considerado sob risco (SUBBE et al., 2001). Vale ressaltar que alguns hospitais ainda incorporam, ao escore, pontuações relacionadas ao débito urinário e saturação de oxigenação (KYRIACOS et al., 2014).

O sistema de pontuação agregado e ponderado (EWS ou MEWS) constitui um bom indicador para a população em geral, mas deve ser considerados com cautela nas específicas, tais como crianças, idosos e indivíduos vulneráveis. O EWS pediátrico constitui um desafio, uma vez que os valores dos parâmetros vitais variam, amplamente, de acordo com as faixas etárias (DAY; OLDROYD, 2010).

Outros autores associaram critérios fisiológicos adicionais que funcionam como “disparos” para que se acione a via eferente, tais como a queda da saturação de oxigênio menor que 90%, a alteração da temperatura (menor que 35,5°C ou maior que 38,8°C), a diminuição do débito urinário menor que 50 ml em quatro horas, a dor incontrollável, a arritmia cardíaca, a letargia inexplicável, a disartria, a alteração aguda de resposta pupilar, a dor torácica, a perda dos movimentos em membros superiores ou inferiores e o sangramento agudo significativo ou provindo de vias aéreas superiores (JONES et al., 2012; GUIRGIS et al., 2013).

Geralmente, os sinais ou escores de alerta são classificados nas cores amarela, relacionada à instabilidade hemodinâmica (atendimento urgencial) e na azul (inconsciência, ausência de movimentos respiratórios, ausência de pulso) para atendimento da PCR na enfermaria (atendimento emergencial). O TRR deve ser acionado juntamente com o médico titular do paciente, enquanto os profissionais do setor deverão iniciar o atendimento no sentido de promover a assistência segura e necessária, até a chegada dos profissionais do TRR (JONES et al., 2007). Sobre esse aspecto, o IHI enfatiza que o objetivo do TRR não é assumir a gestão do tratamento do paciente, mas sim levar os cuidados intensivos à beira do leito (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2017b).

Em 2008, um estudo avaliou o uso do *software* BioSign®, desenvolvido em 2006, com o objetivo de calcular, analisar e interpretar os resultados decorrentes da monitorização não invasiva de cinco sinais vitais do paciente: níveis pressóricos arterial, valor de oxigênio capilar, temperatura corporal, frequência cardíaca e respiratória. Esta tecnologia permite o processamento de dados fisiológicos com um cálculo de índice numérico que tem valor preditivo e emite um alerta que possibilita a ativação do TRR em decorrência da instabilidade do paciente (TARASSENKO et al., 2007; HRAVNAK et al., 2011; HACKMANN et al.,

2011).

Comparativamente com o método tradicional em registro em papel no prontuário do paciente, o método eletrônico de monitoramento dos parâmetros vitais tem maior precisão, pois permite a introdução e processamento com maior rapidez e exatidão das informações, minimizando assim os erros de transcrição. Além de efetuar o cálculo, solicita ao operador os dados que devem ser introduzidos, o que não implica que ele saiba as ponderações para cada parâmetro fisiológico. Permite, ainda, armazenar a informação, disponibilizando-a em tempo real, para vários usuários, simultaneamente e facilita o acesso para verificar, com maior clareza, a evolução temporal dos parâmetros vitais do paciente, o que poderá facilitar a intervenção precoce contribuindo com a melhoria do seu desfecho clínico (PRYTHERCH et al., 2006; SMITH et al., 2008).

A monitorização não invasiva contínua e a detecção de instabilidade precoce automatizada por uso do *software* estão associadas ao aumento da probabilidade de ativação do TRR na instabilidade grave. Tais ações permitem a melhoria da confiabilidade do quadro clínico do paciente e facilita a comunicação entre os profissionais de saúde (DEVITA et al., 2010; HRAVNAK, 2011).

Contudo, destacam-se alguns pontos negativos com o uso do *software*, tais como inexistência de dispositivos que monitorem todas as variáveis necessárias, limitação da mobilidade do paciente, redução da relação enfermeiro-paciente e aumento de custos com a aquisição da tecnologia nas instituições hospitalares (SMITH et al., 2008).

Ainda sobre a via aferente, existem duas ferramentas de comunicação amplamente utilizadas pela equipe de enfermagem na unidade de internação não crítica. A primeira é o método *SBAR* (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) em que, após a alteração clínica ser detectada, ela é avaliada pelo enfermeiro da unidade e transmitida ao médico, havendo como retorno uma recomendação a ser executada. Trata-se de um instrumento que pode facilitar a transmissão de informações do paciente crítico de forma clara, concisa e previsível entre os profissionais (THOMAS et al., 2007; DE MEESTER et al., 2013).

A segunda ferramenta de comunicação é a *proactive rounding*, cujo paciente é identificado, monitorado e classificado como alto risco caso ocorra a necessidade de uma intervenção preventiva. São considerados pacientes de risco, aqueles que possuem, ao menos, um desses critérios: nebulização por

traqueostomia, dreno torácico, infusão intravenosa de heparina ou quimioterapia, alta da UTI para enfermaria nas primeiras 24 horas, uso de máscara com fração inspirada de oxigênio maior que 50%, alteração do nível de consciência, patologia cardíaca ou respiratória e mudança brusca do resultado de glicemia (GUIRGIS et al., 2013).

Para Chan et al. (2010), a via eferente é a resposta do TRR na enfermaria, pois consiste no pronto atendimento e conduta necessária para a terapêutica direcionada ao paciente com piora clínica, externo a um leito de UTI. A equipe pode solicitar exames de laboratório e de imagem, administrar medicamentos, transferir paciente para unidade de maior nível de monitoramento e cuidados, além de discutir limitação de suporte terapêutico com o médico titular.

A via avaliativa corresponde ao processo de estimular ações de melhoria dos atendimentos realizados pelo serviço. O hospital deve manter um banco de dados dos eventos atendidos e realizar periodicamente revisões junto aos profissionais das enfermarias e do TRR, para análise do desempenho do serviço diante das chamadas realizadas e promover capacitações periódicas a todos os profissionais envolvidos pelo setor de educação permanente da instituição, bem como realizar palestras difundindo o objetivo do TRR (JONES; DEVITA; BELLOMO, 2011).

A via final, administrativa, compreende as ações contínuas dos administradores da instituição para o sucesso do TRR, fornecendo atendimentos 24 horas por dia, sete dias na semana, com todos os recursos necessários para garantir a excelência dos cuidados prestados pela equipe, como aquisição de materiais e equipamentos, medicamentos, recursos humanos e até mesmo motivação e apoio psicológico aos profissionais envolvidos (DEVITA et al., 2011).

Durante as últimas décadas, os TRR têm sido amplamente adotados em instituições hospitalares nos EUA, Canadá, Austrália, Reino Unido e países escandinavos. A base primordial do serviço é o reconhecimento e a intervenção precoce do paciente com necessidade de cuidado intensivo fora de um ambiente de UTI. Há evidências que a resposta eficiente frente a deterioração clínica do paciente durante sua hospitalização possa melhorar o resultado para a sua própria segurança (SAKAI; DEVITA, 2009).

Bagshaw et al. (2010) em um hospital de grande porte no Canadá, entrevistaram 275 enfermeiros das unidades de internação. A maioria (84%) relatou

que o TRR pode prevenir uma PCR em paciente com doença aguda e 48% sinalizaram já ter ativado esse serviço por se preocuparem, seriamente, com o paciente, independente dos critérios para este acionamento.

Estudos recomendam que após a implementação do TRR, torna-se necessário desenvolver ações e estratégias com as equipes assistenciais das unidades para o fornecimento de *feedback* dos atendimentos realizados, educação permanente e comunicação efetiva entre os profissionais, bem como a adoção dos indicadores assistenciais do serviço e seu monitoramento (RUBULOTTA; PINSKY, 2006, JONES et al. 2012).

Estudos acerca da atuação dos TRR no Brasil apresentaram resultados positivos. Em um hospital escola na cidade de Porto Alegre foi observado uma maior taxa de mortalidade nos pacientes com atraso na ativação do serviço, comparados aos que receberam o atendimento do TRR rapidamente (61,8% *versus* 41,9%). O resultado demonstra a importância do serviço e o trabalho contínuo a fim de se evitar atraso no seu acionamento em prol da melhoria da sobrevida dos pacientes (BONIATTI et al., 2014).

Em São Paulo, a experiência de um hospital privado de alta complexidade constatou que a implementação do TRR diminuiu em aproximadamente 50% os eventos de PCR por mil admissões de pacientes (GONÇALVES et al., 2012).

No Instituto do Coração (INCOR) em São Paulo foi implantado o TRR para o atendimento emergencial em código azul (parada cardiorrespiratória) tanto para o paciente adulto, como para o pediátrico. O código amarelo é utilizado para o atendimento urgencial em situações de instabilidade clínica do paciente (alterações de parâmetros vitais), sendo acionado no sentido de oferecer maior agilidade ao atendimento e colaborando, assim, com um melhor prognóstico desses pacientes (LOPES et al., 2012).

Em recente metanálise, os resultados da implantação do TRR foram avaliados com a inclusão de 18 estudos e 1,3 milhões de admissões hospitalares e demonstraram que a implementação do serviço estava associada à diminuição de 33,8% no número de PCR em adultos. Entretanto, não houve correlação com a diminuição da taxa de mortalidade. Em relação aos pacientes pediátricos, houve redução de 37,7% no número de PCR e 21,4% na taxa de mortalidade (CHAN et al., 2010).

Entretanto, outro estudo, como o *Medical Emergency Improvement Team* (MERIT), considerado o maior trabalho randomizado publicado até o momento sobre o assunto, falhou na confirmação do benefício relacionado à diminuição da taxa de PCR e mortalidade (HILLMAN et al., 2005).

De acordo com Al-Qahtani et al. (2013), compreende-se ainda a dificuldade do processo de implementação dos TRR nos hospitais devido os obstáculos encontrados para a aceitação do conceito deste sistema pelos profissionais de saúde que atuam nas diversas unidades assistenciais e a resistência quanto às mudanças envolvidas. Além disso, as diferenças nos formatos de composição e atuação dos TRR, também podem gerar resultados desiguais, quando são comparados entre as diversas instituições de saúde (DEVITA et al., 2010).

Mesmo com a publicação de pesquisas que demonstram a efetividade do TRR na prevenção de EA e outros benefícios, suas evidências vêm de estudos não cegos e de curta duração, nos quais as ocorrências de antes e após a implementação dessas equipes foram comparadas (JONES; DEVITA; BELLOMO, 2011).

Embora ocorram limitações metodológicas nas pesquisas publicadas e a dificuldade no estabelecimento de um padrão de excelência para os TRR, é de extrema consideração salientar os benefícios que esse sistema originou aos pacientes assistidos fora de um ambiente de terapia intensiva, uma vez que a realidade de dezenas de países ainda se concentra na escassez de leitos suficientes para atender a uma demanda cada vez crescente de pacientes graves, com comorbidades, necessidades de tratamento cirúrgico e vítimas de trauma por causas externas.

1.3 Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar: diretrizes da *American Heart Association* (AHA)

A reanimação cardiopulmonar (RCP) é definida como ações interligadas e sistematizadas direcionadas imediatamente ao paciente frente a constatação de PCR com a finalidade da manutenção artificial do fluxo sanguíneo ao cérebro e aos demais órgãos vitais, até que ocorra o retorno da circulação espontânea (RCE). A

abordagem tem como o objetivo o pronto restabelecimento da função cardíaca, pulmonar e cerebral dos pacientes em PCR (TALLO et al., 2012).

De acordo com a *American Heart Association* (AHA) a PCR é definida pela cessação súbita e inesperada da atividade ventricular esperada. É um quadro súbito, que pode ser reversível, se houver pronta e efetiva manobra de reanimação (LINK et al., 2015).

A ciência da RCP tem desafiado os comitês internacionais a realizarem atualizações periódicas em suas diretrizes, com o intuito de simplificar o processo do atendimento, por meio de *guidelines* clínicos, direcionados ao aconselhamento dos profissionais da saúde para o subsídio das melhores práticas assistenciais.

Uma descrição na literatura acompanha a evolução mundial sobre a RCP. Em 1961, um grupo de estudiosos, obteve sucesso utilizando uma combinação de compressões cardíacas, desfibrilação, ventilações de resgate e drogas cardiotônicas. Em 1966, a Academia Americana de Ciências e o Conselho Nacional de Pesquisa, reuniram-se para estabelecer o consenso sobre RCP e determinar os métodos utilizados, na época, pela *American Heart Association* (AHA) e a partir de então, desencadearam várias outras reuniões (1973, 1979, 1985, 1992, 2000, 2005, 2010 e 2015), que objetivaram revisar os avanços propostos e determinar as recomendações de Suporte Básico de Vida (SBV) e do Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC) com base nas evidências científicas (NOLAN et al., 2010; TIMERMAN et al., 2010; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

O SBV consiste na aplicação de ações básicas em emergência, com o objetivo da realização do suporte inicial a vítima de PCR (TALLO et al., 2012). A terapêutica inicial utilizada por profissionais de saúde capacitados baseia-se nas seguintes atividades de emergência: A (*Airway*-via aérea), B (*Breathing*-respiração), C (*Circulation*-circulação) e D (*Defibrillation*-Desfibrilação para ritmo de parada em fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso) (AEHLERT, 2013).

Porém, na revisão realizada em 2010 e atualizada em 2015, a terapêutica instituída para o suporte a vítima de PCR obteve alterações significativas, cuja sequência de atendimento denominada “A-B-C” foi alterada para “C-A-B” (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

As alterações atuais da sequência do atendimento visam maximizar a qualidade das compressões torácicas, por meio de cuidados que endossam a alta qualidade na RCP, com destaque na execução de compressões torácicas entre 100

a 120/minuto; compressão torácica com profundidade, de pelo menos, cinco centímetros, mas não superior a seis, em paciente adulto; com retorno completo do tórax após a realização de cada compressão, impedir as pausas prolongadas nas compressões torácicas e quantidade excessiva de ventilação ao paciente (TALLO et al., 2012; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Em relação ao SAVC, ocorre a incorporação do uso do monitor cardíaco, infusão de medicamentos de emergência, desfibrilação ou cardioversão, materiais inerentes para realização da ventilação artificial, marca-passo e cuidados após o retorno do quadro de PCR (TALLO et al., 2012).

A causa da parada cardíaca intra-hospitalar é muitas vezes considerada diferente do ambiente extra-hospitalar, mas o processo em ambas as situações requer tratamentos imediatos (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015). As ações que fortalecem as possibilidades de sobrevivência das vítimas de morte súbita são chamadas de “Cadeia de Sobrevivência” (DEAKIN et al., 2010).

A Sociedade Americana de Cardiologia estabeleceu na década de 90, o termo “cadeia de sobrevivência”, para configurar o seguimento sistematizado das ações que contribuem para a repercussão favorável do atendimento realizado a vítima de PCR. A junção da cadeia fundamenta-se no reconhecimento do problema e acionamento da equipe de emergência, imediata reanimação da vítima, desfibrilação precoce (se indicada) e intervenção imediata do SAVC. No entanto, a Diretriz da AHA (2010) incorporou o quinto elo à corrente, definido com cuidados pós-reanimação no ambiente intra-hospitalar, com a finalidade da preservação da função neurológica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

O atendimento da cadeia de sobrevivência pautado nas atividades inter-relacionadas e sua assertiva sequência propiciarão aos pacientes o aumento da sobrevivência em situações de ataque cardíaco ou uma PCR súbita (AEHLERT, 2013).

De acordo com as diretrizes da *American Heart Association* (AHA), em 2015, o atendimento cardiovascular de emergência reassumiu significativa indicação no sistema de tratamento de vítima com PCR, com a recomendação da implantação do TRR, em hospitais, para diminuir a incidência de PCR, especialmente nos setores de cuidados gerais. O TRR pediátrico pode ser implantado em instituição em que criança com doença de alto risco é atendida ou internada em setor de internação não crítico (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Ainda de acordo com as Diretrizes da AHA, em 2015, o TRR realiza

atendimento imediato ao paciente em decorrência dos sinais de piora clínica, com a missão de prevenir o evento de PCR em ambiente hospitalar. O time pode ser estruturado com a participação de enfermeiros, fisioterapeutas e médicos e quando acionadas por uma identificação de deterioração aguda do paciente, normalmente trazem consigo medicamentos, equipamentos para monitoramento de emergência e reanimação. Embora as evidências ainda estejam em evolução, há uma nítida validade no conceito de ter equipes capacitadas no complexo cenário da RCP.

A PCR é uma situação de maior emergência dentre todas as atendidas nos serviços pré e intra-hospitalares. A morte súbita é uma das principais causas de óbito nos países industrializados e caracteriza-se por um importante problema de saúde pública em vários países (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Estudo recente atribui alguns fatores de risco de óbito de pacientes que sofreram PCR intra-hospitalar. Dentre eles estão o maior grau de disfunção orgânica quando da admissão na UTI, fibrilação ventricular como o primeiro ritmo de PCR, piora do quadro neurológico que antecede a PCR, idade avançada, maior duração do tempo de RCP e até mesmo o despreparo de alguns profissionais para o atendimento de emergência com qualidade, em alguns locais dentro do hospital, onde o evento ocorreu (RAMACHANDRAN et al., 2013).

Nos EUA são aproximadamente 370 mil casos fatais por ano, com taxa de sobrevida inferior a 15% em pessoas não hospitalizadas e de 22% quando hospitalizadas (GIROTA; CHAN; BRADLEY, 2015; PATIL, HALPERIN; BECKER, 2015). No Brasil, são escassos os dados relativos a real dimensão do número de PCR, sendo estimada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia que ocorram 200.000 eventos ao ano, dos quais 50% ocorram em hospitais (GONZALEZ et al., 2013a).

Pesquisa realizada por Guimarães (2011), sobre os resultados de sobrevivência após PCR em hospitais no Brasil, verificou taxa de sobrevivência imediata de 49% desses pacientes, até a alta hospitalar o valor de sobrevivência foi de 13%, de 4,3% em seis meses após o evento de PCR e de 3,8% após 12 meses.

A incidência de PCR apresenta resultados variáveis na literatura, a depender do local de sua ocorrência. Se acontecer fora das dependências hospitalares tem uma incidência estimada de aproximadamente nove casos de PCR/10.000 habitantes por ano (PERKINS et al., 2012). Já no cenário intra-

hospitalar, esta incidência está em torno de um a cinco casos de PCR/10.000 internações (SANDRONI et al., 2007).

Estudo de metanálise avaliou 11,9 milhões de pacientes, encontrando uma incidência de 6,2 casos de PCR/10.000 anestésias em países desenvolvidos e de 19,9/10.000 anestésias em países em desenvolvimento. Este estudo também demonstrou queda significativa, ao longo do tempo, das taxas de PCR somente em países com alto índice de desenvolvimento, o que sugere que o incremento de tecnologia aplicada, de recursos humanos capacitados e a questão da segurança do paciente, contribuíram para diminuição da incidência de PCR no ambiente cirúrgico (KOGA et al., 2015).

Durante o atendimento à PCR, o tempo é uma variável crucial, estimando-se que para cada minuto em que a vítima fica sem reanimação cardiopulmonar (RCP) aproximadamente 10% de sua sobrevivência diminui, motivo pelo qual a maior parte das vítimas falece fora dos hospitais sem receber intervenção adequada (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Os profissionais de saúde que trabalham em unidades de urgência/emergência, UTI e TRR devem ser especializados, organizados e possuir alto poder de liderança para que possam atuar em equipes multiprofissionais.

É importante ressaltar que a equipe de saúde, ao assistir o paciente que se torna crítico durante seu período de internação e evolua para evento de PCR, deve realizar o rápido reconhecimento da deterioração clínica, com qualidade e eficiência nas ações iniciais em RCP em SBV, até a chegada dos profissionais especializados em SAVC (DALRI et al., 2008; GONZALEZ et al., 2013a; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

É imprescindível, que o profissional de saúde desenvolva após sua formação, por meio de educação permanente, conhecimentos adquiridos na área de sua atuação, com habilidade técnica e cognitiva, relacionamento interpessoal e ético-legal necessário para o julgamento e tomada de decisão rápida, na assistência ao paciente sob seus cuidados. A RCP tem como objetivos a regeneração das funcionalidades orgânicas para o restabelecimento da preservação e qualidade de vida frente a uma PCR imprevista. A propagação tecnológica e a ampliação da ciência médica de reanimação definiram os papéis primordiais dos profissionais e das instituições de saúde na promoção de intervenções eficazes a uma morte súbita iminente (TAYLOR et al., 2014).

Porém, Rabkin, Gillerman e Rice (1976), iniciaram a discussão argumentando que em virtude da melhoria dos recursos tecnológicos para o atendimento da PCR, algumas situações deveriam sofrer limitações de intervenções no final de vida com decisão documentada de não reanimação ao paciente, pactuados entre paciente, familiar e equipe de saúde. A Associação Médica Americana (AMA) foi pioneira em realizar o referendo da documentação necessária para estabelecer a conduta de não ressuscitação ao paciente, estabelecida com a discussão entre familiar, paciente e equipe médica e a posterior comunicação da decisão aos membros da equipe assistencial (O'KEEFFE S et al., 1991).

Para Venneman et al. (2008) as decisões sobre a RCP repercutem em fatos como a religiosidade, cultura e legalidade de acordo com as leis vigentes em cada país. Frente a estes fatos torna-se importante a ampla discussão dos recursos terapêuticos necessários para a garantia de qualidade de vida do paciente e o entendimento da morte como acontecimento natural.

Para Saltbaek e Tvedegaard (2012), a equipe de saúde, pacientes e seus familiares deveriam discutir sobre a ordem de não reanimar, para a tomada de uma decisão final consolidada; contudo, na realidade, os pacientes e suas famílias nunca estão envolvidos nesta prática. Por esse motivo, em aproximadamente um terço dos casos, não ocorre a decisão pactuada entre as partes, procedendo assim a realização da RCP contra a vontade do paciente e familiar.

O diálogo entre médico, paciente e familiar referente a terapêutica curativa para o paliativo, com deliberação de não reanimar o paciente gera aflição entre os profissionais de saúde. Determinados médicos têm receio em iniciar um debate sobre a restrição de reanimação por desencadear estresse ao paciente e seu familiar e na vigência da discussão que não culminou em um consentimento entre as partes, houve a exigência de um segundo parecer médico ou de recorrer aos profissionais do comitê de ética do hospital (WENGER et al., 1995).

De qualquer forma, torna-se primordial o trabalho coletivo entre pacientes, familiares e profissionais de saúde para a tomada de decisão no final de vida. Pesquisas evidenciam o elevado grau de contentamento dos integrantes da família quanto melhor for o suporte às recomendações direcionadas aos membros da família. É fundamental um relacionamento próximo entre todos os envolvidos a fim de contribuir com informações significativas do encaminhamento clínico da doença com apontamentos dos benefícios e malefícios das possíveis formas de tratamentos

(CURTIS; BURT, 2007).

Diante de tais fatos, as equipes de saúde que realizam atendimentos de RCP vivenciam impasses constantes entre definições de vida e morte vitais que devem ser decididas em questão de segundos. Portanto, os diversos aspectos suscitam a refletir que, quando se debate a questão ética em saúde, é preciso afirmar que não há certezas absolutas, sendo necessária avaliação ponderada de cada ocorrência e suas especificidades (OLIVEIRA, 2005; JONES, 2007).

Os ponderamentos éticos relativos à RCP ainda são abstrusos, o que suscita a necessidade do profissional de saúde analisar os fatores cultural, ético e legal durante os procedimentos de reanimação, devendo se pautar pela ciência, os documentos legais e a escolha do paciente e familiar (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

O óbito é a ocorrência em grande parte dos eventos associados à PCR e a RCP, inserindo a equipe que prestou o atendimento em situações difíceis diante dos familiares dos pacientes. A decisão de não reanimar ainda é muito discutida e pouco utilizada no Brasil, sendo a opção de escolha em unidades de cuidados paliativos e para aqueles pacientes que não têm chances de sobrevivência, sem o suporte tecnológico adequado (CLARK, 2001; TONELLI; MOTTA; OLIVEIRA, 2005).

Porém verifica-se na literatura internacional que a participação do TRR em cuidados paliativos, resulta em aprimoramento e alternativa para melhor identificação e tratamento desses pacientes. Vários estudos demonstraram aumento nos pedidos de "não reanimar" e melhor documentação das medidas de conforto após a introdução do TRR nos hospitais (JONES et al., 2013; HILLMAN, 2014; SMITH et al., 2014; BRUNSVELD-REINDERS et al., 2016).

1.4 Justificativa do estudo

A melhoria contínua da qualidade assistencial requer avaliações sistemáticas dos cuidados prestados aos usuários nas instituições de saúde, visando o reconhecimento dos fatores positivos e possibilidade de intervenção nos fatores negativos, que dificultam o andamento do processo de trabalho da equipe multidisciplinar, com o objetivo de atingir resultados ideais.

O TRR tem como alicerce contribuir com a segurança do paciente no

ambiente hospitalar, uma vez que presta assistência a fim de evitar a ocorrência de EA em pacientes hospitalizados em leitos externos à UTI.

Equipe de resposta rápida hospitalar é um tema relativamente novo na área de saúde no Brasil, com escassez de trabalhos científicos desenvolvidos nacionalmente. Portanto, faz-se necessário efetuar um estudo que possa contribuir para o conhecimento da avaliação dos atendimentos que são realizados em dois hospitais de referência, um localizado no estado do Paraná com perfil público universitário e outro no estado de São Paulo de perfil filantrópico e de ensino.

Com base no exposto, os motivos que justificaram o interesse em desenvolver esta pesquisa foram: a) a escassez de informações sobre o tema na área hospitalar; b) a possibilidade de realização do primeiro estudo, abordando esta temática, com método qualitativo, que agrupará duas instituições que implantaram o serviço dessa natureza no Brasil e c) a oportunidade de ampliar os resultados sobre times de respostas rápidas ao nível nacional.

Verificou-se a pertinência do desenvolvimento desta pesquisa, frente aos motivos elencados anteriormete, realizada com vistas a obter respostas aos seguintes questionamentos:

- Como ocorre o atendimento emergencial, em código azul, ao paciente que se torna crítico fora de um ambiente de terapia intensiva, pelos profissionais que atuam no time de resposta rápida?
- Quais são as sugestões dos profissionais que atuam no time de resposta rápida, sobre os atendimentos que são realizados pelo serviço de resposta rápida na Instituição?

2 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Para a avaliação dos estudos referentes aos atendimentos emergenciais, em código azul, efetuados por times de respostas rápidas (TRR) em diversos países, optou-se por utilizar a revisão integrativa (RI) da literatura, para identificar as produções a respeito do tema, no período compreendido entre 2007 a 2017.

O método utilizado em uma RI, deve respeitar o desenvolvimento das seguintes etapas: planejamento, execução, apresentação, análise e divulgação dos achados. O planejamento é caracterizado como a necessidade do desenvolvimento da revisão, assim como o desenvolvimento do projeto de RI, com ênfase da redução do risco de viés e, também, a garantia da reprodutibilidade da revisão (PAULA; PADOIN; GALVÃO, 2016).

Na etapa de execução, encontram-se as unidades de análise, sendo considerados os estudos indexados nas bases de dados adotadas. Ocorrem ainda a triagem das pesquisas e a extração dos resultados que respondem à pergunta de revisão, analisam-se as produções científicas e sintetiza-se o conhecimento. Ao final, apresentam-se e divulgam-se os resultados a partir de um relatório, além de transferir as evidências encontradas à prática clínica (PAULA; PADOIN; GALVÃO, 2016).

A RI adotada neste estudo utilizou as seis etapas propostas por Galvão, Mendes e Silveira (2010), sendo elas: 1) a formação da pergunta de estudo, 2) a composição da amostragem das pesquisas, 3) o agrupamento das pesquisas, 4) o julgamento crítico do material, 5) a síntese dos resultados e 6) a divulgação da RI.

A formulação da pergunta de pesquisa deve partir da escolha de um tema de interesse do pesquisador, cujo problema encontrado na prática esteja relacionado ao tema em questão. Entretanto, a questão norteadora possibilitará a condução de uma RI bem estruturada e conduz ao um eixo norteador na determinação dos critérios de inclusão ou exclusão, no método de condução da revisão e na organização do raciocínio lógico (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004).

Portanto, a elaboração da pergunta de pesquisa, foi conduzida mediante a utilização da estratégia PICO (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Esta estratégia tem por objetivo orientar a construção da pergunta de investigação, bem como a busca bibliográfica sistematizada, a qual permitiu a localização da informação de maneira acurada e rápida, possibilitando encontrar as melhores informações científicas disponíveis. Deste modo, a estratégia PICO representa um acrônimo para População (P), Intervenção (I), Comparação (C) e *Outcomes* (O) (desfecho/resultado),

conforme descrito no Quadro 5.

Quadro 5 - Síntese do método PICO, para formulação da questão do estudo, segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007).

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População, paciente ou problema	Pode ser um paciente, um grupo de pacientes com condição particular, um problema de saúde ou cenário clínico de interesse.
I	Intervenção ou indicador	Representa a intervenção ou aspecto de interesse do atendimento de saúde, pode ser: terapêutica; preventiva; diagnóstica; prognóstica e organizacional.
C	Comparação ou controle	Intervenção-padrão, a mais utilizada ou nenhuma intervenção.
O	<i>Outcomes</i> (Desfecho ou resultado)	Resultados esperados.

Essa estratégia vem sendo utilizada considerando que a formulação de uma pergunta bem estruturada proporciona aos pesquisadores uma melhor condição para levantar na literatura as fontes que os apoiarão na busca de respostas à sua pergunta original. Essas pesquisas da literatura podem ser conduzidas usando consultas cuidadosas e uso de operadores booleanos para buscas nas bases de dados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Assim, por meio da estratégia PICO, definiu-se a seguinte pergunta de investigação: *“Quais são as evidências científicas relacionadas aos atendimentos emergenciais, em código azul, realizados por times de respostas rápidas de hospitais”?*

O Quadro a seguir, representa a elaboração da questão de pesquisa por meio da estratégia PICO anteriormente mencionado.

Quadro 6 - Estratégia PICO para formulação de pergunta de revisão integrativa.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População, paciente ou problema	Equipe de Respostas Rápidas de Hospitais
I	Intervenção ou indicador	Parada cardiorrespiratória/código azul
C	Comparação ou controle	Estudo antes-depois implantação do TRR
O	<i>Outcomes</i> (Desfecho ou resultado)	Desfecho clínico do atendimento emergencial/código azul.

Pompeo, Rossi e Galvão (2009) apontam que tanto a pergunta de revisão quanto os critérios de inclusão, quando estabelecidos previamente, se tornam o eixo norteador para a manutenção da coerência durante a busca e seleção dos estudos, assim como para evitar o surgimento de possíveis vieses.

Foram incluídos neste estudo artigos na íntegra, disponíveis gratuitamente, nos idiomas inglês, espanhol e português, que versavam sobre a temática de equipe de respostas rápidas de hospitais.

Foi estabelecida a inclusão de artigos publicados, no período de 2007 a 2017, pois se procurou verificar a evolução dos atendimentos emergenciais realizados por TRR nas instituições de saúde, disponibilizados nas bases de dados: Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *SciVerse Scopus* e biblioteca virtual *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO).

A busca dos artigos ocorreu por forma eletrônica, por meio do Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo (SIBiUSP), realizada entre junho a dezembro de 2016 e atualizada em outubro de 2017.

Para responder à questão norteadora e buscando atender aos requisitos da RI, utilizaram-se diferentes combinações entre os descritores e palavras, e definiu-se a estratégia de busca mais adequada para acessar os estudos desta pesquisa.

Para Santos, Pimenta e Nobre (2007), os descritores controlados são aqueles muito utilizados para indexação de artigos nas bases de dados. Assim, os

mais conhecidos são os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH). Já os não controlados representam palavras textuais e seus sinônimos, variações de grafia, siglas e correlatos.

A fim de recuperar as evidências que respondiam à questão de investigação idealizada, bem como a seleção do melhor delineamento metodológico dos estudos para a resolução da questão proposta nesta revisão integrativa, foram utilizados os descritores controlados e não controlados, disponibilizados para cada base de dados (Quadro 7):

Quadro 7 - Descritores controlados e não controlados utilizados na pesquisa, em conformidade com o DeCs e MeSH.

DeCS (LILACS)	
Descritores controlados	Descritores não controlados
"Equipe de respostas rápidas de hospitais" [and] "Parada cardíaca" [and] "Reanimação cardiopulmonar"	"Equipe de código azul" "Equipe de reanimação" "Equipe hospitalar de resposta rápida" "Equipe de ressuscitação cardiopulmonar" "Equipe médica de emergência" "Time de resposta rápida" "Time de resposta rápida em hospital" "Parada cardiopulmonar" "Parada cardíaca" "Parada cardiorrespiratória" "Assistolia" "Suporte básico de vida" "Código azul" "CPR" "Manutenção das condições vitais cardíacas básicas" "Reanimação cardiorrespiratória" "Ressuscitação cardiopulmonar" "Suporte das condições vitais cardíacas básicas"
MeSH (MEDLINE/SCOPUS)	
Descritores controlados	Descritores não controlados
"Hospital rapid response team" [and] "Heart arrest"[and] "Cardiopulmonary resuscitation"	"Medical emergency team hospital" "Hospital medical emergency team" "Code team" "Code Teams" "Team Code" "Teams Code" "Cardiac Crash Team" "Cardiac Crash Teams" "Crash Team Cardiac" "Crash Teams Cardiac" "Arrest heart" "Cardiac arrest" "Arrest cardiac" "Asystoles" "Cardiopulmonary arrest" "Arrest cardiopulmonary"

De cada descritor se faz necessário que o revisor conheça sua descrição e os sinônimos estabelecidos pelas bases de dados ao qual fazem parte. Assim, esses descritores (controlados ou não controlados) devem ser associados com a utilização de operadores booleanos (considerados como delimitadores), representados por termos conectores *AND* (combinação restritiva), *OR* (combinação aditiva), *AND NOT* (combinação excludente) (PAULA; PADOIN; GALVÃO, 2016). Logo, a revisão integrativa desta pesquisa utilizou o operador booleano “*and*” para realizar as quatro combinações restritivas evidenciadas no Quadro 7.

A extração deve ser de forma igual para todos os estudos, dessa forma, proporciona à pesquisa imparcialidade e reprodutibilidade necessária, com garantia de atender ao rigor metodológico (GALVÃO; MENDES; SILVEIRA, 2010; PAULA; PADOIN; GALVÃO, 2016).

Segundo Paula, Padoin e Galvão (2016), a utilização de um instrumento possibilita a avaliação das características individuais de cada estudo. Tabelas ou quadros podem ser considerados um bom ponto de partida para a interpretação de dados, assim como quaisquer padrões e relações que possam existir, que podem ser facilmente visualizados por meio deles (ATCHAN; DAVIS; FOUREUR, 2016). O objetivo é a apresentação de forma coerente e sucinta das características, pautada nos resultados de avaliação crítica dos estudos incluídos e comparando-os com o conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Os resultados das buscas realizadas nos recursos informacionais citados foram filtrados em três etapas. Na etapa 1, foram identificados 383 documentos, sendo excluídos 88 artigos duplicados. Na etapa 2 após leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 271 estudos relacionados a publicações de teses, dissertações, relatos de experiências, cartas editoriais e artigos de forma não gratuitos.

Na etapa 3 buscou-se a leitura dos 24 artigos na íntegra para elegibilidade, sendo excluídos dois artigos que não respondiam a pergunta de pesquisa, resultando em 22 pesquisas elencadas para análise da RI, conforme fluxograma apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos da revisão integrativa. Ribeirão Preto-SP, 2017.

Os estudos incluídos na análise da RI, serão apresentados no Quadro 8, com informações dos autores das pesquisas, título, periódico, país, ano, resultados e conclusões.

Quadro 8 – Distribuição dos artigos da revisão integrativa quanto aos autores, título, periódico, país, ano, resultados e conclusões (N=22). Ribeirão Preto-SP, 2017.

