



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ALEXSANDRO DE OLIVEIRA DIAS

TIME DE RESPOSTA RÁPIDA:

A QUALIDADE DO ATENDIMENTO NA PERCEPÇÃO DE
ENFERMEIROS DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO

ALEXSANDRO DE OLIVEIRA DIAS

TIME DE RESPOSTA RÁPIDA:
A QUALIDADE DO ATENDIMENTO NA PERCEPÇÃO DE
ENFERMEIROS DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Eleine Aparecida Penha
Martins

Londrina
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

D541t Dias, Alessandro de Oliveira.
Time de resposta rápida: a qualidade do atendimento na percepção de enfermeiros de hospital universitário público / Alessandro de Oliveira Dias. – Londrina, 2013.
169 f.: Il.

Orientadora: Eleine Aparecida Penha Martins.
Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2012.

1. Serviços de enfermagem – Qualidade – Teses. 2. Gestão de emergências – Teses. 3. Assistência hospitalar – Teses. 4. Hospitais universitários – Teses. I. Martins, Eleine Aparecida Penha. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU 616-083

ALEXSANDRO DE OLIVEIRA DIAS

TIME DE RESPOSTA RÁPIDA:

A QUALIDADE DO ATENDIMENTO NA PERCEPÇÃO DE
ENFERMEIROS DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eleine Aparecida Penha Martins
UEL – Londrina - PR

Profa. Dra. Maria do Carmo Lourenço Haddad
UEL – Londrina - PR

Profa. Dra. Cintia Magalhães Carvalho Grion
UEL – Londrina - PR

Londrina, 04 de fevereiro de 2013.

A Deus, pela vida, pela luz no meu caminho, pela vontade no meu coração, pelo amparo aos momentos difíceis e por tudo que eu tenho e sou.

"Eterno é tudo aquilo que dura uma fração de segundos, mas com tamanha intensidade que se petrifica e nenhuma força consegue destruir".

(C. Drummond de Andrade)

Aos meus Pais Francisco (in memoriam) e Idelma, pelo exemplo de perseverança e superação.

"Viver é sempre dizer aos outros que eles são importantes, que nós os amamos, porque um dia eles se vão e ficamos com a nítida impressão de que não os amamos o suficiente".

(Chico Xavier)

Pelo meu grande amigo de todos os momentos Diego, que durante esse percurso me proporcionou apoio, segurança, e compreensão.

"O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis".

(Fernando Sabino)

AGRADECIMENTOS

Com muita alegria e satisfação, quero de coração agradecer a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho. Caso minha memória não seja fiel e alguns nomes não estejam aqui listados, sintam-se lembrados e recebam o meu sincero agradecimento.

Agradeço à Prof^ª. Dr^ª. **Eleine Aparecida Penha Martins**, que me acolheu como orientando, mostrou pela valiosa convivência o seu compromisso, ética e disciplina neste percurso do mestrado e principalmente por ter acreditado que seria possível a conclusão deste trabalho pelo estímulo constante, não tenho palavras para agradecer, todo o meu respeito e admiração... Muito Obrigado!

Aos professores da disciplina de seminários de pesquisa, em especial à Prof^ª. Dr^ª. **Maria do Carmo Fernandes Lourenço Haddad**, que durante os seminários partilhou seus valiosos conhecimentos e suas experiências imprescindíveis para este estudo e por mostrar a relevância da pesquisa para enfermagem pelo estímulo ao fazer científico.

*“Para realizar grandes conquistas,
devemos não apenas agir, mas também sonhar; não apenas planejar, mas também acreditar”.*

(Anatole France)

Aos docentes: Prof^ª. Dr^ª. **Cíntia Magalhães Carvalho Grion**, Prof. Dr. **Edson Lopes Lavado**, Prof^ª. Dr^ª. **Elma Mathias Dessunti**, Prof^ª. Dr^ª. **Lucienne Tibery Queiroz Cardoso** e Prof^ª. Dr^ª. **Maria do Carmo Lourenço Haddad**.

Aos enfermeiros: **Adelaine Rodrigues de Oliveira, Adriana Elias, Dagmar Willamowius Vituri, Elizabeth Ursi, Fabiane Urizzi, Denise Schmidt, Elza Anami, Márcia Camuci, Magali Godoy e Vivian Biazon El Reda Feijó**, que, gentilmente, aceitaram compartilhar seus conhecimentos para o aprimoramento deste estudo.

“Escrever é fácil: você começa com uma letra maiúscula e termina com um ponto final. No meio você coloca as ideias”.

(Pablo Neruda)

Aos profissionais das unidades onde foi realizada esta pesquisa, por disponibilizarem gentilmente seu tempo para a contribuição com o estudo e por fazerem a diferença em um serviço público.

À Diretora de Enfermagem Benedita Cordeiro Gonçalves ao estímulo ao saber científico dos enfermeiros e a enf^a. Luiza Rita Pachemshy, pela confiança e apoio por compartilhar deste desafio.

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível e de repente você estará fazendo o impossível.”

(São Francisco de Assis)

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEL que durante nossa trajetória compartilharam conosco sua sabedoria e conhecimento.

*“Eu pedi Força.e Deus me deu Dificuldades para me fazer forte.
Eu pedi Sabedoria.e Deus me deu Problemas para resolver.
Eu pedi Prosperidade.e Deus me deu Cérebro e Músculos para trabalhar.
Eu pedi Coragem. e Deus me deu Perigo para superar.
Eu pedi Amor. e Deus me deu pessoas com Problemas para ajudar.
Eu pedi Favores. e Deus me deu Oportunidades.
Eu não recebi nada do que pedi. Mas eu recebi tudo de que precisava.”*

Autor desconhecido

DIAS, Alessandro de Oliveira. **Time de resposta rápida:** a qualidade do atendimento na percepção de enfermeiros de hospital universitário público. 2013. 169 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

RESUMO

Pesquisa quantitativa, do tipo exploratória-descritiva, que teve como objetivo conhecer a percepção dos enfermeiros quanto ao atendimento do serviço de um Time de Resposta Rápida (TRR) em relação aos indicadores de qualidade da estrutura, processo e resultado. A coleta de dados ocorreu nos meses de março a maio de 2012. A análise do questionário inicialmente proposto foi submetido a um estudo piloto, com a aplicação da técnica Delphi, realizada em duas etapas. Participaram 15 especialistas entre enfermeiros e docentes da área da saúde, obtendo na versão final índices de concordância $\geq 80\%$. O questionário final foi composto por três partes, sendo a primeira com itens referentes as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos enfermeiros, a segunda parte com o roteiro fundamentado no modelo conceitual de Donabedian (estrutura-processo-resultado) e a terceira parte com três colunas em branco para descrição das potencialidades, fragilidades e sugestões do serviço em estudo. O questionário fundamentado na tríade Donabedian, contabilizou 37 enunciados, sendo nove proposições na dimensão estrutura, vinte em processo e oito na dimensão resultado. O questionário foi entregue aos 24 enfermeiros, nas unidades de internação médico-cirúrgica e pronto-socorro para adulto de um hospital escola público, adotando-se como método de avaliação o índice de positividade para as três dimensões. Como resultados obtidos com a devolução de 22 questionários (91,67%) no prazo estabelecido, a avaliação da qualidade apresentou índice de positividade de 45,96% na dimensão estrutura, 56,54% na dimensão processo e 69,31% na dimensão resultado. Ressalta-se ainda que dos 37 enunciados que compunham o questionário, apenas 11 deles alcançaram índice de positividade padronizado no estudo com valor superior a 80%. Destaca-se como potencialidades do serviço o atendimento rápido da equipe do TRR quando solicitada nas unidades e a melhora da qualidade da assistência à saúde prestada aos pacientes. Como fragilidades foram descritas o não funcionamento do atendimento do serviço em estudo no período noturno e a fragilidade de comunicação da equipe do TRR com o enfermeiro da unidade. Foi sugerida pelos respondentes para a contribuição na melhoria do atendimento do serviço a inserção do enfermeiro como integrante exclusivo da equipe. Logo, se tornou importante a realização desta pesquisa, pois possibilitou analisar os pontos favoráveis e vulneráveis que merecem ser discutidos nas três dimensões avaliadas e detectar aqueles que reforçam o atributo da qualidade na referida instituição, pois ações avaliadas positivamente para a obtenção do produto final condiz com a redução da morbimortalidade do paciente crítico fora do ambiente de terapia intensiva. Verifica-se que o serviço realizado na instituição tem permitido avanços na atenção à saúde ao paciente que se torna crítico nas unidades de internação durante sua hospitalização, porém é necessário redirecionar as ações a serem desenvolvidas para o alcance da transformação do modelo assistencial, como base indispensável para o alcance da excelência na qualidade e segurança do paciente internado, tendo como efetivo envolvimento os gestores e profissionais na participação de mudanças significativas, principalmente em um serviço que apresente uma identidade diferencial ao ser comparado com outras instituições no Brasil e em outros países.

Palavras-chave: Equipe hospitalar de resposta rápida. Qualidade. Enfermagem. Hospital universitário.

DIAS, Alexsandro de Oliveira. **Rapid response team: the quality of assistance in the perception of nurses at a public university hospital.** 2013. 169 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

ABSTRACT

This is a quantitative, descriptive and exploratory study with the purpose of acknowledging the perception of nurses about the assistance of a rapid response team (RRT) regarding structure, process and results quality indicators. Data was collected from March to May 2012. The questionnaire designed for this study was applied as a pilot study and the results were analyzed using the Delphi technique in two stages. Fifteen specialists took part in the study, among nurses and health care professors, resulting in the final version of the questionnaire with a $\geq 80\%$ compliance level. The final questionnaire was presented in three parts: nurses' socio-demographic and occupational variables, a guideline based on Donabedian's conceptual model (structure-process-result), and three blank columns to describe potentialities, frailties and suggestions concerning the health service focus of this study. The questionnaire based on Donabedian's triad contained 37 sentences, sorted in such dimensions: nine about structure, twenty over process and eight over result. The questionnaire was applied to 24 nurses, at adult medical-surgical and emergency wards in a public university hospital. The results were analyzed considering the positivity index for the three dimensions. From the total of 22 questionnaires returned (91,67%) until the established deadline, the quality assessment resulted positive indexes of 45,96%, 56,54% and 69,31% regarding structure, process and result, respectively. Out of the 37 sentences from the questionnaire, only 11 reached the standard positivity index higher than 80%. The potentialities mentioned in the study were the rapid assistance given by the RRT when they were called, as well as the improvement in quality of health care assistance delivered to patients. The frailties mentioned were lack of assistance during night shifts, lack of communication between the RRT and the nurse in-charge of the ward. The participants suggested that the assistance delivered by the RRT would be improved if there was an exclusive nurse to assist the team. Therefore, the results of this study are important because they provide analysis of positive and vulnerable issues that should be discussed based on the three studied dimensions. Also to detect issues that reinforce the quality attribute at this institution, hence attitudes considered as positive that result in the final product reducing the morbimortality of critically ill patients hospitalized outside intensive care units. The actions of the service delivered in this institution have been improving the health care of patients who become unstable during hospitalization in medical-surgical wards. However, it is necessary to redirect future actions in order to achieve the transformation of the assistance model, which is imperative for patient's quality and safety excellence. This should involve managers and professionals in effective changes, especially in a facility that represents a different profile compared to other institutions in Brazil and in other countries.

Key words: Hospital rapid response team. Quality. Nursing. University hospitals.

LISTA DE QUADRO, FIGURA E TABELA

Quadro 1 – Estrutura dos modelos de serviço de reposta rápida para o atendimento ao paciente crítico.....	25
Quadro 2 – Critérios para ativação do time de resposta rápida.....	28
Quadro 3 – Distribuição dos estudos elacionados a taxa de mortalidade antes e após a implantação do Time de Resposta.....	32
Figura 1 – Estrutura organizacional do Hospital Universitário de Londrina-PR,2013	60
 <i>Artigo 1</i>	
Tabela 1 – Distribuição dos percentuais dos especialistas quanto aos índices de concordância do instrumento de avaliação da qualidade do Time de Resposta Rápida, segundo modelo conceitual de Donabedian – Estrutura, Processo e Resultado. Londrina-PR, 2013	78
 <i>Artigo 2</i>	
Tabela 1 – Distribuição dos índices de positividade (%), segundo percepção do enfermeiros do pronto-socorro e unidades de internação, relativa à qualidade do atendimento do Time de Resposta Rápida, na dimensão de estrutura do modelo Donabediano. Londrina-PR, 2013.....	92
Tabela 2 – Distribuição dos índices de positividade (%), segundo percepção dos enfermeiros do pronto-socorro e unidades de internação, relativa à qualidade do atendimento do Time de Resposta Rápida na dimensão de processo do modelo Donabediano. Londrina-PR, 2013.....	93
Tabela 3 – Distribuição dos índices de positividade (%), segundo percepção dos enfermeiros do pronto-socorro e unidades de internação, relativa à qualidade do atendimento do Time de Resposta Rápida na dimensão de resultado do modelo Donabediano. Londrina-PR, 2013	95
 Quadro 1 – Comparação dos resultados obtidos na percepção dos enfermeiros nas dimensões de estrutura, processo e resultado das unidades em estudo, de acordo com o teste de diferença de duas proporções. Londrina-PR, 2013	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AH	Acreditação Hospitalar
AHA	<i>American Heart Association</i>
AHC	Ambulatório do Hospital de Clínicas
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
APM	Associação Paulista de Medicina
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCOT	<i>Critical Care Outreach Team</i>
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CDC	<i>Centers for Disease Control</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CQH	Controle da Qualidade Hospitalar
CRES	Contrato em Regime Especial
DE	Diretoria de Enfermagem
DR	Demanda Reprimida
EA	Evento Adverso
EUA	Estados Unidos da América
FNQ	Fundação Nacional da Qualidade
HUL	Hospital Universitário de Londrina
IAPP	Instituto de Aposentadoria e Pensões da Previdência
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IP	Índice de Positividade
IPASS	Instituto Paranaense de Acreditação Hospitalar
ISO	<i>International Standard Organization</i>
JCAH	<i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization</i>
MET	<i>Medical Emergency Team</i>
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONA	Órgão Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACQS	Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PNQ	Prêmio Nacional de Qualidade
PRT	<i>Patient at Risk Team</i>
PSM	Pronto Socorro Médico
RRT	<i>Rapid Response Team</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRR	Time de Resposta Rápida
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 PROBLEMA E HIPÓTESE	19
1.2 JUSTIFICATIVA	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 TIME DE RESPOSTA RÁPIDA	22
2.2 TIME DE RESPOSTA RÁPIDA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA-PR	36
2.3 QUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE	38
2.4 QUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE NO BRASIL	40
2.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ÁREA DA SAÚDE	45
3 OBJETIVO	53
3.1 GERAL	54
3.2 ESPECÍFICOS	54
4 MATERIAL E MÉTODO	55
4.1 TIPO DE ESTUDO	56
4.2 LOCAL DE ESTUDO	56
4.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	57
4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	60
4.5 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO	61
4.5.1 Critérios de Inclusão	61
4.5.2 Critérios de Exclusão	61
4.5.3 Variáveis do Estudo	62
4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	62
4.6.1 Elaboração de Instrumento e Validação pela Técnica Delphi	64
4.7 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	66
4.7.1 Índice de Positividade	66
4.8 PERÍODO DE COLETA DE DADOS	67
4.9 ANÁLISE DE DADOS	67

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
5.1 ARTIGO 1	70
5.2 ARTIGO 2	87
5.3 ARTIGO 3	104
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS	124
APÊNDICES	139
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudo piloto).....	140
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Enfermeiros)	142
APÊNDICE C – Questionário para Avaliação da Qualidade no Atendimento do Time de Resposta Rápida em Hospital Universitário Público	144
ANEXOS	148
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa UEL	149
ANEXO B – Normas de publicação à Revista Brasileira de Enfermagem	150
ANEXO C – Normas de publicação à Revista Latino Americana de Enfermagem	156
ANEXO D – Normas de publicação à Revista da Escola de Enfermagem de São Paulo	165

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação teve como objetivo analisar a percepção dos enfermeiros sobre a qualidade do atendimento prestado pelo Time de Resposta Rápida do Hospital Universitário de Londrina-PR.

Os resultados desse estudo estão apresentados no formato de três artigos científicos, correspondentes aos objetivos propostos.

O primeiro artigo, intitulado “*Instrumento para Avaliação da Qualidade do Time de Resposta Rápida em Hospital Universitário Público*”.

O segundo artigo, intitulado “*Avaliação da Qualidade do Time de Resposta Rápida em Hospital Universitário: visão dos enfermeiros*”.

O terceiro artigo, intitulado “*Potencialidades, fragilidades e sugestões de um Time de Resposta Rápida na percepção dos enfermeiros de um hospital universitário*”.

A presente dissertação está assim estruturada: introdução; referencial teórico sobre o time de resposta rápida, o time de resposta rápida do Hospital Universitário de Londrina-PR, a qualidade no contexto da saúde, qualidade no contexto da saúde no Brasil e a avaliação da qualidade na área da saúde; objetivos; material e método; resultados e discussão apresentados em artigos conforme citado anteriormente; considerações finais; referências; apêndices e anexos.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Por meio da literatura, é possível constatar que, na área da saúde, existe uma grande busca pela qualidade e isso tem impetrado propostas e mudanças significativas no Sistema Único de Saúde (SUS) e nos modelos de gestão das instituições. As mudanças em prol da qualidade também podem ser notadas na postura dos profissionais de saúde, os quais apresentam preocupação crescente com a melhoria contínua, visando a excelência dos serviços (MORAIS et al., 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1993, definiu a qualidade como um conjunto de elementos que incluem um alto nível de competência profissional, a utilização eficiente de recursos, um mínimo de risco, alto nível de satisfação dos pacientes e um impacto favorável na saúde (MACHADO; NUNES, 2007).

O propósito da meta de qualidade nos diversos serviços oferecidos à sociedade esta cada vez mais valorizada, com conseqüente otimização de resultados. Na área da saúde, instituições hospitalares têm incorporado tal perspectiva com o objetivo de oferecer assistência de excelência, diminuir custos e assegurar a satisfação do cliente, em qualquer nível de atendimento. Nesse contexto, ganha destaque a segurança do paciente, com mudança da abordagem até então utilizada, na qual os eventos adversos (EA) eram pouco explorados e valorizados, inclusive pelos integrantes da equipe multidisciplinar (LABBADIA, 2004).

Definir a qualidade não é uma tarefa fácil, isto por que ela não diz respeito a apenas um aspecto isolado. Ademais, o primeiro passo para defini-la é considerá-la como um conjunto de elementos ou atributos que compõem o serviço ou produto. Neste sentido, uma definição adequada considera que a qualidade, segundo Paladini, 2007, p. 28:

“[...] envolve muitos aspectos simultaneamente, ou seja, uma multiplicidade de itens [...]”;

“[...] sofre alterações conceituais ao longo do tempo, isto é, trata-se de um processo evolutivo”.

Apesar de se notar que a postura da valorização da qualidade já se faz presente em diversas instituições hospitalares do país, principalmente no sentido de oportunizar melhorias das relações humanas, maior envolvimento e comprometimento dos profissionais com os padrões éticos e estéticos de atendimento que visam à satisfação e ao acompanhamento das necessidades dos clientes, nota-se através de estudos que o conjunto

destes fatores ainda apresentam-se falhos no detrimento da qualidade prestada ao cliente (RÊGO; PORTO, 2005).

Além do envolvimento dos profissionais e das instituições, a qualidade dos produtos e/ou serviços requer o conhecimento da realidade e dos resultados de cada serviço oferecido à população.

Conforme relatam Mohr et al. (2011) nos últimos anos os hospitais aumentaram seus esforços para a melhoria da qualidade do atendimento ao paciente. A satisfação do paciente tem sido considerada como um critério para avaliar a qualidade do cuidado nos serviços de saúde e também como um indicador para avaliar a qualidade da assistência, além da interiorização da ideia de que o cliente é portador de direitos e necessidades e deve ser o centro da atenção no processo de gestão.

Desde os primórdios do atendimento médico-hospitalar houve uma preocupação com a qualidade. Isto porque se considera pouco provável que alguém que desenvolve seu processo de trabalho, atuando sobre a vida de outrem, faça isto sem ao menos manifestar a intenção de fazê-lo da melhor forma possível, ou seja, com qualidade (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

É possível considerar que é a partir do desenvolvimento econômico capitalista industrial que o valor (de troca) de um produto passa a depender também do oferecimento de uma “garantia” de estabilidade no seu valor de uso, ou seja, de uma determinada qualidade. O mecanismo para garantir essa qualidade foi se modificando, acompanhando a transformação no processo de produção industrial: a excelência dos agentes produtores da mercadoria, os sistemas de controle e fiscalização dos produtos, os sistemas de garantia da qualidade (normas e padrões) e a gestão ou controle total da qualidade (DONABEDIAN, 2003).

A partir dos anos 60, os serviços, por sua própria expansão, passaram a ser pensados também como produtos e, portanto, passíveis de uma padronização na qualidade, atualmente um atributo importante na sua valorização no mercado. Além da sua importância no setor privado, a qualidade ganhou destaque também nos serviços prestados no setor público, como parte dos direitos sociais da população e pelos movimentos de consumidores (NOVAES, 2004).

Para a avaliação da qualidade, o autor mais importante é Avedis Donabedian (1985), cujos primeiros trabalhos sobre o tema datam dos anos 60, mas que ganhou maior notoriedade mundial a partir do final dos anos 80, com aplicação de métodos de controle estatístico para a garantia dos parâmetros de avaliação da qualidade em saúde, que

serão apresentados no capítulo do referencial teórico no subitem 2.3 - Qualidade no contexto da saúde.

O setor saúde foi atingido diretamente pelo desenvolvimento tecnológico e a especialização, ampliando-se a complexidade do atendimento, com maiores possibilidades de diagnóstico e tratamento. Como consequências, aumentaram-se os custos, a preocupação com a produtividade e com os modelos de gerenciamento dos serviços (FEUERWEKER; CECÍLIO, 2007).

Para Tanaka e Melo (2008), a avaliação é uma ferramenta gerencial que fornece subsídios para a tomada de decisão, possibilitando que esta seja a mais racional e efetiva possível. Neste sentido, os autores alertam que é necessário definir claramente o motivo/objetivo da avaliação e conhecer o contexto e a organização do processo de trabalho do serviço a ser avaliado.

Nessa direção considera-se que a avaliação da qualidade deve ser prerrogativa de todos os serviços e verifica-se que no Brasil todos procuram concentrar-se na qualificação dos serviços, até mesmo nos textos que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) foram incorporados artigos referentes às atividades de controle e avaliação dos serviços de saúde, que é dever dos três níveis de competência federal, estadual e municipal (NEMES et al., 2004).

Constata-se que o processo avaliativo na área da saúde pode ser realizado de diferentes formas quanto ao objetivo, à metodologia empregada, ao contexto e ao objeto avaliado. Dentre as diversas propostas para a avaliação dos serviços de saúde, o modelo de Donabedian tem sido o mais difundido e referendado pelos especialistas em gestão da qualidade (KURCGANT; MELLEIRO; TRONCHIN, 2009).

Entretanto, os autores desta pesquisa propõem-se a avaliar um serviço de atendimento ao paciente que se torna crítico fora de um ambiente de terapia intensiva, denominado Time de Resposta Rápida (TRR).

O TRR é composto por uma equipe de saúde multidisciplinar projetado para o atendimento de paciente que necessita de cuidado intensivo fora do ambiente de unidade de terapia intensiva (UTI), principalmente para aqueles que possuem a predisposição a situação de parada cardiorrespiratória ou que estejam nessa situação. Durante as últimas décadas o serviço tem sido amplamente adotado em instituições hospitalares dos Estados Unidos, Canadá, Austrália, Reino Unido e países escandinavos. A base teórica do TRR é a identificação e intervenção precoce de paciente com necessidade de cuidado intensivo. Há evidências crescentes que a resposta para a deterioração clínica do paciente durante sua

hospitalização possa melhorar o resultado para a segurança do mesmo (SAKAI; DEVITA, 2009).

O próximo subitem apresenta o problema, a hipótese e a justificativa deste estudo.

1.1 PROBLEMA E HIPÓTESE

A temática para a realização deste estudo consolidou-se durante o primeiro ano no Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL) a partir de várias reflexões, experiências e leituras.

Na construção do projeto de pesquisa, houve momentos de mudança na direção do caminho a ser tomado. A temática e a metodologia foram readequadas e alterou-se a proposta do estudo inicial, porém inserido na mesma linha de pesquisa sobre o cuidado de enfermagem nas fases do ciclo vital e nos diversos níveis assistenciais. Entretanto, o que não modificou desde o início deste processo foi a minha inquietação ao observar e vivenciar o possível distanciamento da qualidade nos atendimentos aos pacientes em estado crítico internados em um hospital vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O autor deste estudo desenvolve suas atividades em uma unidade de urgência e emergência de um hospital universitário público terciário e vivencia constantemente um número elevado de pacientes críticos ou que se tornam críticos durante sua hospitalização no pronto-socorro e não conseguem precocemente a admissão em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Esta insuficiência de leito em UTI pode comprometer a qualidade do cuidado prestado ao paciente, uma vez que durante o tempo de espera pela vaga o mesmo permanece em locais quase sempre não especializados e que, muitas vezes, não possuem condições de atendê-lo a contento, seja no pronto-socorro ou em unidades de internação adulto.

Considerando que nos Estados Unidos (EUA), foram criadas estratégias para redução da mortalidade do paciente na unidade de internação, salvando, assim, maior número de vidas, como exemplo, o projeto internacional promovido pelo *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, para evitar mortes desnecessárias causadas por infecções, falta de protocolos e erros. De acordo com este projeto as melhorias implementadas incluíam a formação de equipe chamada Time de Resposta Rápida (TRR) para atendimento de emergência fora da UTI. O resultado superou as expectativas, com impressionantes 122.300

vidas salvas, em 2006, desde a implantação do serviço, em 2004, esses números demonstram que a campanha salvou mais vidas do que se esperava inicialmente com a meta de salvar 100.000 vidas (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2005b). Outra estratégia incluiu o lançamento do livro *Errar é Humano*: construindo um sistema de saúde mais seguro, proposto pelo Institute of Medicine (IOM), nos Estados Unidos.

1.2 JUSTIFICATIVA

Em virtude dos quatro anos de implantação do TRR nas unidades de internação para adulto na instituição em estudo e pela escassez de pesquisa sobre essa temática na literatura brasileira, principalmente quanto às percepções dos enfermeiros e a atitude sobre o atendimento do serviço, faz-se necessário um estudo que descreva a percepção dos enfermeiros do Hospital Universitário de Londrina-PR, sobre a qualidade do atendimento do TRR, segundo o modelo Donabediano. Ressalta-se que os enfermeiros se apresentam como principais responsáveis em acionar o time e prestar assistência aos pacientes graves nesta instituição.

Considerando a implantação do TRR em um hospital universitário público, único serviço conhecido no Paraná e que apresenta diferencial na proposta de atendimento em relação a modelos americanos e europeus e o cenário relativamente novo de trabalho dos enfermeiros inseridos no TRR, que é acompanhar o paciente grave nas unidades de internação e pronto socorro que esta aguardando vaga na unidade de terapia intensiva devido a indisponibilidade de leitos, estabeleceu-se como pergunta para esta pesquisa: qual a percepção dos enfermeiros sobre a qualidade do trabalho realizado pelo Time de Resposta Rápida do Hospital Universitário de Londrina ?

REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O objeto deste estudo se encontra na interface entre a qualidade no contexto da saúde e o atendimento do serviço de um TRR de um hospital universitário público. A seguir, serão apresentadas considerações sobre estas temáticas, as quais subsidiaram a construção do referencial teórico metodológico deste estudo.

2.1 TIME DE RESPOSTA RÁPIDA

Tanto no Brasil como no exterior, a cada dia se busca melhores meios de cuidados a serem dispensados aos pacientes hospitalizados e, principalmente, àqueles considerados em estado crítico, a fim de aumentar a sobrevida destes em quantidade e qualidade, bem como a reintegração ao meio ambiente, no qual possam ter uma vivência com o máximo de conforto ou, pelo menos, o mínimo de desconforto (GUIMARÃES; FALCÃO; ORLANDO, 2008).

Entende-se por paciente crítico aquele definido como o paciente grave, que apresenta comprometimento de um ou mais sistemas fisiológicos, com perda de sua autorregulação, e que necessita de substituição artificial de funções e assistência contínua (BRASIL, 2006). Para Guimarães, Falcão e Orlando (2008), o paciente considerado crítico é aquele que apresenta instabilidade de um ou mais órgãos vitais ou encontra-se na iminência de apresentar alguma alteração hemodinâmica.

Sendo assim, o cuidado intensivo dispensado a esse paciente crítico, geralmente, torna-se mais eficaz quando desenvolvido em setores específicos, que propiciam recursos e finalidades para sua progressiva recuperação. Essas unidades específicas denominadas Unidades de Terapia Intensiva, constituem um conjunto de elementos funcionais agrupados, destinado ao atendimento de paciente grave ou de risco de morte que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados (BRASIL, 1998).

Nesse sentido, para Padilha (2010), a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode ser caracterizada como a área hospitalar que centraliza recursos materiais e humanos especializados, destinados a atender paciente grave e que necessita de observação constante, cuidados específicos e de alta complexidade, onde a assistência prestada pela equipe multiprofissional tem suas peculiaridades.

Vale lembrar que, em 1947, em virtude da epidemia de poliomielite nos Estados Unidos (EUA) e na Europa, desencadeou-se a necessidade de estudos em suporte ventilatório, o que levou ao desenvolvimento dos primeiros ventiladores artificiais devido ao estado crítico destes pacientes. As Unidades de Terapia Intensiva foram criadas, em 1950, nos EUA devido à necessidade de agrupar os pacientes em estado crítico em um mesmo local, a fim de facilitar o atendimento e a observação constante, e também pela necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos humanos e materiais para o atendimento a esses pacientes. No Brasil, a primeira UTI surgiu no ano de 1967 na cidade do Rio de Janeiro (COSTA, 2003).

Apesar da criação deste ambiente especializado ocorrer para centralizar os pacientes graves e aumentar a competência e especialização do conhecimento dos cuidadores, hoje, mundialmente, se depara com o problema da insuficiência de leitos em UTI que pode comprometer a qualidade do cuidado prestado ao paciente, uma vez que durante o tempo de espera pela vaga nesta unidade, o mesmo permanece em locais quase sempre não especializados e que, muitas vezes, não possuem condições de atendê-lo a contento.

A indisponibilidade de leitos de Unidades de Terapia Intensiva acentua ainda mais a problemática da superlotação dos pronto-socorros/emergências, locais onde os pacientes que requerem internação compulsória em terapia intensiva aguardam pelo surgimento da vaga (PADILHA, 2010).

Com relação à insuficiência de leitos para internação na UTI, de acordo com a Portaria n.º 1101/02 (12 de junho de 2002), no item 3.5, subitem .b. do anexo, o número estimado de leitos de Unidades de Terapia Intensiva deve corresponder de 4% a 10% do total de leitos hospitalares (BRASIL, 2002).

O número de UTI tem crescido em todo o mundo, porém, no Brasil, ainda existe um déficit no número de leitos, inclusive com desigualdades regionais, segundo dados apontados pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) que demonstram uma realidade preocupante. A portaria de 12 de junho de 2002, do Ministério da Saúde (MS), estabelece a necessidade de um a três leitos de UTI para cada 10 mil habitantes. No entanto, a pesquisa efetuada pela AMIB mostrou que o Brasil tem uma média de 1,3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes. É descrito que 20 estados estão abaixo do índice recomendado pela referida portaria, e que regiões inteiras, como o Norte e o Nordeste, estão aquém do recomendado pelo MS (CHEREM, 2010).

