

Percepção de enfermeiros sobre a qualidade do Time de Resposta Rápida

Nurses' perception of the quality of the Rapid Response Team

Percepción de enfermeros sobre la calidad del Equipo de Respuesta Rápida

Ágatha Stahl de Queiroz¹

ORCID: 0000-0001-8094-9141

Lília de Souza Nogueira¹

ORCID: 0000-0001-5387-3807

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem,
São Paulo-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Queiroz AS, Nogueira LS. Nurses' perception of the quality of the Rapid Response Team. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(Suppl 1):228-34. [Thematic Issue: Work and Management in Nursing]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0168>

Autor Correspondente:

Ágatha Stahl de Queiroz
E-mail: agatha.queiroz@usp.br

Submissão: 03-04-2017

Aprovação: 25-05-2018

RESUMO

Objetivo: verificar a percepção de enfermeiros sobre a qualidade do Time de Resposta Rápida nas dimensões estrutura, processo e resultado, bem como a influência do tempo de atuação na instituição e o turno de trabalho dos profissionais nessa percepção. **Método:** estudo transversal, realizado entre setembro e outubro de 2016, com aplicação de questionário a 55 enfermeiros de unidades de internação ou integrantes do Time de Resposta Rápida. Utilizaram-se o índice de positividade e testes inferenciais na análise dos dados. **Resultados:** identificou-se índice de positividade satisfatório em 25 dos 37 itens analisados, e as principais fragilidades ocorreram na dimensão processo. Houve discrepância na percepção dos profissionais com diferentes tempos de atuação na instituição quanto a materiais de consumo médico-hospitalar ($p=0,05$) e decisão de acionamento do Time de Resposta Rápida ($p=0,03$), além do turno de trabalho e comunicação entre os membros envolvidos ($p=0,02$). **Conclusão:** a percepção dos enfermeiros sobre a qualidade do Time de Resposta Rápida é satisfatória, especialmente nos domínios estrutura e resultado.

Descritores: Equipe de Respostas Rápidas de Hospitais; Gestão da Qualidade; Enfermagem; Unidades de Internação; Cardiologia.

ABSTRACT

Objective: verify the perception nurses have of the quality of the Rapid Response Team in the structure, process and outcome dimensions, as well as the influence of time of practice in the institution and the work shift of the professionals on this perception. **Method:** cross-sectional study, conducted between September and October 2016, with questionnaires to 55 nurses working in inpatient care units or members of the Rapid Response Team. The positive index and inferential tests were used in the data analysis. **Results:** a satisfactory positive index was identified in 25 of the 37 items analyzed, and the main frailties occurred in the process dimension. There was discrepancy in the perception of professionals with different length of time in the institution about medical consumables ($p=0.05$) and request for the Rapid Response Team ($p=0.03$), besides the work shift and communication among the members involved ($p=0.02$). **Conclusion:** the nurses' perception of the quality of the Rapid Response Team is satisfactory, especially in the areas of structure and outcome.

Descriptors: Rapid Response Team of Hospitals; Quality Management; Nursing; Inpatient Care Units; Cardiology.

RESUMEN

Objetivo: verificar la percepción de enfermeros sobre la calidad del Equipo de Respuesta Rápida en las dimensiones estructura, proceso y resultado, así como la influencia del tiempo de actuación en la institución y el turno de trabajo de los profesionales en esa percepción. **Método:** estudio transversal, realizado entre septiembre y octubre de 2016, con aplicación de cuestionario a 55 enfermeros de unidades de internación o integrantes del Equipo de Respuesta Rápida. Se utilizaron el índice de positividad y pruebas inferenciales en el análisis de los datos. **Resultados:** se identificó índice de positividad satisfactorio en 25 de los 37 ítems analizados, y las principales fragilidades ocurrieron en la dimensión proceso. Se observó una discrepancia en la percepción de los profesionales con diferentes tiempos de actuación en la institución en cuanto a materiales de consumo médico-hospitalario ($p=0,05$) y decisión de accionamiento del Equipo de Respuesta Rápida ($p=0,03$), además del turno de trabajo y comunicación entre los miembros involucrados ($p=0,02$). **Conclusión:** la percepción de los enfermeros sobre la calidad del Equipo de Respuesta Rápida es satisfactoria, especialmente en los dominios estructura y resultado.

Descriptores: Equipo Hospitalario de Respuesta Rápida; Gestión de la Calidad; Enfermería; Unidades de Internación; Cardiología.

INTRODUÇÃO

A criação de sistemas de atendimento de qualidade ocorreu originalmente nos setores industriais do Japão, dos Estados Unidos da América (EUA) e de países da Europa na década de 1950 e estimulou teorias sobre como a produção de materiais e serviços pode alcançar a melhoria da qualidade contínua (MQC)⁽¹⁾.

A MQC na área da saúde é baseada na implementação e avaliação de variáveis gerenciais que proporcionam adequada organização às instituições e implantação de sistemas que beneficiam a atuação dos profissionais, sempre em busca de clareza, foco, disciplina e compromisso no cuidar⁽²⁾.