Autores	Título/Periódico	País/Ano	Resultados e Conclusões
Dacey MJ Mirza ER Wilcox V Doherty M Mello J Boyer A Gates J Brothers T Baute R	<i>The effect of a rapid response team on major clinical outcome measures in a community hospital</i> Critical Care Medicine	Estados Unidos 2007	Foram analisadas 244 chamadas de acionamento do TRR durante o período de estudo. Nos cinco meses anteriores ao início do serviço de resposta rápida, houve uma média de 7,6 paradas cardíacas por 1000 pacientes-mês. Nos 13 meses subsequentes ao TRR, a média diminuiu para 3,0 paradas cardíacas por 1.000 pacientes-mês. A mortalidade hospitalar geral no ano anterior ao serviço foi de 2,82% e diminuiu para 2,35% após a implantação do TRR. A porcentagem de admissões na UTI diminuiu de 45% para 29%. A análise de regressão linear das principais variáveis de resultados demonstrou fortes associações com a implementação do serviço, assim como a análise das variáveis ao longo do tempo. A implantação de um TRR liderado por médicos, com habilidades especializadas, foi associada com diminuições significativas nas taxas de PCR e nas admissões da UTI.
Offner PJ Heit J Roberts R	<i>Implementation of a rapid response team decreases cardiac arrest outside of the intensive care unit</i> Journal of Trauma	Estados Unidos 2007	Antes da implantação do TRR, a média anual de PCR era de 27 ocorrências; após um ano da implantação do serviço este número diminuiu para 13 ocorrências, representando uma redução de 50% dos casos de código azul. A ativação do TRR resultou na transferência precoce do paciente para um maior nível de cuidado intensivo e evitou a progressão de uma piora clínica.
Buist M Harrison J Abaloz E Van Dyke S	<i>Six year audit of cardiac arrest and medical emergency team calls in an Australian outer metropolitan teaching hospital</i> British Medical Association	Austrália 2007	O estudo tratou da avaliação dos seis anos de implantação do TRR, com diminuição da incidência de paradas cardíacas em 24%. No ano 1 da atuação do TRR ocorreram 2,4 eventos de código azul para 1000 pacientes internados; já no ano 6, houve 0,66 eventos para 1000 pacientes internados. As equipes de emergências demonstravam ser eficazes quando apoiadas com um sistema multidisciplinar para os atendimentos clínicos emergenciais nas enfermarias.

Sharek PJ Parast LM Leong K Coombs J Earnest K Sullivan J Frankel LR Roth SJ	<i>Effect of a rapid response team on hospital-wide mortality and code rates outside the ICU in a Children's Hospital</i> The Journal of the American Medical Association	Estados Unidos 2007	Após a implementação do TRR, a taxa média de mortalidade mensal diminuiu 18% e a taxa média de código azul por 1000 admissões diminuiu em 71,7%. A implementação de um TRR em um hospital pediátrico foi associada à redução estatisticamente significativa, tanto na taxa de mortalidade hospitalar, como na taxa de código azul fora da UTI pediátrica.
Chan PS Khalid A Longmore LS Berg RA Kosiborod M Spertus JA	<i>Hospital-wide code rates and mortality before and after implementation of a rapid response team</i> The Journal of the American Medical Association.	Estados Unidos 2008	Houve um total de 376 ativações de códigos para o TRR, porém após a avaliação dos resultados conclui-se que a taxa de mortalidade hospitalar não diferiu entre os períodos de pré e pós-implantação do serviço. As análises secundárias revelaram poucas instâncias de tratamento ou subutilização do serviço, que podem ter afetado os achados da taxa de mortalidade. Neste estudo de centro único hospitalar a implementação do TRR não foi associada à diminuição dos atendimentos em código azul ou mortalidade.
Baxter AD Cardeal P Hooper J Patel R	<i>Emergency medical teams at Ottawa Hospital: the first two years</i> Journal of anesthesia	Canadá 2008	Posteriormente à implantação do TRR em 2006, verificou-se que após dois anos do referido serviço, os escores de gravidade das doenças dos pacientes diminuíram. As admissões dos pacientes em UTI aumentaram em 27% e constatou-se também a diminuição em paradas cardíacas e readmissões dentro de 48 horas de alta da UTI.
Eftychiou C Georgiou M Andreou A Michaelides A Yiangou K Deligeorgis A Petrou P	<i>Nicosia General Hospital cardiac arrest team: first year's practice and outcomes of in-hospital resuscitation</i>	Ilha de Chipre 2009	Durante o período de 12 meses, o código azul foi acionado 83 vezes, das quais 10 eram falsos alarmes. A PCR foi identificada em 69 chamadas, enquanto quatro eram de insuficiência respiratória. A idade média dos pacientes foi de 70,8 anos. Em 86% dos atendimentos em código azul, o ritmo de parada inicial predominante foi em assistolia, o retorno da circulação espontânea foi alcançado em 52% dos casos. O tempo de chegada do TRR foi de 1,6 minutos, o primeiro choque em ritmo chocável foi realizado em até dois minutos e a primeira dose de adrenalina foi administrada dentro de 2,7 minutos. Os

Georgiou P Christodoulides T Makri L Georgiou E Patsia T Nicolaidis E Minas M	Hellenic Journal of Cardiology		resultados são semelhantes às taxas de sobrevivências encontradas na literatura. No entanto, foram identificados pontos de melhoria e as intervenções que devem ser realizadas para melhoraria do serviço em atendimento de código azul.
Sarani B Palilonis E Sonnad S Bergey M Sims C Pascual JL	<i>Clinical emergencies and outcomes in patients admitted to a surgical versus medical service</i> Resuscitation	Estados Unidos 2011	A incidência de PCR e da taxa de mortalidade foi comparada dois anos antes e dois anos após a implantação do TRR; como resultados a PCR diminuiu em 40% e a mortalidade hospitalar diminuiu 25% com o progresso do serviço. Houve 1082 acionamentos ao serviço, sendo 286 chamados de atendimentos cirúrgicos e 796 clínicos. Os resultados demonstraram que os critérios de acionamento do TRR e as intervenções foram semelhantes aos pacientes cirúrgicos e clínicos. No entanto, os pacientes cirúrgicos demonstraram um risco substancial de deterioração clínica nas primeiras 24 horas após o término das cirurgias.
Beitler JR Link N Bails DB Hurdle K Chong DH	<i>Reduction in hospital-wide mortality after implementation of a rapid response team: a long-term cohort study</i> Critical Care	Estados Unidos 2011	Foram avaliados 855 pacientes internados atendidos pelo TRR no período de três anos. A mortalidade em todo o hospital diminuiu de 15,50 para 13,74 óbitos por 1000 pacientes, após a implementação do serviço. As ocorrências de código azul externos à UTI diminuíram de 3,28 para 1,62 códigos por 1000 pacientes, o que conclui a melhoria do serviço e segurança ao paciente, como resultados da pesquisa.
Shah SK Cardenas VJ Jr Kuo YF Sharma G	<i>Rapid response team in an academic institution: does it make a difference?</i> Chest Journal	Estados Unidos 2011	Durante o período de estudo, o TRR foi ativado 1.206 vezes (7,7 chamadas por 1.000 pacientes internados). Houve uma melhoria modesta, mas não sustentada, na mortalidade hospitalar durante o período de estudo (2,40% versus 2,15%; p=0,05), o que não pode ser explicado pelo efeito dos atendimentos dos códigos realizados pelo TRR. A mortalidade foi de 2,40% no grupo controle e 2,06%, 1,94% e 2,46%, respectivamente, durante os próximos três intervalos consecutivos de nove meses da atuação do serviço. Embora tenha ocorrido uma diminuição na mortalidade hospitalar geral, esta diminuição foi pequena, não sustentada e não explicada pelo efeito dos resultados dos atendimentos do TRR.

Gonçalves PDS Polessi JA Bass LM Santos JPD Yokota PKO Laselva CR Junior CF Neto MC Estanislao M Teich V Sardenberg C	Redução de paradas cardiorrespiratórias por times de resposta rápida Revista Einstein	Brasil 2012	No período anterior à implantação do TRR (pré-intervenção), ocorreram 3,5 eventos de PCR por 1.000 altas e 16,3 mortes por 1.000 altas. Após o funcionamento do serviço (pós-intervenção), constatou-se a diminuição do número de PCR e na taxa de mortalidade hospitalar, respectivamente, por 1,7 eventos de PCR por 1.000 altas ($p<0,001$) e 14,3 mortes por 1.000 altas ($p=0,029$).
Al-Qahtani S Al-Dorzi HM Tamim HM Hussain S Fong L Taher S Al-Knawy BA Arabi Y	<i>Impact of an intensivist-led multidisciplinary extended rapid response team on hospital-wide cardiopulmonary arrests and mortality</i> Critical Care Medicine	Arábia Saudita 2013	Os resultados de cinco anos dos atendimentos realizados por TRR demonstraram que houve diminuição das PCR em unidades de internação de 1,4 para 0,9 por 1000 internações. A mortalidade hospitalar diminuiu de 22,5 para 20,2 por 1000 admissões. As ordens de não reanimação aumentaram de 0,7 para 1,7 por 1000 internações hospitalares. Além disso, a taxa de readmissão da UTI diminuiu de 18,6 para 14,3 por 100 altas da UTI e mortalidade hospitalar após alta da UTI diminuiu de 18,2% para 14,8%. A implementação do TRR foi efetiva nas reduções do número de PCR, na mortalidade hospitalar dos pacientes nas enfermarias, nas taxas de readmissões dos pacientes na UTI e na mortalidade de pacientes que obtiveram alta da UTI.
Winters BD Weaver SJ Pfoh ER Yang T Pham JC Dy SM	<i>Rapid-response systems as a patient safety strategy: a systematic review</i> Annals of Internal Medicine	Estados Unidos 2013	Pesquisa de revisão sistemática realizada entre 2000 a 2012, utilizando as bases de dados PUBMED, PsycINFO, CINAHL e Cochrane; extraiu 18 estudos e concluiu que os TRR de diversos países estão associados às taxas de redução de PCR fora do ambiente de UTI e, conseqüentemente, à menor mortalidade.
Maharaj R Raffaele I Wendon J	<i>Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis</i>	Estados Unidos 2015	Estudo de revisão sistemática com pesquisas publicadas de 1990 a 2013, nas bases de dados PUBMED, EMBASE, CINAHL e a Biblioteca Cochrane e extraiu revisão de 29 pesquisas. Concluiu-se que os TRR contribuíram na redução da mortalidade geral do hospital na população de pacientes adultos e pediátricos. A implantação dos serviços foi

	Critical Care		associada à uma redução nas taxas de PCR em pacientes adultos e pediátricos.
Silva R Saraiva M Cardoso T Aragão IC	<i>Medical Emergency Team: How do we play when we stay?</i> <i>Characterization of MET actions at the scene</i> Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine	Portugal 2016	No período de estudo constatou-se que a taxa de ativação do TRR foi de 8,6 chamados por 1.000 pacientes internados. Dos pacientes atendidos pelo TRR, 73 deles morreram durante o atendimento, 190 ficaram na própria unidade de internação e 123 foram transferidos à UTI. As decisões de não reanimação faziam parte das determinações em 94 dos pacientes. A taxa de mortalidade hospitalar geral foi de 4,1% nos três anos anteriores à implementação do TRR e 3,6% nos três anos seguintes ($p < 0,001$). Após a implementação do serviço houve uma diminuição significativa na mortalidade hospitalar. Este estudo reforça os benefícios da implementação dos TRR.
Psirides AJ Hill J Jones D	<i>Response Team activation in New Zealand hospitals-a multicentre prospective observational study</i> Anaesthesia Intensive Care	Nova Zelândia 2016	Estudo multicêntrico em 11 hospitais para levantamento dos dados de atendimentos dos TRR registraram 351 chamadas aos serviços. A média entre a internação hospitalar e o acionamento do TRR foi de dois dias para qualquer código; 43% das chamadas ocorreram entre 08h00 às 17h00 horas e 75% das chamadas foram feitas por enfermeiros das unidades de internação. Durante o atendimento do TRR, 3% dos pacientes evoluíram ao óbito e 20% morreram após trintas dias de internação. A maioria dos pacientes permanecia na enfermaria e o TRR frequentemente discutia limitações de tratamento, com novas ordens de não reanimação.
Barbosa V Gomes E Vaz S Azevedo G Fernandes G Ferreira A Araújo R	<i>Failure to activate the in-hospital emergency team: causes and outcomes</i> Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Portugal 2016	Entre 2013 a 2015, ocorreram 285 ativações do TRR no hospital de estudo, sendo dividida a amostra em dois grupos para efeito de comparações entre eles, sendo um com ocorrência na falha da ativação da via aferente e outro grupo em que não ocorreu essa falha na ativação da via aferente. A incidência de PCR e taxa de mortalidade foram maiores em pacientes que sofreram com a falha na via aferente, ou seja, não houve reconhecimento, a tempo, dos profissionais dos setores para intervenção do TRR decorrente do quadro de deterioração clínica do paciente. Este estudo destacou a necessidade dos hospitais investirem na capacitação de todos os profissionais de saúde, com destaque ao reconhecimento dos sinais de alerta pelos profissionais de saúde das unidades, os critérios de ativação do TRR e as demais operações do sistema de resposta rápida.

Mezzaroba AL Tanita MT Festti J Carrilho CMDM Cardoso LTQ Grion CMC	<i>Evaluation of the five-year operation period of a rapid response team led by an intensive care physician at a university hospital</i> Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Brasil 2016	Os pesquisadores analisaram 1.628 atendimentos realizados pelo TRR em cinco anos, sendo 1.423 códigos amarelos com 385 (27%) pacientes transferidos à UTI e 205 códigos azuis com 11 (5,4%) pacientes admitidos na UTI. O número de atendimentos foi maior no primeiro ano de operação do TRR. Além disso, a mortalidade hospitalar foi maior entre os pacientes internados para as especialidades clínicas comparadas aos pacientes cirúrgicos. Os autores chamaram atenção que a mortalidade hospitalar no período do estudo apresentou-se elevada, quando relacionada com a literatura internacional.
Gulacti U Lok U Aydin I Hatipoglu S Polat H	<i>Outcomes of in-hospital cardiopulmonary resuscitation after introduction of medical emergency team</i> Kuwait Medical Journal	Turquia 2016	Estudo retrospectivo que avaliou 264 chamadas em código azul, de janeiro de 2010 a junho de 2011. Do total, 186 (70,5%) exigiam imediatamente manobras de RCP, 50 (18,9%) chamadas exigiam apenas alguma intervenção médica exceto referente ao quadro de reanimação e o restante caracterizou chamadas não classificadas em código azul. O tempo de chegada do TRR ao local foi inferior a dois minutos em 74,7% das chamadas de código azul, a duração da RCP inferior a 15 minutos foi relacionada aos melhores resultados dos atendimentos ($p<0,001$). As melhores respostas às tentativas de RCP ocorrem com a ativação precoce do sistema em código azul, portanto, a introdução do TRR torna-se necessário a todos os hospitais em diversos países.
Bavare AC Rafie KM Bastero PX Hagan JL Checchia PA	<i>Acute decompensation in pediatric cardiac patients: Outcomes after rapid response events</i> Pediatric Critical Care Medicine	Estados Unidos 2017	Após revisão de prontuários de pacientes pediátricos atendidos por TRR, nos anos de 2011 a 2014 em um hospital referência para atendimento cardíaco, constatou-se 152 chamados para o serviço em código azul. A doença cardíaca congênita foi o diagnóstico basal para acionamento dos eventos (74%), seguido de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca antes de um evento em código azul (64%). A parada respiratória e/ou cardíaca ocorreu em 8,5% dos atendimentos no período, sendo 81% transferidos à UTI. Do total desses pacientes transferidos, 56% receberam procedimentos invasivos dentro de 72 horas e 22% evoluíram para deterioração crítica importante, com necessidade de ventilação mecânica ou drogas vasopressoras dentro de 12 horas após a transferência. A mortalidade no prazo de 30 dias após o evento foi de 14%. Doença cardíaca congênita, cirurgia cardíaca prévia e alta recente da UTI foram associadas ao maior acionamento do TRR com progressão à PCR, com necessidade de cuidados em UTI e significativa mortalidade na população em estudo.

<p>KimY Lee DS Min H Choi YY Lee EY Song I Park JS Cho Y-J Jo YH Yoon H Lee J Lee C-T Do SH Lee YJ</p>	<p><i>Effectiveness Analysis of a Part-Time Rapid Response System During Operation Versus Nonoperation</i></p> <p>Critical Care Medicine</p>	<p>Coréia</p> <p>2017</p>	<p>Estudo comparativo dos resultados pré (2009-2012) e pós (2012-2015) implantação do TRR demonstrou que a incidência de PCR (por 1000 admissões) diminuiu significativamente após a implantação do TRR em horário determinado (07h00 às 22h00) para sua operação (1,60 <i>versus</i> 1,23; $p=0,021$), porém a mortalidade manteve-se inalterada (1,38 <i>versus</i> 1,33; $p=0,322$). Após a implementação do TRR, a incidência de PCR diminuiu significativamente em 40% durante os tempos de operação do TRR (0,82 contra 0,49/1000 admissões, $p=0,001$), mas permaneceu semelhante durante os tempos não operacionais do serviço (0,77 <i>versus</i> 0,73/1.000 admissões; $p=0,729$). A implementação do TRR em tempo parcial reduziu a incidência de PCR durante os tempos de operação do TRR.</p>
<p>Santana-Santos E Bezerra DG Alberto MR Ferreira FG Palomo JSH Silva CCB</p>	<p>Perfil de atendimentos do código azul em um hospital escola especializado em cardiopneumologia</p> <p>Revista Cubana de Enfermería</p>	<p>Brasil</p> <p>2017</p>	<p>Em um hospital de alta complexidade, especializado em cardiopneumologia, foram analisados 88 registros de atendimentos do TRR em código azul, dos quais em 86 foram realizadas a RCP e dois foram classificados como cuidados paliativos, sem indicação de RCP. O tempo médio de atendimento pelo TRR foi de 27 (1-185) minutos. Em 54% dos atendimentos os pacientes estavam utilizando um monitor multiparamétrico antes do início da RCP, o que permitiu a identificação precoce do ritmo da parada e as condutas apropriadas. Entre os 88 registros analisados, o ritmo inicial da PCR predominante foi Atividade Elétrica Sem Pulso. Após as medidas de RCP instituídas pelo TRR, 37 (42%) pacientes apresentaram retorno à circulação espontânea (RCE) e 51 (58%) evoluíram a óbito imediatamente, após a RCP. Dos 37 pacientes que apresentaram RCE, 20 (54%) evoluíram ao óbito nas primeiras 24 horas pós-PCR. Como conclusão do estudo, a mortalidade entre aqueles que apresentaram PCR foi elevada, mesmo quando atendidos por uma equipe capacitada para esse tipo de atendimento.</p>

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Como conclusão da RI, obteve-se 22 artigos que responderam à pergunta de pesquisa acerca das evidências científicas sobre atuação dos times de respostas rápidas em hospitais, para a realização dos atendimentos emergenciais em código azul.

Verificou-se que das 22 publicações, 10 foram realizadas em instituições de saúde dos Estados Unidos, seguido pelo Brasil (3), Portugal (2), Austrália (1), Canadá (1), Nova Zelândia (1), Turquia (1), Ilha de Chipre (1), Coréia (1) e Arábia Saudita (1); sendo o ano de 2016, aquele que apresentou o maior número de pesquisas publicadas relacionadas a pergunta de pesquisa formulada.

A maioria dos estudos apontou que após implantação dos TRR houve diminuições no número de eventos de PCR (código azul) e consequente diminuição da mortalidade intra-hospitalar nos pacientes adultos e pediátricos. A minoria dos estudos não associou a diminuição das taxas de PCR e/ou mortalidade com a implantação do TRR.

A RI reforçou também que a implantação dos TRR, em diversos países, proporcionou melhoria da segurança e qualidade nos cuidados prestados aos pacientes internados em unidades de internação geral, por meio da transferência precoce do paciente para níveis de cuidados intensivos, a discussão sobre a limitação de suporte terapêutico e a diminuição das readmissões em UTI.

Tais equipes estão envolvidas em episódios recorrentes de EA evitáveis nos hospitais com atuação específica em unidades de internação não críticas, uma vez que realizam atendimentos em situações de urgência e emergência pautadas em critérios pré-estabelecidos para o seu acionamento, com condutas e intervenções necessárias para o restabelecimento das funções vitais dos pacientes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Caracterizar as exigências críticas nos atendimentos emergenciais realizados por times de respostas rápidas em um hospital público no estado do Paraná e um filantrópico no estado de São Paulo.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar os incidentes críticos positivos e negativos, decorrentes dos atendimentos emergenciais realizados pelos profissionais dos times de respostas rápidas;
- Identificar as sugestões realizadas pelos profissionais dos times de respostas rápidas, em relação ao serviço de resposta rápida das instituições.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Caracteriza-se como uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Utilizou-se a Técnica do Incidente Crítico (TIC) como orientação dos procedimentos metodológicos. Os estudos descritivos, segundo Polit e Beck (2011), têm por finalidade observar, descrever e documentar os aspectos da situação. Em relação ao método qualitativo, é indicado quando há escassez do conhecimento sobre um fenômeno ou se almeja descrevê-lo, conforme a visão do sujeito (MINAYO, 2010). A pesquisa exploratória com tratamento qualitativo revela os diversos caminhos pelos quais um fenômeno manifesta-se e os processos subjacentes (POLIT; BECK, 2011).

De acordo com Minayo (2010), a pesquisa qualitativa investiga uma compreensão única do fenômeno em estudo. É um dos métodos mais utilizados para o estudo da população humana pelas ciências sociais. Possibilita conhecer processos sociais, oferece a elaboração de novas abordagens, a revisão e a concepção de novas definições. É caracterizada pela sistematização progressiva do conhecimento e compreensão do processo em estudo.

O método qualitativo extrai os aspectos subjetivos da realidade social. É o reconhecimento da subjetividade como parte integrante da existência da sociedade. A participação no inconsciente coletivo é uma conjuntura da compreensão da natureza interna do seu conteúdo. A objetivação também é importante na pesquisa qualitativa, por repudiar o discurso ingênuo ou malicioso da neutralidade. Assim, o pesquisador preocupa-se em assimilar e desvendar o desempenho das relações sociais, lidando com a experiência e a cotidianidade (MINAYO, 2010).

A TIC é uma forma de obtenção de dados qualitativos e tem a capacidade de acessar a subjetividade das pessoas que vivenciam uma situação real do comportamento humano, cuja análise permite explicitar o nível de exigência crítica para a dada situação investigada (FLANAGAN, 1973). Consiste em um método para reunir informações sobre o comportamento das pessoas em um determinado contexto. O termo “crítico” significa que o acontecimento teve impacto sobre algum resultado (POLIT; BECK, 2011).

4.2 A Técnica do Incidente Crítico

Esta pesquisa concebeu-se por meio do referencial teórico metodológico da Técnica do Incidente Crítico (TIC), que permitiu caracterizar os aspectos dos atendimentos emergenciais realizados pelos profissionais de saúde dos dois hospitais, sendo realizada por meio de entrevista semiestruturada.

Segundo Flanagan (1973), o método da TIC possibilita realizar uma investigação do comportamento humano, com a finalidade de estabelecer as exigências críticas para a execução de determinada atividade. Esta técnica é definida como a junção de procedimentos para averiguar diretamente as observações do comportamento humano, com o intuito de auxiliar a sua utilização potencial na elucidação de problemas práticos e no progresso de numerosos princípios na área de psicologia.

A TIC foi originada dos estudos realizados no Programa de Psicologia da Aviação da Força Aérea Americana no período da Segunda Grande Guerra, em 1941, com a finalidade de auxiliar na seleção e classificação da equipe de tripulação (FLANAGAN, 1973). A participação de Flanagan no referido Programa permitiu a dedução que, ao estudar o trabalho, o mais relevante para análise do trabalho seria os comportamentos extremos e pouco frequentes, uma vez que os fatos triviais não trariam significados importantes e poderiam, inclusive, encobrir a verdade. Entretanto, Flanagan denominou a essa coleta e análise de comportamentos extremos de método dos incidentes críticos (DELA COLETA, 1972).

Apesar de desenvolver a técnica por volta de 1940, ela só foi publicada em 1954, no periódico *Psychological Bulletin* (FLANAGAN, 1954), no qual Flanagan descreveu a técnica e seus procedimentos. Esta publicação foi o marco deste método de investigação.

Fundamenta-se a TIC em um procedimento que tende a colaborar com o destaque e o agrupamento de fatos relevantes ligados aos comportamentos em situações específicas, englobando assim estratégias que permite a contemplação direta do comportamento humano (FLANAGAN, 1973) que contribua para o levantamento de concepções, atitudes e percepções, no que se faz referência ao objeto da investigação (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004). O relato do Incidente Crítico (IC), necessariamente, deve contemplar a situação, o

comportamento do profissional frente a ela e a consequência produzida, com julgamento positivo ou negativo, segundo a ótica de quem desvela o fato (DELA COLETA, 1974).

Diante disso, destaca-se que a TIC não visa a coleta de opiniões e relatos vagos, mas em desvendar comportamentos específicos que subsidiem observações e avaliações pertinentes (FLANAGAN, 1973). Portanto, esta técnica foi utilizada para conhecer as situações vivenciadas por times de respostas rápidas (TRR) nos hospitais em que realizam os atendimentos emergenciais, por acionamento em código azul nas unidades de internação não crítica.

No Brasil, a TIC foi difundida por Dela Coleta, no ano de 1972, com a aplicação da técnica com eletricitas de uma companhia de energia elétrica, em virtude da necessidade de se adotar um método de recrutamento de pessoal. Esta técnica foi difundida por Flanagan, em 1954 e tem se propagado cada vez mais no Brasil e em outros países como referencial metodológico, especialmente áreas de psicologia, administração, educação e saúde; entretanto ressalta-se que esta técnica se aplica a uma variedade de temas, devido à sua potencialidade e versatilidade (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

É relevante enfatizar que se entende por incidente qualquer atividade humana que possa ser passível de observação, sendo útil em si para permitir suposições no que tange à pessoa que desenvolve o ato em si. Para que o incidente seja crítico, há necessidade que ocorra uma situação clara com efeitos e consequências notáveis e relevantes (FLANAGAN, 1973; DELA COLETA; DELA COLETA, 2004). No entanto, pode-se referir que o incidente rompe com o funcionamento normal do sistema, concebendo situações relevantes, positivas ou negativas, que foram relatadas e observadas pelos entrevistados, considerando-se as consequências determinadas para os objetivos do cargo ou do sistema (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

A TIC fundamenta-se nos procedimentos, os quais objetivam as visões diretas do comportamento humano, com a missão de possibilitar a resolução de adversidades cotidianas e o desenvolvimento de concepções psicológicas, além de contribuir com os procedimentos de agrupamento de incidentes observados que se tornem significativos (FLANAGAN, 1973; MARTINS; CARVALHO, 2008).

A coleta dos dados torna-se importante e aceitável quando os incidentes relatados são razoavelmente recentes e os entrevistados são motivados a realizar

avaliações e observações detalhadas (NOGUEIRA et al., 1993).

As pesquisas que empregam o uso da TIC, comumente, procuram por situações comportamentais. Isso se deve em virtude da técnica proporcionar a captura de fatores culturais, experiências, valores, sentimentos, e emoções dos sujeitos que vivenciaram uma situação, que desencadeou um comportamento e por fim uma consequência, sendo assim caracterizado como os componentes fundamentais do incidente crítico. Tais aspectos também são utilizados como categorias para análise dos incidentes críticos (MATHEUS; FUSTINONI, 2006).

4.3 Cenário de investigação

Esta pesquisa foi realizada em um hospital público localizado em um município do interior do estado do Paraná e em um hospital filantrópico do estado de São Paulo.

A instituição pública foi fundada em 1971, constituindo-se como o único hospital público universitário de alta complexidade da região norte do Paraná. O hospital atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), com abrangência em mais de 200 municípios desse estado e 80 de outros estados.

Em 2017, contabilizava 307 leitos ativos. Os leitos estão distribuídos em unidades de internação médico-cirúrgica masculina e feminina nas diversas especialidades, unidades de pronto-socorro, moléstias infectocontagiosas, tisiologia, centro de tratamento de queimados, centro de tratamento de medula óssea, maternidade, berçário, pediatria, UTI neonatal, pediátrica e adulta (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2017).

O TRR atende 45% do total de leitos desta instituição. Os profissionais das unidades utilizam como método de acionamento do serviço, os critérios estabelecidos em código azul (emergência) ou amarelo (urgência).

O TRR iniciou suas atividades em 2009 e devido à contenção de profissionais cumpre a escala em período diurno (das 7h00 às 19h00), todos os dias da semana, com um médico intensivista, um fisioterapeuta (período matutino) e enfermeiro do setor que se agrega aos profissionais para a realização da assistência frente aos códigos de acionamento (TAGUTI et al., 2013).

Ao acionar o TRR, por contato telefônico, o prazo de início do

atendimento do código azul é de até três minutos e até cinco minutos para o amarelo. O atendimento dos códigos estabelecidos no período noturno, é respondido pelo médico de plantão da cardiologia do hospital (MEZZAROBÀ et al., 2016), motivo pelo qual esse profissional foi excluído da amostra. A média anual de atendimentos realizados em 2016, para o código azul, foi de 38 eventos.

Torna-se importante ressaltar que além do atendimento dos códigos estabelecidos, o TRR realiza também o acompanhamento do paciente grave que ainda permanece na enfermaria, com indicação médica de UTI, devido a indisponibilidade deste leito, sendo o mesmo classificado como paciente em demanda reprimida por leito de UTI (TAGUTI et al., 2013; DIAS; GRION; MARTINS, 2015).

Com a finalidade de consolidar a segurança do paciente, classificado em demanda reprimida, os profissionais do TRR realizam a visita diária no setor com realização de exame físico, a revisão da prescrição médica do dia, a consulta dos exames laboratoriais e as orientações pertinentes a equipe do setor, até a transferência do paciente à UTI, suspensão da vaga por restabelecimento do quadro clínico no setor ou óbito (MEZZAROBÀ et al., 2016).

Outro aspecto relevante do TRR configura-se no acompanhamento dos pacientes por 72 horas logo após a alta da UTI. Isso porque esses pacientes estão sob maior risco de deterioração clínica, aumentando assim a chance de readmissões precoces. O seu acompanhamento na pós-alta da UTI, garante a continuidade do cuidado e a identificação precoce de alterações reversíveis, o que contribui com a sua segurança do paciente (MEZZAROBÀ et al., 2016).

O hospital realiza capacitação periódica aos profissionais de enfermagem dos setores de internação para adulto, sobre a dinâmica de funcionamento do TRR, aliado à capacitação de SBV e protocolo de PCR pela Comissão de Ressuscitação Cardiopulmonar da instituição, devido a admissão ou rotatividade desses profissionais (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2017).

Já a instituição filantrópica, classificada como serviço de alta complexidade e de ensino, foi fundada em 1941 na cidade de São Paulo-SP. Em 2017 contabilizava 469 leitos, sendo 446 para adultos e 23 pediátricos. Os leitos estão distribuídos em unidades clínicas, cirúrgicas, oncológicas, cardiologia, pediatria, pronto atendimento adulto e pediátrico, UTI adulto, cardiológica e

nerológica, setor de atendimento avançado em insuficiência cardíaca, centro de nefrologia e diálise e consta com dois hospitais dias (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2017).

Possui certificações e creditações nacionais e internacionais, tais como *Joint Commission International*, *International Organization for Standardization*, *Occupational Health and Safety Assessment Series*, *Qmentum International Canadian*, *Comission on Accreditation of Rehabilitation Facilites*, Selo Amigo do Idoso, dentre outras (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2017).

O TRR iniciou suas atividades em julho de 2014, atende todos os setores para adulto ou pediátrico que não possui médico presencial, além dos usuários internos ou externos e aqueles que necessitam de atendimento emergencial em torno do quadrilátero da instituição. Conta com médicos hospitalistas exclusivos, sendo a atuação dos enfermeiros e fisioterapeutas em regime de escala de plantão no serviço, pois realizam outras atividades em paralelo nas unidades assistenciais. O TRR atua 24 horas por dia, sete dias por semana para os atendimentos dos códigos de urgências e emergências.

Utiliza-se os critérios de ativação do TRR por critério único e escore *Modified Early Warning Score* (MEWS), por meio de acionamento por *telecare*®, *pager* ou celular corporativo. O tempo estabelecido para chegada à unidade é de até 3 minutos para emergência (código azul) e de até 5 minutos para urgência (demais códigos). A instituição promove capacitações aos diversos profissionais e periodicamente são realizadas simulações realísticas nos diversos setores para avaliação do atendimento, que também subsidiam as certificações internacionais, como método avaliativo de creditações. A média anual de atendimentos realizados em 2016, para o código azul, foi de 83 eventos (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2017).

Utilizam indicadores e taxas de avaliação do serviço de resposta rápida, tais como: taxa de retorno à circulação espontânea por mais de 20 minutos após PCR; taxa de alta hospitalar em pacientes que sofreram PCR; tempo médio de atendimento a situações de emergência; tempo médio de atendimento às situações de urgência; taxa de pacientes com sequela neurológica grave pós-PCR; incidência de atendimentos de PCR e número de PCR fora das unidades críticas (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2017).

4.4 Participantes do estudo

Os critérios de seleção estabelecidos para a constituição dos participantes da pesquisa foram os profissionais de ambos os hospitais que não estavam em gozo de licenças variadas ou férias, bem como, com atuação na equipe de TRR igual ou superior a seis meses. Optou-se por utilizar este último critério por se julgar importante que estes profissionais tivessem vivenciado os atendimentos em código azul.

Obedecidos estes critérios, do total de 76 profissionais das duas instituições, tornaram-se participantes 62 profissionais (81,6%), sendo 19 médicos, 20 fisioterapeutas e 23 enfermeiros.

Dos 19 médicos participantes da pesquisa, 12 pertenciam ao hospital filantrópico e sete do hospital público; 20 fisioterapeutas, sendo 15 do hospital filantrópico e cinco do hospital público e 23 enfermeiros, sendo 15 do hospital filantrópico e oito do hospital público. Foram, então, entrevistados 62 profissionais, sendo 42 pertencentes à instituição filantrópica e 20 da instituição pública.

4.5 Procedimento da coleta de dados

Para levantar o incidente crítico (IC), foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada. O instrumento foi composto pelos itens de caracterização sociodemográfica dos entrevistados (sexo, faixa etária, profissão, tempo de formação profissional, formação complementar, perfil da instituição, horário de trabalho e tempo de atuação do TRR); a definição do TRR, de acordo com a literatura, que foi lida pelo pesquisador a cada participante antes do início da realização da entrevista e as três perguntas em aberto (APÊNDICE A).

Torna-se pertinente salientar que as entrevistas representam uma forma de coleta de dados em que o entrevistador questiona verbalmente o participante do estudo, podendo ser desenvolvida face a face e com questões dissertativas (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

De acordo com Polit e Beck (2011), entrevistas semiestruturadas abrangem tópicos ou questões amplas, sendo utilizados roteiros para a sua realização. A entrevista possibilita que o entrevistado discursar a respeito do tema em foco sem para isso ater-se à indagação formulada (MINAYO, 2010), mas de

maneira que todos os tópicos da entrevista sejam contemplados. De tal modo, as entrevistas semiestruturadas instigam os entrevistados a elencar os aspectos relevantes a respeito de determinado fenômeno e a delimitar o que é importante para eles (POLIT; BECK, 2011).

A TIC deve ser conduzida pelas seguintes etapas, segundo Dela Coleta (1974):

- a) determinar os objetivos da atividade a ser executada (realizada com base na justificativa do estudo);
- b) elaborar as perguntas a serem realizadas aos entrevistados que permitirão a construção dos incidentes críticos referentes às ações a serem analisadas (consta no roteiro de entrevista - APÊNDICE A);
- c) delimitar a população do estudo (profissionais de saúde dos TRR);
- d) coletar os incidentes críticos;
- e) analisar os conteúdos dos incidentes coletados, bem como o destaque de comportamentos emitidos;
- f) agrupar e categorizar os comportamentos críticos;
- g) levantar as frequências dos comportamentos críticos positivos e negativos.

