









Incidentes críticos percebidos pelos times de resposta rápida nos atendimentos de emergência*

Critical incidents as perceived by rapid response teams in emergency services

Incidentes críticos percibidos por los equipos de respuesta rápida en atención de emergência

Como citar este artigo:

Dias AO, Bernardes A, Chaves LDP, Sonobe HM, Grion CMC, Haddad MCFL. Critical incidents as perceived by rapid response teams in emergency services. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03595. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027903595>

-  **Alexsandro de Oliveira Dias¹**
-  **Andrea Bernardes¹**
-  **Lucieli Dias Pedreschi Chaves¹**
-  **Helena Megumi Sonobe¹**
-  **Cintia Magalhães Carvalho Grion²**
-  **Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad³**

* Extraído da tese: “Atendimentos realizados por times de respostas rápidas em hospitais”, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2017

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Universidade Estadual de Londrina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Londrina, PR, Brasil.

³ Universidade Estadual de Londrina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Londrina, PR, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze two hospital emergency services, one in a public institution and another in a philanthropic one, from the perspective of rapid response team professionals in the face of positive and negative critical incidents. **Method:** Descriptive, exploratory, qualitative study carried with 62 health professionals. Critical Incident Technique was employed as the theoretical-methodological framework, along with Content Analysis for analyzing data. **Results:** Sixty-two health professionals - including 23 nurses, 20 physiotherapists and 19 doctors - took part in this study. Clusters for 89 critical incidents were obtained; 66 of them were considered positive, whereas 23 were negative. The situations associated to the provided services were discriminated in three categories: recognition of patient clinical deterioration; rapid response team activation in the unit; and time until rapid response team arrival at the ward. **Conclusion:** In spite of the difficulties faced by such professionals while providing care to patients who become severely ill in non-critical wards, positive reports were predominant in all categories, what legitimized this service's importance as a contribution to quality and safety of hospitalized patients.

DESCRIPTORS

Hospital Rapid Response Team; Heart Arrest. Cardiopulmonary Resuscitation; Emergency Nursing; Patient Safety.

Autor correspondente:

Alexsandro de Oliveira Dias
Avenida Robert Koch, 60, Vila Operária
CEP 86038-350 – Londrina, PR, Brasil
alex.hu@uel.br

Recebido: 10/07/2018
Aprovado: 10/10/2019

INTRODUÇÃO

A temática da segurança do paciente apresenta crescente destaque na literatura. Esta não pode ser considerada contemporânea, tendo em vista registro datado de mais de dois mil anos que versava sobre a preocupação de não se causar danos aos pacientes. A Organização Mundial da Saúde alerta que dezenas de milhões de pacientes sofrem danos que levam a algum tipo de incapacidade, ou ao óbito, decorrentes de falhas na assistência à saúde todos os anos ao redor do mundo. Tais danos, denominados eventos adversos (EA), atingem um em cada 10 pacientes hospitalizados⁽¹⁾.

Os dados sobre as ocorrências de EA são alarmantes e desencadeiam grandes repercussões, tanto em âmbito nacional quanto internacional, sendo o tema “segurança do paciente” atualmente considerado como prioridade global pelas principais organizações de saúde do mundo⁽²⁻³⁾.

Nas últimas décadas, houve ampliação do debate na área da saúde e a qualidade de assistência ganhou foco, ainda aquém das expectativas, tanto na percepção dos pacientes quanto dos próprios profissionais envolvidos na assistência a fim de promover redução das ocorrências de EA durante o período de internação⁽⁴⁾.

Diante dos episódios recorrentes de EA, o *Institute for Healthcare Improvement*, nos Estados Unidos, recomendou a implantação de times de resposta rápida (TRR) em hospitais como contribuição para promover uma assistência segura ao paciente que se torna grave em ambiente externo à Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O atendimento ao paciente em condição de gravidade clínica é desencadeado pelo profissional da unidade, que reconhece os sinais de alerta e aciona os profissionais (médico, enfermeiro e fisioterapeuta) do TRR. Estes acessam o local de atendimento em até três minutos para a realização das intervenções necessárias ao paciente em virtude de uma emergência clínica⁽⁵⁾.

A base primordial do TRR é o reconhecimento e a intervenção precoce no paciente hospitalizado em enfermaria e com necessidade de cuidado crítico fora de um ambiente de UTI. Durante as últimas décadas, os TRR têm sido amplamente adotados em hospitais nos EUA, no Canadá, na Austrália, no Reino Unido⁽⁶⁾ e no Brasil⁽⁷⁾.