Avedis Donabedian, estudioso em gestão de qualidade em saúde, referia que o processo de avaliação da qualidade é a principal maneira de determinar o grau de sucesso dos atores em saúde e que monitorizar a qualidade reflete em detectar e corrigir precocemente os desvios dos padrões estabelecidos⁽³⁾. Pesquisadores ressaltam que, ao utilizar a tríade de Donabedian nas avaliações (foco nas dimensões estrutura, processo e resultado), é possível caracterizar os recursos que se empregam na assistência prestada, os elementos típicos das práticas e o estado de saúde do indivíduo como resultado dessa interação⁽⁴⁾.

A preocupação com a qualidade em saúde é evidenciada pelo movimento de grandes instituições que têm por objetivo sistematizar práticas e processos^(1,5). Em 2004 o Institute for Healthcare Improvement (IHI) promoveu nos EUA o desafio intitulado "Campanha 100.000 Vidas" com o objetivo de reduzir os índices de morbidade e mortalidade nos cuidados prestados em saúde^(6,7). Entre as metas propostas para as instituições hospitalares, destacam-se a implementação do Time de Resposta Rápida (TRR), que tem como foco a formação de uma equipe especializada capaz de confirmar e agir sob sinais de declínio clínico de pacientes hospitalizados em unidades não críticas, evitando paradas cardiorrespiratórias (PCR) e reduzindo a mortalidade hospitalar⁽⁶⁾.

A American Heart Association (AHA), ao analisar os desfechos sobre cuidados prestados aos pacientes com problemas cardiovasculares e estabelecer diretrizes de atendimento, orienta as melhores práticas aos profissionais da saúde envolvidos. Em 2015 a AHA realizou a mais recente atualização dessas diretrizes e propôs a necessidade de não somente compreender e executar a prática de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), mas também de reconhecer precocemente a piora clínica dos pacientes em diversos cenários, garantindo a eficiência dos sistemas de cuidados e a MQC da assistência⁽⁸⁾.

Nesse contexto, a inserção do TRR no primeiro elo da cadeia de sobrevivência da AHA (denominado "vigilância e prevenção") para o atendimento ao paciente em PCR no ambiente intra-hospitalar (PCR IH), além de promover a identificação precoce desses eventos, possibilita a redução do número de PCR ocorridas fora da Unidade de Terapia Intensiva (UTI)⁽⁹⁾, minimiza o número de admissões em unidades críticas e as taxas de mortalidade⁽²⁾, garantindo assim a MQC da assistência prestada aos pacientes em iminente instabilidade hemodinâmica⁽¹⁰⁾.

Os eventos de PCR IH podem ocorrer em enfermarias, onde não são previstos equipamentos de vigilância clínica contínua, sendo o TRR fortemente recomendado nessas unidades. O TRR deve ser formado por uma equipe multiprofissional que, utilizando-se de uma boa interação e de habilidades técnico-científicas, poderá,

a partir do acionamento feito pelo profissional que reconhece a beira-leito as alterações clínicas do paciente, rapidamente confirmá-las e assim promover a RCP ou outras medidas de tratamento clínico, se apropriadas, com efetividade e qualidade⁽²⁾.

Deve-se salientar que historicamente a enfermagem é conhecida por ser a detentora da prática de vigilância e monitorização constante dos sinais clínicos de pacientes e, portanto, a protagonista na detecção precoce de PCR e na tomada de decisão rápida para acionar o TRR, já que tais habilidades possivelmente advêm do tempo de experiência profissional atrelado às memórias de situações passadas ou à intuição⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Os códigos de acionamento do TRR, capazes de traduzir em um único sinal a condição de instabilidade do paciente ou PCR presenciada⁽¹³⁾, são ferramentas que vêm auxiliando o cotidiano dos enfermeiros que atuam em unidades não críticas⁽¹¹⁻¹²⁾. Entretanto, para otimizar a tomada de decisão nessas situações, é necessário que o gerenciamento de cuidados e riscos seja organizado e bem estruturado, promovendo estabilidade clínica, segurança e bem-estar dos pacientes sob os olhares da equipe de enfermagem. Além disso, as barreiras interprofissionais, organizacionais e institucionais devem ser identificadas e removidas, pois influenciam no processo de identificação, resposta e redução de eventos adversos⁽¹⁴⁾.

Considerando que estabelecer metas e mudar processos dependem da mensuração regular da prática do cuidar, que compreender melhor a dinâmica do TRR (em suas dimensões estrutura, processo e resultado) pelas experiências dos enfermeiros permite identificar como esse recurso impacta o ambiente de trabalho, a própria configuração do TRR e os atendimentos prestados^(5,15) e tendo em vista que pouco se conhece sobre essa abordagem, justifica-se a importância desta pesquisa.

OBJETIVO

Verificar a percepção de enfermeiros sobre a qualidade do TRR segundo as dimensões estrutura, processo e resultado e identificar se o tempo de atuação na instituição e o turno de trabalho dos profissionais influenciam essa percepção.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Desenho, local e período

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, desenvolvido entre setembro e outubro de 2016 em um hospital público de alta complexidade, especializado em cardiopneumologia, localizado na cidade de São Paulo, Brasil, em que o TRR foi instituído há cinco anos⁽¹³⁾.