O roteiro da entrevista semiestruturada foi idealizado pelo pesquisador e submetido, dois meses antes da coleta de dados, à validação aparente e de conteúdo por cinco docentes dos cursos da área de saúde (medicina, enfermagem e fisioterapia) de uma universidade estadual pública no estado do Paraná, que consentiram na participação do comitê de juízes, por apresentarem afinidade com a temática e a metodologia de pesquisa, conforme assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Foi solicitado ao comitê de juízes, no prazo de quinze dias, a leitura e avaliação do roteiro de entrevista inicial, com posterior devolutiva das análises realizadas quanto aos níveis de concordâncias. Após o término do prazo, obteve-se a devolutiva de todos os juízes, que consentiram na estruturação do roteiro de entrevista, previamente elaborado.

A etapa seguinte consistiu na realização de um estudo piloto, com o uso do roteiro de entrevista semiestruturada, com a participação de dois enfermeiros da unidade de internamento da clínica médica do hospital público, onde ocorrem os atendimentos do TRR, como forma de avaliar as condições reais dos procedimentos

de coleta de dados. Ressalta-se que os dois participantes não fizeram parte do estudo definitivo.

Após a realização do teste-piloto, houve a necessidade da inclusão da palavra “detalhadamente” nas duas perguntas norteadoras de situação positiva e negativa, para que os entrevistados pudessem contribuir com maior riqueza de detalhes, sobre os fatos recentes que marcaram os atendimentos emergenciais realizados pelo TRR, em sua prática de trabalho.

Fizeram-se imprescindíveis as etapas de validação de aparência e conteúdo, aliadas à realização do teste piloto para que o instrumento de coleta se torne claro, compatível e coerente com objetivos da pesquisa. As coletas de dados foram conduzidas pelo próprio pesquisador, face a face, gravadas em meio digital, em dia e local previamente agendados, em comum acordo entre o participante e o pesquisador, em ambiente que garantia a privacidade para o entrevistado e entrevistador.

Para iniciar as entrevistas nos cenários de pesquisa, o pesquisador disponibilizou o comprovante de que estava regularmente matriculado no Programa de Doutorado, bem como a permissão assinada pela Direção da Instituição e o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). A fase seguinte foi composta pela leitura, assinatura e entrega de uma cópia do TCLE aos profissionais de saúde participantes da pesquisa (APÊNDICE C) e uma breve explicação sobre a Técnica de Incidente Crítico, que consistia em informá-los sobre a contribuição dos relatos frente às situações recentes de seu cotidiano de trabalho, trazendo os comportamentos e as consequências decorrentes de determinada ação.

Após o preenchimento dos dados sociodemográficos pelos participantes, foi realizado pelo pesquisador a leitura da definição do TRR, de acordo com a literatura (CHAN et al., 2008) e, a seguir, foi solicitado o relato de uma situação positiva e outra negativa decorrente do atendimento emergencial em código azul. A questão foi assim formulada: *“Pense em uma situação positiva recente que você vivenciou ou presenciou durante o atendimento emergencial, em código azul, do time de resposta rápida na unidade de trabalho. Relate detalhadamente como aconteceu, o que as pessoas envolvidas fizeram e o que resultou dessa situação.” Não há necessidade de citar nomes de profissionais.*

Após, foi realizada a mesma pergunta com a solicitação de um exemplo

de atendimento que fosse caracterizado como negativo pelo participante. A terceira pergunta dirigida ao entrevistado, foi: *“Você gostaria de acrescentar alguma informação ou sugestão ao serviço de resposta rápida da instituição?”*

A coleta de dados ocorreu entre o dia 15 de maio e 15 de julho de 2017, nas duas instituições onde aconteceu o estudo. Para auxílio no contato com os profissionais, foram solicitadas às coordenações, as escalas de trabalho. Mediante a escala o pesquisador abordava o profissional, no dia e horário do seu plantão, para verificar o interesse na participação do estudo e posterior agendamento da entrevista fora do seu horário de trabalho, para não ocorrer qualquer ônus ao atendimento do paciente, em virtude da sua ausência.

As entrevistas perduraram, em média, 20 minutos, sendo realizadas em ambientes em que não sofressem interferências internas ou externas, tais como salas de reuniões, salas de estudos, ou em consultórios disponíveis para a realização das entrevistas, sendo garantido e respeitado o anonimato dos respondentes.

Com as escalas disponibilizadas pelas duas instituições, não houve dificuldades de contato como os profissionais, sendo possível verificar aqueles que estavam usufruindo férias, licença maternidade, licença prêmio, atestado médico ou qualquer outro impedimento que inviabilizasse a coleta de dados no período estipulado.

Para a efetivação dessa coleta, o pesquisador permaneceu no hospital durante os três turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno) para a adequação do horário da entrevista agendada, que não fosse simultânea ao horário de trabalho dos entrevistados.

Durante as entrevistas, buscava-se desvelar o atendimento emergencial, em código azul, realizado pelos profissionais dos TRR frente à piora clínica do paciente nas unidades de internação não crítica e as sugestões ao serviço de resposta rápida da instituição, na visão de cada participante.

Nenhum dos profissionais abordado recusou-se a participar do estudo e após o término das entrevistas ao final do dia, os materiais das coletas de dados já eram transcritos, na íntegra, para garantir a fidedignidade dos relatos. Após o término das digitações das entrevistas os textos eram conferidos, um a um, pelo pesquisador, sendo excluídos os vícios de linguagem.

4.6 Análise e interpretação dos dados

Para análise dos incidentes críticos, utilizou-se a estatística descritiva (POLIT; BECK, 2011), a fim de quantificar as situações, comportamentos e consequências decorrentes das entrevistas realizadas, que foram avaliadas, posteriormente, por meio da análise de conteúdo (MINAYO, 2010), empregando-se as etapas propostas por Dela Coleta; Dela Coleta (2004).

Para análise do conteúdo dos incidentes coletados, realizou-se a elaboração de um quadro para cada entrevista, com as situações, comportamentos e consequências correspondentes, com referência positiva ou negativa atribuída pelo participante. Nesses quadros, os recortes das entrevistas (situações, comportamentos e consequências) foram listados com os trechos verbalizados pelos participantes (APÊNDICE D).

Posteriormente, foi realizada a conferência exaustiva dos dados desses quadros montados para cada entrevista e procedeu-se, então, a elaboração de quadros específicos para a identificação de situações, comportamentos e consequências, relatados pelos entrevistados, assim como as atribuições positivas e negativas (APÊNDICE E).

Após, as situações, os comportamentos e as consequências relatadas pelos diversos profissionais, houve o agrupamento dos conteúdos que apresentaram similaridades (APÊNDICE F). Tal agrupamento contribuiu para a categorização das situações, comportamentos e consequências, com atribuição (positiva ou negativa) e frequência de ocorrência, de acordo com a percepção dos entrevistados (APÊNDICE G).

Convém ressaltar que a categorização foi atingida à luz do referencial teórico metodológico utilizado e do objeto do estudo. Importante observar que todo esse processo representou uma análise constante de revisão dos dados, a fim de confirmar a análise que estava sendo realizada.

Por fim, após diversas conferências, construções e reconstruções, foram realizadas as tabelas referentes às situações, aos comportamentos e às consequências, pautadas na categorização realizada, ressaltando que elas foram dispostas com base no que emergiu nas entrevistas, por meio dos relatos dos incidentes críticos.

Os relatos foram identificados por meio de códigos construídos por letras das iniciais das categorias profissionais correspondentes e números relativos à ordem de realização da entrevista (Enfermeiros: E1, E2...E23, Fisioterapeutas: F1, F2...F20 e Médicos: M1, M2...M19).

Nota-se que, cada vez mais, pesquisas sobre o comportamento de equipes vêm crescendo na área da saúde, buscando formas para compreender tais comportamentos e posteriormente agir sobre eles, por meio de diferentes metodologias. Diante do exposto, considera-se conveniente a aplicação da TIC para o desenvolvimento deste estudo.

Os resultados dos dados sociodemográficos e as categorias foram demonstrados por meio da apresentação de estatística descritiva (frequência e porcentagem).

Foram realizadas 62 entrevistas, procedendo-se a análise dos relatos nos quatro momentos:

- 1) Leitura dos relatos, derivação e arrolamento dos incidentes críticos: nesta fase todas as entrevistas foram analisadas, obtendo 62 relatos válidos. Foram considerados relatos válidos aqueles que apresentavam a descrição das situações, comportamentos e consequências provenientes dos atendimentos emergenciais (código azul) realizados pelos profissionais dos TRR aos pacientes internados nas unidades de atuação do serviço de resposta rápida.
- 2) Identificação das situações, comportamentos e consequências: compreende-se por situação, o fato ou circunstância relacionada ao reconhecimento da deterioração clínica do paciente da unidade de internação, o acionamento e o tempo de chegada do TRR à unidade, o atendimento inicial realizado pelos profissionais da unidade; por comportamento crítico compreendem-se as ações, as interações dos profissionais da unidade de internação e do TRR, o espaço físico, os recursos materiais, a dimensão ético-legal e a capacitação dos profissionais para o atendimento da emergência e, por consequências os resultados das ações emitidas pelos profissionais, bem como o seu sentimento e emoção gerado pelo atendimento, o restabelecimento das funções vitais do paciente, a possibilidade de transferência à UTI ou o óbito do paciente.

Os relatos dos incidentes críticos foram submetidos à análise de conteúdo, de acordo com Minayo (2010), para extrair os incidentes críticos relacionados aos atendimentos emergenciais dos pacientes realizados nas enfermarias por equipes multiprofissionais.

A análise adotada, segundo Minayo (2010) dividiu-se em três etapas, sendo inicialmente realizada a pré-análise com leitura flutuante do material, constituição do *corpus*, formulação e reformulação de pressupostos e elaboração inicial das unidades de registros; seguida pela exploração do material, com recortes do texto e suas reduções às palavras significativas e categorizações. Por fim, ocorreu o tratamento dos resultados, inferências e interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou com vistas às novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura dos materiais.

Após o levantamento dos incidentes críticos, estes foram analisados para identificar os comportamentos e as consequências provenientes destes atendimentos, sendo obtidas 89 situações.

Apresenta-se a seguir, a título de exemplificação, dois relatos sendo um positivo e outro negativo, relacionado aos atendimentos emergenciais, realizados pelos profissionais dos TRR, caracterizando as situações, os comportamentos e consequências e, posteriormente, como foram realizadas as extrações das mesmas. Ressalta-se que foram atribuídos códigos e números aos participantes (E1, F1, M1), com vistas a garantir o anonimato dos entrevistados.

Relato positivo:

“Algo de positivo que lembro recentemente foi uma paciente que fomos atender no setor de oncologia; tinha sido submetida, há alguns dias, a uma cirurgia no pulmão e poucos minutos antes da intercorrência a família estava oferecendo o jantar. Ela estava aceitando bem a dieta, estava indo tudo bem, mas em um determinado momento engasgou-se e broncoaspirou a dieta, iniciando um quadro de broncoespasmo severo. A paciente que já apresentava diversas comorbidades, inicialmente evoluiu em parada respiratória, seguida de parada cardíaca e então fomos acionados no setor em código azul. O médico do time já estava no quarto e o médico titular estava no hospital e conseguiu chegar no andar, onde já estávamos realizando o

atendimento. Foi bom a chegada do médico titular porque conhecia toda a história da paciente. Então foi preciso realizar todo o atendimento de emergência, precisou realizar as compressões torácicas, administrar os medicamentos necessários, realizar a intubação, então nós ficamos no atendimento de reanimação cardiopulmonar por mais de 50 minutos. O ponto positivo foi que durante a parada teve o envolvimento de toda a equipe, o médico do time soube conduzir, soube se comunicar e era educado com a equipe. O médico titular da paciente, mesmo a vendo em situação grave, poderia ter ficado nervoso, como muitos outros médicos ficam ao adentrar no quarto e ver o atendimento acontecendo. Mas tudo ocorreu bem, o médico titular manteve a calma, então a equipe manteve-se calma também, toda a equipe se comunicou, realizou todas as intervenções necessárias, mas por ela estar em uma situação muito grave, com um prognóstico não favorável, infelizmente a paciente evoluiu ao óbito. Apesar desse desfecho, creio que todos nós do time conseguimos chegar rápido no quarto, percebi também, que os primeiros atendimentos já estavam sendo realizados pelos profissionais da unidade e tudo andou corretamente, não ficou ninguém “batendo” a cabeça igual ficam em situação de parada cardíaca. Foi benéfico em certo ponto, porque toda a assistência prestada a paciente foi realizada de forma rápida e correta, porém pelas comorbidades que apresentava não conseguiu retornar a circulação. O atendimento foi positivo, o médico até empolgava a equipe, eu nunca tinha visto isto e olha que já atendi muitas paradas, ele falava assim: “olha está massageando bem!”, “isto gente, vamos fazer agora isso”, sabe, ele estimulava a equipe, então foi um atendimento bem gratificante (E11).

Deste relato positivo, extrai-se:

Situação:

A paciente oncológica, que estava em pós-operatório de cirurgia torácica recente, sofreu uma PCR no quarto, pelo possível quadro de broncoaspiração. Identificado os sinais de deterioração clínica, em código azul,

pelos profissionais da unidade, sendo acionado o TRR e o médico responsável da paciente; foram iniciados os primeiros atendimentos pela equipe de saúde do setor e as manobras de RCP foram sincronizadas e integradas com a chegada do TRR, favorecendo a reanimação da paciente; transcorridos mais de 50 minutos de atendimento e com o médico titular da paciente já no quarto, a paciente não respondeu as medidas terapêuticas, evoluindo ao óbito.

Comportamento:

C1: Reconhecimento da deterioração clínica da paciente, pelo profissional da unidade.

C2: Acionamento do TRR para o atendimento do código azul.

C3: Tempo de chegada do TRR no quarto, para o atendimento de emergência.

C4: Primeiros atendimentos em emergência realizados pela equipe da unidade.

C5: Boa interação da equipe da unidade, profissionais do TRR e médico titular.

C6: Sistematização no atendimento de emergência.

C7: Liderança do médico do TRR, na gestão do atendimento de emergência.

Consequências:

Para o paciente:

CP1: Atendimento de emergência precoce.

CP2: Óbito.

Para o profissional:

CF1: Sentimento de satisfação com o atendimento bem executado.

Relato Negativo:

“Olha um exemplo de caso negativo, foi quando fomos acionados para o atendimento de uma parada cardiorrespiratória no setor de internação masculino; o paciente estava internado em um quarto de isolamento, com uma história de longo período de internação, só que o profissional da unidade, quando nos acionou por telefone, verbalizou que o paciente não estava bem e pediu para que o time fosse até a unidade realizar uma avaliação. Ele não falou que era uma parada respiratória, ou uma parada cardíaca ou um rebaixamento de nível de

consciência. Então o profissional da unidade já acionou o código e o fez de uma forma muito inespecífica e quando entrei no quarto constatei que era uma cena totalmente diferente do que havia nos informado, se tratava de uma parada cardiorrespiratória. O quarto de isolamento fica localizado no final do corredor da unidade e não tinha ninguém dentro deste quarto realizando os primeiros passos do atendimento emergencial, nem a pessoa que acionou o time estava junto ao paciente. Então a primeira coisa que tive que fazer foi sair do quarto me dirigir para o corredor e gritar por ajuda, alertando que se tratava de um código azul. Demorou muito para a equipe da unidade chegar e nos ajudar. Então demorou para iniciar as manobras de reanimação, demorou para trazerem o carrinho de emergência e o cardioversor para avaliar o ritmo de parada e adotar as condutas necessárias. O resultado que acaba ficando é que o paciente não teve a oportunidade de receber uma assistência rápida e de qualidade, não é o habitual eu como médico do time chegar no quarto e não ver ninguém ao lado do paciente iniciando as manobras e ter que me ausentar do local para chamar por ajuda. O habitual é o familiar perceber que o paciente não está bem, é a equipe de enfermagem avaliar que o paciente não está bem e iniciar prontamente o atendimento. Como consequência, fica a frustração de não ter realizado um bom atendimento, o paciente poderia ser beneficiado por um atendimento melhor direcionado, no tempo correto e nas intervenções que são estabelecidas para o atendimento de emergência e como desfecho nesse caso o paciente acabou evoluindo ao óbito” (M17)

Deste relato negativo, extrai-se:

Situação:

Paciente em PCR na unidade, em quarto de isolamento, sendo acionado o TRR pelo profissional da unidade, de forma inespecífica para o atendimento em código azul. Identificado pelo médico que o paciente estava em quadro de PCR, sem o início dos primeiros atendimentos de emergência realizados pelos profissionais da unidade. O médico necessitou ausentar-se do quarto e

solicitar por ajuda. Frente a este comando, a equipe da unidade, deslocou-se para o local para realizar o atendimento e transcorrido um tempo levaram o carrinho de emergência e o cardioversor, ocasionando a morosidade no tratamento. Após o atendimento, o paciente evoluiu ao óbito.

Comportamento:

C1: Não reconhecimento dos sinais de alerta, em código azul, pelo profissional da unidade.

C2: Acionamento inespecífico do profissional da unidade ao time de resposta rápida, para desencadear um atendimento em código azul.

C3: Deficiência no desempenho técnico assistencial inicial dos profissionais da unidade frente à emergência.

C4: Retardo na utilização de recursos materiais e tecnológicos no atendimento em código azul.

Consequências:

Para o paciente:

CP1: Atendimento de reanimação cardiopulmonar tardio.

CP2: Óbito.

Para o profissional:

CF1: Sentimento de frustração por não oferecer, em tempo hábil, o atendimento de qualidade, conforme estabelecido pelo protocolo de atendimento em PCR.

3. Agrupamento das situações: posteriormente a identificação das situações, comportamentos e consequências, passou-se a fase de análise e agrupamento das situações. Para o agrupamento dos relatos foi realizada a separação das situações em função da semelhança de conteúdo, sendo então as situações agrupadas em grandes grupos referentes às manobras de realização da RCP. As 89 situações, também denominadas, de incidentes críticos neste estudo, foram agrupadas em quatro categorias, diante da realização dos atendimentos emergenciais realizados pelos profissionais.

4. Categorização dos incidentes críticos, comportamentos e consequências: os dados foram analisados visando o estabelecimento das categorias. Para isso, compararam-se as situações (incidentes críticos) relatadas pelos profissionais e procedeu-se a classificação em categorias mais abrangentes, tanto positivas como negativas, sendo este mesmo procedimento realizado com os comportamentos e consequências identificadas no estudo.

Obtivemos, ao final da análise, 220 comportamentos, sendo que destes, 130 foram comportamentos positivos e 90 foram negativos; foram observadas 130 consequências, sendo 90 positivas e 40 negativas.

Ressalta-se que durante as entrevistas 12 profissionais relataram não terem realizados atendimentos, em código azul, que atribuíssem como negativos e reforçaram que os atendimentos realizados em situações de emergências, nas unidades de internação, foram sempre positivos.

4.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

Como conduta inicial, foi solicitada autorização às instituições para realização da pesquisa (ANEXO A) e após, foi encaminhado o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, de acordo com a aprovação do CAAE nº 33533214.0.000.5393 (ANEXO B), a fim de que fossem cumpridas as exigências da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que determina o regimento para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012).

Para participação no estudo, o comitê de juízes (APÊNDICE B) e os profissionais de saúde entrevistados (APÊNDICE C) foram consultados quanto ao interesse e à disponibilidade de participação da pesquisa e assinaram o TCLE. Cabe ressaltar que foi garantido o caráter confidencial e voluntário da participação no estudo, bem como o compromisso de divulgação dos seus resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Colaboraram com o estudo, 62 profissionais de saúde dos TRR das duas instituições hospitalares, sendo uma filantrópica do estado de São Paulo e a outra pública do estado do Paraná.

Para sistematizar o capítulo de resultados e discussão, primeiramente foi realizada a descrição das características sociodemográficas dos entrevistados e posteriormente, a descrição das categorias temáticas identificadas.

5.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo

Nesta seção, é apresentada a caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa (Tabela 1) no que se refere ao sexo, faixa etária, profissão, tempo de formação profissional, formação complementar, perfil da instituição de trabalho, tempo de atuação no TRR e o horário de trabalho.

Tabela 1 – Perfil demográfico dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais participantes do estudo (n=62). Londrina-PR, São Paulo-SP, 2017.

Variáveis de Caracterização	N	%
Sexo		
Feminino	44	71
Masculino	18	29
Faixa Etária (em anos)		
25 a 35	34	55
36 a 45	22	35
acima de 45	6	10
Profissão		
Enfermeiro	23	37
Fisioterapeuta	20	32
Médico	19	31
Tempo de Formação Profissional (em anos)		
02 a 12	51	82
13 a 22	10	16
acima de 22	1	2
Formação Complementar		
Especialização	48	78
Mestrado	12	19
Doutorado	2	3
Perfil da Instituição de Trabalho		
Filantrópica	42	68
Pública	20	32
Tempo de Atuação no Time de Resposta Rápida (em anos)		
1 a 5	42	68
6 a 10	18	29
Acima de 10	2	3
Horário de Trabalho		
Diurno	45	73
Noturno	17	27
TOTAL	62	100

Da população entrevistada, 44 profissionais pertenciam ao sexo feminino (71%), 34 (55%) encontravam-se na faixa etária entre 25 e 35 anos, 51 (82%) apresentavam entre 2 a 12 anos de tempo de formação profissional e 48 (78%) possuíam especialização. Ressalta-se que o sexo feminino foi predominante nas categorias profissionais de enfermagem e fisioterapia.

Uma pesquisa realizada para o levantamento do perfil sociodemográfico dos profissionais de fisioterapia, constatou que 83% pertenciam ao sexo feminino, com aumento da tendência (BADARÓ, GUILHEM, 2011). Pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (2015) revelou que na enfermagem também é predominante o sexo feminino, porém com tendência do aumento do sexo masculino, quando comparado ao estudo realizado no ano de 1990.

Dos 62 profissionais, 42 (68%) trabalhavam em instituição filantrópica e 20 (32%) em instituição pública. Quanto ao tempo de atuação profissional 42 (68%) dos entrevistados possuíam entre 1 a 5 anos de experiência no TRR e 45 (73%) atuavam nesses atendimentos no período diurno.

No que diz respeito à composição do TRR, existe diferentes modelos que foram empregados em diversos contextos clínicos, em parte como reflexo das distinções entre as instituições e em parte devido à falta de uma estrutura de equipe especificamente aprovada na Conferência Internacional de Consenso sobre Equipes de Respostas Rápidas (ABDULLAH, 2014).

O *Institute for Healthcare Improvement* (2017b) sugere que composição dos profissionais deve ser cuidadosamente certificada para o atendimento efetivo dos atendimentos e, em muitos casos, deve possuir médicos e enfermeiros com experiência em cuidados intensivos e fisioterapeutas respiratórios.

Azevedo (2010) reforça que o profissional que atua em área de urgência e emergência, com tempo de experiência entre um a 10 anos, possui tempo suficiente para aquisição e melhoria das habilidades técnicas e cognitivas. Nesta mesma investigação, a população apresentou formação complementar importante para o atendimento de situações de urgências e emergências, além de cursos relacionados à reanimação cardiopulmonar.

Verificou-se que a grande maioria (78%) dos profissionais do presente estudo buscou formação profissional. Pesquisa realizada com pós-graduandos da Universidade de São Paulo analisou que a contribuição da pós-graduação em saúde tem reflexos positivos na prática dos profissionais. Os maiores benefícios levantados

no estudo foram o maior reconhecimento profissional, a melhoria da recompensa financeira, a maior criticidade e a exigência do mercado de trabalho (COSTA et al., 2014).

Os participantes relataram aspectos positivos e negativos dos atendimentos emergenciais (código azul) realizados nas instituições que atuam. As 62 entrevistas validadas resultaram em 89 incidentes críticos, ou seja, situações específicas que permitiram a análise do fato vivenciado durante os atendimentos emergenciais realizados pelos profissionais dos TRR.

5.2 Identificação e análise das situações

As 89 situações foram agrupadas em quatro categorias de incidentes críticos, a saber: Reconhecimento da deterioração clínica do paciente; Acionamento do time de resposta rápida na unidade; Tempo de chegada do time de resposta rápida na unidade e Desempenho técnico assistencial inicial dos profissionais da unidade frente ao atendimento de emergência.

Em cada categoria de incidente crítico foi relacionada à frequência da ocorrência e a porcentagem das situações positivas e negativas existentes, de acordo com os relatos dos entrevistados que realizaram os atendimentos emergenciais dos pacientes que se tornaram críticos nas unidades de internação, conforme evidenciam os resultados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das categorias das situações (incidentes críticos), segundo a referência positiva ou negativa, relacionada aos atendimentos realizados pelas equipes multiprofissionais de um hospital público e um hospital filantrópico. Londrina-PR, São Paulo-SP, 2017.

Categorias dos Incidentes Críticos	Positiva		Negativa		Total	
	F	%	F	%	F	%
Reconhecimento da deterioração clínica do paciente	10	15	5	22	15	17
Acionamento do time de resposta rápida na unidade	12	18	8	35	20	22
Tempo de chegada do time de resposta rápida na unidade	21	32	3	13	24	27
Desempenho técnico assistencial inicial dos profissionais da unidade frente ao atendimento de emergência	23	35	7	30	30	34
TOTAL	66	100	23	100	89	100

As categorias das situações (incidentes críticos positivos e negativos) apresentadas na Tabela 2, obtidas por meio das entrevistas com os profissionais dos TRR, serão apresentadas e analisadas separadamente, conforme os itens a seguir.

5.2.1 Reconhecimento da deterioração clínica do paciente

A categoria “Reconhecimento da deterioração clínica do paciente” diz respeito às situações relacionadas à avaliação e detecção dos sinais de alerta do paciente frente à piora clínica, pelos profissionais das unidades de internação não crítica. Essa categoria apresentou 15 (17%) referências, tanto positivas, quanto negativas.

Para o adequado funcionamento do TRR, torna-se de extrema necessidade a mensuração dos dados vitais de forma apropriada. A verificação dos sinais vitais é uma operação isenta de risco, de baixo custo, reproduzível e constitui em relevante ferramenta para avaliação da deterioração clínica e consequente acionamento do TRR.

Nota-se a importância de detectar as alterações fisiológicas do paciente

durante seu período de hospitalização, para que se proporcionem medidas de intervenções necessárias, que favoreçam o atendimento rápido e efetivo pelos profissionais da unidade em conjunto com o TRR, conforme ilustram os relatos a seguir:

“No último código azul que a gente atendeu foi bem positivo, o pessoal da unidade de internação reconheceu a piora do paciente e já nos acionaram. Quando cheguei no quarto percebi que eles já haviam trazido o carrinho de emergência, já tinham organizado o local, porque o quarto é bem pequeno, começamos então atender o cliente que estava em PCR e acabamos revertendo o quadro...Depois da estabilização do paciente, passamos o plantão à UTI e logo o transferimos para melhor monitorização do seu quadro.” (E4)

“Olha uma situação que me recorde mais recente foi esta semana mesmo, foi um código azul aqui na unidade em que atuo. A paciente internou com história de síncope e o monitor de telemetria que fica no posto de enfermagem começou alarmar o quarto em que estava a paciente. A enfermeira da unidade correu para o quarto para verificar o chamado, já foi acionando o time em código azul, pois se tratava de uma PCR e tudo isso ocorreu bem rápido. Quando entrei no quarto, a enfermeira da unidade já tinha monitorizado o paciente e nisso o médico e a enfermeira já se deslocaram muito rápido para o andar e começamos a atender a paciente que estava em código azul...” (F1)

As situações exemplificadas anteriormente permitiram constatar que os profissionais das unidades conseguiram detectar rapidamente os sinais de alerta para ativação do TRR, o que beneficiou os pacientes com as intervenções necessárias prestadas pelas equipes multiprofissionais.

Segundo Teixeira et al. (2015), a aferição dos sinais vitais constitui em importante indicador de resultado do cuidado seguro, sendo seu efetivo controle influenciado por uma cultura organizacional de segurança ativa, que deve estar em consonância com a revisão dos processos de trabalho, da acessibilidade de materiais básicos e, especialmente, na valorização dos profissionais de saúde que

são os principais parceiros da qualidade da assistência.

Para Walston et al. (2016), determinar os fatores de risco para que ocorra a ativação precoce do TRR é de suma importância clínica, operacional e financeira, uma vez que a tomada de decisão da equipe em relação ao agravo do quadro clínico do paciente maximiza a alocação de recursos e contribui com a diminuição da morbidade e mortalidade do paciente.

De acordo com Simpson (2016), avaliar as competências do enfermeiro no cenário de RCP intra-hospitalar reforça a sua responsabilidade na questão da segurança do paciente, pois ele deve avaliar com precisão o paciente com sinais de deterioração clínica e prestar assistência de qualidade durante a emergência. Os enfermeiros devem trabalhar dentro dos limites da sua competência, sendo capazes de reconhecer os sinais de PCR e agir rapidamente na sequência de resposta necessária para aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes.

Observa-se também, por meio dos relatos, que nem sempre os objetivos de reconhecimento da deterioração clínica dos pacientes são alcançados, o que foram caracterizados pelos profissionais como atendimentos negativos, conforme desvelam as falas a seguir:

“Em minha opinião um atendimento negativo que ocorreu foi um chamado em código azul indevido... A paciente havia apresentado uma discreta hipotensão postural, referindo mal estar à equipe da unidade e fomos acionados em código azul. Este acionamento gerado erroneamente deslocou toda a equipe para o andar. Isto é muito ruim porque estressa o material humano, pois você tem meta para chegar à unidade, devemos chegar em menos de três minutos no local, quando somos acionados em código azul, porque veja o tamanho deste hospital, a gente se esforça muito e fica frustrado quando alguém nos chama indevidamente. Prejudica o nosso trabalho, percebemos que os profissionais do TRR ficam desmotivados e se isso for muito prevalente impacta na qualidade do atendimento que nós realizamos. A equipe da unidade deve, então, reconhecer os sinais de piora clínica que o paciente apresenta e correlacioná-los com os respectivos códigos...”

(M1)

“Um atendimento que considerei negativo foi uma vez que fomos acionados para atender um quadro de insuficiência respiratória e que durante o nosso deslocamento para o andar a paciente evoluiu para uma PCR...Acho que a enfermeira do setor poderia ter chamado o TRR bem antes, em código amarelo, porque poderíamos ter realizado diversas intervenções precoces para impedir que a paciente evoluísse para uma PCR e em minha opinião isso não deveria acontecer...Esta situação ficou como aprendizado para os profissionais nos setores de internação, que devem estar seguros para ativar o time assim que detectarem qualquer tipo de alteração no estado de saúde do paciente...” (M6)

O primeiro relato (M1), mostrou que o indevido acionamento dos sinais de alerta pelo profissional de saúde da unidade em código azul impactou negativamente no trabalho do TRR. Verificou-se também como no segundo exemplo (M6) que o reconhecimento tardio dos sinais de piora clínica do paciente impactou negativamente no atendimento realizado e contribui para evolução de um atendimento em código azul, que poderia ser prevenido, caso houvesse o rápido reconhecimento dos sinais de alerta e o acionamento do time ainda em código amarelo para intervenções terapêuticas necessárias.

O paciente admitido em instituição de saúde corre risco de deterioração clínica e deve ser identificado por meio de alterações fisiológicas observadas pela equipe de saúde, com a finalidade de evitar-se uma ocorrência de EA grave. A literatura demonstra que o paciente hospitalizado exibe sinais de alerta ou de instabilidade antes de evoluir para uma PCR, cerca de seis a oito horas, em torno de 60 a 85% dos casos (JONES et al., 2012).

Estudo australiano avaliou 3004 atendimentos realizados por TRR e seus desfechos clínicos. Os fatores associados ao aumento da mortalidade hospitalar dos pacientes incluíram a idade avançada, as comorbidades associadas, o atraso dos profissionais no reconhecimento da deterioração clínica e ativação do TRR (LE GUEN; TOBIN; REAID, 2015).

Pesquisa demonstra que mensuração dos dados vitais pode não ser realizada de forma acurada e completa, especialmente em relação ao monitoramento da frequência respiratória. A ineficiência da mensuração dos sinais

vitalis ao paciente na prática assistencial poderá contribuir para o aumento do risco de falha no acionamento do TRR e consequente atraso nas intervenções necessárias aos casos graves (JONES; DEVITA; BELLOME, 2011).

Bose, Roffman e Hravnak (2016) reforçam que apesar do uso da telemetria em hospitais que monitoram continuamente os escores de piora clínica do paciente, esse método de vigilância adicional ainda se configura como de alto custo para as instituições e que a vigilância de enfermagem continua a ser a chave para a detecção e reconhecimento precoce confiável.

As autoras endossam ainda que mesmo nos acionamentos pautados em dados quantitativos (escores de dados vitais ou de alteração de nível de consciência), o enfermeiro necessita utilizar o julgamento intuitivo adquirido em sua prática profissional quando estiver seriamente preocupado com o paciente, sem que ele presente, necessariamente, as alterações fisiológicas importantes em seu quadro clínico, como iniciativa de promover-lhe um ambiente seguro.

Como proposta da melhoria do acionamento do TRR, dois hospitais pediátricos americanos realizaram capacitações utilizando cenários de simulações dos atendimentos. O evento simulado permitiu a melhoria de ações para o reconhecimento dos sinais de alerta e diminuição do atraso de ativação do TRR, contribuindo assim com o início da RCP e do acesso vascular (YAGER et al., 2016).

5.2.2 Acionamento do time de resposta rápida na unidade

A categoria “Acionamento do time de resposta rápida na unidade” diz respeito à via aferente do serviço que embasa os critérios clínicos pré-estabelecidos para ativação do TRR, bem como as diversas possibilidades de acionamento dessa equipe para o direcionamento do atendimento, seja por celular corporativo, uso de *pager*, ramal, dentre outros. Essa categoria apresentou 20 (22%) referências, tanto positivas, quanto negativas.

O acionamento do TRR é realizado por escore de alerta precoce, por meio de pontuação atribuída às variáveis fisiológicas do paciente ou critério de acionamento único, que funcionam como “gatilhos” para disparar o atendimento da equipe na instituição, de acordo com os códigos e seus respectivos tempos padronizados para chegada do TRR à unidade.

De acordo com a realização da pesquisa nas duas instituições

hospitalares verificou-se que os enfermeiros das unidades assistenciais constituíram-se na maioria dos profissionais que acionavam os TRR.

Os relatos positivos existentes no acionamento adequado do time de resposta rápida são revelados nas seguintes falas:

“Teve um atendimento que ocorreu há duas semanas, nós acionamos o código azul aqui na unidade e a médica do TRR estava almoçando e no refeitório do hospital não costuma pegar o sinal de celular. Precisei então acionar o código azul pelo sistema de som, de lá mesmo ela ouviu o chamado e conseguiu chegar em dois minutos ou menos na unidade...O atendimento foi realizado e, em três ciclos o paciente retornou em ritmo sinusal. E porque considerei que o atendimento foi positivo? Uma porque mesmo lá do refeitório, que fica distante da unidade, a médica conseguiu chegar em menos de dois minutos e outra porque os médicos do time são experientes e isso faz toda a diferença, porque trazem este embasamento teórico e prático...Outro aspecto que considero importante são os critérios para acionar o TRR pois são bem claros, tanto as orientações, os critérios de acionamento, o número do contato telefônico encontram-se nos banners fixados nas enfermarias, em locais bem visíveis para os profissionais...” (E19)

“...Quando somos acionados para prestar o atendimento em código azul o aparelho que fica com a gente no plantão vibra e já nos direciona para o andar e o bloco que está ocorrendo a intercorrência. A ascensorista também tem este bip e já consegue bloquear o elevador para que a gente consiga se deslocar com a máxima rapidez pelos diversos blocos aqui na instituição. Parece que ainda neste ano, nós do TRR, vamos iniciar testes com um novo aparelho para direcionar o acionamento do time e esperamos que esta nova tecnologia venha a aprimorar ainda mais o nosso serviço...” (M5)

Verifica-se que nos dois exemplos relatados pelos profissionais (E19, M5) obteve-se sucesso no acionamento e direcionamento do TRR para a efetivação do atendimento, além do esforço de uma das instituições na melhoria da aplicação de

nova tecnologia, que poderá contribuir com a eficácia do acionamento do serviço.