Estudos nacionais e internacionais recentes têm comprovado a eficiência do TRR, apresentando resultados significativos para a segurança do paciente durante a sua hospitalização, tais como a diminuição das ocorrências de paradas cardiorrespiratórias (PCR)⁽⁸⁻⁹⁾ ou o significativo decréscimo do índice de mortalidade de pacientes⁽¹⁰⁾.

Desse modo, em virtude da escassez de estudos qualitativos no Brasil que tratem do tema, faz-se necessária a ampliação das pesquisas sobre a implantação dos TRR nas instituições de saúde do País. Tais pesquisas devem trazer o olhar dos diversos profissionais que vivenciam, em equipes, a assistência aos pacientes que se tornam críticos em enfermarias, com a oportunidade de análise aprofundada na sistematização dos atendimentos realizados por essas equipes.

Espera-se, com o emprego da Técnica de Incidente Crítico (TIC), conforme descrita por seu idealizador⁽¹¹⁾,

recorrer a observações diretas do comportamento dos times de resposta rápida, buscando facilitar a solução de problemas técnicos por meio do entendimento da influência do comportamento desses profissionais em atendimentos emergenciais nas instituições de saúde.

Em face do exposto, o estudo objetiva analisar os atendimentos emergenciais na perspectiva dos profissionais dos times de resposta rápida em dois hospitais, sendo um público e um filantrópico, diante de incidentes críticos positivos e negativos.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa caracteriza-se como descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa. O referencial teórico-metodológico adotado foi a Técnica de Incidente Crítico (TIC), que consiste em uma série de procedimentos para a coleta de observações diretas do comportamento humano com o intuito de facilitar o seu uso na solução de problemas práticos e no andamento de amplos princípios psicológicos⁽¹¹⁾ para desvelar as situações relatadas. Estas permitiram identificar circunstâncias positivas e negativas decorrentes dos atendimentos por TRR.

Destaca-se que os Incidentes Críticos (IC) são caracterizados como situações de relevância, as quais são relatadas ou observadas pelos entrevistados. Na área da saúde, a TIC tem sido empregada por ser um método prático que permite aos pesquisadores apreender a complexidade do serviço em saúde por meio da obtenção dos comportamentos desses profissionais durante o trabalho⁽¹²⁾.

CENÁRIO

A 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. Ambos possuem 10 anos de implantação do serviço do TRR.

A instituição pública constitui-se como único hospital universitário de alta complexidade da região norte do Paraná e atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde, com 307 leitos ativos. A instituição filantrópica é classificada como serviço de alta complexidade e de ensino na cidade de São Paulo, com 469 leitos. Ressalta-se que o estudo não teve como intenção comparar as duas instituições e focou agregar como os atendimentos foram realizados pelos profissionais dos TRR nos cenários de pesquisa, cujos métodos de trabalho são semelhantes.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Optou-se por entrevistar todos os profissionais de saúde de ambas instituições envolvidas na coleta de dados. Destarte, foram incluídos no estudo todos os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas com tempo de atuação no TRR igual ou superior a seis meses, por se considerar que esses profissionais tinham vivenciado os atendimentos emergenciais no serviço e por concordarem em participar do estudo. Foram excluídos aqueles que estavam em férias ou licenças de quaisquer tipos.

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

COLETA DE DADOS

O período de coleta dos dados compreendeu-se entre os meses de junho a agosto de 2017, sendo direcionado aos profissionais dos TRR que concordaram em participar do estudo.

A coleta e a análise dos dados foram realizadas pelo pesquisador principal, que solicitou inicialmente o preenchimento de um questionário para identificação profissional e logo seguiu com a entrevista contendo duas perguntas norteadoras. Foi solicitado ao respondente um relato detalhado do atendimento emergencial que julgou apresentar uma situação positiva e outra negativa durante as intervenções em seu cotidiano de trabalho no TRR.

As entrevistas, com duração média de 20 minutos, foram realizadas em um ambiente reservado, a fim de identificar o aspecto relacionado à situação do atendimento emergencial, o que os profissionais envolvidos fizeram e o que resultou dessa situação.

Tais relatos possibilitaram extrair os aspectos positivos e negativos relacionados aos atendimentos em questão. Após a autorização prévia ser devidamente assinada pelos participantes, as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas pelo pesquisador principal.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Para a análise de dados, utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Minayo⁽¹³⁾, levando à extração dos 89 incidentes críticos decorrentes das 62 entrevistas realizadas. Tal análise possibilitou determinar as três categorias temáticas, a saber: o reconhecimento da deterioração clínica do paciente; o acionamento do time de resposta rápida na unidade; e o tempo de chegada do time de resposta rápida à enfermaria.