População ou amostra: critérios de inclusão e exclusão

A amostra foi constituída por enfermeiros que atuavam como integrantes do TRR ou na assistência direta aos pacientes em uma das unidades de internação da instituição (unidades não críticas

de adultos). Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou em licença médica no período da coleta de dados. Dos 76 profissionais convidados a participar do estudo, dez se recusaram e onze não devolveram o instrumento de coleta de dados preenchido, contabilizando uma amostra final de 55 profissionais.

Protocolo do estudo

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foi solicitada à coordenação de enfermagem da instituição uma lista contendo os nomes dos enfermeiros que respondiam aos critérios de inclusão na pesquisa.

Os enfermeiros foram convidados a participar do estudo pela pesquisadora, que explicou os objetivos e a forma de coleta das informações. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi entregue um questionário no início do plantão, recolhido após o período estabelecido conforme a conveniência de cada participante.

Esse questionário era composto por duas partes. A primeira abordava aspectos relacionados ao perfil demográfico, educacional e profissional dos participantes, além de informações sobre conhecimento e acionamento do TRR e certificação nos cursos *Basic Life Support* (BLS) e/ou *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS).

A segunda parte continha um instrumento criado e validado em 2014 por pesquisadores da Universidade Estadual de Londrina (UEL), no Paraná, o qual objetiva contemplar as dimensões representativas que mais impactam o atendimento de um TRR: estrutura (recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos, normas, rotinas, sistemas de valores e expectativas); processo (análise do desenvolvimento da assistência segundo padrões técnico-científicos aceitos internacionalmente); e resultado (consequências das atividades realizadas). Para a dimensão estrutura, são descritas nove afirmativas (E1 a E9); para processo, vinte (P1 a P20); e para resultado, oito (R1 a R8). As opções de resposta contemplam as categorias "sim", "não" ou "não se aplica"⁽⁵⁾. A utilização desse instrumento no estudo teve autorização dos pesquisadores responsáveis por sua criação.

Análise dos resultados e estatística

Estatísticas descritivas foram realizadas para caracterização da amostra. O índice de positividade (IP)⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ foi aplicado para cada um dos 37 itens do questionário separadamente, considerando-se as respostas "sim" ou "não" dos sujeitos da pesquisa. A resposta "não se aplica" contida no instrumento de coleta reflete a não exposição do paciente e/ou do profissional à condição descrita no respectivo item e, portanto, foi excluída das análises.

O IP foi aplicado a cada item e utilizado para calcular a média de cada dimensão, a partir da aplicação da equação descrita adiante. Com base na literatura consultada⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, o valor de IP $\geq 70\%$ foi adotado como parâmetro para avaliar a qualidade do atendimento do TRR.

$$\text{Índice de Positividade (IP)} = \frac{\text{n}^\circ \text{ respostas afirmativas}}{\text{n}^\circ \text{ respostas afirmativas} + \text{n}^\circ \text{ respostas negativas}} \times 100$$

Para verificar a influência do tempo de atuação na instituição e do turno de trabalho (diurno ou noturno) na percepção dos profissionais sobre a qualidade do TRR, foram aplicados os testes Exato de Fisher ou t-Student. O software Statistical Package for

the Social Sciences (SPSS), versão 22, foi utilizado nas análises estatísticas com nível de significância adotado de 5%.

RESULTADOS

Dos 55 enfermeiros que compuseram a amostra final do estudo, a maioria era do sexo feminino (n=50; 90,9%) e exercia atividade assistencial direta aos pacientes (n=41; 74,5%) nas unidades de internação. A média de idade da casuística foi de 40,7 \pm 11,2 anos, e 31 profissionais (56,4%) tinham entre 25 e 40 anos de idade. Observou-se pequena diferença entre o tempo de formação (média aproximada de dezesseis anos) e o tempo de atuação dos enfermeiros na instituição (média aproximada de quinze anos).

Um total de 46 profissionais (83,6%) relatou ter concluído pós-graduação *lato sensu*, com destaque para as áreas de cardiologia (n=34, 61,8%) e administração hospitalar (n=11, 20,0%), e dezoito (32,7%) tinham duas ou mais especializações finalizadas. Sobre as certificações internacionais, 40 profissionais (72,7%) concluíram o BLS, e 46 (83,6%) o ACLS.

Quando questionados sobre o TRR, todos os enfermeiros afirmaram ter conhecimento da estratégia. Na instituição, 44 profissionais (80,0%) já haviam acionado pelo menos uma vez o TRR, e um total de catorze enfermeiros (25,5%) era integrante do TRR.

Observa-se nas Tabelas 1, 2 e 3 que os enfermeiros consideraram satisfatória a qualidade do TRR na instituição (IP $\geq 70,0\%$) em 25 (67,6%) dos 37 itens descritos no instrumento, e dois itens atingiram IP de 100,0% (P20 e R1). O valor médio do IP da dimensão processo foi 64,8% e das dimensões estrutura e resultado foram 78,7% e 87,6% respectivamente.

As principais fragilidades apontadas por esses profissionais (IP $< 70,0\%$) foram relacionadas ao processo (Tabela 1). Questões associadas ao conhecimento do enfermeiro sobre as condições clínicas de todos os pacientes atendidos na unidade (P9) e a comunicação efetiva entre médico do TRR e médico da clínica titular nas condutas sugeridas aos pacientes (P15) alcançaram IP de 68,2%.

