

**INSTITUTO ENSINAR BRASIL
FACULDADES DOCTUM DA SERRA
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ALBERTINA BIBIANA SILVA
JOSILENE CHAPE DOS SANTOS DAMASIO**

**TIME DE RESPOSTA RÁPIDA: ATUAÇÃO E PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO EM
UM HOSPITAL DA SERRA-ES**

**SERRA
2018**

**ALBERTINA BIBIANA SILVA
JOSILENE CHAPE DOS SANTOS DAMASIO**

FACULDADES DOCTUM DA SERRA

**TIME DE RESPOSTA RÁPIDA: ATUAÇÃO E PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO EM
UM HOSPITAL DA SERRA-ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem das Faculdades Doctum de Serra, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Enf. Me. Vinícius de Oliveira Muniz.

**SERRA
2018**



FACULDADES DOCTUM DE SERRA

FOLHA DE APROVAÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:
TIME DE RESPOSTA RÁPIDA: ATUAÇÃO E PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO EM
UM HOSPITAL DA SERRA-ES, elaborado pelas alunas Albertina Bibiana Silva; Josilene
Chape Dos Santos Damasio foi aprovado por todos os membros da Banca Examinadora e
aceita pelo curso de Enfermagem das Faculdades Doctum de Serra, como requisito parcial
da obtenção do título de BACHAREL EM ENFERMAGEM.

Serra, ___ de _____ de 2018.

Prof. Orientador: Vinícius de Oliveira Muniz

Prof^a. Examinadora1: Cíntia Pereira Ferreira

Prof^a. Examinadora2: Eliane Magalhães de Souza

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em nossas vidas.

Aos meus pais e aos demais familiares que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu concluísse etapa tão importante da minha vida.

Albertina Bibiana Silva

Ao meu marido Washington de Souza Damasio, obrigada por estar ao meu lado durante todo tempo que necessitei para conquistar o meu sonho, com sua paciência seu carinho e atenção nos meus momentos de angústia, depressão e doença. Você sempre do meu lado, não me deixando ir ao fundo do poço sempre me dando a mão. Quero te agradecer e te dizer muito obrigada.

Josilene Chape Dos Santos Damasio

AGRADECIMENTOS

Ao orientador Vinícius de Oliveira Muniz pela paciência conosco dando apoio durante todo desenvolvimento da nossa pesquisa. Sempre presente não deixando a gente perder a esperança e focar no nosso objetivo.

A Graduação de Enfermagem da Faculdade Rede Doctum de Ensino e as pessoas que convivemos ao longo desses anos.

Aos profissionais do escritório da qualidade do Hospital de grande porte no município da Serra /ES, pelo conhecimento transmitido junto com o crescimento profissional em melhor atendimento ao paciente.

Aos profissionais do Hospital que participaram da pesquisa oferecendo seu tempo para responder nossa entrevista.

Ao Leandro Pinheiro Capucho, enfermeiro do protocolo do Time de Resposta Rápida, que colaborou com pontos essenciais durante a pesquisa através de sua generosidade, competência e paciência.

Enfim, agradecemos a todos que fizeram parte dessa etapa decisiva em nossas vidas.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!
(FLORENCE NIGHTINGALE, 1872)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHA – American Heart Association

ATP – Adenosina Trifosfato

CO₂ – Gás Carbônico

CP – Cuidados Paliativos

CTQ – Centro de Tratamento de Queimados

EPS – Educação Permanente em Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Parada Cardiorrespiratória

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

TRR – Time de Resposta Rápida

T&D – Treinamento e Desenvolvimento

UADC – Unidade de Alta Dependência de Cuidados

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 – Casos de PCR atendidos pelo Código Azul versus Cuidados Paliativos de 2014 a 2017 | 20 |
| Gráfico 2 – Causas de Internação de janeiro a dezembro de 2017..... | 21 |
| Gráfico 3 – Causas das Paradas Cardiorrespiratórias de janeiro a dezembro de 2017..... | 22 |

RESUMO

O impacto da atuação do Time de Resposta Rápida nos resultados clínicos e também organizacionais estão evoluindo, mas ainda assim são necessárias mais pesquisas para abordar e corroborar a sua efetividade na prática. O objetivo desse estudo foi identificar a atuação e a percepção do enfermeiro no Time de Resposta Rápida (TRR) em uma unidade hospitalar de grande porte localizada no município da Serra-ES. Foi realizada uma pesquisa qualitativa e utilizado o método da Teoria das Representações Sociais. Feita análise de conteúdo das falas de 16 entrevistados, onde foi possível definir sete núcleos temáticos, dentre eles: responsabilidade em acionar o TRR, importância da disponibilidade dos materiais permanentes, dificuldades no acionamento do TRR, rotinas do TRR disponíveis pela instituição hospitalar, importância do treinamento e desenvolvimento, tempo de atendimento pelo código azul e acompanhamento do atendimento pelo código azul. Conclui-se que a instituição precisa manter sempre disponível materiais e equipamentos para o TRR, bem como, deve reforçar as ações pedagógicas e formativas através da Educação em Saúde como ferramenta de uso permanente e direcionada a todos os profissionais, tanto no momento da admissão, mas, sobretudo, no transcorrer das atividades desenvolvidas na instituição.

Palavras-Chave: Parada Cardiorrespiratória. Código Azul. Enfermagem. Educação Permanente. Time de Resposta Rápida.

ABSTRACT

The impact of the rapid response Team in the clinical results and organizational also are evolving, but still there is a need for more research to address and corroborate your effectiveness in practice. The aim of this study was to identify the performance and perception of the nurse in the rapid response Team (RRT) in a large hospital in the municipality of Serra-ES. A qualitative research and used the method of the theory of social representations. Made content analysis of the lines of 16 respondents, where it was possible to define seven thematic clusters, including: liability under throw the TRR, importance of the availability of permanent materials, difficulties in the firing of the TRR, the routines TRR available by hospital, importance of training and development, service time by code blue and service monitoring for code blue. It is concluded that the institution needs to keep materials and equipment available to the TRR, as well as, should strengthen educational and training actions through the health education as a tool for permanent use and directed to all the professionals, both at the time of admission, but, above all, in the course of the activities developed in the institution.

Keywords: Cardiopulmonary Arrest. Code Blue. Nursing. Permanent Education. Rapid Response Team

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 OBJETIVOS | 13 |
| 2.1 Objetivo principal | 13 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 13 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO | 14 |
| 3.1 Aspectos históricos da parada cardiorrespiratória | 14 |
| 3.2 Fisiopatologia da Parada Cardiorrespiratória | 16 |
| 3.3 O Time de Resposta Rápida e o Código Azul na atualidade | 17 |
| 3.2.1 A realidade do código azul na Serra-ES | 19 |
| 3.3 A educação permanente e seus desafios diários | 22 |
| 4 METODOLOGIA | 25 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 26 |
| 5.1 Núcleos Temáticos | 26 |
| 5.2 Análise dos Núcleos Temáticos | 26 |
| 5.2.1 Responsabilidade em Acionar o TRR | 30 |
| 5.2.2 Importância da disponibilidade dos materiais permanentes..... | 30 |
| 5.2.3 Dificuldades no Acionamento do TRR..... | 30 |
| 5.2.4 Rotinas do TRR disponíveis pela instituição hospitalar | 30 |
| 5.2.5 Importância do Treinamento e Desenvolvimento..... | 31 |
| 5.2.6 Tempo de atendimento pelo Código Azul | 31 |
| 5.2.7 Acompanhamento do atendimento pelo Código Azul..... | 31 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 32 |
| REFERÊNCIAS | 34 |
| APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA | 38 |
| APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 39 |

1 INTRODUÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR), de acordo com a American Heart Association (AHA), é a perda de modo abrupto das capacidades normais de funcionamento cardíaco, respiratório e cerebral. Uma vez que a circulação sanguínea habitual cessa, o fornecimento de oxigênio para todos os órgãos vitais também é interrompido, mas o cérebro é o órgão vital mais severamente afetado (AHA, 2018).