Duncan et al. (2012) desenvolveram um fluxograma de algoritmo para descrever as ações necessárias com base na cor de cada código resultante. Cada cor direcionava a enfermeira a realizar determinado plano de ação. Este algoritmo garantia a padronização na avaliação do paciente e comunicação adequada com o TRR e médico titular, baseado no escore do paciente.

Pesquisa realizada em um hospital universitário no Brasil constatou que a maioria dos entrevistados afirmou que os enfermeiros das unidades assistenciais, não crítica, são os principais responsáveis em acionar as equipes de respostas rápidas. Os enfermeiros que atuam em unidades de internações são considerados os maiores aliados na ativação do TRR, por identificarem, precocemente, as alterações clínicas dos pacientes durante a assistência de saúde prestada nas 24 horas (DIAS; GRION; MARTINS, 2015).

Para McCurdy e Wood (2012) a implementação do TRR deve ser um componente de esforço de toda a instituição para a melhora na questão da segurança do paciente, que inclui educação em saúde, equipe de enfermagem capacitada e previsão de recursos materiais para manter a eficiência constante.

Há também nesta categoria, relatos negativos existentes sobre o acionamento do TRR na unidade, que são revelados nas falas a seguir:

“...Cheguei no quarto verifiquei que a paciente estava em PCR e comecei a realizar a ventilação de resgate, enquanto já iniciavam as compressões torácicas. Quando a médica do time chegou e perguntou o que havia acontecido, o enfermeiro do setor não estava inteirado da situação clínica e ao se verificar o prontuário descobriram que era uma paciente oncológica, não candidata a reanimação em código azul. Então ficou uma situação um pouco desconcertante, até todos chegarem a um consenso e se perguntar “não era para ter acionado o time”. Então é uma falha no processo de acionamento do TRR, pois até descobrirem estas informações a equipe já havia punccionado a paciente, já estávamos realizando todas as manobras e na verdade isso gerou uma situação muito ruim. Você para o que estava fazendo na unidade, sai correndo, a médica e a enfermeira foram deslocadas sendo que poderiam estar atendendo outros códigos na instituição,

então é um estresse desnecessário...” (F21)

“Uma vez foi bipado um código azul no andar e nos deslocamos à unidade, chegando lá não era código azul. O paciente estava acordado, lúcido e o médico titular na frente de todo mundo verbalizou que havia solicitado o acionamento do TRR porque estava precisando de uma ajuda médica para discussão do tratamento clínico daquele paciente, que nem lembro agora o que era. Eu me senti constrangida, o médico estava desmerecendo as pessoas que ali estavam, foi um desrespeito em desperdiçar um atendimento de código azul. Quando nos acionam deixo tudo que estou fazendo para ir prestar o atendimento. Então se o médico titular do paciente estava com dúvidas, que ligasse diretamente para o médico do time para retirá-las, mas desmerecer a equipe daquela forma não foi bom...A equipe da unidade percebeu que o médico titular havia feito, até o próprio paciente e os acompanhantes que estavam no quarto perceberam toda a movimentação em vão.” (E1)

Torna-se importante que os profissionais das unidades de internação estejam atentos e seguros quanto aos critérios de acionamento do TRR adotados na instituição, para que não ocorra um acionamento do tipo falso positivo, o que ocasiona um deslocamento desnecessário dos profissionais à unidade, sentimento de estresse desnecessário conforme exemplificado na primeira fala (F21) ou de desrespeito com os profissionais do TRR, ao se acionar um código desnecessariamente, conforme descrito no segundo relato (E1).

Nesse sentido, os profissionais de saúde dos hospitais necessitam estar sensibilizados e seguros com os critérios de ativação do TRR vigentes na instituição. A literatura reconhece a existência de níveis de conhecimentos deficitários e a persistência de barreiras, que resultam em atrasos na ativação dos TRR (TRINKLE; FLABOURIS, 2011; COVENTRY et al., 2013). A falha na ativação da via aferente (profissionais das unidades) gera impacto negativo no prognóstico do paciente que necessita de atendimento realizado pelos TRR (TIRKKONEN et al., 2013).

Pesquisa realizada por Shearer et al. (2012) analisou a incidência de instabilidade clínica aguda na população adulta hospitalizada que acometeu 4,04%

dos pacientes internados em leitos externos à UTI. Quase metade deles (42%) não receberam atendimentos do TRR, apesar da maioria (75%) dos profissionais da unidade ter reconhecido que seus pacientes atendiam aos critérios fisiológicos para o acionamento do serviço. Apesar de um compromisso organizacional com a instituição e a assistência à saúde prestada, os profissionais das unidades de internação atuavam ignorando o protocolo de acionamento do TRR.

Estudo realizado em um hospital de Portugal, com 345 leitos, verificou os chamados de 285 atendimentos ao TRR e realizou a comparação entre dois grupos, sendo o primeiro aquele que os chamados não apresentaram falhas de ativação e o segundo grupo aquele em que houve falhas na ativação do serviço. No grupo que apresentou desacerto de ativação, contabilizou-se que 22,1% do total de chamadas apresentaram falhas no acionamento na via aferente. Em relação às consequências, o grupo que apresentou tais falhas obteve maior taxa de PCR associada com uma maior mortalidade imediata. O estudo reforçou a necessidade das unidades de internação, não crítica, a investirem na capacitação dos profissionais de saúde acerca dos critérios de ativação do TRR (BARBOSA et al., 2016).

No Brasil, pesquisa realizada em um hospital escola apontou maior taxa de mortalidade nos pacientes com atraso na ativação do TRR, comparados com aqueles que receberam o atendimento do time rapidamente (61,8% *versus* 41,9%), o que reafirmou a necessidade do trabalho da via aferente para se evitar atrasos em seu acionamento, contribuindo assim para a melhoria dos desfechos clínicos (BONIATTI et al., 2014).

O atendimento inicial ao cliente com piora clínica e o acionamento do TRR por parte dos profissionais que atuam em unidades de internação pode contribuir, sensivelmente, para o aumento da taxa de sobrevivência desse paciente em situação emergencial. Em contrapartida, o retardo no seu acionamento ou não ativação do TRR pode acarretar graves danos à sua saúde (TIRKKONEN et al., 2013).

É importante ressaltar que alguns hospitais americanos e canadenses, incluíram os familiares dos pacientes como participantes no acionamento do TRR em decorrência de possível morosidade do reconhecimento da piora clínica pela equipe assistencial da unidade. No entanto, os familiares são orientados pelos profissionais de saúde durante a admissão hospitalar sobre os possíveis sinais de agravamento do paciente, bem como o número do ramal para o acionamento imediato do TRR

(BOGERT; FERRELL; RUTLEDGE, 2010).

Pesquisa realizada em hospital de trauma norte americano demonstrou que os pacientes e seus familiares recebiam, durante a internação, as informações, pelos profissionais dos setores não críticos, sobre a possibilidade de realizar contato telefônico diretamente aos profissionais do TRR, caso percebessem alterações agudas, como modificações no padrão respiratório ou mudança na coloração da pele. Após 24 meses de implementação deste programa, a instituição recebeu 25 atendimentos de familiares. Esta iniciativa na ativação do TRR pelos familiares promoveu melhorias no quadro de alerta aos pacientes que se tornaram críticos nas enfermarias, sem aumentar a sobrecarga de chamada falso positiva (GERDIK et al., 2010).

Como exemplo de melhoria para o acionamento do TRR pelos profissionais que atuam nas unidades assistenciais, destaca-se o estudo australiano realizado por Chalwin et al. (2016), que evidenciou nos profissionais que atuam nessas unidades, após uma adequada capacitação, a incorporação de novos conhecimentos, o aumento da confiança e da competência para realizar chamadas ao TRR.

É importante ressaltar também que o uso de escores eletrônicos, que geram estratificação de risco em tempo real, vem recebendo destaque na literatura. Estes escores de riscos utilizam os resultados dos sinais vitais e laboratoriais para gerar um alerta eletrônico direto para o TRR, sem a necessidade de chamadas. Além disso, os escores são recalculados em tempo real para cada nova variável laboratorial ou sinal vital registrado (BROWN et al., 2014; HUH et al., 2014; KANG et al., 2016). Este avanço pode representar uma solução para uma das barreiras que impactam negativamente, na implantação do TRR, que seriam os atrasos de chamadas (BARWISE et al., 2016).

5.2.3 Tempo de chegada do time de resposta rápida na unidade

Nesta categoria foi considerado o tempo de chegada dos profissionais que atuam no TRR para o atendimento do código azul nas unidades assistenciais. Essa categoria apresentou 24 (27%) referências, tanto positivas quanto negativas.

“Uma vez, fomos atender uma senhora que estava internada e precisou

realizar uma tomografia; a princípio ao chegar no setor de imagem ela estava bem, porém creio que piorou em virtude do contraste que havia sido injetado e evoluiu para PCR. Fomos acionados em código azul e quando cheguei os profissionais da unidade já tinham iniciado as compressões torácicas e logo assumimos o atendimento. Cada profissional do time sabe o que tem para fazer, nós levamos nossa mochila onde dispomos nossos materiais, a gente já sabe o que tem que abrir, o que tem que fazer, o que tem que instalar. Então já começamos todos os procedimentos e o que me marcou foi que a equipe não demorou nem um minuto para chegar no setor de imagem. Então considero que o fator tempo de chegada dos profissionais do time nesse dia tornou-se muito importante para o paciente que foi beneficiado com um atendimento ágil e de qualidade...” (E8)

“Eu me lembrei de um atendimento que realizamos no setor de endoscopia, era um senhor que havia sido transferido da unidade para realizar um exame e necessitou do atendimento em código azul...Nós atendemos o paciente, estabilizamos e transferimos à UTI...Pelo que me recordo nunca tivemos problemas de atraso no tempo de chegada, sempre conseguimos chegar rápido, nós convivemos no dia a dia de trabalho com situações de urgência e emergência e de intercorrências, então creio que nossa abordagem se dá de forma muito rápida...” (E9)

Nota-se que o tempo de resposta do time nos dois exemplos anteriores foi adequado para promover o restabelecimento dos pacientes que se encontram em situação de emergência, de acordo com os entrevistados.

Esse aspecto essencial para a sobrevivência do paciente também é evidenciado em pesquisa realizada em um hospital escola de alta complexidade, localizado na cidade de São Paulo, que avaliou 88 atendimentos do TRR em código azul, sendo que o tempo de chegada da equipe até o local de acionamento variou entre um a quatro minutos, aproximadamente. (SANTANA-SANTOS, et al., 2017).

Já estudo realizado em um hospital escola nos EUA, que incluiu 213 pacientes atendidos pelo código azul, identificou que o tempo médio de resposta ao acionamento foi de 3,1 minutos (SEGON et al., 2014).

De acordo com a *American Heart Association* (2015) a rapidez quanto as condutas adotadas são essenciais e relacionam-se diretamente com o melhor prognóstico do paciente. O atendimento imediato realizado por profissionais capacitados melhora a sobrevida do paciente, além de reduzir a probabilidade da ocorrência de lesão cerebral irreversível.

Apesar dos aspectos positivos expostos relacionados ao tempo de chegada do TRR para a realização dos atendimentos emergenciais nas unidades, exemplos negativos também foram relatados pelos entrevistados:

“Como exemplo negativo, considero uma vez que fomos acionados em outro bloco, no bloco novo. Fomos atender um código azul e o médico hospitalista demorou muito para chegar; a gente já havia monitorizado o paciente, iniciado as compressões torácicas e as ventilações com a bolsa-válvula-máscara e o paciente estava em fibrilação ventricular pelo que mostrava o traçado no monitor. Então a gente estava com esse problema, houve uma certa demora para a aplicação do choque e reverter o quadro o mais rápido possível...” (E13)

“Acho que atendimento negativo fica mais fácil de lembrar e dar exemplo, porque o atendimento de PCR por si só gera muito estresse. O hospital investe bastante em treinamentos, ainda mais agora que a instituição está crescendo e aumentado o número de leitos, só que nós da equipe temos um tempo muito reduzido para chegar a qualquer unidade, entre dois ou três minutos. Então, me lembro que no último código azul, cheguei a atender no 18º andar do bloco X. A enfermeira e eu chegamos no quarto praticamente juntas, era realmente um código azul, mas o médico demorou para chegar. O paciente era difícil de ventilar, não expandia o tórax mesmo aplicando a técnica de ventilação de maneira correta, não conseguíamos melhorar a saturação de oxigênio do paciente e isso foi gerando em nós um estresse ainda maior...Difícilmente ocorre desentendimento entre os profissionais aqui, mas o atraso de um profissional acaba gerando um estresse maior ainda na equipe, pois você depende de um outro profissional para conseguir estabelecer uma via área artificial definitiva...” (F21)

Como exemplificado na primeira fala (E13), o profissional ao monitorar os dados vitais do paciente, constatou a presença de um ritmo chocável, porém ficou limitada a reversão do quadro, uma vez que o diagnóstico do ritmo cardíaco e a administração do choque é considerado ato médico. Vale a pena ressaltar que em virtude do evento ocorrido na instituição, foi disponibilizado, posteriormente, um aparelho de Desfibrilador Externo Automático (DEA) que compõe os materiais que são levados pelos profissionais do TRR aos locais onde são acionados, para o uso imediato durante os atendimentos em código azul.

A administração do choque, naquela ocasião, foi postergada até a chegada do médico conforme relatou o entrevistado. De acordo com a *American Heart Association* (2015), destaca-se a ênfase na desfibrilação precoce (administração de choques em igual ou menor tempo de três minutos do colapso), integrada à reanimação cardiopulmonar de qualidade, como elementos essenciais de sobrevivência à PCR.

Ressalta-se que na outra instituição que foi cenário de estudo, não houve relato de atraso médico do TRR superior ao padronizado para o atendimento em código azul e verificou-se que o aparelho de DEA ficava disponível no ambulatório de especialidades da instituição (prédio anexo a instituição) por não dispor de médico plantonista, durante o atendimento realizado em horário comercial.

Pesquisa desenvolvida em um hospital escola de alta complexidade no Sul do Brasil avaliou o serviço de resposta rápida, na visão dos profissionais da enfermagem, que acionavam o TRR e constataram que a maioria dos profissionais chegava em menos de três minutos nas unidades de internação para a realização do atendimento em código azul (DIAS, 2013).

Corroborando estudo realizado em hospital asiático, o qual apontou que o tempo médio de chegada dos profissionais do TRR para atendimento do código azul foi 1,6 minutos, sendo que o primeiro choque administrado para ritmo chocável foi realizado em até dois minutos e a primeira dose de adrenalina dentro de 2,7 minutos (EFTYCHIOU et al., 2009).

O tempo para o atendimento das vítimas que evoluem a um evento de PCR (código azul) é uma variável crucial e determinante. Estima-se que para cada minuto em que o paciente não tenha uma assistência dos profissionais de saúde para a realização de RCP, a sobrevivência diminui em 10%. Torna-se, então, importante a detecção e o atendimento rápido a fim de possibilitar a vítima uma ressuscitação

de alta qualidade (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Nesse sentido, há que serem revistos os motivos que impossibilitam a chegada, a tempo, dos profissionais do TRR nas instituições estudadas, em especial, dos médicos que compõem as equipes para desencadear o SAVC, de acordo com o protocolo estabelecido pela *American Heart Association* (2015), para que se efetive um atendimento seguro e de qualidade aos pacientes hospitalizados.

5.2.4 Desempenho técnico assistencial inicial dos profissionais da unidade frente ao atendimento de emergência

Esta categoria apresentou o maior número de referências, totalizando 30 (34%) relatos positivos e negativos. Foi observado o desempenho técnico assistencial inicial dos profissionais de saúde da unidade frente ao atendimento de emergência, enquanto ocorria o deslocamento dos profissionais do TRR para o atendimento em código azul.

Nota-se essa articulação positiva quando os entrevistados relatam o atendimento emergencial inicial, conforme ilustram as falas a seguir:

“Há duas semanas, tivemos um código azul na unidade de internação masculina, o paciente teve uma PCR e então fomos acionados para o atendimento. Quando cheguei no quarto, percebi que o paciente já estava posicionado no leito, cabeceira baixa, o carrinho de emergência estava ao lado do paciente, então as pessoas da unidade que estavam ali sabiam o que estavam fazendo naquela cena. Inicialmente tinham poucos profissionais mais as pessoas que estavam em outras enfermarias perceberam a movimentação vindo nos ajudar e se prontificaram em revezar nas compressões torácicas. Então isso é fundamental em um atendimento em código azul, as pessoas das unidades já estarem desempenhando os primeiros atendimentos durante a PCR, estando entrosadas e em harmonia. Isso é muito bom porque estou no time há um tempo, então percebo que os profissionais da unidade já estão mais atentos aos atendimentos de resposta rápida em código azul. Então isso é um amadurecimento dos profissionais que estão mais cuidadosos e vigilantes, isso não acontecia no início da

implantação do time, porque as pessoas antigamente ficavam perdidas...” (F20)

“Estou junto ao TRR desde o início, desde que foi institucionalizado, então a experiência mais gratificante e positiva foi durante um atendimento em uma unidade de internação onde a paciente evoluiu para uma PCR. Nós chegamos para o atendimento no quarto do paciente e percebemos que os familiares já estavam no corredor, a equipe de enfermagem havia monitorizado o paciente, deixado o carrinho de emergência ao lado do leito e iniciado as manobras de compressões torácicas. Então o médico já identificou prontamente o ritmo de parada para condução do protocolo e até as ampolas de adrenalina já estavam dispostas, prontas a serem aspiradas e administradas, o material de oxigenioterapia também estava disposto...Então isso foi um atendimento que considerei que foi positivo, pois a gente nunca trabalha sozinha, precisamos de equipe sempre junta na unidade, que já realize toda essa movimentação prévia, é fundamental para que possamos realizar um excelente atendimento...” (E14)

Por meio das situações exemplificadas (F20 e E14), pode-se observar o desempenho inicial dos profissionais das unidades ao realizarem o atendimento do código azul. Notou-se o dinamismo e o entrosamento dos profissionais, colocando em prática as ações de suporte básico de vida até a chegada do TRR, para dar continuidade às intervenções necessárias.

O fator tempo é uma variável crucial durante o atendimento à PCR, pois a sobrevida do paciente diminui consideravelmente, se forem transcorridos dez minutos sem a devida reanimação cardiopulmonar (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015); logo os profissionais de saúde devem ser especializados e organizados para fornecer intervenções oportunas aos pacientes que se tornam críticos durante sua hospitalização (ABDULLAH, 2014).

É importante ressaltar que a equipe de saúde, ao assistir o paciente que está evoluindo para um quadro de PCR, deve realizar o rápido reconhecimento da

deterioração clínica, acionar o serviço especializado, apresentar eficiência e qualidade nas ações iniciais em RCP, aplicando o SBV, até a chegada dos profissionais especializados em SAVC (GONZALEZ et al, 2013b; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Gonzalez et al. (2013b) são unânimes em mencionar que a PCR caracteriza-se como uma gravidade médica importante, com possibilidade de desencadear lesões irreversíveis e o óbito do paciente, caso as condutas terapêuticas adequadas e de qualidade não forem adotadas, o mais rápido possível.

Na evolução de um evento de PCR, o diagnóstico deve ser preciso e rápido, o TRR ser imediatamente acionado e a intervenção de reanimação iniciada precocemente (KLEINMAN et al., 2015). Entretanto, a correta execução da RCP realizada pelos profissionais das unidades, que desempenham um atendimento de forma ágil e precisa até a chegada da equipe especializada torna-se fator determinante para a sobrevivência durante as primeiras 24 horas, e também, da melhoria na taxa de sobrevida ao longo do período de internação do paciente (SEMERARO et al., 2015; VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015).

Portanto é importante que todo profissional tenha conhecimento sobre a PCR e as manobras que compõem a RCP, para tomadas de decisões rápidas, seguras e eficazes, evitando o caos e o pânico, assegurando um atendimento de qualidade à vítima, com garantia de melhor prognóstico (TALLO et al., 2012).

Porém, nem sempre isso é observado, conforme pode ser visualizado nos relatos a seguir:

“Teve uma situação que a equipe foi acionada em código azul, foi na unidade de ortopedia. Chegando lá, a paciente estava em PCR, ainda não se tinha acesso venoso para administrar as medicações, o carrinho de emergência não estava lá e quando trouxeram faltava uma máscara para ventilar a paciente. A equipe da unidade estava bem perdida, corriam de um lado para o outro e não tinha resolutividade, não haviam realizado nenhuma ação de atendimento de código azul ao paciente. Enfim, conseguimos um acesso para realizar as medicações e realizar todo o atendimento, mas percebi que nada tinha sido feito antes da nossa chegada, nenhuma proatividade dos profissionais da unidade e a gente sabe que tempo é vida...” (E20)

“Um código azul mais recente negativo aconteceu na unidade masculina, foi até a enfermeira que me ligou. Porém ao chegar no quarto do paciente percebi que a enfermeira não estava lá e não estava ocorrendo nenhuma outra intercorrência no setor. Então, tive que solicitar a presença dela imediatamente no atendimento. O código azul por si próprio já é bem estressante, então preciso da enfermeira no atendimento e não constatei a presença dela realizando as primeiras ações. Não verifiquei o carrinho de emergência no quarto, não vi nenhuma movimentação e sabemos que a partir do momento em que se detecta a parada, não podemos deixar o paciente de lado, precisamos iniciar imediatamente as ações que dão o suporte à vida ao paciente...Então, foi uma somatória de coisas que não aconteceram corretamente, apesar que o paciente retornou da PCR, mas esse atendimento ficou frustrante, porque a equipe da unidade deveria estar realizando todo o suporte até a nossa chegada.” (M15).

As duas falas anteriores indicam que os atendimentos emergenciais realizados pelos profissionais de saúde das unidades assistenciais não apresentaram desempenhos técnico-assistenciais satisfatórios, o que ocasionou prejuízo das manobras de RCP de forma qualificada.

Entretanto, esse desempenho dos profissionais no transcorrer do atendimento da emergência clínica, deve ser pautado em um ambiente de trabalho harmonioso e sincrônico de toda a equipe, para garantir as boas práticas durante o atendimento ao paciente vítima de PCR no ambiente hospitalar (SJOBERG; SCHONNING; SALZMANN-ERIKSON, 2015).

Sabe-se que a dinâmica de atendimento ao paciente em PCR necessita do estabelecimento dos cinco elos da cadeia de sobrevivência recomendados pela AHA, são eles: a vigilância e prevenção; o reconhecimento e acionamento do serviço de emergência; a RCP imediata de qualidade (compressões torácicas efetivas e abertura de via aérea com oferta de oxigênio); a rápida desfibrilação em ritmo chocável; o SAVC e os cuidados inerentes após retorno da vítima a circulação espontânea (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Assim, o êxito do atendimento de uma PCR necessita de contínuas

capacitações aos profissionais de saúde, com a aquisição de habilidades e competências satisfatórias para o início das intervenções de reanimação cardiopulmonar (KALLESTEDT, 2012).

Segundo Gonçalves (2014), as situações de urgências e emergências clínicas, em especial a PCR, são cada vez mais recorrentes em unidades especializadas, devido à mudança do perfil dos pacientes internados e às situações de violência por causas externas as quais os sujeitos, na contemporaneidade, estão expostos.

A autora endossa, ainda, a importância da atualização da temática aos profissionais da saúde, no sentido de engajar a equipe em discussões sobre o cotidiano e os desafios para a construção do gerenciamento de processos e condutas terapêuticas, que irão contribuir para a mudança da situação de vulnerabilidade que a PCR impõe, além de assegurar a confiança e a autonomia profissional. Salienta-se que esse contexto minimiza as taxas de mortalidade intra-hospitalar, se bem conduzido o algoritmo utilizado no processo de RCP.

5.3 Identificação e análise dos comportamentos

Cada situação pode desencadear comportamentos que, segundo a percepção de quem os vivenciou ou presenciou, são classificados em positivos ou negativos. Assim, um mesmo comportamento pode ser atribuído como positivo por um participante e negativo por outro.

A partir dos 89 incidentes críticos, obteve-se o total de 220 comportamentos, dos quais 130 (60%) foram considerados positivos e 90 (40%) negativos, conforme demonstram os resultados apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das categorias dos comportamentos, extraídas dos incidentes críticos, segundo referência positiva ou negativa, relacionadas aos atendimentos realizados pelas equipes multiprofissionais de um hospital público e um hospital filantrópico. Londrina-PR, São Paulo-SP, 2017.

Categorias dos Incidentes Críticos (Comportamentos)	Positiva		Negativa		Total	
	F	%	F	%	F	%
Interação da equipe multiprofissional	37	28	23	26	60	28
Dimensão ético-legal no atendimento de emergência	0	0	7	8	7	3
Estrutura física e ambiência para realização do atendimento	0	0	9	8	9	4
Sistematização do atendimento de emergência	53	40	20	23	73	34
Percepção da gestão do atendimento de emergência	18	14	9	10	27	12
Recursos materiais	17	13	6	7	23	10
Capacitação permanente da equipe	5	5	16	18	21	9
TOTAL	130	100	90	100	220	100

Constata-se pela tabela a predominância dos comportamentos considerados positivos em relação aos negativos, na visão dos profissionais entrevistados.

5.3.1 Interação da equipe multiprofissional

Essa categoria obteve 60 (28%) comportamentos positivos e negativos. Verificou-se como se revelavam as interações da equipe assistencial da unidade de internação não crítica, em conjunto com os profissionais do TRR.

Foi considerada a interação como uma forma de integração dos vários profissionais envolvidos no mesmo atendimento, mobilizados em um objetivo comum, configurando, assim, um trabalho em equipe, garantindo agilidade na assistência prestada à vítima:

“O acionamento em código azul é sempre bem assertivo na instituição e isso é muito benéfico ao paciente. Lembro mais recentemente que o

paciente teve uma parada cardíaca no andar, fomos até o quarto e chegando lá o paciente já estava monitorizado, conseguimos reverter o quadro, estabilizar o paciente e conseguimos uma transferência para unidade avançada para dar suporte intensivo necessário...Mas o ponto positivo foi justamente você cumprir a missão que é de reverter a piora clínica ainda no andar que o paciente está internado e ele não apresentar nenhuma complicação secundária ao quadro. Então, é um ponto positivo muito importante, fazer o fluxo de alça fechada, você ter o acionamento, os profissionais das unidades e os integrantes do time, todos trabalhando juntos em equipe, monitorizando, estabilizando o paciente, cada um na sua função, se comunicando e assim prevenir um desfecho trágico ao paciente...” (M2)

“Me lembro que o atendimento de código azul, foi há poucos dias atrás, foi um atendimento em parada cardíaca de um paciente jovem. O trabalho foi em equipe mesmo, cada um tinha sua atividade definida, um ficava na medicação, um na ventilação, outros se revezam nas compressões torácicas, tinha um controlando o tempo da medicação e dos ciclos...Então quando você segue a risca o protocolo de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia que determina a chegada em menos de três minutos no local da intercorrência, monitora o paciente, identifica o ritmo da parada, realiza as medicações, eu percebo que o atendimento foi realmente eficiente. Claro que cada caso é um caso, tem paciente que vai para UTI e sai até de alta hospitalar, alguns retornam da parada, outros não sustentam e acabam evoluindo ao óbito, mais o que marca é sempre o trabalho bem executado. Então considero que toda vez que conseguimos atender um código azul com esta gama de profissionais que se unem para compor uma verdadeira equipe, torna-se bem gratificante, pois cada um consegue complementar a ação do outro e isso é bastante positivo.” (M11)

O atendimento de situações de emergências em ambiente intra-hospitalar requer um conjunto de variáveis bem definidas para associar ao aumento da

sobrevida do paciente. A chance de sobrevivência depende também da competência e habilidades interpessoais dos membros da equipe que realizam as manobras de RCP, com segurança e alta qualidade (MEIER, 2014).

Segundo Santana, Lopes e Queiroz (2014), o atendimento organizado, com as devidas distribuições de funções é uma forma de melhorar o atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória. O trabalho em equipe deve ser coordenado, havendo livre comunicação entre seus membros para que o atendimento seja realmente eficaz.

Conforme relatado pelos entrevistados (M2 e M11), houve um bom trabalho em equipe frente aos atendimentos realizados pelos profissionais da unidade e do TRR, sendo que cada profissional conseguiu complementar a ação do outro e manter a comunicação.

Segundo Duarte e Alves (2014), o trabalho em equipe multiprofissional exige características sociais, como coletividade, cooperação, compromisso e responsabilidade, as quais favorecem a interação, a harmonia, o respeito mútuo, a efetiva comunicação entre os profissionais de saúde e a assistência minuciosa ao paciente.

Pesquisas têm evidenciado que o trabalho realizado em equipe propicia melhor produtividade e comunicação efetiva, com tomada de decisões assertivas, além de proporcionar ao profissional melhoria da autoestima e bem-estar (MAXFIELD et al., 2013).

Nesta perspectiva, verifica-se que recentemente, os hospitais utilizam capacitações em equipes por meio de simulações realísticas multidisciplinares, para o aprimoramento do trabalho em equipe, o destaque da importância de cada profissional dentro do grupo, o uso da comunicação efetiva, a identificação da insuficiência de conhecimento dos profissionais, com a finalidade de minimizar ou detectar falhas assistenciais em saúde (BAGNASCO et al., 2013; DANIELS; AUGUSTE, 2013).

Apesar do exposto, alguns atendimentos emergenciais realizados, apresentaram dificuldades de interação entre os profissionais da unidade e do TRR, conforme desvelado nas falas a seguir:

“Foi um final de semana, nós tínhamos uma paciente que havia realizado uma cirurgia, evoluiu para uma arritmia cardíaca no setor e o

médico titular da paciente estava no quarto realizando sua avaliação e no momento a paciente evoluiu em PCR. Fomos então acionados para prestar o atendimento e ficamos por mais de uma hora na reanimação. Foram realizadas todas as intervenções necessárias, quando a paciente havia retornado da PCR, passado alguns minutos depois a mesma apresentou o segundo episódio de PCR e assim reanimamos por mais um período. Após a paciente retornar pela segunda vez da parada, o médico titular ordenou que transferíssemos imediatamente a sua paciente à UTI e então nós acatamos sua decisão. Ao chegar na unidade de cuidados intensivos a paciente estava novamente em PCR e isso gerou um desconforto muito grande para nós e mesmo após a reanimação a paciente evoluiu ao óbito. Depois do ocorrido todos os profissionais que realizaram o atendimento foram chamados, em separados, para relatar o atendimento à Comissão de Reanimação Cardiopulmonar do hospital. Na verdade não foi culpa do TRR, nós acatamos o que o médico titular havia solicitado, então creio que não houve uma boa interação entre os profissionais do time e o médico titular. O nosso protocolo de transferência interna de paciente grave, é claro, em definir que só possa ocorrer essa ação com a devida segurança. Ainda não tínhamos estabilizado a paciente, nós não havíamos realizado ainda outras condutas em conjunto com o nosso médico do time, enfim, este atendimento ficou muito marcado...” (F4)

“... foi uma parada que me lembro que o médico do time estava bem afobado e ansioso, na verdade o atendimento de código azul em si já é bem estressante e, neste dia, o médico já veio armado e isso passou para toda equipe que acabou ficando mais estressada também. Esse atendimento me marcou bastante porque desse estresse todo me deu até um branco durante o atendimento, então a maneira de lidar com essa carga de estresse é que todo mundo tente manter a calma, se comunicando, para evitar que evolua para uma desordem como foi o que aconteceu nesse atendimento. O resultado foi ruim, foi um atendimento todo atropelado, você até sabe os passos que tem que fazer, mais a equipe toda estressada não realizou um atendimento bem

estruturado e quem perdeu com tudo isso, com certeza foi o paciente.”
(F16)

De acordo com os exemplos dos atendimentos negativos, observou-se que a equipe não manteve interação, dinâmica e sincronismo de trabalho entre os envolvidos durante as ações de RCP.

No primeiro exemplo, o médico titular da paciente ordenou que a equipe da unidade, em conjunto com os profissionais do TRR, transferisse a paciente à UTI imediatamente após o retorno à circulação espontânea, sem realizar os cuidados necessários pós-PCR, conforme endossa o *guideline* da *American Heart Association* (2015). Neste sentido, o atendimento prestado à paciente de alto risco ficou comprometido devido à falta de compreensão das ações a serem executadas nesse tipo de atendimento, fato que comprometeu a qualidade e a segurança da assistência realizada.

Para Johnson e Kimsey (2012), a eficácia do trabalho em equipe representa lidar com a diversidade de profissionais, respeitando a multiplicidade de saberes para o controle do problema em comum, para que as equipes potencializem o cuidado seguro em saúde, com a escuta e o entendimento da mensagem, a liderança, o comprometimento de todos os profissionais da equipe, as discussões salutaras de informações pertinentes à assistência e à capacidade de prever com exatidão as possíveis falhas recorrentes do processo de trabalho.

A interação profissional harmoniosa entre a equipe de saúde pode influenciar o favorecimento do trabalho em conjunto, principalmente em atividades assistenciais determinadas como críticas, as quais são caracterizadas por altas cargas de labor e elevado nível de estresse e tensão. Para que o trabalho em equipe seja considerado colaborativo é necessário que haja entre os trabalhadores uma efetiva comunicação, a interação, o reconhecimento de papéis profissionais, articulação das ações, a confiança e o estabelecimento de objetivos assistenciais comuns. O conjunto desses atributos torna-se imprescindível para qualidade da atenção à saúde, da segurança e da satisfação de pacientes e profissionais (SOUZA et al., 2016).

5.3.2 Dimensão ético-legal no atendimento da emergência

Nesta categoria foi considerada a dimensão ético-legal nos atendimentos realizados pelas equipes multiprofissionais. Foram desvelados sete (3%) comportamentos, sendo todos negativos, decorrentes da reanimação desnecessária em caso de prognóstico oncológico estabelecido em fase terminal, bem como da indefinição de cessar ou não as manobras de reanimação, conforme os exemplos a seguir:

“Há pouco tempo atrás fomos atender um código azul, era uma parada na unidade de internação e depois de iniciar o atendimento verificamos que a paciente era não candidata a reanimação em código azul, então isso mobilizou toda uma equipe e isso já estava todo documentado no prontuário, porque era uma paciente em cuidados paliativos, nós temos bastante pacientes em cuidados paliativos aqui na instituição, porque somos referência para a especialidade de oncologia...A família já estava ciente que não era para investir, então você percebe que a falha de comunicação levou a uma situação desagradável para todo mundo, tanto para os profissionais envolvidos, como para os familiares que não entenderam nada daquela movimentação...Isso gera um resultado ruim de deslocar toda uma equipe, porque poderia ter acontecido outro código azul concomitante, sem falar que abrimos o carrinho de emergência e utilizamos os materiais que não precisariam.” (E3)

“Eu fui bipada para atender um código azul em outro andar e chegando no quarto vi a enfermeira aspirando as vias áreas superiores da paciente que periodicamente necessitava ser realizado. Me lembro que fui a primeira do time a entrar no quarto e a paciente estava em parada. Creio que a paciente deve ter evoluído com quadro de hipóxia durante a aspiração, era uma senhora de mais de 90 anos de idade, nisso toda a equipe começou a realizar a reanimação. Abrimos o carrinho para preparar todo o material e nesse meio tempo a família entrou no quarto e percebendo toda a movimentação solicitou para interromper imediatamente o atendimento. Na verdade foi uma falha de comunicação, ninguém certificou-se que a paciente era não candidata

a reanimação. Isso gerou uma situação extremamente constrangedora para os familiares que já haviam comunicado para não reanimá-la e acabaram percebendo que toda equipe foi deslocada para o quarto e que haviam iniciado os procedimentos. Tudo isso poderia ter sido evitado, então a gente entende e respeita a decisão dos familiares, que não queriam que continuassem os esforços...” (F7)

“A experiência negativa que me veio em mente foi uma situação que fui acionada em código azul. Eu tinha chego no quarto e a enfermeira já estava lá e constatamos que se tratava de um paciente oncológico em fase avançada, porém não havia nada definido em prontuário se era não candidato a reanimação e toda essa situação ficou muito delicada...Era um paciente com obstrução abdominal, com saída de conteúdo fecalóide pela drenagem da sonda gástrica...Quando o médico do time chegou queria saber sobre o prognóstico pelo médico titular do paciente, pois somos um hospital referência para câncer e toda esta indefinição foi gerando uma situação desconfortável para a equipe e todo mundo percebia que era um caso difícil. Começamos a reanimar o paciente e percebíamos que havia saída de conteúdo fecalóide também por cavidade oral, porém como não sabíamos da informação do médico titular ficamos por mais de meia hora na reanimação. Acho que o atendimento não foi humanitário, porque poderia ter evoluído ao óbito com tranquilidade em uma fase terminal, então esta indefinição toda não proporcionou isso ao paciente, não havia uma decisão anterior ao caso. Você sai com um peso ruim, mesmo fazendo um bom trabalho, você percebe que fez um atendimento agressivo ao paciente.” (F10)

Os TRR são frequentemente envolvidos em questões éticas associadas às emergências intra-hospitalares, tais como decisões sobre a admissão da unidade de terapia intensiva ou de cuidados em fim de vida. As falas dos profissionais indicam vivências de atendimentos em que o prognóstico do paciente era de não reanimação em situação de cuidados paliativos definidos (E3 e F7), além de outro cujo, prognóstico oncológico ainda não estava discutido entre equipe, familiar e

paciente (F10).