Aspectos relacionados ao acionamento do TRR pelo enfermeiro da unidade a partir de alguma alteração do paciente (P2), às ações educativas desenvolvidas pelo TRR para capacitar novas equipes do time (P10) e equipe de enfermagem nas unidades de atuação (P11), assim como a comunicação entre o TRR e o enfermeiro nas unidades durante visitas aos pacientes (P16) tiveram IP que variaram de 40,5% a 53,8%.

Valores de IP inferiores a 10,0% foram identificados nas atividades do TRR voltadas às visitas aos pacientes em demanda reprimida (P6), ao estabelecimento de plano de tratamento aos doentes críticos nas unidades (P7) e à discussão diária sobre o plano de assistência prestada com os profissionais da unidade aos pacientes em demanda reprimida ou classificados nos códigos azul e amarelo (P8).

Para a dimensão estrutura, a qualidade insatisfatória do TRR foi relacionada aos aspectos da estrutura física da unidade que não proporciona um atendimento seguro e eficaz aos pacientes (E7) e à ausência de um enfermeiro exclusivo para atuação junto ao TRR na instituição (E9), conforme demonstrado na Tabela 2.

Observa-se na Tabela 3 que o único item da dimensão resultado com apontamento negativo (IP $< 70\%$) pelos enfermeiros foi a ausência de divulgação mensal, pela instituição ou coordenador do TRR, dos resultados dos atendimentos realizados nas unidades (R8).

Tabela 1 – Índice de positividade da percepção dos enfermeiros sobre a qualidade do Time de Resposta Rápida segundo a dimensão processo São Paulo, Brasil, 2016

Dimensão Processo	Índice de Positividade (%)
P1. A decisão em acionar o TRR depende exclusivamente dos sinais de deterioração clínica estabelecidos nos códigos azul e amarelo.	84,3
P2. O TRR também deve ser acionado quando o enfermeiro da unidade está preocupado com alguma alteração no paciente, independente dos sinais vitais apresentarem-se estáveis.	42,0
P3. A equipe do TRR, quando solicitada, comparece em até 3 minutos para início do atendimento ao paciente em código azul.	71,7
P4. A equipe do TRR, quando solicitada, comparece em até 4 minutos para início do atendimento ao paciente em código amarelo.	82,3
P5. Durante um evento de código azul ou amarelo na unidade, ocorre facilidade em acionar/ localizar o TRR na instituição.	93,9
P6. O TRR realiza visitas no período da manhã e da tarde aos pacientes em demanda reprimida na unidade.	5,0
P7. O TRR participa no estabelecimento do plano de tratamento dos pacientes críticos na unidade.	5,5
P8. O TRR discute diariamente o plano de assistência prestada com os profissionais (enfermeiro, médico plantonista, médico residente) da unidade envolvidos no atendimento aos pacientes em demanda reprimida ou classificados nos códigos azul e amarelo.	7,7
P9. O enfermeiro do turno conhece as condições clínicas de todos os pacientes atendidos/ acompanhados pelo TRR na unidade sob sua supervisão, assim como as condutas e tratamentos prescritos.	68,2
P10. O TRR desenvolve ações educativas, capacitando novas equipes do TRR para o atendimento a pacientes críticos nas unidades.	53,8
P11. O TRR desenvolve ações educativas à equipe de enfermagem nas unidades de atuação	53,2
P12. Os dados provenientes dos atendimentos realizados pelo TRR são utilizados como indicadores de qualidade e/ou segurança nas unidades	83,3
P13. O TRR possui grupo de pesquisa/estudo formado pela equipe do TRR e por profissionais das unidades.	72,5
P14. É fundamental o acompanhamento dos pacientes críticos em demanda reprimida pelo TRR, devido à dificuldade de transferência imediata para a Unidade de Terapia Intensiva.	86,7
P15. Ocorre uma comunicação efetiva entre o médico do TRR e o médico da clínica titular nas condutas sugeridas aos pacientes.	68,2
P16. O TRR se comunica com o enfermeiro ao realizar visita aos pacientes nas unidades.	40,5
P17. A comunicação entre membros do TRR e o enfermeiro da unidade é efetiva, clara e objetiva.	89,4
P18. Os profissionais do TRR são acessíveis para o atendimento dos códigos amarelo e azul e ou demanda reprimida.	90,0
P19. O enfermeiro da unidade acompanha o atendimento do código azul durante o período total de atendimento, juntamente com os profissionais do TRR	98,1
P20. O enfermeiro da unidade acompanha o atendimento do código amarelo durante o período total de atendimento, juntamente com os profissionais do TRR.	100,0

Nota: Time de Resposta Rápida (TRR).