Destaca-se que, dos 89 incidentes críticos, 66 situações foram relatadas como positivamente e 23, como negativamente relacionadas aos atendimentos de emergência por parte dos profissionais que compõem os TRR nas duas instituições de estudo.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob o parecer número 151/2014. Foram respeitadas as normas e as diretrizes de realização das pesquisas envolvendo seres humanos, em observância à Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O anonimato dos participantes foi garantido pela sua identificação com a letra inicial da sua categoria profissional (Médico, Enfermeiro ou Fisioterapeuta), seguida do numeral, de acordo com a ordem cronológica crescente da realização das entrevistas; por exemplo, E1 (Enfermeiro 1), F1 (Fisioterapeuta 1) ou M1 (Médico 1) e assim sucessivamente.

RESULTADOS

Foram entrevistados 62 profissionais de saúde, os quais representaram todas as categorias profissionais da composição dos TRR (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas). Dos 62 entrevistados, 44 (71%) eram do sexo feminino e 34 (55%) encontravam-se na faixa etária entre 25 e 35 anos. Do total, 51 (82%) apresentavam entre dois a 12 anos de tempo de formação profissional e 48 (78%) possuíam especialização.

Os entrevistados discorreram sobre os aspectos positivos e negativos dos atendimentos emergenciais realizados pelos TRR nos hospitais de estudo. Das 62 entrevistas, originaram-se 89 incidentes críticos, ou seja, situações que permitiram a análise dos fatos vivenciados.

Após análise dos relatos, ocorreu o agrupamento dos incidentes críticos em três categorias, a saber: o reconhecimento da deterioração clínica do paciente; o acionamento do time de resposta rápida na unidade e o tempo de chegada do time de resposta rápida à enfermaria.

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 enfermarias não críticas.

Nota-se a importância de detectar as alterações fisiológicas do paciente durante seu período de hospitalização, para que se proporcionem as medidas de intervenção necessárias, que favoreçam o atendimento rápido e efetivo pelos profissionais da unidade em conjunto com o TRR, conforme ilustram os relatos a seguir:

O último atendimento foi bem positivo, o pessoal da enfermaria reconheceu rapidamente os sinais de 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 e começamos então a atender o cliente que estava em PCR (E4).

Olha, uma situação que me recordo mais recente foi esta semana (...) A paciente apresentou uma deterioração do quadro clínico e a enfermeira da unidade já correu para o quarto para verificar o chamado e reconheceu que se tratava de uma PCR e tudo isso ocorreu de forma bem rápida (F1).

As situações exemplificadas permitiram constatar que os profissionais das enfermarias conseguiram detectar rapidamente os sinais de piora clínica (sinais de alerta) para ativação do TRR, o que beneficiou os pacientes com as intervenções necessárias prestadas pela equipe multiprofissional.

Observa-se também que nem sempre os objetivos de reconhecimento dos sinais de alerta dos pacientes são alcançados, o que foi caracterizado pelos entrevistados como um atendimento negativo, conforme desvelado nas falas a seguir:

Um atendimento que considere negativo foi uma vez que fomos acionados para atender uma PCR (...) Eu acho que a enfermeira do setor poderia ter chamado o TRR bem antes, 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 do setor, que devem estar seguros para ativar o time assim que detectarem qualquer tipo de alteração no estado de saúde do paciente (M6).

A paciente havia apresentado uma discreta hipotensão postural, referindo mal-estar à equipe da enfermaria e então fomos acionados. Este atendimento gerado indevidamente deslocou toda uma equipe para a enfermaria e se esta prática for prevalente acaba impactando na qualidade do atendimento que nós realizamos. A equipe da unidade deve, então, reconhecer com maior propriedade os sinais de piora clínica que o paciente apresenta e correlacioná-los com o protocolo (M17).

ACIONAMENTO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA NA UNIDADE

A categoria “acionamento do time de resposta rápida na unidade” diz respeito às diversas possibilidades de acionar essa equipe para direcionar os atendimentos emergenciais, seja por celular corporativo, uso de *pager/bip*, ramal, sistema de som, dentre outros.

Nas duas instituições hospitalares, verificou-se que os enfermeiros das unidades assistenciais não críticas constituíam a maioria dos profissionais que acionavam os TRR.