Portanto, questões como o número insuficiente de leito de UTI, aliado ao aumento da faixa etária da população, a tendência de evitar hospitalização de casos passíveis

de resolução domiciliar são algumas das causas encontradas para o aumento da gravidade dos pacientes nas unidades de internação e instiga a reflexão de como os atendimentos nestas unidades hospitalares são prestados diariamente.

Nos Estados Unidos, já há a preocupação entre o sistema de saúde, pacientes, familiares e profissionais de saúde quanto à qualidade da assistência em saúde, com ênfase em programas de qualidade quanto aos aspectos de segurança do paciente, com o objetivo de evitar imperícias médicas ou graves erros na assistência hospitalar. Em virtude desses programas decorreu a publicação do livro “Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro”, do *Institute of Medicine (IOM)*, em 1999. Nesta publicação que é considerada um marco histórico na área da segurança do paciente, estima-se que entre 44.000 e 98.000 mortes ocorrem anualmente nos EUA decorrentes de eventos adversos (EA) evitáveis na assistência. Essa mortalidade superava aquela atribuível a acidentes automobilísticos, câncer de mama e síndrome da imunodeficiência adquirida (KOHN; CORINGA, 2003).

A incapacidade de reconhecer os sinais e sintomas na deterioração da condição clínica do paciente com avaliações incompletas do mesmo, por profissionais de saúde, aliados aos problemas de comunicação (entre pacientes e enfermeiros, entre enfermeiros e médicos), a insuficiência de leitos de terapia intensiva e a falta de acompanhamento adequado dos pacientes após uma intervenção médica, não só contribuem para o fracasso, mas também leva a uma qualidade do cuidado insatisfatória ao paciente hospitalizado (SIMMONDS, 2005; THOMAS et al., 2007).

Como resultado das ações que possam comprometer a segurança do paciente em instituições hospitalares, em 1994, na Austrália, houve a proposta da criação de equipes de resposta rápida. A lógica do trabalho desta equipe é a identificação precoce dos sinais e sintomas do paciente com risco de desenvolver eventos adversos nas enfermarias. O sistema é uma terapia intensiva beira a leito, baseada numa abordagem multiprofissional preventiva para a gestão de doença aguda em paciente de risco a ser atendido fora de uma Unidade de Terapia Intensiva (LEE et al., 1995).

Para aperfeiçoar o processo da assistência na área da saúde, Hourihan e Bishop (1995) sugeriram a criação de uma equipe de atendimento rápido e qualificado aos pacientes na unidade de internação. Esta equipe tem entre seus objetivos o atendimento do paciente instável através da detecção precoce dos sinais e sintomas, que possa evitar que o mesmo evolua a situações extremas como a parada cardiorrespiratória.

Há na literatura, uma variedade de nomenclaturas atribuídas para estas equipes que atendem o paciente instável nas unidades de internação ou que está em risco de se tornar crítico fora de um ambiente de terapia intensiva. Assim estas equipes também são chamadas de *Critical Care Outreach Team (CCOT)*, *Patient at Risk Team (PRT)*, *Rapid Response Team (RRT)* ou *Medical Emergency Team (MET)* e variam quanto a sua estrutura e modo de funcionamento de acordo com o local onde são implementados (WINTERS et al., 2007).

De acordo com DeVita et al. (2006), existem modelos diferentes de serviço de resposta rápida para o atendimento ao paciente que se torna crítico fora de um ambiente de terapia intensiva, conforme evidenciado no Quadro 1.

Quadro 1 – Estrutura dos modelos de serviço de resposta rápida para o atendimento ao paciente crítico nas enfermarias

Modelo	Profissionais	Objetivos
Equipe de Emergência Médica	Médicos (cuidado crítico ou hospitalista)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responder a emergências clínicas.
<i>Critical Care Outreach Team</i>	Médicos e enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responder a emergências clínicas; ▪ Acompanhar os pacientes que receberam alta da UTI para enfermaria; ▪ Avaliar os pacientes de alto risco para deterioração clínica na enfermaria; ▪ Realizar educação permanente aos profissionais da enfermaria.
Equipe de Resposta Rápida	Enfermeiro de cuidado intensivo, fisioterapeuta respiratório e médico (cuidado crítico ou hospitalista)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responder a emergências clínicas; ▪ Acompanhar os pacientes que receberam alta da UTI para enfermaria; ▪ Avaliar os pacientes de alto risco para deterioração clínica na enfermaria; ▪ Realizar educação permanente aos profissionais da enfermaria e agir como elemento de ligação entre a UTI e enfermaria.

Fonte: DeVita et al. Findings of the first consensus conference on medical emergency teams. **Critical Care Medicine**, n. 34, n. 9, p. 2463-2478, 2006. Department of health and human services U.S. Agency for healthcare research and quality. **Rapid response systems**. Disponível em: <<http://www.psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=4>> Acesso em: 25 out. 2012.

O Time de Resposta Rápida (TRR) é projetado para fornecer, em tempo hábil, os recursos adequados e necessários para evitar ou reduzir a probabilidade de uma piora do quadro clínico ou risco eminente de morte para o paciente, também, torna-se um sistema de atendimento com critério simples, objetivo, reproduzível e possibilita a utilização de método para mensuração dos resultados (ASHCRAFT; DIAGNOSTINO, 2004).

Sakai e DeVita (2009) descrevem quatro componentes importantes para o funcionamento adequado de um time de resposta rápida (TRR) que são: componente aferente, eferente, processo avaliativo e administrativo. O componente aferente é detecção da instabilidade clínica do paciente detectado muitas vezes por enfermeiros das unidades de internação, para ação posterior de ativar o TRR na enfermaria. O componente eferente é a resposta do TRR na enfermaria para a estabilização imediata da deterioração fisiológica do paciente, a equipe de resposta rápida deve possuir habilidades e equipamentos necessários para proporcionar estes atendimentos e iniciar discussões de indicações apropriadas para as intervenções médicas e conduzir o paciente a um leito de terapia intensiva.

Para estes autores, o componente do processo avaliativo corresponde as ações de melhoria dos atendimentos realizados pelo TRR. O hospital deve criar um banco de dados dos eventos atendidos e realizar periodicamente uma revisão junto aos profissionais das enfermarias, do TRR, farmacêuticos e fisioterapeutas, sobre o desempenho das chamadas realizadas para o serviço e promover treinamentos periódicos a todos os profissionais envolvidos pelo setor de educação permanente em saúde, bem como realizar palestras difundido o objetivo do serviço. O componente final administrativo compreende ações dos administradores da instituição para o sucesso do serviço, fornecendo recursos necessários para promover a excelência dos cuidados assistidos pelos profissionais, como aquisição de equipamentos, medicamentos, recursos humanos e até mesmo motivação e apoio psicológico aos profissionais envolvidos.

Um sistema de resposta rápida é composto por uma equipe multidisciplinar, geralmente composta por um enfermeiro especialista em cuidados intensivos, um terapeuta respiratório e um médico. A equipe do TRR pode ser liderada por um médico ou um enfermeiro especialista em cuidados intensivos. Ainda não se avaliou se uma resposta deste serviço para uma condição de deterioração do paciente por uma equipe liderada por médico treinado e experiente melhora o resultado em comparação com uma primeira resposta com um enfermeiro treinado (PEBERDY et al., 2007).

O objetivo do TRR é melhorar a qualidade do cuidado e evitar resultados adversos em paciente hospitalizado, esse serviço torna-se necessário para assegurar que as

lacunas na qualidade da assistência estejam sendo contempladas (FANNING; LIGHTHALL, 2007).

Os hospitais possuem diferentes métodos de monitorização do paciente que se torna instável nas enfermarias, um sistema de resposta que funciona bem em uma instituição pode não funcionar em outro. Porém, a natureza da intervenção pode ser adaptada aos recursos locais, com variáveis quanto à composição, experiência da equipe de formação, processo de trabalho e evolução do paciente assistido, porém ainda ocorre a escassez de pesquisas que comparem estas variáveis nas instituições de saúde onde há implantação de serviços de resposta rápida (DUNCAN; MCMULLAN; MILLS, 2012).

Estudos sobre as equipes de resposta rápida evidenciam como vantagens a segurança proporcionada ao paciente, uma vez que este serviço identifica e avalia os eventos adversos precocemente diminuindo os erros ou as falhas no atendimento ao paciente hospitalizado (BALL; KIRKBY; WILLIAMS, 2003; BELLOMO et al., 2003; DUKE et al., 2005; GOLDHILL, 2001).

Para Hillman et al. (2002) os eventos adversos (EA) são súbitos e imprevisíveis, não ocorrem de forma isolada e são geralmente precedidos por um ou mais sinais e sintomas. Também são definidos como qualquer lesão intencional que resulta em incapacidade temporária ou permanente ou até mesmo a morte em consequência do cuidado prestado (PASQUALI, 2003).

As alterações na condição fisiológica do paciente atuam como "gatilhos" para qualquer profissional das unidades de internação do hospital ativar o TRR. Kathryn et al. (2009) realizaram estudo em 15 hospitais norte americanos para avaliar a estrutura e características dos serviços de resposta rápida e descreveram os critérios ou sinais de alerta para ativação do time de resposta rápida apresentados no Quadro 2. Ressalta-se que nesta pesquisa alguns hospitais consideram a associação de no mínimo dois critérios para ativação do TRR, enquanto outros estudos adotam apenas um critério para a ativação do serviço. Geralmente os sinais de alerta são classificados nos hospitais como código amarelo e o código azul é utilizado para acionar e atender um evento de parada cardiorrespiratória (PCR) na unidade. Destaca-se que o médico titular também deverá ser acionado concomitantemente com o TRR para o atendimento do paciente, porém o profissional que estiver na enfermaria já iniciará o tratamento em suporte básico de vida em virtude da real necessidade de promover a assistência segura (DEVITA et al., 2004; JONES et al., 2007).

Quadro 2 – Critérios para ativação do Time de Resposta Rápida

Critérios de ativação do Time de Resposta Rápida
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteração aguda da frequência cardíaca para < 40 ou > 130 batimentos /minuto; ▪ Dor torácica; ▪ Diminuição da pressão arterial sistólica < 90 mmHg; ▪ Alteração da frequência respiratória para < 8 ou > 28 incursões respiratórias/minuto; ▪ Temperatura < 35 ou > 38 °C; ▪ Diminuição da oximetria de pulso < 90%, mesmo com administração de oxigênio; ▪ Alteração do estado neurológico; ▪ Sangramento agudo; ▪ Diminuição do débito urinário < 50 mL em 4 horas; ▪ Profissional atuante na unidade sentir-se preocupado com o paciente, independente dos sinais vitais estáveis.

Fonte: Kathryn et al. et al. Use of Rapid Response Systems in Adult Academic Medical Centers. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**; n.35, v.9, 475-482, 2009.

Buist et al. (2002) relataram algumas anormalidades clínicas que se revelaram associadas ao aumento do risco de mortalidade. São elas a diminuição no nível de consciência, hipóxia, hipotensão, taquicardia e taquipneia. Dentro desses eventos, os mais comuns foram hipóxia (51% dos eventos) seguida de hipotensão (17%). O reconhecimento oportuno destas alterações clínicas, uma vez definidas como “sinais de alerta”, permitem identificar a tempo o paciente com potencial de se tornar crítico fora do ambiente de UTI.

Segundo os mesmos autores, ao se estabelecer o conceito de sinais de alerta para desencadear uma atuação rápida e regrada de atendimento, evita-se o aumento da taxa de mortalidade que pode vir a acontecer com o paciente horas depois. No mínimo, essas medidas devem ser obtidas com precisão e mensuradas com uma frequência adequada. Torna-se necessário em ambiente hospitalar um sistema que reconheça os valores alterados significativos do paciente que irá desencadear uma resposta ao tratamento imediato e adequado. Este é o racional da intervenção pró-ativa do Time de Resposta Rápida.

As equipes de resposta rápida devem possuir os conhecimentos e equipamentos necessários para proporcionar a estabilização hemodinâmica no local imediato após o acionamento da chamada, iniciando as discussões com o médico titular, sobre os

limites apropriados para intervenções médicas, se indicado. Sistemas de atendimento à resposta rápida com base em equipes também necessitam de melhoria, qualidade de ensino, acompanhamento e *feedback* das ações (BRAITHWAITE et al., 2004a).

A maioria dos pacientes hospitalizados que apresentam um evento de PCR ou que requerem a transferência com urgência para a UTI tem valores fisiológicos alterados que são observados nas horas anteriores ao evento da piora do quadro clínico, estas alterações são documentadas em pesquisas realizadas por médicos e enfermeiros (ADAM; MCGLOIN; SINGER, 1999; FLABOURIS et al., 2004).

De todas as intercorrências graves que acontecem nas unidades de internação, a PCR é a de maior gravidade. Mesmo com atendimento especializado, organizado e rápido tem mortalidade hospitalar de até 85%, segundo a *American Heart Association* (ZHENG et al., 2001).

Todos os dias pessoas morrem desnecessariamente nos hospitais. A PCR geralmente é precedida por sinais perceptíveis de deterioração, normalmente entre 6 a 8 horas antes do evento ocorrer. O reconhecimento precoce desses sinais e o pronto atendimento podem reduzir a mortalidade em pacientes hospitalizados. Vários estudos demonstraram que os pacientes, frequentemente, evoluem para sinais e sintomas de instabilidade fisiológica por algum período de tempo antes de uma PCR, aproximadamente 70% dos pacientes apresentam evidências de deterioração respiratória nas oito horas que antecedem a PCR (SCHEIN; HAZDAYN; PENA, 1990).

Outro estudo realizado por Franklin e Mathew (1994), em um hospital Norte Americano, avaliou 150 eventos de PCR descritos em prontuários de uma enfermaria de clínica médica. Em 99 dos 150 casos (66%) havia relato de médico ou enfermeiros sobre sinais e sintomas premonitórios em até seis horas antes da parada cardíaca.

Pesquisas realizadas em diversos países revelaram que 15% a 20% dos pacientes desenvolvem alterações importantes no quadro clínico, tornando-os críticos durante sua hospitalização. Até 80% das alterações do quadro clínico dos pacientes são precedidos por distúrbios fisiológicos e bioquímicos que ocorrem durante horas, e às vezes, dias. Apesar dessas observações, os hospitais tradicionalmente respondem com ações tardias e inadequadas frente às alterações do quadro clínico do paciente, sem utilizar de uma abordagem sistemática para a identificação, análise e tratamento rápido dos doentes que proporcionem a segurança dos cuidados prestados durante sua internação (ADAMS et al., 2003; FLABOURIS et al., 2004; FRANKLIN; MATHEW, 1994; GIBBERD et al., 1995). O sistema de implantação de equipes de resposta rápida tem sido amplamente defendido como uma iniciativa importante

tanto para a segurança do paciente como para a melhoria da qualidade e foi aprovado pelo *Institute for Healthcare Improvement* nos Estados Unidos, a Comissão Australiana para a Segurança e Qualidade e a *Patient Safety Institute*, no Canadá (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2012; AUSTRÁLIA, 2012; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2005a).

Diante do quadro de evento adverso evitável nas unidades de internação, o *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, lançou a “Campanha Salvando 100.000 Vidas” em dezembro de 2004, convidando os hospitais dos Estados Unidos (EUA) a tentar evitar que ocorressem as mortes desnecessárias durante um período de 18 meses, por meio de melhorias em suas instalações. O *IHI* foi criado, em 1991, está localizado, em Cambridge, Massachusetts, EUA, consiste em uma instituição sem fins lucrativos que promove ações para melhoria da qualidade e da segurança do atendimento, sugere que a adoção do Time de Resposta Rápida faça parte da estrutura assistencial junto a outras ações.

Esta campanha de 2004 recomendava seis intervenções para ajudar os hospitais neste importante trabalho, e o *IHI* disponibilizou na época ferramentas e recursos livres a todos os participantes, além de investir um grande esforço no desenvolvimento de parcerias com as autoridades nacionais e organizações regionais. Uma análise do resultado mostrou que mais de 3.100 hospitais se inscreveram na campanha (75% do total de leitos nos EUA), um número grande de parceiros se alinhou ao programa do instituto Norte Americano, incluindo a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)*, a Associação Americana de Enfermagem, a Associação Médica Americana, o *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2005b).

O Departamento de Saúde Inglês (DEPARTMENT OF HEALTH, 2000), por meio do documento *Comprehensive Critical Care*, recomenda que serviço de atendimento a paciente crítico denominado Time de Resposta Rápida (TRR) seja implantado com o objetivo de evitar (re) admissões na Unidade de Terapia Intensiva com a prevenção da deterioração clínica, permitir a alta do paciente e disseminar o conhecimento.

Posteriormente, o Departamento de Saúde Inglês (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005) confirma a importância do Time de Resposta Rápida. Já com cinco anos da recomendação do serviço, chama a atenção para o grau variável de investimento das instituições e o grau de implantação e especialização dos serviços. A categorização conforme itens como tempo de cobertura e forma de auditoria permitem comparação e avaliação dos serviços. Além dos benefícios já citados, este documento sugere que o TRR pode auxiliar no transporte seguro do paciente entre as áreas do hospital.

Vários outros autores publicaram a experiência com serviços semelhantes com desenhos e resultados variáveis. Buist et al. (2002) divulgaram um estudo não randomizado onde uma equipe, formada por médicos e enfermeiras com experiência em medicina intensiva era acionada segundo critérios de instabilização clínica. Estes critérios foram compreendidos por mudanças nos escores dos sinais vitais monitorados pela equipe de enfermagem. O estudo demonstrou a redução de 50% no número de parada cardiorrespiratória inesperadas.

Estudos publicados encontraram o aumento da sobrevida após internação na UTI e diminuição da taxa de reinternação e mortalidade nos serviços de terapia intensiva após a implantação de um time de atendimento e acompanhamento do paciente crítico (BALL; KIRBY; WILLIAMS, 2003).

Em pesquisa realizada em unidade de pós-operatório de grande cirurgia observou a redução de complicações clínicas, da mortalidade e do tempo de internação hospitalar, comparando quatro meses anteriores aos posteriores à adoção do TRR como modelo assistencial, enquanto outros dois estudos encontraram resultados semelhantes quanto a diminuição da taxa de mortalidade em um hospital geral após implantação do TRR (BELLOMO et al., 2004; DEVITA et al., 2004; PRIESTLEY et al., 2004).

Nota-se que a maioria da literatura encontrada, apresenta pesquisas que enfatizam a importância da implantação e manutenção do time de resposta rápida nas instituições hospitalares como ferramenta de serviço para diminuição de índices de mortalidade dos pacientes atendidos em código azul nos hospitais (Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição dos estudos relacionados à taxa de mortalidade no atendimento ao código azul antes e após a implantação do Time de Resposta Rápida

Autores	Países	Tipo de Estudo	Taxa de mortalidade anterior ao TRR (%)	Taxa de mortalidade posterior ao TRR (%)
---------	--------	----------------	---	--

Goldhill et al., 1999	Inglaterra	Prospectivo	57,0	40,0
Hillman et al., 2005	Austrália	Estudo multicêntrico	44,0	30,0
Aneman et al., 2006	Austrália	Metanálise	31,0	17,0

Fonte: Ocampo; Hurtado; Correa. Is it justifiable for the health institutions to include emergency physicians in the medical emergency teams? **CES Medicine**, v.23, n.2, Jul/Dec., 2009. Chan et al. Rapid response teams: a systematic review and meta-analysis. **Archives of Internal Medicine**. 2010; 170(1):18-26.

Porém Hillman e Chen (2005) em estudo multicêntrico envolvendo 23 hospitais australianos não encontraram diferenças significativas no número de paradas cardíacas, mortes inesperadas e internação não planejada na Unidade de Terapia Intensiva com a adoção do serviço de resposta rápida.

A possibilidade de usar os chamados do TRR para detectar erros na assistência foi sugerida por Braithwaite et al. (2004b). Seu grupo encontrou que aproximadamente um terço dos chamados por deterioração aguda foram associados a um ou mais erros de assistência ao paciente. Em consequência desta análise, 18 processos foram identificados e revisados na instituição hospitalar em estudo.

Alguns benefícios potenciais da proposta de atendimento, segundo Cretikos e Hillman (2003), são facilitar a integração da assistência ao paciente, aumentar a atenção ao paciente de alto risco, estimular o encaminhamento de pacientes gravemente doentes a médicos com experiência em medicina intensiva e auxiliar na adoção de iniciativas que promovam melhoria da qualidade da assistência em todo o hospital. Além de serviços e hospitais isolados, outras instituições têm defendido e estimulado a formação de TRR ou equivalentes.

A *American Heart Association* (AHA, 2010), uma das associações mais influentes quanto à parada cardiorrespiratória, em 2006, lançou a proposta de criar banco de dados de atendimentos de Time de Resposta Rápida aos seus associados.

Pesquisa realizada por Kathryn et al. (2009), com coordenadores de serviços de resposta rápida de 20 hospitais em diferentes regiões geográficas dos Estados Unidos, sinalizaram que apesar do conceito parecer vantajoso com o atendimento rápido e multidisciplinar à cabeceira do leito do paciente que se torna crítico na enfermaria, a implantação do serviço implicou em superar dificuldades como o quadro financeiro da instituição, falta de cooperação da administração, a importância dos membros da equipe em

desenvolver um bom relacionamento com a equipe de enfermagem na unidade e a dificuldade de manter a equipe em tempo integral.

Conforme relatam Sakai e DeVita (2009), há indícios crescentes de que a detecção precoce e resposta à deterioração fisiológica podem melhorar os resultados para lactentes, crianças e adultos hospitalizados fora da Unidade de Terapia Intensiva. Para estes autores um sistema de resposta rápida é um sistema multidisciplinar que visa diminuir a incidência intra-hospitalar de alterações fisiológicas importantes no quadro clínico do paciente.

Segundo os mesmos autores, todo sistema requer um coordenador que supervisione a equipe de resposta rápida e forneça suporte. O sistema é projetado para localizar e responder rapidamente às variações clínicas do paciente em estado crítico, que necessite de avaliação e recursos necessários aos cuidados intensivos. Ao longo das últimas décadas, o TRR tem sido amplamente implementado na prática dos serviços nos Estados Unidos, Canadá, Austrália, Reino Unido e nos países escandinavos para melhoria da qualidade da assistência à saúde.

Para Havstad et al. (2001), o conceito de recuperação rápida e precoce é bem estabelecido nos vários campos da medicina, especialmente em casos de trauma, cardiologia e, mais recentemente, sepse grave e choque séptico. Devido ao fato de ocorrências nas unidades de internação, da piora do quadro clínico dos pacientes, faz-se necessário a especialidade e a competência de profissionais médicos intensivos e de enfermeiros especialistas, posicionados para prestar atendimento imediato aos pacientes que estão críticos: são especialistas no atendimento de doenças agudas.

Pesquisa realizada em hospital Australiano demonstrou que a especialidade de cirurgia geral foi a clínica com maior proporção do número de atendimentos pelo TRR, seguido de neurologia, cardiologia, nefrologia, dentre outros. Quanto ao número de intervenções e procedimentos implementados pela equipe de resposta rápida aos pacientes no estudo destacam-se: aspiração naso e orofaríngea, suplementação de oxigênio, solicitação de exames laboratoriais, eletrocardiograma, inserção de cateter venoso, administração intravenosa de fluidos e furosemida (BELLOMO et al, 2003).

Estudos reforçam que a composição do serviço de resposta rápida citada por Sakai e DeVita (2009), com relação aos componentes de atuação aferente, eferente, avaliativo e administrativo, faz-se extremamente importante para o sucesso do trabalho do time e melhoria da segurança da assistência prestada ao paciente.

Salamonson et al. (2006) enfatizaram que a equipe de resposta rápida é mais comumente ativada por enfermeiros das unidades de internação, colocando-os em uma excelente posição para fornecer informações valiosas sobre a eficácia deste sistema. Este serviço pode ser acionado pelo uso de celular, ramal telefônico ou *bip/pager*. Embora o sistema incorpore a ideia de capacitar o enfermeiro a procurar ajuda precoce para o manejo do paciente instável fora da UTI, há uma escassez de dados disponíveis sobre as percepções dos enfermeiros e a atitude sobre o atendimento do Time de Resposta Rápida.

Para estes autores, buscou-se explorar a satisfação dos enfermeiros com a atuação do TRR, onde apontaram benefícios e sugestões de melhoria. Em geral, os enfermeiros estavam satisfeitos com o serviço, com sugestões de melhorias que incluíam um número maior de capacitações sobre emergências clínicas e melhor comunicação interdisciplinar para encorajar os enfermeiros menos experientes a utilizar este sistema, diminuindo simultaneamente a reticência de alguns enfermeiros em acionar o TRR.

Além disso, estudo realizado por Jones et al. (2006), com enfermeiros de um hospital terciário, descreve que o TRR promoveu novas relações de trabalho entre médico titular e enfermeiros, também aumentou o sentimento de segurança do tratamento do paciente crítico na enfermaria e pode se traduzir em maior confiança e capacitação dos enfermeiros no manuseio de pacientes gravemente doentes de suas unidades.

Para esses autores, embora a maioria dos enfermeiros apontasse uma experiência positiva com o serviço, uma pequena porcentagem relatou a existência de barreiras significativas à ativação do TRR que incluíam medo de críticas ao acionar o serviço indevidamente e o aspecto cultural no hospital, tal como a observação de um modelo hierárquico de atendimento ao paciente que permitia que o enfermeiro comunicasse apenas ao médico titular do paciente o evento adverso para ativação do TRR.

Outro estudo aponta a percepção negativa dos enfermeiros e sinaliza uma barreira importante para o sucesso da implantação do serviço, o fato da atividade desenvolvida pela equipe do TRR nas diferentes unidades de internação, ser um sinalizador por parte da administração hospitalar que avalia a capacidade dos enfermeiros em cuidar adequadamente dos pacientes. Os enfermeiros também se preocupam com a possibilidade que este serviço constitua uma medida de avaliação de suas habilidades técnicas e julgamento clínico a serem notificados com ações punitivas pela instituição (GARRETSON; DIP; RAUZI, 2009).

Bellomo et al. (2003) enfatizam que o objetivo do serviço é garantir a assistência médica e multidisciplinar continuamente e prontamente disponível para o

atendimento e a prevenção de intercorrências clínicas graves e, finalmente, para a assistência a parada cardiorrespiratória nas unidades de internação, incluindo a transferência imediata para a UTI, reduzindo os eventos adversos da deterioração orgânica dos pacientes.

Conforme relatam Pinsky e Rubulotta (2006), sobre a segunda conferência internacional de TRR, ocorrida em 2006 nos EUA, houve ênfase principalmente nas discussões dos componentes de um TRR, na segurança de pacientes e a na melhoria da qualidade como destaques e cenários para todas as apresentações. Neste evento também foi ressaltado que a segurança é um dos componentes mais amplos do termo "qualidade" e remete ao cuidado eficaz, eficiente, centrado no paciente, oportuna e equitativamente.

Estudos relevantes se complementam e demonstram que há melhoria nos indicadores de morbimortalidade após a implantação do TRR em hospitais americanos e europeus. Houve 50% de redução do número de parada cardiorrespiratória (PCR) fora da Unidade de Terapia Intensiva, 58% de redução das transferências pós-operatórias de emergência para UTI e diminuição de 37% dos óbitos, redução de PCR prévia à transferência para a UTI diminuíram de 30% para 4% e 17% de redução na incidência de PCR por 1.000 internações (BELLOMO et al., 2004; BUIST et al., 2002; DEVITA et al., 2004; GOLDHILL et al., 1999).

Carmel et al. (2010), realizaram uma pesquisa em um hospital acadêmico de grande porte no Canadá, com 275 enfermeiros que atuam com o sistema de resposta rápida. Obteve como resultado que, 84,2% dos participantes concluíram que o Time de Resposta Rápida poderia prevenir o evento de parada cardiorrespiratória, 81,3% alegaram que o TRR não aumentaria a sua carga de trabalho e 91,3% não acreditavam que o serviço reduziria suas habilidades técnicas além de 48% dos enfermeiros afirmarem que ativaram o sistema para o paciente quando houve preocupação com o paciente mesmo sem alterações dos sinais vitais.

No Brasil, o Instituto do Coração em São Paulo-SP, implantou os códigos azul e vermelho que realiza atendimento ao paciente adulto e pediátrico respectivamente, durante 24 horas por dia. Após estudo piloto que ocorreu durante três meses em uma unidade de internação para adulto com o intuito de identificar as necessidades de adaptação do projeto original. Por sua vez, o código amarelo é o responsável pelo atendimento das emergências clínicas de adulto e o azul abrange o atendimento de paciente ou acompanhante adulto e sem cardiopatia congênita. Nesta instituição, o acionamento do TRR é realizado por meio de bips, via telefonista, além de ramal exclusivo para acionar o serviço. Todos os carros de emergência foram padronizados desde o início de 2004, de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia e a idade do paciente. Após a implantação do TRR, o

treinamento dos profissionais ocorre em periodicidade trimestral ou semestral, bem como a avaliação dos processos de atendimento (LOPES et al., 2012).

Bergamo et al. (2011), em estudo realizado após a implantação do Time de Resposta Rápida em 2005 em um hospital terciário da cidade de São Paulo-SP, propuseram avaliar o efeito do tempo (ano) no número de PCR usando como referência o total de pacientes/dia. Houve uma redução significativa no número de episódios no período estudado, adotando o ano de 2006 como referência, foram registrados 25 ocorrências de PCR fora da UTI, em 2007 este número caiu para 15 ocorrências (redução em 40%), em 2008 para 11 ocorrências (redução em 56%), em 2009 para 9 ocorrências (redução em 64%) e em 2010 para 6 ocorrências (redução de 76% dos casos de PCR fora da UTI).

2.2 TIME DE RESPOSTA RÁPIDA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA-PR

Segundo Laurinavicius e Peterlini (2009), pode-se constatar que no Brasil há uma tendência de crescimento do número de equipes de resposta rápida em hospitais terciários, pois garantir a segurança do paciente internado é hoje um dos principais desafios da gestão da qualidade na área da saúde e representa o alicerce dos sistemas de acreditação hospitalar.

Em estudo realizado por Hansen e Guimarães (2009), em um hospital no Sul do Brasil, foram analisados os fatores da implementação do Time de Resposta Rápida. Em todos os níveis hierárquicos (desde a liderança até a operação) houve concordância que o fator envolvimento/comprometimento dos profissionais foi o item melhor avaliado pelos respondentes, devido à relevância da capacidade e conhecimento profissional para a organização e execução na implementação da estratégia que visa à qualidade e segurança na assistência prestada ao paciente em estado crítico.

Pesquisa realizada por Brizola (2010), no Hospital Universitário de Londrina (HUL), destacou a superlotação que atingiu taxas próximas a 100% de ocupação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adulto. Diante deste quadro apresentado cabe ressaltar que a taxa recomendada nacionalmente para ocupação de UTI adulto seria de até 85% (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Ainda em estudo realizado nesta mesma instituição evidenciaram-se registros de que existem em média, 10 pacientes/dia sob cuidados intensivos nas unidades de internação e pronto socorro, aguardando vagas na UTI (CARDOSO, 2008).

O TRR do Hospital Universitário de Londrina (HUL) iniciou suas atividades, em dois de Março de 2009, após deliberação do Conselho Diretor do HUL, em reunião realizada em 13 de Fevereiro de 2009, para se constituir no hospital o grupo de trabalho composto por médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, com a finalidade de implementar, com a anuência do Diretor Clínico, as ações emergentes do serviço na instituição para melhorar a assistência à saúde dentro de uma perspectiva de dirigir ao paciente, de forma rápida, a melhor conduta médica possível e, conseqüentemente, prevenir óbitos nas diversas unidades de internação hospitalar.

No HUL, antes do início das atividades do serviço de resposta rápida nas unidades de internação para adulto, ocorreu um treinamento em conjunto com a divisão de desenvolvimento e pesquisa e a coordenação do time de resposta rápida aos enfermeiros das unidades onde o TRR iniciaria suas atividades, com temas inerentes ao processo de trabalho do serviço na instituição.

