

RELATO DE EXPERIÊNCIA: IMPLANTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE NÍVEL SECUNDÁRIO NO INTERIOR DE SÃO PAULO

EXPERIMENTE REPORT: IMPLANTATION OF THE QUICK RESPONSE TIME OF A SECONDARY LEVEL PUBLIC HOSPITAL INNER OF SÃO PAULO

INFORME DE EXPERIENCIA: IMPLANTACIÓN DEL EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE NIVEL SECUNDARIO EN EL INTERIOR DE SÃO PAULO

Ariane Ranzani Rigotti*, Izabela Dias Brugugnolli**, Rodrigo Hara Ariosa***, Nathalia Costa Coutinho***

Resumo

Introdução: A parada cardíaca fora do ambiente monitorado da terapia intensiva é um evento adverso grave que potencialmente pode ser evitado. O desenvolvimento de Times de Resposta Rápida (TRRs) tem crescido em paralelo ao aumento do interesse em melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados aos pacientes hospitalizados. **Objetivo:** Descrever a experiência na implantação e condução do trabalho do TRR em um hospital público de nível secundário. **Material e Método:** Estudo descritivo, quantitativo, do tipo relato de experiência, em que se pretende apresentar a implantação de um TRR no Hospital-Escola Emílio Carlos (HEEC) Catanduva-SP, que realiza o atendimento de pacientes 100% Sistema Único de Saúde. **Resultados:** A primeira etapa da implantação do TRR foi a organização e definição dos procedimentos necessários para sua implantação, cujos critérios de acionamento do TRR estão embasados em cinco parâmetros vitais e fisiológicos do Escore de MEWS e cada profissional tem papel determinado no TRR, seja no atendimento do paciente ou na implementação, avaliação dos dados e educação continuada. No primeiro trimestre de 2018 pelo TRR prestou-se atendimento a 89 pacientes adultos com média de idade de 66 anos. As emergências clínicas e a PCR demandam grande empenho e conhecimento por parte dos profissionais, porém, quando seu atendimento não está bem estruturado e definido pode gerar conflito de papéis, demora e realização de procedimentos equivocados, culminando com gastos desnecessários e, principalmente, com desfechos indesejados. **Conclusão:** Os serviços de saúde devem dispor de estratégias que visem a organização e sistematização do atendimento às emergências. Espera-se que a implantação do TRR e o consequente treinamento dos profissionais envolvidos possam contribuir de forma importante para a prevenção das ocorrências das PCR e melhorar o prognóstico dos pacientes após este evento.

Palavras chave: Segurança do paciente. Time de resposta rápida. Parada cardiorrespiratória.

Abstract

Introduction: Cardiac arrest outside the monitored intensive care setting is a serious adverse event that can potentially be avoided. The development of Rapid Response Teams (TRRs, in Portuguese – *Time de Resposta Rápida*) has grown in parallel with increased interest in improving the quality and safety of inpatient care. **Objective:** To describe the experience in the implantation and conduction of the work of the TRR in a public hospital of secondary level. **Material and Method:** A descriptive, quantitative study of the type of experience report in order to report the implementation of a TRR at Hospital-Escola Emílio Carlos (HEEC), Catanduva-SP, which performs the care of patients with 100% Unified Health System. The first step in the implementation of the TRR was the organization and definition of the necessary procedures for its implementation. The TRR trigger criteria are based on five vital and physiological parameters of the MEWS Score, and each professional has a specific role in the TRR, whether it is patient care or implementation, data evaluation and continuing education. In the first quarter of 2018, the TRR provided care for 89 adult patients with a mean age of 66 years. Clinical emergencies and CRP require great commitment and knowledge on the part of professionals. When the care is not well structured and defined, it can lead to conflicting roles, delays, wrong procedures, culminating in unnecessary expenses, and especially to unwanted outcomes. **Conclusion:** Health services should have strategies to organize and systematize emergency care. It is hoped that the implantation of the TRR and the consequent training of the professionals involved can contribute in an important way to the prevention of the occurrences of the RCPs and to improve the prognosis of the patients after this event.

Keywords: Patient safety. Rapid response teams. Cardiorespiratory arrest.