Os relatos positivos quanto ao acionamento adequado do TRR são exemplificados pelas seguintes falas:

Teve um atendimento que ocorreu há duas semanas, nós acionamos o TRR na unidade e a médica estava almoçando e no refeitório do hospital não pega o sinal de celular. Precisei então acionar a profissional pelo sistema de som, de lá mesmo ela ouviu o chamado e conseguiu chegar em dois minutos na unidade... Aqui na instituição os critérios para acionar o TRR são bem claros, os critérios de acionamento e o número do contato telefônico encontram-se nos banners fixados nas enfermarias, em locais bem visíveis para todos os profissionais (E19).

Quando o TRR é acionado para prestar o atendimento, o aparelho que fica com a gente no plantão vibra e já nos direciona para o prédio e o andar 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 prédios que existem aqui na instituição (M4).

Verifica-se que nos dois exemplos relatados pelos profissionais obteve-se sucesso no acionamento do TRR para a efetivação do atendimento. Torna-se notória a importância do mecanismo de acionamento do serviço para que a meta de atendimento do paciente na enfermaria ocorra em tempo inferior a três minutos, com o objetivo de melhorar a assistência prestada ao paciente que se torna grave, nas unidades de internação.

Há também, nessa categoria, relatos negativos sobre o acionamento do TRR na unidade de internação não crítica, o que é demonstrado pelas falas a seguir:

Cheguei no quarto, verifiquei que a paciente estava em PCR e começamos a realizar as manobras de reanimação cardiopulmonar. 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. Então é uma falha no processo de acionamento do TRR, pois até descobrirem

estas informações a equipe já havia iniciado o atendimento e isso gerou uma situação muito ruim e estressante, tanto à equipe e ao familiar que percebeu toda esta situação (F14).

Uma vez fomos acionados no andar e o paciente estava acordado, lúcido e o médico titular na frente de todo mundo verbalizou que havia solicitado o time porque precisava de uma ajuda médica para discussão do tratamento daquele paciente. Eu me senti constrangida, foi um desrespeito em desperdiçar um atendimento do time. Quando nos acionam devem estar seguros dos critérios de gravidade que o protocolo referencia, a nossa movimentação foi toda em vão; e se outro paciente em estado grave necessitasse do nosso serviço ao mesmo momento? (M9).

É essencial que todos os profissionais das unidades de internação não críticas estejam atentos e seguros quanto aos critérios de acionamento do TRR adotados nas instituições, para que não ocorra um acionamento do tipo falso positivo, o que ocasiona um deslocamento desnecessário dos profissionais à unidade e sentimento de estresse desnecessário, conforme exemplificado nas falas anteriores.

TEMPO DE CHEGADA DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA À ENFERMARIA

A terceira categoria dos incidentes críticos diz respeito ao “tempo de chegada do time de resposta rápida na enfermaria”, que, de acordo com o protocolo de atendimento, nas duas instituições, baseia-se em meta estabelecida de chegada em até três minutos para o início das intervenções necessárias após o acionamento do serviço, conforme demonstram os relatos positivos a seguir:

Uma vez, fomos atender uma senhora que estava internada no setor e precisou realizar uma tomografia. Em virtude do contraste que havia sido injetado, a paciente evoluiu para uma PCR e então fomos acionados e logo assumimos o atendimento no setor de radiologia. Então, considero que o fator tempo de chegada dos profissionais do time tornou-se muito importante para que a paciente fosse beneficiada com um atendimento ágil e de qualidade (E8).

(...) Este caso que relatei foi bem efetivo, pelo que me recorde nunca tivemos problemas de atraso no tempo de chegada às enfermarias, sempre conseguimos chegar rápido, nós convivemos com as situações de urgências e emergências. No nosso dia a dia de trabalho, lidamos com os diversos tipos de intercorrências, então creio que nossa abordagem nesse caso se deu de forma muito rápida na unidade de internação (F13).

Nota-se que o tempo de resposta na chegada do TRR nas situações desveladas foi adequado, pois asseguraram um pronto atendimento e o restabelecimento dos pacientes que se encontram em situações de emergência clínica.

Além dos aspectos positivos relacionados ao tempo de chegada do TRR para a realização dos atendimentos emergenciais nas enfermarias, os exemplos negativos também foram expostos:

Como exemplo negativo, considero uma vez que fomos acionados em outro prédio, no prédio novo. Fomos atender uma parada cardíaca e o médico demorou a acessar a enfermaria (...) Havíamos 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. Estávamos nesta situação e houve certa demora em aplicar o choque e reverter o quadro o mais rápido possível (E13).