Tabela 2 – Índice de positividade da percepção dos enfermeiros sobre a qualidade do Time de Resposta Rápida segundo a dimensão estrutura, São Paulo, Brasil, 2016

Dimensão Estrutura	Índice de Positividade (%)
E1. O enfermeiro é o principal responsável em acionar o TRR, pois se apresenta 24 horas ao lado do paciente	84,9
E2. Os materiais permanentes (monitor de pressão arterial não invasivo, cardioscópio, oxímetro de pulso, desfibrilador, ventilador mecânico, aspirador de secreções, glicosímetro, bomba de infusão, rede de gases, dentre outros) são suficientes e disponíveis quando solicitados pelo TRR	76,9
E3. Os materiais de consumo médico-hospitalar (equipos de infusão, dispositivos agulhados, medicamentos, materiais para intubação, dentre outros) são de quantidades suficientes para o atendimento aos pacientes assistidos pelo TRR.	92,6
E4. Os pacientes atendidos pelo TRR na unidade dispõem de recursos na equipe de enfermagem capacitados e em número suficiente para prestar o atendimento necessário.	71,1
E5. O carro de emergência da unidade possui os materiais e equipamento necessários, conforme protocolo adotado na instituição, para o atendimento dos pacientes pelo TRR.	98,2
E6. O manual/protocolo de rotinas sobre o TRR está disponível e tem fácil acesso na unidade.	96,1
E7. A estrutura física da unidade proporciona um atendimento seguro e eficaz (sem rampa, portas amplas, espaço adequado entre leitos, iluminação, rede elétrica, rede de gases, bancada para monitor/bomba infusão) aos pacientes atendidos pelo TRR.	43,6
E8. Existe na instituição um local exclusivo para a realização de reuniões técnicas ou de pesquisa do TRR.	80,0
E9. Há na instituição um enfermeiro exclusivo para atuação junto ao TRR.	64,7

Nota: Time de Resposta Rápida (TRR).

As tabelas a seguir mostram as variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) nas respostas dos profissionais sobre o TRR segundo o tempo de atuação na instituição (Tabela 4) e o turno de trabalho (Tabela 5). Observa-se na Tabela 4 que os enfermeiros que responderam “sim” às questões sobre materiais de consumo médico-hospitalar em

quantidades suficientes para o atendimento (E3) e sobre a decisão de acionar o TRR depender exclusivamente dos sinais de deterioração clínica estabelecidos nos códigos azul e amarelo (P1) apresentavam significativamente maior tempo de atuação na instituição se comparados àqueles que responderam de forma negativa a essas questões.

Tabela 3 – Índice de positividade da percepção dos enfermeiros sobre a qualidade do Time de Resposta Rápida segundo a dimensão resultado, São Paulo, Brasil, 2016

Dimensão Resultado	IP (%)
R1. Com o atendimento do médico titular e do TRR prestado concomitantemente, tenho maior segurança na execução da assistência de enfermagem prestada na unidade sob minha supervisão.	100,0
R2. Enquanto enfermeiro não tenho receio de receber críticas da instituição ou do coordenador do TRR, ao acionar a equipe do serviço, quando os pacientes não atendem aos critérios estabelecidos pelo protocolo.	72,7
R3. O atendimento diferencial proposto pelo TRR ao paciente em demanda reprimida e/ou acompanhado por 72 horas após a alta da Unidade de Terapia Intensiva melhora a assistência prestada aos pacientes.	79,3
R4. É fundamental implantar o atendimento do TRR no período noturno na instituição	93,7
R5. A atuação do TRR reduz o risco de deterioração clínica dos pacientes nas unidades.	92,4
R6. A atuação do TRR reduz a taxa de mortalidade dos pacientes em código azul, amarelo ou demanda reprimida.	96,3
R7. O TRR e a equipe de enfermagem da unidade sob minha supervisão possuem um bom relacionamento interpessoal.	91,7
R8. A instituição ou o coordenador do TRR fornecem mensalmente os resultados dos atendimentos realizados nas unidades.	40,5

Nota: Time de Resposta Rápida (TRR).

Tabela 4 – Comparação das médias do tempo de atuação na instituição segundo respostas dos enfermeiros sobre a qualidade do Time de Resposta Rápida, São Paulo, Brasil, 2016

Variáveis	Categorias	Tempo de atuação da instituição Média (Desvio Padrão)	Valor de p*
E3.	Sim	15,3 (9,6)	0,05
	Não	5,7 (1,7)	
P1.	Sim	16,1 (9,1)	0,03
	Não	8,4 (9,1)	

Nota: *Teste t-Student.

Tabela 5 – Comparação das respostas dos enfermeiros sobre a qualidade do Time de Resposta Rápida segundo turno de trabalho, São Paulo, Brasil, 2016

Variável	Categorias	Turno de trabalho		Valor de p*
		Diurno n (%)	Noturno n (%)	
P17.	Sim	33 (97,1)	9 (69,2)	0,02
	Não	1 (2,9)	4 (30,8)	

Nota: *Teste Exato de Fisher

Em relação ao turno de trabalho, observa-se na Tabela 5 que os profissionais que trabalhavam no período noturno responderam com maior frequência a alternativa “não” ao item sobre comunicação efetiva, clara e objetiva entre os membros do TRR e o enfermeiro da unidade (P17) do que aqueles que atuavam durante o dia (30,8% versus 2,9% respectivamente).