Para reduzir a ocorrência da PCR nas instituições hospitalares, o Time de Resposta Rápida (TRR) visa responder imediatamente as demandas dos pacientes internados nas enfermarias hospitalares, assim que forem percebidos os sinais de deterioração clínica e/ou com a confirmação de PCR. Por isso, o TRR é comumente caracterizado como um sistema de cuidados “beira leito”, pois presta atendimento ao paciente fora do ambiente de cuidados intensivos (FERNANDO, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o TRR, é composto por uma equipe multidisciplinar de médico, enfermeiro, fisioterapeuta e auxiliar de enfermagem, é uma estratégia eficaz para reduzir o quantitativo de mortes intra-hospitalares em todo o mundo, inclusive no Brasil (SANTOS et al., 2017).

Nesse sentido, levando em conta que o TRR é formado por uma equipe multiprofissional, o objeto desse estudo centrou-se na percepção do enfermeiro nesta equipe, tendo em vista que, o TRR quando devidamente implantando, tanto quanto, em relação aos recursos humanos, materiais e tecnológicos, tem potencial para promover a melhoria da assistência, reduzir o risco de deterioração clínica dos pacientes, bem como, as taxas de mortalidade de acordo com o código de acionamento utilizado pela instituição hospitalar (JACKSON, 2017).

Justifica-se este estudo, portanto, ao considerar que o TRR pode ser eficaz quanto à redução da incidência de PCR intra-hospitalar, em função da identificação e tratamento precoce de pacientes de risco, condição esta que atenua também a incidência de morbidade e de morte hospitalar inesperada (FERNANDO, 2018). Dados do Ministério da Cidadania atualizados no portal em 22 de dezembro de 2017 indicam que anualmente, em média, 250 mil brasileiros que evoluem para PCR vão a óbito, sendo um quantitativo considerável para pesquisa e investigação (BRASIL, 2018).

Considerado que o TRR depende de recursos físicos, materiais e humanos para garantir tanto a agilidade quanto a presteza do atendimento, o problema a ser investigado nesse estudo parte da seguinte questão norteadora: Através dos critérios de acionamento do TRR utilizados pela instituição hospitalar e da percepção do enfermeiro, foi possível melhorar a assistência e reduzir as taxas de mortalidade?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Entender a atuação e a percepção do enfermeiro no Time de Resposta Rápida (TRR) em um hospital de grande porte do município da Serra-ES.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever o papel do enfermeiro no TRR;
- b) Identificar os critérios de acionamento do TRR com base nos códigos existentes em unidades hospitalares;
- c) Demonstrar a importância da educação permanente neste processo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Aspectos históricos da parada cardiorrespiratória

Durante grande parte da história, do ponto de vista clínico, não se falava em parada cardiorrespiratória (PCR), mas, em problemas respiratórios e batimentos cardíacos fracos que em decorrência de afogamentos, trauma, mal estar súbito, entre outras situações, ocasionavam a morte do sujeito. Os casos de sobrevivência eram vistos como verdadeiros milagres de ressuscitação. No entanto, descrever sobre o itinerário histórico da PCR não tem como dissociá-la da evolução do conhecimento acerca dos aspectos fisiológicos humanos e dos métodos de reanimação para reverter a morte súbita (GUIMARÃES et al., 2009).

Na Idade Média (século V a XV), vários nomes se destacaram na busca de reverter à morte súbita. Entre eles está Galeno (130 a 200 d.C), que viveu na Grécia e até o século XVI, foi considerado a autoridade de assuntos relacionados à saúde e doença. Galeno criou a crença de que o calor inato da vida produzido no coração era ligado com o nascimento e o extinto com a morte. Esta crença fortemente mantida e transmitida através dos séculos (REZENDE, 2018), postulava que o coração “mantinha o indivíduo aquecido e os pulmões eram como foles auxiliares das aurículas cardíacas para resfriarem e distribuírem o calor gerado pelo coração para todo o corpo” (MÁSSIMO et al., 2009, p. 710).

A passagem bíblica em II Reis 4:34 relata que “depois deitou-se sobre o menino, boca a boca, olhos com olhos, mãos com mãos. Enquanto se debruçava sobre ele, o corpo do menino ia se aquecendo” (BÍBLIA, 1991, p.404). Aqui não se fala em PCR, porém indica o procedimento associado a reanimação.

Seguindo por uma lógica de linha do tempo, os estudos de investigação científica moderna, em relação à saúde *versus* doença e, conseqüentemente, sobre a fisiologia humana, começaram a surgir durante o Renascimento, em meados do século XIV a XVI. Especificamente, em 1543, quando o médico Andreas Versalius, diferente de seus antecessores, começou a realizar experimentos e estudos com animais vivos para investigar e aperfeiçoar o conhecimento acerca da anatomia e fisiologia humana. Contudo, ainda não se falava em PCR (SOUZA, 2010).

No século XVII, o ritmo do progresso científico se acelerou e o médico inglês William Harvey, em 1628, foi o primeiro a descrever de forma definitiva o

funcionamento do sistema circulatório. Ele descreveu que o coração atua como bomba que leva o sangue para todos os tecidos, esse sangue chega ao sistema vascular periférico saturado de oxigênio que será utilizado a nível celular e em troca, as células irão eliminar o gás carbônico (CO_2) do seu interior, expelindo-o durante a expiração (GUIMARÃES et al., 2009).

Cada uma, das quatro câmaras do coração, exerce distintas funções, o sangue venoso – rico em CO_2 – alcança o átrio direito pela veia cava superior e veia cava inferior. Pela válvula tricúspide vai para o ventrículo direito e através da válvula pulmonar, o sangue é então lançado para as artérias pulmonares que se subdividem em esquerda e direita. Chega aos pulmões onde será oxigenado, formando assim a circulação pulmonar, essas trocas gasosas ocorrem através da hematose. Ao retornar dos pulmões, o sangue, agora arterial – rico em O_2 – alcança o átrio esquerdo pelas veias pulmonares – veia cava superior e inferior, veia da circulação pulmonar e sistêmica (APPLEGATTE, 2012).

O átrio esquerdo, por sua vez, encaminhará o sangue arterial para o ventrículo esquerdo, percurso este, controlado pela válvula mitral. Neste momento, por contratilidade miocárdica, o sangue se difundirá para a periferia tecidual, ficando impedido de retornar ao coração pela válvula aórtica, formando a grande circulação ou circulação sistêmica (LEWIS et al., 2013).

O suprimento de oxigênio para os tecidos depende tanto do débito cardíaco (que é determinado pelo volume sanguíneo e da função miocárdica) quanto pela tensão de oxigênio do sangue arterial, que reflete o estado respiratório. Anormalidades desses parâmetros podem ocorrer individualmente ou em conjunto e podem progredir, em última análise, para a PCR (APPLEGATTE, 2012).

No entanto, acredita-se que a PCR somente foi reconhecida no século XVIII, precisamente em 1776 com os primeiros relatos oficiais sobre a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) realizados por meio da ventilação artificial que mediante procedimento mecânico visa promover o estímulo da respiração e assegurar a funcionalidade das trocas gasosas. Desde então, os principais componentes de reanimação foram também gradativamente surgindo – ventiladores mecânicos, massagem cardíaca, respiração assistida, desfibrilação elétrica e estímulos elétricos externos – porém, supõe-se que o reconhecimento oficial da PCR ocorreu no século XX quando em 1968 foram criados os padrões internacionais de atendimento em casos de PCR pela AHA (MÁSSIMO et al., 2009).