Lembro que, no último atendimento que participei, cheguei em menos de dois minutos na enfermaria, era realmente uma paciente em PCR, mas o médico demorou muito para chegar. Dificilmente ocorre desentendimento entre os profissionais aqui, mas o atraso dele acabou gerando um estresse maior ainda neste atendimento, pois você depende literalmente de um outro profissional para conseguir estabelecer uma via área artificial definitiva (F7).

Como exemplificado nas falas anteriores, o tempo de chegada dos profissionais do TRR para realizar os atendimentos emergenciais deve acontecer de acordo com a meta estabelecida pela instituição, com a necessidade de revisão do processo de atendimento, para que o paciente seja beneficiado com um atendimento rápido e qualificado nas unidades de internação não críticas.

DISCUSSÃO

Na população em estudo, observou-se a relação do reconhecimento da piora clínica do paciente na unidade de internação não crítica com as atividades subsequentes, como o acionamento do serviço e a chegada dos profissionais do time de resposta rápida para a realização do atendimento emergencial ao paciente.

A piora clínica manifesta-se por meio das alterações dos parâmetros vitais dos pacientes que são rotineiramente monitorados pelos profissionais de saúde das unidades de internação⁽¹⁴⁾. 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 para as aferições e, especialmente, na valorização dos profissionais de saúde que são os principais parceiros da qualidade da assistência”⁽¹⁵⁾.

Os profissionais de saúde das unidades de internação devem estar atentos para o imediato reconhecimento da piora clínica (sinais de alerta) do paciente, para que seja oportunizada a ativação imediata do TRR, uma vez que a tomada de decisão quanto ao agravo do quadro clínico do paciente e a devida alocação do time contribuirá com o aumento de sua sobrevida, evitando a ocorrência de EA durante o período de hospitalização⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

A literatura demonstra que o paciente hospitalizado exibe sinais de alerta ou de instabilidade clínica antes de evoluir para uma PCR, cerca de seis a oito horas, em até 85% dos casos⁽¹⁸⁾. Estudo australiano avaliou que o aumento da mortalidade hospitalar estava associado ao atraso dos profissionais nas enfermarias para o rápido reconhecimento da piora clínica e a ativação do TRR⁽¹⁹⁾.

Como uma proposta de melhoria do acionamento do TRR, dois hospitais americanos realizaram capacitações com as equipes de saúde das unidades de internação não críticas, utilizando cenários de simulações dos atendimentos

emergenciais em conjunto com os profissionais do TRR. 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 efetivo na reanimação cardiopulmonar⁽²⁰⁾.

Pesquisa realizada em um hospital universitário no Brasil constatou que a maioria dos entrevistados afirmou que os enfermeiros das unidades de internação não críticas são os principais responsáveis em acionar as equipes de resposta rápida. Os enfermeiros que atuam em unidades de internação são considerados os maiores aliados na ativação do TRR, por identificarem precocemente as alterações clínicas dos pacientes durante a assistência de saúde prestada por 24 horas diárias⁽⁷⁾.

A implementação do TRR deve ser um componente de esforço de toda a instituição para a melhoria relacionada ao atendimento emergencial e a promoção do cuidado seguro necessário aos pacientes. Esta inclui a educação permanente em saúde, a equipe de enfermagem capacitada e a previsão de recursos humanos e materiais para a manutenção da eficiência constante do serviço⁽²¹⁾.

Nesse sentido, os profissionais de saúde dos hospitais necessitam estar sensibilizados e seguros quanto aos critérios de ativação do TRR vigentes em seu hospital. A literatura reconhece a existência de níveis de conhecimento deficitários e a persistência de barreiras que resultam em atrasos na ativação dos TRR⁽²²⁾.

Pesquisa realizada verificou os chamados de 285 atendimentos ao TRR e promoveu a comparação entre dois grupos, sendo o primeiro aquele cujos chamados não apresentaram falhas de ativação e o segundo grupo aquele em que houve falhas de ativação do serviço. No grupo que apresentou descumprimento de ativação, houve uma maior taxa de PCR associada à elevada mortalidade imediata. O estudo reforçou a necessidade de as unidades de internação não críticas investirem na capacitação dos profissionais de saúde em relação aos critérios de ativação do TRR⁽²³⁾.