Os recursos tecnológicos disponíveis em saúde e a desleal perspectiva de cura do paciente conduzem a um contexto que prolonga o sofrimento humano e causam o uso de intervenções insignificantes, com a finalidade de preservação de julgamento ético em possível processo judicial (GONZALEZ et al., 2013b). Portanto, a questão ética relativa à RCP deve ser apreciada por meio dos fatores ético, cultural e legal durante as ações de reanimação, pautados pela ciência, escolha do paciente e familiar e os documentos legais vigentes (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

A Resolução nº1.995/2012, do Conselho Federal de Medicina (CFM), discorre em seu parágrafo 3º, Artigo 2º, que: “As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012, p. 270).

Segundo Lopes (2014), o chamado “Testamento Vital” ou “Testamento em Vida”, é um documento que define o encaminhamento para a conclusão de caso terminal no percurso de vida do paciente. O paciente deve estar em plena consciência do seu ato e prevalecer sobre o arbítrio da família e equipe de saúde que o acompanha, antes da piora clínica em não realizar qualquer tipo reanimação. A partir dessa decisão em conjunto, o testamento com o desejo do paciente é registrado em cartório, ocorrendo o respeito quanto às decisões outorgadas pelo paciente em relação ao seu percurso de vida.

Porém, o Ministério Público Federal revogou por liminar a Resolução do CFM de 2012, mesmo que apoiada no veredito do paciente (LOPES, 2014). Para Bonamigo et al., (2013) a decisão de não reanimar é um ato oportuno quanto ao aspecto ético, inserido na Deontologia Médica no Brasil, porém sem apoio legal na Federação. De acordo com o referido autor torna-se imprescindível realizar a distinção desta decisão e da eutanásia, quando se gera, a morte do paciente.

Para Lopes (2014), torna-se fundamental para medicina e para os que sonham com um fim digno, a revisão do Código Penal Brasileiro (CPB) para contemplar e legitimar o “Testamento Vital” ou “Testamento em Vida”, porém a justiça brasileira mostra-se vagarosa e isso acarreta uma série de ônus à sociedade. A terminalidade da vida precisa deixar de ser um tabu e passar a ser discutida de acordo com a sua importância.

No Brasil, estudo conduzido com 81 profissionais de saúde, entre estes,

67 médicos e 14 enfermeiros, sobre o conhecimento em relação ao “Testamento Vital”, identificou que 74% dos entrevistados não tinham tal conhecimento. Após terem recebido informações sobre este documento, 98% dos participantes consideraram o instrumento útil para o paciente e para a equipe profissional (ROSSINI; OLIVEIRA; FUMIS, 2013).

Em diversos países, o direito a optar por não ressuscitação ainda é controvertido e sem amparo legal. No Brasil relaciona-se a eutanásia a ordem de não reanimar, o que se configura crime contra a vida, de acordo com o CPB no artigo 121: “matar alguém” e 122: “Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça”, com pena de reclusão de até 20 anos (BRASIL, 1940). Apesar do CPB, ter sofrido alterações em algumas partes em 2012, os artigos que tratam o crime contra a vida permanecem inalterados (NUCCI, 2010).

Como legislação específica, o Estado de São Paulo (1999), promulgou a Lei nº 10.241/1999, que assegura ao paciente em fase terminal ou seu representante legal a renúncia de intervenções dolorosas ou que prolonguem a vida.

Cabrini et al. (2016) entrevistaram 327 médicos intensivistas que observaram conflitos com médicos titulares dos pacientes, como o desacordo sobre a vantagem real da admissão em UTI e a falta de preparação familiar para a morte iminente do paciente. Foi observado também que, em caso de conflito, a decisão final recairia sobre os profissionais do TRR, o que causou o aumento do sofrimento no trabalho. Os intensivistas relataram que questões éticas associadas às emergências intra-hospitalares estão ocorrendo comumente e desencadeando um impacto negativo significativo na inter-relação dos profissionais do TRR e dos médicos titulares dos pacientes e, informaram também, a ausência de protocolos para abordagem das questões éticas.

Pesquisa realizada na Austrália identificou 351 chamados de atendimentos do TRR, sendo 139 chamados de pacientes com doenças que limitavam a vida, com piores resultados dos atendimentos de RCP. Os autores defendem que deve ser oferecida a oportunidade de planejamento de cuidados avançados ou o envolvimento dos pacientes alvos em cuidados paliativos, para que seja otimizado o trabalho do TRR. Essas discussões podem fornecer clareza de propósito ao tratamento de equipes, reduzir o ônus de intervenções desnecessárias e promover cuidados centrados antes de qualquer deterioração clínica (SULISTIO et al., 2015).

Recente metanálise mostrou que as ordens de não reanimação estavam associadas a três morbidades, sendo as doenças neuro-degenerativas cerebrais, neoplasias e acidente vascular encefálico (DE DECKER et al., 2014). Do ponto de vista da medicina clínica, o termo "terminal" deveria ser aplicado somente aos pacientes que se esperam que morram por motivo de uma enfermidade letal, progressiva, apesar do tratamento apropriado, em um período de tempo relativamente curto, medido em dias, semanas ou vários meses, no máximo. Portanto o diagnóstico de uma condição terminal deveria ser embasado em evidências médicas e julgamento clínico de que a condição ao paciente é progressiva, irreversível e letal (JONSEN; SIEGLER; WINSLADE, 2012).

Estudo americano analisou 209 chamadas para o TRR, sendo 66 (31%) associadas às ordens de não reanimação. A implementação do serviço de TRR auxiliando nesta discussão foi associada com uma melhoria na classificação e prognóstico aos pacientes não candidatos à reanimação. Como evento sentinela, a ativação do TRR promoveu a transição dos cuidados destinados aos pacientes candidatos à transferência para unidade de cuidados críticos ou a estratégia de definição de cuidados paliativos (SMITH et al., 2014).

Na literatura internacional verifica-se a participação dos TRR no que diz respeito aos cuidados paliativos, resultando em aprimoramento e alternativa para melhor identificação e tratamento desses pacientes. Vários estudos demonstraram um aumento nos pedidos de "não reanimar" e melhor documentação das medidas de conforto, após a introdução do TRR nos hospitais (JONES et al., 2013; HILLMAN, 2014; SMITH et al., 2014; BRUNSVELD-REINDERS et al., 2016).

Frente às diversas questões éticas que emergem da RCP aos pacientes atendidos nas instituições de saúde, demonstrada nesta pesquisa e confirmada na literatura, torna-se relevante incorporar discussões multiprofissionais sobre as condutas adotadas nas instituições para o melhor direcionamento dos atendimentos dos TRR, a fim de promover amplo debate com os profissionais de saúde, gestores e diretores dos hospitais, para o apoio as decisões clínicas, frente aos cuidados paliativos ou em outras situações inerentes no desfecho clínico de não reanimação dos pacientes.

5.3.3 Estrutura física e ambiência para realização do atendimento

Nesta categoria, foram evidenciados apenas comportamentos negativos (4%) quanto aos atendimentos realizados pelos profissionais, que discorreram suas falas analisando o espaço físico/ambiência e a distribuição espacial de pessoas frente aos atendimentos realizados em código azul:

“...quando chegamos no quarto do paciente que precisava de atendimento em código azul, percebemos que tinham muitas coisas no quarto atrapalhando nosso serviço, tinham malas, sacolas, cadeiras a mais no quarto e ninguém se preocupava em ter agilidade, ter espaço para poder trabalhar, tudo estava muito bagunçado e não conseguíamos entrar com o carrinho de emergência. Dai você chega no local, tem que primeiro pensar na cena, organizar o ambiente para ter condições de atender o paciente...Aí o médico solicitou o prontuário, ninguém teve agilidade em ir buscar, porque ele queria saber qual era a atual evolução do paciente. Muitas vezes, a gente sobe para os atendimentos, sem sabermos nada do quadro do paciente, já chegamos realizando as intervenções e até conseguirmos entender a situação do paciente, se perde muito tempo e tempo é ouro! Se não tivéssemos que entrar no quarto retirando as coisas e organizando o ambiente, já conseguiríamos iniciar as manobras de reanimação com maior rapidez...Se a unidade acionou o código azul, eles já deveriam se preocupar com isso, deixar uma área aberta, uma área livre e ter o prontuário do paciente sempre a mão...” (E12)

“...havia muita gente no quarto, contei dez pessoas! Em um atendimento de parada não precisa mais que seis pessoas, as vezes tem pessoas curiosas que não estão ajudando em nada, estão ali só para assistir e isso atrapalha bastante, atrapalha a concentração, a hierarquização de prioridades, é bem complicado porque mistura residente da enfermagem, da fisioterapia, da medicina e são pessoas que muitas vezes não estão lá para contribuir efetivamente...Quando a PCR já é bem assistida tem-se um alto risco de mortalidade, imagina

quando tem muita gente que não está ajudando em nada e atrapalha a dinâmica do nosso trabalho, acho que agrava ainda mais o atendimento...” (M8)

“... foi uma vez que tinha muita gente no quarto, fica difícil atender, atrapalha quem está na parada, temos que ficar pedindo licença para trabalhar dentro do quarto...Esses profissionais teoricamente não precisariam estar lá, nós já estamos muito acostumados com este tipo de emergência, então precisa apenas de um profissional do setor, para que nos ajude em alguma particularidade caso for preciso naquele momento... O resultado pode ser ruim para o paciente, que necessita ser atendido de forma rápida e não podemos perder tempo no atendimento de emergência...” (F15)

Nas falas anteriormente relatadas (M8 e F15) constatou-se que o excesso de profissionais no local onde se encontra o paciente, prejudicou o atendimento. A falta de organização do local também foi citada pelo entrevistado (E12) como prejudicial para um atendimento eficaz, em código azul.

Durante uma emergência clínica, o ambiente físico organizado, aliado a uma equipe qualificada, provida com recursos materiais necessários, propiciam uma ambiência favorável para as intervenções imprescindíveis durante a reanimação cardiopulmonar, contribuindo, assim, com maior chance de sobrevida do paciente (GONZALEZ et al, 2013a).

De acordo com Torquato et al. (2012), o número de pessoas para o atendimento de RCP, de um modo geral, deve ser em torno de quatro a cinco, pois o tumulto durante o atendimento prejudica as ações realizadas e, também, a definição para os elementos da liderança e o seguimento das ações.

Pesquisa realizada no Brasil, em um hospital público, averiguou se o elevado número de profissionais (acima de seis pessoas) em suas práticas de atendimentos em PCR ajudaria, atrapalharia ou seria indiferente durante a RCP, assim como a presença do familiar durante o atendimento dos pacientes na percepção dos enfermeiros. Do total, 75,5% dos profissionais afirmaram que o elevado número de profissionais durante a RCP atrapalhava o atendimento e para 57% a presença de alguma pessoa da família no quarto interferia na qualidade da

RCP (CITOLINO FILHO et al., 2015).

Nesta categoria, a estrutura física e a ambiência para a realização dos atendimentos pelas equipes multiprofissionais mostraram fatores fundamentais para a realização dos atendimentos com qualidade e eficácia.

As atividades de RCP não podem sofrer morosidade em suas execuções, pois a chance de sobrevivência do paciente está correlacionada ao rápido reconhecimento da PCR e o início imediato da execução de RCP, aliada a capacitação dos profissionais e uma estrutura para prover o atendimento organizado e sincrônico (TALLO et al., 2012).

5.3.4 Sistematização do atendimento de emergência

Esta categoria obteve a maior frequência de comportamentos, sendo incluídos 73 (34%) comportamentos positivos e negativos, relativos à demonstração da sistematização do atendimento de emergência, entre eles: reconhecer a situação do código azul, acionar o TRR, verificar o diagnóstico, realizar as manobras necessárias de compressões torácicas, efetuar a ventilação com bolsa-válvula-máscara, preparar e administrar as medicações de emergência, realizar a desfibrilação precoce (caso indicado) e os cuidados pós-PCR.

O cenário de ocorrência da PCR pode influenciar na sobrevivência do paciente, pois se esse agravo ocorrer no ambiente hospitalar espera-se que o início da RCP seja mais rápido que aqueles ocorridos em ambiente extra-hospitalar e que o paciente apresente recuperação da circulação espontânea. As falas a seguir demonstram a sistematização dos atendimentos relatados como positivos:

“Na verdade, todo o atendimento em código azul que participei, julguei ser positivo, então qualquer um que te relate segue o mesmo padrão, independente do desfecho do paciente, se ele retornou para a circulação espontânea ou não...Lembro-me do último que fomos acionados para o atendimento em código azul e realizamos todas as manobras de acordo com os critérios de atendimento estabelecidos pela American Heart Association, com todas as medidas necessárias, as compressões torácicas bem efetivas, a droga sendo administrada no tempo certo, a organização do atendimento com cada profissional

exercendo sua função, a equipe controlando bem o tempo das intervenções, com os equipamentos disponíveis e funcionantes para proporcionar o atendimento necessário...Como resultado desse atendimento que vivenciei é a sensação que a equipe faz sempre um bom atendimento, claro que muitas vezes o sucesso do retorno do paciente vai depender da função cardíaca e os motivos que levaram o paciente à parada, mas o atendimento foi realizado adequadamente e isso leva a uma sensação positiva de que fizemos tudo que era possível ao paciente, com o resultado do dever cumprido, independente do retorno a circulação espontânea ou não”. (M14)

“Em relação a um atendimento positivo, foi um acionamento por telefone, como é de rotina aqui na instituição. Assim que fomos acionados em código azul cheguei no quarto e presenciei que as manobras de reanimação já haviam sido iniciadas, o enfermeiro já estava fazendo as compressões torácicas, o carrinho de emergência já estava no local, o paciente estava monitorizado, o cardioversor estava no local, então foi muito satisfatório e positivo em chegar e encontrar todo o ambiente propício para prestar o atendimento da melhor forma possível. Logo em seguida, já conseguimos identificar o ritmo de parada, realizamos as medicações, os ciclos foram contados e o paciente retornou a circulação espontânea muito rápido. Então percebi que toda essa questão auxiliou muito na recuperação do paciente, o preparo dos profissionais para o atendimento, o trabalho sendo realizado em equipe, os materiais e equipamentos necessários durante a reanimação e esse tipo de atendimento fez o diferencial para a recuperação do paciente...” (M16)

Os entrevistados (M14 e M16) expuseram que durante os atendimentos realizados em código azul, foram efetivadas todas as ações e condutas inerentes ao tratamento da emergência clínica pelos profissionais, com os recursos materiais necessários, objetivando reverter o quadro de PCR, prestando assim um atendimento de modo organizado e sistematizado.

As novas diretrizes estabelecidas pela *American Heart Association* (2015)

evidenciam as modificações dos protocolos e sistematização relacionadas ao atendimento do paciente em PCR e RPC, enfatizando a importância da realização efetiva das compressões torácicas. O *guideline* delinea a correta realização das manobras de compressões torácicas e reforça que elas são essenciais para um adequado fornecimento de fluxo sanguíneo durante a RCP, para tecidos nobres como cérebro e coração. Por esta razão, todas as vítimas de PCR devem receber compressões torácicas, o mais precocemente possível.

Para oferecer compressões torácicas efetivas, deve-se comprimir com força e a velocidade de 100 a 120 compressões por minuto com uma profundidade de compressão de cinco centímetros e não superior a seis centímetros, propiciando assim o retorno do tórax após cada compressão, para permitir que o coração se preencha de sangue completamente antes da próxima compressão (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

A *American Heart Association* (2015) recomenda que ocorra a minimização dos intervalos das compressões no tórax do paciente para maximizar o número de compressões oferecidas por minuto. Equipes integradas por profissionais bem capacitados podem usar uma abordagem coreografada que execute várias etapas e avaliações simultaneamente, em vez do modo sequencial (por exemplo: um profissional aciona o TRR, o outro inicia as compressões no tórax do paciente, um profissional fornece ventilações de resgate e um outro prepara o desfibrilador).

A relação compressão-ventilação é de 30:2 no paciente sem a via aérea definitiva e de 100 a 120 compressões torácicas associadas a 10 ventilações por minuto, em paciente com via aérea definitiva (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

A utilização da terapia medicamentosa correta na RCP direcionada pelo *guideline* é imprescindível para o sucesso das intervenções. A vasopressina não oferece vantagem sobre o uso de epinefrina, sendo removida nesta última atualização do algoritmo de PCR para adulto. A amiodarona é indicada em PCR com ritmos chocáveis após uso do desfibrilador e a atropina passou a ser indicada, apenas, em casos específicos (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Destaca-se a importância da sistematização da RCP entre os profissionais do setor e do TRR. A diretriz da AHA (2015) recomenda a adoção do TRR como medida eficaz na redução da ocorrência da PCR, entre as diversas

possibilidades de constituição do serviço (enfermeiro, fisioterapeuta e médico), que são convocados ao quarto do paciente quando o profissional da unidade constata a sua instabilidade clínica. O TRR, normalmente, traz consigo equipamentos e medicamentos para a realização da reanimação. Embora as evidências ainda estejam em evolução, há nítida validade no conceito de ter equipes capacitadas na complexa coreografia da reanimação (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Pesquisa realizada em um hospital de alta complexidade na cidade de São Paulo verificou que os profissionais do TRR, ao se deslocarem para os atendimentos em código azul, observaram que as manobras de RCP já haviam sido iniciadas, imediatamente, pelas equipes da unidades que acionaram esse time (SANTANA-SANTOS et al., 2017).

Por outro lado, nesta categoria, também aconteceram comportamentos negativos, referentes ao desconhecimento da sistematização do atendimento de emergência utilizada mundialmente e reconhecida na execução da RCP, conforme os exemplos citados a seguir:

“Lembro-me de um atendimento negativo que o aluno de medicina estava avaliando o paciente em insuficiência respiratória e não conseguia falar com o residente médico da clínica titular do paciente. Então esse aluno foi falar com o enfermeiro da unidade, porém nesse meio tempo o paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e foi neste momento que o enfermeiro da unidade acionou o time...Quando chegamos a unidade o carrinho não estava próximo ao paciente e demorou para alguém ir buscar. O atendimento ao meu ver ficou muito prejudicado, não conseguíamos evoluir em todos os passos da PCR, sem contar que precisou sair uma pessoa do quarto para buscar um outro dispositivo de bolsa-válvula-máscara, por que aquele que tinha no carrinho desmontou na minha mão. Eu fiquei bem perdida, porque não conseguia realizar as ventilações de resgate, não sabia se aguardava chegar um novo material ou se iria ajudar quem estava nas compressões, porque ainda faltava uma pessoa para revezar nas compressões e percebi que não chegava ninguém das outras enfermarias para nos ajudar...Creio que a equipe da unidade acaba ficando bem fragilizada por este tipo de atendimento, então se o

enfermeiro não tiver esta visão da dinâmica do código azul na unidade, pode prejudicar todo esse atendimento ao paciente...” (F9)

“Na semana passada tive um chamado de emergência, uma parada cardíaca...Quando cheguei a equipe de enfermagem da unidade não havia monitorizado a paciente, não havia um acesso venoso para administrar as drogas, as ações demoravam para acontecer, você solicitava os materiais as pessoas da unidade que se perdiam na sequência...Então a questão do atendimento neste dia não foi de qualidade, não ocorreu uma sequência lógica do atendimento, foi se perdendo, parece que os profissionais da unidade saíram do “trilho”, então classifiquei este atendimento como negativo...” (M19)

A sobrevida dos pacientes em parada cardíaca depende de vários motivos, como a integração do SBV, SAVC, além dos cuidados pós-reanimação. Estudos comprovam que a ausência de sistematização na assistência ao paciente em PCR minimizam as chances de sobrevida desses pacientes pelo atraso no início da RCP e falta de seguimento da cadeia de sobrevivência (TALLO et al., 2012; GONZALEZ et al., 2013a).

Uma desorganização nos atendimentos relacionados às emergências clínicas juntamente com um ambiente tumultuado e estressor refletem a falta da sistematização das ações em RCP dos profissionais, que ficam sujeitos ao cometimento de erros durante a assistência, sendo necessário, portanto, a sua capacitação para uma atuação direcionada pelo *guideline* (KALLESTED et al., 2012; PLAGISOU et al., 2015).

Os profissionais de saúde devem receber capacitações periódicas sobre a sistematização do atendimento de PCR, pois reforça lhes o processo de realização de RCP de maneira organizada, calma e efetiva. Ademais, há a necessidade do provimento de recursos materiais e equipamentos necessários para que o infortúnio do atendimento não seja relacionado a falta de algum desses itens (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Os enfermeiros ao realizarem a assistência ao paciente, durante as 24 horas por dia, nas diversas unidades de internação detectam os eventos de PCR, solicitam o acionamento do TRR e iniciam imediatamente a RCP. Diante deste fato,

os enfermeiros necessitam possuir o raciocínio clínico adequado, as habilidades técnicas e o domínio emocional para vivenciar as situações de emergências, garantindo assim, o sincronismo da equipe multiprofissional (ALVES; BARBOSA; FARIA, 2013; SJOBERG; SCONNING E SALZMANN-ERIKSON, 2015).

Salienta-se, de acordo com os resultados encontrados nesta categoria, que a desorganização no atendimento relacionado à emergência clínica por parte dos profissionais pode levar ao acometimento de falha durante a assistência prestada, sendo necessário portanto a sua capacitação para a atuação em evento de PCR, pautado no *guideline*, adotado nas instituições de saúde.

5.3.5 Percepção da gestão do atendimento de emergência

Nesta categoria foram encontrados 27 (12%) comportamentos positivos e negativos. Foi constatada a necessidade de um líder durante o atendimento, a capacidade de liderança do profissional junto à equipe durante a reanimação, o trabalho, a coordenação e a organização do atendimento, bem como a distribuição das tarefas a cada membro.

A liderança exerce desempenho fundamental nas emergências clínicas nas instituições de saúde, na medida em que promove um ambiente de trabalho interdisciplinar, envolvendo um conjunto de inter-relações importantes para o restabelecimento do quadro clínico do paciente. Para Lima et al. (2017), a liderança na área de saúde pode ser exercida por qualquer profissional e consiste na influência de um grupo por um líder que se sobressai por suas ideias e que busca objetivos comuns.

Pesquisa realizada em Londres avaliou as percepções de liderança de 102 profissionais que integravam as equipes de atendimento de parada cardiorrespiratória. Do total das avaliações 90% concordaram que havia liderança clara em todos os atendimentos (ROBINSON; SHALL; RAKNIT, 2016). As falas a seguir, contextualizam as lideranças positivas, segundo a percepção dos entrevistados:

“Tivemos um atendimento recente, foi no setor de diálise em que uma senhora idosa estava em sessão de hemodiálise, há alguns anos ela realiza o procedimento e neste dia apresentou uma parada. Foi positivo

o atendimento porque ao chegar no setor, percebemos que as pessoas não estavam só esperando o time, elas já tinham tomado as ações que precisavam tomar. A paciente já estava monitorizada, tinham começado o suporte básico de vida e quando chegamos, a médica hospitalista também havia chego junto...O mais interesse é que a médica já foi tomando as rédeas do atendimento, a todo momento ela discutia o protocolo com a gente. Ela falava “pessoal o que nós esquecemos”, “pessoal o que ainda está faltando”, “nós já pensamos nos 5H e nos 5T”, “nós já entramos com determinada droga”, então começamos a fazer uma comunicação fechada. Ficamos mais de 50 minutos realizando a reanimação, mas infelizmente a paciente foi a óbito, porém é uma coisa que fugia das nossas mãos, isso não tem jeito né. E na hora de cessar os esforços a médica dividiu conosco, “olha pessoal estamos com mais de 50 minutos de atendimento e não estamos conseguindo reverter, tentamos de tudo, o que mais podemos fazer”, “equipe todos estão de acordo que devemos cessar os esforços”, e isto é muito importante porque você se sente parte inclusa dentro da equipe, não é só aquela pessoa que está ali para medicar, para comprimir o tórax, não! Você é um membro da equipe e isso foi muito positivo e fez um grande diferencial no atendimento.” (E3)

“Olha positivo tem várias situações, vários atendimentos deram certo, tudo depende de como a gente chega, como a gente aborda e lidera a equipe. Lembro-me de um atendimento recente que fomos acionados e quando cheguei no quarto a equipe de enfermagem havia começado as compressões, o carrinho estava por perto e até a adrenalina já estava aspirada na seringa. Então cheguei e comecei a liderar “você fica na medicação”, “você marca o tempo”, “vocês ficam revezando a massagem”, aí nesse tempo foi chegando mais gente para ajudar em outras ações e isso tudo torna o atendimento mais ágil. As pessoas sabiam o que tinha que fazer naquele momento e o paciente até chegou a retornar a circulação, então a equipe precisa estar bem liderada, se tudo está ocorrendo bem não precisa ninguém sair no meio do atendimento para buscar alguma medicação, algum material ou

equipamento, é um conjunto de fatores que vão determinar o sucesso do atendimento ao paciente realizado pela equipe...” (M12)

O líder deve ser o profissional que centraliza a comunicação entre os integrantes da equipe e assume o controle da cena, assegurando que as atividades sejam desempenhadas corretamente. A *American Heart Association* (2015) confere ao líder o seu papel na organização das tarefas delegadas aos membros do grupo, com exigência no dinamismo na função durante as execuções das tarefas, aliado a uma comunicação clara e efetiva, no momento do atendimento.

Para Alves, Barbosa e Faria (2013) uma assistência eficaz na reanimação cardiopulmonar demanda que o profissional tenha segurança, conhecimento científico atualizado, agilidade e liderança. Isso irá refletir em um melhor prognóstico após o restabelecimento da circulação espontânea.

De acordo com Gonzalez et al. (2013b), a função do líder deve assegurar que as ações sejam desempenhadas pelos diversos integrantes da equipe, centralizando a comunicação entre os mesmos, com a incorporação de informações, reavaliação do caso e avaliação da atuação de cada profissional, certificando assim a RCP de alta qualidade.

Diversos estudos demonstram que a liderança do profissional é imprescindível para zelar pela qualidade do atendimento no cenário de emergência, aliado a organização do atendimento de PCR por meio do seguimento de protocolos internacionais (TALLO et al., 2012; PLAGISOU et al., 2015; CITOLINO FILHO et al., 2015).

Durante a assistência emergencial em ambiente hospitalar ocorre o encontro de diferentes profissionais que trabalham em equipe para o restabelecimento do quadro clínico dos pacientes. Constatou-se que alguns atendimentos em que a liderança foi exercida de forma insuficiente culminaram em atendimentos negativos, de acordo com as falas dos profissionais a seguir:

“Tive uma situação negativa sim, nós chegamos para atender uma paciente jovem que já tinha um envolvimento emocional muito grande por ser jovem, não se sabia muito bem quais eram as causas que havia levado a uma parada, então foi um estresse muito grande para a equipe...E o que eu vejo de negativo foi que a equipe não conseguiu

lidar com a emoção por ser uma paciente jovem, porque ninguém estava esperando que ela evoluísse tão mal assim. Então o médico do time que estava liderando o atendimento, me pareceu bem inseguro, ele falava uma coisa atrás da outra, “eu quero adrenalina”, “eu quero amiodarona”, “eu quero isso”, “eu quero aquilo”, “vocês já fizeram isso”. Então a equipe desestabilizou nesse momento por uma condição emocional do médico. Então ao ver que o médico estava liderando daquela maneira precisei entrar no ritmo e direcionar melhor as pessoas. Comecei então emitir os comandos às pessoas: “você vai fazer as compressões”, “você faça só as medicações”, “você fica na ventilação e depois reveze nas compressões”, porque as informações eram jogadas no ar e aí você está ali envolvida no atendimento e acaba não sabendo se alguém assimilou a informação. Precisava então dar um direcionamento para os profissionais que estavam envolvidos naquele atendimento e chegar a um ponto de obter a resposta de quem estava na medicação dizendo em voz alta “um miligrama de adrenalina feito!”...O que vi então de negativo foi a falta de uma liderança primária, que precisei puxar para mim e tentar direcionar a equipe. Até você resgatar tudo isso perde-se um tempo muito precioso. Por fim tudo deu certo, mas a gente sai do atendimento estressada, pelo fato de não ter saído da maneira que você gostaria, a gente sempre espera que todos os atendimentos ocorram da melhor forma possível.” (E10)

“...lembro de uma médica do time que já chegou toda afobada para realizar o atendimento de código azul, ela chegou no quarto e coordenava de maneira muito estressante. Fui percebendo que toda a equipe foi ficando desestruturada, foi péssima a situação porque tinha tudo para ser um atendimento perfeito, os profissionais eram experientes e essa profissional conseguiu deixar todos desorientados. Ela chegava até desrespeitar os profissionais durante o atendimento “porque vocês não monitorizaram ainda o paciente”, “porque você saiu do quarto”, “suas compressões não estão sendo efetivas”, então a gente fica péssima e aqui na enfermaria tem mais cinco pacientes conscientes ouvindo tudo. Até para solicitar que os acompanhantes do

quarto saíssem da enfermaria a médica pediu de forma rude. Acho que nós temos que ter controle da cena, porque o atendimento de código azul já é estressante, então a gente deve procurar ter equilíbrio durante o atendimento, a gente tem que ter controle da cena, direcionar as atividades, para assim concluir bem todo o atendimento.” (E22)

Quando a comunicação não é utilizada de forma eficiente no exercício da liderança, a habilidade de escuta também é prejudicada, desestimulando a equipe a compartilhar os conhecimentos e dificultando as mudanças necessárias ao alcance dos objetivos e metas (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 2013), o que parece ter ocorrido no primeiro exemplo negativo (E10) uma vez que o entrevistado, percebendo a dificuldade de liderança do profissional, necessitou tomar a iniciativa de exercê-la para o realinhamento das ações frente a um atendimento de PCR.

Para Silva et al. (2014), a comunicação entre líder e liderados deve ser intensa e dialógica e favorecer a tomada de decisão coletiva, de modo a manter a equipe motivada, a medida em que assume a corresponsabilidade para o alcance dos resultados.

De acordo com o segundo exemplo (E22) o entrevistado pontuou que o profissional que estava na liderança do atendimento agiu com desrespeito aos membros da equipe. De acordo com Silva e Camelo (2013) o líder da equipe deve delegar as tarefas com clareza e encorajar o desenvolvimento de um ambiente de compartilhamento de informações. As melhores equipes são compostas de membros que se respeitam e que trabalham juntos, com apoio mútuo, para um melhor desempenho profissional.

Para ser um bom líder é necessário possuir algumas características como visão, competência, habilidade de comunicação e tomada de decisão, planejamento, capacidade de resolução de problemas, estabilidade emocional e bom relacionamento com os liderados (STEWART, 2012). Doody e Doody (2012) ainda acrescentam que o líder necessita melhorar sua expressão, utilizando palavras de agradecimentos e promovendo o desenvolvimento profissional para motivar seus liderados em qualquer área.

Destarte, a comunicação é um aspecto fundamental na liderança e gestão, possibilitando uma relação horizontal e dialógica que se distingue pela exposição aberta das ideias. É por meio da comunicação que os líderes trazem a clareza de uma

situação, o que eles estão pensando e o porquê (ELLIS; ABBOTT, 2013).

Diante da contextualização trazida nessa categoria, constata-se mais uma vez a importância da gestão do atendimento de emergência como estratégia para se garantir a assistência qualificada, bem como a prevenção e a resolução de conflitos que emergem a partir do cotidiano de trabalho.

5.3.6 Recursos materiais

Esta categoria abrangeu os 23 (10%) comportamentos relacionados ao provimento adequado de materiais e equipamentos durante a RCP, tanto positivos, como negativos. Como falas positivas, são exemplificadas a seguir:

“Quando chegamos para o atendimento de código azul no setor de imagem, o paciente havia parado na realização da endoscopia. Os dois médicos que sempre realizam estes exames, em conjunto com a equipe de enfermagem do setor, já estavam realizando a reanimação, então como a cena estava controlada ficamos mais para dar um suporte aos profissionais...Quando saímos para os atendimentos em qualquer unidade, sempre levamos nossa mochila de emergência contendo nossos materiais. Na mochila temos os medicamentos sedativos, as lâminas e os laringoscópios, eletrodos, oxímetro de pulso portátil, seringas, agulhas e cateteres e assim não perdemos tempo durante o atendimento...” (E5)

A categoria profissional de enfermagem mantém-se 24 horas junto ao paciente hospitalizado, identificando na maioria das vezes os eventos de PCR, com acionamento da equipe especializada, o início imediato das intervenções de RCP e a aproximação do carrinho de emergência contendo materiais e equipamentos essenciais para o atendimento (PEREIRA et al., 2015).

As emergências clínicas ocorridas nas instituições de saúde exigem além do conhecimento teórico e prático, de pessoas capacitadas, de materiais e equipamentos adequados para prover uma assistência segura e de qualidade, com vista ao restabelecimento do quadro do paciente sem ocasionar-lhe lesões irreversíveis (BEZERRA et al., 2015).

Sobre a segurança do paciente, diversos autores enfatizam a importância da disponibilização de equipamentos e materiais, de modo a garantir as condições de trabalho adequadas, o aumento da segurança e da eficiência da assistência realizada aos pacientes (MELLO; BABOSA, 2013; MINUZZI et al., 2016; SOUZA; CORTEZ; CARMO, 2017).

Quando a provisão de recursos materiais e equipamentos tornam-se insuficientes durante os atendimentos, em código azul, nas unidades de internação não crítica, a assistência realizada fica prejudicada com o comprometimento imediato das atividades de RCP, conforme demonstram os exemplos, a seguir, relatados pelos entrevistados:

“...uma situação negativa foi um atendimento em código azul na unidade de internação, em que precisei de um determinado material e a funcionária teve que sair da enfermaria para buscar porque não estava disponível no carrinho de emergência...Também não continha os eletrodos descartáveis para monitorizar o ritmo cardíaco do paciente e o medicamento que havia solicitado durante a reanimação não estava em número suficiente para administrar a dose de ataque...Isso acaba gerando muita dificuldade na hora da emergência, precisava sempre deslocar um profissional para conseguir algo de que estávamos precisando. Sabemos que precisamos manter todo o recurso material necessário ao alcance, para que não ocorra prejuízo ao paciente durante o atendimento”...(M13)

“Lembro de um caso recente que aconteceu na unidade masculina, a enfermeira nos acionou em virtude de um código azul e ao chegar no quarto o paciente estava monitorizado. Verifiquei pelo monitor que era uma parada em ritmo chocável e na hora de administrar o choque o aparelho não funcionou. Precisaram emprestar um aparelho da unidade ao lado, para que fosse administrado o choque. Para piorar a situação, depois da intubação orotraqueal retornou muito sangue pelo tubo e cavidade oral do paciente, que tinha um quadro de cirrose grave e o aspirador de parede também não funcionou. De novo foi preciso buscar um aparelho de aspiração portátil para evitar que o paciente

evoluísse para uma broncoaspiração...Aqui é um hospital público, então vivenciamos uma infraestrutura muito precária, alguns equipamentos sucateados e quando se depara com um paciente que precisava ser rapidamente desfibrilado e ter o seu tubo aspirado, você se depara em uma situação dramática. Estamos aqui para atender e custa ter um equipamento que funcione! Muitas vezes nós levamos nosso estetoscópio, nosso oxímetro de pulso portátil, então precisa melhorar a infraestrutura, não só para o time, mas para todo o hospital...” (M18)

Constatou-se pelas falas anteriores que a morosidade da disponibilização imediata de recurso material e tecnológico para os atendimentos em código azul, acarreta em prejuízo da qualidade da assistência prestada aos pacientes.