3.2 Fisiopatologia da Parada Cardiorrespiratória

A PCR acontece quando o coração deixa de bombear o sangue e o mesmo para de circular pelo corpo e, conseqüentemente, o indivíduo poderá entrar em colapso, isto porque, cessa a atividade mecânica cardíaca, resultando na ausência de fluxo sanguíneo circulante para órgãos vitais, privando-os de oxigênio. Um dos principais sintomas é a respiração ineficaz ou ausente e, portanto, nenhuma troca gasosa pulmonar. A perfusão reduzida de tecidos e a troca gasosa pulmonar ausente causam hipóxia tecidual; acúmulo de ácido láctico, íons de hidrogênio e dióxido de carbono (hipercapnia) e, reduz a concentração de oxigênio no sangue (hipoxemia) (KIM et al., 2016).

A PCR induz ainda cessação do fluxo sanguíneo cerebral o que pode resultar em danos cerebrais. A fisiopatologia da lesão cerebral envolve uma complexa cascata de eventos moleculares. Presume-se que no início da PCR, o fluxo sanguíneo cerebral tende a se aproximar de zero causando isquemia, ou seja, reduz-se o fluxo sanguíneo a um nível que é suficiente para alterar a função celular normal. Durante a isquemia prolongada, os níveis de adenosina trifosfato (ATP) e de pH nas células, diminuem como resultado do metabolismo anaeróbico e do acúmulo de lactato. Como consequência, os mecanismos de transporte de íon ATP tornam-se disfuncionais, o que leva ao aumento dos níveis de cálcio intracelular e mitocondrial (sobrecarga de cálcio), edema, ruptura e morte celular (DONNINO et al., 2014).

Importante destacar que a isquemia mesmo que ocorra em curto espaço de tempo, ainda assim pode causar a morte de células do tecido cerebral. Paradoxalmente, a restauração do fluxo sanguíneo pode causar danos adicionais e exacerbar os déficits neurocognitivos, fenômeno caracterizado como “lesão de reperfusão” (UCHINO et al., 2016).

Desse modo, apesar dos níveis de oxigênio serem restaurados após a reperfusão, ainda assim há um aumento na geração de espécies reativas de oxigênio e os neutrófilos pró-inflamatórios adentram nos tecidos isquêmicos que exacerbam a lesão isquêmica. Logo, os eventos patológicos que ocorrem com a isquemia/reperfusão provocam a destruição celular e reduzem a capacidade regenerativa dos tecidos. Assim sendo, a reperfusão, embora necessária para garantir a entrega de oxigênio e nutrientes que apoiam o metabolismo das células pode, desencadear processos patogênicos que exacerbam a lesão devido à

isquemia. Por isso, a restauração do fluxo sanguíneo o mais precoce possível permanece como o pilar da abordagem terapêutica de pacientes em PCR (LEWIS et al., 2013).

Levando em conta os fatores associados à fisiopatologia da PCR, os pacientes devem ser submetidos à RCP, na tentativa de restabelecer as funções vitais e evitar a potencialização de danos cerebrais. De modo geral, em casos de PCR, dentre os procedimentos indispensáveis no atendimento ao paciente, citam-se a utilização de energia elétrica, inserindo a desfibrilação somente em casos onde a fibrilação e a taquicardia ventricular sem pulso forem identificadas; as compressões torácicas, bem como, equipamentos para realizar as ventilações (PERRY et al., 2013).

A RCP deve ser instituída imediatamente, tendo em vista que consiste no uso de compressões torácicas e ventilação artificial para manter o fluxo circulatório e a oxigenação durante a PCR. Para isso, medidas de suporte de vida são necessárias para restaurar o suprimento de oxigênio aos órgãos vitais enquanto tentativas de restaurar o estado cardiorrespiratório normal são realizadas. A sobrevivência após a PCR é maior se a RCP for prontamente realizada por equipes e profissionais especializados, levando em conta que a agilidade e a presteza da assistência são indispensáveis para garantir o manejo eficiente dos pacientes (SANTOS et al., 2017).

Neste contexto, a enfermagem tem papel fundamental em identificar a deteriorização clínica que antecede a PCR, por exemplo, dificuldade respiratória, taquipneia, hipotensão, redução do nível de consciência, taquicardia, entre outros. A intervenção imediata visa, sobretudo, antecipar a identificação do paciente em risco de PCR para minimizar o risco de mortalidade, reduzir sequelas e garantir um prognóstico favorável (WACHTER, 2013).

3.3 O Time de Resposta Rápida e o Código Azul na atualidade

A segurança do paciente e a mortalidade hospitalar evitável são aspectos cruciais da assistência, tendo em vista que sinais de instabilidade fisiológica frequentemente precedem a deterioração clínica evidente em muitos pacientes. Nesse contexto, estima-se que 70% dos pacientes apresentam sintomas de deterioração fisiológica e do quadro clínico em até oito horas antes da ocorrência da

PCR. Logo, a identificação precoce desses sinais auxilia na prevenção da PCR e, em tese, assegura a sobrevivência dos pacientes (VEIGA et al., 2013).

Porém, muitos dos sinais de deterioração passam despercebidos pela equipe de saúde, levando a uma assistência tardia e intensificando a gravidade do quadro clínico do paciente. Essa condição foi em parte, um dos requisitos que contribuíram para a criação do Time de Resposta Rápida (TRR), também conhecido como Equipe de Resposta Rápida, Equipe de Divulgação ou Equipe de Emergência Médica, cuja idealização inicial é creditada a Hillman e colaboradores na Austrália, a Goldhill no Reino Unido e a DeVita e colaboradores nos EUA. O primeiro relatório publicado acerca do conceito de TRR, em 1995, usou uma abordagem padronizada para identificar e responder a pacientes com doenças agudas fora do ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), fornecendo cuidados imediatos e eficazes no início do processo de deterioração ou agravamento do quadro clínico, a fim de prevenir a morbidade e a mortalidade (JONES et al., 2013).

Desde então, essas equipes se tornaram uma intervenção de segurança do paciente cuja hipótese central de sua implantação é de que os processos fisiológicos subjacentes às PCR são frequentemente tratáveis, e que esses tratamentos terão maior eficácia se forem iniciados precocemente (JONES; RUBULOTTA; WELCH, 2016).

No entanto, apesar da diferença na estrutura do TRR equipe adotada pelas instituições hospitalares, os critérios usados para convocá-lo são geralmente semelhantes. Normalmente, o TRR é solicitado quando a equipe da unidade de internação observa no paciente alterações na frequência cardíaca, estado mental, pressão arterial sistólica, frequência respiratória, saturação da oximetria de pulso, que podem ser graduais ou repentinas, ou ainda, alterações em valores laboratoriais significativos, como níveis altos de sódio, glicose e potássio, que também podem ser indicadores precoces do estado de deterioração de um paciente.

Qualquer profissional da equipe de internação faz o acionamento do TRR cujo tempo de atendimento previsto até a área pré-determinada, demanda em média de 3 à 5 minutos, conforme foi observado em algumas instituições hospitalares brasileiras que implementaram o TRR (TAGUTI et al., 2013).

Para auxiliar na identificação dos sinais de deterioração clínica e, por conseguinte, alcançar melhores resultados, são estabelecidos critérios em relação ao acionamento da equipe de resposta rápida. Normalmente, a equipe é acionada via

telefone ou através do setor de emergência, por meio dos chamados Códigos Azuis (atendimento a casos suspeitos de PCR), termo usado pela maioria das instituições de saúde para indicar que um paciente está tendo PCR e precisa de ressuscitação imediata. A ressuscitação é feita pela equipe do TRR, mas os esforços iniciais devem ser feitos pelos enfermeiros mais próximos do paciente. Quando a equipe chegar ao local, dará prosseguimento as intervenções (VEIGA et al., 2013).