O atendimento inicial ao paciente que apresentou uma piora clínica durante seu período de internação nas enfermarias, aliado ao rápido acionamento do TRR por parte dos profissionais que atuam nessas unidades, contribuem sensivelmente para o aumento da taxa de sobrevida. O paciente é beneficiado com as intervenções terapêuticas necessárias em situações emergenciais, tais como os eventos de PCR. Em contrapartida, o retardo no seu acionamento ou não ativação do TRR pode acarretar graves danos a sua saúde⁽²⁴⁾.

Estudo realizado em um hospital escola de alta complexidade constatou que o indicador de qualidade para a medida do tempo de acionamento até a chegada dos profissionais do TRR na enfermaria variou entre um a três minutos, aproximadamente⁽²⁵⁾. O aspecto do tempo de chegada dos profissionais do TRR à unidade de internação é proporcionalmente essencial para a taxa de sobrevida dos pacientes, tornando-se um importante indicador de qualidade do serviço.

De acordo com a *American Heart Association*⁽²⁶⁾, a rapidez quanto às condutas adotadas é essencial e relaciona-se diretamente com o melhor prognóstico do paciente, com melhoria

em sua sobrevivência, além de redução de lesão cerebral irreversível. Tal afirmação corrobora os achados de estudo realizado em um hospital asiático, o qual apontou que o tempo médio de chegada dos profissionais do TRR para atendimento emergencial de PCR foi 1,6 minuto, sendo que o primeiro choque administrado para ritmo chocável foi realizado em até dois minutos e a primeira dose de administração de adrenalina endovenosa foi infundida dentro de 2,7 minutos⁽²⁷⁾.

O tempo para o atendimento das vítimas que evoluem para um evento de PCR é uma variável crucial e determinante. Estima-se que, para cada minuto em que o paciente não tenha assistência dos profissionais de saúde capacitados para a realização de reanimação cardiopulmonar, a sobrevivência diminui em 10%. Torna-se importante, então, a detecção e o atendimento rápido, a fim de possibilitar à vítima uma ressuscitação de alta qualidade e sem danos irreversíveis⁽²⁶⁾.

Nesse sentido, devem ocorrer reflexões sobre os motivos que caracterizaram as situações negativas, de acordo com as percepções dos profissionais que atuam nos TRR das duas instituições em estudo, para que se permitam melhorias no reconhecimento da piora clínica do paciente nas enfermarias, o rápido acionamento do serviço e o tempo de chegada ideal dos profissionais às enfermarias, contribuindo assim com atendimentos seguros e de qualidade aos pacientes hospitalizados.

Como limitação do estudo, destaca-se que os resultados representam a percepção das diferentes categorias profissionais que compõem os TRR de um hospital público e um hospital filantrópico localizados em um município do interior do estado do Paraná e da cidade de São Paulo – SP. Esse recorte não possibilita a generalização dos resultados, tornando necessárias pesquisas futuras com o intuito de ampliar a população e assim determinar se as exigências críticas estabelecidas foram satisfatórias para a caracterização dos atendimentos de emergência realizados por TRR de hospitais.

Entretanto, o estudo tem potencialidade para colaborar com o avanço da avaliação dos atendimentos realizados por TRR em hospitais no Brasil, em virtude da escassez de pesquisas com a temática aliada a abordagem qualitativa no país.

Este possibilita instituir estratégias de melhoria na assistência prestada aos pacientes que evoluem com o agravamento do quadro clínico em unidades de internação não críticas e, assim, contribuir com o alcance da segurança do paciente nas diversas instituições de saúde no Brasil e no mundo.

CONCLUSÃO

A função primordial do TRR é contribuir com uma assistência segura ao paciente hospitalizado na unidade de internação não crítica. O serviço, quando acionado pelo profissional da unidade, tem como objetivo realizar o atendimento com intervenções rápidas e eficazes frente à deterioração clínica súbita e inesperada do paciente e, consequentemente, caracteriza-se como forma de evitar sua evolução para um desfecho clínico desfavorável.

A PCR foi uma situação de predomínio dentre as emergências relatadas pelos profissionais entrevistados. Esta pode estar correlacionada por apresentar elevados índices de mortalidade. Trata-se de uma situação dramática que prescinde de uma equipe devidamente qualificada, com o objetivo de evitar os possíveis danos à saúde e a elevada probabilidade de mortalidade, sendo favorecida com um processo de trabalho que contemple uma equipe multiprofissional capacitada, com os devidos recursos e a infraestrutura adequada para realizar os atendimentos emergenciais.