De acordo com Palhares et al. (2014), compete aos profissionais de enfermagem o abastecimento de materiais e equipamentos utilizados durante o atendimento da vítima de PCR, tais como monitor cardíaco, cardioversor, carrinho de emergência, fármacos, dentre outros; a deficiência desses prejudica o comprometimento dos atendimentos realizados.

Pesquisa desenvolvida com os enfermeiros das unidades de internação não crítica que realizam os atendimentos de código azul em conjunto com os profissionais do TRR em um hospital universitário público demonstrou insatisfação devido a escassez de recursos materiais para o atendimento do paciente que se tornava grave nos setores (DIAS; GRION; MARTINS, 2015).

A deficiência de materiais impacta no trabalho dos profissionais de saúde e demanda na obrigação de procurá-los, o que gera perda de tempo que poderia ser atribuído ao cuidado do paciente grave, tal fato ocasiona sentimentos de cansaço e irritabilidade nos profissionais (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012). Isso se torna agravante nos atendimentos realizados em código azul, visto que, não pode ocorrer a interrupção durante o atendimento.

Em estudo realizado em um hospital escola na cidade de São Paulo, os participantes da pesquisa afirmaram que a escassez de materiais, problemas com equipamento e o desconhecimento dos itens que compõem o carrinho de emergência, frente aos atendimentos de código azul, prejudicam a qualidade da RCP prestada aos pacientes nos setores de internação (CITOLINO FILHO et al.,

2015).

Complementa pesquisa realizada com profissionais de um hospital público na cidade do Rio de Janeiro, em que a infraestrutura inadequada, a indisponibilidade de materiais e equipamentos, aliada a escassez de trabalhadores de enfermagem, principalmente no horário noturno, foram os maiores dificultadores durante os eventos de RCP (SÁ et al., 2012).

Para Almeida e Silva (2016), a insuficiência ou inexistência de material ou equipamento não deve postergar ou interromper o atendimento à PCR, uma vez que o fator tempo é crucial para o restabelecimento da circulação e ventilação espontâneas, que são determinantes para o sucesso no atendimento. Portanto, o suprimento de materiais e equipamentos deve ser indispensável em qualquer unidade hospitalar, necessitando estarem disponíveis em quantidades suficientes a qualquer momento, contemplando assim, uma rotina de reposição e manutenção.

Depreende-se, então, que o gerenciamento dos recursos materiais e equipamentos tornam-se essenciais nas organizações de saúde, pois interferem no produto final ou atividade fim que é a assistência aos pacientes, por meio de ações que não podem sofrer interrupções. Logo, o provimento imediato desses recursos é imprescindível para favorecer um atendimento seguro e eficaz, principalmente em atendimentos de urgência e emergência.

5.3.7 Capacitação permanente da equipe

Dessa categoria emergiram 21 (9%) comportamentos positivos e negativos sobre as capacitações permanentes como ferramenta de sedimentar os conhecimentos e habilidades que transitam durante todo o processo de atendimento ao código azul. Verificamos a seguir os exemplos positivos nesta categoria:

“Eu creio que um atendimento positivo recente, foi ao paciente submetido a uma broncoscopia, que acabou evoluindo para uma PCR em ritmo de fibrilação ventricular, as coisas estavam muito claras, nós tínhamos acabado de realizar o curso do Suporte Avançado de Vida em Cardiologia, para re-certificação. Então durante esse atendimento nós estávamos bem afinados, foi muito bacana, o atendimento foi muito tranquilo e conseguimos reverter o quadro e o paciente foi

encaminhado à UTI. Aqui no hospital a equipe é bem capacitada, todos são especializados, sabem o que estão fazendo, colaborando assim para realização do atendimento com excelência ao paciente...” (E6)

“Um caso recente foi no setor onde fomos atender um código azul...O atendimento foi bem ágil, coordenado, com eficiência da resposta e a interação de todos os envolvidos, pois cada profissional sabia exatamente o que deveria ser feito, não aconteceu “atropelos”...As capacitações que recebemos na instituição proporcionam toda a segurança necessária para nossas entradas em situações de emergências e o resultado é a maior eficiência dos atendimentos em qualquer situação, a gente consegue atender qualquer tipo de intercorrência.” (F12)

A cada cinco anos, a Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação, realiza atualização das diretrizes para o atendimento cardiovascular de emergência, com base nos trabalhos publicados na área, apoiados em evidências científicas, na tentativa de melhorar os índices de sobrevida das pessoas acometidas por esse evento. Uma RCP bem-sucedida tem como propósito a conservação da vida, a redução do sofrimento e a recuperação da saúde do indivíduo (GONZALEZ et al., 2013b; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

As diretrizes da *American Heart Association* (2015) recomendam que as instituições facilitem o acesso dos trabalhadores da saúde aos programas de capacitação acerca da RCP em SBV e SAVC. Essa iniciativa pode influenciar, diretamente, na eficácia e na eficiência dos atendimentos em PCR, com melhora na retenção das habilidades e redução das barreiras de falhas assistenciais, conforme foi desvelado no primeiro exemplo do entrevistado (E6).

Em estudo realizado na Austrália, foram aplicados 96 questionários aos profissionais de saúde que participaram da capacitação sobre TRR; como resultados observou-se que 79% concordaram que o programa de capacitação proporcionou aprendizado de conteúdos novos, com aumento da sua confiança e competência para a realização de chamadas futuras para o TRR (CHALWIN et al., 2016).

Os dois relatos a seguir (E7 e M3) evidenciaram o despreparo durante os atendimentos por profissionais das unidades de internação, como fatores negativos,

para a garantia da assistência de qualidade ao paciente vítima de PCR e reforçam a necessidade de capacitação permanente dos profissionais envolvidos:

“No atendimento que fui realizar em um determinado setor, as pessoas não estavam preparadas para o atendimento de código azul, por se tratar de um setor que tem poucos eventos de emergência ao ano, eles trabalham mais com cirurgias estéticas. Mas penso que todos os profissionais deveriam possuir um mínimo de treinamento sobre emergência. Nós que atuamos no TRR recebemos capacitações periódicas e acho que eles deveriam receber também, algo mais prático, sinto que é mais neste setor...Quando chegamos nesse atendimento específico, as pessoas não sabiam como começar o atendimento, elas não sabiam nem conectar a bolsa-válvula-máscara na conexão da rede de oxigênio e não levaram o carrinho de emergência para dentro do quarto. Como temos apenas três minutos para chegar à unidade, os profissionais deveriam se atentar para ir monitorizando o paciente, trazer o carrinho de emergência, pegar um acesso venoso calibroso, retirar o acompanhante do quarto, mas as pessoas ficam muito perdidas e essa capacitação iria melhorar os resultados do atendimento nesse setor...” (E7)

“O atendimento negativo foi no setor de diagnóstico em que fomos atender o paciente em código azul e nós sabemos que a chance de ocorrer uma PCR é bem menor neste setor comparado com o restante do hospital...Então percebi que os profissionais nessa unidade não tinham o domínio do atendimento emergencial, eles deveriam ter capacitações em PCR, porque sentimos que os profissionais estavam inseguros e não sabiam quais os passos deveriam seguir...Eu solicitava para o profissional da unidade fazer determinada ação e ele não correspondia, ficava com dúvida...O paciente retornou da PCR, mas a dinâmica do atendimento ficou prejudicada.” (M3)

Dois estudos apontam dados preocupantes quanto a questão do atendimento ao paciente em PCR devido ao conhecimento teórico desatualizado ou

insuficiente sobre a RCP (PALHARES et al., 2014; DI CREDO; BOOSTEL; FELIX, 2015). Embora muitos fatores estejam associados à competência, como a própria experiência profissional, não oferecem embasamento teórico e subsídios suficientes para suprir esta lacuna, sendo que o fator crítico para a RCP pauta-se na deficiência de instruções no atendimento (NORI et al., 2012; GONZALEZ et al., 2013b).

Pesquisa realizada em um hospital da Inglaterra com 100 profissionais que realizaram atendimentos em parada cardiorrespiratória concluiu que 72% dos participantes nunca participaram de capacitações em PCR na instituição, 95% acreditavam que os treinamentos beneficiariam o desempenho da equipe e 88% apontaram que estas ações melhorariam a segurança do paciente hospitalizado (KHPAL; MATTHEWMAN, 2016).

Estudo realizado por Veiga et al. (2013) em um hospital de alta complexidade em São Paulo contabilizou a participação de 1.600 auxiliares e técnicos de enfermagem, 320 enfermeiros e 147 fisioterapeutas e obteve como resultados, por meio da aplicação de um pré-teste, a deficiência no conhecimento da equipe multiprofissional diante das situações de PCR.

Frente aos resultados obtidos houve a necessidade, de acordo com os autores, em realizar um programa de capacitação aos profissionais que não atingiram a nota estabelecida no pré-teste, com a abordagem dos seguintes tópicos: acionamento do TRR; fármacos utilizados no atendimento da PCR e técnica de compressão e ventilação. A realização da capacitação foi fundamental para propiciar a melhoria da assistência, com possibilidade do potencial de redução da mortalidade hospitalar. O TRR, além de atuar no atendimento das situações de emergência, pode ter um caráter educativo, com participação ativa do processo de capacitação permanente de equipes multiprofissionais (VEIGA et al., 2013).

As capacitações em equipe para o atendimento de PCR minimizam erros e são altamente recomendadas (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015). Pesquisas evidenciam que após seis meses da capacitação realizada o conteúdo assimilado pode ser esquecido, caso não praticado, dessa maneira, os profissionais dos setores que vivenciam atendimentos constantes de PCR (pronto-socorro, UTI, TRR, entre outras), devem realizar capacitações periódicas para o domínio das habilidades técnicas e cognitivas necessárias (GONZALEZ et al., 2013b).

A educação permanente contribui positivamente na adesão do conhecimento, habilidade e atitude da equipe multiprofissional, portanto se faz

necessário capacitar os profissionais do TRR e dos setores, antes da implantação do serviço de resposta rápida (CALZAVACCA et al., 2010).

Complementa-se que o conhecimento e as tecnologias proliferam atualmente em uma velocidade exponencial, com exigência de novas formas de transferência de saberes e uma postura proativa de docentes e acadêmicos. Pesquisas vêm sendo realizadas no intuito de melhorar o ensino e o aprendizado dos profissionais de saúde, com o uso de simuladores, vídeos e jogos (MARTINS et al., 2012).

Destaca-se a simulação como metodologia ativa no ensino em saúde dentro da perspectiva interdisciplinar. Nesse cenário, a simulação clínica apresenta-se como proposta de promover a aprendizagem experiencial, a reflexão crítica, centrada no aluno e com apoio de um professor em ambiente seguro. Para utilizar o ensino baseado na simulação pode-se empregar o uso do simulador de paciente (boneco), paciente simulado (pessoa no lugar de paciente), estratégias virtuais de aprendizado, bem como agregar vários tipos de ferramentas (OLIVEIRA; PRADO; KEMPFER, 2014).

Um estudo sueco que utilizou programas com *avatares* como método para pré-formação ou treinamento repetitivo em habilidades para RCP identificou melhor qualificação e conhecimento dos estudantes de medicina, comparado à forma tradicional de ensino (CREUTZFELDT; HEDMAN; FELLANDER-TSAI, 2012).

No Brasil, pesquisa realizada por Silva et al. (2016) teve como objetivo desenvolver um ambiente virtual de aprendizado em atendimento à PCR a profissionais de enfermagem e condutores de veículos de emergência e concluiu que após a validação por diversos especialistas da área de urgência e emergência, a ferramenta foi útil e adequada para capacitação do público-alvo, contribuindo assim, com as atividades de metodologias ativas de aprendizado nesta temática.

Observa-se, então, a necessidade de aprimoramento e atualização constante dos profissionais de saúde em situações de urgências e emergências, a fim de prestar o cuidado à saúde de forma segura e benéfica ao paciente, com condutas terapêuticas efetivas para seu pronto restabelecimento da saúde.

5.4 Identificação e análise das consequências

A análise dos comportamentos identificados gerou um conjunto de 130 consequências que se referem aos resultados apresentados decorrentes dos atendimentos realizados pelas equipes multiprofissionais.

As 130 consequências foram agrupadas, por similaridades de conteúdos, em cinco grandes categorias, conforme resultados demonstrados na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das categorias de consequências, extraídas dos incidentes críticos, segundo referência positiva ou negativa, relacionadas aos atendimentos realizados pelas equipes multiprofissionais de um hospital público e um hospital filantrópico. Londrina-PR, São Paulo-SP, 2017.

Categorias dos Incidentes Críticos (Consequências)	Positiva		Negativa		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sentimento e emoção gerados pelo atendimento multiprofissional	32	36	27	67	59	45
Restabelecimento das funções vitais do paciente	30	33	0	0	30	23
Admissão de paciente em leito de UTI	24	27	3	7	27	21
Óbito	0	0	10	25	10	8
Identificando resultado a partir da conduta tomada pela equipe	4	4	0	0	4	3
TOTAL	90	100	40	100	130	100

Passamos a descrever as cinco categorias que contabilizaram 130 consequências, sendo 90 (69%) consequências positivas e 40 (31%) negativas, na percepção dos entrevistados.

5.4.1 Sentimento e emoção gerados pelo atendimento multiprofissional

Esta categoria de incidentes críticos abrangeu 59 (45%) consequências relacionadas ao sentimento e emoção gerados pelo atendimento de emergência.

A atuação da equipe multiprofissional durante a RCP é essencial no atendimento de PCR, pois exige organização dos profissionais, equilíbrio emocional, domínio técnico-científico e correta distribuição das funções nas diversas condutas. Os exemplos, a seguir, demonstram a atuação dos profissionais que desvelaram sentimentos positivos gerados pelo atendimento em equipe:

“... foi uma PCR de um paciente na unidade masculina, foi bem tranquilo porque seguimos toda a dinâmica do protocolo do Suporte Avançado de Vida em Cardiologia, então já começamos as compressões torácicas, as ventilações, as medicações e nós sabemos que nesses atendimentos cada profissional tem a sua função definida e isso acaba gerando um menor estresse para todos...Eu me sinto bem mais segura para prestar essa assistência, a família também logo percebeu que em decorrência da piora do quadro do paciente já tinha chego uma equipe para atendê-lo...O resultado foi um atendimento em harmonia, sem estresse e que proporciona segurança aos profissionais e pacientes.” (F16)

“Teve um caso que fomos acionados na unidade semi-intensiva para o atendimento de parada cardíaca e chegamos bem rápido...Foi bem difícil para o médico intubar a paciente e logo foi solicitado para que buscassem a maleta de intubação de vias aéreas difícil, então está intercorrência me marcou, porque ou você sabe, ou você não sabe, na hora de agir rápido em uma situação de emergência. Talvez se fosse com uma equipe menos experiente o médico iria tentar várias vezes a intubação e talvez sem sucesso. E quando você atende com uma equipe experiente torna-se um atendimento mais objetivo, fica a sensação de satisfação no trabalho, em atender bem o paciente da melhor maneira possível, sentimento de dever cumprido, você

amadurece como profissional e percebe seus pontos fracos e fortes.”
(F17)

“Estou no time desde o início em 2009, então já atendi muitos códigos e o que me marcou positivamente foi um atendimento em código azul em que vi o enfermeiro do setor ao lado do paciente o tempo todo, então a equipe não desaparece, pelo contrário, os profissionais das outras enfermarias vieram ajudar...Todo esse atendimento em equipe dá uma sensação de missão cumprida, alguns a gente tem sucesso no retorno da circulação espontânea, outros não, porque são pacientes muito graves...O positivo foi todo o envolvimento da equipe, ninguém “se trombando”, as pessoas cooperando e o atendimento ocorrendo de forma assertiva, é raro um caso que destoe disso, percebe-se que todas as pessoas dão o seu melhor ali, mesmo não sendo situações que acontecem todo dia de PCR, como em uma UTI. Reconheço que ao longo dos anos de atuação no TRR, as equipes de enfermagem das unidades de internação estão mais atentas quando percebem a piora clínica do paciente e isso traz resultados significativos aos pacientes.”
(M10)

Verificam-se nas falas anteriores as pontuações que levarão aos sentimentos e emoções positivas durante ou após a reanimação cardiopulmonar, tais como harmonia no atendimento, organização, assertividade do trabalho, agilidade, cooperação, menor nível de estresse, sentimento de dever ou missão cumprida, segurança e amadurecimento profissional.

De acordo com a primeira fala positiva (F16), a entrevistada sentiu-se segura durante o atendimento, com diminuição da carga de estresse e a percepção positiva da família acerca da atuação da equipe para reverter o quadro clínico do paciente.

Caram et al. (2016) apontam que os profissionais que constituem as equipes multiprofissionais que exercem atividades de urgência e emergência, sentem-se realizados quando percebem que seu trabalho permitiu ajudar o outro. A interação da equipe favorece o envolvimento, o comprometimento, tornando o trabalho mais gratificante e com elevação da autoestima. Possibilita também o

trabalho de forma harmônica e sem repercussões negativas, tendo como consequência a qualidade do atendimento prestado, que fica visível tanto pelos profissionais de saúde, como para os pacientes e seus familiares.

Estudo realizado em um hospital de alta complexidade em São Paulo que objetivou verificar a satisfação profissional de trabalhadores em saúde constatou que a realização da assistência adequada culminava em responsabilidade, qualidade e prazer. Observou-se também que a assistência prestada aos pacientes desencadeava o significado de satisfação pela sua recuperação, a melhoria do relacionamento interpessoal (entre equipe de enfermagem e multiprofissional, pacientes e familiares) associada à relação harmoniosa, com interação e cooperação entre os pares. Por fim, o significado de satisfação no trabalho inclui o sentimento de realização pessoal/profissional e a sensação de dever cumprido (SOMENSEA; DURAN, 2014).

Pesquisa qualitativa desenvolvida em um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro, com 17 profissionais de enfermagem de uma unidade de internação clínica, teve como objetivo identificar os fatores facilitadores e dificultadores enfrentados pelos trabalhadores na atuação em RCP. Como resultados obteve-se que o prazer na atividade deu-se pela melhora do cliente, pela sensação de dever cumprido e pelo sentimento de superação em virtude das dificuldades encontradas. Ficou evidenciado que, diante das dificuldades, os trabalhadores sentiam angústia, irritabilidade, nervosismo, ansiedade, entre outros sentimentos negativos e prejudiciais para a sua saúde (SÁ et al., 2012).

Já estudo realizado com 22 enfermeiros que acionam o TRR nas unidades de internação concluiu que o atendimento realizado pela equipe multiprofissional foi pautado por um adequado relacionamento interpessoal frente aos cuidados realizados aos pacientes (DIAS; GRION; MARTINS, 2015).

Diante do exposto, depreende-se que o trabalho desenvolvido no contexto de urgência e emergência requer que os profissionais aprimorem suas habilidades técnicas e cognitivas no sentido de se defrontarem com os imprevistos durante a realização dos diversos atendimentos, demonstrando segurança e agilidade na prática diária do trabalho (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012).

A PCR representa uma grave emergência clínica com a qual os profissionais de saúde lidam, constantemente, com os resultados da reversão do quadro clínico ou óbito do paciente em ambiente hospitalar. Contudo, esta vivência

cotidiana com atividades laborais que se traduzem em tensão por eventos de emergências clínicas pode repercutir, negativamente, nos atendimentos, conforme são evidenciados nos exemplos a seguir:

“... foi negativo porque o médico chegou afobado na parada cardíaca e isso acabou estressando a equipe toda também, então nesse momento alguém deve encontrar um ponto de equilíbrio, porque isso interfere muito no rendimento de qualquer pessoa, nós somos assim, o ser humano é assim, então esse atendimento foi muito estressante para todos, teve um desgaste muito ruim...” (E21)

“Olha foi meu primeiro código azul e lembro até hoje... A funcionária me chamou para constatar uma PCR e então já acionamos o TRR. Para minha surpresa vieram duas médicas, uma que estava no time e a outra que era plantonista da UTI, que justificou ter vindo para ajudar na reanimação e o atendimento foi muito ruim...A médica do time que estava liderando, mas a outra começou a criticar tudo que estava sendo feito, ela criticou até a médica do time...Então esse atendimento me deixou traumatizada, porque parece que tudo que você sabe acaba esquecendo na hora. Uma pessoa que começa a gritar e deixar todos nervosos, torna o atendimento decadente, porque nunca tinha vivenciado uma médica que nem no time estava escalada, alegando que estava ali para ajudar e na verdade acabou atrapalhando tudo...” (E23)

Reconhece-se que a PCR/RCP configura-se em situação estressante, mesmo por aqueles acostumados a prestarem atendimento aos pacientes críticos. O estresse no atendimento foi desvelado nos dois exemplos (E21 e E23) citados anteriormente.

Os profissionais de saúde que exercem suas atividades em áreas de urgência e emergência são acometidos por desgaste físico, emocional e estresse. Diariamente estão expostos a situações que exigem condutas tão rápidas que, em alguns momentos, demandam ações simultâneas. Portanto, necessitam de conhecimento, autocontrole e eficiência ao prestarem assistência ao paciente, a fim

de não cometerem falhas assistenciais (BEZERRA; SILVA; RAMOS; 2012).

Ainda de acordo com Bezerra, Silva e Ramos (2012) a complexidade dos atendimentos de urgência e emergência devido à gravidade da clientela crescente nos serviços de saúde e à constante imprevisibilidade dos acontecimentos faz com que o ambiente seja permeado de instabilidade, problemas de relações interpessoais e falha de comunicação que podem levar ao desenvolvimento de agravos à saúde psicossocial dos trabalhadores da saúde.

Os agentes estressores devem ser trabalhados a partir do significado que representam para os profissionais, e devem ser combatidos para superar aquilo que ocasionou o estresse, redirecionando o significado referido às dificuldades, com a finalidade de preservar íntegro o estado psicológico, físico e social do trabalhador. Portanto, esses estressores necessitam ser detectados, para que providências sejam tomadas, com o intuito de reduzir o adoecimento e possibilitar o bem-estar, a qualidade de vida do profissional e o incentivo ao trabalho, contribuindo assim com a melhoria da assistência prestada ao paciente (DOLAN; STRODL; HAMERNIK, 2012; KATO, 2014).

Estudo realizado em um hospital de alta complexidade, especializado em cardiopneumologia, identificou que o estresse pessoal gerado em decorrência dos atendimentos às vítimas de PCR na unidade de internação gerou interferência na qualidade da RCP, na visão dos entrevistados. A tentativa do autocontrole do estresse durante o atendimento de emergência, aliado ao sincronismo e harmonia de toda a equipe são condições primordiais para a obtenção do atendimento qualificado no âmbito hospitalar (CITONILLO FILHO, 2015).

Mehta et al. (2013) elaboraram um programa de simulações de atendimentos multiprofissionais dos TRR no Reino Unido, para intervenções em situações de via aérea difícil nos manequins e concluíram que após o programa de capacitação os profissionais adquiriram melhor conhecimento clínico frente ao cenário, entenderam a importância do trabalho em equipe, bem como obtiveram uma compreensão mútua e respeito entre os membros relacionados da equipe médica e não médica, independentemente da posição hierárquica.

Destarte, a direção deve estar atenta ao reconhecimento precoce das fragilidades profissionais e emocionais que acarretam a dinâmica de trabalho de seus integrantes, contribuindo assim com atividades de escuta, programas educacionais e momentos para discussões dos obstáculos relacionados ao trabalho,

com a finalidade de impedir o adoecimento e promover a qualidade no trabalho (RIBEIRO et al., 2015).

5.4.2 Restabelecimento das funções vitais do paciente

Esta categoria obteve todas as 30 (33%) consequências com relatos positivos em virtude do restabelecimento das funções vitais dos pacientes nas unidades de internação não críticas, após o atendimento de RCP realizado pelas equipes multiprofissionais, conforme demonstram os exemplos abaixo:

“...o atendimento da parada cardíaca foi realizado e após alguns ciclos o paciente retornou em ritmo sinusal...” (F19)

“...já conseguimos identificar o ritmo de parada, já foram feitas as medicações, os ciclos foram realizados corretamente e o paciente retornou a circulação muito rápido...” (M13)

“...então considerei o atendimento ágil e os profissionais sabiam o que tinham que se feito naquele momento e o paciente retornou a circulação...” (E15)

“...percebo que nas unidades as equipes estão bem entrosadas e treinadas para o atendimento do código azul e isso resultou em retorno da parada cardíaca...” (M8)

Verificou-se por meio das falas dos profissionais que o restabelecimento das funções vitais nos pacientes em PCR/RCP mostrou ser um momento esperado pelas equipes multiprofissionais dentro do contexto crítico, pois evidencia o sucesso das manobras de RCP e o retorno à vida.

A qualidade e o sucesso das manobras de RCP estão intimamente relacionados às padronizações das ações do atendimento frente aos protocolos internacionais, capacitação recorrente da equipe, o tempo de ativação do TRR, o início da RCP pelos profissionais em relação ao tempo de PCR, o recurso material e humano, a qualidade das compressões torácicas e ventilação, o uso de

medicamentos, a desfibrilação precoce e os cuidados pós-PCR (TALLO et al., 2012; KALLESTEDT, 2012; ABDULLAH, 2014; GONZALEZ et al., 2013b; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015; KLEINMAN, et al., 2015; SJOBERG; SCHONNING; SALZMANN-ERIKSON, 2015; WALSTON et al., 2016).

Portanto, o restabelecimento dos sinais vitais no paciente após a realização da reanimação cardiopulmonar demonstra ser um evento muito satisfatório, tanto para as equipes multiprofissionais, como aos familiares dos pacientes.

5.4.3 Admissão do paciente em leito de UTI

Esta categoria obteve-se 27 (21%) consequências positivas e negativas. A categoria de admissão do paciente em leito de UTI ocorreu, em sua maioria, com exemplos de relatos positivos, conforme demonstrados nos exemplos a seguir:

“... fomos chamados no andar onde o paciente estava inconsciente, em PCR...Assumimos o atendimento que já havia sido iniciado pela equipe do setor, foi um atendimento muito rápido que teve uma resposta muito boa, a equipe do andar estava bem treinada e logo conseguimos transferir o paciente à UTI...” (E16).

“... depois de cinco minutos de reanimação o paciente retornou em ritmo sinusal, o médico solicitou um pouco de volume e depois de estabilizada já a transferimos à UTI...” (E18)

“... após a paciente retornar da PCR, pensei em encaminhá-la para tomografia por suspeita de tromboembolismo, mas achei melhor pedir um exame de ecocardiografia beira leito, que por sinal chegou bem rápido e tinha um trombo enorme, em pouco mais de quinze minutos depois do exame já encaminhamos a paciente à UTI, com diagnóstico estabelecido e em menos de uma hora da PCR a paciente já estava recebendo terapia trombolítica dentro da UTI...” (M15)

Conforme os relatos positivos de admissão dos entrevistados (E16, E18 e M15) após os atendimentos de PCR, os pacientes necessitaram de suporte avançado e assistência de uma equipe multiprofissional especializada, para restabelecer suas funções vitais de forma eficiente em um ambiente de cuidados intensivos.

A UTI caracteriza-se como a dependência hospitalar destinada ao cuidado do paciente grave, potencialmente recuperável, que requeira assistência contínua de equipe de saúde multiprofissional, equipamentos capazes de manter uma monitorização e acompanhamento dos pacientes nas 24 horas e demais recursos especializados (MELO et al., 2012).

Diversas pesquisas foram realizadas para avaliar os desfechos dos atendimentos realizados por TRR. Estudo realizado na Dinamarca avaliou os resultados de 253 chamadas ao TRR, sendo 32% com indicação de transferência à UTI, 53% para permanecerem nas enfermarias e 3,5 % com evolução ao óbito (SORENSEN; PETERSEN, 2015). Já a pesquisa realizada na Austrália avaliou 2285 internações que desencadearam 132 acionamentos ao TRR. Após os atendimentos realizados 49,6% necessitaram transferência à UTI e 28% pacientes evoluíram ao óbito (VISSER et al., 2014).

Estudo multicêntrico internacional avaliou os desfechos clínicos de 1188 ativações do TRR, sendo que a mortalidade em 24 horas após o atendimento ocorreu em 10,1% (120), a transferência à UTI e à sala de cirurgia ocorreu em 24% (284) e 3% (40), respectivamente (BANNARD-SMITH et al., 2016).

Outro estudo realizado no Sul do Brasil avaliou 1024 pacientes atendidos em código amarelo e azul pelo TRR, em cinco anos de implantação do serviço em um hospital universitário público. Do total de pacientes, 27% foram transferidos à UTI após a realização do atendimento em código amarelo e 5,4% foram admitidos na UTI após o atendimento do código azul (MEZZARROBA et al., 2016).

Destaca-se que os relatos positivos descritos nessa categoria foram ocorridos, na totalidade, em instituição filantrópica. Já os negativos, relacionados à não admissão imediata em leito de UTI, foram relatados por profissionais que trabalham em instituição pública, conforme o exemplo a seguir:

“Depois de ser acionado para atender o código azul e chegar à unidade de internação a tempo, conseguimos realizar todas as manobras de

reanimação padronizadas e revertermos a PCR...Mas depois do atendimento o paciente ficou aguardando por muitos dias uma transferência à UTI...A gente sabe que um hospital público de referência para a região tem uma carência de leitos de retaguarda de UTI, então o paciente acabou sendo prejudicado por não ter os benefícios dos cuidados praticados em ambiente de terapia intensiva.”
(M18)

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (2014), ainda existem deficiências em toda a Rede de Atenção às Urgências no Brasil, o que reflete diretamente no componente hospitalar, gerando crises permanentes cujas causas são multifatoriais, das quais se destacam a dificuldade de acesso do paciente ao atendimento primário; a falta de estrutura hospitalar no interior dos estados; o comprometimento da escala de profissionais e a falta de leito de retaguarda e de UTI.

A Resolução do CFM nº 2.077/14, dispõe sobre a normatização do funcionamento dos hospitais na rede de urgência e emergência, com vista a melhoraria das condições de acesso dos pacientes, tais como a implantação de hospitais de referência regionais; a adequação das equipes de saúde dos hospitais de urgência e emergência às necessidades da demanda; a adequação da estrutura física; as campanhas de prevenção para a epidemia do trauma; a abertura imediata de novos leitos de UTI possibilitando o acesso dos pacientes que se encontram intubados externos aos leitos de UTI e o aumento da chance de sobrevivência, comprometida no cenário atual (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

A universalização dos serviços de saúde desencadeada pelo SUS tem se mostrado deficiente quanto às ações de racionalização de recursos e de inclusão de toda a população de forma equânime na atenção pública à saúde, principalmente nas atividades de alta complexidade, as quais demandam alto custo, como as internações em leitos de UTI. Quando a demanda supera a oferta de serviços, o acesso torna-se limitado, o atendimento aos pacientes é postergado e criam-se longas filas de espera (GOLDWASSER et al., 2016).

Pesquisa realizada em um hospital público no Brasil concluiu que dos 401 pacientes do estudo, 31% foram imediatamente admitidos na UTI e 69% apresentaram atrasos na transferência nesta unidade quando indicado, por

indisponibilidade do leito. Os pacientes que sofreram atrasos na transferência à UTI apresentaram maior letalidade correlacionados com aqueles admitidos, imediatamente, na unidade de cuidado intensivo (CARDOSO et al., 2011).

Nesse sentido, a insuficiência de leito na UTI, em hospital público, pode comprometer a qualidade e a segurança do atendimento prestado ao paciente, uma vez que, durante o tempo de espera pela vaga, ele permanece em locais quase sempre não especializados que, muitas vezes, não possuem condições de atendê-lo a contento, conforme identificado pelo entrevistado M18.

5.4.4 Óbito

Nesta categoria as 10 (8%) consequências foram negativas, sendo relacionadas aos óbitos dos pacientes após o atendimento das vítimas em RCP, conforme exemplos a seguir:

“... era uma paciente cardiopata, quem detectou a parada foi a enfermeira do setor, ao chegar no local já presenciei a equipe de enfermagem nos primeiros atendimentos...Realizamos todo o protocolo de PCR... Fizemos tudo que estava ao nosso alcance, mas a paciente evoluiu ao óbito.” (M5)

“...fizemos todas as manobras de reanimação, tentamos por quase uma hora e o paciente não respondeu as manobras e foi ao óbito...” (E2).

“...começamos a realizar o atendimento de ressuscitação, a doutora foi bem tranquila na condução das atividades, toda equipe trabalhava bem, a gente ficou uma hora neste atendimento e infelizmente o paciente foi ao óbito...” (F19).

Os depoimentos dos entrevistados M5, E2 e F19 indicaram que as equipes multiprofissionais lidam, constantemente, com a morte durante os atendimentos emergenciais realizados nas unidades de internação não críticas.

O estado clínico do paciente vítima de PCR é considerado grave e

passível de prognóstico indeterminado, o que desencadeia nos profissionais de saúde o repensar da morte como um evento inevitável e de sofrimento, com possibilidade de permear conflitos éticos e emocionais, por parte da equipe, do paciente e seu familiar (SALTBAEK; TVEDEGAARD, 2012).

De acordo com Salimena et al. (2014), a morte é vista como um evento natural, uma consequência da vida e, por isso, precisa ser encarada de forma tranquila e serena, principalmente quando o profissional de saúde tem a percepção de que todos os esforços foram realizados para manter o paciente vivo, apesar de não se ter obtido sucesso. Assim, todo o sentimento de dever cumprido aliado à cessação do sofrimento do paciente e de familiares, culmina num desfecho natural do processo de viver.

A equipe de saúde em sua atividade laboral, lida constantemente com as perdas alheias, sendo, portanto, necessário aprender a superá-las ou desenvolver mecanismos de adaptação, fortalecendo-se como pessoa, para que dessa forma, concilie racionalidade e sensibilidade assegurando a dignidade do paciente e sua família nos momentos de suas perdas (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015).

Concordam Monte et al. (2013), que os profissionais de saúde que exercem suas atividades em situações de urgência e emergência deparam-se, cotidianamente, com pacientes em estado crítico e convivem com o sofrimento e a morte, o que pode gerar desgastes físicos e psíquicos nos trabalhadores.

Apesar dos entrevistados relatarem sentimentos negativos em relação aos óbitos dos pacientes que se tornaram graves nas unidades de internação não críticas, os mesmos conseguiram realizar todas as ações de reanimação antes da tomada de decisão da não continuidade da RCP, por falha nas respostas terapêuticas instituídas aos pacientes.

5.4.5 Identificação do resultado a partir da conduta tomada pela equipe

Esta categoria contabilizou quatro (3%) consequências especificamente positivas dos incidentes críticos e apresenta a oportunidade de revisão e discussão dos atendimentos realizados pelos profissionais das equipes multiprofissionais, conforme ilustram as falas a seguir:

“...depois que terminamos o atendimento, a equipe sentou para

conversar, nós fomos recordando de toda a assistência realizada: “o que você achou?”, “o que faltou no atendimento?” e assim começamos a revisar as nossas ações, sempre no sentido de aprendizado e de melhoria para os próximos atendimentos.” (E17)

“...no final de todo o atendimento lembro que o médico deu um feedback para os profissionais do setor, “olha parabéns, hoje vocês deixaram o carrinho de emergência preparado ao lado do paciente!, “o material todo estava preparado!” e isso valorizou a equipe de enfermagem da unidade...” (E21).

A realização da RCP pode provocar na equipe muito estresse, cansaço e insegurança. Para que toda essa exaustão mental seja reduzida, faz-se necessária a discussão dos casos atendidos, principalmente após qualquer tentativa de RCP sem sucesso. Segundo Wegner et al. (2016) deve haver espaços para que os profissionais de saúde tenham a oportunidade de discutir o que sentem e o que pensam e, também, falar sobre o desempenho no atendimento, sendo esse um momento de aprendizado para a equipe de saúde.