A chamada através do Código Azul, uma das modalidades do TRR, visa agilizar o atendimento em casos suspeitos de PCR, para que seja possível realizar as intervenções terapêuticas e procedimentos que são projetados para intervir precocemente durante esse período crítico, na tentativa de reverter à condição clínica do paciente, evitar a progressão da PCR, bem como, a transferência do paciente para UTI. Nesse sentido, é provável que o código possa de fato aumentar o quantitativo absoluto de acionamentos do TRR, refletindo, por conseguinte, na maior expressividade de atendimentos que previnam a PCR e reduzam as suas intercorrências, dentre essas, a mortalidade (SANTOS et al., 2017).

Contudo, a chave para a execução de um código efetivo azul é a qualidade e a pontualidade das intervenções. Por isso, é preciso considerar que atrasos na ativação do TRR estão associados ao agravamento do quadro clínico, uma vez que comprometem o reconhecimento e/ou monitoramento da deterioração clínica (FERNANDO, 2018). Por esse motivo, as instituições hospitalares devem fazer adequações, desde que baseadas em evidências científicas para facilitar a identificação precoce da deterioração fisiológica, bem como, evitar a piora clínica do paciente em PCR. Nesta ambiência, as políticas organizacionais das instituições hospitalares levam em conta também, a avaliação dos resultados alcançados por meio do acionamento dos códigos azuis e, a partir dos resultados encontrados, realizam as mudanças necessárias (JONES et al., 2013).

3.2.1 A realidade do código azul na Serra-ES

Geograficamente, o município da Serra-ES encontra-se inserido na microrregião da cidade de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população serrana estimada para 2018 é de aproximadamente 507.600 pessoas (IBGE, 2018).

Atualmente, existe no município, um hospital de emergência considerando o maior do Estado, que atende a população local, bem como cidades circunvizinhas.

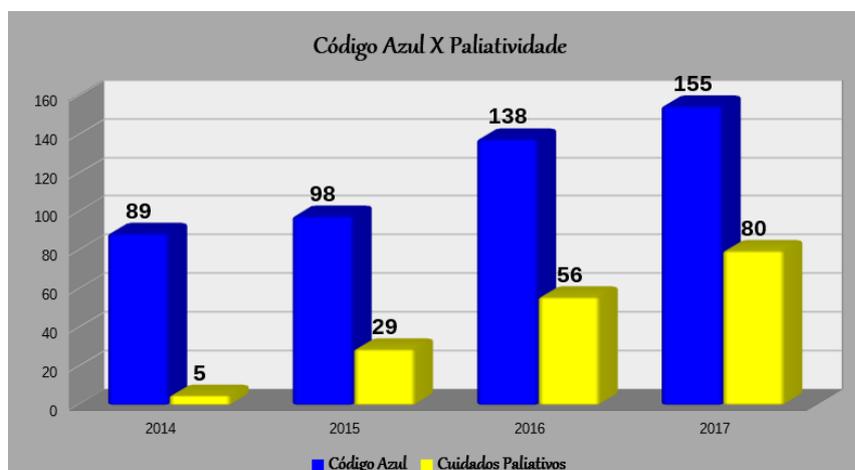
Quanto aos atendimentos ofertados, de acordo com site da Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo (SESA, 2018), são:

Urgência e Emergência e Eletivo. Referência em urgência e emergência em traumas ortopédicos e neurológicos, gestação de alto risco, Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), atendimentos de intoxicação grave, catástrofe, urgência para vítima de ataque de animais e violência. Especialidades: Cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia do aparelho digestivo (exceto oncologia), urologia, cirurgia ortopédica, cirurgia plástica reparadora e geral, neurocirurgia, obstetrícia, cirurgia e exames de oftalmologia, cirurgia torácica e cirurgia vascular.

Essa unidade hospitalar foi inaugurada em 2013 e os Cuidados Paliativos foram institucionalizados em 22 de julho de 2016, o que proporcionou um aumento de avaliações diretamente. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), CP é toda abordagem que promove a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares frente aos problemas associados à doença terminal, através do alívio do sofrimento, identificando, avaliando e tratando não somente as consequências físicas da doença, mas também, auxiliando o paciente a enfrentar as suas dificuldades psicossociais e espirituais (TOLEDO; PRIOLLI; DENISE, 2012).

Observa-se no Gráfico 1 que pelo Código Azul, foram atendidos 89 casos de PCR em 2014, 98 em 2015, 138 em 2016 e 155 no ano de 2017, totalizando 471 (quatrocentos e setenta e um) casos de PCR.

Gráfico 1 – Casos de PCR atendidos pelo Código Azul versus Cuidados Paliativos de 2014 a 2017

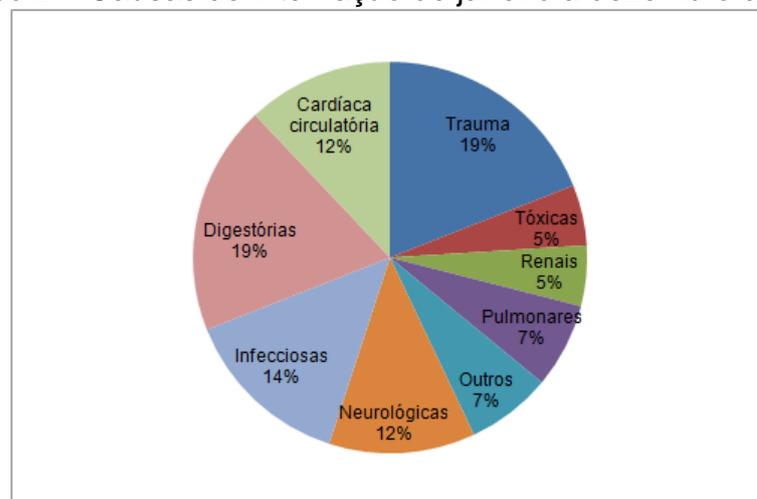


Fonte: Unidade Hospitalar do município da Serra-ES (2018)

O gráfico supracitado demonstra uma série histórica retirada das análises mensais que o setor da qualidade – do hospital em questão – faz dos acionamentos do TRR, onde mostra que a curva crescente dos códigos azuis são diretamente proporcionais a curva crescente dos pacientes avaliados como paliativos. Vale mencionar que em 2014 não existia no hospital protocolo de paliatividade, logo, nos anos subsequentes o quantitativo aumentou de forma gradativa. Assim sendo, os atendimentos são em sua maioria relacionados aos pacientes paliativos. Conforme verifica-se no gráfico 1, no ano de 2014 de 89 atendimentos, 5 foram PCR e 84 paliativos. Em 2015, de 98 atendimentos, 29 eram PCR e 69 cuidados paliativos. No ano de 2016, de 138 atendimentos, 56 foram PCR e 82 paliativos. Em 2017, de 155 atendimentos, 80 foram PCR e 75 paliativos. Importante destacar que, nos acionamentos ao paciente não paliativo, o atendimento do TRR é imediato, o que não acontece com os pacientes paliativos.

O gráfico 2 apresenta as causas de internação associadas aos 43 pacientes adultos das unidades clínica médica e cirúrgica durante o período de janeiro a dezembro de 2017 que foram submetidos a RCP.

Gráfico 2 – Causas de Internação de janeiro a dezembro de 2017



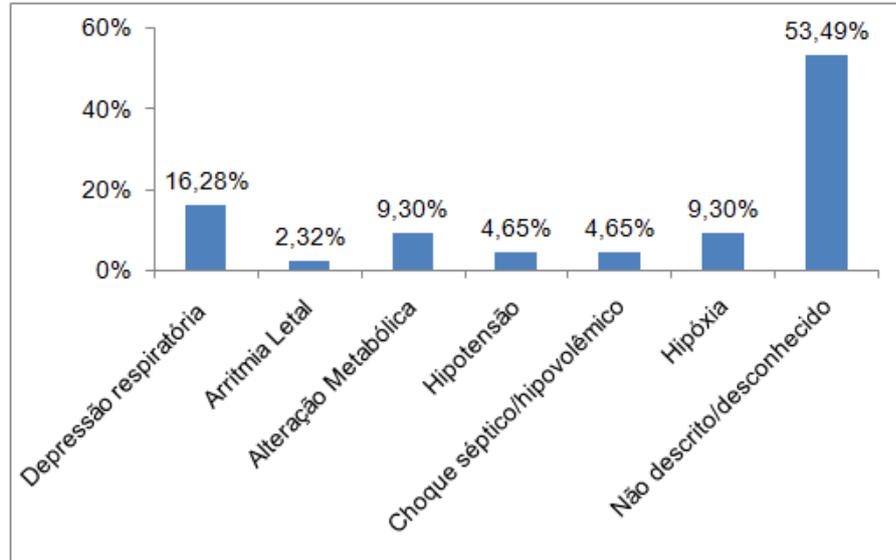
Fonte: Unidade Hospitalar do município da Serra-ES (2018)

Nota-se no gráfico 2 que as principais causas foram trauma e digestórias, ambas com 19%. Em sequência, as causas infecciosas com 14%, neurológica e cardíacas/circulatórias representando 12% cada.

Quanto as causas relacionadas à PCR, observa-se o gráfico 3 que 23(53,49%) pacientes a causa foi desconhecida e/ou não estava descrita no

prontuário do paciente. Em seguida, a causa mais frequente foi a depressão respiratória, representando 16,28% do total.

Gráfico 3 – Causas das Paradas Cardiorrespiratórias de janeiro a dezembro de 2017



Fonte: Unidade Hospitalar do município da Serra-ES (2018)

3.3 A educação permanente e seus desafios diários

O enfermeiro que compõe o TRR deve estar sempre em alerta para responder as chamadas emitidas pelo Código Azul, avaliar e intervir imediatamente, pois, a identificação de um paciente nos primeiros estágios de declínio pode impedir a piora do quadro clínico e reduzir o risco de PCR. Nesse cenário, a literatura aponta que o TRR deve contar com enfermeiros capacitados e capazes de melhorar a qualidade do atendimento, diminuir o tempo de internação, as taxas de mortalidade, reduzir a PCR e outros eventos agudos que ameaçam a vida, o que requer possuir conhecimentos científicos, técnicos e práticos, além de habilidades de gerenciamento dos atendimentos e cuidados prestados ao paciente (JACKSON, 2017).

Neste contexto, a educação para o trabalho proposta como Educação Permanente surgiu na década de 1980 como uma estratégia da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em associação com a Organização Mundial da Saúde (OMS), para promover a capacitação e o desenvolvimento dos profissionais da área de saúde. Atualmente, o termo usado é Educação Permanente em Saúde (EPS). Diferente da Educação Continuada que prevê a capacitação do profissional fora do

ambiente de trabalho, a EPS visa o desenvolvimento dos recursos humanos no ambiente intra-hospitalar (MICCAS; BATISTA, 2014).

Considerando a EPS uma iniciativa de cunho ético, pedagógico e também político, o Ministério da Saúde implantou em 2003 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) com o propósito de possibilitar a qualificação dos profissionais de saúde, mediante práticas formativas e educativas, bem como, despertar nas instituições de saúde brasileiras a relevância dessa proposta. Nesse sentido, pretende-se garantir a formação profissional levando conta a integração dos conhecimentos teóricos com a prática vivenciada no interior dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

A proposta pedagógica é pautada na educação crítica e problematizadora que possibilita capacitar todos os recursos humanos que atuam em determinado serviço de maneira permanente. Desse modo, pode ser considerada também uma relevante ferramenta de identificação das necessidades de capacitação, tendo em vista que possibilitar averiguar junto aos profissionais os principais problemas e lacunas existentes que estejam impactando a qualidade da assistência e serviços ofertados (GUIMARÃES et al., 2010).

Inserir a EPS nas instituições hospitalares é condição primordial, pois conforme destaca Jackson (2017), a instituição hospitalar na qual o TRR opera, deve apoiar-se em uma cultura de segurança do paciente e todos os membros da equipe devem possuir uma sólida compreensão do seu papel no time, possuir conhecimentos científicos, técnicos e práticos, além de habilidades de gerenciamento dos atendimentos e cuidados prestados ao paciente no ambiente intra-hospitalar.

No entanto, mesmo diante da relevância dos processos educativos para o aprimoramento de conhecimentos e, sobretudo, para a melhoria das atividades práticas dos profissionais, Campos et al. (2016) destacam que existem desafios diários quanto a gestão e a implantação da EPS, tais como: desmotivação dos trabalhadores, falta de apoio e incentivo dos gestores, dificuldades em relação ao financiamento da proposta educativa devido a demora dos processos burocráticos, consenso entre os profissionais sobre o que melhor deve ser abordado no programa, recusa de participação dos profissionais devido ao excesso de trabalho, entre outros.

Porém, torna-se indispensável que instituições e trabalhadores tenham responsabilidade de atuar de forma proativa e reconhecer que mesmo diante dos desafios diários da EPS, garantir a presteza do atendimento, e, sobretudo, reduzir índices de morbimortalidade de pacientes com risco de PCR, somente será possível com uma equipe treinada e capacitada. Para isso, todo hospital de grande porte, possui um setor denominado Treinamento e Desenvolvimento (T&D), composto por um enfermeiro referência e dois enfermeiros facilitadores e executores de educação permanente. A dinâmica deste trabalho segue um cronograma mensal temático, por exemplo, em janeiro de 2019, a equipe de T&D vai treinar toda a equipe assistencial (enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas) sobre a abordagem em equipe na PCR, tendo em vista, atingir 100% de cobertura (SANTOS et al., 2010).

Entendida como uma ferramenta para executar a EPS no ambiente de trabalho, o setor de T&D é responsável por planejar todo o processo de capacitação, tendo como base as necessidades da equipe e as demandas da instituição hospitalar em relação a PCR. Para tanto, os profissionais responsáveis pelo setor de T&D devem registrar mensalmente todas as abordagens da equipe, por exemplo, em relação aos acionamentos do código azul e ao número de óbitos, para que, ao final de determinado período, possam fazer uma avaliação quantitativa da situação e, conforme a realidade observada, reforçar a EPS para a área que apresentou resultados menos eficazes (JACKSON, 2017).

4 METODOLOGIA

Pesquisa exploratória e descritiva, com enfoque qualitativo, onde segundo Marconi e Lakatos (2011) descreve que pesquisa qualitativa não analisa os dados de forma numérica ou estatística, mas os apresentam de forma descritiva de acordo com as diferentes abordagens e opiniões dos participantes da pesquisa.

De acordo com Gil (2008), a pesquisa qualitativa possibilita aos autores a compreensão do assunto através da interpretação das informações que são organizadas conforme os objetivos propostos no estudo.

A pesquisa descritiva visa identificar e apresentar as particularidades de determinado público ou fenômeno. É um tipo de pesquisa onde o(s) autor(es) do estudo, buscam descrever informações sobre um assunto específico para proporcionar ao leitor uma visão geral do tema (GIL, 2008).

A pesquisa exploratória, segundo Marconi e Lakatos (2011) compreende o levantamento das fontes primárias e secundárias sobre o objeto de estudo investigado, bem como, para que seja possível responder a questão norteadora.

Foi utilizado o método da Teoria das Representações Sociais que possibilita descrever a realidade de determinada situação, num contexto onde os atores da pesquisa apresentam suas percepções, possibilitando a interação e a compreensão da realidade social, gerando novas aprendizagens em relação ao objetivo do estudo (VERGARA, 2012), neste caso, a atuação e a percepção do enfermeiro no TRR.

Para a pesquisa de campo, foi utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro temático semi-estruturado (APÊNDICE A), onde Participaram da pesquisa, 16(dezesseis) enfermeiros, identificados como E1 a E16, que atuam na Unidade de Alta Dependência de Cuidados (UADC) em um hospital de grande porte na Serra-ES e aceitaram participar da pesquisa pelo TCLE (APÊNDICE B).

A análise de conteúdo temático foi baseada na técnica de pesquisa qualitativa que possibilita compreender, interpretar e definir núcleos temáticos através das falas dos entrevistados (MARCONI; LAKATOS, 2010).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Núcleos Temáticos

Visando entender a atuação e a percepção do enfermeiro no TRR, foram identificados os seguintes núcleos temáticos, especificados por categoria.

5.2 Análise dos Núcleos Temáticos

Foi avaliada a percepção de 16 enfermeiros atuantes nas Unidades de Internação e/ou UADC, entrevistados com base nos núcleos temáticos abordados na pesquisa. Como direito de preservar a identidade pessoal, na transcrição das falas, os enfermeiros foram identificados pela letra E.

Quanto à responsabilidade em acionar o TRR, observou-se muita divergência nas respostas. Alguns sabem que essa função não é privativa do enfermeiro, conforme se observa:

Não, pode incluir em toda a situação a equipe de enfermagem incluindo o técnico de enfermagem. (E1)

Não. Todos os funcionários da assistência devem estar imbuídos no processo. (E2)

Não, quem estiver disponível pode acionar. (E3)

Outros entrevistados mostraram-se controversos, de acordo com a transcrição das falas abaixo:

Sim. A equipe técnica é orientada a acionar o TRR caso perceba sinais de alerta importantes, porém há um grande receio.(E4)

Sim, porém não impede o técnico de enfermagem também poder acionar.(E5)

Sim, mas não impede que outro profissional acione na intercorrência. (E6)

Com base nisto, é preciso considerar que falhas no planejamento e na comunicação, e a incapacidade de reconhecer que todos os profissionais podem acionar o TRR quando paciente está se deteriorando, interferem na atuação no TRR e com isso, pode tornar-se um fator chave na mortalidade intra-hospitalar.

Torna-se necessário uma melhor orientação em relação à responsabilidade de acionamento do TRR, pois quaisquer profissionais da equipe da unidade podem exercer essa função. Diante desse resultado, reforça a importância da EPS como ferramenta que além de capacitar os profissionais a atuarem de maneira efetiva na intervenção e assistência direta ao paciente, é também indispensável para que o

enfermeiro seja orientando sobre os procedimentos e normas técnicas do TRR, incluindo nesse caso, a responsabilidade de acionamento (JACKSON, 2017).

Em relação à importância da disponibilidade dos materiais permanentes, parcela significativa dos entrevistados, destacou:

Nem sempre costuma estar a disposição, mas, em períodos em que o perfil dos pacientes está mais propenso a intercorrências, costuma haver necessidade de pedir empréstimo de equipamentos em outras unidades (CTI, por exemplo).(E4)

Falta de medicação de geladeira nem sempre tem tudo. (E7)

Não. No acionamento do TRR às vezes não tem equipamentos disponíveis (E8).

A implementação de um TRR requer alteração na estrutura organizacional do hospital e, também, adequação em relação aos equipamentos e materiais permanentes disponíveis. Logo, políticas organizacionais devem ser implementadas para averiguar a disponibilidade de materiais, recursos e equipamentos utilizados para apoiar as atividades do TRR, de forma que estes atendam de imediato a demanda dos pacientes. A falta de medicamentos e/ou o empréstimo desses insumos a outro setor, causa atraso no atendimento e com isso, o TRR pode não atingir a sua capacidade total nas organizações (JONES et al., 2013).

Observou-se que a maioria dos entrevistados relatou não haver dificuldades do enfermeiro no acionamento do TRR, esse ponto favorável é corroborado por Cardoso (2016), onde destaca que o Código Azul padroniza e facilita a ação dos profissionais da equipe, agilizando as chamadas direcionadas ao TRR. Logo, reforça-se a responsabilidade da instituição hospitalar em analisar os acionamentos e em caso de dificuldades mencionadas pelos profissionais, implementar as adequações necessárias no Código Azul para não interferir no atendimento e prognóstico do paciente.

Quanto às rotinas do TRR disponíveis pela instituição hospitalar a maioria confirmou que as mesmas estão disponíveis e tem fácil acesso na unidade, conforme se destacam nas falas abaixo:

Sim. Todas as nossas rotinas estão disponíveis no sistema integrado de todos os setores. (E2)

Todas as instruções normativas se encontram no sistema para quem quiser consultar. E o próprio formulário de Código Amarelo e Azul já deixa algumas diretrizes. (E4)

Sim. Acesso em sistema.(E8)

Nota-se que o Hospital disponibiliza a todos os profissionais de todos os setores os Códigos, normas e demais procedimentos, através de sistemas informatizados. Assim sendo, cabe ao profissional acessar o sistema para que possa se inteirar as normas institucionais e seguir adequadamente todas as normatizações pertinentes ao atendimento e assistência ao paciente.

Os sistemas informatizados hoje fazem parte da rotina hospitalar de grande parte das instituições. Tratando-se de um hospital de grande porte, essa ferramenta é indispensável tanto para organizar todas as rotinas, como também para otimizar o tempo dos profissionais e orientá-los sobre as condutas mais adequadas em relação a prática clínica (PEREIRA et al., 2012).

No entanto, é preciso levar em conta que o profissional também deve ter bom senso de sempre que necessário ir até o sistema e acessá-lo, evitando assim tomadas de decisões equivocadas que possam colocar em risco a vida e a saúde do paciente.

Foi averiguado se há Treinamento para a equipe médica e de enfermagem sobre o TRR, e observou-se que a percepção dos entrevistados foi divergente. Enquanto alguns somente afirmaram ou negaram a questão, outros responderam:

Não. Nunca fui treinado. (E9)

Sim. Apenas no momento de admissão. (E10)

Sim. Sempre que necessitamos (E7)

Sim. Periodicamente e algumas vezes com treinamento tático em ACLS. (E4)

Sabe-se que a educação em saúde, especificamente em relação a EPS, apesar de ser uma ferramenta imprescindível para a adequação dos profissionais em relação a atuação no TRR, a sua aplicabilidade prática ainda é intrínseca a desafios (CAMPOS et al., 2016).

Contudo, quando a instituição hospitalar se dispõe a implantar o TRR ela precisa se adequar tanto em relação a infra estruturada, materiais e equipamentos, quanto, principalmente, aos seus recursos humanos. Para que o TRR consiga cumprir os propósitos aos quais ele se destina, toda a sua equipe precisa ser treinada e capacitada.

Essa condição requer do setor de T&D a elaboração de um cronograma mensal de forma que todos os profissionais sejam incluídos nos programas de EPS,

evitando com isso que profissionais sejam treinados somente na admissão ou então, quando há necessidade (SANTOS et al., 2010).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), assim como Guimarães et al. (2009) afirmam ser responsabilidade das instituições de saúde, mediante ações pedagógicas, formativas e educativas, capacitar permanentemente todos os seus recursos humanos.

Sobre o tempo de atendimento pelo Código Azul, a maioria dos entrevistados destacou que a equipe do TRR quando solicitada, comparece em até 3 minutos para início do atendimento ao paciente. Outros destacaram que comparecem desde que o paciente não seja paliativo. Segundo Taguti et al. (2013), o tempo é a principal característica associada ao TRR, uma vez que, a chave para o sucesso é exatamente garantir o atendimento imediato ao paciente evitando que ele evolua para a PCR. Dessa forma, preconiza-se que o atendimento seja em média de 3 a 5 minutos.

Reforça, portanto, que o tempo de atendimento também seja foco dos programas de EPS de forma que tanto a equipe da unidade do paciente seja orientada a solicitar auxílio imediato quando perceber mudança no estado clínico do paciente, bem como, a equipe do TRR que deve estar sempre disponível para fornecer o suporte necessário ao paciente assim que for acionada.

Por outro lado Reinders et al. (2016), acrescentam que o TRR é implantado em hospitais com o objetivo de identificar e tratar em tempo hábil os pacientes que se deterioram nas enfermarias gerais evitando desfechos mórbidos. No entanto, o papel adicional do TRR deve estar envolvido também nas decisões e discussões sobre os cuidados paliativos, mesmo em casos de pacientes que não tiverem uma perspectiva real de sobrevivência.

Sobre o acompanhamento do atendimento pelo Código Azul, todos os participantes da pesquisa afirmaram que o enfermeiro da unidade acompanha o atendimento do código azul durante o período total de atendimento, juntamente com os profissionais do TRR. Esse resultado reforça que a equipe de resposta rápida e a equipe da unidade trabalham integradas, tanto para otimizar o tempo de acionamento, bem como, em relação a melhoria da assistência ofertada ao paciente.

5.2.1 Responsabilidade em Acionar o TRR

Esse eixo temático corresponde à categoria I – o enfermeiro é o principal responsável em acionar o TRR, pois se apresenta 24 horas ao lado do paciente. Taguti et al. (2013) relatam que o acionamento do TRR não é responsabilidade única e privativa do enfermeiro, mas de qualquer profissional que compõe a equipe multidisciplinar.

5.2.2 Importância da disponibilidade dos materiais permanentes

Esse eixo temático é pertinente à categoria II – 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. Jackson (2017) enfatiza que a assistência ao paciente não se limita tão somente a atuação da TRR. Para que os resultados sejam satisfatórios, torna-se indispensável que a instituição hospitalar disponibilize materiais e equipamentos adequados para que seja possível intervir diante das demandas clínicas do paciente e potencializar as probabilidades de um diagnóstico mais favorável.

5.2.3 Dificuldades no Acionamento do TRR

Esse eixo temático é referente à categoria III – O enfermeiro sente dificuldade no acionamento o TRR código azul. De acordo com Jones, Rubulotta e Welch (2016), o trabalho do TRR depende diretamente da agilidade no acionamento feito pela equipe de assistência direta ao paciente no leito. Por isso, é fundamental que esses profissionais saibam identificar precocemente os sinais de deterioração clínica para reduzir o risco do paciente entrar em colapso decorrente da PCR.

5.2.4 Rotinas do TRR disponíveis pela instituição hospitalar

Esse eixo temático relaciona-se a categoria IV - O manual/protocolo de rotinas sobre o TRR está disponível e tem fácil acesso na unidade. Segundo Jones

et al. (2013), mesmo que as rotinas não sejam padronizadas para todas as instituições hospitalares em relação a atuação do TRR, é primordial que cada hospital, respeitando os critérios científicos e baseando-se nas demandas clínicas de seus pacientes, disponibilizem por escrito todas as rotinas e procedimentos pertinentes a atuação do TRR.

5.2.5 Importância do Treinamento e Desenvolvimento

Esse eixo temático corresponde à categoria IV - Treinamento para equipe de enfermagem e médica sobre o TRR. Conforme preconiza Santos et al. (2010), a instituição hospitalar é responsável por avaliar a necessidade de treinar sua equipe e realizar um planejamento para garantir que todos os profissionais estejam inseridos nos programas de educação permanente.

5.2.6 Tempo de atendimento pelo Código Azul

Esse eixo temático associa-se a categoria V - A equipe do TRR, quando solicitada, comparece em até 3 minutos para início do atendimento ao paciente em código azul? Segundo Taguti et al. (2013), o tempo é principal requisito diante da solicitação do TRR, de modo que garanta a intervenção antes que o paciente tenha uma PCR.

5.2.7 Acompanhamento do atendimento pelo Código Azul

Esse eixo temático corresponde à categoria VI - O enfermeiro da unidade acompanha o atendimento do código azul durante o período total de atendimento, juntamente com os profissionais do TRR. De acordo com Reinders et al (2016), a equipe da unidade é responsável por estabilizar a condição do paciente e integrar seus cuidados com o TRR até o atendimento final do paciente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desse trabalho, conforme os resultados obtidos através da pesquisa bibliográfica e das falas dos entrevistados, pode-se notar que o Código Azul facilita os acionamentos, agilizando as chamadas além de ser de fácil utilidade pelos enfermeiros. Notou-se ainda que o TRR comparece em até 03 minutos após ser acionado.

Foi possível entender e compreender, através das falas dos entrevistados, que o enfermeiro torna-se a figura de maior ligação em acionar o TRR, pelo simples motivo de estar em tempo integral no setor, realizando cuidados e assistência aos pacientes.

Outro fator favorável averiguado na pesquisa foi que o enfermeiro da equipe da unidade do paciente o acompanha até o atendimento final do TRR. Observou-se também que a instituição disponibiliza as normas do TRR através de sistemas informatizados que são integrados entre todos os setores e encontram-se disponíveis para acesso de todos os profissionais.

No entanto, identificamos que alguns entrevistados indicaram que às vezes ocorre a falta de equipamentos e medicamentos, mas que os mesmos são disponibilizados por outros setores. No entanto, essa condição precisa ser revista pela instituição, pois é imperativo que recursos e equipamentos já estejam disponíveis no setor de TRR para que a equipe possa garantir a presteza, agilidade e a qualidade do atendimento.

Outro ponto crítico observado é que embora muitos enfermeiros reconheçam que qualquer profissional da equipe da unidade em que o paciente se encontra pode fazer o acionamento do TRR, outros se mostraram controversos, afirmando que somente o enfermeiro pode fazer o acionamento, mas que, essa condição não impede que também outro profissional o faça.

Sugerimos um trabalho de conscientização, com foco no que é preciso entender, que todos os profissionais conheçam as normas que regem o TRR e esclarecido a todos os envolvidos na assistência que o acionamento não é uma atividade exclusiva do enfermeiro.

Através das falas dos entrevistados houve algumas controversas também, em relação ao treinamento. Enquanto alguns se limitaram a responder que existe treinamento para a equipe de enfermagem e médica sobre o TRR, outros disseram

que só foram treinados no momento da admissão e alguns responderam que não têm treinamento.

Diante da identificação dos eixos temáticos torna-se primordial que a instituição além de disponibilizar materiais e equipamentos, reforce também as ações pedagógicas e formativas através da Educação em Saúde como ferramenta de uso permanente e direcionada a todos os profissionais, tanto no momento da admissão, mas, sobretudo, no transcorrer das atividades desenvolvidas na instituição.

O setor de T&D deve atentar-se que todos precisam passar por treinamento e, por isso, sugerimos ampliar a comunicação com os profissionais para que estes tenham oportunidade para dialogar e também apontar sobre as principais dificuldades em relação ao TRR. Acredita-se que essa é uma estratégia para que o setor de T&D possa programar treinamentos que cubram as lacunas apresentadas pelos enfermeiros e, tentar reduzir as falhas e os pontos críticos em relação a atuação desses profissionais.

Espera-se que ao disponibilizar informações sobre o TRR, de modo particular em relação à atuação do enfermeiro nessa equipe, o presente trabalho possa servir de fonte de pesquisa e guiar futuros estudos acadêmicos para que o assunto possa manter-se em constante atualização e, por conseguinte, novos resultados e melhorias sejam propostos por meio da implantação de TRR nas instituições hospitalares brasileiras.

REFERÊNCIAS

APPLEGATE, E. *Anatomia e Fisiologia*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

BÍBLIA SAGRADA. *Edição Pastoral*. São Paulo: Paulus, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Cidadania. *Sociedade Brasileira de Cardiologia ensina técnicas de socorro de emergência*. 2018. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2010/09/sociedade-brasileira-de-cardiologia-ensina-tecnicas-de-socorro-de-emergencia>> Acesso em: 27 out. 2018.

CAMPOS, K. F. et al. *Educação Permanente: avanços, desafios para a gestão em saúde no Brasil*. 2016. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/729/716>> Acesso em: 10 out. 2018.

CARDOSO, L. F. *Protocolo de Atendimento a parada Cardiorrespiratória (PCR) do Hospital Sírio Libanês*. 2016. <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/gestao-da-qualidade/Documents/protocolo-parada-cardiorespiratoria.pdf>> Acesso em: 05 abr. 2017.

DIAS, A. O.; GRION, C. M.; MARTINS, E. A. Análise da qualidade do time de resposta rápida em hospital universitário: opiniões de enfermeiros. *CiencCuidSaúde*, v.14, n. 1, p. 917-923, 2015.

DONNINO, M. W. et al. Initial lactate and lactate change in post-cardiac arrest: a multi-center validation study. *Crit Care Med.*,v. 42, n. 8, p. 1804-1811, 2014.

FERNANDO, S. M. Impact of nighttime Rapid Response Team activation on outcomes of hospitalized patients with acute deterioration. *CriticalCare*, v. 22, n. 67, 2018.

FONSECA, L. M. M. et al. *Aprender para cuidar em enfermagem: situações específicas de aprendizagem*. Ribeirão Preto: Escola Enfermagem Ribeirão Preto/USP, 2015.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, P. D. S. et al. Redução de paradas cardiorrespiratórias por times de resposta rápida. *Einstein*, v. 10, n. 4, p. 442-8, 2012.

GUIMARÃES, E. M. P. et al. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. *Ciencia Y Enfermeria*, v. 16, n. 2, p. 25-33, 2010

GUIMARÃES, H. P. et al. Uma breve história da ressuscitação cardiopulmonar. *RevBrasClinMed*, v. 7, p. 177-187, 2009.

IBGE. *Cidades*. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/serra/panorama>> Acesso em: 15 out. 2018

JACKSON, S. Rapid response teams: What's the latest? *Nursing*, v. 47, n. 12, p. 34-41, 2017.

JEVON, P.; B., EWENS. *Monitoramento do paciente crítico*. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

JONES et al. The rapid response system and end-of-life care. *CurrOpinCrit Care*, v. 9, n. 6, p. 615-623, 2013.

JONES, D., RUBULOTTA, F.; WELCH, J. Rapid response teams improve outcomes: yes. *IntensiveCareMed*, v. 42, n. 4, p.593-595, 2016.

KAEMMERE, A. A segurança na atenção hospitalar. *Debates GVsaúde*, n. 6, p. 5-12, 2009.

KIM, Y. J. et al. Role of blood gas analysis during cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest patients. *Medicine*, v. 95, n. 25, p. 3960, 2016.

LEWIS, S. L. et al. *Tratado de enfermagem médico cirúrgica: avaliação e assistência dos problemas clínicos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

LOPES, J. L. et al. Implantação dos Times de Reposta Rápida: experiência de um hospital de alta complexidade em cardiopneumologia. *RevBrasClin Med*, v. 10, n. 5, p. 394-7, 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. 7. ed. São Paulo: Atlas: 2011.

MÁSSIMO, E. A. L et al. Evolução histórica da ressuscitação cardiopulmonar: estudo de revisão. *Revenferm UFPE*, v. 3, n. 2, p. 709-14, 2009.

MEZZAROBA, A. L. et al. Avaliação de 5 anos de atuação de um time de resposta rápida liderado por médico intensivista em hospital universitário. *Rev Bras Ter Intensiva*, v. 28, n. 3, p. 278-284, 2016.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saúde Pública*, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

NACER, D. T.; BARBIERI, A. R. Sobrevivência a parada cardiorrespiratória intra-hospitalar: revisão integrativa da literatura. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 17, n. 3, p. 1-8, 2015.

PEREIRA, S. R. et al. Sistemas de Informação para Gestão Hospitalar. *J. Health Inform.*, v. 4, n. 4, p. 170-175, 2012.

PERRY, A. G. et al. *Procedimentos e intervenções de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

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

REZENDE, J. M. *Seara de Asclépio: uma visão diacrônica da medicina*. 2 ed. Goiânia: UFG, 2018.

SANTOS, E. S. et al. Perfil de atendimentos do código azul em um hospital escola especializado em cardio-pneumologia. *Revista Cubana de Enfermaria*, v. 33, n. 1, 2017.

SANTOS, C. M. *Mapa de Fluxo do Time de Resposta Rápida do Serviço de Oncologia do HRVP*. 2010. Disponível em: <https://www.lean.org.br/comunidade/saude/ebcp/pdfs/cap6doc1b.projeto_completo_TRR.pdf> Acesso em: 25 out. 2018.

SESA. *Hospital Estadual Jayme dos Santos Neves – HEJSN*. 2018. Disponível em: <WWW.saude.es.gov.br/hospital-estadual-jayme-dos-santos-neves-hejsn>
SOUZA, S. C. *Lições de anatomia: manual de esplanologia*. Salvador: EDUFBA, 2010.

STONE, C. K.; HUMPHRIES, R. L. *Current: diagnóstico e tratamento. Medicina de Emergência*. 7 ed. São Paulo: Artmed, 2013.

TAGUTI, P. S. et al. Atuação do time de resposta rápida em hospital universitário no atendimento de código amarelo. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, v. 25, n. 2, p. 99-105, 2013.

TOLEDO, A. P.; PRIOLLI, D. G. Cuidados no Fim da Vida: O Ensino Médico no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 1, p. 109-117, 2012.

UCHINO, H. et al. RETRACTED ARTICLE: Brain injury following cardiac arrest: pathophysiology for neurocritical care. *Journal of Intensive Care*, v. 4, n. 31, p.1-10, 2016.

VEIGA, C. V. et al. Atuação do Time de Resposta Rápida no processo educativo de atendimento da parada cardiorrespiratória. *Revista Brasileira Clínica Médica*, v. 11, n. 3, p. 258-62, 2013.

VERGARA, S. C. *Métodos de pesquisa em Administração*. São Paulo: Atlas, 2012.

WACHTER, R. M. *Compreendendo a Segurança do Paciente*. 2ed. São Paulo: Artmed, 2013.

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA

O questionário abaixo segue o modelo conceitual de Donabedian (estrutura-processo-resultado) para avaliação do TRR

Fonte: DIAS, A. O. et al. Instrumento para avaliação da qualidade do Time de Resposta Rápida em um hospital universitário público. RevBrasEnferm., v. 67, n. 5, p. 700-7, 2014

Atuação e Percepção do Enfermeiro em relação ao TRR

1. O enfermeiro é o principal responsável em acionar o TRR?
2. Os materiais permanentes e de consumo médico e do carrinho (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?
3. O enfermeiro sente dificuldade no acionamento o TRR código azul?
4. O manual/protocolo de rotinas sobre o TRR está disponível e tem fácil acesso na unidade?
5. Há treinamento para equipe de enfermagem e médica sobre o TRR?
6. A equipe do TRR, quando solicitada, comparecem em até 3 minutos para início do atendimento ao paciente em código azul?
7. O enfermeiro da unidade acompanha o atendimento do código azul durante o período total de atendimento, juntamente com os profissionais do TRR ?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **TIME DE RESPOSTA RÁPIDA: ATUAÇÃO E PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO EM UM HOSPITAL DA SERRA-ES**

Pesquisadoras responsáveis: **ALBERTINA BIBIANA SILVA e JOSILENE CHAPE DOS SANTOS DAMASIO**

Informações sobre o(a) participante:

Nome: _____

RG: _____

Aceitei participar nesta pesquisa por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro, com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso do estudo. Fui informado(a) que as respostas da entrevista serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos.

Estou ciente, por fim, da liberdade e do direito de poder desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo ou risco de sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Eu, _____, ao me considerar devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste Termo de Consentimento, e da pesquisa a ele vinculada, expressei livremente meu consentimento para minha participação neste estudo.

Participante

Responsável pela pesquisa

Responsável pela pesquisa

Serra-ES, _____ de _____ de 2018