Resumen

Introducción: El paro cardíaco fuera del entorno de cuidados intensivos monitoreados es un evento adverso grave que puede prevenirse potencialmente. El desarrollo de los equipos de respuesta rápida (en Portugués – *Time de Resposta Rápida TRR*) ha crecido en paralelo con el creciente interés en mejorar la calidad y la seguridad de la atención de los pacientes hospitalizados. **Objetivo:** Describir la experiencia en la implementación y realización del trabajo del TRR en un hospital público secundario. **Material y Método:** Estudio descriptivo, cuantitativo, tipo informe de experiencia, en el que se pretende presentar la implementación de un TRR en el Hospital-Escola Emílio Carlos (HEEC) Catanduva-SP, que brinda atención a pacientes Sistema de Salud 100% Unificado. **Resultados:** La primera etapa de la implementación del TRR fue la organización y definición de los procedimientos necesarios para su implementación, cuyos criterios para desencadenar el TRR se basan en cinco parámetros vitales y fisiológicos del puntaje MEWS y cada profesional tiene un rol determinado en el TRR, en atención o implementación de pacientes, evaluación de datos y educación continua. En el primer trimestre de 2018, el TRR brindó atención a 89 pacientes adultos con una edad media de 66 años. Las emergencias clínicas y la PCR requieren un gran compromiso y conocimiento por parte de los profesionales, sin embargo, cuando su atención no está bien estructurada y definida, puede dar lugar a conflictos de roles, retrasos y ejecución de procedimientos incorrectos, que culminan en gastos innecesarios y, principalmente, con resultados no deseado. **Conclusión:** Los servicios de salud deben tener estrategias destinadas a organizar y sistematizar la atención de emergencia. Se espera que la implementación de la TRR y la consecuente capacitación de los profesionales involucrados puedan contribuir de manera importante a la prevención de los casos de PCR y a mejorar el pronóstico de los pacientes después de este evento.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Equipo de respuesta rápida. Parada cardiorrespiratoria.

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo (USP), docente do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP. Contato: arianerigotti@gmail.com

** Médica intensivista pela AMIB, especialista em Medicina Intensiva e Clínica Médica, graduada em Medicina pelo Centro Universitário Padre Albino UNIFIPA. Preceptora na Unidade de Urgência e Emergência do Hospital-Escola Padre Albino e médica reguladora da atenção ao serviço especializado do município de Catanduva-SP.

***Médicos residentes no Centro Universitário Padre albino (UNIFIPA), Catanduva-SP.

INTRODUÇÃO

A instabilidade hemodinâmica em pacientes hospitalizados pode apresentar-se como um quadro de deterioração clínica importante e, na maioria das vezes, as equipes de assistência à saúde nos setores de internação não estão preparadas para o manejo de situações de urgência e emergência.

Os eventos adversos são definidos como qualquer ameaça à vida de pacientes em tratamento médico, podendo ser resultados, ou não, de erros e são associados a maiores taxas de complicações e aumento da mortalidade. A parada cardíaca fora do ambiente monitorado da terapia intensiva é considerada um evento adverso grave que potencialmente pode ser evitado¹. Assim, existe uma janela de tempo para identificar pacientes sob risco de morte e aplicar uma intervenção. Uma estratégia lógica deve envolver mensuração adequada e registro dos sinais vitais, além do estabelecimento de limiares de anormalidades. Em teoria, a identificação precoce desses sinais e seu adequado tratamento devem melhorar a sobrevida dos pacientes hospitalizados².

Em 1994, na Austrália, com o propósito de minimizar os riscos de incidentes de segurança durante a assistência, surgiu a criação de equipes de resposta rápida em hospitais, também denominadas times de resposta rápida (TRRs). Esse sistema de atendimento às emergências tende a proporcionar um atendimento de terapia intensiva “beira leito”, de modo que o paciente possa ser atendido de maneira adequada fora do ambiente da terapia intensiva com a mesma acuidade^{3,4}. Tipicamente multidisciplinar, os TRRs são compostos por profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e consiste em um sistema organizado, coerente e integrado de ações estratégicas no contexto do atendimento de pacientes com agravos agudos, internados em ambiente de enfermagem, além de ter autonomia para solicitar exames para investigação diagnóstica de urgência, prescrever terapias medicamentosas e não medicamentosas, indicar cuidados intensivos e discutir cuidados paliativos. O desenvolvimento de TRRs tem crescido em paralelo ao aumento do interesse em melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados aos pacientes hospitalizados e está intimamente ligado com a melhoria da qualidade da assistência e tem como objetivo principal diminuir o número de paradas cardiorrespiratórias (PCR) fora do ambiente de terapia intensiva, situações comuns no cotidiano dos hospitais relacionadas à baixa sobrevida^{5,6}.

A padronização do atendimento da PCR de modo a promover um atendimento rápido e organizado, aumenta a chance do sucesso nas manobras de ressuscitação cardiopulmonar, isso porque estudos mostram que a parada cardíaca geralmente está acompanhada de erros no planejamento da assistência, já que 70% dos pacientes apresentam sinal de deterioração clínica nas 8 horas que antecedem a PCR^{6,7}.

Diante deste cenário, em 2004, o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) recomendou a implementação dos rapid response teams nos hospitais, como parte de uma estratégia que visava evitar a ocorrência de PCRs e, portanto, reduzir a mortalidade intra-hospitalar. A partir de então, a recomendação foi implementada por centenas de hospitais norte-americanos. Essas ações já faziam parte da campanha *The 100.000 Lives Campaign: Setting a Goal and a Deadline for Improving Health Care Quality* (Campanha 100.000 vidas: definir um objetivo e um prazo para melhorar a qualidade de assistência) realizada no período entre dezembro de 2004 a junho de 2006⁸. Pelo sucesso absoluto da campanha de 2004, já em dezembro de 2006 começa a campanha *5 Million Lives Campaign* (Campanha 5 milhões de vidas) com a proposição de novas metas para melhorar a segurança do paciente e a qualidade do serviço que lhe é ofertado⁹.

Com os resultados das campanhas norte americanas, o mundo todo passou a enxergar a necessidade de melhorar a qualidade da assistência à saúde. Desde então, os hospitais estão implementando melhorias na assistência a fim de obter padrões de qualidade certificados nacional e internacionalmente. Um pilar importante é, sem dúvidas, o TRR.

Logo, o Hospital-Escola Emílio Carlos (HEEC), um hospital universitário de nível secundário que se localiza na cidade de Catanduva-SP, interior de São Paulo, investiu na formação do TRR local com enfoque no treinamento multiprofissional, visando sempre a melhoria da segurança no atendimento ao paciente internado fora do ambiente de terapia intensiva.

OBJETIVO

Descrever a experiência na implantação e condução do trabalho do TRR em um hospital público de nível secundário.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, do tipo relato de experiência, em que se pretende apresentar a

implantação de um TRR no HEEC Catanduva-SP, que realiza o atendimento de pacientes 100% SUS com 141 leitos de internação para pacientes adultos e um leito de hospital dia, além dos ambulatórios clínicos e cirúrgicos.

O período de experiência ocorreu no primeiro semestre de 2018 no qual se instalou, de fato, o funcionamento do time após formação da equipe e treinamento e capacitação da totalidade dos seus integrantes.

Implantação, finalidade e composição do TRR - HEEC

O TRR teve a sua primeira etapa implantada em maio de 2017 a partir da análise, organização e definição dos procedimentos necessários para implantação. De acordo com a literatura, a formação do time só é possível através do envolvimento e direcionamento do atendimento a uma equipe multiprofissional onde cada um tem, por definição, papéis estabelecidos².


Tomou-se por base o perfil nosológico do HEEC que caracteristicamente atende pacientes portadores de múltiplas comorbidades e idosos em sua maioria, já que 22% das internações são de pacientes com faixa etária de 60 a 69 anos, 17% de 70 a 79 anos e 61% maiores de 80 anos. A maior procedência é de Catanduva e os demais pacientes são das cidades que compõem a microrregião composta por 19 municípios. As doenças do aparelho geniturinário, respiratório e insuficiência cardíaca foram as de maior prevalência nas internações no primeiro trimestre de 2018. Quanto ao gênero, os atendimentos são equilibrados, 52% compõem o sexo feminino e 48% o masculino.

Dessa forma, não é infrequente os pacientes apresentarem intercorrências clínicas nos setores de internação e, nesse contexto, o evento de maior gravidade é a PCR, porém a instabilidade hemodinâmica apresenta necessidade de intervenção relevante e, por isso, desenvolveu-se a proposta de classificar os pacientes de acordo com uma escala de gravidade denominada escala *Modified Early Warning Scoring* (MEWS), ou seja, pontuação modificada de "aviso prévio" descrita na Figura 1. Logo, os chamados para o time passam por dois níveis, código azul em situações de PCR e código amarelo para as demais emergências clínicas.

Os critérios de acionamento do TRR estão embasados em cinco parâmetros vitais e fisiológicos do Escore de MEWS: nível de consciência, frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, frequência respiratória e temperatura. Essa escala permite uma melhor comunicação entre todos os membros e oferece autonomia para a equipe. Valores ≥ 3 implicam em uma avaliação e revisão do paciente pelo enfermeiro sendo que escore ≥ 5 o TRR é

acionado para atendimento, conforme fluxograma a seguir (Figura 2). Todos os profissionais que compõem o TRR, bem como os demais profissionais enfermeiros e médicos das unidades de internação, foram treinados quanto ao acionamento, atendimento e preenchimento da ficha de avaliação do paciente.

Figura 1 - Sistema de pontuação do escore de MEWS



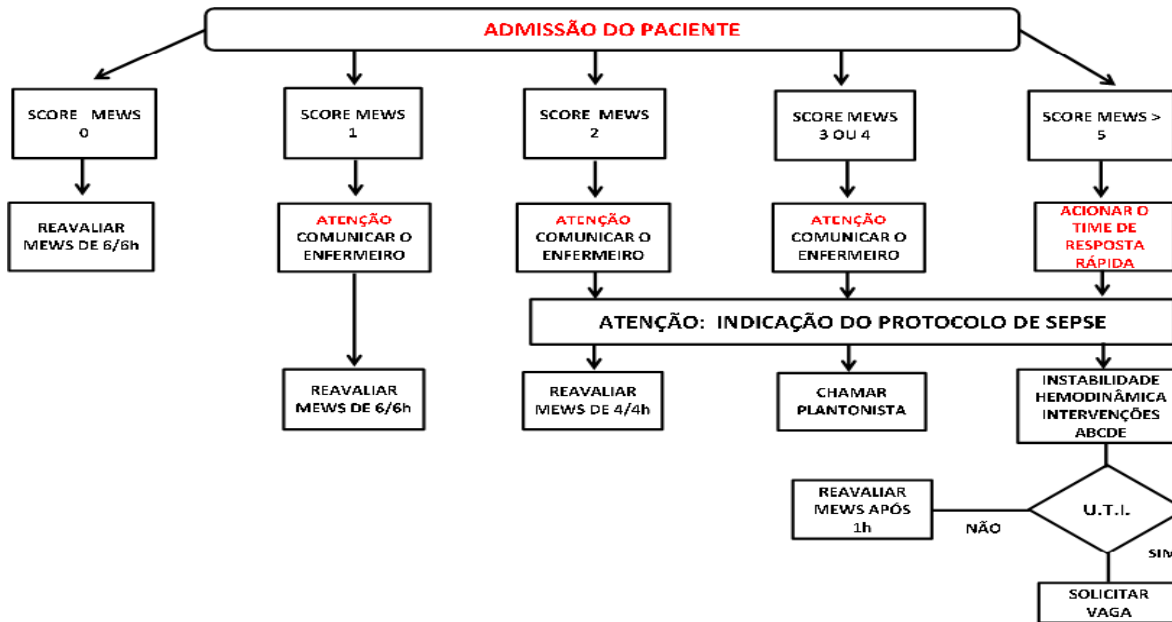
SISTEMA DE PONTUAÇÃO DO ESCORE DE MEWS

ESCORE	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Respiratória	<8			9-14	15-20	21-29	>29
Frequência Cardíaca	<40	41-50	51-100			111-129	>129
Pressão Arterial Sistólica	<70	71-80	81-100	101-199			>200
Temperatura	<35	35,1-36	36,1-38	38,1-38,5		>38,6	
Nível de Consciência				Alerta	Comando de voz	Dor	Não responde

Quanto à composição, o grupo é formado por: médico plantonista da enfermagem, médico residente e enfermeiro da terapia intensiva, fisioterapeuta, enfermeiro do setor, técnico de enfermagem, além do enfermeiro coordenador do time e da equipe do núcleo da qualidade e educação continuada. Nas doze horas diurnas a equipe se porta dessa forma, nos plantões noturnos há ausência do fisioterapeuta e médico residente por não fazerem parte do grupo de trabalho do HEEC nesse período, porém, não há prejuízo ao atendimento, os papéis da equipe são redefinidos no período com treinamento específico.

Cada profissional tem papel determinado no TRR, seja no atendimento do paciente ou na implementação, avaliação dos dados e educação continuada. No Quadro 1 estão descritas as responsabilidades de cada profissional.

Figura 2- Fluxograma de atendimento do TRR



Quadro 1 - Divisão de tarefas da equipe multiprofissional – TRR - HEEC

Qualquer Colaborador	Aciona o ramal disparando o TRR. Se em até 2 minutos não chegar ajuda, liga novamente.
Médico Plantonista	Atende imediatamente à chamada de Código Azul. Atende as intercorrências da enfermaria. Procede as manobras de RCP. Solicita materiais e equipamentos conforme necessidade. Acompanha transporte do paciente até o local de destino. Conversa com médico do paciente se necessário e com os familiares. Solicita vaga na sala de estabilização ou UTI caso necessário. Registra o atendimento no prontuário do paciente.
Enfermeiro da Terapia Intensiva	Atende imediatamente à chamada de Código Azul. Coordena a equipe de enfermagem no atendimento à PCR. Preenche o relatório de atendimento a PCR.
Enfermeiro do Setor	Coordena a equipe de enfermagem no atendimento a PCR. Atende as intercorrências da enfermaria pré-determinada. Acompanha transporte do paciente até o local de destino. Registra o atendimento no prontuário do paciente. Preenche o relatório de atendimento a PCR.
Fisioterapeuta	Atende imediatamente à chamada de Código Azul. Auxilia a equipe no atendimento a PCR. Acompanha transporte do paciente até o local de destino.
Técnico de Enfermagem	Atende imediatamente à chamada de Código Azul. Atende intercorrências na enfermaria pré-determinada. Acompanha transporte do paciente até o local de destino.
Educação Continuada	Realiza simulados de acionamento do Código Azul rotineiramente. Colabora na análise de possíveis falhas de acionamento relacionadas ao rádio e/ou sistema de autofalante e ao próprio atendimento.
Médico Residente de Plantão na Terapia Intensiva	Atende imediatamente à chamada de Código Azul. Auxilia o médico responsável no atendimento das intercorrências da enfermaria. Procede as manobras de RCP. Auxilia o médico responsável pelo time de resposta rápida na condução da RCP. Solicita materiais, equipamentos e presença da enfermeira, conforme necessidade. Acompanha transporte do paciente até o local de destino.

O treinamento das equipes se deu de maneira reflexiva, ativa, através da metodologia *Team Based Learning*, ou seja, aprendizado baseado em equipes e simulado nos laboratórios de habilidades em emergências. Todos participaram de maneira rotativa desempenhando o papel designado para funcionamento do TRR¹⁰.

Ademais, antes da etapa simulada, os treinamentos também se deram no que tange a sensibilização das equipes de trabalho, atentando para a necessidade e importância do TRR, um material de apoio para leitura foi disponibilizado a todos os colaboradores do HEEC envolvidos de alguma forma no cuidado do paciente. Em seis meses o TRR - HEEC já era uma realidade com capacitação de todos, a partir de então, a coordenação do time selecionou aqueles que apontavam maior habilidade e capacidade em lidar com situações de emergências.

Nesse contexto, com a equipe preparada, o TRR iniciou seu funcionamento na instituição no mês de janeiro de 2018, sempre mantendo o foco no treinamento constante das equipes assistenciais e de colaboradores que estariam envolvidos no acionamento do time como, por exemplo, telefonista e atendentes da recepção, atingindo uma capacitação de 94% dos colaboradores exceto licença/afastamento médico e férias, os quais foram treinados em oportunidades seguintes.

As capacitações foram desenvolvidas de forma que todos entendessem a importância da necessidade do funcionamento correto, desde o acionamento, os critérios para acionamento (escala de MEWS), a rapidez na abordagem e o registro correto das ações. Cada um no seu papel tem dimensão da validade da vida de um paciente internado, logo, promove-se entre a equipe um pensamento coletivo e humanizado.

Devido ao perfil dos pacientes internados na instituição, bem como a disponibilidade baixa de leitos de UTI, não havia como acolher o número de solicitações de leitos, dilema comum que a equipe de saúde enfrenta e, dessa forma, as equipes das unidades de internação acabavam por prestar assistência a um doente mais crítico na enfermaria comum.

Com a implantação do TRR no primeiro trimestre de 2018, como já esperávamos, o número de chamadas foi enorme, obviamente tanto pela inexperiência de toda equipe, chamadas de códigos não adequados ao protocolo, quanto pelo aumento da vigilância para sinais de alerta de instabilização hemodinâmica dos pacientes internados. Em contrapartida, houve redução posterior do número de códigos solicitados e registrados nas fichas, isso pode estar relacionado com a real queda da quantidade de atendimentos ou por falha em acionar o time, tendo como rotina de acionar somente o plantonista, ou até mesmo pelo fato de as indicações de cuidados paliativos aumentarem por parte das equipes assistentes dos pacientes, progressivamente, após a implantação do TRR^{14,15}.

Com a necessidade crescente da instituição em proporcionar um atendimento mais digno e com melhor qualidade aos pacientes em final de vida ou com indicação de cuidados paliativos, no mês de junho de 2018 o hospital passou a proporcionar aos pacientes o atendimento de uma equipe multidisciplinar especializada em cuidados paliativos, cujo propósito é, junto à equipe médica, definir o prognóstico e condutas, direcionando a atuação do TRR. Dessa maneira, a mortalidade hospitalar inesperada acaba diminuindo, tanto pelo atendimento adequado às intercorrências quanto pela determinação adequada e formalizada de condutas, gerando um atendimento mais humanizado, envolvendo toda a família do paciente e toda equipe cuidadora. Sendo assim, além das perspectivas dos sistemas de resposta rápida já esperadas está a sugestão de utilizar morte inesperada, sem definição prévia de limitação de tratamento, como desfecho para avaliar a efetividade do TRR.

Com isso, os serviços de saúde devem dispor de estratégias que visem a organização e sistematização do atendimento das emergências, de modo que seja realizado de forma rápida e eficiente. Espera-se que a implantação do TRR e o consequente treinamento dos profissionais envolvidos possam contribuir de forma importante para a prevenção das ocorrências das PCR e melhorar o prognóstico dos pacientes após este evento.

REFERÊNCIAS

- Gould D. Promoting patient safety: the rapid medical response team. *Perm J.* 2007; 11(3):26-34.
- Jones DA, DeVita MA, Bellomo R. Rapid-response teams. *N Engl J Med.* 2011; 365(2):139-46.
- Sakai T, DeVita MA. Rapid response system. *J Anesth.* 2009; 23(3):403-8.
- Franklin C, Mathew J. Developing strategies to preventing hospital cardiacarrest: analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event. *Crit Care Med.* 1994; 22(2):2447.
- Duarte RN, Fonseca AJ. Diagnóstico e tratamento da parada cardiorrespiratória: avaliação do conhecimento teórico de médicos em hospital geral. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2010; 22(2):153-8.
- Viana RAPP. Interdisciplinaridade através do Time de Resposta Rápida. [Internet]. [citado em 27 mar. 2018]. Disponível em: <https://www.amib.org.br/noticia/nid/interdisciplinaridade-atraves-do-time-de-resposta-rapida/>
- Schein RM, Hazday N, Pena M, Ruben BH, Sprung CL. Clinical antecedente stoin-hospital cardiopulmonar arrest. *Chest.* 1990; 98(6):1388-92.
- 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.* 2006; 295(3):324-7.
- Institute for Healthcare Improvement. Million Lives Campaign. Getting started kit: rapid response teams Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. [Internet]. [citado em 22 jul. 2018]. Disponível em: www.ihp.org
- Bollela VR, Senger MH, Tourinho FSV, Amaral E. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2014; 47(3):293-300.
- Buist M, Harrison J, Abaloz E, Van Dyke S. Six-year audit of cardiac arrests and medical emergency team calls in an Australian outer metropolitan teaching hospital. *BMJ.* 2007; 335(7631):1210-2.
- Chen J, Ou L, Hillman K, Flabouris A, Bellomo R, Hollis SJ, Assareh H. The impact of implementing a rapid response system: a comparison of cardiopulmonary arrests and mortality among four teaching hospitals in Australia. *Resuscitation.* 2014; 85(9):1275-81.
- Jung B, Daurat A, De Jong A, Chanques G, Mahul M, Monnin M, et al. Rapid response team and hospital mortality in hospitalized patients. *Intensive Care Med.* 2016; 42(4):494-504.
- Mezzaroba AL, Tanita MT, Festti J, Carrilho CM, Cardoso LT, Grion CM. Avaliação de 5 anos de atuação de um time de resposta rápida liderado por médico intensivista em hospital universitário. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2016; 28(3):278-284.
- Boniatti MM. Avanços na atuação, mais benefícios as perspectivas dos times de resposta rápida. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2016;28(3):217-19.

Envio: 15/04/2019

Aceite: 02/08/2019