De acordo com a primeira fala (E17), a equipe multiprofissional pode realizar uma reflexão do atendimento realizado, de modo que busque identificar possíveis falhas para evitar reincidências. A equipe de saúde deve promover esses espaços de reflexão da assistência prestada e buscar essa corresponsabilidade entre os seus membros, pois o trabalho interdisciplinar propõe este entendimento.

A questão do atendimento com segurança objetiva uma transformação prática na compreensão do que consiste o trabalho em equipe. Os profissionais de saúde, ao aprimorarem essa ideia de responsabilidade coletiva, avançam em direção a uma cultura de segurança do paciente, com ganhos no relacionamento salutar entre os integrantes da equipe, cooperação, união, respeito e motivação (MELLO; BARBOSA, 2013).

Conforme evidenciado nos dois exemplos anteriormente apresentados torna-se importante a identificação do resultado vivenciado, seja tanto para reconhecer as possíveis falhas relacionadas às atitudes cotidianas nos atendimentos de emergências, no intuito de promover correções de posturas, atitudes e ações, quanto para expressar os relatos positivos aos profissionais, referentes à

assertividade do atendimento realizado em equipe.

5.5 Estabelecimento das exigências críticas nos atendimentos emergenciais realizados por times de respostas rápidas em hospitais

Em consequência da identificação das categorias de comportamentos dos profissionais que atuam em TRR duas instituições hospitalares, sendo uma no estado de São Paulo e a outra no estado do Paraná, foram estabelecidas as exigências críticas nos atendimentos emergenciais, em código azul.

Frente às situações identificadas acerca dos atendimentos realizados por times de respostas rápidas, sugere-se às instituições:

1 - Organizar medidas de educação permanente quanto à:

1.1 - Dinâmica de funcionamento do serviço de resposta rápida (via aferente, via eferente, via administrativa e avaliativa), à medida que profissionais são admitidos nas unidades de internação e/ou nessa equipe.

1.2 - Ênfase nas capacitações de reanimação cardiopulmonar intra-hospitalar, conforme as recomendações das diretrizes internacionais da *American Heart Association* (2015) e procedendo as atualizações aos que já realizaram capacitações em diretrizes anteriores.

1.3 – Ênfase nas capacitações dos profissionais das unidades de internação não críticas, onde ocorre a atuação do time de resposta rápida, para o reconhecimento imediato da deterioração clínica do paciente, durante sua hospitalização.

1.4 - Propor momento de reflexão coletiva (não intimidadora) entre os profissionais da unidade e do TRR, em que cada um possa discutir sobre o atendimento ou os conflitos que ocorrem no ambiente do trabalho, com a finalidade de propor soluções assertivas, contribuindo para melhorar o desempenho técnico-assistencial em

situações de emergências clínicas.

2 - Incentivar o acionamento do time de reposta rápida, por meio dos critérios estabelecidos, para cada código na instituição.

3 - Melhorar a logística de trabalho dos profissionais do time de resposta rápida para a chegada, em tempo padronizado, para a realização do atendimento em código azul.

4 - Dar início as compressões torácicas, seguida da técnica de ventilação de resgate (“C-A-B”, em vez de “A-B-C”), mantendo 30 compressões para duas ventilações (profundidade de cinco centímetros e não superior a seis, no paciente adulto), enquanto não estiver com uma via aérea definitiva. Caso houver via aérea definitiva, considerar 100 a 120 compressões por minuto e 10 ventilações por minuto, conforme estabelecido pela *American Heart Association* (2015).

5 - Realizar as intervenções de reanimação cardiopulmonar em equipe capacitada (profissionais da unidade e do time de resposta rápida) e em número adequado de profissionais para realizar o atendimento.

6 - Considerar a aquisição de Desfibrilador Externo Automático (DEA) para setores onde possa ocorrer a morosidade da chegada do médico, para análise do ritmo e da aplicação do choque pelo dispositivo, se indicado.

7 - Discutir a questão ética, legal e cultural relacionada à prestação de atendimento ao paciente com necessidade de reanimação, guiando-se pela ciência, a preferência do paciente e de seu familiar, bem como pelos requisitos legais e do programa de ação local.

8 - Adquirir, controlar e checar os equipamentos necessários para a realização das manobras de reanimação cardiopulmonar.

9 - Manter uma adequada ambiência durante o atendimento emergencial no quarto/enfermaria, com um número ideal de profissionais e materiais que viabilizem

uma assistência de qualidade e segura ao paciente.

10 - Estimular o aprimoramento profissional do líder do atendimento da reanimação cardiopulmonar, com vistas a assegurar que as ações sejam assimiladas e desempenhadas pelos diferentes integrantes da equipe. O líder durante a RCP necessita agregar diversas informações, reavaliar a condução da terapêutica, alinhar a comunicação entre os profissionais e supervisionar a execução das atividades de cada integrante, com a finalidade de garantir um atendimento de qualidade e seguro ao paciente.

11 - Ampliar a discussão em conjunto com a direção da instituição, para a viabilidade do aumento de número de leitos em UTI, com a finalidade de transferir, imediatamente, o paciente para um ambiente de cuidados intensivos, após o atendimento de emergência.

Enfatiza-se que as discussões coletivas, bem como a implantação de estratégia em educação permanente, com o intuito de conscientizar os profissionais em diversos itens ou dinâmica de trabalho, são fundamentais para que ocorram mudanças de comportamento nas instituições de saúde, cenários desse estudo.

Para atingir o segundo objetivo específico dessa pesquisa, buscou-se verificar as contribuições quanto às sugestões das equipes multiprofissionais das duas instituições de saúde para o serviço de resposta rápida.

Do total de entrevistados, 28 (45%) realizaram 35 sugestões ao serviço de resposta rápida, de acordo com a sua experiência profissional, conforme demonstra a Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição das ocorrências das sugestões dos profissionais ao serviço de resposta rápida da instituição. Londrina-PR, São Paulo-SP, 2017.

	Filantrópico		Público		Total	
	F	%	F	%	F	%
Capacitação de atendimento de emergência aos profissionais das unidades de internação	10	39	5	56	15	43
Profissionais exclusivos no time de resposta rápida	7	27	3	33	10	28
Número adequado de profissionais no quarto durante o atendimento	4	15	0	0	4	11
Registrar as medidas de não reanimação, devido cuidados paliativos	3	11	0	0	3	9
Outras sugestões	2	8	1	11	3	9
TOTAL	26	100	9	100	35	100

Constatou-se que a sugestão que apresentou maior destaque (43%) foi relacionada à capacitação de atendimento de emergência aos profissionais das unidades de internação onde a equipe de resposta rápida atua, seguido da necessidade de manutenção de todos os profissionais de saúde atuando exclusivamente no TRR (28%), o número adequado de profissionais no quarto durante o atendimento emergencial (11%) e a necessidade do registro em prontuário do paciente, com alerta de medida de não reanimação devido cuidados paliativos (9%).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A função primordial do TRR é contribuir com uma assistência segura ao paciente internado na unidade de internação não crítica que evolua com a piora do quadro clínico durante o período de hospitalização. O serviço, quando acionado pelos profissionais das unidades de internação, tem como objetivo realizar o atendimento com intervenções rápidas e eficazes, frente à deterioração clínica súbita e inesperada do paciente e, consequentemente, como forma de evitar que o paciente evolua para um quadro de PCR.

A PCR é uma situação de maior emergência dentre todas as situações atendidas no serviço hospitalar, caracterizada por apresentar elevados índices de mortalidade. Trata-se de uma situação dramática que prescinde de uma equipe capacitada, com objetivo de evitar os possíveis danos, riscos e elevada mortalidade, sendo favorecida pelo processo de trabalho multiprofissional e infraestrutura adequada.

Este estudo teve como contribuição o estabelecimento de exigências críticas no atendimento emergencial, em código azul, realizados por equipes multiprofissionais, denominadas times de respostas rápidas, que atuam em unidade de internação não crítica de um hospital público no interior do Paraná e um hospital filantrópico no estado de São Paulo.

O time de resposta rápida contribui com a segurança do paciente no ambiente hospitalar, uma vez que presta assistência a fim de evitar a ocorrência de EA em pacientes internados em leitos externos a UTI.

Diante da identificação dos incidentes críticos positivos e negativos e da análise das situações, comportamentos e consequências relatadas por enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, foi possível reconhecer as facilidades e dificuldades vivenciadas por esses profissionais durante os atendimentos emergenciais, nas unidades de internação não críticas.

Participaram da pesquisa, 62 profissionais, sendo 19 médicos, 20 fisioterapeutas e 23 enfermeiros. Observou-se o predomínio dos profissionais do sexo feminino e com faixa etária entre 25 a 35 anos. A maioria dos profissionais possuía curso de especialização e com tempo de atuação no time de resposta rápida de um a cinco anos.

As situações (incidentes críticos) foram agrupadas em quatro categorias: Reconhecimento da deterioração clínica do paciente; Acionamento do TRR na unidade; Tempo de chegada do TRR na unidade; e o Desempenho técnico

assistencial inicial dos profissionais da unidade frente ao atendimento de emergência.

O incidente crítico relatado com maior frequência foi Desempenho técnico assistencial inicial dos profissionais da unidade frente ao atendimento de emergência, com 30 relatos (34%). O Tempo de chegada do TRR na unidade ocupa a segunda posição, observado em 24 relatos (27%). A terceira categoria denominada foi o Acionamento do TRR na unidade com 20 (22%) relatos. E, por fim, a categoria denominada Reconhecimento da deterioração clínica do paciente com 15 (17%) relatos.

Dentre as 89 situações anteriormente mencionadas, foram extraídas 220 comportamentos, sendo 130 (60%) referidos pelos entrevistados como positivos e 90 (40%) como negativos.

Sete categorias emergiram dos comportamentos, a saber: Interação da equipe multiprofissional; Dimensão ético-legal no atendimento de emergência; Estrutura física e ambiência para realização do atendimento; Sistematização do atendimento de emergência; Percepção da gestão do atendimento de emergência; Recursos materiais e Capacitação permanente da equipe.

O comportamento com maior frequência foi Sistematização do atendimento de emergência com 73 relatos (34%), seguido de Interação com a equipe multiprofissional, com 60 relatos (28%), Percepção da gestão do atendimento de emergência com 27 (12%), Recursos materiais com 23 relatos (10%), Capacitação permanente da equipe com 21 relatos (9%), Estrutura física e ambiência para realização do atendimento com 9 (4%) e Dimensão ético-legal no atendimento de emergência com 7 relatos (3%).

Neste estudo, observaram-se as 130 consequências, sendo 90 (69%) referências positivas e 40 (31%) negativas. Das consequências emergiram em cinco grandes categorias: Sentimento e emoção gerados pelo atendimento; Restabelecimento das funções vitais do paciente; Admissão do paciente em leito de UTI; Óbito e Identificação do resultado a partir da conduta tomada pela equipe.

A consequência com maior frequência foi Sentimento e emoção gerados pelo atendimento com 59 relatos (45%), seguido de Restabelecimento das funções vitais do paciente com 30 relatos (23%), Admissão do paciente em leito de UTI com 27 relatos (21%), Óbito com 10 (8%), e Identificação do resultado a partir da conduta tomada pela equipe com 4 relatos (3%).

Como principais sugestões ao serviço de resposta rápida, os entrevistados pontuaram a importância da capacitação de atendimento de emergência aos profissionais das unidades de internação (43%), a necessidade de manter os profissionais (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas) atuando exclusivamente no TRR (28%), o número adequado de profissionais no quarto durante o atendimento de emergência (11%) e a importância do registro em prontuário do paciente sobre a decisão de não reanimação frente aos cuidados paliativos (9%).

A partir das situações, comportamentos e consequências identificadas, destacam-se como resultados deste estudo a urgente necessidade da melhoria na via aferente do TRR (reconhecimento da deterioração clínica e acionamento do TRR na unidade); a capacitação dos profissionais das unidades de internação para aprimorar as habilidades técnicas iniciais para o atendimento de emergência até a chegada do TRR; a melhoria da interação dos profissionais e a sistematização do atendimento de emergência.

Verificou-se que as consequências decorrentes dos atendimentos realizados em código azul, pelos profissionais, geraram sentimentos e emoções predominantemente negativas que devem ser reconhecidas, o mais precoce possível, com o intuito de evitar o desgaste físico e emocional da equipe multiprofissional.

Em relação aos destaques positivos, a partir das situações, comportamentos e consequências identificados, ressaltam-se o tempo de chegada do TRR na unidade para realizar o atendimento de emergência, a sistematização do atendimento de RCP realizada pela equipe multiprofissional, o restabelecimento das funções vitais do paciente após o atendimento e a transferência do paciente para um ambiente de cuidados intensivos.

Destaca-se neste estudo a expressiva frequência dos resultados positivos comparados aos negativos extraídos das situações, comportamentos e consequências decorrentes das entrevistas realizadas com os diversos profissionais das duas instituições de saúde.

Infere-se que, mesmo ocorrendo dificuldades enfrentadas por esses profissionais durante os atendimentos realizados aos pacientes que se tornam críticos nas enfermarias, predominaram os relatos positivos nas diversas categorias que legitimaram a importância da implantação do TRR, como contribuição à

qualidade e segurança aos pacientes hospitalizados.

Vale ressaltar, como limitação do estudo, que os resultados refletem a percepção dos profissionais de um hospital público e um hospital filantrópico, localizados em um município do interior do estado de Paraná e o outro na cidade de São Paulo. Esse recorte não permite a generalização dos resultados, sendo necessários estudos futuros ampliando a população, a fim de determinar se as exigências críticas estabelecidas foram suficientes para caracterizar o atendimento emergencial, em código azul, realizado por TRR.

Além disso, faz-se necessário ampliar o escopo para os atendimentos realizados em código amarelo, em virtude da diferença do processo de trabalho caracterizado por atendimento de urgência ao paciente, tais como: os critérios específicos para o reconhecimento do código amarelo, o tempo de chegada do TRR a unidade, a composição dos profissionais que atuam no atendimento do código amarelo e o número elevado de atendimento realizado em código amarelo, comparado ao azul.

Desvelam-se, nesse estudo, as situações, comportamentos e consequências predominantemente positivas, relacionadas aos atendimentos emergenciais que foram pautados em uma sequência lógica do protocolo de atendimento em código azul, que permeou todo o conhecimento técnico-científico dos profissionais que compõe as equipes multiprofissionais, visando, assim, o desenvolvimento de resultados significativos da assistência realizada aos pacientes das unidades de internação que se tornam críticos, nas duas instituições de estudo.

Ademais, destaca-se a importância do apoio institucional oferecido, bem como da disponibilidade das equipes multiprofissionais em fornecerem relatos de vivências, fatos estes que possibilitaram o desenvolvimento desse estudo, auxiliando diretamente na identificação dos incidentes críticos encontrados na prática de trabalho, assim como as facilidades e dificuldades com que se deparam.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

ABDULLAH, A. S. Implementation of critical care response team. **International Journal of Critical Illness and Injury Science**, Mumbai, v. 4, n. 2, p. 156-161, 2014.

AEHLERT, B. **ACLS** - suporte avançado de vida em cardiologia: emergências em cardiologia. Tradução de Bianca Tarrise de Fontoura. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **A decade of evidence, design, and implementation: advancing patient safety**. Rockville, 2012.

AL-QAHTANI, S.; AL-DORZI, H. M. Rapid response systems in acute hospital care. **Annals of Thoracic Medicine**, Mumbai, v. 5, n. 1, p. 1-4, 2010.

AL-QAHTANI, S. et al. Impact of an intensivist-led multidisciplinary extended rapid response team on hospital-wide cardiopulmonary arrests and mortality. **Critical Care Medicine**, New York, v. 41, n. 2, p. 506-517, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23263618>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

ALMEIDA, L. M.; SILVA, H. T. H. Hospital medical equipment: management in health. **Interdisciplinary Journal of Health Education**, Belém, v. 1, n. 1, p. 32-39, 2016.

ALVES, C. A.; BARBOSA, C. S. S.; FARIA, H. T. G. Cardiorespiratory arrest and nursing: the knowledge on Basic Life Support. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 296-301, 2013.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e ACE**. 2015. [versão em português]. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Competence Model**. Maryland: Leadership Institutet, 2013.

ANGEL, M. et al. The effects of a rapid response team on decreasing cardiac arrest rates and improving outcomes for cardiac arrests outside critical care areas. **MedSurg Nursing**, New Jersey, v. 25, n. 3, p. 153-159, 2016.

ARANAZ-ANDRÉS, J. et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). **BMJ Quality & Safety**, London, v. 20, n. 12, p. 1043-1051, 2011. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/20/12/1043.short>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

ATCHAN, M.; DAVIS, D.; FOUREUR, M. A methodological review of qualitative case study methodology in midwifery research. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 22, n. 10, p. 2259-2271, 2016.

AZEVEDO, A. L. C. S. **Gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidade de urgência traumática**. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

BADARÓ, A. F. V.; GUILHEM, D. Perfil sociodemográfico e profissional de fisioterapeutas e origem das suas concepções sobre ética. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 445-454, 2011.

BAGNASCO, A. et al. Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department. **International Emergency Nursing**, Oxford, v. 21, n. 3, p. 168-172, 2013.

BAGSHAW, S. M. et al. A survey of nurses' beliefs about the medical emergency team system in a canadian tertiary hospital. **American Journal of Critical Care**, Aliso Viejo, v. 19, n. 1, p. 74-83, 2010.

BAKER, G. R. et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 170, n. 11, p. 1678-1686, 2004. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/content/170/11/1678>>. Acesso em: 6 maio 2017.

BANNARD-SMITH, J. et al. Clinical outcomes of patients seen by Rapid Response Teams: A template for benchmarking international teams. **Resuscitation**, London, v. 107, p. 7-12, 2016.

BARBOSA, V. et al. Failure to activate the in-hospital emergency team: causes and outcomes. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 420-426, 2016.

BARWISE, A. et al. Delayed rapid response team activation is associated with increased hospital mortality, morbidity, and length of stay in a tertiary care institution. **Critical Care Medicine**, New York, v. 44, n. 1, p. 54-63, 2016.

BAXTER, A. D. et al. Emergency medical teams at Ottawa Hospital: the first two years. **Canadian Journal of Anaesthesia**, Toronto, v. 55, n. 4, p. 223-231, 2008.

BAVARE, A. C. et al. Acute Decompensation in Pediatric Cardiac Patients: Outcomes After Rapid Response Events. **Pediatric Critical Care Medicine**, Baltimore, v. 18, n. 5, p. 414-419, 2017.

BEITLER, J. R. et al. Reduction in hospital-wide mortality after implementation of a rapid response team: a long-term cohort study. **Critical Care**, London, v. 15, n. 6, p. R269, 2011.

BELLOMO, R. et al. Prospective controlled trial of effect of medical emergency team on postoperative morbidity and mortality rates. **Critical Care Medicine**, New York, v. 32, n. 4, p. 916-921, 2004.

BERWICK, D. M.; CALKINS, D. R.; MCCANNON, C. J. The 100,000 lives campaign: setting a goal and a deadline for improving health care quality. **JAMA**, Chicago, v. 295, n. 3, p. 324-327, 2006.

BEZERRA, F. N.; SILVA, T. M.; RAMOS, V. P. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, p. 151-156. 2012. Especial 2.

BEZERRA, Y. C. P. et al. Politraumatismo: Conhecimento dos estudantes de enfermagem acerca das práticas assistenciais. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 9, n. 11, p. 9817-9825, 2015.

BOGERT, S.; FERRELL, C.; RUTLEDGE, D. N. Experience with family activation of rapid response teams. **Medsurg Nursing**, Pitman, v. 19, n. 4, p. 215-222, 2010.

BONAMIGO, E. L. et al. A inserção do Testamento Vital na Deontologia Médica Brasileira. **Revista Síntese Direito de Família**, [s. l.], v. 14, n. 80, p. 83-97, 2013.

BONIATTI, M. M. et al. Delayed medical emergency team calls and associated outcomes. **Critical Care Medicine**, Philadelphia, v. 42, n. 1, p. 26-30, 2014.

BOSE, E.; ROFFMAN, L.; HRAVNAK, M. Monitoring cardiorespiratory instability: Current approaches and implications for nursing practice. **Intensive & Critical Care Nursing**, v. 34, n. 73-80, p. 12-19, 2016.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal Brasileiro. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 24 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Boletim Informativo**, Brasília, v. 1, n. 1. p. 1-12, 2011a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+01+Jan-Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af520fafc/>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 nov. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013x. Seção I, p.59.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**,

Brasília, DF, 2013a. Seção. I, pág. 80.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013b, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jul. 2013d.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo de identificação do paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>>. Acesso em: 06 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013f. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>>. Acesso em: 6 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo de prevenção quedas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013g. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>>. Acesso em: 6 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo para a Prática de Higiene das mãos em Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013h. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/categor/di-versos>>. Acesso em: 6 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo de prevenção úlcera de pressão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013i. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcer-a-por-pressao>>. Acesso em: 7 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Rede sentinela – Histórico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/historico.htm>>. Acesso em: 5 jul. 2017.

BRENNAN, T. A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 324, n. 6, p. 370-376, 1991.

BROWN, H. et al. Continuous monitoring in an inpatient medical-surgical unit: a controlled clinical trial. **American Journal of Medicine**, New York, v. 127, n. 3, p. 226-232, 2014.

BRUNSVELD-REINDERS, A. H. et al. Unexpected versus all-cause mortality as the endpoint for investigating the effects of a Rapid Response System in hospitalized patients. **Critical Care**, London, v. 20, n. 1, p. 168, 2016.

BUIT, M. et al. Six year audit of cardiac arrest and medical emergency team calls in an Australian outer metropolitan teaching hospital. **British Medical Association**, London, v. 335, n. 7631, p. 1210-1212, 2007.

CABRINI, L. et al. Ethical issues associated with in-hospital emergency from the Medical Emergency Team's perspective: a national survey. **Minerva Anestesiologica**, Minerva, v. 82, n. 1, p. 50-57, 2016.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Consulta Estabelecimentos – Módulo Hospitalar - Leitos**. 2017. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

CALZAVACCA, P. et al. The impact of rapid response system on delayed emergency team activation patient characteristics and outcomes. A follow-up study. **Resuscitation**, London, 2010, v. 81, n. 1, p. 31-35, 2010.

CARAM, C. S. et al. Ambiguities in the health team's work in the context of an intensive care unit. **SANARE**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 15-24, 2016.

CARDOSO, L. T. Q. et al. Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. **Critical Care**, London, v. 15, n. 1, p. R28, 2011.

CHAN, P. S. et al. Hospital-wide code rates and mortality before and after implementation of a rapid response team. **Journal of the American Medical Association**. Chicago, v. 300, n. 21, p. 2506-2513, 2008.

CHAN, P. S. et al. Rapid response teams. A systematic review and meta-analysis. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 170, n. 1, p. 18-26, 2010.

CHALWIN, R. et al. Participant perceptions of a rapid response team training course. **Critical Care and Resuscitation**, Bedford Park, v. 18, n. 4, p. 283-288, 2016.

CLARK, A. Malpractice target: can cardiac arrests really be prevented? **Clinical Nurse Specialist**, Baltimore, v. 15, n. 5, p. 212-214, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa inédita traça o perfil da enfermagem no Brasil**. 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html>. Acesso em: 1 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.995/2012**. Brasília: CFM, 2012. Disponível em:

<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2017.

_____. **Resolução nº 2.077/2014**. Brasília: CFM, 2014. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2014/2077_2014.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2017.

COSTA, C. M. M. et al. Contribuições da pós-graduação na área da saúde para a formação profissional: relato de experiência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1471-1481, 2014.

COVENTRY, C. et al. Rapid response team calls patients with a pre-existing not for resuscitation order. **Resuscitation**, London, v. 84, n. 8, p. 1035-1039, 2013.

CREUTZFELDT, J.; HEDMAN, L.; FELLANDER-TSAI, L. Effects of pre-training using serious game technology on CPR performance - an exploratory quasi-experimental transfer study. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, London, v. 20, p. 2-9, 2012.

CURTIS, J. R.; BURT, R. A. Point: the ethics of unilateral "do not resuscitate" orders: the role of "informed assent". **Chest**, Chicago, v. 132, n. 3, p. 748-751, 2007.

DACEY, M. J. et al. The effect of a rapid response team on major clinical outcome measures in a community hospital. **Critical Care Medicine**, New York, v. 35, n. 9, p. 2076-2082, 2007.

DALRI, M. C. B. et al. Novas diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 1060-1062, 2008.

DANIELS, K.; AUGUSTE, T. Moving forward in patient safety: multidisciplinary team training. **Seminars in Perinatology**, New York, v. 37, n. 3, p. 146-150. 2013.

DAVIS, P. et al. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. **New Zealand Medical Journal**, Wellington, v. 114, n. 1131, p. 203-205, 2001. Disponível em: <<https://researchspace.auckland.ac.nz/handle/2292/15558>>. Acesso em: 6 maio 2017.

DAY, A., OLDROYD, C. The use of early warning scores in the emergency department. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 36, n. 2, p. 154-155, 2010.

DEAKIN, C. D. et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 4. Adult advanced life support. **Resuscitation**, London, v. 81, n. 10, p. 1305-1352, 2010.

DE DECKER, L. et al. Do not resuscitate orders and aging: impact of multimorbidity on the decision-making process. **Journal of Nutrition, Health & Aging**, Paris, v. 18, n. 3, p. 330-335, 2014.

DELA COLETA, J. A. A análise do trabalho e a determinação de critérios em psicologia aplicada. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 71-82, jul./set. 1972. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/viewFile/16884/15696>>. Acesso em: 29 jan. 2012.

DELA COLETA, J. A. A técnica dos incidentes críticos: aplicações e resultados. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 35-58, 1974. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/viewFile/17076/15875>>. Acesso em: 29 jan. 2012.

DELA COLETA, J. A.; DELA COLETA, M. F. **A técnica dos incidentes críticos: 30 anos de utilização no Brasil na psicologia, administração, saúde e educação**. Taubaté: Cabral, 2004.

DE MEESTER K, et al. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. **Resuscitation**, London, v. 84, n. 9, p. 1192-1196, 2013.

DEPARTMENT OF HEALTH. NHS Modernisation Agency. **Critical care outreach**. Progress in developing services, 2003, 40 p.

DEVITA, M. A. et al. Findings of the first consensus conference on medical emergency teams. **Critical Care Medicine**, London, v. 34, n. 9, p. 2463-2478, 2006.

DEVITA, M. A. et al. Identifying the hospitalised patient in crisis - A consensus conference on the afferent limb of Rapid Response Systems. **Resuscitation**, London, v. 81, n. 4, p. 375-382, 2010.

DEVITA, M. A. et al. **Textbook of rapid response systems: concepts and implementation**. RRS's General Principles. New York: Springer, 2011.

DI CREDO, P. F.; BOOSTEL, R.; FELIX, J. V. C. Knowledge of the multiprofessional health team based in the policies of the american heart association. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 10, p. 9423-9430, 2015.

DIAS, A. O. **Time de resposta rápida: a qualidade do atendimento na percepção de enfermeiros de hospital universitário público**. 2013. 160 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

DIAS A. O.; GRION, C. M. C.; MARTINS, E. A. P. Análise da qualidade do time de resposta rápida em hospital universitário: opiniões de enfermeiros. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 14, p. 917-923, 2015.

DOLAN, G.; STRODL, E.; HAMERNIK, E. Why renal nurses cope so well with their workplace stressors. **Journal of Renal Care**, v. 38, n. 4, p. 222-232, 2012.

DOODY, O.; DOODY, C. M. Transformational leadership in nursing practice. **British Journal of Nursing**, London, v. 21, n. 20, p. 1212-1218, 2012.

DUARTE, G. M.; ALVES, M. S. Trabalho em equipe/proximidade do paciente: elementos da prática de enfermeiras na terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 144-151, 2014.

DUNCAN, K. D. et al. Early warning systems: The next level of rapid response. **Nursing**, Jenkintown, v. 42, n. 2, p. 38-44, 2012.

EFTYCHIOU, C. et al. Nicosia General Hospital cardiac arrest team: first year's practice and outcomes of in-hospital resuscitation. **Hellenic Journal of Cardiology**, Athens, v. 50, n. 4, p. 264-268, 2009.

ELLIS, P.; ABBOTT, J. Leadership and management skills in health care. **British Journal of Cardiac Nursing**, London, v. 11, n. 5, p. 251-254, 2013.

ESMONDE, L. et al. Investigating the effectiveness of critical care outreach services: A systematic review. **Intensive Care Medicine**, Berlin, v. 32, n. 11, p. 1713-1721, 2006.

FILHO, C. M. C. et al. Factors affecting the quality of cardiopulmonary resuscitation in inpatient units: perception of nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 908-914, 2015.

FLANAGAN, J.C. The critical incident technique. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 51, n. 4, p. 327-358, 1954.

FLANAGAN, J. C. A Técnica do Incidente Crítico. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 99-141, 1973.

FRANKLIN, C.; MATHEW, J. Developing strategies to prevent in-hospital cardiac arrest: analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event. **Critical Care Medicine**, London, v. 22, n. 2, p. 244-247, 1994.

FRESCO, C. et al. Very early assessment of risk for in-hospital death among 11,483 patients with acute myocardial infarction. GISSI investigators. **American Heart Journal**, St. Louis, v. 138, n. 6, p. 1058-1064, 1999.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: BREVIDELLI, M. M.; SERTÓRIO, S. C. M. (Eds). **TCC - Trabalho de Conclusão de Curso**: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. 4ª ed. São Paulo: látria, p. 105-126, 2010.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.

GAO, H. et al. Systematic review and evaluation of physiological track and trigger warning systems for identifying at-risk patients on the ward. **Intensive Care Medicine**, London, v. 33, n. 4, p. 667-679, 2007.

GERDIK, C. et al. Successful implementation of a family and patient activated rapid response team in an adult level 1 trauma center. **Resuscitation**, London, v. 81, n. 12, p. 1676-1681, 2010.

GIROTA, S.; CHAN, P. S.; BRADLEY, S. M. Post-resuscitation care following out-of-hospital and in-hospital cardiac arrest. **Heart**, London, v. 101, n. 24, p. 1943-1949, 2015.

GOLDWASSER, R. S. et al. Dificuldades de acesso e estimativas de leitos públicos para unidades de terapia intensiva no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 19, p. 1-10, 2016.

GONÇALVES, V. M. A. Educação permanente e parada cardiorrespiratória: um relato de experiência no âmbito da enfermagem. **Revista de Saúde Pública do SUS/Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 47-58, 2014.

GONÇALVES, P. D. S. et al. Redução de paradas cardiorrespiratórias por times de resposta rápida. **Einstein**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 44-48, 2012.

GONZALEZ, M. M. et al. Guideline for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care - Brazilian Society of Cardiology: executive summary. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 100, n. 2, p. 105-113, 2013a.

GONZALEZ, M. M. et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 101, n. 2, p. 1-221, 2013b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013003600001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jul. 2017. Suplemento 3.

GUIMARÃES, H. P. Registro Brasileiro de Ressuscitação Cardiopulmonar: fatores prognósticos de sobrevivência pós-ressuscitação. 2011. 149 f. **Tese (doutorado) – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia**, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

GUIRGIS, F. W. et al. Proactive rounding by the rapid response team reduces inpatient cardiac arrests. **Resuscitation**. France, v. 84, n. 12, p. 1668-1673, 2013.

GULACTI, U. et al. Outcomes of in-hospital cardiopulmonary resuscitation after introduction of medical emergency team. **Journal of the Kuwait Medical Association**, Sulaibikhat, v. 48, n. 2, p. 127-113, 2016.

HACKMANN, G. et al. Toward a two-tier clinical warning system for hospitalized patients. **AMIA ... Annual Symposium proceedings. AMIA Symposium**, Bethesda, v. 2011, p. 511-519, 2011.

HILLMAN, K. M. et al. Antecedents to hospital deaths. **Internal Medicine Journal**, Carlton, v. 31, n. 6, p. 343-348, 2001.

HILMANN, K. M. et al. MERIT study investigators. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. **Lancet**, London, v. 365, n. 9477, p. 2091-2097, 2005.

HILLMAN, K. M. Failure to recognise patients at the end of life in acute hospitals. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v. 58, n. 1, p. 1-2, 2014.

HRAVNAK, M. et al. Cardiorespiratory instability before and after implementing an integrated monitoring system. **Critical Care Medicine**, London, v. 39, n. 1, p. 65-72, 2011.

HOSPITAL SIRIO LIBANÊS. **Gestão da Qualidade**. 2016. Disponível em: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/gestao-da-qualidade/Paginas/certificacoes.aspx>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

_____. **Protocolo de atendimento a parada cardiorrespiratória**. 2017. Disponível em: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/gestao-da-qualidade/Documents/protocolo-parada-cardiorespiratoria.pdf>>. Acesso em 10 ago. 2017.

HUH, J. W. et al. Activation of a medical emergency team using an electronic medical recording-based screening system. **Critical Care Medicine**, London, v. 42, n. 4, p. 801-808, 2014.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human: Building a safer health system**. Washington, DC: National Press Academy, 1999.

_____. National research council. **Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st Century**. Washington: National Academies Press, 2001.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **5 Million Lives Campaign**. Getting started kit: rapid response team how to guide. Institute of Healthcare Improvement. 2017a. Disponível em: <<http://www.ihc.org/Engage/Initiatives/Completed/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

_____. **Establish a Rapid Response Team**. 2017b. Disponível em: <<http://www.ihc.org/Topics/RapidResponseTeams/Pages/default.aspx>>. Acesso em: 6 jul. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE. **As seis dimensões da qualidade na assistência à saúde**. 2015. Disponível em: <<https://www.segurancadopaciente.com.br/noticia/as-6-dimensoes-da-qualidade-na-assistencia-a-saude/>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

JHA, A. K. et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modeling of observational studies. **British Medical Journal Quality & Safety**, London, v. 22, n.

10, p. 809-815, 2013.

JOHNSON, H. L.; KIMSEY, D. Patient safety: break the silence. **AORN Journal**, New York, v. 95, n. 5, p. 591-601, 2012.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions**. 2013a. Disponível em: <<http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci>>. Acesso em: 29 jun. 2017.

_____. **International Patient Safety Goals**. 2013b. Disponível em: <<http://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Failure Mode and Effects Analysis in Health Care: **Proactive Risk Reduction**. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources, 154 p., 2010.

JONES, J. Do not resuscitate: reflections on an ethical dilemma. **Nursing Standard**, London, v. 21, n. 46, p. 35-39, 2007.

JONES, D. A.; DEVITA, M. A.; BELLOMO, R. Rapid-response teams. **New England Journal of Medicine**, London, v. 365, p. 139-146, 2011.

JONES, D. et al. Effect of the medical emergency team on long-term mortality following major surgery. **Crit Care**, London, v. 11, n. 1, p. R12, 2007.

JONES, D. et al. Rapid Response Team: composition, resourcing and calling criteria in Australia. **Resuscitation**, Athens, v. 83, n. 5, p. 563-567, 2012.

JONES, D. et al. The rapid response system and end-of-life care. **Current Opinion in Critical Care**, Philadelphia, v. 19, n. 6, p. 616-623, 2013.

JONSEN, A. R.; SIEGLER, M.; WINSLADE, W. J. **Ética Clínica abordagem prática para decisões éticas na medicina clínica**. 7ª ed. McGraw Hill: London, 2012.

JUNG, B. et al. Rapid response team and hospital mortality in hospitalized patients. **Intensive Care Medicine**, Berlim, v. 42, n. 4, p. 494-504, 2016.

KANG M. A. et al. Real-time risk prediction on the wards: a feasibility study. **Critical Care Medicine**, London, v. 44, n. 8, p. 1468-1473, 2016.

KALLESTEDT, M. L. et al. The impact of CPR and AED training on healthcare professionals' self-perceived attitudes to performing resuscitation. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, London, v. 20, p. 26, 2012.

KATO, T. Coping with interpersonal stress and psychological distress at work: comparison of hospital nursing staff and salespeople. **Psychology Research and**

Behavior Management, Auckland, v. 7, p. 31-36, 2014.

KARPMAN, C. et al. The impact of rapid response team on outcome of patients transferred from the ward to the ICU: a single-center study. **Critical Care Medicine**, London, v. 41, n. 10, p. 2284-2291, 2013.