O TRR contribui com a segurança do paciente no ambiente hospitalar, uma vez que presta assistência a fim de evitar EA em pacientes internados em leitos externos à UTI. Diante da identificação dos incidentes críticos positivos e negativos relatados por enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, foi possível reconhecer as facilidades e dificuldades vivenciadas por esses profissionais durante os atendimentos emergenciais.

Mesmo com as dificuldades enfrentadas por esses profissionais durante os atendimentos aos pacientes que se tornaram críticos nas unidades de internação, predominaram os relatos positivos nas diversas categorias. Estas legitimaram a importância da implantação do TRR nas duas instituições de saúde como contribuição à qualidade e a segurança aos pacientes que apresentaram EA durante o período de hospitalização.

RESUMO

Objetivo: Analisar os atendimentos de emergência na perspectiva dos profissionais dos times de resposta rápida em dois hospitais, sendo um público e um filantrópico, diante de incidentes críticos positivos e negativos. **Método:** Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 62 profissionais de saúde. Utilizou-se a Técnica do Incidente Crítico como referencial teórico-metodológico e, para análise dos dados, a análise de conteúdo. **Resultados:** Participaram 62 profissionais de saúde, sendo 23 enfermeiros, 20 fisioterapeutas e 19 médicos. Obteve-se o agrupamento de 89 incidentes críticos, sendo 66 considerados positivos e 23 negativos. As situações relacionadas aos atendimentos realizados pelos serviços foram classificadas em três categorias, a saber: o reconhecimento da deterioração clínica do paciente; o acionamento do time de resposta rápida na unidade; e o tempo de chegada do time de resposta rápida à enfermaria. **Conclusão:** Destaca-se que, apesar das dificuldades enfrentadas por esses profissionais durante os atendimentos aos pacientes que se tornam graves nas unidades de internação não críticas, predominaram relatos positivos nas três categorias, que legitimaram a importância do serviço como contribuição à qualidade e segurança dos pacientes hospitalizados.

DESCRITORES

Equipe de Respostas Rápidas de Hospitais; Parada Cardíaca; Reanimação Cardiopulmonar; Enfermagem em Emergência; Segurança do Paciente.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las atenciones de emergencia en la perspectiva de los profesionales de los equipos de respuesta rápida en dos hospitales, siendo uno público y otro filantrópico, ante incidentes críticos positivos y negativos. **Método:** Estudio descriptivo, exploratorio, con abordaje cualitativo, realizado con 62 profesionales de salud. Se utilizó la Técnica del Incidente Crítico como propuesta teórico-

metodológica y, para el análisis de los datos, el análisis de contenido. **Resultados:** Participaron 62 profesionales de salud, siendo 23 enfermeros, 20 fisioterapeutas y 19 médicos. Se obtuvo el agrupamiento de 89 incidentes críticos, siendo 66 considerados positivos y 23 negativos. Las situaciones relacionadas a las atenciones realizadas por los servicios fueron clasificadas en tres categorías, a saber: el reconocimiento del deterioro clínico del paciente; la activación del equipo de respuesta rápida en la unidad; y el tiempo de llegada del equipo de respuesta rápida al pabellón. **Conclusión:** Se destaca que, a pesar de las dificultades que enfrentan los profesionales durante la atención a pacientes que sufren deterioro en las unidades de cuidados no críticos, predominaran informes positivos en las tres categorías, que muestran la importancia del servicio como una contribución a la calidad y seguridad de los pacientes hospitalizados.