Informa-se neste momento, que o time de resposta rápida instituído no Hospital Universitário de Londrina-PR, foi criado a partir de iniciativas de profissionais que atuam em terapia intensiva, em especial médicos, que adequaram suas cargas horárias da escala de terapia intensiva para desenvolver o trabalho do time no hospital, pois não houve designação do Estado para contratação de recursos humanos exclusivo para este serviço.

Existem outros centros hospitalares no Brasil que diferem do processo de trabalho quando comparados aos modelos internacionais. O Hospital Regional de Fortaleza-CE trabalha com a adição do código de cor verde, que oferece atendimento ao paciente em até uma hora, como admissão de paciente de cirurgia eletiva e avaliação de paciente de alta da UTI (UNIMED, 2012). O Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo-SP, além dos códigos azul e amarelo, agregou ao sistema o código de cor laranja, que são atendimentos as pessoas nas diversas faixas etárias que estão circulando dentro da instituição ou adjacências, sejam acompanhantes, visitantes ou colaboradores (LASELVA, 2011).

Os enfermeiros são os aliados mais poderosos e numerosos do Time de Resposta Rápida e são profissionais que estão em contato direto com o paciente, nas 24 horas. As pesquisas têm demonstrado que a maioria dos enfermeiros aprovam a disponibilidade de um serviço de resposta rápida, com o sentimento de 84% de melhoria no ambiente de trabalho e 65% considerando-a um fator para a obtenção de novo emprego em uma instituição (DEVITA et al., 2009).

Considerando a importância de avaliação contínua e sistemática dos serviços de saúde, os próximos subitens conceituam a qualidade na área da saúde e a importância do processo de avaliação neste segmento.

2.3 QUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE

Nos serviços de saúde, a qualidade começou a ser discutida no início do século 20, nos Estados Unidos, para avaliar, periodicamente, a qualidade dos cuidados aos pacientes hospitalizados por meio de padrões mínimos de assistência nos hospitais e faculdades de medicina, a partir dos trabalhos de Flexner, Codman e do Colégio Americano de Cirurgiões (KURCGANT et al., 2005).

Convém ressaltar, entretanto, que as origens da abordagem da qualidade na saúde e o primeiro modelo de melhoria contínua foi desenvolvido, em 1854, pela enfermeira inglesa Florence Nightingale, que durante a Guerra da Criméia diminuiu expressivamente a taxa de mortalidade dos pacientes feridos na guerra ao implantar rígidos padrões sanitários e o controle estatístico (FONTANA, 2006).

No que tange à evolução da qualidade em saúde, outra experiência importante foi a criação da primeira agência de acreditação hospitalar, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)*, em 1951, nos EUA, que posteriormente ampliou o seu domínio de atuação e passou a ser intitulada *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)*, em 1987. Esta comissão baseia-se em monitorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população por meio da acreditação, sendo um marco para o desenvolvimento da qualidade. É responsável pela realização de um processo de avaliação dos hospitais e outros serviços de saúde, utilizando uma metodologia padronizada que inclui a aplicação de questionários, entrevistas e observações. Este processo de avaliação resulta em uma classificação da instituição avaliada, com aprovação total, parcial, condicionada ou rejeição (MALIK; VECINA NETO, 2007).

Devido à complexidade do trabalho da *JCAHO*, a mesma passou a contar gradativamente com a colaboração de outras instituições como a Associação Médica Americana e a Associação Americana de Hospitais, de profissionais (enfermeiros e odontólogos) e de representantes de consumidores. Em 1988, passou a incluir também a assistência domiciliar e toda a rede de serviços de saúde (MALIK, SCHIESARI, 2011).

Também em 1987 é legitimado o Certificado *International Standard Organization - ISO*, que consiste em uma rede mundial de institutos de padronização que

reúne entidades de 148 países. O *ISO* foi criado, em 1946, em Genebra, na Suíça, e possui o status de uma organização não governamental. O seu objetivo é promover no mundo o desenvolvimento da normalização e atividades relacionadas com a intenção de facilitar o intercâmbio internacional de bens e de serviços e para desenvolver a cooperação nas esferas intelectual, científica, tecnológica e de atividade econômica. No Brasil, ela é representada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. Tanto a *JCAHO* como a *ISO* são mecanismos que objetivam desencadear um determinado padrão mundial de qualidade (FELDMAN, 2008).

A *JCAHO* passou a direcionar sua atuação por meio de indicadores de desempenho ajustados à clínica e à gravidade do estado dos pacientes, monitorando também o desempenho institucional e posteriormente assumiu um papel educativo com a publicação de documentos contendo normas, padrões e recomendações (MALIK; SCHIESARI, 2011).

Reportando-se ao Canadá, a implantação de medidas destinadas a assegurar a qualidade da assistência ocorreu de forma semelhante à dos Estados Unidos. Uma lei do Ministério da Saúde, em 1983, determinou que todos os hospitais contassem com programas destinados à garantia da qualidade. Nos países da Europa esse movimento surgiu, por volta dos anos 70, tomando impulso, no final da década de 80, tendo por base os aspectos éticos e profissionais assim como a competitividade entre instituições (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

No México, pesquisadores encontraram um impacto positivo de cobertura, acessibilidade e qualidade nos serviços de saúde das localidades pesquisadas com melhoria dos principais indicadores de saúde da população infantil e materna, apesar dos resultados poderem ou não ser atribuídos exclusivamente ao programa desenvolvido (GOMEZ-DANTÉS, 1999).

Nos países da América Latina e do Caribe, é difícil identificar ações concretas visando a garantia da qualidade de forma sistemática e extensiva como nos Estados Unidos da América, Canadá e países europeus. Existe, contudo, um movimento iniciado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Federação Latino-Americana de Hospitais que propôs um modelo de acreditação de hospitais, discutido em diversos países e considerado passível de adoção dada sua flexibilidade (ADAMI, 2000).

Kurcgant et al. (2009) ressaltam que na abordagem da qualidade na área da saúde é inevitável não correlacioná-la com a avaliação dos serviços de saúde, uma vez que na essência do conceito de qualidade está embutida a ideia de avaliação.

A qualidade é um processo complexo, dinâmico e ininterrupto que se move em busca da evolução e requer ações amplas e abrangentes. Na área da saúde, envolve ainda a atividade permanente e exaustiva de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, os quais devem ser, periodicamente, revistos e atualizados, mediante um processo participativo, com o envolvimento de todos da instituição. Neste contexto, o êxito está diretamente ligado ao grau de envolvimento e compreensão, tanto por parte da instituição quanto de seus profissionais, cuja qualidade é relevante. Neste sentido, é necessário, antes de tudo, mostrar a todos os envolvidos que vale a pena buscar a qualidade do serviço (PALADINI, 2007).

Conseqüentemente, a qualidade na área da saúde aplicada às organizações hospitalares relaciona-se, portanto, a benefícios que atinjam o maior número possível de pessoas e que, cada vez mais, os hospitais assumam o compromisso de melhorar continuamente (LIMA; BETTARELLO, 2008).

No próximo subitem será abordado como ocorreu o desenvolvimento da qualidade no setor da saúde no Brasil.

2.4 QUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE NO BRASIL

Enquanto a gestão de qualidade em outros países foi adotada na indústria, a partir da Segunda Guerra Mundial, no Brasil teve início na década de 1980, e na saúde, na década de 1990 com as instituições públicas e privadas desenvolvendo estratégias no sentido de adotarem programas de garantia da qualidade.

A primeira iniciativa relacionada à qualidade em saúde no Brasil que se pode considerar data de 1935, quando Odair Pedroso instituiu uma Ficha de Inquérito Hospitalar a qual seria utilizada pela Comissão Hospitalar do Ministério da Saúde visando a melhoria dos hospitais. Nessa mesma década, outra tentativa relacionada à qualidade foi a realização do Censo Hospitalar do Estado de São Paulo, o qual buscou a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Cabe ressaltar que estas iniciativas em busca da qualidade, propostas no Brasil, foram de extrema relevância, visto que no âmbito mundial, neste mesmo período, as ações de qualidade em saúde ainda eram pouco expressivas.

Segundo os mesmo autores, a busca pela qualidade, na década de 1950, foi marcada por propostas visando à melhoria das condições estruturais dos estabelecimentos de saúde, principalmente dos hospitais, dentre as propostas realizadas se destacaram o estabelecimento de padrões mínimos para o funcionamento do centro cirúrgico, os

componentes do prontuário e as normas gerais para a organização dos hospitais. A preocupação com a determinação de normas em saúde permaneceu na década seguinte, quando o Instituto de Aposentadoria e Pensões da Previdência (IAPP) instituiu os critérios necessários para o credenciamento de instituições hospitalares, os quais se baseavam na planta física, nos equipamentos e na organização. Percebe-se que os primeiros trabalhos relacionados à qualidade na saúde, no Brasil, contemplavam, principalmente, os aspectos estruturais e organizacionais da assistência em relação aos recursos humanos e ao processo de cuidado.

As iniciativas em favor da qualidade, nas décadas de 1970 e 1980, foram tímidas, entretanto, merece destaque a promulgação da Constituição Federal, em 1988, que determina a criação e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com princípios doutrinários que enfocam a universalidade, a equidade e a integralidade para a assistência em saúde, com o escopo de melhorar a assistência prestada no país (REIS; ANDRADE, 2007).

No Brasil, a concepção e a prática da garantia da qualidade encontraram espaço legítimo no campo da administração de serviços de saúde, somente, a partir da década de 1990 (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). Antes disso, a preocupação formal com a qualidade dos serviços médico-hospitalares apresentava pouca relevância, a assistência em saúde era mal distribuída, em geral com qualidade deficitária e gerava insatisfação nos usuários (HADDAD; ROSSANEIS, 2011).

O Ministério da Saúde (MS) só passou a pensar na gestão da qualidade a partir da Norma Operacional Básica (NOB/SUS-93), que regulamentava o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS e estabelecia os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial, onde se iniciou a discussão sobre a Acreditação Hospitalar (HALEY; ALMEIDA, 1994).

O processo de Acreditação Hospitalar (AH) surgiu, em 1912, na América do Norte com o colégio americano de cirurgiões. No Brasil começa a tornar-se uma realidade possível, no início dos anos 90, com a publicação “Acreditação de Hospitais para a América Latina e Caribe”. Em 1998, ocorre a primeira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar e, em 2001, o MS, por meio da Portaria nº 538 de 17/04/2001, considera como política pública a adoção de medidas que possibilitem implementar e garantir a qualidade da assistência nos hospitais brasileiros (BRASIL, 2010).

A acreditação é uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência médico-hospitalar em todos os serviços de um hospital, seja público ou privado. Tem como base a avaliação dos padrões de referências desejáveis, construídos por peritos da

área e, previamente, divulgados, e nos indicadores ou instrumentos que o avaliador emprega para constatar os padrões que estão sendo observados (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2010).

Dentre as ações com maior impacto na qualidade da assistência em saúde, no Brasil, na década de 1990, após a instituição da Acreditação Hospitalar foi a criação do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH), criado em 1991, hoje denominado Compromisso com a Qualidade Hospitalar, que resultou de uma parceria entre a Associação Paulista de Medicina (APM) e o Conselho Federal de Medicina de São Paulo (CFM-SP), com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

No contexto de ações governamentais voltadas à qualidade em saúde, iniciaram-se as discussões acerca da acreditação hospitalar, em 1995, culminando na criação do Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS). Para a instalação deste programa se formou um grupo técnico que realizou levantamento de manuais de acreditação utilizados no país e no exterior, a fim de adotar normas e critérios de avaliação que contemplassem a realidade do Brasil (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2009).

Na perspectiva da crescente discussão sobre o programa de acreditação proposto pelo Ministério da Saúde, em 1997, foi criada uma entidade não governamental, denominada inicialmente de Órgão Nacional de Acreditação (ONA), a qual passou posteriormente a ser chamada de Organização Nacional de Acreditação (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2011).

Malik e Schiesari (2011) relatam que a ONA possui caráter privado, porém, sem fins lucrativos e atua de forma descentralizada, periódica, voluntária e reservada. As certificações concedidas pela ONA possuem validade de dois anos para os níveis 1 (acreditada) e 2 (acreditada plena) e de três anos para nível 3 (acreditada com excelência). Para que as organizações mantenham o certificado de aprovação após a validade, precisam se submeter a nova avaliação.

Outra entidade relacionada à avaliação da qualidade em saúde, no Brasil, foi criada, em 1998, o chamado Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) que surgiu como desdobramento de um encontro entre agentes americanos da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)*, representantes do Governo e de instituições de ensino em saúde do país. Basicamente o processo de avaliação da CBA se baseia em um trinômio: avaliação, educação e consultoria e se utiliza de manuais de padrões de acreditação

internacional, com alta qualidade técnica e excelência, validados por consenso mundial (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2012).

O movimento de acreditação, que vem crescendo no Brasil, abrange diversas instituições públicas e privadas e se observa a presença do Estado mais recentemente nesse processo. Centenas de hospitais já foram acreditados em atividade no Brasil e alguns deles já divulgam seus resultados assistenciais através de seus *websites*. Em todo o país existem, atualmente, 276 instituições certificadas pela ONA, número que representa cerca de 0,1% das instituições de saúde existentes no país (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2011).

Segundo o Consórcio Brasileiro de Acreditação (2012), o número de serviços que possui acreditação internacional é ainda mais restrito com apenas 33 organizações, entre hospitais, ambulatórios, programas de cuidados continuados e até operadoras de planos de saúde, isto demonstra que, no Brasil, o movimento em prol da qualidade ainda caminha a passos lentos.

Paralelamente ao modelo de acreditação hospitalar, há outras iniciativas de melhoria da qualidade desenvolvidas, no Brasil, como a certificação emitida pela *International Standart Organization (ISO)*, o sistema integrado de gestão em organizações hospitalares, a realização de auditorias de prontuários, de contas, de riscos, entre outros, expandindo-se em várias áreas profissionais, abrangendo diversos objetivos para a avaliação dos serviços de saúde (KRISTIANE, 2003).

A certificação *ISO*, no Brasil, é representada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). A certificação para a gestão da qualidade denomina-se *ISO 9001* e a Gestão Ambiental (*ISO 14001*), sendo concedida mediante a adequação da instituição de saúde aos requisitos estipulados em duas fases de auditoria. Na primeira fase se realiza a auditagem dos documentos relacionados à gestão, bem como a localização e alocação de recursos. Na segunda fase, são avaliadas a implementação e a eficácia do sistema de gestão junto ao cliente. A manutenção da certificação é garantida por meio da realização de auditorias de manutenção periódicas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2012).

Ainda destaca-se no Brasil o Prêmio Nacional de Qualidade (PNQ), concedido pela Fundação Nacional de Qualidade (FUNDAÇÃO NACIONAL DE QUALIDADE, 2008).

O Prêmio Nacional de Qualidade (PNQ) é concedido pela Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) e se espelhou no Prêmio Malcolm Baldrige dos Estados

Unidos, considerado “Nobel da Qualidade” na saúde. No Brasil, a FNQ trata-se de uma entidade privada e sem fins lucrativos que foi criada, em outubro de 1991, por representantes de 39 organizações brasileiras dos setores público e privado. O principal objetivo da fundação é desenvolver as atividades decorrentes do processo de premiação em todo o território nacional, com critérios como o desempenho da alta administração, planejamento estratégico, desenvolvimento e gestão de recursos humanos, gestão dos processos, resultado do desempenho da instituição, satisfação dos pacientes, bem como fazer a representação institucional externa do PNQ nos fóruns internacionais (HELITO, 2006).

Em face dos diversos modelos de avaliação da qualidade em saúde presentes no Brasil, algumas instituições se destacam pela sua utilização, dentre eles o primeiro hospital acreditado em 1999 e detentora da certificação *ISO 9001 e 14001*, o Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo-SP. Destacam-se ainda como hospitais pioneiros na acreditação, a Unidade de Cardiologia do Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, a Escola Paulista de Medicina, a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre no Rio Grande do Sul e a Maternidade Darcy Vargas, em Santa Catarina (BALSANELLI; JERICÓ, 2005).

Cunha e Feldman (2005) realizaram um estudo brasileiro que identificou os métodos de avaliação da qualidade utilizados em 12 estabelecimentos hospitalares públicos e privados do município de São Paulo-SP. Apontou a existência de programas de melhoria da qualidade, relacionando os fatores citados aos problemas para a sua implantação nesses mesmos hospitais. Evidenciou a preferência pelo uso da acreditação hospitalar como metodologia estruturada de avaliação e a cultura organizacional como o principal problema relacionado à implantação da qualidade. Concluiu que a qualidade no setor de saúde tem apresentado uma expansão crescente de ações que visam à garantia e à melhoria contínua e que alimentam, principalmente, as exigências da competitividade de mercado e dos usuários dos serviços.

O Hospital Universitário de Londrina (HUL) em parceria com o Instituto Paranaense de Acreditação Hospitalar (IPASS) iniciou um ciclo de palestras sobre acreditação hospitalar, com a superintendente do IPASS. A atividade se iniciou em março de 2012 com a participação dos servidores lotados na Unidade Masculina do HUL onde seria desenvolvido o projeto-piloto que visa a aplicação dos padrões do Manual Brasileiro de Acreditação. Após implantação nessa unidade o projeto terá continuidade ao longo do ano nas demais unidades desta instituição.

Através da acreditação e certificação, as instituições de saúde têm acesso a vários recursos e serviços que as conectam com a comunidade internacional: um sistema

internacional de medição de qualidade para testes comparativos, estratégias e melhores práticas de redução de risco e táticas para diminuir os eventos adversos (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2012).

2.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ÁREA DA SAÚDE

Para que ocorra o sucesso da avaliação da qualidade na área da saúde, torna-se necessário o uso de ferramentas que permitam avaliar, planejar, agir e acompanhar as ações que são propostas e devem ser realizadas nas instituições hospitalares. Estas informações irão instrumentalizar os gestores para avaliarem seus processos de forma racional e crítica.

Demo (2004) refere que a qualidade utiliza-se de duas dimensões distintas: a dimensão objetiva e a dimensão subjetiva. A primeira estaria relacionada a forma, técnica e método, diante dos desafios do desenvolvimento, em uma dimensão objetiva, mensurável. A outra estaria relacionada a finalidade, valor e conteúdo, em uma dimensão subjetiva, simbólica.

A avaliação de ações em saúde, contexto de reflexão e de prática, envolve uma rede objetiva e subjetiva, a partir da qual se vislumbram desafios e possibilidades. Donabedian (1990) defende a presença de elementos que sugerem a importância da subjetividade na análise da qualidade, ainda que isso não implique uma ruptura com a objetivação. Para o autor, a qualidade em saúde se refere à relação entre meios e fins, sendo que os meios compreendem o conjunto das estratégias técnicas, psicológicas e sociais de intervenção no cuidado a saúde.

Um dos modelos clássicos de avaliação é o apresentado por Donabedian, médico pediátrico armênio radicado nos Estados Unidos, estudioso da qualidade em saúde, sendo o pioneiro que se dedicou de maneira sistemática a estudar e publicar sobre qualidade em saúde. Este autor absorveu da teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado, adaptando-os ao atendimento hospitalar, abordagens que se tornaram um clássico nos estudos de qualidade em saúde. Enfim, Donabedian tem sido lembrado e citado, invariavelmente, por todos os que estudam o tema da qualidade (MEZOMO, 2001).

Vale reforçar que a **estrutura** corresponde à forma como a organização se apresenta em relação aos recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos, normas, rotinas, sistema de valores e expectativas. São as características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial. O **processo** relaciona-se à maneira como a assistência está sendo prestada aos clientes, segundo padrões técnico-científicos estabelecidos e aceitos,

cientificamente, e o **resultado**, por sua vez, corresponde às consequências das atividades realizadas pelos serviços de saúde ou pelos profissionais envolvidos (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Donabedian (2003) considera que a análise do processo é o caminho mais objetivo para a avaliação da qualidade do cuidado. Já o resultado possui a característica de refletir os efeitos de todos os insumos do cuidado, podendo, assim, servir de indicador para a avaliação indireta da qualidade, tanto da estrutura quanto do processo.

Este autor acrescenta ainda que a qualidade do cuidado em saúde não constitui um atributo abstrato. Sendo assim, a sua avaliação comporta dois aspectos: 1) Desempenho técnico – que consiste na aplicação pelos profissionais do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências do paciente e; 2) Relacionamento interpessoal entre trabalhador e paciente - de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as expectativas e necessidades destes.

Diante dos conceitos e pressupostos apresentados, constata-se que na perspectiva da garantia da qualidade nos processos assistenciais torna-se indispensável a utilização de ferramentas avaliativas que permitam a definição, mensuração, análise e proposição de soluções aos problemas identificados (MALIK; SCHIESARI, 2011).

No Brasil, observa-se que a preocupação com a avaliação em saúde somente despontou, efetivamente, nas últimas duas décadas, em razão da necessidade de conferir maior racionalidade às intervenções realizadas neste setor (AQUINO, 2006).

Para Matsuda (2002) a avaliação em saúde se fortaleceu em decorrência das crescentes exigências impostas pelos clientes, estimulados pelos órgãos de defesa do consumidor e pela cultura da valorização da qualidade inculcida gradualmente, no âmbito da saúde.

Acredita-se que a conscientização dos usuários quanto à necessidade da exigência dos seus direitos, no tocante aos serviços de saúde, foi fortalecida pelo surgimento do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990) o qual recomenda que as instituições de saúde possuam sistemas de avaliação de suas práticas (BRASIL, 1990).

Para D'Innocenzo, Adami e Cunha (2006), a cultura da busca pela qualidade nos serviços de saúde pode ser considerada consequência da transferência dos princípios da gestão da qualidade do setor de produtos e serviços da indústria para o setor de saúde, com objetivo de melhorar continuamente os cuidados oferecidos aos usuários.

Mas, o que vem a ser avaliação em saúde? O Ministério da Saúde (MS) afirma que significa formar opinião sobre um determinado assunto, ou seja, julgar e emitir juízo de valor com base em uma análise minuciosa de um produto, processo e/ou resultado, utilizando como referência os pressupostos e valores que fundamentam as escolhas dos sujeitos envolvidos, sejam eles profissionais ou usuários (BRASIL, 2006).

O conceito de qualidade, quando aplicado aos serviços de saúde, adquire características próprias, pois diferentemente da indústria em que o produto é produzido em um momento e consumido, pelo cliente, em outro, na saúde, o produto/serviço é consumido no ato de sua produção, não havendo possibilidade de identificação prévia de produto/serviço com defeito (ARAÚJO, 2003).

Reconhece-se mundialmente, que os estabelecimentos de saúde buscam a melhoria dos serviços prestados, seja pela exigência dos usuários, seja pelo imperativo de promover melhor utilização dos recursos financeiros, ou mesmo, pela indispensável necessidade de utilização de novos modelos de gerenciamento nos serviços de saúde (MORAIS et al., 2008).

Conforme enuncia Colognese (2002), a avaliação em saúde pode ser caracterizada como a emissão de juízo de valor por especialistas, a respeito de aspectos da vida relacionados à área de competência, independente de seus conhecimentos sobre a avaliação.

Para os prestadores de cuidado, a avaliação dos serviços de saúde assume um papel de busca do conhecimento acerca das práticas realizadas e da avaliação das competências profissionais individuais, a fim de promover aperfeiçoamento e melhoria contínua (MALIK, 2011; MORAIS et al., 2008).

No âmbito dos gestores, a realização da avaliação dos serviços de saúde deve fornecer subsídios que favoreçam a obtenção de maior produtividade e menores custos, fatores estes considerados primordiais para a sobrevivência da instituição no mercado econômico (LABBADIA; ADAMI, 2004).

A literatura sobre qualidade é vasta quanto a experiências de gestão da qualidade na esfera privada. Contudo, o contexto do serviço público é um mundo à parte com características próprias que, por sua vez, busca cada vez mais a qualidade. Segundo esta visão, Paladini (2007) analisa que este é o momento da qualidade no serviço público, fato atribuído ao modismo associado à questão, ao impacto que proporciona e à necessidade urgente de economizar, pela carência crônica de recursos, além de que se trata de um elemento forte de marketing.

Ribeiro (2006) acrescenta que os gestores públicos defrontam-se com questões relacionadas ao desempenho de suas instituições que vêm à tona em um cenário de escassez ou forte competição pelos recursos públicos. Nesta perspectiva, ao definir-se o modelo de gestão da qualidade para o serviço público brasileiro, há que se levar em conta a sua característica própria, dentre elas, a cultura de estabilidade do servidor público, a falta de qualificação e a cultura de descaso ao que é público.

Em relação aos hospitais públicos, alguns deles trazem consigo as especificidades descritas no parágrafo anterior, mas também as características de hospitais de ensino. Estes últimos, por sua vez, têm-se transformado em centros de referência para o SUS, além de constituírem um ambiente de formação de novos profissionais, os quais são influenciados por ele no seu processo de ensino aprendizagem (LIMA; ERDMANN, 2006). Sendo assim, pode-se considerá-los entre as instituições mais complexas e cuja qualidade de serviços precisa ser continuamente buscada e reconhecida pela sociedade.

Considerando que o cenário deste estudo trata de um hospital de ensino público, a temática da avaliação toma proporções mais significativas. Contandriopoulos (2006) considera a importância da utilização da avaliação como cultura no setor público, como estratégia de transformação no sistema de saúde, com a adoção de métodos que favoreçam a formação e o aprendizado, o debate, a reflexão e a abertura de novas frentes de intervenções a melhorar o desempenho do SUS.

Nessa direção, nos últimos anos o SUS vem orientando ações em busca da qualidade, de forma a atender as necessidades e expectativas de seus usuários. Neste contexto, a busca pela qualidade em saúde é definida como o desenvolvimento contínuo de práticas que reflitam o grau de conformidade com padrões e critérios estabelecidos, medido por indicadores específicos para este fim (BOHOMOL, 2010).

Como exemplo de avaliações de serviços de saúde pública do Brasil, que apresentam, historicamente, conceitos de ineficiência, ineficácia e atendimento inadequado às necessidades da população, percebe-se a demanda do desenvolvimento de uma cultura da qualidade. Cultura esta que vem sendo incentivada através de ações do MS, por meio de programas específicos, como a Avaliação para a Melhoria da Qualidade do Programa Estratégia da Saúde da Família. Como o país enfrenta problemas estruturais na área da saúde, o desenvolvimento de um sistema de avaliação pode representar uma importante ferramenta para o desenvolvimento de estratégias de gestão para o setor de serviços em saúde (MILAN; TREZ, 2005).

Na saúde, tradicionalmente, são usados indicadores como meios de avaliação dos serviços. Para a mensuração da qualidade na saúde, por muito tempo utilizaram-se apenas indicadores de morbimortalidade e tempo de permanência no hospital. Contudo, considera-se que apenas esses indicadores são insuficientes para representar a qualidade em um serviço de saúde, sendo necessários meios de avaliação que contemplem outros aspectos (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2011).

Vale lembrar que indicadores são representações quantitativa ou qualitativa de resultados, ocorrências ou eventos de um sistema; constituem instrumento gerencial de mensuração, sem o qual é impossível a avaliação criteriosa de qualidade ou produtividade (KLUCK, 2012).

De acordo com o mesmo autor, vários são os indicadores utilizados nos hospitais, sendo que os mais tradicionais incluem taxa de mortalidade, tempo de permanência hospitalar, taxa de readmissão imediata, taxa de infecção hospitalar, complicações cirúrgicas e percentuais de cesárea. Apesar da relevância desses dados, com as exigências dos programas de acreditação hospitalar, outros indicadores vêm sendo incorporados como guias para monitorar e avaliar a qualidade, entre eles as taxas de eventos adversos.

Mundialmente, a discussão da qualidade do cuidado à saúde volta-se cada vez mais para a questão dos eventos adversos, que são definidos como ocorrências indesejáveis, porém, preveníveis, de natureza danosa ou prejudicial que comprometem a segurança do paciente que se encontra sob os cuidados dos profissionais de saúde (PADILHA; SANTOS, 2005).

Nas instituições hospitalares, o envolvimento dos profissionais com falhas na assistência ao paciente pode ser encontrado em várias situações tais como erros de medicação, queda do paciente, extubação, queimaduras durante procedimentos, hemorragias por desconexão de drenos e cateteres entre outros. Vários estudos, realizados em diferentes unidades hospitalares, têm explorado o fenômeno evento adverso por meio da sua caracterização, bem como das consequências trazidas para os pacientes (DECESARO; PADILHA, 2002; KROKOSZ, 2007).

Haddad e Rossaneis (2011) analisaram o processo de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem implantado em uma unidade médico-cirúrgica masculina de um hospital universitário público. O estudo demonstrou que a equipe de enfermagem atingiu, na opinião do paciente, índices de assistência que variaram de adequada (90 a 99% de índice de positividade), limítrofe (71 a 79%) e sofrível ($\leq 70\%$). Quanto aos resultados das auditorias

realizadas nas anotações de enfermagem observou-se que, embora a equipe apresentasse melhora no preenchimento dos impressos, nunca atingiu o padrão estabelecido nas pesquisas.

Em estudo realizado por Nonino (2006), em um hospital público de grande porte, analisou-se a qualidade da execução dos procedimentos de enfermagem banho (preparo e execução) e curativo (preparo, execução e organização da unidade), desenvolvidos em pacientes internados em uma unidade médico-cirúrgica. Foram encontrados, de modo geral, resultados no procedimento de banho com índice de positividade (IP) satisfatório ($\geq 70\%$) no preparo, porém, na fase de execução o IP encontrado ficou abaixo de 70%, indicando que foram realizados de maneira insatisfatória. Para a realização dos curativos todas as fases obtiveram IP satisfatórios ($\geq 70\%$).

Padilha (2010), em pesquisa realizada para avaliação da qualidade do cuidado e dos registros de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário situado na região Oeste do Estado do Paraná, através de auditoria operacional e auditoria retrospectiva, considerou em sua metodologia para alcance da qualidade na auditoria operacional valor de índice de positividade de $\geq 70\%$ e 80% para auditoria retrospectiva. Dentre os resultados encontrados, foram considerados de qualidade para o cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva apenas dois itens dos oito submetidos a avaliação pela auditoria operacional e nenhum dos sete itens avaliados pela auditoria retrospectiva alcançou o valor preconizado.

De acordo com Escrivão Júnior (2011), alguns pontos devem ser considerados quando se pretende desenvolver indicadores. Primeiro, qual aspecto do cuidado se irá avaliar (se a estrutura, o processo ou os resultados); segundo, sob qual perspectiva a qualidade do cuidado será avaliada (se na perspectiva do paciente ou na dos gerentes); e terceiro, o embasamento científico para os indicadores, o qual pode ser obtido por meio de métodos não sistemáticos e sistemáticos.

Reforçando a temática sobre indicadores para avaliação na área da saúde, Carvalho (2003) enfatiza que a qualidade em serviços de saúde deve contemplar, em sua avaliação, indicadores com ênfase nos usuários, nos recursos humanos e os indicadores focados na administração geral.

O conceito de qualidade deve estar incorporado na filosofia da instituição e na vontade política dos gerentes e profissionais que nela atuam e deve introduzir a ideia do usuário como portador de direitos e necessidades como centro de atenção no processo gerencial (TRONCHIN et al., 2009).

A concepção da qualidade põe ênfase não só na organização, mas também no indivíduo, implica que a qualidade não depende só do médico, mas de todos os profissionais da área da saúde e de cada um dos integrantes da organização que oferece os serviços. Para isso, é necessário revisar, continuamente, o desempenho dos serviços de saúde (MOTTA, 2002).

Verifica-se que as diversas conceituações de qualidade expostas, anteriormente, convergem em um ponto principal, a busca pela melhoria contínua, seja do produto ou do serviço, com a finalidade de atender às necessidades do consumidor. Assim, partindo desta premissa, tem-se que na saúde a qualidade consiste na busca pela melhoria do atendimento prestado.

Nesse contexto, de busca por melhorias no âmbito da saúde, observou-se que algumas instituições hospitalares brasileiras adequaram seu sistema de gestão, pautando-se na valorização da qualidade. Este fato também pode ser notado na postura dos profissionais de saúde, os quais têm modificado sua concepção acerca do seu processo de trabalho, com vistas a oferecer melhores cuidados (ROCHA; TREVIZAN, 2009).

A avaliação dos serviços de saúde pode ainda utilizar como foco de pesquisa as políticas ou programas destinados a algum segmento da área de saúde e, segundo Bosi e Uchimura (2007), nestes casos, requer métodos flexíveis que possam assumir os mais variados desenhos, pois devem contemplar as inúmeras realidades que buscam avaliar.

Para garantir a confiabilidade dos resultados obtidos com o processo de avaliação em saúde, além do estabelecimento do foco utilizado para a pesquisa, faz-se importante também o constante aprimoramento das técnicas e métodos empregados para a realização da avaliação, visto que os serviços de saúde vêm se modificando diariamente em razão da influência das inovações tecnológicas e científicas que se faz fortemente, presentes na atualidade (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Ressalta-se que os autores desta pesquisa ao adotarem o modelo Donabediano, que se destaca pela avaliação objetiva, optaram a transpor a avaliação de forma subjetiva para explorar dos respondentes do estudo as finalidades, valores e conteúdos de um serviço de resposta rápida adotado na instituição.

Por acreditar que a aplicação do processo de avaliação nos serviços de saúde pode promover reflexões sobre a realidade do atendimento/cuidados prestados aos usuários e com isso gerar mudanças em prol da melhoria da sua prática diária, os dois próximos capítulos serão expostos o objetivo da pesquisa e o percurso metodológico do estudo.



OBJETIVO

3 OBJETIVO

3.1 GERAL

✓ Analisar a percepção dos enfermeiros sobre a qualidade do atendimento prestado pelo Time de Resposta Rápida em Hospital Universitário Público.

3.2 ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a amostra quanto aos dados sócio-demográficos e ocupacionais;
2. Elaborar um instrumento para avaliação da qualidade dos aspectos inerentes à estrutura, ao processo e ao resultado, dos serviços prestados pelo Time de Resposta Rápida em Hospital Universitário Público;
3. Descrever as potencialidades e fragilidades no atendimento aos pacientes atendidos pelo Time de Resposta Rápida no hospital em estudo;
4. Levantar sugestões dos enfermeiros para o atendimento do Time de Resposta Rápida no hospital em estudo.

MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

Nesta seção, serão descritos os materiais e métodos utilizados na pesquisa que possibilitaram o alcance dos objetivos estabelecidos.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo procurou conhecer a percepção dos enfermeiros inseridos na prática do atendimento a pacientes críticos assistidos por um TRR em um serviço público, optou-se pela realização de um estudo descritivo exploratório, de abordagem quantitativa.

Para Gil (2010), a pesquisa exploratória busca informações sobre determinado assunto, muitas vezes pouco explorados na literatura, proporcionando maior familiaridade com o problema, além de torná-lo mais explícito e obter novas descobertas. A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados como o questionário.

De acordo com Marconi e Lakatos (2007), os estudos descritivos têm o propósito de observar, explorar e descrever aspectos de uma situação.

Foram utilizadas estratégias para pesquisa de campo, como a aplicação de questionário para sistematização e análise dos dados. O questionário permite que o pesquisador conheça algum objeto de estudo (OLIVEIRA, 2005).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi realizado com enfermeiros lotados em duas unidades: **Unidades de Internação Médico-Cirúrgica para Adulto** (unidade de internação médico-cirúrgica masculina, fisiologia, feminina e unidade de moléstias infectocontagiosas) e a **Unidade de Atendimento e Internação do Pronto-Socorro Adulto** (pronto socorro atendimento e repouso masculino e feminino) de um Hospital Universitário de nível terciário, localizado no norte do Paraná, instalado na região leste, na cidade de Londrina, que pertence à rede estadual de hospitais e oferece atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O HUL é um órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina (UEL) está vinculado administrativamente à Reitoria e academicamente ao Centro de

Ciências da Saúde (CCS). A UEL foi criada em 1970, sendo reconhecida oficialmente pelo Decreto Federal 69.234/1971. Em 1987, foi implantado o ensino gratuito na Instituição e, em 1991, transformou-se em Autarquia Estadual. Localizada na cidade de Londrina, encontra-se em posição geográfica estratégica, recebendo a maioria de seus alunos do norte do Paraná, e de outras regiões dos Estados, de São Paulo, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2012).

A UEL se caracteriza como uma entidade pública, gratuita, democrática, com plena autonomia didático-científica, comprometida com o desenvolvimento e a transformação social, econômica, política e cultural do estado do Paraná e do Brasil. Possui 5.227 servidores, distribuídos entre docentes e agentes universitários, 15.992 alunos de graduação e 4.900 de pós-graduação (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2012).

O HUL foi ativado em 1º de agosto de 1971, sendo o único hospital público de grande porte no norte do Paraná. Hospital estratégico e tradicional Centro de Referência para o Sistema Único de Saúde (SUS) atende pacientes de cerca de 250 municípios do Paraná e de mais de 100 cidades de outros estados, de várias regiões do País, principalmente São Paulo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia. A Missão do HUL inclui, como hospital escola, a participação na prática do ensino, pesquisa e extensão, integrado ao SUS (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2012).

Em 2011, estavam ativados um total de 316 leitos, sendo 272 no HUL e 44 conveniados com a Maternidade Municipal Lucilla Ballalai. Os leitos estão distribuídos em unidades de internação médico-cirúrgica masculina e feminina nas diversas especialidades, pronto-socorro, moléstias infectocontagiosas, fisiologia, centro de tratamento de queimados, centro de tratamento de medula óssea, maternidade, berçário, pediatria, unidade de terapia intensiva neonatal, pediátrica e adulta. As unidades em estudo correspondem a 56,64% do total de leitos desta instituição.

Ainda em 2011 ocorreram 11.455 internações, 142.184 atendimentos ambulatoriais, 35.956 atendimentos de pronto socorro e foram realizadas 8.692 cirurgias, conforme o relatório do setor de Estatística da instituição. O atendimento ambulatorial é realizado nas instalações do Ambulatório do Hospital de Clínicas — AHC —, localizadas no campus da Universidade Estadual de Londrina — UEL — 12 km distantes do HUL. Ainda, em 2011, o hospital apresentou taxa média de ocupação de leitos de 75,82 %, taxa de mortalidade geral de 6,54%, taxa de infecção hospitalar de 10,39% e média de permanência do paciente internado de 7,63 dias (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2011).

A escolha do hospital para a realização da pesquisa fundamentou-se pelos programas de melhoria da qualidade que vêm sendo implementados com a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, do Serviço de Educação Continuada, do Escritório de Qualidade, da Gerência de Riscos, do Controle de Recursos Materiais e Produtos Hospitalares, do Serviço de Ouvidoria, da Assessoria de Planejamento e Controle de Recursos Humanos e da Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem.

O TRR do HUL iniciou suas atividades no ano de 2009, com o objetivo de implementar ações emergentes do serviço na instituição para melhorar a assistência à saúde dentro de uma perspectiva de dirigir ao paciente adulto, de forma rápida, a melhor conduta médica possível e, conseqüentemente, prevenir óbitos nas diversas unidades de internação hospitalar.

Na instituição em estudo, o TRR trabalha com as situações de emergência por meio de códigos. A parada cardiorrespiratória é identificada pelo código azul, já as alterações agudas que causam a piora do estado de saúde dos pacientes, denominadas de sinais de alerta são indicadas pelo código amarelo.

O trabalho do TRR no HUL, além do atendimento aos códigos amarelo e azul ocorre o acompanhamento por meio de visita diária ao paciente grave que aguarda transferência para leito de UTI, classificado como demanda reprimida (DR). O atendimento realizado pelo TRR ao paciente em demanda reprimida torna-se um diferencial comparado a outros serviços de resposta rápida no Brasil e países estrangeiros, porém ocorre como uma forma alternativa para assistir melhor o paciente grave que aguarda leito disponível em UTI. Pode ocorrer ainda a transferência externa do paciente após o atendimento dos profissionais para outra instituição, de acordo com o manifesto do cliente ou familiares, assim que o quadro hemodinâmico do cliente estiver estabilizado.

O serviço atende aos códigos azul e amarelo exclusivamente nas unidades de internação para adulto (unidade médico-cirúrgica masculina, feminina e fisiologia) e pode ser ativado por qualquer profissional da unidade por número de telefone exclusivo. Ressalta-se que na unidade de moléstia infectocontagiosa, maternidade e pronto-socorro atendimento e internação, o TRR realiza a visita diária ao paciente em demanda reprimida oferecendo orientações terapêuticas do paciente grave, sendo os atendimentos do código azul e amarelo executadas pela equipe médica destes setores.

A ativação do serviço na unidade de internação ocorre quando o paciente desenvolve alterações agudas definidas por protocolo, sendo que o TRR tem o prazo para início do atendimento do código azul em até três minutos e de cinco minutos no código

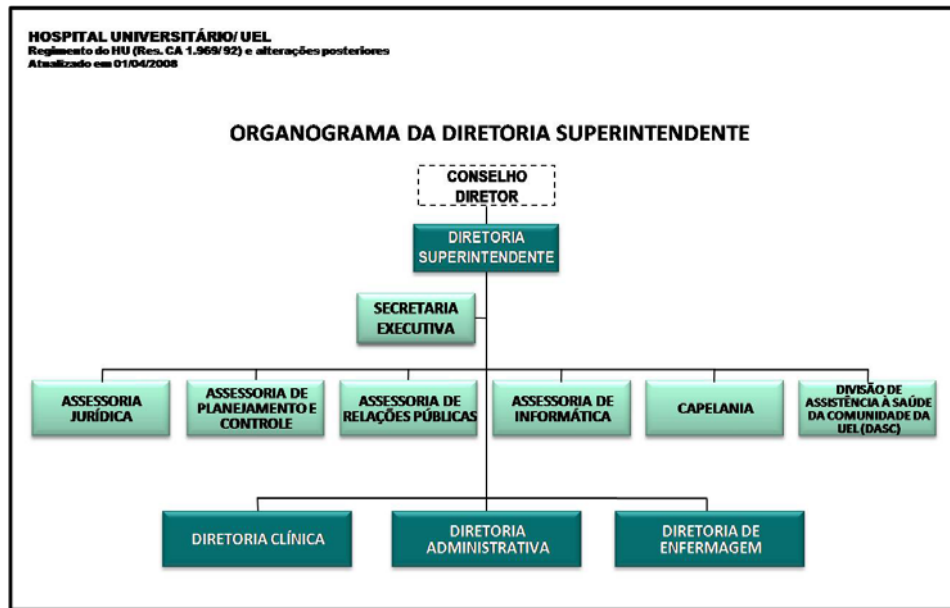
amarelo. Até fevereiro de 2013, a equipe atende aos chamados na instituição no horário diurno (07h00 as 19h00). Caso haja a necessidade do atendimento em virtude de uma intercorrência médica a um paciente nestas condições no período noturno, o atendimento é realizado pelo médico plantonista do pronto socorro médico (PSM).

O atendimento do serviço é realizado junto à equipe de enfermagem e o médico titular. Se existir a necessidade de transferência para a UTI, o serviço acompanha o paciente e, no caso de indisponibilidade imediata do leito, o paciente é classificado em DR e passará a ser acompanhado diariamente pelo TRR até sua melhora clínica, transferência para a UTI ou óbito.

Algumas ações tornam o processo de trabalho do TRR na instituição em estudo como diferencial na proposta do serviço em relação aos modelos norte americano e europeu, como o atendimento ao cliente em demanda reprimida e cuidado ao paciente que recebeu alta da UTI para a unidade de internação por 72 horas ou conforme quadro clínico.

A estrutura organizacional do hospital em estudo conta com quatro Diretorias: Superintendente, Clínica, Administrativa e de Enfermagem (Figura 1). As assessorias, divisões e seções estão subordinadas à Diretoria correspondente.

Figura 1 – Estrutura organizacional do Hospital Universitário de Londrina, 2013.



Fonte: Relatório disponibilizado via Intranet– HUL/UEL.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi fundamentada nas normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Os participantes receberam informações detalhadas dos objetivos, métodos, benefícios, riscos e importância dessa pesquisa, sendo também esclarecido de que poderiam retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum tipo de constrangimento ou coerção.

A investigação obedeceu aos critérios estabelecidos pela resolução descrita no parágrafo anterior. Como recomendam esses critérios, foram adotados os seguintes passos: solicitação para a realização da pesquisa na instituição e após o aceite, a solicitação da aprovação do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do referido hospital (Anexo A), juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os especialistas do estudo piloto (Apêndice A) e aos enfermeiros (Apêndice B).

Este estudo foi aprovado pelo CEP, em reunião, na data de 26 de outubro de 2011, conforme folha de rosto n°. 443992 e CAAE n°. 0184.0.268.268-11 e parecer CEP/UEL n°. 213/2011.

4.5 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo foi composta pelos enfermeiros lotados na Diretoria de Enfermagem (DE) do HUL, nas unidades de internação e pronto-socorro para adulto. A opção por desenvolver o estudo somente com enfermeiros e não com toda a equipe de enfermagem justifica-se pelo fato de que o enfermeiro apresenta-se como principal articulador da assistência à saúde dentro da equipe na qual está inserido.

4.5.1 Critérios de Inclusão

Foram definidos como critérios de inclusão no estudo: enfermeiros estatutários ou em regime de contrato especial (CRES) que consentiram por escrito em participarem da pesquisa, lotados na DE do hospital escola, no período diurno (07h00 as 19h00), período este onde o Time de Resposta Rápida desenvolve suas atividades, atuação mínima junto ao serviço/unidade por período igual ou superior a três meses, por inferir que este tempo permite certa familiarização do profissional com a dinâmica de funcionamento da unidade e a adaptação da equipe que atuará junto ao TRR.

Para a realização da elaboração e ajuste do questionário denominado estudo piloto foram convidados dez enfermeiros da instituição com experiência prévia nos setores de urgência/emergência e UTI adulto e de queimados, independente do horário de trabalho e cinco docentes do CCS da UEL.

4.5.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da coleta de dados os enfermeiros que não aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e das seguintes unidades: centro-cirúrgico, materno-infantil, centro de tratamento de queimados e unidades de terapia intensiva neonatal, pediátrica e adulta, pois o TRR não realiza atendimento ao paciente das unidades supracitadas até a data final desta pesquisa.

4.5.3 Variáveis do Estudo

Segundo Marconi e Lakatos (2007), variáveis são os aspectos observáveis de um fenômeno. Para Gil (2010), variável refere-se a tudo aquilo que pode assumir diferentes valores ou diferentes aspectos, segundo os casos particulares ou as circunstâncias.

As variáveis estudadas nesta pesquisa foram:

- 1) Variáveis sociodemográficas para caracterizar o perfil dos participantes quanto à idade e gênero.
- 2) Variáveis ocupacionais que permitiram traçar o perfil funcional dos participantes, como: tempo de atuação profissional na instituição, campo de atuação profissional (hospital e/ou acadêmica) e unidade de atuação hospitalar.
- 3) Variáveis do questionário construído para identificar a percepção dos enfermeiros sobre o time de resposta rápida nas dimensões de estrutura, processo e resultados deste serviço (Apêndice C).

4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Na avaliação da qualidade em saúde, um dos referenciais, amplamente empregado pelos pesquisadores da área de saúde e órgãos governamentais, utilizam-se do modelo proposto por Avedis Donabedian, que contempla a análise dos indicadores estrutura-processo-resultado.

Para este autor, o indicador estrutura corresponde às características relativamente estáveis das instituições: área física, recursos humanos, materiais e financeiros, bem como o modelo organizacional. O processo refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas na produção em geral, e no setor saúde, nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários dos serviços - desde a busca de assistência até o diagnóstico e o tratamento. Finalmente, o indicador resultado diz respeito às características dos produtos ou serviços, cuja qualidade se traduz nos efeitos na saúde do cliente e da população.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário denominado – **Questionário para Avaliação da Qualidade no Atendimento do Time de Resposta Rápida (TRR) em Hospital Universitário Público** (Apêndice C), que compreendeu três partes.

Na Parte 1, constavam os itens relacionados à caracterização dos enfermeiros do TRR.

Na Parte 2, constava o roteiro fundamentado no modelo conceitual de Donabedian (2003), sendo um total de 37 enunciados, divididos em três indicadores: estrutura (oito enunciados), processo (20 enunciados) e resultado (nove enunciados). Para todos os enunciados da segunda parte do questionário existiam três possibilidades de respostas: sim, não ou não se aplica, sendo que somente uma possibilidade foi marcada para cada enunciado observado. Justifica-se a utilização do método pelos pesquisadores para que a medição seja fiel à opinião do respondente, evitando assim a variação de resposta de concordo/discordo, parcialmente, ou, totalmente, frente à característica do resgate da opinião dos enfermeiros que estão inseridos em um serviço que almeja a excelência no cuidado prestado ao paciente em estado crítico.

Na Parte 3 do questionário, constavam três colunas em branco para descrição das potencialidades, fragilidades e sugestões na percepção do enfermeiro sobre o atendimento do TRR.

Os dados coletados foram digitados e armazenados em banco de dados, formato *Microsoft Excel* versão 2007. Para análise, adotou-se o Índice de Positividade (IP) que consiste em identificar, para cada item do instrumento, o tipo de resposta observada (afirmativa, negativa ou não se aplica).

Para a estruturação deste questionário foram atendidos algumas das condições básicas recomendadas: as afirmações devem emergir do consciente coletivo daqueles que trabalham na organização; o questionário deve atender padrões adequados de consistência interna, confiabilidade e validade de conceito (CODA, 1997).

A primeira condição foi que os itens de avaliação do instrumento fossem captadas por meio das opiniões dos enfermeiros da instituição. Outra fonte para obtenção de argumentos foi a literatura, que contribuiu de modo mais conceitual. Foram incluídas, ainda, algumas afirmações que traduzem nossas preocupações e experiência enquanto pesquisadores.

Para atendimento da segunda condição houve a realização de um estudo piloto com enfermeiros que não participaram da amostra do estudo. O objetivo foi a verificação dos conteúdos do questionário frente à representatividade ao universo teórico que se pretendeu medir, numa amostra que produz reação na mensuração com o máximo de objetividade, para evitar assim possíveis erros que possam ser cometidos durante a utilização do teste, pois é impossível atingir integralmente o universo teórico (PASQUALI, 2009).

4.6.1 Elaboração do Instrumento e Validação pela Técnica Delphi

O pesquisador utilizou a técnica Delphi e foram considerados como aprovados os enunciados que obtiveram índice de concordância nas respostas do grupo de especialistas maior ou igual a 80%.

A técnica Delphi é uma ferramenta de pesquisa que busca um consenso de opiniões de um grupo a respeito de um problema complexo. Os procedimentos para sua aplicação incluem a circulação dos questionários interativos, repetidas várias vezes, por um grupo de especialistas (WRIGT, GIOVINAZZO, 2000). Esta dinâmica confere ao instrumento avaliado uma consolidação do julgamento intuitivo do grupo de especialistas, sem necessidade de um painel de discussões (PHILIPS, 2000).

O uso da técnica Delphi destina-se a situações de escassez de dados, carência de dados históricos, necessidade de abordagem interdisciplinar ou para o estímulo de criação de novas ideias. Também visa a prospecção de tendências futuras sobre o objeto em estudo e até mesmo no sentido de extrair as perspectivas estruturais de um determinado assunto (WRIGHT; GIOVANAZZO, 2000).

As vantagens da utilização da técnica Delphi são: a eliminação da influência direta entre pessoas, a possibilidade de acesso a pessoas geograficamente distantes, a produção de grande quantidade de ideias de alta qualidade e especificidade, a possibilidade da reflexão individual e coletiva sobre determinado assunto, sem as desvantagens que as reuniões presenciais, geralmente, apresentam, tais como o predomínio de algumas opiniões em detrimento das demais, a integração e sinergia de ideias entre os especialistas, o fato de agregar conhecimento especializado ao processo, além de ser técnica de baixo custo de operacionalização (SINHA; SMYTH; WILLIAMSON, 2011).

Como desvantagens há a dificuldade na identificação dos conhecedores do assunto a ser estudado, e, conseqüentemente, fica difícil encontrar pessoas que irão compor o painel, além de problemas relativos ao retorno de questionários, com a abstenção de percentual de participantes, ou seja, da totalidade dos questionários enviados aos participantes do painel Delphi, alguns não são devolvidos preenchidos, havendo perda de participantes (CARDOSO et al., 2005).

Estudos científicos com a utilização da técnica Delphi destacam que há a necessidade de caracterizar os participantes do painel (quanto à idade, sexo, formação, tempo de experiência, dentre outros quesitos), desse modo, solicitou aos participantes o

preenchimento da caracterização em todas as etapas do estudo, favorecendo a descrição da amostra por etapa, em virtude da possibilidade de perdas de participantes entre as etapas.

A operacionalização da técnica Delphi no estudo foi aplicada a dois grupos de especialistas na área em estudo, no mês de março de 2012. A entrega do questionário foi acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para realização do estudo piloto, com o objetivo de esclarecimento das atividades aos participantes.

Na primeira etapa de opiniões, o questionário foi enviado ao painel de especialistas enfermeiros que apresentavam o domínio da temática do paciente crítico e por demonstrarem experiência pessoal e profissional em questões referentes ao assunto investigado. A partir de seu retorno, as respostas foram tabuladas e todos os comentários nos enunciados e sugestões foram ordenados dentro das três categorias propostas.

Segundo Castro e Rezende (2009) é função do pesquisador estabelecer o nível de consenso a ser definido em seu estudo, não havendo uma regra determinada para estabelecê-lo, entretanto os valores do nível de consenso devem estar entre 50% e 80% após os dados receberem o tratamento estatístico adequado entre os grupos de especialistas.

As questões que não obtiveram o consenso estipulado pelo pesquisador de igual ou acima de 80% foram enviadas à segunda etapa do painel de especialistas docentes da área da saúde que integravam o quadro de programas de pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

Na primeira etapa foi entregue a proposta do questionário inicial aos especialistas enfermeiros, índices de concordância dos enunciados abaixo do padronizado sofreram reformulações quanto à ideia e/ou estrutura. Foram adaptadas após análise do grupo de enfermeiros as seguintes mudanças: adição de cinco enunciados, sendo um na categoria estrutura e cinco enunciados na categoria processo e a retirada de um enunciado da categoria resultado. Totalizou-se ao final da primeira etapa 37 enunciados ante 32 da proposta inicial.

A segunda etapa foi a distribuição do instrumento após reformulações dos enunciados pelo grupo de enfermeiros aos docentes. Ao término da segunda etapa não houve adição ou retirada de enunciados pelo grupo de docentes, sendo obtido o consenso de concordância final no estudo piloto com índices para estrutura de 91%, processo 98% e resultado 95%. Optou-se trabalhar com grupos heterogêneos de profissionais para aumentar o rigor da avaliação, onde foi possível constatar índices satisfatórios para consolidação do instrumento.

4.7 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário, contendo questões fechadas, com escala de índice de positividade e uma questão em aberto (Apêndice C), durante os meses de abril e maio de 2012.

4.7.1 Índice de Positividade

Poucos são os estudos direcionados à avaliação da qualidade nos serviços de saúde e, conseqüentemente, à definição de parâmetros de acertos/positividade que caracteriza um desempenho de qualidade. Para análise, adotou-se o Índice de Positividade (IP) que consiste em identificar, para cada item do instrumento, o tipo de resposta observada (afirmativa, negativa ou não se aplica).

Em pesquisa desenvolvida sob financiamento do Ministério da Saúde (MS), com o intuito de medir a qualidade do desempenho de trabalhadores de enfermagem, nas técnicas de inalação, punção venosa para aplicação de medicamento e medicação intramuscular, foi definido como satisfatório aquele desempenho, cujo escore mediano global fosse igual ou superior a 70% de acertos, para cada técnica (PEDUZZI et al., 2006).

Torres, Andrade e Santos (2005), analisando o desempenho dos trabalhadores de enfermagem na punção venosa periférica, verificaram que no desempenho global dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem a media de acerto foi de 78%.

Nonino, Anselmi e Dalmas (2006) ao analisarem a qualidade da execução do procedimento curativo, desenvolvido em pacientes internados em uma unidade médico-cirúrgica de um hospital universitário, no Estado do Paraná, adotaram em seu estudo índices de positividade satisfatórios iguais ou maiores que 70%.

Seguindo os passos dos autores anteriormente mencionados, foi aplicada a equação abaixo e obteve-se o percentual de positividade para cada categoria (conjunto de itens) do instrumento. Foi adotado índice de positividade para este estudo de igual ou maior a 80%.

$$\text{Índice de Positividade (IP)} = \left(\frac{ra}{ra + rn} \right) \cdot 100$$

onde: *ra* - respostas afirmativas e *rn* - respostas negativas. Na situação que o profissional não estava exposto a condição observada (não se aplica), a resposta foi desconsiderada da análise.

4.8 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

O período de coleta de dados foi iniciado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina, sendo realizado em dois períodos. O primeiro período ocorreu em março de 2012 e contou com a elaboração da construção do questionário, denominado estudo piloto, junto aos docentes do Centro de Ciências da Saúde e aos enfermeiros da Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário de Londrina que não participaram da amostra do estudo e que não atuam junto ao TRR até a data final deste estudo.

O segundo período de coleta de dados ocorreu após a reelaboração do questionário com contribuições dos docentes e enfermeiros, sendo realizado nos meses de abril e maio de 2012 e constituiu-se da entrega dos questionários pelo pesquisador nas duas unidades de estudo (unidades de internação médico-cirúrgica e pronto-socorro), durante o horário de trabalho dos enfermeiros e que foram recolhidos pelo mesmo no prazo máximo de dez dias.

4.9 ANÁLISE DE DADOS

Os dados dos questionários foram armazenados com o auxílio do programa *Microsoft Office Excel* versão 2007. As variáveis classificatórias foram descritas de acordo com as frequências relativas (%) do índice de positividade em ordem decrescente. Foi utilizado o teste de significância para igualdade entre duas proporções (MORETTIN, 2010), das duas unidades em estudo (pronto-socorro e unidades de internação, quanto a dimensões de estrutura, processo e resultado, analisando o valor de *p*).

*RESULTADOS E
DISCUSSÃO*

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando melhor organização e posterior publicação dos dados, os resultados foram apresentados na forma de três artigos. Cada um dos artigos correspondeu aos objetivos específicos propostos no estudo, e são listados a seguir:

Artigo 1

“Instrumento para Avaliação da Qualidade do Time de Resposta Rápida em Hospital Universitário Público”, atinge ao segundo objetivo específico da dissertação e será encaminhado para publicação à **Revista Brasileira de Enfermagem** (Anexo B).

Categoria: Pesquisa.

Qualis Área de Enfermagem: A2 (atualizado em 2012).

Fonte: <<http://qualis.capes.gov.br/webqualis/ConsultaPeriodicos.faces>>.

Artigo 2

“Avaliação da Qualidade do Time de Resposta Rápida em Hospital Universitário: visão dos enfermeiros”, atinge ao primeiro e segundo objetivos específicos da dissertação e será encaminhado à **Revista Latino Americana de Enfermagem** (Anexo C).

Categoria: Artigo original.

Qualis Área de Enfermagem: A1 (atualizado em 2012).

Fonte: <<http://qualis.capes.gov.br/webqualis/ConsultaPeriodicos.faces>>.

Artigo 3

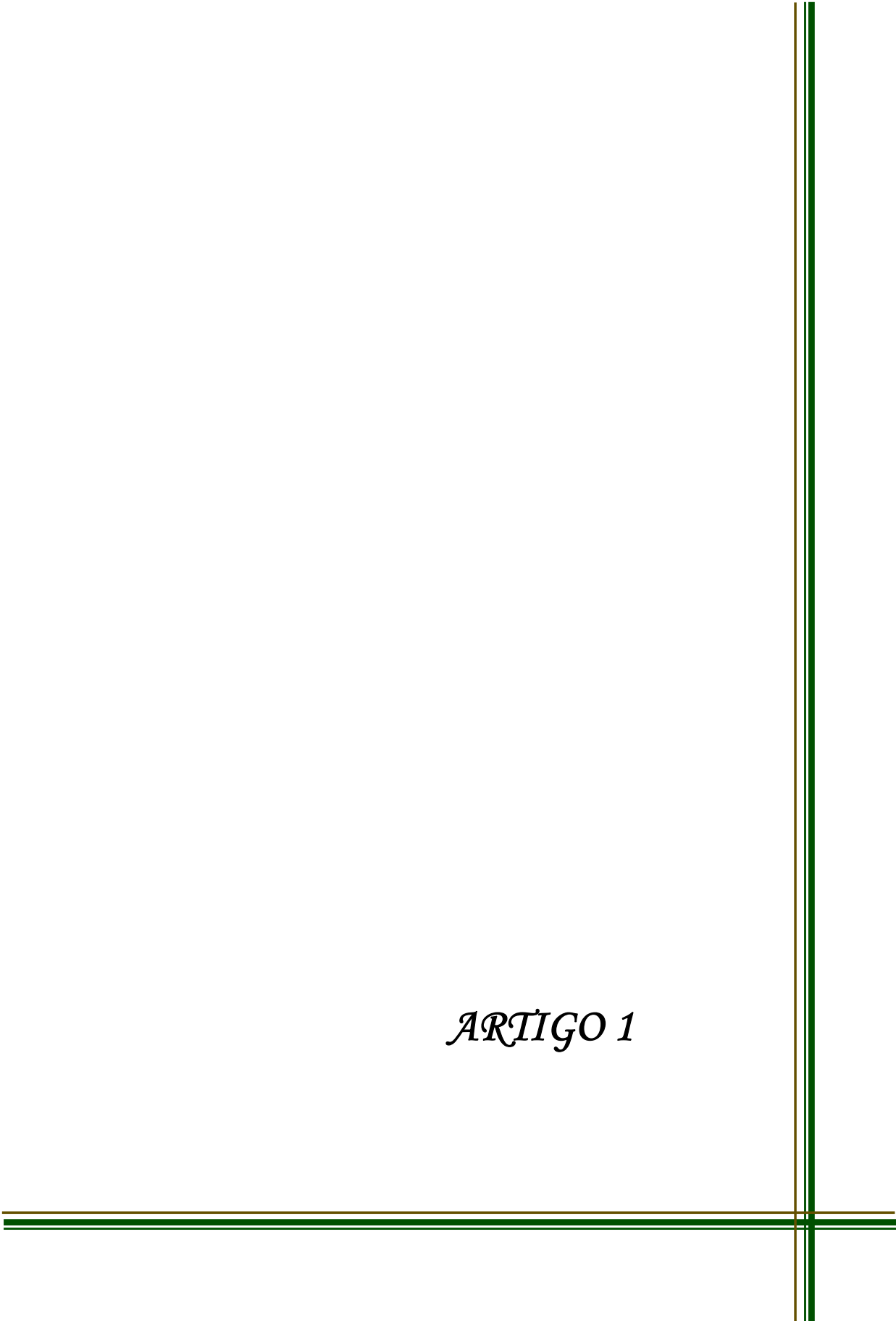
“Potencialidades, fragilidades e sugestões de um Time de Resposta Rápida na percepção dos enfermeiros de um hospital universitário”, atinge ao primeiro, terceiro e quarto objetivos específicos da dissertação e será encaminhado à **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo** (Anexo D).

Categoria: Artigo original.

Qualis Área de Enfermagem: A2 (atualizado em 2012).