KHPAL, M.; MATTHEWMAN, M. C. Cardiac arrest: a missed learning opportunity. **Postgraduate Medical Journal**, London, v. 92, n. 1092, p. 608-610, 2016.

KIM, Y. et al. Effectiveness analysis of a part-time rapid response system during operation versus nonoperation. **Critical Care Medicine**, London, v. 45, n. 6, p. 592-599, 2017.

KLEINMAN, M. E. et al. Part 5: Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, Dallas, v. 132, n. 18, p. S414-35, 2015. Supplement 2.

KOENING, A. et al. Estimativa do impacto econômico da implantação de um protocolo hospitalar para detecção e tratamento precoce de sepse grave em hospitais públicos e privados do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 213-219, 2010.

KOGA, F. A. et al. Anesthesia-related and perioperative cardiac arrest in low- and high-income countries: A systematic review with meta-regression and proportional meta-analysis. **Medicine**, Baltimore, v. 94, n. 36, e1465, 2015.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To Err is Human: Building a safer health system**. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

KYRIACOS, U. et al. Monitoring vital signs: development of a modified early warning scoring (MEWS) system for general wards in a developing country. **PloS one**, Cambridge, v. 9, n. 1, 2014.

LEE, A. et al. The Medical Emergency Team. **Anaesth Intensive Care**, Edgecliff, v. 23, n. 2, p. 183-186, 1995.

LE GUEN, M. P.; TOBIN, A. E.; REAID, D. Intensive care unit admission in patients following rapid response team activation: call factors, patient characteristics and hospital outcomes. **Anaesth Intensive Care**, Edgecliff, v. 43, n. 2, p. 211-215, 2015.

LETAIEF, M. et al. Adverse events in Tunisian hospitals: results of a retrospective cohort study. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 22, n. 5, p. 380-385, 2011.

LIMA, E. C. et al. Critical incidents connected to nurses' leadership in intensive care units. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1018-1025, 2017.

- LINK, M.S. et al. Part 7: Adult Advanced Cardiovascular Life Support: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, Dallas, v. 132, n. 18, p. S444-S464, 2015. Supplement 2.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LOPES, J. L. et al. Implementação dos times de resposta rápida: experiência de um hospital de alta complexidade em cardiopneumologia. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 394-397, 2012.
- LOPES, A. C. **Os limites da vida e as limitações da Justiça do Brasil**. São Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2014. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24947:os-limites-da-vida-e-as-limitacoes-da-justica-do-brasil&catid=46:artigos&Itemid=18>. Acesso em: 19 abr. 2017.
- MAHARAJ, R.; RAFFAELE, I.; WENDON, J. Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis. **Critical Care**, London, v. 19, p. 254, 2015.
- MARTINS, F. T. M.; CARVALHO, E. C. A percepção do paciente referente a ser portador de um cateter de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 73-78, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a15.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2014.
- MARTINS, J. C. A. et al. The simulated clinical experience in nursing education: a historical review. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 619-625, 2012.
- MASSEY, D.; AITKEN, L. M.; CHABOYER, W. Literature review: do rapid response systems reduce the incidence of major adverse events in the deteriorating ward patient? **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 19, n. 23-24, p. 3260-3273, 2010.
- MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa Qualitativa em Enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006.
- MAXFIELD, D. G. et al. Confronting safety gaps across labor and delivery teams. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 209, n. 5, p. 402-408, 2013.
- MCCURDY, M. T.; WOOD, S. L. Rapid response systems: identification and management of the "prearrest state". **Emergency Medicine Clinics of North America**, Philadelphia, v. 30, n. 1, p. 141-152, 2012.
- MCNEILL, G.; BRYDEN, D. Do either early warning systems or emergency response teams improve hospital patient survival? A systematic review. **Resuscitation**, Athens, v. 84, n. 12, p. 1652-1667, 2013.
- MEHTA, N. et al. Multidisciplinary difficult airway simulation training: two year evaluation and validation of a novel training approach at a District General Hospital

based in the UK. **European Archives of Oto-rhino-laryngology**, Heidelberg, v. 270, n. 1, p. 211-217, 2013.

MEIER, C. Importance of good teamwork in urgent care services. **Emergency Nurse**, London, v. 22, n. 7, p. 32-36, 2014.

MELO, E. M. et al. Evolução clínica dos pacientes em uso de ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. **Journal of Nursing UFPE online**, Recife, v. 6, n. 6, p. 1361-1368, 2012.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1124-1133, 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/4/279.full.pdf+html>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

MENDES, W. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 5, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 mar. 2014.

MEZZAROBBA, A. L. et al. Evaluation of the five-year operation period of a rapid response team led by an intensive care physician at a university hospital. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 278-284, 2016.

MICHEL, P. et al. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. **BMJ**, London, v. 328, n. 7433, p. 199-202, 2004. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/328/7433/199?variant=full-text&tab=response-form>>. Acesso em: 5 maio 2017.

MILLS, D. H. Medical insurance feasibility study. A technical summary. **Western Journal of Medicine**, San Francisco, v. 128, n. 4, p. 360-365, 1978. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1238130>>. Acesso em: 26 maio 2017.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12^a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MINUZZI, A. P. et al. Contributions of healthcare staff to promote patient safety in intensive care. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 121-129, 2016.

- MONTE, P. F. et al. Estresse dos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 421-427, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a04v26n5.pdf>>. Acesso em 13 set. 2017.
- MORGAN, R. J. M.; WILLIAMS, F.; WRIGHT, M. M. An early warning scoring system for detecting developing critical illness. **Clinical Intensive Care**, Abingdon, v. 8, n. 2, p. 100, 1997.
- NARDI, G. et al. Impact of an integrated treatment approach to the severely injured patients on hospital mortality and quality of care. **Minerva Anestesiologica**, Torino, v. 68, n. 1-2, p. 25-35, 2002.
- NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **History and timeline**. 2015. Disponível em: <<http://www.npsf.org/?page=historyandtimeline>>. Acesso em: 10 maio 2017.
- NOGUEIRA, M. S. et al. Técnica dos incidentes críticos : uma alternativa metodológica para análise do trabalho em áreas cirúrgicas. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 1-9, 1993.
- NOLAN, J. P. et al. Executive summary. **Resuscitation**, London, v. 81, p. 1219-1276, 2010.
- NORI, J. M. et al. CPR Training for nurses: how often is it necessary? **Iranian Red Crescent Medical Journal**, Iran, v. 14, n. 2, p. 104-107, 2012.
- NUCCI, G. S. **Código penal comentado**. 10ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.
- OFFNER, P. J.; HEIT, J.; ROBERTS, R. Implementation of a Rapid Response Team decreases cardiac arrest outside of the intensive care unit. **Journal of Trauma**, Baltimore, v. 62, n. 5, p.1223-1238, 2007.
- OLIVEIRA, R. J. Ensino científico e ética: tecendo uma intersecção. In: MARANDINO, M. et al. (orgs.) **Ensino de Biologia: conhecimentos e valores em disputa**. Niterói: Eduf; p. 65-75, 2005.
- OLIVEIRA, S. N.; PRADO, M. L.; KEMPFER, S. S. Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 487-495, 2014.
- O'KEEFFE, S. et al. Age and other determinants of survival after in-hospital cardiopulmonary resuscitation. **Quarterly Journal of Medicine**, Oxford, v. 81, n. 296, p. 1005-1010, 1991.
- PALHARES, V. C. et al. Evaluation of nursing training for care to cardiorespiratory stop assistance. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 6, p. 1516-1523, 2014.

PATIL, K. D.; HALPERIN, H. R.; BECKER, L. B. Cardiac arrest: resuscitation and reperfusion. **Circulation Research**, Baltimore, v. 116, n. 12, p. 2041-2049, 2015.

PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática de saúde. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (orgs). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, p. 51-76, 2016.

PEBERDY, M. A. et al. Recommended guidelines for monitoring, reporting, and conducting research on medical emergency team, outreach, and rapid response systems: an Utstein-style scientific statement. A Scientific Statement from the International Liaison Committee on Resuscitation. **Resuscitation**, Athens, v. 75, n. 3, p. 412-433, 2007.

PEREIRA, D. S. et al. Atuação do enfermeiro frente a parada cardiorrespiratória. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pombal, v. 5, n. 3, p. 8-17, 2015.

PERKINS, G. D. et al. Out-of-hospital cardiac arrest: recent advances in resuscitation and effects on outcome. **Heart**, London, v. 98, n. 7, p. 529-535, 2012.

PLAGISOU, L. et al. Assessment of nursing staff's theoretical knowledge of cardiovascular resuscitation in an NHS public hospital. **Hellenic Journal of Cardiology**, Athens, v. 56, n. 2, p. 149-153, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

PRYTHERCH, D. R. et al. Calculating early warning scores-a classroom comparison of pen and paper and handheld computer methods. **Resuscitation**. Athens, v. 70, n. 2, p. 173-178, 2006.

PSIRIDES, A. J.; HILL, J.; JONES, D. Rapid Response Team activation in New Zealand hospitals-a multicentre prospective observational study. **Anaesthesia and Intensive Care**, Sidney, v. 44, n. 3, p. 391-397, 2016.

RABKIN, M. T.; GILLERMAN, G.; RICE, N. R. Orders not to resuscitate. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 295, n. 7, p. 364-366; 1976.

RAMACHANDRAN, S. K. Predictors of survival from perioperative cardiopulmonary arrests: a retrospective analysis of 2,524 events from the Get With The Guidelines-Resuscitation registry. **Anesthesiology**, Athens, v. 119, n. 6, p. 1322-1339, 2013.

RIBEIRO, R. M. et al. Coping strategies of nurses in hospital emergency care services. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 216-223, 2015.

RIVERS, E.; COBA, V.; WHITMILL, M. Early goal-directed therapy in the treatment

of severe sepsis and septic shock. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 21, n. 2, p. 128-140, 2001.

ROBINSON, P. S.; SHALL, E.; RAKNIT, R. Cardiac arrest leadership: in need of resuscitation? **Postgraduate Medical Journal**, London, v. 92, n. 1094, p. 715-720, 2016.

ROSSI, C. et al. Variable costs of ICU patients: a multicenter prospective study. **Intensive Care Medicine**, Berlin, v. 32, n. 4, p. 545-552, 2006.

ROSSINI, R. C.; OLIVEIRA, V.; FUMIS, R. Testamento vital: sua importância é desconhecida entre os profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 70, p. 4-8, 2013. Suplemento 2.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. **National Early Warning Score (NEWS)** Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS, 1-47, 2012.

RUBULOTTA, F.; PINSKY, M. R. **Meeting report Second International Conference on Rapid Response System and Medical Emergency Team**, 28-30 June 2006 , Pittsburgh. *Crit Care*; 2 jun, p.2-3, 2006.

SÁ, C. M. S. et al. Organização do trabalho e seus reflexos na atuação dos trabalhadores de enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 50-55, 2012.

SALIMENA, A. M. O. et al. Meaning of death of the surgical patient experienced by the nursing team. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 3, p. 645-651, 2014.

SALTBAEK, L.; TVEDEGAARD, E. Decision to resuscitate or not in patients with chronic diseases. **Danish Medical Journal**, Denmark, v. 59, n. 1, p. A4353, 2012.

SAKAI, T.; DEVITA, M. A. Rapid response system. **Journal of Anesthesia**, Tokyo, v. 23, n. 3, p. 403-408. 2009.

SANDRONI, C. et al. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. **Intensive Care Medicine**, London, v. 33, n. 2, p. 237-245, 2007.

SANTANA, L. S.; LOPES, W. S.; QUEIROZ, V. The multidisciplinary team in person at stop watching cardiorespiratory: a review of literature. **Ciência et Praxis**, [s. l.], v. 7, n. 13, p. 49-54, 2014.

SANTANA-SANTOS, E. et al. Perfil de atendimentos do código azul em um hospital escola especializado em cardiopneumologia. **Revista Cubana de Enfermería**, [s.l.], v. 33, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/705/231>>. Acesso em 5 set. 2017

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia pico para

a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007.

SÃO PAULO (Estado) **Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999**. 1999. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>. Acesso em: 24 fev. 2015.

SARANI, B. et al. Clinical emergencies and outcomes in patients admitted to a surgical versus medical service. **Resuscitation**, London, v. 82, n. 4, p. 415-418, 2011.

SCHIOLER, T. et al. Danish Adverse Event Study, incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. **Ugeskr for Laeger**, Copenhagen, v. 163, n. 39, p. 5370-5378, 2001.

SEGON, A. et al. Effect of a rapid response team on patient outcomes in a community-based teaching hospital. **Journal of Graduate Medical Education**, Chicago, v. 6, n. 1, p. 61-64, 2014.

SEMERARO, F. et al. Advanced life support provider course in Italy: a 5-year nationwide study to identify the determinants of course success. **Resuscitation**, London, v. 96, p. 246-251, 2015.

SHAH, S. K. et al. Rapid response team in an academic institution: does it make a difference? **Chest**, Chicago, v. 6, n. 139, p. 1361-1367, 2011.

SHAREK, P. J. et al. Effect of a rapid response team on hospital-wide mortality and code rates outside the ICU in a Children's Hospital. **JAMA**, Boston, v. 298, n. 19, p. 2267-2274, 2007.

SHEARER, B. et al. What stops hospital clinical staff from following protocols? An analysis of the incidence and factors behind the failure of bedside clinical staff to activate the rapid response system in a multi-campus Australian metropolitan healthcare service. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 21, n. 7, p. 569-575, 2012.

SILVA, L. G.; MATSUDA, L. M.; WAIDMAN, M. A. P. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 320-328, 2012.

SILVA, R. S.; PEREIRA, A.; MUSSI, F. C. Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 40-46, 2015.

SILVA, D. S. et al. Liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 211-219, 2014.

SILVA, A. C. et al. Development of a virtual learning environment for cardiorespiratory arrest training. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São

Paulo, v. 50, n. 6, p. 988-995, 2016.

SILVA, R. et al. Medical Emergency Team: How do we play when we stay? Characterization of MET actions at the scene. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, London, v. 24, p. 33, 2016.

SIMCHEN, E. et al. Survival of critically ill patients hospitalized in and out of intensive care. **Critical Care Medicine**, London, v. 35, n. 2, p. 449-457, 2007.

SIMPSON, E. In-hospital resuscitation: recognising and responding to adults in cardiac arrest. **Nursing Standard**, London, v. 17, n. 30, p. 50-63, 2016.

SILVA, V. L. S.; CAMELO, S. H. H. A competência da liderança em enfermagem: conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 21, n. 4, p.533-539, 2013.

SJOBERG, F.; SCHONNING, E.; SALZMANN-ERIKSON, M. Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 24, n.17-18, p. 2522-2528, 2015.

SMITH, G. B. et al. Review and performance evaluation of aggregate weighted -track and trigger systems. **Resuscitation**, London, v. 77, n. 2, p. 170-179, 2008.

SMITH, R. L. et al. The medical emergency team call: a sentinel event that triggers goals of care discussion. **Critical Care Medicine**, London, v. 42, n. 2, p. 322-327, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v.101, n. 2, p. 1-221, 2013. Suplemento 3.

SOGAYAR, A. M. C. et al. A multicentre, prospective study to evaluate costs of septic patients in Brazilian intensive care units. **Pharmacoeconomics**, Auckland, v. 26, n. 5, p. 425-434, 2008.

SOMENSEA, C. B.; DURAN, E. C. M. Hygiene and motivation factors of nursing work in a cardiology ward. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 82-89, 2014.

SOOP, M. et al. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p.285-291, 2009.

SORENSEN, E. M.; PETERSEN, J. A. Performance of the efferent limb of rapid response system: an observational study of medical emergency team calls. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, London, v. 23, p. 69, 2015.

SOUSA, P. et al. **Segurança do doente**: eventos adversos em hospitais

portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade. Lisboa: Ed. Escola Nacional de Saúde Pública. 2011. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolv-inov/projectos/brochura_estudo_ea2011.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

SOUZA, V.; CORTEZ, E. A.; CARMO, T. G. Medidas educativas para minimizar os riscos ocupacionais na equipe de enfermagem da UTI. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 583-591, 2017.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Parte 1.

SOUZA, G. C. et al. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 642-649, 2016.

STEWART, C. D. W. Leaders, managers, and employee care. **Health Care Management**, Philadelphia, v. 31, n. 1, p. 94-101, 2012.

SUBBE, C. P. et al. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. **QJM**, Oxford, v. 94, n. 10, p. 521-526, 2001.

SULISTIO, M. et al. Hospital rapid response team and patients with life-limiting illness: a multicentre retrospective cohort study. **Palliative Medicine**, London, v. 29, n. 4, p. 302-309, 2015.

TAGUTI, P. S. et al. Atuação do time de resposta rápida em hospital universitário no atendimento do código amarelo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 99-105, 2013.

TALLO, F. S. et al. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 194-200, 2012.

TARASSENKO, L. et al. **Biosign™**: multi-parameter monitoring for early warning of patient deterioration. 2007. Disponível em: <<http://ieeexplore.ieee.org/document/1543119/>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

TAYLOR, C. et al. **Fundamentos de Enfermagem**: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2014.

TEE, A. et al. Bench-to-bedside review: The MET syndrome-the challenges of researching and adopting medical emergency teams. **Critical Care**, London, v. 12, n. 1, p. 205, 2008.

TEIXEIRA, C. C. et al. Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1071-1078, 2015.

THOMAS, K. et al. Rapid response team: challenges, solutions, benefits. **Critical Care Nurse**, Bridgewater, v. 27, n. 1, p. 20-28, 2007.

THIGPEN, K. et al. Implementing the 2005 American Heart Association Guidelines, including use of the impedance threshold device, improves hospital discharge rate after in-hospital cardiac arrest. **Respiratory Care**, Philadelphia, v. 55. n. 8, p.1014-1019, 2010.

TIBALLS, J. et al. Reduction of paediatric in-patient cardiac arrest and death with a medical emergency team: preliminary results. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 90, n. 11, p. 1148-1152, 2005.

TIMERMAN, S. et al. Ressuscitação no Brasil e no mundo e o ILCOR (Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação): história e Consenso 2010 de Ressuscitação Cardiopulmonar e Emergências Cardiovasculares. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 207-223, 2010.

TIRKKONEN, J. et al. Factors associated with delayed activation of medical emergency team and excess mortality: an Utstein-style analysis. **Resuscitation**, London, v. 84, n. 2, p. 173-178, 2013.

TONELLI, H. A. F.; MOTA, J. A. C.; OLIVEIRA, S. J. Perfil das condutas médicas que antecedem ao óbito de crianças em um hospital terciário. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 118-125, 2005.

TORQUATO, I. M. et al. Knowledge from the nursing team on the assistance in cardiopulmonar resuscitation. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 6, n. 12, p. 2874-2883, 2012. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3645/pdf_1723>. Acesso em: 23 ago. 2017.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. In: SOUSA, P; MENDES, W. (Org). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2014.

TRINKLE, R. M.; FLABOURIS, A. Documenting Rapid Response System afferent limb failure and associated patient outcomes. **Resuscitation**, London, v. 82, n. 7, p. 810-814, 2011.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário de Londrina. **Relatório de capacitação da Divisão de Educação e Pesquisa**. UEL: Londrina, 2016.

VANCINI-CAMPANHARO, C. R. et al. Cohort study on the factors associated with survival post-cardiac arrest. **Revista Paulista de Medicina**, São Paulo, v. 133, n. 6, p. 495-501, 2015.

VENNEMAN, S. S. et al. Allow natural death versus do not resuscitate: three words that can change a life. **Journal of Medical Ethics**, London, v. 34, n. 1, p. 2-6, 2008.

- VEIGA, V. C. et al. Performance of the Rapid Response Team in the educational process for cardiopulmonary arrest care. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 11, n. 3 p. 258-262, 2013.
- VINCENT, C.; NEALE, G., WOLOSHYNOWYCH, M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. **BMJ**, London, v. 322, n. 7285, p. 517-519, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC26554>>. Acesso em: 5 maio 2017.
- VISSER, P. et al. Medical emergency response in a sub-acute hospital: improving the model of care for deteriorating patients. **Australian Health Review**, Sidnwy, v. 38, n. 2, p. 169-176, 2014.
- WACHTER, R. M.; PRONOVOST, P.; SHEKELLE, P. Strategies to Improve Patient Safety: The Evidence Base Matures. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 158, n. 5, p. 350-352, 2013.
- WALSTON, J. M. et al. Vital Signs Predict Rapid-Response Team activation within twelve hours of emergency department admission. **Western Journal of Emergency Medicine**, Orange, v. 17, n. 3, p. 324-330, 2016.
- WEGNER, W. et al. Education for culture of patient safety: implications to professional training. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160068, 2016.
- WENGER, N. S. et al. Epidemiology of do-not-resuscitate orders: disparity by age, diagnosis, gender, race, and functional impairment. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 155, n. 19, p. 2056-2062, 1995.
- WINTERS, B. D. et al. Rapid response systems: a systematic review. **Critical Care Medicine**, Philadelphia, v. 35, n. 5, p. 1238-1243, 2007.
- WINTERS, B. D. et al. Rapid-Response Systems as a patient safety strategy: A systematic review. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 158, n. 5, p. 417-425, 2013. Part 5.
- WILSON, R. M. et al. The quality in Australian health care study. **Medical Journal of Australia**, Sidney, v. 163, n. 9, p. 458-471, 1995. Disponível em: <<http://welladjustedbabies.com/assets/downloads/landmark-study.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2017.
- WILSON, R. et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. **BMJ**, London, v. 344, e832, 2012. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e832>>. Acesso em: 12 mar. 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO launches “nine patient safety solutions.”** Geneva: World Health Organization, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en>>. Acesso em: 27 jun 2017.

_____. **Conceptual framework for the international classification for patient safety.** Version 1.1. Final Technical Report. Geneva: World Health Organization, 2009a. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em 4 maio 2017.

_____. **Patient safety research:** better knowledge for safer care. France: WHO, 2009b.

_____. **World Alliance for Patient Safety.** Geneva: WHO, 2013a. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

_____. **Patient Safety-programme áreas.** Geneva: WHO, 2013b. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/policies/resolutions/en>> Acesso em: 28 jul. 2017.

_____. **Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge.** 2017. Disponível em: <http://who.int/patientsafety/medication-safety/en>>. Acesso em: 22 jun.2017.

YAGER, P. et al. Quality improvement utilizing in-situ simulation for a dual-hospital pediatric code response team. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, Amsterdam, v. 88: 42-46, 2016.

ZEGERS, M. et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 18, n. 4, p. p. 297-302, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento - Roteiro para entrevista

Título da Pesquisa: Atendimentos realizados por times de respostas rápidas em hospitais

Data da entrevista: ____/____/____

Entrevista número: _____

Hospital: _____

1. Informações pessoais:

1.1 Idade: _____ (anos)

1.2 Sexo: () Masculino () Feminino

2. Dados Profissionais:

2.1 Profissão: () enfermeiro () fisioterapeuta () médico

2.2 Ano de formação: _____

2.3 Formação complementar: () doutorado () mestrado () especialização

2.4 Tempo de trabalho na Instituição (ano de início): _____

2.5: Tipo de instituição: () filantrópica () pública

2.6 Horário de trabalho: () diurno () noturno

2.7 Tempo de trabalho com Time de Resposta Rápida (ano de início): _____

Definição:

O Time de Resposta Rápida baseia-se em uma equipe multiprofissional que realiza tratamento ao paciente que apresenta piora clínica no setor de internação, por intermédio dos códigos determinados (amarelo e azul) para seu acionamento. É idealizado para oferecer, em tempo adequado, os recursos específicos para impedir ou diminuir a probabilidade de piora clínica ou risco de óbito imediato do paciente, durante sua hospitalização⁽¹⁾.

1- Chan P.S. et al. Hospital-wide code rates and mortality before and after implementation of a rapid response team. **Journal of the American Medical Association**. n.3, v.21, p.2506-2513, 2008.

3. Entrevista:

- Pense em uma situação **positiva** recente que você vivenciou ou presenciou durante o atendimento emergencial, em código azul, do time de resposta rápida na unidade de trabalho. Relate detalhadamente como aconteceu, o que as pessoas envolvidas fizeram e o que resultou dessa situação. Não há necessidade de citar nomes de profissionais.

- Pense em uma situação **negativa** recente que você vivenciou ou presenciou durante o atendimento emergencial, em código azul, do time de resposta rápida na unidade de trabalho. Relate detalhadamente como aconteceu, o que as pessoas envolvidas fizeram e o que resultou dessa situação. Não há necessidade de citar nomes de profissionais.

- Você gostaria de acrescentar alguma informação ou sugestão ao serviço de resposta rápida da instituição?

Agradeço a sua valiosa contribuição

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Comitê de Juízes

Eu, Alexsandro Oliveira Dias, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) – Universidade de São Paulo (USP), sob orientação da Prof^a Dr^a Andrea Bernardes, venho por meio deste convidá-lo(a) a participar do Comitê de Juízes de minha pesquisa intitulada por: “Atendimentos realizados por times de respostas rápidas em hospitais”, cujo objetivo é caracterizar as exigências críticas nos atendimentos realizados pelos times de respostas rápidas em um hospital público do estado do Paraná e um hospital filantrópico do estado de São Paulo. Destaco a relevância de sua contribuição profissional e, ressalto que a proposta é avaliar o instrumento de forma a torná-lo de fácil aplicação e de uso factível no cotidiano clínico. Solicitamos a leitura dos enunciados e registro de sua decisão em cada item avaliado (sim ou não), bem como haverá um espaço para reformulação dos enunciados se assim julgar necessário. Solicito que assine esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual será emitido em duas vias e você terá o direito de ficar com uma via. Ao assinar esse Termo, você estará ciente de que: - Sua participação nesta pesquisa será como juiz e a finalidade será validar o conteúdo e aparência desse instrumento, por meio do preenchimento de um questionário pré-elaborado. - Esta pesquisa não oferece riscos ou desconfortos e seu sigilo e privacidade serão mantidos. - Você estará livre para recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo. - Não haverá nenhum custo e nem remuneração pela sua participação. O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16) 3315-3386, no horário das 9h às 18h, de segunda à sexta-feira. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3315-3471 ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Avenida

Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto-SP, CEP: 14040-902. Se aceitar participar, por favor, preencha os dados abaixo:

Nome do Juíz:

Assinatura do Juíz:

Assinatura do Pesquisador:

Alexsandro Oliveira Dias – E-mail: alexuel@bol.com.br

Profª Drª Andrea Bernardes – Orientadora. E-mail: andreab@eerp.usp.br Endereço para contato: Av. Bandeirantes, 3900, Campus da USP. Ribeirão Preto – SP
Telefone: (16) 3315-3471

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais de saúde

Meu nome é Alessandro de Oliveira Dias e gostaria de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “Atendimentos realizados por times de respostas rápidas em hospitais”, que tem como objetivo: caracterizar as exigências críticas nos atendimentos dos times de respostas rápidas em dois hospitais. Você receberá orientações acerca da metodologia da pesquisa antes, durante e após a realização da mesma, ou em qualquer momento em que você sentir necessidade, devendo se sentir à vontade para fazer qualquer questionamento. Caso concorde com a pesquisa você responderá a uma entrevista, com duração média de 20 minutos, que será gravada e realizada em local e horário que seja adequado a você. A entrevista tem a garantia de ser livre, sendo que você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta específica ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo. Não há qualquer custo ou obrigação decorrente de sua participação. As respostas obtidas não serão fornecidas a ninguém, sendo garantido que seu nome não aparecerá em nenhum momento. As fitas serão transcritas pelo pesquisador. Participar desta pesquisa e falar do seu dia-a-dia de trabalho pode gerar constrangimento e/ou desconforto, uma vez que há a participação de diferentes níveis hierárquicos nessa pesquisa. Reforço, contudo, que suas informações não serão disponibilizadas a ninguém, sendo mantidas em sigilo com o pesquisador principal. Se ocorrer a lembrança de alguma situação desagradável que esteja relacionada às perguntas feitas pelo pesquisador, esteja certo que o pesquisador estará pronto a te ouvir; sinta-se à vontade para parar a entrevista definitivamente ou sugerir a continuidade em outro momento. Assim, deve ficar claro que você tem a liberdade de consentir ou não com a participação neste estudo. Contudo, ressaltamos que os resultados deste estudo irão possibilitar benefícios para os hospitais, uma vez que desvelará como os atendimentos dos times de respostas rápidas estão sendo realizados na percepção dos profissionais que realizam constantemente a assistência em saúde aos pacientes que se tornam críticos nas unidades de internação, consequentemente os resultados beneficiarão a todos os profissionais e os pacientes, na medida em que se sentirão mais motivados e satisfeitos com o trabalho. Quando este estudo terminar, o resultado final poderá ser divulgado em revistas e/ou apresentado em encontros científicos, caso você

concorde com isso assinando este Termo. Informamos ainda que você não terá ônus financeiros pela sua participação e também não receberá pagamento de qualquer natureza, sendo a sua participação voluntária. Se quiser, poderá solicitar ao pesquisador os resultados desta pesquisa. Se o (a) senhor (a) se sentir prejudicado por ter participado da pesquisa, poderá buscar indenização por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa de acordo com a lei vigente no Brasil. Se você concordar em participar, vou pedir para você assinar duas vias originais do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Essas duas vias também serão assinadas pelo pesquisador, sendo que você receberá uma dessas vias assinadas. Caso tenha alguma dúvida, poderá nos perguntar ou ligar ou mandar um e-mail pelo endereço ou telefone que está escrito logo abaixo. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com este CEP pelo telefone (16) 3315-3386, no horário das 9 às 18h, de segunda à sexta-feira. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio do telefone (16) 3315-3471 ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902. Se aceitar participar, por favor, preencha os dados abaixo:

Nome do Entrevistado: _____

Assinatura do Entrevistado: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Alexsandro Oliveira Dias – E-mail: alexuel@bol.com.br

Profª Drª Andrea Bernardes – Orientadora. E-mail: andreab@eerp.usp.br Endereço para contato: Av. Bandeirantes, 3900, Campus da USP. Ribeirão Preto – SP
Telefone: (16) 3315-3471.

APÊNDICE D - Quadro elaborado para análise dos dados - recortes das entrevistas expressos com palavras do próprio participante

Entrevista 1		
Situação positiva	Comportamento positivo	Consequência positiva

Entrevista 1		
Situação negativa	Comportamento negativo	Consequência negativa

Consequentemente até a entrevista de número 62.

Entrevista 62		
Situação positiva	Comportamento positivo	Consequência positiva

Entrevista 62		
Situação negativa	Comportamento negativo	Consequência negativa

**APÊNDICE E - Quadro específico para identificação de situação,
comportamento e consequência, relatado por entrevistado**

Nº da Entrevista	Situação	Positiva	Negativa
Entrevista 1			
...			
Entrevista 62			

Nº da Entrevista	Comportamento	Positiva	Negativa
Entrevista 1			
...			
Entrevista 62			

Nº da Entrevista	Consequência	Positiva	Negativa
Entrevista 1			
...			
Entrevista 62			

APÊNDICE F - Quadro para organização dos conteúdos semelhantes das situações, comportamentos e consequências relatados por diferentes participantes

Organização de situações semelhantes:

Agrupamento 1: Situações com determinado foco			
Nº da Entrevista	Situação	Positivo	Negativo
E1, F8, M15;...	Situações semelhantes relatadas pelos entrevistados		
E15, F4, M9;...	Situações semelhantes relatadas pelos entrevistados		

Organização de comportamentos semelhantes:

Agrupamento 1: Comportamentos com determinado foco			
Nº da Entrevista	Comportamento	Positivo	Negativo
E4, F2, M4;...	Comportamentos semelhantes relatadas pelos entrevistados		
E17, F11, M1;...	Comportamentos semelhantes relatadas pelos entrevistados		

Organização de consequências semelhantes:

Agrupamento 1: Consequências com determinado foco			
Nº da Entrevista	Consequência	Positivo	Negativo
E20; F11; M9;...	Consequências semelhantes relatadas pelos entrevistados		
E10; F7; M2;...	Consequências semelhantes relatadas pelos entrevistados		

Diversos agrupamentos foram realizados, sendo revistos e reconstruídos, o que contribuiu para elaboração da categorização das informações, tanto relativas às situações, quanto aos comportamentos e as consequências.

APÊNDICE G - Quadro das categorias dos incidentes críticos em situações, comportamentos e consequências

Exemplo das categorizações resultantes dos incidentes críticos, quanto às situações, comportamentos e consequências e as respectivas frequências ocorridas (N) tanto positiva, negativa e total, com suas respectivas porcentagens (%).

Total de situações						
	Positiva		Negativa		Total	
	N	%	N	%	N	%
Categoria 1						
...						
Categoria 4						

Total de comportamentos						
	Positiva		Negativa		Total	
	N	%	N	%	N	%
Categoria 1						
...						
Categoria 7						

Total de consequências						
	Positiva		Negativa		Total	
	N	%	N	%	N	%
Categoria 1						
...						
Categoria 5						

ANEXO A - Autorizações das instituições para realização da pesquisa

Hospital do Estado do Paraná

Universidade
Estadual de Londrina

PARANÁ
GOV. DO ESTADO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA SUPERINTENDENTE

PARECER PROCESSO 8364. 2014. 23

Ao Pesquisador
Alexsandro de Oliveira Dias

Considerando o Projeto de Pesquisa com o título **"VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE TIME DE RESPOSTA RÁPIDA"** apresentado a esse Hospital Universitário, estando vinculado à Diretoria Clínica e Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina - UEL;

Considerando o parecer favorável apresentado nas instâncias administrativas que envolvem a realização do estudo;

Considerando que o projeto deverá ser analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL para posterior operacionalização, atendendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde;

Informamos que o nosso parecer é favorável à realização do projeto acima nominado, resguardando-se o atendimento da legislação vigente.

Solicitamos que, tão logo o Comitê de Ética emita parecer, essa Diretoria Superintendente seja notificada, para os procedimentos cabíveis relacionados à documentação da pesquisa.

Solicitamos também que, uma vez realizado o estudo, uma cópia seja apresentada a esta Diretoria, para ciência e divulgação.

Em 10/07/2014.

Enfa. Dra. Elizabeth Silva Ursi
Diretora Superintendente

Campus Universitário - Rodovia Manoel Ribas, km 401, Box 300 - Fone: (41) 3371-4444 FAX: (41) 3371-4444 - E-mail: reitoria@uel.br
Hospital Universitário - Centro de Ciências da Saúde - Av. Robert Koch, 40 - Vila Operária - Fone: (41) 3371-2880 FAX: (41) 3371-2880 - E-mail: secretaria@uel.br
LONDRIANA - PARANÁ - BRASIL

Hospital do Estado de São Paulo

São Paulo, 17 de junho de 2016.

Declaração de Aceite e Comprometimento como Instituição Participante

Ref. Protocolo: "Atendimentos realizados por equipes de resposta rápida de hospitais"

Instituição Proponente: Sociedade Beneficente Hospital Sírio-Libanês

Pesquisador Principal: Alessandro de Oliveira Dias

Declaro para os devidos fins, que a Universidade de São Paulo (Campus Ribeirão Preto), CNPJ: 63.025.530/0052-54, manifesta o total interesse em participar do projeto de pesquisa supra citado.

Eu, Alessandro de Oliveira Dias, registro profissional nº. 116830, CPF nº. 030291289-46, pesquisador responsável institucional pelo projeto de pesquisa supra citado, declaro ter lido e concordo com o delineamento do estudo. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº. 466/2012.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da confidencialidade dos participantes de pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para realização do projeto.

Alexsandro de Oliveira Dias

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável institucional

Dr. Luis Francisco Cardozo
Superintendente de
Pacientes Internados
Hospital Sírio-Libanês

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Audrey Elizabeth da Silva
Gerente de Enfermagem
CNS 56-64 044

Ent. Me Alessandro O. Dias
COREN 116830
Gerência de Risco Hospital

ANEXO B - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-SP

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 151/2014

Ribeirão Preto, 3 de setembro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 184ª Reunião Ordinária, realizada em 3 de setembro de 2014.

Protocolo CAAE: 33533214.0.0000.5393

Projeto: Validação de um instrumento para avaliação da qualidade de time de resposta rápida.

Pesquisadores: Andrea Bernardes
Alexsandro de Oliveira Dias

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof. Dra. Andrea Bernardes
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP