

Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência

Evaluation of quality of Risk Classification in Emergency Services

Kelly Cristina Inoue¹

José Aparecido Bellucci Júnior²

Marília Angelina Ferreira Papa³

Raphaela Calinca Vidor⁴

Laura Misue Matsuda⁵

Descritores

Gerenciamento de segurança/classificação; Serviço hospitalar de emergência; Acolhimento; Equipe de enfermagem; Avaliação em enfermagem

Keywords

Safety management/classification; Emergency service, hospital; User embracement; Nursing, team; Nursing assessment

Submetido

21 de Janeiro de 2015

Aceito

4 de Março de 2015

Autor correspondente

Kelly Cristina Inoue
Av. Morangueira, PR 317, 6114,
Maringá, PR, Brasil. CEP: 87035-570
kcinoue1981@gmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500071>

Resumo

Objetivo: Avaliar a estrutura, o processo e o resultado do sistema de triagem Acolhimento com Classificação de Risco implantado em serviços de emergência brasileiros, sob a perspectiva de profissionais de enfermagem.

Métodos: Pesquisa transversal que incluiu 151 profissionais de enfermagem que responderam ao Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. Calculou-se o *Ranking* Médio de cada item e foi verificada a representatividade das dimensões estrutura, processo e resultado.

Resultados: Apenas a dimensão resultado, de um único serviço de emergência, foi avaliada como Satisfatória. As demais dimensões, de todos os serviços investigados, foram consideradas Precárias.

Conclusão: Os resultados indicaram melhorias na qualidade do atendimento prestado, com priorização dos casos graves, mas é preciso melhorar o fluxo do sistema de contrarreferência.

Abstract

Objective: To assess, on the basis of the perspective of nursing professionals, the structure, process, and results of a screening system, Embracement with Risk Classification, that was integrated in some Brazilian emergency services.

Methods: This cross-sectional study included 151 nursing professionals who completed the Instrument for Assessment of Embracement with Risk Classification. We measured the mean ranking of each item and representativeness of the structure, process, and result dimension.

Results: Only the dimension "result" of a single emergency service was evaluated as fair. The remaining dimensions, for all other services investigated, were considered poor.

Conclusion: Results indicated improvements in the quality of care delivered and prioritization of severe cases. However, improvements in the flow of against-reference system are still needed.

¹Faculdade Ingá, Maringá, PR, Brasil.

²Universidade Estadual do Norte do Paraná, Bandeirantes, PR, Brasil.

³Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Cianorte, PR, Brasil.

⁴Santa Casa de Misericórdia de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

⁵Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A triagem classificatória de risco envolve um complexo processo de tomada de decisão e, por isso, diferentes sistemas têm sido desenvolvidos no mundo todo, para auxiliar os enfermeiros na classificação de gravidade mais adequada a cada caso.^(1,2) De modo geral, esses sistemas de classificação visam diminuir o tempo de espera do paciente no serviço hospitalar de emergência, por meio da priorização do atendimento dos casos de maior gravidade, cujo prognóstico tende a ser mais sombrio com o atraso do início do tratamento.⁽¹⁾

Os sistemas de triagem classificatória de risco mais utilizados no âmbito internacional são: a *Australian Triage Scale*, *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*, *Manchester Triage Scale* e *Emergency Severity Index*. No Brasil, desde 2004, tem sido recomendado por órgão governamental, o Acolhimento com Classificação de Risco.

A saber, o Acolhimento com Classificação de Risco consiste na sistematização de um processo de Classificação de Risco, baseado em quatro níveis de gravidade, com ênfase nas ações de acolhimento do paciente e do seu acompanhante pela equipe de saúde, para a humanização da assistência. Trata-se de uma forma de ressignificar o processo de triagem, que comumente se esgota na recepção do paciente, tornando-o uma ação de inclusão que permeia todos os espaços e momentos do cuidado à saúde.

Os protocolos ou diretrizes que sustentam a classificação de gravidade no Acolhimento com Classificação de Risco, são definidos por parâmetros objetivos e subjetivos, tempos e fluxos passíveis de modificações, a critério de cada instituição.

Independentemente do sistema, a classificação de risco é um importante aspecto dos cuidados à saúde.⁽³⁾ Isso porque, quando realizada por enfermeiros experientes, além de contribuir à segurança do paciente, oportuniza a racionalização dos recursos da atenção à saúde.⁽⁴⁾ Contudo, para que se alcance resultados positivos com a sua implantação, é preciso garantir a adequação da estrutura e do processo de trabalho mediante constante avaliação.

Medidas da qualidade dos sistemas de classificação de risco têm sido estudadas, incluindo-se a análise de indicadores como: índice de confiabilidade da escala

de triagem, tempo de espera do paciente para o atendimento, taxa de admissão ou de eventos adversos, entre outros.⁽⁵⁾ Tais medidas, apesar de importantes, geralmente limitam a avaliação global da qualidade do serviço de emergência, em detrimento da avaliação unificada das ferramentas utilizadas para a triagem classificatória de risco em relação aos desfechos dos pacientes.

Apesar da complexa interação entre os fatores que compõem a avaliação da qualidade em saúde, esta tem sido pautada nas dimensões estrutura, processo e resultado, propostas por Avedis Donabedian e também reconhecidas como tríade donabediana.⁽⁶⁾

Torna-se necessário, portanto, conhecer quais se existem espaços para melhorias nos serviços que implantaram o Acolhimento com Classificação de Risco, sob a perspectiva de profissionais de enfermagem, já que o enfermeiro tem sido o responsável pelo procedimento de classificação de risco em consulta de enfermagem, subsidiada por protocolos discutidos e definidos conjuntamente à equipe médica que o respalda. Ademais, os profissionais da equipe de enfermagem desenvolvem atividades de cuidado direto aos pacientes em todo o processo de atenção à saúde e podem apontar fragilidades e potencialidades da estratégia de Acolhimento com Classificação de Risco na instituição.

Reconhece-se que, a identificação de problemas e/ou inadequações pode subsidiar a idealização e estabelecimento de ações locais por gestores e profissionais, de modo a aumentar a qualidade da assistência oferecida pelo serviço. Afinal, a monitorização da qualidade é caracterizada pelo exercício de vigilância contínua, de tal modo que desvios aos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.⁽⁶⁾ Por isso, o presente estudo teve como objetivo avaliar, na perspectiva de profissionais de enfermagem, a estrutura, o processo e o resultado do Acolhimento com Classificação de Risco em serviços hospitalares de emergência brasileiros.

Métodos

Pesquisa exploratória, de abordagem quantitativa, realizada entre março e maio de 2013, no serviço hospitalar de emergência de quatro hospitais do Es-

tado do Paraná, Brasil, designados aleatoriamente como I, II, III e IV.

O serviço hospitalar de emergência I integrava um hospital filantrópico de grande porte, o serviço II pertencia a um hospital privado sem fins lucrativos de grande porte e os serviços III e IV eram vinculados a hospitais gerais públicos, ambos de médio porte. Esses serviços (I, II, III e IV) implantaram o Acolhimento com Classificação de Risco em 2011, 2010, 2009 e 2007, respectivamente.

Realizou-se amostragem aleatória, por meio de sorteio, de 60% dos profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) cuja atuação direta no serviço de emergência fosse por um tempo igual ou superior a três meses. Nos casos em que o profissional se encontrava afastado do trabalho, independentemente do motivo, procedeu-se à sua reposição por novo sorteio. Não houve recusa ou desistência.

Com isso, participaram 151 profissionais de enfermagem, sendo 19 (12,6%) do serviço hospitalar de emergência I, 24 (15,9%) do serviço hospitalar de emergência II, 38 (25,2%) do serviço hospitalar de emergência III e 70 (46,4%) do serviço hospitalar de emergência IV.

Para a coleta de dados, realizou-se entrevista individual em ambiente privativo, no próprio local de trabalho, utilizando-se do “Instrumento para Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco”,⁽⁷⁾ que era composto de duas Partes. A Parte I era destinada à obtenção de dados sociodemográficos e profissionais dos participantes; e a Parte II, àqueles pertinentes à avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco.

Destaca-se que, a Parte II era constituída por 21 itens em escala tipo *Likert* de cinco níveis, divididos igualmente nas dimensões donabedianas: estrutura (itens de 1 a 7), processo (itens de 8 a 14) e resultado (itens de 15 a 21). A pontuação de cada item variou de 1 a 5 pontos, sendo que respostas com valores de 1 e 2 pontos foram consideradas como discordantes, respostas com o valor 3 pontos foi considerada nula ou indiferente e, aquelas com valores iguais a 4 ou 5 pontos, foram consideradas como concordantes.

Utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20, para análise estatística descritiva, com cálculo de frequência absoluta e percentual, bem como média e desvio padrão.

No que tange aos dados da Parte II, inicialmente, os valores dos itens que correspondem à forma negativa da escala (itens 3, 4, 5, 7, 10, 14, 16, 19 e 20) foram invertidos (positivados) para contabilização das pontuações gerais, requeridas pelo tratamento estatístico. Para realizar a análise dos itens do instrumento de avaliação foi utilizado o cálculo do *ranking* médio para avaliação de escalas *Likert*, a partir do qual se obtém a média ponderada para cada item/dimensão e após, divide-se este valor pelo número de respondentes. Resultados dessa operação com valores mais próximos a 5 pontos foram interpretados como de maior nível de satisfação dos profissionais e, quando mais próximos a 1 ponto, como de menor nível de satisfação.

Em seguida, verificou-se a representatividade da avaliação de cada dimensão donabediana a partir da pontuação média de seus respectivos itens, em que se considerou como: *Ótimo*, de 31,5 a 35 pontos; *Satisfatório*, de 26,2 a 31,4 pontos; *Precário*, de 17,5 a 26,1 pontos; e *Insuficiente*, de 7 a 17,4 pontos.⁽⁷⁾

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Na tabela 1 constam os dados de caracterização dos participantes, de acordo com o respectivo serviço de emergência em que atuavam.

Tabela 1. Caracterização dos participantes

SHE Variável	I n(%)	II n(%)	III n(%)	IV n(%)	Todos n(%)
Sexo					
Masculino	7(36,8)	9(37,5)	10(26,3)	21(30,0)	45(29,8)
Feminino	12(63,2)	15(62,5)	28(73,7)	49(70,0)	106(70,2)
Escolaridade					
Fundamental	-	-	-	1(1,4)	1(0,7)
Ensino Médio	11(57,9)	8(33,3)	29(76,3)	38(52,9)	85(56,3)
Ensino Superior	5(26,3)	5(20,8)	4(10,5)	11(15,7)	25(16,6)
Especialização	3(15,8)	10(41,7)	5(13,2)	20(28,6)	38(25,2)
Mestrado	-	1(4,2)	-	1(1,4)	2(1,3)
Categoria profissional					
Enfermeiro	4(21,1)	15(62,5)	7(18,4)	19(27,1)	45(29,8)
Técnico	15(78,9)	9(37,5)	31(81,6)	49(70,0)	104(68,9)
Auxiliar	-	-	-	2(2,9)	2(1,3)
Idade (anos)*	30,8±4,97	30,1±7,35	37,3±8,09	37,0±8,87	35,3±8,54
Tempo SHE (anos)*	3,8±3,15	2,2±1,76	3,9±3,74	3,7±5,06	3,5±4,15

SHE- Serviço Hospitalar de Emergência; *Média ± Desvio padrão

Na tabela 2, de acordo com cada um dos serviços, constam os respectivos resultados do cálculo do ranking médio da avaliação dos itens e suas respectivas somas. Nessa tabela, a pontuação média indica que a equipe de enfermagem considerou todas as dimensões donabedianas de todos os serviços como Precárias; com exceção da dimensão Resultado do serviço hospitalar de emergência III, que foi considerada Satisfatória.

Tabela 2. Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco

SHE - Variável	I	II	III	IV	Todos
Item/Dimensão	RM	RM	RM	RM	RM
1 Conforto do usuário/acompanhante	3,1	2,6	2,6	3,4	3,1
2 Ambiência acolhedora	3,9	3,3	3,3	4,0	3,8
3 Treinamento periódico	2,6	3,0	3,0	3,2	3,0
4 Privacidade nas consultas	3,2	3,6	3,6	3,4	3,4
5 Acolhimento do acompanhante	2,4	2,9	2,9	2,8	2,7
6 Sinalização do ambiente	3,1	3,5	3,5	3,3	3,3
7 Comunicação entre a equipe	2,7	3,5	3,5	3,7	3,6
Dimensão Estrutura (PM)	21,0	22,5	22,2	23,8	22,9
8 Segurança e conforto do usuário	3,6	3,6	3,6	4,0	3,9
9 Avaliação dos casos não graves	4,2	3,1	3,1	4,2	4,1
10 Conhecimento das condutas do ACCR	2,5	2,6	2,6	3,4	3,1
11 Relação entre liderança/liderados	3,0	3,3	3,3	3,3	3,2
12 Discussão sobre fluxograma	2,5	3,1	3,1	3,0	2,9
13 Equipe treinada	3,1	4,0	4,0	3,6	3,5
14 Reavaliação dos casos em espera	3,6	2,6	2,6	3,3	3,1
Dimensão Processo (PM)	22,5	22,2	23,6	24,8	23,8
15 Atendimento primário por gravidade do caso	3,7	3,6	3,6	3,9	4,0
16 Humanização do atendimento	3,2	3,5	3,5	3,6	3,5
17 Integração na equipe de saúde	3,6	3,5	3,5	3,7	3,6
18 Informação sobre o tempo de espera	3,6	2,6	2,6	3,9	3,7
19 Priorização dos casos graves	4,0	3,7	3,7	4,5	4,3
20 Contrarreferência	2,4	3,5	3,5	2,5	2,6
21 Satisfação com resultados do ACCR	3,4	2,8	2,8	3,7	3,5
Dimensão Resultado (PM)	23,9	23,1	26,2	25,8	25,2

RM - Ranking médio; PM - Pontuação média; SHE - Serviço Hospitalar de Emergência; ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco

Com base nos dados de caracterização, percebeu-se que a escolaridade dos participantes aponta para a qualificação dos profissionais de enfermagem, cuja quantidade foi maior que o número de enfermeiros entrevistados (n=45, 29,8%) e indica que os profissionais de enfermagem de nível técnico também eram graduados. Afinal, algumas das instituições investigadas ofereciam planos de carreira, que incorporavam adicionais monetários ao salário de trabalhadores como incentivo à participação em diferentes estratégias educativas, inclusive em cursos de graduação.

No que diz respeito ao tempo de atuação, os participantes tinham experiência na área. Nos serviços I e III, esses profissionais possivelmente viveram o período de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, o que possibilita realizar avaliações mais precisas sobre o tema em estudo.

Quanto à avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco, verificou-se que nenhum item atingiu *ranking* médio de pontuação máxima para satisfação (5 pontos) e nenhuma dimensão foi avaliada como Ótima e isso, indica que nos serviços de emergência investigados, ainda existe espaço para mudanças e melhorias.

De modo geral, o *ranking* médio de todos os itens de avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco se situou próximo aos valores 3 e 4 pontos, que simbolizam, respectivamente, neutralidade e concordância sobre a execução ou existência destes itens nos serviços de emergência. Mesmo com as dificuldades inerentes ao processo de implantação e de execução do Acolhimento com Classificação de Risco nos locais de estudo, o resultado referido pode ter se relacionado à percepção positiva dos profissionais de enfermagem quanto a esse dispositivo.

Pesquisa etnográfica realizada com 15 enfermeiros do serviço de emergência de um hospital dinamarquês, também constatou a existência de percepção positiva dos participantes sobre o processo de triagem, pois referiram sentirem-se seguros após a sua implantação no local onde atuavam.⁽⁸⁾

No que concerne à avaliação da Estrutura, esta foi considerada Precária em todos os serviços. Apesar das mudanças físicas realizadas contribuírem à huma-

Discussão

Este estudo constatou lacunas na operacionalização do Acolhimento com Classificação de Risco, que sustentam a necessidade de espaços para discussões e de ações que impulsionem à melhoria do atendimento nos serviços de emergência. Contudo, os resultados aqui apresentados não são generalizáveis, devido às limitações conferidas pela quantidade reduzida de participantes e de serviços avaliados, que apresentavam protocolos de classificação de risco e infraestrutura distintos.

nização do cuidado, falta ainda atenção às necessidades de conforto e segurança para o acompanhante.

As mudanças na estrutura física que demandam alterações na construção civil podem ser de difícil execução, mas é possível adotar soluções menos onerosas para o atendimento de propostas que remontam a adequação do local para garantir maior conforto do paciente e seus familiares, como aquelas que são pertinentes à privacidade, luminosidade e prevenção de excesso de ruído.^(9,10) Nesse sentido, para minimizar o problema e melhorar a ambiência e o acolhimento dos acompanhantes nos serviços de emergência, também poderiam ser adotadas medidas voltadas ao relaxamento e entretenimento, enquanto estes aguardam diagnósticos e/ou (re)avaliações.

Sobre a dimensão Processo, embora as avaliações tenham sido melhores do que aquelas apresentadas na dimensão Estrutura, todos os serviços também foram avaliados como Precários.

Destaca-se que, houve concordância dos participantes quanto ao item relacionado à avaliação dos casos não graves que procuram por atendimento nos serviços de emergência (item 9, RM=4,1 pontos); assim como naquele em que se questionou se os profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco contribuíam para que o usuário se sentisse seguro e confortável (item 8, RM=3,9 pontos).

Ressalta-se, entretanto, que houve tendência à neutralidade nas respostas no que tange às discussões sobre o fluxograma, conhecimento sobre as condutas do Acolhimento com Classificação de Risco, reavaliação dos casos em espera e relação entre liderança e liderados. Esses dados demonstraram fragilidades do Acolhimento com Classificação de Risco na dimensão Processo porque, quando não há boa relação entre liderança e liderados, a comunicação entre os profissionais da equipe tende a ser comprometida. Desse modo, as discussões sobre o fluxograma, provavelmente, podem ter sido prejudicadas e, por conseguinte, culminaram em falta de entendimento sobre as condutas do Acolhimento com Classificação de Risco, inclusive acerca de estratégias que poderiam contribuir para a reavaliação dos casos em espera.

É importante lembrar que, falhas no processo de comunicação entre os integrantes da equipe mul-

tiprofissional podem acarretar em eventos adversos e resultados negativos à saúde do paciente, sendo necessária a adoção de estratégias que contribuam à promoção do trabalho em equipe e facilitem a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde.⁽¹¹⁾ Especialmente aos enfermeiros, no desempenho das suas atividades e ao sucesso da implantação do sistema de classificação de risco, faz-se importante que estes desenvolvam habilidades de comunicação e de avaliação, associadas ao conhecimento dos princípios ético-legais e técnico-científicos que regem a profissão.⁽³⁾ Além disso, para que as mudanças sejam implementadas, as lideranças necessitam desenvolver espaços de diálogo com a equipe e acolher as propostas de melhorias.

Quanto à reavaliação dos casos em espera nos serviços II (RM=2,6 pontos) e III (RM=2,6 pontos), seria interessante que ambas as instituições iniciassem um trabalho de orientação aos enfermeiros do Acolhimento com Classificação de Risco, no sentido de sensibilizá-los sobre a importância da observação e da evolução dos casos que aguardam pelo atendimento médico. Apesar da reavaliação consumir mais tempo de trabalho dos profissionais e, poder dar origem à insatisfação profissional na vigência de *déficit* de trabalhadores,⁽⁸⁾ é preciso considerar que a classificação de risco é um processo dinâmico, que implica em reavaliação periódica do risco daqueles que aguardam pelo atendimento, já que a condição clínica do paciente pode ser agravada pelo tempo.⁽¹⁻³⁾

Com relação à dimensão Resultado, é importante salientar que, apenas o serviço de emergência III obteve avaliação Satisfatória. Nos demais serviços, essa dimensão foi considerada Precária, mas ainda assim, obteve maior ranking médio final do que as duas dimensões anteriores (Estrutura e Processo). Diante de resultados como esses, que apontaram para a melhoria da qualidade do atendimento, considera-se que, a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco possui potencial para transformar a realidade, mesmo em locais e condições que não sejam tão favoráveis.⁽¹⁰⁾

No Acolhimento com Classificação de Risco de todos os serviços avaliados, os pacientes graves eram priorizados para o atendimento (item 19,

RM=4,3 pontos), e o atendimento primário ocorria pela gravidade do caso e não mais pela ordem de chegada (item 15, RM=4,0 pontos). Apesar disso, verificou-se a necessidade de melhoria do sistema de contrarreferência, principalmente no serviço de emergência I (item 20, RM=2,4 pontos) e no IV (item 20, RM=2,6 pontos). Esse dado, sem dúvida, merece atenção especial dos gestores, pois pacientes que demandavam cuidados de menor complexidade assistencial e que poderiam ser atendidos na atenção primária, recorriam ao serviço hospitalar de emergência, contribuindo à superlotação nestes locais, ao aumento dos custos em saúde e à redução da qualidade do atendimento.⁽¹²⁾

Reconhece-se no entanto, que todos os pacientes que procuram atendimento de emergência precisam ser avaliados e classificados para garantir o recebimento de assistência adequada e assim, reduzir o risco de eventos adversos e possibilitar a avaliação do sistema para garantir as melhores práticas.⁽³⁾ Nesse sentido, é importante aprofundar as discussões sobre os motivos da insatisfação dos profissionais de enfermagem com o sistema de referência e contrarreferência, que pressupõem fragilidades na atenção básica e falta de integração na rede de atenção à saúde.

Conclusão

Os profissionais de enfermagem indicaram que há precariedade em todas as dimensões donabedianas, principalmente nos itens que compõem a dimensão estrutura. Apesar de o Acolhimento com Classificação de Risco proporcionar satisfação quanto à priorização dos casos graves, existe espaço para muitas melhorias, especialmente no que diz respeito ao sistema de contrarreferência nos serviços avaliados.

Colaborações

Inoue KC, Bellucci Júnior JA, Papa MAF, Vidor RC e Matsuda LM declaram que contribuíram com a redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Jonsson H, Asplund K, Göransson KE. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2011 Jun; 19:42.
2. FitzGerald G, Jelinek GA, Scott D, Gerdtz MF. Emergency department triage revisited. *Emerg Med J*. 2010 Feb; 27(2):86-92.
3. Ganley L, Gloster AS. An overview of triage in the emergency department. *Nurs Stand*. 2011; 26(12):49-56.
4. Ek B, Svedlund M. Registered nurses' experiences of their decision-making at an Emergency Medical Dispatch Centre. *J Clin Nurs*. 2014 Oct 2. doi: 10.1111/jocn.12701. [Epub ahead of print].
5. Qureshi NA. Triage systems: a review of the literature with reference to Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*. 2010;16(6):690-8.
6. Best M, Neuhauser D. Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(6):472-3.
7. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. *Rev. bras. enferm*. 2012;65(5):751-7.
8. Johansen MB, Forberg JL. Nurses' evaluation of a new formalized triage system in the emergency department - a qualitative study. *Dan Med Bull*. 2011;58(10):A4311.
9. Trochelman K, Albert N, Spence J, Murray T, Slifcak E. Patients and their families weigh in on evidence-based hospital design. *Crit Care Nurse*. 2012;32(1):e1-e10.
10. Bromley E. Building patient-centeredness: Hospital design as an interpretive act. *Soc Sci Med*. 2012;75(6):1057-66.
11. Liaw SY, Zhou WT, Lau TC, Siau C, Chan SW. An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for a deteriorating patient. *Nurs Educ Today*. 2014;34(2):259-64.
12. Shaw EK, Howard J, Clark EC, Etz RS, Arya R, Tallia AF. Decision-making processes of patients who use the emergency department for primary care needs. *J Health Care Poor Underserved*. 2013;24(3):1288-305.