DESCRIPTORES

Equipo Hospitalario de Respuesta Rápida; Paro Cardíaco; Reanimación Cardiopulmonar; Enfermería de Urgencia; Seguridad del Paciente.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Patient safety research: introductory course - Session 1. What is patient safety? [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2017 Dec 27]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/
2. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Facts about patient safety [Internet]. Oakbrook Terrace; 2017 [cited 2017 Mar 23]. Available from: https://www.jointcommission.org/facts_about_patient_safety/
3. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Patient safety management from the perspective of nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(2):277-283. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013>
4. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev Assoc Med Bras [Internet]*. 2013 [cited 2018 Jan 14];59(5):421-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000500006&lng=en
5. Institute for Healthcare Improvement. 5 Million Lives Campaign. Getting started kit: rapid response team how to guide [Internet]. San Francisco; 2017 [cited 2018 Feb 06]. Available from: <http://www.ihc.org/Engage/Initiatives/Completed/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx>
6. Devita MA, Hillman K, Bellomo R. Textbook of rapid response systems: concepts and implementation. RRS's general principles. New York: Springer; 2011.
7. Dias AO, Grion CMC, Martins EAP. Quality analysis of the rapid response team in a university hospital: nurses' opinions [Internet]. *Ciênc Cuid Saúde* 2015 [cited 2018 Jan 30];14(1):917-923. Available from: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22919/pdf_314
8. Gonçalves PDS, Polessi JA, Bass LM, Santos GPD, Yokota PKO, Laselva CR, et al. Redução de paradas cardiorrespiratórias por times de resposta rápida. *Einstein*. 2012;10(4):44-8.
9. Angel M, Ghneim M, Song J, Brocker J, Tipton PH, Davis M. The effects of a rapid response team on decreasing cardiac arrest rates and improving outcomes for cardiac arrests outside critical care areas. *Medsurg Nurs*. 2016;25(3):153-9.
10. Jung B, Daurat A, DeJong A, Chanques G, Mahul M, Monnin M, et al. Rapid response team and hospital mortality in hospitalized patients. *Intensive Care Med*. 2016;42(4):494-504.
11. Flanagan JC. A técnica do incidente crítico. *Arq Bras Psic Aplic*. 1973;25(2):99-141.
12. Dela Coleta JA, Dela Coleta MF. A técnica dos incidentes críticos: 30 anos de utilização no Brasil, na psicologia, administração, saúde e educação. Taubaté: Cabral; 2004.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
14. Offner PJ, HEIT J, Roberts R. Implementation of a rapid response team decreases cardiac arrest outside of the Intensive Care Unit. *J Trauma*. 2007;62(5):1223-38.
15. Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, et al. Vital signs measurement: an indicator of safe care delivered to elderly patients. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2015 [cited 2017 Ago 17];24(4):1071-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01071.pdf
16. Walston JM, Cabrera D, Bellew SD, Olive MN, Lohse CM, Bellolio MF. Vital signs predict rapid-response team activation within twelve hours of emergency department admission. *West J Emerg Med*. 2016;17(3):324-30.
17. Simpson E. In-hospital resuscitation: recognising and responding to adults in cardiac arrest. *Nurs Stand*. 2016;30(51):50-63.
18. Jones D, Drennan K, Hart GK, Bellomo R, Web SAR. Rapid response team: composition, resourcing and calling criteria in Australia. *Resuscitation*. 2012;83(5):563-67.
19. Le Guen MP, Tobin AE, Reaid D. Intensive care unit admission in patients following rapid response team activation: call factors, patient characteristics and hospital outcomes. *Anaesth Intensive Care*. 2015;43(2):211-5.
20. Yager P, Collins C, Blais C, O'Connor K, Donovan P, Martinez M, et al. Quality improvement utilizing in-situ simulation for a dual-hospital pediatric code response team. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2016;88:42-6.
21. McCurdy MT, Wood SL. Rapid response systems: identification and management of the "prearrest state". *Emerg Med Clin North Am*. 2012;30(1):141-52.
22. Coventry C, Flabouris A, Sundararajan K, Cramey T. Rapid response team calls patients with a pre-existing not for resuscitation order. *Resuscitation*. 2013;84(8):1035-9.
23. Barbosa V, Gomes E, Vaz S, Azevedo G, Fernandes G, Ferreira A, et al. Failure to activate the in-hospital emergency team: causes and outcomes. *Rev Bras Ter Intensiva [Internet]*. 2016 [cited 2017 Mar 28];28(4):420-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2016000400420&lng=en&nrm=iso&tlng=en

24. Tirkkonen J, Yla-Mattila J, Olkkola KT, Huhtala H, Tenhunen J, Hoppu S. Factors associated with delayed activation of medical emergency team and excess mortality: an Utstein-style analysis. *Resuscitation*. 2013;84(2):173-8.
25. Santana-Santos E, Bezerra DG, Alberto MR, Ferreira FG, Palomo JSH, Silva CCB, et al. Perfil de atendimentos do código azul em um hospital escola especializado em cardio- pneumologia. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2017 [citado 2017 mar. 21];33(1). Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/705/231>
26. American Heart Association. Destaques das Diretrizes da American Heart Association para RCP e ACE. Guidelines 2015 [Internet]. Washington: AHA; 2015 [citado 2017 dez. 17]. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>
27. Eftychiou C, Georgiou M, Andreou A, Michaelides A, Yiangou K, Deligeorgis A, et al. Nicosia General Hospital cardiac arrest team: first year's practice and outcomes of in-hospital resuscitation. *Hellenic J Cardiol*. 2009;50(4):264-8.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.