DISCUSSÃO

Os resultados desta investigação mostraram que, na percepção dos enfermeiros, a qualidade do TRR da instituição é satisfatória, uma vez que 67,6% dos itens analisados apresentaram IP superior a 70,0%. A qualidade dessa estratégia pode ser decorrente do processo de implementação criterioso adotado pela instituição, conforme descrito em relato de experiência⁽¹³⁾, que criou uma cultura na unidade hospitalar e nas equipes de saúde, promovendo o uso consciente do TRR e as razões para ativá-lo. Atrelado

a isso, deve-se considerar o diferencial dos profissionais que atuam nesse hospital: possuem elevado tempo de atuação na instituição (15,3±9,6 anos) e buscam atualização das boas práticas, o que se identifica pela elevada frequência de profissionais que concluíram pós-graduação *lato sensu* (83,6%) ou participaram de cursos de imersão sobre PCR como BLS (72,7%) e ACLS (83,6%).

Estudo realizado em um hospital universitário no estado do Paraná que analisou a qualidade do atendimento do TRR baseando-se na tríade de Donabedian identificou IP médios de 45,96% para estrutura, 56,54% para processo e 74,99% para resultado⁽¹⁷⁾, valores inferiores ao desta investigação em todas as dimensões.

Entretanto, considerando que o processo seria a forma mais direta de avaliar a gestão da qualidade do cuidado, identificou-se neste estudo que tal dimensão foi a que obteve mais itens com menores valores de IP, e tal achado deve ter um olhar diferenciado.

O valor de IP de 42,0% foi identificado na questão sobre o acionamento do TRR na vigência de alguma alteração no paciente, independentemente de os sinais vitais se apresentarem estáveis (P2). Nessa perspectiva, pesquisadores da Austrália salientam que a experiência em ativar a estratégia de forma indevida pode ser a causa de frustrações e consequentemente da redução no número de acionamentos, uma vez que a decisão em ativar o TRR e o entendimento sobre as políticas dessa estratégia muitas vezes não são claros aos profissionais⁽¹⁸⁾.

Alguns aspectos do processo que atingiram IP inferiores a 8,0% foram relacionados às visitas do TRR aos pacientes em demanda reprimida (P6), à participação do TRR no estabelecimento de planos de tratamento aos pacientes críticos (P7) e na discussão diária com os profissionais envolvidos sobre os cuidados prestados (P8). Considerando a baixa disponibilidade de leitos de UTI no Brasil e que atrasos em admissões nessas unidades acarretam aumento nos índices de mortalidade, ressalta-se que a utilização dessas medidas descritas e avaliadas como frágeis pelos enfermeiros poderia otimizar os cuidados e garantir a segurança dos pacientes que aguardam leitos de terapia intensiva em unidades não críticas, prevenindo deterioração clínica e aumentando as chances de recuperação⁽¹⁷⁾. Entretanto, deve-se salientar que essas estratégias (P6 a P8) não estão previstas no protocolo do TRR da instituição onde foi realizada esta pesquisa.

Outro item que atingiu IP insatisfatório (IP=68,2%) foi a questão do conhecimento dos enfermeiros sobre as condições clínicas

de todos os pacientes atendidos pelo TRR (P9). Esse fato pode estar atrelado a outro item, que diz respeito à promoção de ações educativas (P11) para enfermeiros de unidades de internação (IP=53,2%). Resultados de pesquisa realizada na Carolina do Norte, EUA, demonstraram que os enfermeiros consideram o TRR como uma boa ferramenta de ensino e fonte de conhecimento para auxiliar na prática do cuidado e no reforço de suas competências, bem como nas decisões sobre o correto acionamento do time, colocando-os como parte fundamental das equipes durante o atendimento de emergência. A metodologia de grupo focal empregada nesse estudo permitiu identificar nos relatos dos profissionais que raramente as chamadas são equivocadas e, desse modo, o trabalho em equipe com o TRR sempre é válido⁽¹⁵⁾.

Outras investigações retratam considerável parcela de enfermeiros que expressa a necessidade de programas de treinamento e educação adicional sobre emergência, almejando afinar as habilidades de reconhecimento precoce dos sinais de deterioração clínica dos pacientes com o objetivo de desempenhar um papel mais participativo e assertivo nesse contexto⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Na perspectiva da educação profissional, reproduziu-se IP igual a 53,8% no que se refere à capacitação e formação de novas equipes de atendimento na instituição (P10). Alguns autores reforçam a necessidade de as instituições priorizarem o treinamento intensivo e continuado de novos profissionais (médicos, líderes de enfermagem e fisioterapeutas), uma vez que a alta rotatividade desses integrantes e a recorrente falha na comunicação com a equipe de enfermagem de unidades não críticas podem comprometer a segurança do paciente na vigência de instabilidade clínica⁽¹⁹⁾.

A comunicação mostrou-se fragilizada entre o TRR e os médicos titulares dos pacientes (P15) e os enfermeiros das unidades (P16). Interações positivas entre as equipes proporcionam melhores avaliações sobre o contexto da emergência e permitem acesso mais rápido a exames e procedimentos, além de facilitarem as transferências para UTI, promovendo segurança ao paciente crítico e alívio aos profissionais que acionam o TRR⁽¹⁵⁾. Para alguns enfermeiros, essa interação é muitas vezes dificultada, pois o TRR se mostra resistente às suas considerações, o que esses profissionais atribuem ao fato de os integrantes do TRR não participarem da evolução diária do paciente crítico⁽¹⁵⁾.

Na análise da dimensão estrutura, este estudo revelou fragilidade (IP de 43,6%) do ambiente físico na unidade em proporcionar atendimentos seguros e eficazes (E7). Esse achado corrobora estudo brasileiro que menciona o impacto da infraestrutura dos serviços de saúde no processo de trabalho e na qualidade de assistência de enfermagem. Segundo os pesquisadores, as ações do enfermeiro são influenciadas por diferentes características dos serviços, como a disponibilidade, as limitações e a qualidade dos instrumentos ou meios de trabalho, visto que a carência dessas ferramentas compromete o trabalho das equipes e seus resultados. Portanto, o ambiente laboral deve ser capaz de promover a saúde e prevenir agravos, propiciando a ampliação das possibilidades de atuação do enfermeiro dentro da unidade em que atua⁽²¹⁾.

Outro IP insatisfatório (IP=64,7%) da dimensão estrutura (E9) na percepção dos participantes se refere a presença de enfermeiros exclusivos na instituição para atuação no TRR. Deve-se ressaltar que a instituição não prevê tal exclusividade, otimizando os recursos humanos. Entretanto, considera-se importante que todos os integrantes

do time sejam conhecidos pelas equipes das unidades não críticas, o que facilita a comunicação no momento dos atendimentos.

Por fim, a dimensão resultado teve em média IP elevados, o que revela que os serviços prestados têm, na percepção dos enfermeiros, um alto grau de qualidade. O único item que não ultrapassou a margem de positividade (IP<70,0%) foi referente ao acesso dos enfermeiros aos indicadores resultantes dos atendimentos do TRR realizados na unidade (R8). Na abordagem da gestão da qualidade do serviço de saúde, Donabedian e outros pesquisadores reforçam que a utilização de indicadores assistenciais incentiva os protagonistas do cuidado e diminui sua resistência em acionar o TRR; em outras palavras, os cuidados e seus resultados deixam de representar uma ambição abstrata e subjetiva, possibilitando assim que o serviço seja, sobretudo, aprimorado^(4,17).

Neste estudo foi possível identificar que os enfermeiros com maior tempo de atuação na instituição julgam que os materiais de consumo médico-hospitalar são em quantidades suficientes para o atendimento e reconhecem que a decisão de acionar o TRR depende exclusivamente dos sinais de deterioração clínica estabelecidos nos códigos, diferentemente dos enfermeiros com menor tempo na instituição.

Foram identificadas três pesquisas que analisaram percepções de enfermeiros assistenciais sobre o TRR considerando a variável tempo de profissão ou de atuação na instituição. Alguns autores concluíram que a ativação do TRR pelos enfermeiros mais experientes pode estar aquém do ideal, uma vez que são mais resistentes ao acionamento⁽¹⁹⁾. Resultados opostos foram encontrados em outros estudos, ao concluírem que os enfermeiros com menos experiência (entre zero e cinco anos) são menos propensos a ativar os códigos em relação àqueles que trabalhavam há mais tempo (onze anos ou mais)⁽¹⁸⁾. Tal fato está associado à insegurança desses profissionais na tomada de decisões, ao seu menor conhecimento dos processos e dos desfechos institucionais, além de serem detentores de julgamentos clínicos menos embasados – ou seja, possuem menor autonomia e são mais consultivos nas condutas a serem realizadas^(18,20).

Quanto à associação entre turno de trabalho e a percepção sobre efetividade, clareza e objetividade da comunicação entre membros do TRR e o enfermeiro da unidade, esta pesquisa identificou diferença estatisticamente significativa entre os grupos diurno e noturno, pois os profissionais que atuavam à noite foram os que mais responderam negativamente essa questão. Não foram identificados na literatura estudos que abordassem tal tema. Apenas uma investigação realizada na Austrália mostrou que não houve diferença significativa na frequência de ativação do TRR entre os enfermeiros que trabalhavam meio período e turno completo⁽¹⁸⁾. Deve-se considerar que na maioria dos hospitais alguns setores funcionam com um número reduzido de profissionais no plantão noturno, uma vez que a demanda dos pacientes nesse período é reduzida; pode-se supor que esse fato impacta negativamente a comunicação entre equipes.

Limitações do estudo

Ao analisar os resultados desta pesquisa – que mostrou aspectos importantes da percepção dos enfermeiros sobre a qualidade do TRR, assim como pontos a serem melhorados –, algumas limitações devem ser consideradas na generalização dos resultados: a casuística incluiu somente enfermeiros de um hospital, centro de referência

para o atendimento de pacientes com doenças cardiopulmonares; houve perda de aproximadamente 27,6% da casuística prevista; e o tempo de resposta do instrumento variou entre os enfermeiros.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os resultados desta investigação fornecem informações que permitem auxiliar gestores no aprimoramento de estratégias e ferramentas para a melhoria da qualidade do TRR e da educação permanente da equipe envolvida diretamente na dinâmica de resgate de pacientes críticos em unidades de internação, traduzindo seus potenciais em geração de assistência com segurança.

CONCLUSÃO

Os achados desta pesquisa permitem concluir que o TRR na instituição analisada apresenta, na percepção dos enfermeiros,

qualidade satisfatória nas dimensões estrutura e resultado. Foram identificados pontos vulneráveis, especialmente no tocante a alguns itens do processo, que obteve o menor valor médio de IP em relação às outras dimensões.

O estudo também identificou que os profissionais atuantes a mais tempo no hospital consideram que os materiais de consumo médico-hospitalar são em quantidades suficientes para atender os pacientes pelo TRR e que a decisão de acionar o time depende exclusivamente dos sinais de deterioração clínica estabelecidos nos códigos azul e amarelo, o que difere da percepção dos enfermeiros que trabalham a menos tempo na instituição. Além disso, mais profissionais do plantão noturno consideram que a comunicação entre os membros do TRR e o enfermeiro da unidade não é efetiva, em comparação àqueles que trabalham no plantão diurno.

Considerando os resultados da pesquisa, sugere-se que estratégias sejam elaboradas para melhorar a qualidade do TRR da instituição, especialmente em aspectos da dimensão processo, que apresentou maior fragilidade na percepção dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS

1. D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. [The movement for quality in healthcare and nursing services]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2006 [cited 2018 Aug 14];59(1):84-88. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016> Portuguese.
2. Kronick SL, Kurz MC, Lin S, Edelson DP, Berg RA, Billi JE, et al. Part 4: systems of care and continuous quality improvement: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* [Internet]. 2015[cited 2018 Aug 14];132(suppl 2):S397-S413. Available from: http://circ.ahajournals.org/content/132/18_suppl_2/S397.full. doi: 10.1161/CIR.0000000000000258.
3. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: University Press; c2013. Chapter 5: Formulating criteria and standards. p. 59-61.
4. Reis EJFB, Santos FP, Campos FE, Acúrcio FA, Leite MTT, Leite MLC, et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1990 [cited 2018 Aug 14];6(1):50-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1990000100006>
5. Dias AO, Martins EAP, Haddad MCL. [Instrument for assessing the quality of the Rapid Response Team at a university public hospital]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014[cited 2018 Aug 14];67(5):700-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670505>. Portuguese.
6. Berwick DM, Calkins DR, McCannon CJ, Hackbarth AD. The 100,000 lives campaign: setting a goal and a deadline for improving health care quality. *JAMA* [Internet]. 2006[cited 2018 Aug 14];295(3):324-7. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=202194>
7. Institute for Healthcare Improvement. Overview [Internet]. Boston (MA): Institute for Healthcare Improvement, c2018. [cited 2018 Aug 14]. Available from: <http://www.ihl.org/engage/initiatives/completed/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx>
8. Neumar RW, Shuster M, Callaway CW, Gent LM, Atkins DL, Bhanji F, et al. Part 1: Executive Summary. *Circulation* [Internet]. 2015[cited 2018 Aug 14];132(18 Suppl 2):S315-67. Available from: http://circ.ahajournals.org/content/132/18_suppl_2/S315.full
9. Chan PS, Jain R, Nallmothu BK, Berg RA, Sasson C. Rapid Response Teams: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2010;170(1):18-26.
10. Al Qahtani S. Satisfaction survey on the critical care response team services in a teaching hospital. *Int J Gen Med* [Internet]. 2011[cited 2018 Aug. 14];4:22-4. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3085231&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
11. Tait D. Nursing recognition and response to signs of clinical deterioration. *Nurs Manag (Harrow)*. 2010;17(6):31-5.
12. Cioffi J. Nurses' experiences of making decisions to call emergency assistance to their patients. *J Adv Nurs*. 2000;32(1):108-14.
13. Lopes JL, Silva RCG, Quilici AP, Palomo JSH, Gonzalez MMC, Ferreira FG. Implementation of Rapid Response Teams: the experience in a highly complex cardiopneumology hospital. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2012;10(5):394-7.
14. Considine J, Botti M. Who, when and where? Identification of patients at risk of an in-hospital adverse event: implications for nursing practice. *Int J Nurs Pract*. 2004;10(1):21-31.
15. Williams DJ, Newman A, Jones C, Woodard B. Nurses Perceptions of how Rapid Response Teams affect the nurse, team, and system. *J Nurs Care Qual*. 2011;26(3):265-72.
16. Aparecida E, Nonino PM, Anselmi ML, Dalmas JC. Quality assessment of the wound dressing procedure in patients at a university

- hospital. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2008 [cited 2018 Aug 14];16(1):57-63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100010>. English, Portuguese.
17. Dias AO, Grion CMC, Martins EAP. Quality analysis of the rapid response team in a university hospital: nurses' opinions. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2014[cited 2018 Aug 14];14(1):917-23. Available from: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i1.22919> English, Portuguese.
 18. Salamonson Y, van Heere B, Everett B, Davidson P. Voices from the floor: nurses' perceptions of the medical emergency team. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006;22(3):138-43.
 19. Shapiro SE, Donaldson NE, Scott MB. Rapid response teams seen through the eyes of the nurse. *Am J Nurs*. 2010;110(6):28-34;quiz35-6.
 20. Jenkins SH, Astroth KS, Woith WM. Non-Critical-Care nurses' perceptions of facilitators and barriers to Rapid Response Team Activation. *J Nurses Prof Dev*. 2015;31(5):264-70.
 21. Pedrosa ICF, Corrêa ÁCDP, Mandú ENT. [Perceptions of nurses about the influence of the infrastructure in their practices]. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2011[cited 2018 Aug 14];10(1):58-65. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13288>. Portuguese.
-