Fonte: <<http://qualis.capes.gov.br/webqualis/ConsultaPeriodicos.faces>>.

ARTIGO 1



5.1 ARTIGO 1

**Instrumento para Avaliação da Qualidade do Time de Resposta Rápida em Hospital
Universitário Público¹****Instrument to Assess the Quality of a Rapid Response Team in a Public University
Hospital****Instrumento de Evaluación de la Calidad del Equipo de Respuesta Rápida en un
Hospital Universitario Público**

Alexsandro Oliveira Dias²; Maria do Carmo Lourenço Haddad³;

Eleine Aparecida Penha Martins⁴

Resumo: O artigo descreve a construção de um questionário para avaliação da qualidade do atendimento de um Time de Resposta Rápida, em Hospital Universitário de Londrina-PR, utilizando o conceito fundamentado na tríade de Donabedian (estrutura-processo-resultado). A coleta de dados ocorreu no mês de março de 2012 e o processo de adequação do questionário foi desenvolvido com a aplicação da Técnica Delphi com a participação de 15 especialistas. Ao término do estudo obteve-se um questionário com 37 enunciados, sendo alcançado índice de concordância final na pesquisa com valores superiores a 80% para todos os conceitos. Espera-se que as contribuições do grupo de especialistas tornem o instrumento confiável e seja aplicado em outros serviços semelhantes. Aplicações futuras deste instrumento poderão trazer subsídios para melhor avaliação da qualidade dos serviços de equipes de resposta rápida.

Palavras-chave: Equipe hospitalar de resposta rápida. Qualidade. Questionário. Hospital Universitário. Enfermagem.

Abstract: This paper describes the construction of a questionnaire to assess the quality of assistance delivered by a Rapid Response Team at a university hospital in Londrina-PR, considering Donabedian's triad concept (structure-process-result). Data was collected in March 2012 and the adjustment of the final questionnaire was conducted by Delphi technique analysis with fifteen experts. At the end of the study the questionnaire contained 37 sentences, achieving final compliance level higher than 80% in all concepts. We expect that the

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Time de Resposta Rápida: a qualidade do atendimento na percepção de enfermeiros de hospital universitário público" apresentada ao Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina-Paraná, 2013.

² Chefe de seção do Pronto-Socorro do Hospital Universitário de Londrina-PR, Mestre pelo Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), e-mail: alexuel@bol.com.br;

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL, e-mail: carmohaddad@gmail.com;

⁴ Doutora em Enfermagem. Orientadora e Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL, e-mail: eleinemartins@gmail.com.

contributions from the experts produce a more reliable questionnaire to be applied in other institutions. Further use of this instrument may produce output to improve assessment of quality of assistance by rapid response team.

Keywords: Hospital rapid response team. Quality. Instrument. University Hospital. Nursing.

Resumen: El artículo describe la construcción de un cuestionario para la evaluación de la calidad de la atención de un Equipo de Respuesta Rápida en un Hospital Universitario de Londrina, Paraná, basado en el concepto de la tríada de Donabedian (estructura-proceso-resultado). La recolección de datos ocurrió durante el mes de marzo de 2012 y el proceso de idoneidad del cuestionario fue desarrollado por medio de la Técnica Delphi con la participación de 15 especialistas. Al término del estudio se obtuvo un cuestionario con 37 enunciados, alcanzándose el índice de concordancia final en la investigación con valores superiores al 80% para todos los conceptos. Se espera que las contribuciones del grupo de especialistas afiancen la confianza en el instrumento y sea utilizado en otros servicios semejantes. Las aplicaciones futuras podrán traer subsidios para evaluar mejor la calidad de los servicios de los equipos de respuesta rápida.

Descritores: Equipo hospitalario de respuesta rápida. Calidad. Cuestionario. Hospital Universitario. Enfermería.

Introdução

No Brasil ocorre um crescimento do número de Time de Resposta Rápida (TRR) em hospitais terciários, pois garantir a segurança do paciente internado é hoje um dos principais desafios da gestão da qualidade na área da saúde ⁽¹⁾. O TRR teve início na Austrália em 1991 e consiste em uma equipe multidisciplinar com abordagem no tratamento intensivo do paciente com sinais de agravamento clínico na unidade de internação, por meio de códigos estabelecidos para acionar o serviço. É projetado para fornecer, em tempo hábil, os recursos adequados e necessários para evitar ou reduzir a probabilidade de uma piora do quadro clínico ou risco de morte iminente para o paciente ⁽²⁾.

A saúde tem a extrema necessidade de buscar constantemente a excelência em suas atividades, pois um erro não resulta apenas em prejuízo, já que pode acarretar na perda de vidas. Nesse sentido, junto do desejo de melhoria contínua nos serviços, as organizações de saúde estão cada vez mais preocupadas com a qualidade em suas estruturas e processos ⁽³⁾.

Assim, os serviços de saúde iniciaram o engajamento no movimento pela qualidade já existente em outras áreas de atuação. Avedis Donabedian absorveu da teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado adaptando-os ao atendimento hospitalar, que se tornaram um clássico nos estudos de qualidade em saúde ⁽⁴⁾.

O indicador estrutura corresponde à forma como a organização se apresenta em relação aos recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos, normas, rotinas, sistema de valores e expectativas. São as características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial. O processo relaciona-se à maneira como a assistência está sendo prestada aos clientes, segundo padrões técnico-científicos estabelecidos e aceitos cientificamente e o resultado, por sua vez, corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelos profissionais envolvidos ⁽⁵⁾.

Embora exista uma série de dificuldades para avaliar a qualidade na área da saúde há uma unanimidade entre os gestores de que é necessário escolher sistemas de avaliação e indicadores de desempenho institucionais adequados para apoiar a administração dos serviços e propiciar a tomada de decisão com o menor grau de incerteza possível ⁽⁶⁾.

O movimento pela qualidade nos serviços de saúde é hoje uma necessidade incorporada à gestão entre diversas áreas inter-relacionadas, a fim de assegurar a assistência livre de riscos ao usuário. A concentração de esforços em direção aos objetivos propostos leva à melhoria contínua desta assistência, com necessidades e implicações na conscientização de toda a equipe quanto à sua importância e ao valor de suas ações. Dessa forma, comprometimento, cooperação, dedicação e aprimoramento contínuos na área da saúde deverão conduzir aos resultados desejados para o paciente e para os profissionais ⁽⁵⁾.

A qualidade em saúde tornou-se um imperativo, e é a marca da modernidade, porém, para que seja alcançada é preciso que ocorra a sistematização de todas as suas práticas e processos. O uso de instrumentos de medida na busca pela melhoria dos indicadores para o alcance da alta produtividade, humanização e baixo custo podem fornecer indicações práticas e válidas sobre o nível de qualidade da assistência prestada, e acrescentam que o desenvolvimento e aplicação de métodos contínuos para avaliação da qualidade dos serviços prestados à saúde é uma prioridade de pesquisa ^(3,7).

Em virtude da escassez de um instrumento específico para avaliação da qualidade de um serviço denominado Time de Resposta Rápida (TRR), cujo objetivo é o atendimento imediato do paciente que se torna crítico na unidade de internação, ou seja, ambiente externo à unidade de terapia intensiva ⁽⁸⁾, os autores realizaram uma proposta de questionário para avaliação deste serviço na percepção de enfermeiros.

Diante dos fatos apresentados, o objetivo da pesquisa é elaborar um instrumento para avaliação da qualidade dos aspectos inerentes a percepção do enfermeiro quanto à estrutura, ao processo e ao resultado, dos serviços prestados pelo Time de Resposta Rápida em um Hospital Universitário Público.

Método

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no Hospital Universitário de Londrina-PR (HUL), órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Foram convidados para atuarem como avaliadores do questionário 15 profissionais, sendo dez enfermeiros e cinco docentes da área da saúde. Para a seleção da amostra de enfermeiros foram utilizados os seguintes critérios: ter nível relevante de experiência profissional de no mínimo cinco anos na área de enfermagem clínica e/ou cirúrgica ou ainda, no cuidado ao paciente crítico adulto; atuar junto a instituição de saúde vinculado ao estudo e consentir na participação da pesquisa. Para a seleção da amostra de docentes foram utilizados os seguintes critérios: atuar há mais de cinco anos nos cursos de graduação em medicina, enfermagem ou fisioterapia do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UEL; estar inserido em programas de pós-graduação *stricto sensu* e consentir na participação do estudo.

O período de coleta de dados ocorreu no mês de março de 2012, sendo divididos em duas etapas. Na primeira etapa foi entregue a proposta do questionário inicial aos enfermeiros e a segunda etapa constituiu na distribuição do questionário após reformulações dos enunciados sugerido pelo grupo de enfermeiros aos especialistas docentes. O questionário foi acompanhado de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido esclarecendo sobre os objetivos da pesquisa, bem como as atividades solicitadas.

O questionário inicial foi composto por três partes. A primeira parte constava de itens referentes à identificação, área de atuação e qualificação profissional dos especialistas. A segunda parte constava do roteiro fundamentado no modelo conceitual de Donabedian com questões sobre a percepção do entrevistado a respeito de indicadores de estrutura, processo e resultado. O indicador estrutura corresponde aos recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos, normas, rotinas, sistema de valores e expectativas, o processo relaciona-se as percepções dos enfermeiros de como a assistência está sendo prestada aos usuários do serviço de saúde, segundo padrões técnico-científicos estabelecidos e aceitos cientificamente e o resultado corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelos profissionais envolvidos ⁽⁴⁾.

O objetivo do questionário foi contemplar as dimensões representativas que mais impactam no atendimento de um Time de Resposta Rápida. As atividades desenvolvidas pelo TRR descritas na literatura e vivência do pesquisador no serviço de urgência/emergência da instituição em estudo subsidiaram a elaboração dos enunciados em cada indicador.

A proposta do questionário inicial contou com oito proposições na dimensão estrutura, 15 em processo e nove proposições em resultado, totalizando 32 enunciados. Foi solicitado ao especialista responder se cada enunciado avaliaria uma característica ou dimensão do indicador pesquisado. A partir do momento em que o especialista julgasse não concordar com o enunciado havia um espaço para descrição de sua sugestão, bem como, um campo para construção de novos enunciados nos três indicadores.

A terceira parte do questionário constava com três colunas em branco para descrição das potencialidades, fragilidades e sugestões sobre o serviço em estudo. Os questionários foram entregues, pelo pesquisador, sendo estabelecido um prazo de dez dias para o retorno.

Foi aplicada a técnica Delphi que consiste em uma ferramenta de pesquisa que busca um consenso de opiniões de um grupo de especialistas a respeito de um problema complexo, com possibilidade de revisão das percepções individuais acerca do fenômeno estudado, com base em uma representação estatística. O procedimento para sua aplicação inclui a circulação do questionário, repetidas vezes, por um painel de especialistas. Esta dinâmica confere ao instrumento avaliado uma consolidação do julgamento intuitivo dos especialistas. Em geral com duas ou três rodadas entre grupos participantes obtém a finalidade da redução do nível de divergência, de modo que se atinja a previsão do grupo, sem que haja a necessidade de um painel de discussões ⁽⁹⁾.

Estabelecer o nível de consenso durante a técnica Delphi é tarefa reservada ao pesquisador e deve ser arbitrário e decidido antes da análise dos dados coletados. Para o estabelecimento dos resultados no índice de concordância padronizado no estudo, foram necessárias duas fases da técnica Delphi, para obtenção dos indicadores com valor de concordância igual ou maior que 80%. O questionário em sua versão final com as contribuições dos especialistas foi submetido à correção da língua portuguesa por docentes do departamento de Letras da UEL.

A inclusão dos participantes da pesquisa obedeceu a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre Diretrizes e Normas regulamentares da pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do referido hospital, conforme folha de rosto nº.

443992, CAAE n°. 0184.0.268.268-11 e parecer CEP/UEL n°. 213/2011. Com relação à autorização do sujeito da pesquisa, o mesmo foi obtido por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantida a todos a liberdade de participarem ou não e de desistirem no momento que desejassem. Foram assegurados o sigilo dos dados e o anonimato na identificação.

Resultados

A maioria da amostra foi composta por especialistas do sexo feminino (93,33%), a faixa etária variou de 31 a 60 anos, observou-se que os enfermeiros apresentaram média de idade de 44,4 anos, com desvio padrão de $\pm 5,8$ anos, enquanto os docentes apresentaram média de idade de 49,8 anos com desvio padrão de $\pm 6,3$ anos. Verificou-se que 60% do total de especialistas possuíam o título de doutor e quanto ao tempo de experiência profissional 60% da amostra apresentava entre 21 e 35 anos. O grupo apresentou índice elevado de tempo profissional e forneceu contribuições valiosas e criteriosas para a elaboração do instrumento. Entre os 15 especialistas que compuseram a amostra houve devolução de todos os questionários no prazo determinado.

Apreciação dos especialistas

A técnica Delphi foi aplicada em duas fases para se alcançar consenso sobre a estrutura e o conteúdo da segunda versão do instrumento.

Fase Delphi 1

Quanto ao indicador estrutura, dos oito enunciados avaliados pelo grupo de especialistas enfermeiros, seis (75%) sofreram reformulações quanto a ideia/estrutura e apenas dois (25%) alcançaram índice de concordância $\geq 80\%$. Foi acrescido um enunciado nesta categoria que foi submetido a avaliação posteriormente pelo segundo grupo de especialistas. A menor concordância foi encontrada no item n°.4 com percentuais de 30% e versava sobre os recursos humanos na equipe de enfermagem para prestar o cuidado ao paciente atendido pelo Time de Resposta Rápida. Os autores deste trabalho chamam a atenção que devido à implantação do serviço de resposta rápida em hospitais constituir um serviço relativamente novo no Brasil, ainda não dispõe de um dimensionamento descrito por parte dos órgãos fiscalizadores de enfermagem para quantificar o trabalho e horas necessárias para os

cuidados prestados ao paciente crítico atendido por este serviço. O percentual de concordância variou de 30% a 80% nesta dimensão.

Quanto ao indicador processo, houve 15 enunciados, dos quais 11(73,33%) alcançaram índices de concordância padronizado pelos autores, quatro (26,67%) sofreram reformulações e houve a adição de cinco novos enunciados.

Quanto ao indicador resultado, inicialmente constavam nove enunciados, dos quais três (37,50%) atingiram índices de concordância proposto, cinco (62,50%) sofreram reformulações e houve a exclusão de um enunciado por não estar em concordância com a atividade desenvolvida segundo protocolo de atendimento do Time de Resposta Rápida. O menor índice de concordância neste indicador foi o item n°.2, que abordava se o enfermeiro da unidade temia receber críticas pela equipe e/coordenação do serviço após acionar o serviço para o atendimento do paciente que não atendia aos critérios estabelecidos pelo protocolo da instituição.

Fase Delphi 2

As apreciações dos especialistas na fase 1 embasaram a adequação da segunda versão do questionário constituído de 37 enunciados ante 32 da proposta inicial. A seguir iniciou a segunda fase onde foi entregue o questionário ao grupo de especialistas docentes. Após a devolução e tabulação dos questionários houve um índice de concordância de 91% para o indicador estrutura, 98% para processo e 95% para o indicador resultado, destaca-se que nesta etapa não houve adição ou exclusão de qualquer item nos três indicadores. Valores elevados de concordância revelam que a pesquisa embasou a consolidação do questionário, excluindo a necessidade de uma terceira fase devido ao consenso ser alcançado.

Em síntese, o questionário inicial proposto pelos autores ao final da apreciação pelos especialistas enfermeiros (Grupo 1) demonstrou índices de concordância inferiores ao padronizado na pesquisa, no que referia aos indicadores estrutura e resultado. Após a avaliação pelos enfermeiros, o instrumento foi submetido a um novo grupo de especialistas (Grupo 2), pois optou-se trabalhar com grupos heterogêneos de profissionais para aumentar o rigor da avaliação, onde a obtenção dos índices ao término da técnica Delphi foi satisfatório para a consolidação do instrumento.

Ressalta-se que mesmo obtendo 84% de índice de concordância no indicador processo durante a fase Delphi 1, os autores também submeteram este indicador ao

grupo 2, onde constata-se a melhora significativa deste valor, conforme evidenciado na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos percentuais dos especialistas quanto aos índices de concordância do instrumento de avaliação da qualidade do Time de Resposta Rápida, segundo modelo conceitual de Donabedian – Estrutura, Processo e Resultado. Londrina-PR, 2013.

Especialistas	% de Concordância		
	Estrutura	Processo	Resultado
Grupo 1 – Enfermeiros (Fase 1)	65	84	62
Grupo 2 – Docentes (Fase 2)	91	98	95

Discussão

O questionário elaborado (Apêndice A), considerado em sua versão final após submissão ao painel de especialistas, obteve uma reestruturação passando a contabilizar 37 enunciados, assim divididos: nove proposições em estrutura, vinte em processo e oito em resultado.

Ao conduzir a análise de conteúdo, o questionário sofreu ajustes significativos, quanto à clareza do enunciado, pertinência e organização das proposições. Ao término do tratamento estatístico obtiveram-se índices de concordância nas três dimensões que variaram entre 91% a 98%, valores estes superiores ao que se padroniza a literatura científica onde deve haver variações finais entre 50% a 80% ⁽⁹⁾, o que demonstra que o questionário pode ser utilizado medindo com acurácia aquilo que se propôs.

De fato, valores desta ordem de grandeza são considerados altamente satisfatórios para os fins a que estas escalas se destinam. Assim, é previsível que, em contextos institucionais com características semelhantes ao cenário do estudo, o instrumento possa ser utilizado para o levantamento das tendências de qualidade no serviço de saúde.

A apreciação por um painel de especialistas torna o instrumento passível de adições e/ou extrações de enunciados em sua elaboração. O indicador estrutura obteve índice na fase Delphi 1 de apenas 65% e 91% na fase 2, sendo acrescido de uma proposição, totalizando nove enunciados. Em pesquisa realizada com 32 farmacêuticos da rede pública da macro e microrregião de Fortaleza-CE, com a finalidade de obter os indicadores adequados à

realidade local para avaliação da assistência farmacêutica onde se utilizou a trilogia de Donabedian e a técnica de consenso Delphi, apontou que houve um aumento de sete indicadores na dimensão estrutura após o término da aplicação da técnica Delphi, totalizado 40 itens⁽¹⁰⁾.

O indicador processo foi o único da tríade a obter o valor de consenso acima do padronizado pela pesquisa e também o maior número de adições de enunciados ao final do método de consenso, de 15 para 20 itens. Em estudo realizado sobre a construção de indicadores da qualidade do cuidado prestado pela enfermagem na prevenção de eventos adversos em uma unidade médico-cirúrgica, com o uso da técnica Delphi, encontrou resultados semelhantes aos propostos nesta pesquisa, onde houve a ampliação de 32 para 49 itens de verificação quanto à qualidade do cuidado de enfermagem⁽¹¹⁾.

Em pesquisa realizada para validação dos cuidados prescritos por enfermeiros aos pacientes ortopédicos em um hospital da região sul do país, os autores relataram que a técnica Delphi demonstrou ser adequada à proposta de estudo, economicamente viável e possibilitou a participação de profissionais altamente qualificados em uma temática na qual a pesquisa é ainda incipiente⁽¹²⁾.

Vale ressaltar ainda dentro do tema de elaboração de instrumento para avaliação da qualidade de serviços de saúde, outro estudo que relata a construção de um instrumento para mensuração de atitudes dos enfermeiros que realizam avaliações de desempenho profissional, em um Hospital Universitário na cidade de São Paulo, em que os autores afirmam que a finalidade do emprego da construção do instrumento assegura clareza dos enunciados e ao trabalhar com escalas os pesquisadores devem preocupar-se de como empregá-las bem, pois uma escala confiável deve produzir resultados consistentes e coerentes, proporcionando um diagnóstico local do estudo, além de trazer à tona vários novos questionamentos⁽¹³⁾.

O pesquisador ao submeter à aplicação do instrumento ao objeto de investigação deve estar atento à confiabilidade e estabilidade do mesmo e demonstrar que se aplicado novamente à mesma população, apresentará os mesmos resultados, como uma balança, apontando o mesmo peso em mensurações diferentes de um mesmo objeto.

Para o indicador resultado, verifica-se que foi o item que melhor pontuou após a aplicação da técnica Delphi, com valor do índice de concordância variando de 62% para 95% ao final da análise.

Em estudo realizado em São José do Rio Preto-SP, houve a necessidade de reelaborar um instrumento de classificação de pacientes quanto aos cuidados individualizados

ao cliente adulto, pois na fase inicial de elaboração do mesmo o instrumento parecia não retratar a complexidade do paciente. Assim houve a necessidade da reaplicação da técnica Delphi em três fases para posterior aplicação do instrumento, no intuito de demonstrar os resultados de classificação de pacientes, quanto aos conteúdos das áreas de cuidados na nova proposta do instrumento⁽¹⁴⁾.

Estudo realizado no campo da técnico vigilância hospitalar, para a construção de instrumento para a avaliação de produto médico-hospitalar por meio da técnica Delphi, baseou-se na necessidade de se obter um modelo validado para amplo uso nas instituições de saúde e que fosse capaz de subsidiar uma das etapas de aquisição desse produto. O instrumento desenvolvido na pesquisa foi adequado para avaliar o produto e trouxe a possibilidade de aplicar a metodologia na avaliação de outros produtos médico-hospitalares contribuindo para a qualificação e a segurança na utilização. A autora enfatiza a importância da criação de instrumento que possam validar esse processo, de forma a verificar precocemente as necessidades de adaptação ou reformulação, de acordo com diferentes realidades que dele se utilizam⁽¹⁵⁾.

Faz-se importante mencionar as limitações deste estudo, entre elas a não inclusão de indicador relativo ao aspecto interativo entre o Time de Resposta Rápida e o paciente na dimensão resultado. Realmente, este é um aspecto extremamente importante, porém, não foi vislumbrado no desenvolvimento deste estudo em razão de que em diversos cenários o paciente encontra-se com seu quadro clínico agravado, por muitas vezes permanecer em ventilação mecânica, com estado neurológico alterado ou apresentando outros sinais e sintomas que o tornava impossibilitado de avaliar sua percepção sobre o serviço que tem como objetivo atender o cliente no estado de urgência clínica ou instabilidade hemodinâmica.

Considerações Finais

Em se tratando de pesquisas avaliativas, a utilidade de criar um instrumento com enunciados referentes à percepção dos enfermeiros sobre a avaliação da estrutura, processo e resultado é sempre um assunto de relevância. Sendo assim, pretendemos contribuir com uma proposta de questionário para a avaliação subjetiva do serviço e, com os resultados, subsidiar a tomada de decisões para o melhor benefício das práticas nas instituições hospitalares. Elaborar um questionário simplificado, objetivo e direcionado às necessidades mais urgentes de intervenção possibilita instrumentalizar os gerentes em razão de que os

resultados encontrados funcionam como marcadores da qualidade, os quais subsidiam a elaboração e reajuste de metas na busca pela melhor qualidade possível.

Esperamos que compartilhar esta experiência estimule outros grupos de investigação a conduzirem a testar suas próprias inovações que venham a contribuir para uma ciência viva e criativa. Cabe destacar, porém, que investigações desta natureza podem requerer outras complementações teóricas, bem como fundamentar discussões que incitem o seu aprimoramento e a submissão a validação do mesmo, pois os instrumentos de avaliação muitas vezes não esgotam todo o arcabouço conceitual subjacente às questões envolvidas na área de qualidade dos serviços de saúde.

Referências

1. Laurinavicius AG, Peterlini F. Divulgação do time de resposta rápida como ferramenta para a qualidade: impactos sobre a morbi-mortalidade. [internet] In: Anais IX Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde, São Paulo, 2009[cited on 2012 maio 20]:325-26. Available from: <<http://www.iqg.com.br/docs/01283530490.pdf>>.
2. Chan PS, Khalid A, Longmore LS, Berg RA, Kosiborod M, Spertus JA. Hospital-wide code rates and mortality before and after implementation of a rapid response team. Author Affiliations:JAMA[internet], Chicago, 2008[cited on 2012 maio 20];300(21):2506-13. Available form: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19050194>>.
3. Gutierrez, N. A qualidade nos serviços de saúde. Banas digital, São Paulo; n. 193, jun. 2008.
4. Donabedian A. Formulating criteria and standards. In: Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University; 2003. p. 60-73.
5. D’Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm.[internet], Brasília, 2006[citado em 2012 maio 20];59(1):84-8. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>.
6. Junior AE, Malik AM. Gestão pública em saúde. Gestão & Saúde, Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. abr. 2007;2(3):5-11.
7. Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Rev. Adm. Saúde, São Paulo, 2008;10(40):87-93.
8. Richmond R. Rapid response teams. Health Policy Newsletter[internet], 2008[cited on 2012 maio 20];21(2): June. Available from: <<http://jdc.jefferson.edu/hpn/vol21/iss2/3/>>.
9. Castro AV, Rezende M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. REME Rev Min Enferm., Belo Horizonte, 2009;13(3):429-34.

10. Correia ARF, Mota DM, Arrais PSD, Monteiro MP, Coelho HLL. Definição de indicadores para avaliação da assistência farmacêutica na rede pública de Fortaleza-Ceará. *Lat Am J Pharm* [internet], Buenos Aires, 2009[citado em 2012 maio 20];28(3):366-74. Disponível em: <<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/7771>>.
11. Vituri DW, Matsuda LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm. USP* [internet], São Paulo, 2009[citado em 2012 maio 20];43(2):429-37. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a24v43n2.pdf>>.
12. Almeida MA, Pergher AK, Canto DF. Validação do mapeamento de cuidados prescritos para pacientes ortopédicos à classificação das intervenções de enfermagem. *Rev Latino Am Enferm.*[internet], Ribeirão Preto, 2010[citado em 2012 maio 20];18(1):8 telas, jan.-fev. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_18.pdf>.
13. Gonçalves VLM, Leite MMJ. Instrumento para mensuração de atitudes frente ao processo de avaliação de desempenho. *Rev Bras Enferm.*[internet], Brasília, 2005[citado em 2012 maio 20];58(5):563-7 set./out. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a12v58n5.pdf>>.
14. Perroca MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo de nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. *Rev Latino Am Enferm.*[internet], Ribeirão Preto, 2010[citado em 2012 maio 20];19(1)58-66, jan./fev. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_09.pdf>.
15. Kuwabara CCT, Évora YDM, Oliveira MMB. Gerenciamento de risco em técnico vigilância: construção e validação de um instrumento de produto médico hospitalar. *Rev Latino Am Enferm.*[internet], Ribeirão Preto, 2010[citado em 2012 maio 20];18(5): set-out. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_15.pdf>.

Apêndice A

Questionário para Avaliação da Qualidade no Atendimento do Time de Resposta Rápida em Hospital Universitário Público.

Parte 1 – Caracterização dos Enfermeiros TRR

Dados complementares

Idade: _____ (anos)

Gênero: () 1-Masculino () 2-Feminino

Escolaridade: () 1-Graduação () 2-Especialização () 3-Mestrado () 4-Doutorado

Campo de atuação profissional:

() 1-Hospitalar () 2-Academia/ensino – graduação/pós-graduação

() 3-Ambos (Hospitalar e Academia/ensino) () 4- Outro: _____

Tempo de atuação profissional no Hospital Universitário:

1-() Igual ou menor que 5 anos 2-() Entre 6 e 10 anos 3-() Entre 11 e 15 anos

4-() Entre 16 e 20 anos 5-() Entre 21 e 25 anos 6-() Entre 26 e 30 anos

7-() Mais que 31 anos

Unidade de atuação no Hospital Universitário:

() Unidades de Internação: Masculina, Tisiologia, Feminina, Infectocontagiosa

() Pronto Socorro

Parte 2 – Questionário para Avaliação da Qualidade do TRR

ESTRUTURA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
1. O enfermeiro é o principal responsável em acionar o TRR, pois se apresenta 24 horas ao lado do paciente.			
2. 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.			
3. 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.			
4. Os pacientes atendidos pelo TRR na unidade dispõem de recursos na equipe de enfermagem capacitados e em número suficiente para prestar o atendimento necessário.			
5. O carro de emergência da unidade possui os materiais e equipamento necessários, conforme protocolo adotado na instituição, para o atendimento dos pacientes pelo TRR.			
6. O manual/protocolo de rotinas sobre o TRR está disponível e tem fácil acesso na unidade.			
7. 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.			
8. Existe na instituição um local exclusivo para a realização de reuniões técnicas ou de pesquisa do TRR.			
9. Faz-se necessário escalar na instituição um enfermeiro exclusivo para atuação junto ao TRR.			
PROCESSO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
1. A decisão em acionar o TRR depende exclusivamente dos sinais de deterioração clínica estabelecidos nos códigos azul e amarelo.			
2. 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.			
3. A equipe do TRR, quando solicitada, comparece em até 3 minutos para início do atendimento ao paciente em código azul.			
4. A equipe do TRR, quando solicitada, comparece em até 5 minutos para início do atendimento ao paciente em código amarelo.			
5. Durante um evento de código azul ou amarelo na unidade, ocorre facilidade em acionar/localizar o TRR na instituição.			
6. O TRR realiza visitas no período da manhã e da tarde aos pacientes em demanda reprimida na unidade.			
7. O TRR participa no estabelecimento do plano de tratamento dos pacientes críticos na unidade.			
8. 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.			
9. 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.			
10. O TRR desenvolve ações educativas, capacitando novas equipes do TRR (médicos e fisioterapeutas) para o atendimento a pacientes críticos nas unidades.			
11. O TRR desenvolve ações educativas à equipe de enfermagem nas unidades de atuação.			
12. Os dados provenientes dos atendimentos realizados pelo TRR são utilizados como indicadores de qualidade e/ou segurança nas unidades.			
13. O TRR possui grupo de pesquisa/estudo formado pela equipe do TRR e por profissionais das unidades.			
14. É fundamental o acompanhamento dos pacientes críticos em demanda reprimida pelo TRR, devido à dificuldade de transferência imediata para a Unidade de Terapia Intensiva.			
15. Ocorre uma comunicação efetiva entre o médico do TRR e o médico da clínica titular nas condutas sugeridas aos pacientes.			

16. O TRR se comunica com o enfermeiro ao realizar visita aos pacientes nas unidades.			
17. A comunicação entre membros do TRR e o enfermeiro da unidade é efetiva, clara e objetiva.			
18. Os profissionais do TRR são acessíveis para o atendimento dos códigos amarelo e azul e ou demanda reprimida.			
19. O enfermeiro da unidade acompanha o atendimento do código azul durante o período total de atendimento, juntamente com os profissionais do TRR.			
20. O enfermeiro da unidade acompanha o atendimento do código amarelo durante o período total de atendimento, juntamente com os profissionais do TRR.			
RESULTADO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
1. 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.			
2. Enquanto enfermeiro 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.			
3. 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.			
4. É fundamental implantar o atendimento do TRR no período noturno na instituição.			
5. A atuação do TRR reduz o risco de deterioração clínica dos pacientes nas unidades.			
6. A atuação do TRR reduz a taxa de mortalidade dos pacientes em código azul, amarelo ou demanda reprimida.			
7. O TRR e a equipe de enfermagem da unidade sob minha supervisão possuem um bom relacionamento interpessoal.			
8. A instituição ou o coordenador do TRR fornecem mensalmente os resultados dos atendimentos realizados nas unidades.			

Parte 3 – Considerando sua experiência na unidade com o TRR, aponte potencialidades, fragilidades e sugestões sobre o atendimento do TRR.

Potencialidades	Fragilidades	Sugestões

--	--	--



ARTIGO 2

Avaliação da Qualidade do Time de Resposta Rápida em Hospital Universitário: visão de enfermeiros

Quality Assessment of a Rapid Response Team in a University Hospital: the nurses' view

Evaluación de la Calidad del Equipo de Respuesta Rápida en un Hospital Universitario: punto de vista de los enfermeros

Alexsandro Oliveira Dias¹; Cintia Magalhães Carvalho Grion²;

Eleine Aparecida Penha Martins³

Resumo: O objetivo do estudo foi analisar a qualidade do atendimento de um Time de Resposta Rápida do Hospital Universitário de Londrina-PR, quanto à qualidade das dimensões Estrutura, Processo e Resultado na visão dos enfermeiros que vivenciam este trabalho. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo exploratório-descritiva. Os dados foram obtidos entre abril e maio de 2012, por meio de um questionário respondido por 22 enfermeiros de unidades de internação médico-cirúrgica e pronto-socorro. A análise dos dados ocorreu com os índices percentuais de positividade em relação as dimensões analisadas, sendo padronizado para esta pesquisa o índice de $\geq 80\%$. Na dimensão de estrutura o índice de positividade obtido foi de 45,96%, processo com 56,54% e resultado 69,31%. Ressalta-se que nenhuma dimensão atingiu o índice preconizado. Logo se tornou importante esta avaliação, pois permitiu analisar os pontos vulneráveis que merecem ser mensurados com as dimensões avaliadas e detectar aqueles que reforçam o atributo da qualidade na instituição de acordo com a visão dos enfermeiros.

Descritores: Qualidade. Equipe hospitalar de resposta rápida. Avaliação. Hospital Universitário. Enfermagem.

Abstract: The purpose of this study was to assess quality of assistance delivered by a Rapid Response Team in a university hospital in Londrina-PR. Quality was assessed regarding Structure, Process and Result dimensions view of nurses who experience this work. This is a quantitative, exploratory and descriptive study. Data was collected in April and May 2012 using a questionnaire answered by 22 nurses working in medical-surgical and emergency wards. Data was analyzed using percentage positivity indexes from the mentioned dimensions, which was standardized $\geq 80\%$. The structure dimension presented a positivity index of 45,96%, whereas process and results presented 56,54% and 69,31%, respectively. None of the three dimensions reached the standard index. Therefore, this assessment was important because it provided the analysis of vulnerabilities which should be measured by

¹ Enfermeiro. Chefe de seção do Pronto-Socorro do Hospital Universitário de Londrina-PR, Mestre pelo Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), e-mail: alexuel@bol.com.br.

² Médica. Doutora, Professora Assistente da Disciplina de Clínica Médica da Universidade Estadual de Londrina – UEL, email: cintiagrion@sercomtel.com.br;

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Orientadora e Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL, e-mail: eleinemartins@gmail.com.

assessing the mentioned dimensions to detect issues that reinforce quality in the studied institution according to the nurses' view.

Descriptors: Quality. Hospital rapid response team. Evaluation. University Hospital. Nursing.

Resumen: El objetivo del estudio fue analizar la calidad de la atención de un Equipo de Respuesta Rápida del Hospital Universitario de Londrina, Paraná, en cuanto a la calidad de las dimensiones Estructura, Proceso y Resultado en vista de las enfermeras que experimentan este trabajo. Se trata de una investigación cuantitativa, del tipo exploratorio-descriptiva. Los datos fueron obtenidos entre abril y mayo de 2012, por medio de un cuestionario respondido por 22 enfermeros de las unidades de internación médico-quirúrgica y de emergencias. El análisis de los datos fue realizado por medio de los índices porcentuales de positividad con relación a las dimensiones analizadas, siendo estandarizado para esta investigación el índice del $\geq 80\%$. En la dimensión Estructura el índice de positividad obtenido fue del 45,96%, Proceso con el 56,54% y Resultado, el 69,31%. Cabe resaltar que ninguna dimensión alcanzó el índice preconizado. Esta evaluación ha sido importante, pues permitió analizar los puntos vulnerables que merecen ser mensurados con las dimensiones evaluadas y detectar aquellos que refuerzan el atributo de la calidad en la institución en consonancia con la visión de los enfermeros.

Descritores: Calidad. Equipo hospitalario de respuesta rápida. Evaluación. Hospital Universitario. Enfermería.

Introdução

Atualmente almeja-se o alcance de cuidados qualificados ao paciente hospitalizado e, principalmente, àqueles considerados em estado crítico. O sucesso no atendimento ao paciente crítico está relacionado à rápida avaliação das mudanças que se operam nas suas condições clínicas e ao envolvimento da equipe com as práticas terapêuticas. Nessa perspectiva, para revelar a qualidade do serviço, deve-se buscar o conhecimento da realidade, potencialidades, fragilidades e resultados do serviço oferecido à população ⁽¹⁾.

O aumento da faixa etária da população, a admissão de pacientes pelos departamentos de emergência criticamente doentes, o crescimento do número de clientes nas unidades de internação com doenças ou sequelas graves, o número insuficiente de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) são algumas das causas encontradas para o aumento da gravidade dos pacientes em unidades de internação com elevado risco de ocorrência de eventos adversos durante a assistência.

Para minimizar os riscos, uma estratégia adotada na Austrália, em 1994, foi à criação de equipe hospitalar de resposta rápida. A lógica do trabalho deste serviço é a identificação precoce dos sinais e sintomas do paciente com risco de desenvolver eventos adversos nas enfermarias durante sua hospitalização, o sistema é uma terapia intensiva “beira

a leito”, baseada numa abordagem multidisciplinar preventiva para a gestão de “doença aguda” em paciente de risco a ser atendido fora do ambiente de UTI ⁽²⁾.

No hospital de ensino, campo desta pesquisa, o serviço foi implantado em março de 2009, conta com um médico e um fisioterapeuta exclusivo no serviço. A equipe de enfermagem e médico titular na unidade agregam-se ao time durante o atendimento dos códigos estabelecidos nas unidades de internação masculina e feminina, sendo o código azul atendimento do evento de parada cardiorrespiratória e amarelo o atendimento dos sinais de alerta da deterioração clínica do paciente. Ressalta-se que o TRR no pronto-socorro e unidade de moléstia infecciosa realiza apenas as visitas diárias aos pacientes em demanda reprimida, ou seja, que aguardam vaga na UTI.

Assim, na busca pela melhoria, torna-se imprescindível que se obtenham dados referentes à percepção dos enfermeiros envolvidos no atendimento deste serviço de acordo com os três indicadores do modelo conceitual de Donabedian.

Para Donabedian o indicador estrutura está relacionado aos recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos, normas e rotinas; o indicador processo relaciona-se à maneira como a assistência está sendo prestada aos clientes, segundo padrões técnico-científicos estabelecidos e aceitos cientificamente; e o resultado por sua vez, corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelos profissionais envolvidos. Estes indicadores permitem uma análise sistemática da qualidade do atendimento à saúde acerca das reais condições do serviço prestado, além de contribuir para estabelecer o diagnóstico situacional, identificar limites e possibilidades no sentido de monitorar e garantir a qualidade do atendimento em saúde ⁽³⁾.

Ao adotar o modelo de Donabedian, que favorece uma avaliação objetiva, os pesquisadores optaram a transpor a avaliação de forma subjetiva para explorar a opinião dos enfermeiros da pesquisa sobre as finalidades, valores e conteúdos do serviço que foi alvo deste estudo. Donabedian defende ainda a presença de elementos que sugerem a importância da subjetividade na análise da qualidade, ainda que isso não implique uma ruptura com a objetividade, pois a qualidade em saúde se refere à relação entre meios e fins, em que os meios compreendem o conjunto das estratégias técnicas, psicológicas e sociais de intervenção no cuidado a saúde ⁽³⁾.

Com base no exposto, propõe-se a realização deste estudo que tem o objetivo de analisar a percepção dos enfermeiros sobre a qualidade do atendimento prestado pelo Time de Resposta Rápida (TRR) em Hospital Universitário Público.

Método

Este estudo analisou a percepção dos enfermeiros inseridos na prática do atendimento a pacientes críticos assistidos por um TRR em Hospital Universitário Público de Londrina-PR. Optou-se pela realização de um estudo descritivo exploratório, de abordagem quantitativa.

Entende-se por percepção o processo pelo qual as pessoas organizam e interpretam as próprias impressões sensoriais acerca da expectativa relacionada ao serviço, incluem um conjunto amplo de códigos, visões de mundo e representações que orientam práticas, valores, crenças e atitudes, de indivíduos e/ou grupo ⁽⁴⁾.

Os campos desta pesquisa foram as unidades de internação médico-cirúrgica (masculina, feminina, fisiologia e unidade de moléstias infectocontagiosas) e a unidade de atendimento e internação do pronto-socorro para adulto. As unidades em estudo correspondem a 56,64% do total de leitos da instituição.

Foram incluídos na pesquisa 24 enfermeiros estatutários ou em regime de contrato especial das unidades selecionadas, com atuação mínima junto ao serviço de resposta rápida por período igual ou superior a três meses e que consentiram por escrito na participação da pesquisa. O estudo desenvolvido contou com a participação de 22 (91,67%) enfermeiros, pois duas enfermeiras estavam usufruindo a licença maternidade.

O questionário para coleta de dados foi validado por meio da técnica Delphi, com concordância superior a 80% entre dez enfermeiros com experiência em atendimento de urgência/emergência e UTI para adulto e cinco docentes da área da saúde. O questionário compreendeu duas partes: a primeira para caracterização dos profissionais e a segunda com 37 enunciados, divididos em três dimensões, sendo nove questões na dimensão estrutura, 20 em processo e oito em resultado, de acordo com o modelo conceitual de Donabedian ⁽⁴⁾.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2012 e houve a devolução dos questionários no prazo determinado. Os dados coletados foram digitados e armazenados em banco de dados, formato *Microsoft Excel* versão 2007. Para análise, adotou-se o Índice de Positividade que consiste em identificar, para cada item do questionário, o tipo de resposta observada (afirmativa, negativa ou não se aplica).

Neste estudo foi adotado como índice de positividade aceitável para a qualidade do atendimento do serviço valores $\geq 80\%$, em virtude da idealização de conceito de excelência para o serviço em estudo. Outros estudos realizados com abordagem na busca da qualidade em diversos cenários dos serviços de saúde no âmbito hospitalar adotaram índices de positividade com valores $\geq 70\%$ ^(5,6,7).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em reunião na data de 26 de outubro de 2011, conforme folha de rosto n°. 443992, CAAE n°. 0184.0.268.268-11 e parecer CEP/UEL n°. 213/2011.

Resultados

Do universo de participantes, 16 (72,73%) pertenciam ao sexo feminino e 06 (27,27%) ao sexo masculino. A média de idade era de 41,2 anos com desvio padrão de 8,11 e coeficiente de variação de 19,7%. Quanto a atuação profissional dos enfermeiros no hospital em estudo evidenciou que 63,64% apresentavam mais de cinco anos de tempo de serviço, 54,55% possuíam título de especialistas e 45,45% possuíam título de mestrado.

Neste artigo serão apresentadas as discussões dos enunciados quanto à dimensão de estrutura, processo e resultado que obtiveram índices superiores a 80% de positividade e índices com valores abaixo de 30%, descritos nas Tabelas 1, 2 e 3.

Observa-se que a dimensão estrutura (Tabela 1), o índice de positividade do total dos enunciados foi de 45,96%. Dos nove enunciados apenas dois atingiram índices de positividade acima de 80%, dois itens obtiveram valores entre 51% a 79% e cinco enunciados atingiram índices abaixo de 50%.

Tabela 1 – Distribuição dos índices de positividade (%), segundo percepção dos enfermeiros do pronto-socorro e unidades de internação, relativa à qualidade do atendimento do Time de Resposta Rápida, na dimensão de estrutura do modelo Donabedian. Londrina-PR, 2013.

Proposições	IP (%)
O enfermeiro é o principal responsável em acionar o TRR, pois se apresenta 24 horas ao lado do paciente.	86,36
O carro de emergência da unidade possui os materiais e equipamento necessários, conforme protocolo adotado na instituição, para o atendimento dos pacientes pelo TRR.	81,82
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.	77,27
Faz-se necessário escalar na instituição um enfermeiro exclusivo para atuação junto ao TRR.	77,27
Os pacientes atendidos pelo TRR na unidade dispõem de recursos na equipe de enfermagem capacitados e em número suficiente para prestar o atendimento necessário	31,82
O manual/protocolo de rotinas sobre o TRR está disponível e tem fácil acesso na unidade	22,73

A estrutura física da unidade proporciona um atendimento seguro e eficaz (sem rampa, porta amplas, espaço adequado entre leitos, iluminação, rede elétrica, rede de gases, bancada para monitor/bomba de infusão) aos pacientes atendidos pelo TRR.	18,18
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.	9,10
Existe na instituição um local exclusivo para a realização de reuniões técnicas ou de pesquisa do TRR.	9,10
Média	45,96

No que diz respeito à dimensão processo (Tabela 2), o índice de positividade total dos enunciados foi de 56,54%. Dos 20 enunciados, apenas quatro obtiveram índices acima do padronizado, dez alcançaram valores entre 51% a 79% e seis enunciados atingiram índices abaixo de 50%, pois o item que versa sobre a decisão em acionar o TRR exclusivamente com os sinais de deterioração do paciente contabilizou 36,36%, sendo que 63,64% acionariam o serviço ao verificar sinais de deterioração do cliente e também quando sentir-se preocupado com o mesmo, independente de alteração de qualquer sinal.

Tabela 2 – Distribuição dos índices de positividade (%), segundo percepção dos enfermeiros do pronto-socorro e unidades de internação, relativa à qualidade do atendimento do Time de Resposta Rápida na dimensão de processo do modelo Donabediano. Londrina - PR, 2013.

Proposições	IP (%)
É fundamental o acompanhamento dos pacientes críticos em demanda reprimida pelo TRR, devido à dificuldade de transferência imediata para a Unidade de Terapia Intensiva.	95,45
O TRR realiza visitas no período da manhã e da tarde aos pacientes em demanda reprimida na unidade.	90,01
O TRR participa no estabelecimento do plano de tratamento dos pacientes críticos na unidade.	86,36
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.	81,82
O enfermeiro da unidade acompanha o atendimento do código azul durante o período total de atendimento, juntamente com os profissionais do TRR.	77,27
A equipe do TRR, quando solicitada, comparece em até 3 minutos para início do atendimento ao paciente em código azul.	72,73
O enfermeiro da unidade acompanha o atendimento do código amarelo durante o período total de atendimento, juntamente com os profissionais do TRR.	72,73
Durante um evento de código azul ou amarelo na unidade, ocorre facilidade em	

acionar/localizar o TRR na instituição.	72,72
A equipe do TRR, quando solicitada, comparece em até 5 minutos para início do atendimento ao paciente em código amarelo	68,18
Os profissionais do TRR são acessíveis para o atendimento dos códigos amarelo e azul e ou demanda reprimida.	68,18
O enfermeiro do turno conhece as condições clínicas de todos os pacientes	
Continuação Tabela 2. Os pelo TRR na unidade sob sua supervisão, assim como as condutas e tratamentos prescritos.	68,18
O TRR se comunica com o enfermeiro ao realizar visita aos pacientes nas unidades.	63,63
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.	59,09
A comunicação entre membros do TRR e o enfermeiro da unidade é efetiva, clara e objetiva.	45,45
Ocorre uma comunicação efetiva entre o médico do TRR e o médico da clínica titular nas condutas sugeridas aos pacientes.	40,91
A decisão em acionar o TRR depende exclusivamente dos sinais de deterioração clínica estabelecidos nos códigos azul e amarelo.	36,36
Os dados provenientes dos atendimentos realizados pelo TRR são utilizados como indicadores de qualidade e/ou segurança nas unidades.	18,18
O TRR possui grupo de pesquisa/estudo formado pela equipe do TRR e por profissionais das unidades.	4,55
O TRR desenvolve ações educativas à equipe de enfermagem nas unidades de atuação.	4,55
O TRR desenvolve ações educativas, capacitando novas equipes do TRR (médicos e fisioterapeutas) para o atendimento a pacientes críticos nas unidades.	4,55
Média	56,54

A dimensão resultado foi a que apresentou o melhor índice de positividade em relação aos achados anteriores (estrutura e processo), com valor de 69,31%. Chama a atenção que dos oito enunciados apresentados, cinco obtiveram índices acima de 80%, dois enunciados foram classificados com valor entre 51% a 79% e apenas um enunciado não apresentou pontuação de acordo com o índice de positividade.

Tabela 3 – Distribuição dos índices de positividade (%), segundo percepção dos enfermeiros do pronto-socorro e unidades de internação, relativa à qualidade do atendimento do Time de Resposta Rápida na dimensão de resultado do modelo Donabediano. Londrina - PR, 2013.

Proposições	IP (%)
É fundamental implantar o atendimento do TRR no período noturno na instituição.	100
A atuação do TRR reduz o risco de deterioração clínica dos pacientes nas unidades.	95,45
O atendimento diferencial proposto pelo TRR ao paciente em demanda reprimida	
72 horas após a alta da Unidade de Terapia Intensiva	
Continuação Tabela 3. memória a assistência prestada aos pacientes.	95,45
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.	90,90
A atuação do TRR reduz a taxa de mortalidade dos pacientes em código azul, amarelo ou demanda reprimida.	81,82
O TRR e a equipe de enfermagem da unidade sob minha supervisão possuem um bom relacionamento interpessoal	63,64
Enquanto enfermeiro 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.	27,27*
A instituição ou o coordenador do TRR fornecem mensalmente os resultados dos atendimentos realizados nas unidades.	0
Média	69,31

*= o resultado converte-se para índice de positividade de 72,73% dos respondentes que afirmam não apresentar receio em receber críticas ao acionar o serviço, mesmo que os pacientes não atendam os critérios estabelecidos.

Os resultados do teste de significância para igualdade entre duas proporções⁽⁸⁾, aplicado às duas unidades de estudo (unidades de internação e pronto-socorro) os valores de *p* demonstram não haver diferenças significativas quanto à percepção dos profissionais dessas unidades (Quadro 1).

Quadro 1 – Comparação dos resultados obtidos na percepção dos enfermeiros nas dimensões de estrutura, processo e resultado das unidades em estudo, de acordo com o teste de diferença de duas proporções. Londrina-PR, 2013.

Unidades em estudo	n	Dimensões					
		Estrutura		Processo		Resultado	
		%	<i>p</i>	%	<i>p</i>	%	<i>P</i>
Pronto Socorro	7	53,97		51,43		83,67	
Unidades de Internação	15	42,22	0,61	69,02	0,43	70,47	0,51

Discussão

Houve uma proporção considerável de enfermeiras, o que é esperado por ser a enfermagem uma profissão, predominantemente, feminina. A pesquisa envolveu profissionais adultos, com experiência, em função do tempo de serviço prestado à instituição. Em estudo semelhante realizado no Brasil, para caracterização do perfil de enfermeiros de um hospital escola governamental de grande porte na cidade de São Paulo, revelaram que 92% da amostra eram constituídas por enfermeira, 43,45% da amostra possuíam de 1 a 10 anos de experiência profissional em serviço público e 57% possuíam curso de especialização⁽⁹⁾.

Quanto à dimensão estrutura (Tabela 1), a maioria dos entrevistados afirma que na sua percepção, o enfermeiro da unidade é o principal responsável em acionar o TRR. Os enfermeiros que atuam em instituições hospitalares, onde existe o serviço de resposta rápida são considerados os aliados mais poderosos e numerosos do TRR, por identificarem precocemente as alterações clínicas do paciente. Estes profissionais estão na maioria das vezes em contato direto com o paciente e acionam com maior frequência este serviço, pois a chegada do TRR traz um ambiente de cuidados intensivos para o leito do paciente nas enfermarias⁽¹⁰⁾.

Dos entrevistados 81,82% revelaram que, na sua percepção, o carro de emergência da unidade apresentava os materiais e equipamentos necessários para o atendimento do paciente pelo serviço. O funcionamento do carro de emergência guarda estreita relação com a qualidade assistencial, uma vez que é empregado em situações de elevado risco de mortalidade. Deve ser checado periodicamente e a equipe familiarizada com o conteúdo, assim como a localização de todos os materiais, pois pode impactar em taxas de sobrevividas em parada cardiorrespiratória na instituição. Assim, são fatores determinantes na construção e projeção da imagem do estabelecimento de saúde^(11,12).

Apenas 9,10% dos enfermeiros mostram-se satisfeitos quanto aos materiais permanentes disponíveis e suficientes na unidade de trabalho para o atendimento do paciente que se torna crítico na unidade pelo TRR. A escassez de materiais emerge como um dos grandes problemas no trabalho e implica na necessidade de busca e na perda de tempo que poderia ser destinado à assistência e suscitam sentimentos de irritação e cansaço no trabalhador⁽¹³⁾. Os padrões hemodinâmicos constituem elementos essenciais na assistência ao paciente crítico, neste contexto os diversos monitores e equipamentos são de extrema importância para o acompanhamento e o registro dos índices de maneira mais rápida e

dinâmica ⁽¹⁴⁾, porém não supre a extrema necessidade de transferência imediata do cliente para UTI onde irá dispor de todo aparato tecnológico.

Também 9,10% dos respondentes apontaram a necessidade de existir na instituição um local exclusivo para a realização de reuniões técnicas ou de pesquisa do TRR, podendo inferir que a maioria dos profissionais do estudo desconheciam que há na instituição uma sala para o serviço instalada no 1º piso do hospital, entre a unidade de terapia intensiva adulto 1 e 2.

No que diz respeito à avaliação de processo (Tabela 2), a maioria dos entrevistados asseguram a importância do TRR em acompanhar o paciente na enfermaria que aguarda vaga na UTI. Infere-se que o Brasil apresenta poucos leitos de UTI disponíveis para atender toda a demanda necessária e esses leitos são considerados “leitos raros”. Pesquisa realizada em uma UTI do Hospital Universitário de Londrina-PR evidenciou que dos 401 pacientes do estudo, 125 (31,2%) foram imediatamente internados na UTI e 276 (68,8%) apresentaram atrasos na admissão nesta unidade. Os pacientes admitidos com atrasos na unidade apresentaram maior letalidade comparada com aqueles admitidos imediatamente na UTI (50% *versus* 37,6%; $p < 0,001$) ⁽¹⁵⁾.

Outro item que atingiu índice de positividade acima do padronizado foi à estratégia diferencial do serviço em realizar visitas diárias no período da manhã e tarde nas enfermarias para a avaliação do paciente que aguarda transferência para UTI. O trabalho em saúde desenvolvido no atendimento ao paciente crítico requer ainda mais a necessidade de organização e funcionamento em equipe multiprofissional, pois o tratamento desta clientela exige cuidados complexos, atenção e monitorização permanente ⁽¹⁶⁾. Ao realizar visita diária ao paciente nas enfermarias o time previne uma piora e maximiza as chances de recuperação do paciente que apresenta morbidade e mortalidade elevadas ⁽¹⁷⁾.

Nota-se na Tabela 2 que 63,64% dos enfermeiros acionariam o TRR independente das evidências de alterações dos sinais e sintomas em comparação com 36,36% que afirmam ativar o serviço apenas quando o paciente apresenta sinais de deterioração clínica. Vale ressaltar que um dos critérios para acionar o TRR também se faz quando o profissional na enfermaria se sentir preocupado com o cliente independente dos sinais vitais permanecerem estáveis. Em outro enunciado na mesma dimensão processo os enfermeiros reforçam que o serviço também deve ser acionado quando o enfermeiro da unidade se preocupasse com alguma alteração no paciente, independente dos sinais vitais apresentarem-se estáveis.

Os enunciados referentes à ação educativa realizada pelo TRR para novos profissionais do serviço e também para a equipe de enfermagem nas unidades, contabilizaram índices de concordância de 4,55%. O resultado encontrado na questão que aborda a capacitação de novos profissionais para dedicação exclusiva no TRR revelou pouco conhecimento por parte dos enfermeiros, o que pode estar associado a baixa divulgação dos resultados de capacitações por este serviço.

Ressalta-se que em 2004 foi instituída no Brasil a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, pois sempre há a exigência de criação, renovação e invenção de tecnologias, integração de conhecimentos, nova visão do trabalho médico e de enfermagem. No Brasil, a equipe de enfermagem representa o percentual mais significativo de pessoal nos hospitais, com cerca de 60% da equipe. Estudos realizados em três hospitais públicos de São Paulo-SP avaliaram o predomínio de atividades educativas orientadas à execução de técnicas e à recuperação da saúde, sobretudo aos profissionais de nível superior. Evidenciou-se a prática educativa que reitera o modelo clínico de assistência individual e a fragmentação das ações, e se coloca distante das concepções da política pública de saúde orientada pela integralidade, trabalho em equipe interprofissional e interdisciplinar^(18,19).

Observa-se na Tabela 3 sobre o item que versa sobre o receio do enfermeiro em receber crítica ao acionar o serviço quando o paciente não atenda aos critérios, que 72,73% dos entrevistados não demonstram este sentimento frente a 27,27% dos enfermeiros que temiam tal fato. Infere-se que os enfermeiros confiam em seu exame físico e julgamento clínico frente aos sinais de alerta do paciente ao acionar o serviço de resposta rápida.

Na dimensão resultado (Tabela 3), todos os respondentes apontaram a necessidade de implantação do TRR no período noturno, contemplando a assistência do serviço nas 24 horas. Equipe de resposta rápida preenche uma lacuna na prática clínica atual, aliando a questão de segurança ao paciente hospitalizado que possa se tornar crítico fora do ambiente de UTI, além da aceitação internacional desde a sua introdução na Austrália em 1994, como a campanha de salvar 100.000 vidas, promovido pelo *Institute for Healthcare Improvement* nos Estados Unidos⁽²⁰⁾.

Quase a totalidade dos enfermeiros, em suas percepções, alegaram que o TRR reduz o risco de deterioração clínica do paciente em se tornar crítico nas unidades de internação. O Departamento de Saúde Inglês recomenda que equipes de resposta rápida sejam implantadas a fim de evitar admissões na UTI com a prevenção da deterioração clínica, pois este serviço é caracterizado por uma forma de identificação de instabilidade clínica do paciente, usualmente sinais vitais ou escores das variáveis fisiológicas⁽²¹⁾.

Pesquisas demonstraram que após a implantação do TRR em vários serviços de saúde houve o aumento da sobrevida após internação na UTI e diminuição da taxa de reinternação, redução de complicações clínicas, redução da mortalidade e do tempo de internação hospitalar em paciente em pós-operatório de grande cirurgia, além de atender as chamadas para detectar erros na assistência durante a hospitalização do paciente^(22, 23, 24).

É vital para reiterar que a intervenção do TRR não representa uma tentativa desta equipe em assumir o controle do paciente, apesar desta garantia, muitos médicos permanecem desconfortáveis sobre a falta de controle e o fato de que o enfermeiro possa ativar o TRR sem prévia autorização dos mesmos. Ignorar esses problemas e não tentar tranquilizar a equipe médica é provável que aumente a chance de falha deste serviço⁽²⁵⁾.

Ressalta-se que todos os entrevistados nesta pesquisa não tem acesso aos indicadores resultantes do atendimento do TRR nas unidades. Tradicionalmente, os hospitais utilizam indicadores gerais ou institucionais, pois fornecer informações críticas sobre a eficácia de diversos segmentos. Estudo realizado com enfermeiros para diagnosticar a percepção sobre os processos de qualidade em enfermagem auxiliaram no registro de possíveis sugestões de melhoria da qualidade⁽²⁶⁾.

Em geral, os resultados deste estudo, revelam que de acordo com a percepção dos enfermeiros, nas dimensões de estrutura, processo e resultado, os índices de positividade ficaram abaixo do padronizado no estudo, porém destaca-se que dos 37 enunciados, 11 obtiveram índices de positividade $\geq 80\%$, que reforçam os atributos da qualidade na instituição.

Faz-se importante mencionar a limitação deste estudo na dificuldade de comparação dos resultados com estudos realizados no Brasil, em especial com serviços públicos, por se tratar de um tema relativamente novo, ainda pouco explorado e implementado na sua maioria em instituições hospitalares de caráter privada no país.

Sugere-se ainda, que o instrumento criado nesse estudo pode ser utilizado como um padrão ouro de avaliação do serviço prestado pelo time de resposta rápida em outras instituições.

Conclusão

A principal característica do Time de Resposta Rápida do Hospital Universitário de Londrina-PR é o atendimento do paciente crítico nas unidades de internação.

Embora o funcionamento do serviço não ocorra nas 24 horas, houve registros positivos pelos enfermeiros que conduzem suas atividades assistenciais na unidade em conjunto com o serviço. Porém destaca-se que dos 37 enunciados que fizeram parte do questionário, 26 deles alcançaram índice de positividade inferior a 80%.

Portanto este estudo possibilitou analisar tanto os pontos favoráveis como os vulneráveis que merecem ser mensurados nas três dimensões na percepção dos enfermeiros, pois ações avaliadas positivamente para a obtenção do produto final podem contribuir para a diminuição da mortalidade do paciente crítico fora do ambiente de UTI.

A dimensão resultado foi a melhor avaliada pelos enfermeiros, principalmente nas questões relativas à atuação do TRR na redução do risco de deterioração clínica do paciente nas unidades e o atendimento diferencial proposto pelo serviço ao paciente em demanda reprimida com possibilidade de visita diária e o acompanhado por 72 horas após alta da terapia intensiva.

A dimensão estrutura obteve o pior escore das três dimensões avaliadas, com questões evidentes a discordância na estrutura física, materiais permanentes e o local de reuniões técnicas do serviço. A extensão da cobertura para os turnos da noite é esperada pelos profissionais entrevistados que devem ser repensada pelos gestores desta instituição.

O emprego da tríade Donabediana para avaliar os serviços de saúde, especificamente no Time de Resposta Rápida da instituição em estudo propiciou a identificação de problemas e permite aos gestores da instituição em questão a implementação de ações que contribuam para a melhoria contínua da qualidade assistencial. Para alcançar a gestão da qualidade nos serviços de saúde é necessário o uso de diversas estratégias e ferramentas, mas é preciso acima de tudo, contar com a participação e comprometimento dos profissionais que estão diretamente envolvidos na dinâmica de trabalho, traduzindo o potencial do grupo.

Sugere-se ainda, que o instrumento criado nesse estudo pode ser utilizado como um padrão ouro de avaliação do serviço prestado pelo time de resposta rápida em outras instituições.

Referências

1. Padilha EF, Matsuda LM. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. Rev Bras Enferm.[periódico on-line], Brasília,

- jul./ago., 2011[citado em 2012 maio 20];,64(4):684-91. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a09v64n4.pdf>>.
2. Lee A, Bishop G, Hillman KM, Daffurn K. The medical emergency team. *Anaesth Intensive Care*[serial online].Edgecilff, 1995[cited on 2012 maio 20]; 23(2):183–6. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7793590>>.
 3. Donabedian A. Formulating criteria and standards. In: Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford University; 2003. p. 60-73.
 4. Borges JBC, Carvalho SMR, Silva MAM. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. [periódico on-line] São Paulo, 2010[citado em 2012 maio 20];25(2):172-82. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v25n2/v25n2a08.pdf>>.
 5. Peduzzi M, Anselmi ML, França Júnio I, Santos CB. Qualidade no desempenho de técnicas dos trabalhadores de enfermagem de nível médio. *Rev Saúde Pública* [periódico on-line], São Paulo, 2006[citado em 2012 maio 20];40(5):843-50. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/14.pdf>>.
 6. Torres MM; Andrade D; Santos CB. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. *Rev Latino-Am. Enferm*. [periódico on-line], Ribeirão Preto, 2005[citado em 2012 maio 20];13(3):299-304. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a03.pdf>>.
 7. Nonino EAPM, Anselmi ML, Dalmas JC. Avaliação da qualidade do procedimento curativo em pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Latino-Am. Enferm*. [periódico on-line].Ribeirão Preto, 2008 fev. [acesso em 2012 Abr 12]; 16(1):57-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_09.pdf>.
 8. Morettin LG. *Estatística básica*. São Paulo: Pearson. 2010. 375p.
 9. Martins C, Kobayashi RM, Ayoub AC, Leite MMJ. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto& Contexto Enferm*. [periódico on-line], Florianópolis, jul.-set; 2006[citado em 2012 maio 20];15(3):472-8. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a12.pdf>>.
 10. DeVita MA, Galhotra S, Scholle CC, Dew MA, Mininni NC, Clermont G. Medical emergency teams: a strategy for improving patient care and nursing work environments. *J Adv Nurs*. [serial on-line], Oxford, 2006, July[cited on 2012 maio 20];55:180–7. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16866810>>.
 11. Yuri NE, Tronchin DMR. Qualidade assistencial na divisão materno-infantil de um Hospital Universitário na ótica de enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. [periódico on-line], São Paulo, 2010[citado em 2012 maio 20];44(2):331-8. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v44n2/13.pdf>>.
 12. Macias C, López-Herce CJ, Alvarez AC, Buron Martinez E. Material for the pediatric resuscitation trolley. *An Pediatr.(Barc., Spain)*[serial on-line], Barcelona, 2007, Jan. [cited on 2012 maio 20];66(1):51-4. Available form:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17402184>>.

13. Louro TQ, Silva RCL, Moura LF, Machado DA. A terapia intensiva e a tecnologia como marca registrada. Rev. pesq: cuid. fundam. Online [periódico on-line], jul./set. 2012[citado em 2012 maio 20];4(3):2465-82. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22546&indexSearch=ID>>.
14. Silva RC, Ferreira MA. Representações sociais dos enfermeiros sobre a tecnologia no ambiente da terapia intensiva. Texto@ Contexto Enferm.[periódico on-line], Florianópolis, jul./set; 2009[citado em 2012 maio 20];18(3):489-97. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a12v18n3.pdf>>.
15. Cardoso LTQ, Grion CMC, Matsuo T, Anami EHT, Kauss, IAM. et al. Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. Critical Care [serial on-line], 2011[cited on 2012 out. 27],15:R28. Available from: <<http://ccforum.com/content/15/1/R28>>.
16. Lucchesi F, Macedo PCM, Marco MA. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. Rev. SBPH, Belo Horizonte, jan.2008;11(1):19-30.
17. Gwinnutt C. Clinical Anaesthesia. 2th ed. Oxford: Blackwell Publishing. 2006.
18. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007: dispõe sobre as diretrizes para a implementação da *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* [Internet]. Brasília (DF). [citado em 2012 jul. 2]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_1996_GMMS.pdf>.
19. Tronchin DMR, Mira VL, Peduzzi M, Ciampone MHT, Melleiro MM, Silva JAM, et al. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. Rev Esc Enferm USP [periódico on-line], São Paulo, 2009[citado em 2012 jul. 2];43(Esp 2):1210-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a11v43s2.pdf>>.
20. Fanning RM, Lighthall GK. Rapid Response Systems: Bringing Critical Care Medicine Out of the ICU. Chest, [serial on-line], Park Ridge, 2007[cited on 2012 jul. 10]. Available from: <<http://www.chestnet.org/accp/pccsu/rapid-response-systems-bringing-critical-care-medicine-out-icu?page=0,1>>.
21. Department of health. Quality Critical Care: Beyond 'Comprehensive Critical Care'-A report by the Critical Care Stakeholder Forum. [on-line]. Philadelphia; 2005 [cited on 2012 maio 2]. Available from: <<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/10/50/04121050.pdf>>.
22. Ball C, Kirkby M, Williams S. Effect of the critical care outreach team on patient survival to discharge from hospital and readmission to critical care: non-randomised population based study. BMJ.[serial on-line] São Paulo, 2003[cited on 2012 maio 2].;327:1014-16. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC261652/pdf/bmj32701014.pdf>>.
23. Bellomo R, Goldsmith D, Uchino S, Buckmaster J, Graeme H, Opdam H. et al. Prospective controlled trial of effect of medical emergency team on postoperative morbidity and mortality rates. Crit Care Med.2004;32:916-21.

24. Braithwaite RS, DeVita MA, Foraida M, Mahidhara R, Simmons RL, Stuart S. Medical Emergency Response Improvement Team (MERIT). Use of medical emergency team responses to reduce hospital cardiopulmonary arrests. *Qual Saf Health Care*. [serial online] London, 2004[citado em 2012 maio 2];13:251-4. Available from: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/13/4/251>>.
25. Jones D, Bellomo R. Introduction of a rapid response system: why we are glad we MET. *Crit Care Med*. [serial online], New York, 2006[citado em 2012 maio 02],10:121-6. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16542477>>.
26. Francol JN, Barros BPA, Vaidotas M, D’Innocenzo M. Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. *Rev Bras Enferm*. [periódico online], Brasília, set-out. 2010[citado em 2012 maio 02];63(5): 806-10. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/18.pdf>>.

ARTIGO 3

5.3 ARTIGO 3

Potencialidades, fragilidades e sugestões de um Time de Resposta Rápida na percepção de enfermeiros de hospital universitário¹

Potentialities, Frailties and Suggestions from a Rapid Response Team in University Hospital in the Nurses' View

Potencialidades, Fragilidades y Sugerencias del Equipo de Respuesta Rápida Según la Percepción de los Enfermeros del Hospital Universitario

Alexsandro Oliveira Dias²; Eleine Aparecida Penha Martins³

Resumo: Este estudo tem como objetivo descrever as potencialidades, fragilidades e sugestões na percepção dos enfermeiros sobre o atendimento do Time de Resposta Rápida (TRR). Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem quantitativa. O *corpus* deste estudo contou com a participação de 22 enfermeiros do Hospital Universitário de Londrina-PR. Os resultados apontaram como algumas potencialidades: o atendimento rápido do TRR quando solicitada nas unidades e a melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada aos pacientes. Como fragilidades: a falta do atendimento do serviço no período noturno, a falta de comunicação do TRR com o enfermeiro da unidade, foram os principais. Como sugestões apareceram a necessidade de inserção do enfermeiro como integrante exclusivo da equipe e de reuniões de serviço periódicas. Esperamos que este estudo possa contribuir na consolidação de um serviço inovador por meio de discussões sobre o processo de atendimento do serviço ao paciente crítico durante sua hospitalização.

Palavras-chaves: Equipe hospitalar de resposta rápida. Enfermeiro. Percepção. Enfermagem.

Abstract: The purpose of this study is to describe the potentialities, frailties and suggestions in the nurses' perceptions regarding the assistance delivered by a Rapid Response Team (RRT). This is an exploratory study with quantitative approach. The study was conducted with 22 nurses from Londrina's University Hospital-PR. The results displayed the following potentialities: rapid assistance delivered by the RRT when called to wards, improvement of health care assistance delivered to patients, among others. As frailties, the participants mentioned lack of assistance during the night shifts, lack of communications between the RRT and the nurse in-charge of the ward, among others. Participants suggested an exclusive nurse to assist the team, periodical service meetings, among others. We hope the results of this study may contribute to build an innovative service by discussing the process of health care assistance delivered to a patient that becomes critic during hospitalization.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Time de Resposta Rápida: a qualidade do atendimento na percepção de enfermeiros de hospital universitário público" apresentada ao Programa de Mestrado de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 2013.

² Chefe de seção do Pronto-Socorro do Hospital Universitário de Londrina-PR, Mestre pelo Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), e-mail: alexuel@bol.com.br.
Endereço para correspondência: Hospital Universitário de Londrina – Departamento de Enfermagem-Saúde do Adulto - Av. Robert Koch, n.60 – Vila Operária - CEP: 86038-350. Telefone (43) 3371-2249.

³ Doutora em Enfermagem Fundamental. Orientadora e Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL, e-mail: eleinemartins@gmail.com.

Descriptors: Hospital rapid response team. Nurse. Perception. Nursing.

Resumen: Este estudio tiene como objetivo describir las potencialidades, fragilidades y sugerencias según la percepción de los enfermeros sobre la atención del Equipo de Respuesta Rápida (ERR). Se trata de una investigación exploratoria de abordaje cuantitativo. El *corpus* de este estudio contó con la participación de 22 enfermeros del Hospital Universitario de Londrina, Paraná. Los resultados apuntaron como potencialidades: la atención rápida del ERR cuando solicitada en las unidades, la mejoría de la calidad de la asistencia a la salud prestada a los pacientes, entre otros. Como fragilidades: la falta de atención del servicio en el periodo nocturno, la falta comunicacional del ERR con el enfermero de la unidad, entre otros. Como sugerencias: la inserción del enfermero como integrante exclusivo del equipo, reuniones periódicas de servicio, entre otros. Esperamos que este estudio pueda contribuir para la consolidación de un servicio innovador por medio de discusiones sobre el proceso de atención al paciente crítico durante su hospitalización

Descritores: Equipo hospitalario de respuesta rápida. Enfermero. Percepción. Enfermería.

Introdução

A vigilância da busca pela excelência do cuidado a ser dispensado ao cliente hospitalizado é constante e, especialmente aquele classificado em estado crítico, com o objetivo de aumentar a sobrevida deste durante sua internação e proporcionar uma melhor reintegração ao meio ambiente. O paciente denominado crítico é aquele que apresenta instabilidade de um ou mais órgãos vitais ou encontra-se na iminência de apresentar alguma alteração hemodinâmica ⁽¹⁾.

Estudos realizados em diversos países alertam que 15% a 20% dos pacientes desenvolvem alterações importantes no quadro clínico tornando-se críticos durante sua hospitalização, sendo que aproximadamente 80% destas alterações são precedidos por distúrbios fisiológicos e bioquímicos que ocorrem durante horas e às vezes dias. Apesar dessas constatações, os sistemas tradicionais nos hospitais respondem com ações tardias e inadequadas e nem todos os serviços têm uma abordagem sistemática para a identificação, análise e tratamento rápido do doente que proporcione a segurança do cuidado prestado durante sua internação ⁽²⁾.

A qualidade do cuidado ao cliente muitas vezes se torna insatisfatória no ambiente hospitalar, fruto da incapacidade de alguns profissionais em reconhecer os sinais e sintomas na deterioração da condição clínica do paciente por ocorrer avaliação incompleta do mesmo, problema de comunicação entre profissionais e pacientes, insuficiência de leito de terapia intensiva, aliada a falta de acompanhamento adequado do paciente após uma intervenção médica ⁽³⁾.

Como resultado destas ações ineficientes, em 1994, na Austrália, houve a proposta da criação de equipes de resposta rápida. O serviço é composto por uma equipe multidisciplinar, geralmente constituída por enfermeiro especialista em cuidados intensivos, terapeuta respiratório e médico, com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado e evitar evento adverso ao paciente hospitalizado, tal evento é definido como mau resultado causado por erros durante o cuidado prestado. Esse serviço torna-se necessário para assegurar que as lacunas na qualidade da assistência estejam sendo contempladas ^(4,5).

A implantação de equipes de resposta rápida tem sido amplamente defendida como uma iniciativa importante para a segurança do paciente bem como a melhoria da qualidade por órgãos reguladores da área da saúde, como exemplos o *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* nos Estados Unidos com a campanha lançada em 2004 para salvar 100.000 vidas, tendo como resultados 122.300 vidas salvas em 2006, a Comissão Australiana para a Segurança e Qualidade e a *Patient Safety Institute*, no Canadá ⁽⁶⁾.

Para implantação do serviço de resposta rápida deve haver quatro componentes importantes para seu funcionamento que são: aferente – detecção da instabilidade clínica por profissionais nas enfermarias; eferente – estabilização da deterioração fisiológica do paciente pelo serviço; processo avaliativo – ações para melhoria dos atendimentos realizados e componente administrativo - apoio dos administradores da instituição para o sucesso do serviço, fornecendo recursos necessários para promover a excelência dos cuidados assistidos pelos profissionais ⁽⁷⁾.

Estudos relevantes se complementam e demonstram que há melhoria nos indicadores de morbimortalidade após a implantação do TRR em hospitais americanos e europeus. Houve associação com uma redução da incidência de eventos adversos pós-operatório, a taxa de mortalidade pós-operatória e o tempo médio de permanência no hospital ⁽⁸⁾.

No Brasil há uma tendência de crescimento do número de equipes de resposta rápida em hospitais terciários. O TRR do Hospital Universitário de Londrina-PR iniciou suas atividades em dois de março de 2009, sendo atendido desde sua implantação até maio de 2010, 678 pacientes, sendo 611 em código amarelo e 67 em código azul ⁽⁹⁾.

O serviço realiza atendimento ao paciente de acordo com códigos de acionamento realizado por qualquer profissional da unidade de internação para adulto, sendo a parada cardiorrespiratória (PCR) identificada pelo código azul e, as alterações agudas que causam a piora do quadro clínico de saúde do paciente, denominada de sinais de alerta, são indicadas pelo código amarelo. O serviço conta com um médico e um fisioterapeuta exclusivo

no serviço, a equipe de enfermagem da unidade de origem do paciente e o médico titular agregam-se ao TRR para o atendimento dos códigos estabelecidos.

No Hospital Universitário de Londrina, o TRR atende as unidades de internação médico-cirúrgica para adulto (masculina, feminina e fisiologia) no período entre 07h00 as 19h00. O paciente passa ser acompanhado pelo serviço quando tem indicação de terapia intensiva e há indisponibilidade imediata do leito nesta unidade. Nesta situação o paciente é classificado como demanda reprimida na unidade de internação e será acompanhado pelo TRR por meio de visita diária até sua melhora clínica, transferência para a UTI ou óbito. Este processo de trabalho com o paciente classificado em demanda reprimida torna o referido serviço em estudo como diferencial na proposta de atendimento em relação a modelos americanos e europeus.

Após quatro anos da implantação do serviço na instituição faz-se necessário analisar junto aos enfermeiros o atendimento realizado por este serviço nas unidades de internação. Diante do exposto e a escassez da temática na busca da literatura brasileira, estabeleceu-se como objetivo desta pesquisa descrever as potencialidades, fragilidades e sugestões na percepção dos enfermeiros sobre o atendimento do Time de Resposta Rápida no Hospital Universitário de Londrina-PR.

Método

Este estudo procurou conhecer a percepção dos enfermeiros inseridos na prática do atendimento a pacientes críticos atendidos por um Time de Resposta Rápida em uma instituição hospitalar pública.

Define-se por percepção o processo pelo qual as pessoas organizam e interpretam as próprias impressões sensoriais acerca da expectativa relacionada ao serviço, incluem um conjunto amplo de códigos, visões de mundo e representações que orientam práticas, valores, crenças e atitudes, de indivíduos e/ou grupo⁽¹⁰⁾.

Optou-se pela realização de um estudo exploratório, de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário de Londrina-PR. A população foi constituída por 22 enfermeiros das unidades de internação médico-cirúrgica feminina/masculina e pronto-socorro para adulto onde o Time de Resposta Rápida atua.

Foram incluídos no estudo os enfermeiros estatutários ou em regime de contrato especial das unidades de internação e pronto socorro para adulto, com atuação mínima junto ao serviço do estudo por período igual ou superior a três meses e que

consentiram por escrito em participar da pesquisa. Foram excluídos os enfermeiros que não faziam parte das unidades do estudo.

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão o número de enfermeiros das unidades contabilizou 24, dos quais houve a participação de 22 (91,67%) profissionais, sendo que duas enfermeiras estavam em licença maternidade durante o período de coleta.

O questionário compreendeu duas partes, sendo que a primeira foi constituída de informações relacionadas à caracterização dos profissionais e na segunda foi aplicado uma pergunta aberta com três colunas em branco para descrição das potencialidades, fragilidades e sugestões na percepção dos enfermeiros sobre o atendimento do TRR. As respostas escritas foram agrupadas e quantificadas segundo a ideia principal.

O período de coleta de dados foi realizado nos meses de abril e maio de 2012 com a entrega do questionário pelo pesquisador nas referidas unidades sendo estipulado um prazo de dez dias para a sua devolução. Os dados dos questionários foram armazenados com o auxílio do programa *Microsoft Office Excel* versão 2007. Os valores encontrados foram descritos em frequências relativas em ordem decrescente, sendo discutidos os dois itens com maior pontuação em potencialidades e fragilidades e o primeiro item em sugestão que apresentou frequência acima de 50%.

Este estudo foi aprovado em reunião na data de 26 de outubro de 2011, conforme folha de rosto n°. 443992, CAAE n°. 0184.0.268.268-11 e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa/UEL n°. 213/2011.

Resultados

Do universo de respondentes no estudo, 16 (72,73%) pertenciam ao sexo feminino e seis (27,27%) ao sexo masculino. A média de idade era de 41,2 anos com desvio padrão de 8,11 e coeficiente de variação de 19,7%. Quanto a atuação profissional dos enfermeiros no Hospital Universitário de Londrina evidenciou que 68,18% apresentavam até dez anos de tempo de serviço, 54,55% possuíam título de especialistas e 45,45% possuíam título de mestrado.

Foram categorizadas oito opiniões no item potencialidades, nove em fragilidades e dez opiniões no item sugestões.

De acordo com as opiniões dos enfermeiros as potencialidades apontadas foram: o atendimento rápido da equipe do TRR quando solicitada nas unidades de internação (27,03%); a melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada aos pacientes que se tornam críticos durante sua hospitalização (21,63%); o acompanhamento dos pacientes críticos nas unidades que aguardam vaga na UTI (16,22%); a equipe especializada no atendimento aos pacientes graves (16,22%); o TRR como aliado na segurança aos cuidados a equipe de enfermagem (5,40%); a detecção precoce de complicações dos pacientes pelos profissionais deste serviço (5,40%), a comunicação do TRR com enfermeiro da unidade sobre o quadro clínico dos pacientes (5,40%) e a avaliação global do paciente durante o atendimento realizado por este serviço (2,70%).

Como fragilidades foram descritas: a falta do TRR no atendimento no período noturno (22,72%); a deficiência de comunicação dos profissionais que constituem o serviço com o enfermeiro da unidade (22,72%), as dificuldades de obtenção de recursos físicos, materiais e/ou humanos quando solicitados pelo TRR nas unidades (13,64%); a não divulgação das informações para as unidades dos atendimentos realizados pelo TRR na instituição (11,36%), a falta de comunicação dos profissionais do serviço com o médico titular do paciente (9,09%), a não inclusão do enfermeiro junto a equipe do serviço (9,09%), a dificuldade de relacionamento interpessoal de determinados plantonistas do TRR (6,82%); a falta de rotinas específicas do serviço (2,28%) e diversidade conflitante de condutas do TRR e médico titular do paciente (2,28%).

Ao solicitar sugestões para melhoria do atendimento do time, os respondentes sinalizaram: a presença do enfermeiro exclusivo no TRR (52,63%), a realização de reuniões de serviço periódicas com equipe do TRR e enfermeiros das unidades (13,16%); ampla divulgação dos dados dos atendimentos realizados pelo TRR para as unidades (10,53%), adoção de estratégias para melhoria no relacionamento interpessoal entre TRR e profissionais nas unidades (7,90%).

Em menor escala, porém com menores índices também foram citadas as estratégias de realização de treinamentos dos enfermeiros do noturno sobre paciente crítico (2,63%); a melhoria no processo de comunicação do TRR e equipe da unidade (2,63%); a descrição de normas e rotinas institucional sobre o TRR (2,63%); melhorias significativas na estrutura física e materiais nas unidades (2,63%); uma melhor atuação presencial dos enfermeiros no atendimento aos códigos azul/amarelo e em demanda reprimida junto ao TRR

(2,63%) como estratégias que aprimorariam o trabalho do time no hospital em estudo. E um enfermeiro relatou não haver a necessidade de visitas do TRR na unidade de pronto-socorro e unidade de moléstias infecciosas aos pacientes classificados em demanda reprimida (2,63%).

Discussão

O expressivo percentual de profissionais enfermeiras torna-se esperado por ser a enfermagem uma profissão predominantemente feminina. O estudo contou com profissionais com vasta experiência, em função do tempo de serviço prestado à instituição e o tempo de atuação no serviço de resposta rápida de até quatro anos. Podemos inferir que estes profissionais das unidades de pesquisa, adentram na instituição por meio de concursos públicos e iniciam suas atividades na plenitude da capacitação técnico-científica e têm conhecimento suficiente para perceber e analisar os serviços de saúde ao longo do tempo.

Em pesquisa realizada no Brasil, para caracterização do perfil dos enfermeiros de um hospital escola governamental de grande porte na cidade de São Paulo, revelaram que 92% da amostra era constituída de enfermeiras, 57% possuíam curso de especialização e 43,45% da amostra possuíam de 1 a 10 anos de experiência profissional em serviço público ⁽¹¹⁾, esses resultados assemelham-se com os achados neste estudo com os enfermeiros de um hospital universitário público, considerado de grande porte na cidade de Londrina, onde houve a prevalência da força de trabalho feminino com 72,73% de mulheres, sendo que destes 54,55% possuíam o título de especialistas e 68,18% com tempo de experiência profissional até 10 anos.

Quanto às potencialidades, destacam-se que 27,03% dos enfermeiros apontaram que o TRR presta o atendimento rápido quando solicitado nas unidades. De acordo com as diretrizes de 2010 da *American Heart Association*, as ações que aumentam as chances de sobrevivência das vítimas em parada cardiorrespiratória (código azul) é o reconhecimento imediato da emergência. A avaliação da vítima não deve ultrapassar dez segundos e ativação dos serviços médicos de emergência, ressuscitação cardiopulmonar imediata, desfibrilação imediata e suporte avançado de vida imediato devem ser realizados em tempo inferior a cinco minutos para não ocorrer danos cerebrais irreversíveis ⁽¹²⁾.

Estudo realizado em ambiente intra-hospitalar evidenciou que pacientes que receberam o atendimento de suporte básico de vida em cardiologia dentro de até um minuto, tinham 2,5 vezes mais chance de sobrevivência quando comparados aos que não fizeram, enquanto outro estudo enfatizou a importância do enfermeiro na unidade de internação

realizar a primeira conexão no "corrente de sobrevivência", pois o tempo mediano da chegada da equipe de resposta rápida no estudo foi de três minutos, portanto as ações dos enfermeiros nas unidades desencadeiam um determinante importante nos resultados finais ^(13,14).

Pesquisa realizada em hospitais de médio porte nos Estados Unidos revelou o tempo para início da ressuscitação cardiopulmonar em todos os casos do estudo sendo inferior a 2 minutos, o que confirma os resultados de diversas outras pesquisas as quais afirmam que o sucesso da ressuscitação cardiopulmonar é diretamente proporcional a um breve intervalo de tempo entre o colapso e o início do socorro básico e/ou especializado ⁽¹⁵⁾.

Diferentemente do que foi encontrada em nosso estudo, uma pesquisa realizada com 34 simulações de evento de parada cardiorrespiratória em manequim informatizado em um hospital pediátrico evidenciaram que o início de manobra específica de reanimação foram de 1,3 minutos, administração de oxigênio 2 minutos e a chegada do primeiro membro da equipe de resposta rápida ocorreu em 6 minutos. Atrasos alarmantes podem ocorrer nos componentes destas equipes, sendo necessárias intervenções educacionais e de organização que devem focar em melhorar a qualidade de cuidado realizado durante os primeiros 5 minutos de atendimento ⁽¹⁶⁾.

Para 21,63% dos respondentes, a implantação do TRR no HUL, auxiliou na melhoria da qualidade na assistência à saúde prestada ao paciente que se torna crítico nas unidades em suas percepções. Em estudo realizado por autores norte americanos para avaliação da primeira experiência com a implementação de um TRR em 2005, com equipes disponíveis nas 24 horas do dia, sete dias por semana, encontrou resultados que demonstraram a diminuição em 50% de eventos de parada cardiorrespiratória com avaliações e intervenções em virtude dos sinais de instabilidade fisiológica do paciente ⁽¹⁷⁾. Durante a 2ª Conferência Internacional sobre TRR, ocorrido nos Estados Unidos em 2006, os destaques e cenários para todas as apresentações pautaram-se na segurança de pacientes e a melhoria da qualidade. Especialistas de todo o mundo enfatizaram que a segurança é um componente do conceito mais amplo de "qualidade", que inclui o cuidado eficaz, eficiente, centrado no paciente, oportuna e equitativa ⁽¹⁸⁾.

Quanto às fragilidades apontadas no serviço do TRR para 22,72% dos enfermeiros foram a falta do atendimento no período noturno, pois nesta instituição o atendimento é realizado no período diurno (07h00 as 19h00), sendo que no período de ausência do serviço, o atendimento é realizado pelo médico plantonista do pronto-socorro as demais unidades. Infere-se que seja importante ampliar o serviço para cobertura nas 24 horas, pois equipes de resposta rápida preenchem uma lacuna na prática clínica atual, o conceito

primordial de cuidados intensivos fora da UTI ganhou aceitação internacional desde a sua introdução na Austrália há 20 anos e com a campanha de 100.000 vidas salvas promovido pelo *Institute for Healthcare Improvement* nos Estados Unidos, promovendo importantes reduções nas taxas de mortalidade em diversos hospitais ^(7,8).

Também com índice de 22,72% destaca-se a deficiência de comunicação do TRR com o enfermeiro da unidade. A comunicação entre os profissionais na área da saúde significa uma importante e valiosa ferramenta de trabalho. Três problemas fundamentais podem contribuir para o insucesso deste serviço nas instituições hospitalares: incapacidade de reconhecer os sinais de instabilidade hemodinâmica; avaliações incompletas ou tratamentos insuficientes pelo médico titular e/ou equipe de resposta rápida e a falta de comunicação entre pacientes/cuidadores, entre a equipe de resposta rápida e médico titular ou entre médicos e enfermeiros ⁽¹⁹⁾.

Estudo realizado em um serviço de emergência de nível terciário na cidade de São Paulo-SP aponta que a comunicação não efetiva, imprecisa, com ambiguidade e mal compreendida são fatores de risco para o desenvolvimento de eventos adversos nos serviços hospitalares, pois sinalizam falhas relacionadas à segurança e à qualidade da atenção dispensada ao paciente crítico e não crítico ⁽¹⁹⁾. Os problemas de comunicação acarretam transtornos nas atividades da equipe multidisciplinar, ao ponto de os profissionais culparem-se uns aos outros pelas falhas, fatos estes que ocasionam desgastes emocionais, omissão da assistência e ainda geram gastos desnecessários às instituições hospitalares. O indicado é que os processos de comunicação sejam revistos, ações pró-ativas e estratégias sejam implantadas, visando à melhoria da comunicação e garantia de uma terapêutica eficiente e segura ao paciente ⁽²¹⁾.

Como sugestão para a melhoria do atendimento do referido serviço, destaca-se que 52,63% dos respondentes reforçam a necessidade de um enfermeiro exclusivo na equipe do TRR junto ao médico e fisioterapeuta. Estudo realizado em um hospital da Pensilvânia, nos Estados Unidos, evidenciou a importância do atendimento do paciente crítico por uma equipe multidisciplinar, pois facilitam a implementação de práticas que diminuem o risco de mortalidade deste paciente. Ressalta-se também nesta pesquisa o achado que equipes multidisciplinares são encontradas com maior incidência em hospitais escolas ⁽²²⁾.

Identifica-se que o enfermeiro inserido em equipe multidisciplinar destaca-se no contexto pela multiplicidade de atividades que realiza, a capacidade de articulação entre os diferentes setores e profissionais da equipe de saúde, proporcionando a complementaridade dos diferentes agentes ⁽²³⁾.

Portanto a inserção do enfermeiro no TRR na instituição de estudo é almejada pelos respondentes para que possa haver contribuições por parte desses profissionais em virtude das dificuldades encontradas no estudo, como a melhoria do processo de comunicação intersetoriais com a equipe de saúde, a contribuição para ao avanço de benefícios quanto aos recursos físicos, materiais e humanos; a divulgação ampla das informações dos atendimentos realizados pelo TRR na instituição, a descrição e atualização de manuais operacionais, a educação permanente nas unidades quanto à temática do paciente crítico e o atendimento dos códigos estabelecidos nas unidades, bem como as visitas realizadas aos pacientes em demanda reprimida, contribuindo com o enfermeiro das unidades que realizam uma multiplicidade de tarefas assistenciais e gerenciais vivenciadas diariamente em seu processo de trabalho.

Enfatiza-se que para o sucesso do serviço de resposta rápida deva ocorrer quatro componentes a serem adotados, porém no hospital público cenário deste estudo a implantação do TRR ocorreu com algumas pendências verificadas nos quatros componentes crucias no processo de trabalho, como relacionado com recursos humanos, pois ainda não há a disponibilidade do médico, do enfermeiro e do fisioterapeuta exclusivos do time de resposta rápida para o atendimento dos códigos azul, amarelo e demanda reprimida nas suas 24 horas, bem com um técnico administrativo para realizar as atividades inerentes no serviço. Outras ações ainda tornam-se importantes serem destacadas como a ausência de uma área física para o serviço realizar reuniões periódicas ou de pesquisa.

Ressalta-se como limitação deste estudo a dificuldade de comparação dos resultados com pesquisas realizadas no Brasil, em especial com serviços públicos, por se tratar de um tema relativamente novo, ainda pouco explorado e implementado na sua maioria em instituições hospitalares de caráter privada no país.

Conclusão

Cabe destacar que, na perspectiva da melhoria contínua da qualidade, é fundamental buscar a identificação do serviço que foi implantado na instituição quanto as suas potencialidades, fragilidades e sugestões, no intuito de repensar ações eficazes, monitorar o processo e execução de cada uma delas e, finalmente, favorecer o trabalho da avaliação do serviço, para se alcançar o padrão ideal de excelência da qualidade.

Os resultados expostos revelam, nas opiniões dos enfermeiros, que o serviço do Time de Resposta Rápida na instituição promove um atendimento rápido do paciente

quando solicitado este serviço nas unidades, com ações e intervenções que levam a melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada aos pacientes e torna uma ação diferencial importante deste serviço ao acompanhar o paciente crítico nas unidades até a disponibilização de leito na UTI.

Quanto aos fatores que envolvem a fragilidade e podem alertar para o comprometimento da qualidade do atendimento deste serviço, destacam-se a dificuldade em garantir a continuidade da assistência prestada pelo serviço nas 24 horas, a deficiência de comunicação da equipe do TRR com os enfermeiros das unidades e escassez de recursos físicos, materiais e/ou humanos quando solicitados pelo TRR e ainda sugerem a presença de um enfermeiro como parte integrante da equipe na instituição.

Verifica-se que o serviço realizado na instituição tem permitido avanços na atenção à saúde ao paciente que se torna crítico nas unidades de internação durante sua hospitalização, porém é necessário redirecionar as ações a serem desenvolvidas para o alcance da transformação do modelo assistencial, como base indispensável para o alcance da excelência na qualidade e segurança do paciente internado, tendo como efetivo envolvimento os gestores e profissionais na participação de mudanças institucionais significativas, principalmente em um serviço que apresente uma identidade diferencial quando comparados com outras instituições no Brasil e em outros países.

Acredita-se que o trabalho do TRR difere da maioria dos serviços existentes por trazer ações direcionadas ao paciente crítico na unidade, muitas vezes evitando-se que o paciente evolua para uma parada cardiorrespiratória ou ocorrência de outro evento adverso, este fato torna o serviço uma excelência. Identificam-se questões de deficiência na comunicação e articulação dos profissionais o que poderia ser facilmente sanado utilizando de estratégias de comunicação efetiva, a extensão do serviço nas 24 horas, a aquisição de recursos materiais permanentes, melhorias na estrutura física e dimensionamento adequado de recursos humanos na equipe de enfermagem nas unidades onde o TRR realiza os atendimentos.

Esperamos que este estudo possa contribuir com propostas de consolidação na readequação quanto aos aspectos estruturais fragilizados na visão dos enfermeiros que refletiram sobre os efeitos das suas práticas cotidianas em um serviço de resposta rápida em um hospital escola público e que o direcionamento realizado por eles aumentem as chances de produzir atendimento de excelência na qualidade e cuidado seguro ao paciente crítico durante sua hospitalização.

Referências

1. Orlando JMC. *UTI: muito além da técnica, a humanização e a arte do intensivismo*. São Paulo: Atheneu, 2001.
2. Flabouris A; Hillman K; Kause J; Parr M, Prytherch D; Smith G. Intensive Care Society (UK); Australian and New Zealand Intensive Care Society Clinical Trials Group. A comparison of antecedents to cardiac arrests, deaths and emergency intensive care admissions in Australia and New Zealand, and the United Kingdom: the Academia study. *Resuscitation*. 2004; 62:275–282.
3. Thomas K; Vanoyen MF; Rasmussen D; Dodd D; Whildin S. Rapid response team: challenges, solutions, benefits. *Crit Care Nurse*. 2007;27:20–27.
4. Peberdy MA; Cretikos M; Abella BS; Devita MA; Goldhill; Kloeck W et al. ILCOR Consensus Statements. Recommended Guidelines for Monitoring, Reporting, and Conducting Research on Medical Emergency Team, Outreach, and Rapid Response Systems: An Utstein-Style Scientific Statement. *Circulation*. 2007; 116: 2481-2500.
5. Duke T; Hennessy M; Kinney S; Oakley E; Tibballs J. Reduction of pediatric in-patient cardiac arrest and death with a medical emergency team: preliminary results. *Arch Dis Child*. 2005; 90:1148–1152.
6. Institute for Healthcare Improvement. *Campaign protecting 5 million live from harm*. [Internet]. 2005 [Citado 2012 mai. 01]. Disponível em: www.ihp.org/IHI/programs/campaign/
7. Sakai T; DeVita MA. Rapid response system. *Journal of Anesthesia*, Tokyo, 2009, ago, 23, (3): 403–8. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19685122> >. Acesso em: 2 fev 2013.
8. Bellomo R; Buckmaster J; Doolan L; Goldsmith D; Gutteridge G, Hart GK; et al. A prospective before-and-after trial of a medical emergency team. *Med J Aust*. 2003;179:283–287.
9. Cardoso LTQ; Grion CMC; Tanita M; Urizzi F; Pariz P; Festti J. Avaliação dos atendimentos do time de resposta rápida de um hospital universitário de Londrina. *Anais Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva*. Brasília-DF, suplemento 2010, p.S106, 2010.
10. Borges JBC, Carvalho SMR, Silva MAM. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. [periódico online] São Paulo, 2010[citado em 2012 maio 20];25(2):172-82. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v25n2/v25n2a08.pdf>>.
11. Martins C; Kobayashi RM; Ayoub AC; Leite MMJ. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto Contexto Enferm*., Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 472-8.
12. Timerman S; Gonzalez MMC; Ramires JAF; Quilici AP; Lopes RD; Lopes AC. Rumo ao Consenso Internacional de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares

- de Emergência 2010 da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação. *Rev Bras Clin Med.* 2010; 8(3):228-37.
13. Herlitz J; Bang A; Alsen B; Aune S. Characteristics and outcome among patients suffering from in hospital cardiac arrest in relation to the interval between collapse and start of CPR. *Resuscitation.* 2002;53:21–27.
 14. Cummins RO; Sanders A; Mancini E; Hazinski MF. In-hospital resuscitation: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association Emergency Cardiac Care Committee and the Advanced Cardiac Life Support, Basic Life Support, Pediatric Resuscitation, and Program Administration Subcommittees. *Circulation.* 1997;95:2211–2212.
 15. Skrifvars MB; Rosenberg PH; Finne P; Halonen S; Hautamaki R; Kuosa R; et al. Evaluation of the inhospital Utstein template in cardiopulmonary resuscitation in secondary hospitals. *Resuscitation.* 2003; 56(3):275-82.
 16. Pronovost PJ; Hunt EA; Walker AR; Shaffner DH; Miller MR. Simulation of In-Hospital Pediatric Medical Emergencies and Cardiopulmonary Arrests: Highlighting the Importance of the First 5 Minutes. *Pediatrics.* January, vol.121, n.1, 2008.
 17. Offner PJ; Heit J; Roberts R. Implementation of a Rapid Response Team Decreases Cardiac Arrest Outside of the Intensive Care Unit. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, may. 2007 - Volume 62 - Issue 5 - p 1223-1228.
 18. Pinsky MR; Rubulotta F. Second International Conference on Rapid Response System and Medical Emergency Team, 28–30 June 2006, Pittsburgh, PA, USA. *Critical Care*, 2006, 10:319.
 19. Fanning RM; Lighthall GK. Rapid Response Systems: Bringing Critical Care Medicine Out of the ICU. *Chest Journal Article.* [Internet]. 2007 [Citado 2012 jul 10]. Disponível em: <http://www.chestnet.org/accp/pccsu/rapid-response-systems-bringing-critical-care-medicine-out-icu?page=0,1>
 20. Galloti RMD. *Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergência clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade da atenção* [dissertação de Mestrado]. 2003 São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003. 148 f.
 21. Silva AEBC; Cassiani SHB; Miaso AI; Opitz SM. Problemas de comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paul. Enferm.* 2007; 20 (3) 272-6.
 22. Kim MM; Barnato AE; Angus DC; Fleisher LF; Kahn JM. The Effect of Multidisciplinary Care Teams on Intensive Care Unit Mortality. *Arch Intern Med*, n.4, fev.22, 2010.
 23. Rodrigues FCP; Lima MADS. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2004, dez,25(3):314-22.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interface entre a qualidade no contexto da saúde e a assistência realizada por uma equipe hospitalar de resposta rápida, que analisou as percepções dos enfermeiros que integram a equipe multidisciplinar em um serviço de urgência prestada em um hospital escola público, constitui o objeto de debate e investigações deste estudo.

Quanto aos resultados da estratégia de elaboração de um instrumento para avaliação do serviço de saúde, denominado Time de Resposta Rápida, necessitou a aplicação da técnica Delphi que ocorreu em duas fases, com dois grupos de especialistas heterogêneos, sendo o primeiro composto por enfermeiros com experiência na assistência ao paciente adulto em unidades médico-cirúrgica e unidade de terapia intensiva e o segundo por docentes da área da saúde.

A proposta do questionário apresentada pelos autores inicialmente com 32 enunciados divididos em três dimensões - estrutura, processo e resultado, foram submetidos à avaliação pelo primeiro grupo. Nesta etapa houve um acréscimo de seis enunciados, sendo um na dimensão estrutura, cinco na dimensão processo e exclusão de um item em resultado por não estar em concordância com a atividade desenvolvida segundo protocolo de atendimento do serviço. Enunciados que obtiveram valor abaixo de 80% de concordância, foram

reformulados para atender às recomendações dos especialistas e houve a necessidade de submetê-los novamente à avaliação pelo segundo grupo com um total de 37 enunciados.

Acerca dos resultados obtidos após a aplicação do questionário elaborado aos 22 enfermeiros das unidades de internação médico-cirúrgica e pronto-socorro, a apresentação e a discussão deste estudo se fundamentaram em três categorias relacionadas às dimensões do modelo Donabediano, com resultados alcançados na avaliação da qualidade na dimensão estrutura com índice de positividade de 45,96%, processo 56,54% e resultado 69,31%.

Na dimensão estrutura, a vivência e a percepção dos entrevistados possibilitaram a análise positiva do serviço em que atuam, com destaque para o enfermeiro sendo o principal responsável em acionar o TRR, pois se apresenta 24 horas ao lado do paciente e o carro de emergência da unidade haver os materiais e equipamento necessários, conforme protocolo adotado na instituição, para o atendimento dos pacientes pelo serviço.

Dentre a análise em estrutura que apontaram índices poucos expressivos de concordância que pode comprometer a qualidade do serviço prestado, destaca-se a estrutura física da unidade que não proporciona um atendimento seguro e eficaz aos pacientes atendidos, os recursos materiais permanentes insuficientes e indisponíveis quando solicitados pelo serviço e a inexistência na instituição de um local exclusivo para a realização de reuniões técnicas ou de pesquisa do TRR.

Quanto ao processo do atendimento, a partir da vivência dos trabalhadores, constatou-se que os entrevistados acreditam que se torna fundamental o acompanhamento do paciente crítico em demanda reprimida pelo serviço, devido à dificuldade de transferência imediata para a UTI, enfatizam que o serviço realiza visita na unidade no período da manhã e tarde ao paciente em demanda reprimida na unidade, participam no estabelecimento do plano de tratamento dos pacientes críticos na unidade e que o serviço também deve ser acionado quando o enfermeiro da unidade estiver preocupado com alguma alteração no paciente, independente dos sinais vitais apresentarem-se estáveis.

Porém a análise em processo que obtiveram índices poucos expressivos de concordância, que possa comprometer o potencial de qualidade no atendimento do serviço destacam-se a comunicação ineficaz entre membros do serviço e o enfermeiro, bem como a comunicação entre o médico do time e o médico da clínica titular nas condutas sugeridas ao paciente, os dados provenientes dos atendimentos realizados pelo serviço não estarem disponibilizados para as unidades como indicadores de qualidade e/ou segurança, a instituição não possuir grupo de pesquisa/estudo formado por profissionais do TRR e das unidades e o

serviço não desenvolver ações educativas permanentes as novas equipes do TRR e enfermagem nas unidades de atuação.

Destacam-se na dimensão resultado itens que permita que o serviço atue na prevenção de situações adversas que resultem em prejuízos à vida e à saúde dos usuários, como sendo de fundamental importância a implantação do TRR no período noturno na instituição, com cobertura nas 24 horas, a atuação do serviço na redução do risco de deterioração clínica do paciente nas unidades, o atendimento diferencial do TRR ao paciente em demanda reprimida e/ou acompanhado por 72 horas após a alta da UTI que oportuniza a melhoria da assistência prestada ao paciente, o atendimento do médico titular e do time concomitantemente que ocasiona a maior segurança na execução da assistência de enfermagem prestada na unidade e a atuação do serviço na redução da taxa de mortalidade dos pacientes em código azul, amarelo ou em demanda reprimida.

Os achados não demonstraram haver diferenças significativas quanto a percepção dos profissionais dessas duas unidades em estudo quanto aos indicadores de qualidade nas dimensões de estrutura, processo e resultado avaliados.

De acordo com as opiniões dos enfermeiros as potencialidades melhores pontuadas foram: o atendimento rápido do TRR solicitada nas unidades, a melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada ao paciente e o acompanhamento do paciente crítico na unidade que aguarda vaga na UTI.

Como fragilidades em destaque foram descritas a falta do serviço no período noturno, a deficiência de comunicação do serviço com o enfermeiro da unidade e as dificuldades nas unidades de recursos físicos, materiais e/ou humanos quando solicitados pelo TRR.

A extensão da cobertura para o turno da noite é esperada pelos profissionais entrevistados e deve ser repensada pelos gestores, no sentido de oferecer um modelo assistencial que venha contribuir com a diminuição das ocorrências de eventos adversos e indicadores de mortalidade na instituição.

Sugestão sinalizada por metade do número de respondentes foi a necessidade de escalar um enfermeiro exclusivo no Time de Resposta Rápida.

O delineamento desta pesquisa, com foco de analisar a percepção dos enfermeiros, partiu da ideia que qualquer proposta de gerenciamento, principalmente direcionada à qualidade, só será efetivada se os profissionais acreditarem nos seus objetivos e os colocarem em prática.

Diante dos resultados da pesquisa e das conclusões, considerando o avanço do conhecimento acerca do atendimento de equipes de resposta rápida, faz-se pertinente a realização de novos estudos que sejam reproduzidos em outras instituições hospitalares de caráter privado e/ou público, seja com os profissionais, na perspectiva dos usuários ou avaliação conjunta de usuários, gestores e profissionais, para que se estabeleça um paralelo entre as diferenciações observadas nos níveis hierárquicos em mais de uma instituição hospitalar, utilizando métodos que realizem um diagnóstico situacional do produto a ser estudado.

Destaque-se por fim, a dificuldade para comparação dos resultados com estudos brasileiros, em especial com serviços públicos, por se tratar de um tema relativamente novo, ainda pouco explorado e implementados na sua maioria em instituições hospitalares de caráter privada no país. Da mesma forma, a obtenção dos índices de concordância para análise da qualidade evidenciou fragilidade dos mecanismos de estrutura e processo que favoreçam a avaliação deficitária no desempenho dos mesmos, o que prejudica a efetividade da gestão.

A intenção foi estimular com base na filosofia da qualidade no setor público, a reflexão quanto à existência de um serviço com suas potencialidades e fragilidades gerenciais/assistenciais, por constituir um serviço inovador na instituição, com destaque no foco de seu atendimento, buscando-se possibilidades de melhorias nas práticas e na gestão da área de atendimento da urgência e a partir destas possibilidades, adotar novas estratégias, transformando gradativamente o serviço em excelência na segurança do cuidado realizado ao paciente hospitalizado.

Oportunizar a segurança prestada por profissionais da área da saúde ao paciente que apresente sinais de deterioração clínica durante sua internação, aliada a detecção precoce do quadro e tratamento efetivo, requerem mudanças culturais nos padrões assistenciais observados diariamente em diversas instituições hospitalares.

Para reduzir erros é necessário conhecê-los, discuti-los, sem temer revelá-los e encontrar seus geradores, é imprescindível encontrar soluções viáveis para os problemas detectados e não culpados, isto se torna imperativo na gestão da qualidade dos serviços de saúde.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ADAM, S. K.; MCGLOIN, H.; SINGER, M. Unexpected deaths and referrals to intensive care of patients on general wards: are some cases potentially avoidable? *Journal of Royal College Physicians of London*. London, v. 33, n. 3, p. 255–259. 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10402575>>. Acesso em: 20 maio 2012.

AQUINO, E. M. L. Avaliação em saúde: dos métodos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 229-231, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/27.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2012.

ARAÚJO, I. C. Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará. 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo São Paulo: USP, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23138/tde-08082003-092743/pt-br.php>>. Acesso em: 2 maio 2012.

ASHCRAFT, A. S. Differentiating between pre-arrest and failure-to-rescue. *Medsurg Nursing*, Pitman, v. 13, n. 4, p. 211–216. 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15384474>>. Acesso em: 2 maio 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Certificação. 2012. Disponível em: <http://www.abnt.org.br/m3.asp?cod_pagina=940>. Acesso em: 11 jun. 2012.

AUSTRÁLIA. Clinical Governance Unit. Quality and safety and safety branch, rural and regional health and aged care services division safer systems. Department of human services state government of Victoria. Safer Systems—Saving Lives Campaign. Disponível em: <<http://www.health.vic.gov.au/sssl>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

BAGSHW, S. M. et al. Survey of Nurses' Beliefs About the Medical Emergency Team System in a Canadian Tertiary Hospital. *American Journal Critical Care*, Alisio Viejo, v. 19, n. 1, p. 74-83. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19542059>>. Acesso em: 20 maio 2012.

BALL, C.; KIRKBY, M.; WILLIAMS, S. Effect of the critical care outreach team on patient survival to discharge from hospital and readmission to critical care: non-randomised population based study. *British Medical Journal*, London, v. 327, n. 7422, p. 1014. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14593033>>. Acesso em: 2 maio 2012.

BALSANELLI, A. P.; JERICÓ, M. C. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições brasileiras. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 397-402, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a08v18n4.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2012.

BELLOMO, R. et al. A prospective before-and-after trial of a medical emergency team. *The Medical Journal of Australy*, Australia, v. 179, n. 6, p. 283-287. 2003. Disponível em: <<https://www.mja.com.au/journal/2003/179/6/prospective-and-after-trial-medical-emergency-team>>. Acesso em: 2 maio 2012.

_____. Prospective controlled trial of effect of medical emergency team on postoperative morbidity and mortality rates. *Critical Care Medicine*, New York, v. 32, n. 4, p. 916-921. 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15071378>>. Acesso em: 2 maio 2012.

BERGAMO, I. M. B. et al. Implantação do time de resposta como estratégia para redução dos eventos de parada cardiorrespiratória no Hospital Israelita Albert Einstein. In: ENCONTRO NACIONAL DE GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM, 8, Salvador-BA, Anais...2011.

BOHOMOL, E. Ferramentas de qualidade e sua utilização no gerenciamento dos serviços de saúde e enfermagem. In: D'INNOCENZO, M. (Coord.). Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para a gestão em saúde. 2. ed. São Paulo: Martinari, p. 69-88. 2010.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/21.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2012.

BRAITHWAITE, R. S. et al. Medical emergency response improvement team (MERIT). Use of medical emergency team (MET) responses to detect medical errors. *Quality Safety Health Care*, London, n. 13, p. 255–259, 2004. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/13/4/255.short>>. Acesso em: 2 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública nº 21, de 27 de abril de 2006. Minuta de resolução que dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e Unidades de Cuidados Intermediários.

2006. Disponível em: <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B14558-1-0%5D.PDF>> Acesso em: 28 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Cadernos de Ética em Pesquisa, Brasília-DF, v. 1, n. 1, p. 34-42, 1998. Disponível em: <

http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/materiaeducativo/cadernos/caderno01.pdf>. Acesso em: 2 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Estabelece os parâmetros de cobertura

assistenciais do SUS. Portaria MS/GM n. 1101, de 12 de junho de 2002. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2002. Seção 1, p. 36-42. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 2 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e das outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em: <<http://www.aneel.gov.br/cedoc/blei19908078.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos/roteiro%20para%20reflex%3o.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2203. NOB-SUS, 01/96: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Dispõe sobre gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União, 1996. Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 2 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Regulamento Técnico para Funcionamento de Serviços de Tratamento Intensivo. Portaria n. 466, de 04 de junho de 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/466_98.htm>. Acesso em: 25 de maio 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/home/pdf/Guia%20de%20Implanta%C3%A7%C3%A3o%20AMQ.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual brasileiro de acreditação hospitalar. Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2012.

BRIZOLA, J. B. Gestão hospitalar: análise de desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

Disponível em: < <http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/110.pdf> >. Acesso em: 2 maio 2012.

BUIST, M. D. et al. Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: preliminary study. *British Medical Journal*, London, v. 324, n. 7334, p. 387-390. 2002. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC65530/> >. Acesso em: 2 maio 2012.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE. Safer Healthcare Now! Campaign. Disponível em: < www.saferhealthcarenow.ca > Acesso em: 02 jul. 2012.

CARDOSO, L. R. A. et al. Prospecção de futuro e método Delphi: uma aplicação para a cadeia produtiva. *Ambiente Construído*, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 63-78. 2005. Disponível em: < <http://heitorhaga.pcc.usp.br/Arquivos/Doc121138.pdf> >. Acesso em: 2 maio 2012.

CARDOSO, L. T. Q. Admissão tardia em unidade de terapia intensiva como fator de risco para mortalidade: um estudo de coorte prospectivo. 2008. Tese (Doutorado em Medicina e Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

CARVALHO, M. A. Indicadores de avaliação de desempenho em estabelecimentos assistenciais de saúde. In: FÓRUM PERMANENTE I INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE, 2003, Campinas. Anais... Campinas: Unicamp, 2003, p. 236-249.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. *REME Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 429-434. 2009. Disponível em: < http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e4bd3d5213.pdf >. Acesso em: 2 maio 2012.

CHAN, P. S. et al. Rapid response teams: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 170, n. 1, p. 18-26. 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20065195> >. Acesso em: 20 maio 2012.

CODA, R. Pesquisa de clima organizacional e gestão estratégica de recursos humanos. In: BERGAMINI, C. (Orgs.). *Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança*. São Paulo: Atlas, p. 117-191, 1997.

COLOGNESE, S. A. Avaliar para planejar a melhoria da qualidade: projeto de avaliação institucional da Unioeste. Cascavel: Edunioeste, 2002.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. Grupo acreditar oncologia e acreditação CBA - JCI, 2009. Disponível em: < <http://www.cbacred.org.br/site/noticias/grupo-acreditar-oncologia-e-acreditacao-cbajci/> >. Acesso em: 8 jul. 2011.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. Acreditação em saúde deslança no Brasil. 2012. Disponível em:

< <http://www.cbacred.org.br/site/noticias/acreditacao-em-saude-deslanca-no-brasil/> >. Acesso em: 10 jul. 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-11. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2012.

COSTA, J. L. Falta de leitos de UTI: a ponta do iceberg. *Atualidades AMIB*. São Paulo, 2003, v. 28, n. 2, p. 10-12.

CRETIKOS, M.; HILLMAN, K. The medical emergency team: does it really make a difference? *Internal Medicine Journal*, Carlton, v. 33, n. 11, p. 511-514. 2003. Disponível em: <<http://eugen.leitl.org/ccm-1/MET%2Bdifference%2BInt%20Med%20J%2BHillman.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2012.

CUNHA, I. C. K. O.; FELDMAN, L. B. Avaliação dos serviços de enfermagem: identificação dos critérios de processo dos programas de acreditação hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 1, p. 65-69. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a12.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2012.

DECESARO, M. N.; PADILHA, K. G. Iatrogênica na assistência de enfermagem durante internação em UTI: queda de pacientes. *Ciência, Cuidado, Saúde*, Maringá, v. 1, n. 1, p. 159-162. 2002.

DEMO, P. *Educação e qualidade*. 9. ed. Campinas: Papirus, 2004.

DEPARTMENT of health. *Comprehensive Critical Care. A review of adult critical care services*. 2000.

Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006585>. Acesso em: 02 maio 2012.

DEPARTMENT of health. *Quality Critical Care. Beyond 'Comprehensive*

Critical Care' A report by the Critical Care Stakeholder Forum. 2005. Disponível em: <<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/10/50/04121050.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2012.

DEPARTMENT of health and human services U.S. Agency for healthcare research and quality. *Rapid response systems*. Disponível em:

<<http://www.psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=4>> Acesso em: 25 out. 2012.

DEVITA, M, A. et al. Findings of the first consensus conference on medical emergency teams. *Critical Care Medicine*, New York, n. 34, n. 9, p. 2463-2478. 2006a. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16878033>>. Acesso em: 20 maio 2012.

_____. Medical emergency response improvement team (MERIT). Use of medical emergency team responses to reduce hospital cardiopulmonary arrests. *Quality Safety Health Care*, London, n.13, p. 251-254. 2004b. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/13/4/251.short>>. Acesso em: 2 maio 2012.

_____. Use of medical emergency team responses to reduce hospital cardiopulmonary arrests. *Quality & Safety Health Care*, London, n. 13, v. 4, p. 251-254. 2004c. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15289626>>. Acesso em: 2 maio 2012.

DONABEDIAN, A. Formulating criteria and standards. In: DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University, 2003. p. 60-73.

_____. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública, 1990.

_____. The methods and findings on quality assessment and

monitoring: an illustrated analysis. Michigan: Health Administration Press, 1985. 528 p.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 59, n. 1, p. 84-88. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf> >. Acesso em: 20 maio 2012.

DUKE, T. et al. Reduction of pediatric in-patient cardiac arrest and death with a medical emergency team: preliminary results. Archives of Disease in Childhood, London, v. 90, n.11, p. 1148-1152. 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16243869> >. Acesso em: 20 maio 2012.

DUNCAN, K. D.; MCMULLAN, C.; MILLS, B. M. Early warning systems: The next level of rapid response. Nursing, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 38-44. 2012. Disponível em: <http://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2012/02000/Early_warning_systems__The_next_level_of_rapid.13.aspx>. Acesso em: 20 maio 2012.

ESCRIVÃO JUNIOR, A. A epidemiologia e o processo de assistência à saúde. In:

MALIK, A. M.; VECINA NETO, G. Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FANNING, R.M.; LIGHTHALL, G.K. Rapid Response Systems: Bringing Critical Care Medicine Out of the ICU. Chest. 2007. Disponível em: <<http://www.chestnet.org/accp/pccsu/rapid-response-systems-bringing-critical-care-medicine-out-icu?page=0,3>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

FELDMAN, L. B. (Org.). Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. São Paulo (SP): Martinari, 2008. 375 p.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf> >. Acesso em: 2 maio 2012.

FELDMAN, L. B.; SIMONATTO, O. A gestão de risco na visão da acreditação nacional: organização nacional de acreditação (ONA). In: FELDMAN, L. B. Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. São Paulo (SP): Martinari, 2008, p. 263-278.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971. 2007.

FLABOURIS, A. et al. A comparison of antecedents to cardiac arrests, deaths and emergency intensive care admissions in Australia and New Zealand, and the United Kingdom: the Academia study. *Resuscitation*, London, v. 62, n. 3, p. 275–282. 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15325446>>. Acesso em: 20 maio 2012.

FONTANA, R. T. As infecções hospitalares e a evolução das infecções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, n. 59, v. 5, p. 703-706. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a21.pdf>>. Acesso em; 2 maio 2012.

FRANKLIN, C.; MATHEW, J. Developing strategies to prevent in hospital cardiac arrest: analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event. *Critical Care Medicine*, New York, v. 22, n. 2, p. 244-247. 1994. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8306682>>. Acesso em: 20 maio 201.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE QUALIDADE. Cadernos rumo a excelência: resultados. São Paulo (SP): FNQ, 2008. Disponível em: <http://pm.am.gov.br/opms/members/tmp/pm6/fnq/Rumos_ebook_08_resultados.pdf>. Acesso em: 2 maio 2012.

GARRETSON, S.; DIP, H. E.; RAUZI, M. B. Creación de un equipo de respuesta rápida: guía práctica. *Nursing*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 27-29. 2009.

GIBBERD, R.W. et al. The quality in Australian health care study. *The Medical Journal of Australian*, Australia, v. 163, n. 6, p. 458-471. 1995. Disponível em: <<http://fmhcc.com.au/downloads/QIHCS.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2012.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDHILL, D. R. The critically ill: following your MEWS. *QJM*, Oxford, v. 94, n. 10, p. 507–510. 2001. Disponível em: <<http://qjmed.oxfordjournals.org/content/94/10/507.full>>. Acesso em: 2 maio 2012.

GOLDHILL, D. R. et al. The patient-at-risk team: identifying and managing seriously ill ward patients. *Anaesthesia*, London, v. 54, n. 9, p. 853-860. 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10460556>>. Acesso em; 20 maio 2012.

GOMEZ-DANTÉS, O. Evaluación de programa de salud para población no asegurada. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 401-412. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v33n4/0468.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2012.

GRANADO, J. Q. Nuevas guías de reanimación cardiopulmonary. *Sociedade Espanhola de Cardiologia*, *Circulation*. n. 122, p. 640-656, 2010. Disponível em: <<http://www.secardiologia.es/practica-clinica-investigacion/blog-cardiologia-hoy/circulation/3026-nuevas-guias-de-reanimacion-cardiopulmonar>>. Acesso em: 2 maio 2012.

GUIMARÃES, H. P.; FALCÃO, L. F. R; ORLANDO, J. M. C. Guia prático de UTI: AMIB. São Paulo: Atheneu, 2008.

HADDAD, M. C. L.; ROSSANEIS, M. A. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem. In: VALE, E. G. Programa de atualização em enfermagem (PROENF): gestão. Porto Alegre: Artmed. 2011. v. 1, p. 41-90.

HALEY, I. F.; ALMEIDA, M. S. O Sistema Único de Saúde: e a qualidade dos serviços prestados a população. *Hospital, Administração e Saúde*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 29-33. 1994.

HANSEN, P. B.; GUIMARÃES, F. M. Análise da implementação de estratégia em empresa hospitalar com uso de mapas cognitivos. *Revista de Administração de Empresa*, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 434- 446. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v49n4/v49n4a07.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2012.

HELITO, R. A. B. Processos de qualificação e avaliação de serviços de saúde. In: D'INNOCENZO, M. (Coord.). *Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde*. São Paulo: Martinari. 2006. p. 59-70.

HILLMAN, K.; CHEN, J. Introduction of the emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, London, v. 365, n. 9477, p.

2091-2097. 2005. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)66733-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)66733-5/fulltext)>. Acesso em: 20 maio 2012.

HILLMAN, K. M. et al. Duration of life-threatening antecedents prior to intensive care admission. *Intensive Care Medicine*, New York, v. 28, p. 1629–1634. 2002.

HOURIHAN, F.; BISHOP, G. The medical emergency team: a new strategy to identify and intervene in high risk patients. *Clinical Intensive Care*. London, v. 6, n. 6, p. 269-272. 1995. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/tcic.6.6.269.272?journalCode=tcic>>. Acesso em: 20 maio 2012.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Campaign protecting 5 million live from harm. 2005. Disponível em: <www.ihl.org/IHI/programs/campaign/>. Acesso em 01 maio 2012.

_____. LEARN, M. About IHI. 2011

Disponível em: <<http://www.ihl.org/search/pages/results.aspx?k=About%20IHI>> Acesso em: 03 maio 2012.

_____. BERWICK, D. M. et al. The 100,000 Lives Campaign. 2005b. Disponível em: <<http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Publications/100000LivesCampaignSettingaGoalandaDeadline.aspx>> Acesso em: 03 jul. 2012.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. About the Joint Commission. 2012. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/about-jci/>>, Acesso em: 10 abr. 2012.

JONES, D. et al. Nurses' attitudes to a medical emergency team service in a teaching hospital. *Quality & Safety Health Care*, London, v. 15, n. 6, p. 427–432. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464889/>>.

_____. Effect of the medical emergency team on long-term mortality following major surgery. *Critical Care*, London, v. 11, n. 1, p. r 12. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2151897/>>. Acesso em: 20 maio 2012.

KATHRYN, A. et al. Use of rapid response systems in adult academic medical centers. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. Oakbrook Terrace. v. 35, n. 9, p. 475-482, 2009.

KLUCK, M. Indicadores de qualidade para assistência hospitalar. Disponível em <<http://www.cih.com.br/Indicadores.htm>> Acesso em: 10 jun. 2012.

KOHN, L. T; CORRIGA, J. M. (Eds.). *To err is human: building a safer health system*. 2. ed. Washington: National Academy Press, 2003. 312 p. Disponível em: <<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>>. Acesso em: 20 maio 2012.

KROKOSZ, D. V. C. Efeitos da alocação de pessoal e da carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidades de internação médico-cirúrgicas. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade São Paulo. Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-20062007-102806/pt-br.php>>. Acesso em: 20 maio 2012.

KURCGANT, P. et al. Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43 n. (Esp. 2), p. 1168-1173. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a04v43s2.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2012.

LABBADIA, L. L.; ADAMI, N. P. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospitala universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 55-62. 2004.

LABBADIA, L. L. et al. O processo de acreditação hospitalar e a participação da enfermeira. *Revista de Enfermagem da UERJ.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 83-87. 2004.

LA FORGI, G. M.; COUTTOLENC, B. F. Desempenho hospitalar brasileiro: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009. Disponível em: <http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/62_Desempenho%20Hospitalar.pdf>. Acesso em: 20 maio 2012.

LAURINAVICIUS, A. G.; PETERLINI, F. Divulgação do time de resposta rápida como ferramenta para a qualidade: impactos sobre a morbi-mortalidade. In: *SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE*, 9, São Paulo. Anais...p. 325-326. 2009.

LEE, A. et al. The medical emergency team. *Anaesthesi and Intensive Care*, Edgecliff, v. 23, n. 2, p. 183-186. 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7793590>>. Acesso em: 2 maio 2012.

LIMA, J. A.; BETTARELLO, L. E. L. Apresentação. In: LEÃO, E. R. (Org.).

Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.

LIMA, S. B. S.; ERDMAN, A. L. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 271-278. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a03v19n3.pdf> >. Acesso em: 2 maio 2012.

LOPES, J. L. et al. Implantação dos times de reposta rápida: experiência de um hospital de alta complexidade em cardiopneumologia. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 394-397. 2012. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n5/a3142.pdf> >. Acesso em: 2 maio 2012.

MACHADO, P. B.; NUNES, R. Diagnóstico da qualidade dos serviços públicos da saúde. Coimbra: Coimbra, 2007. p. 111-150.

MACGLYNN, E. A. et al. The quality of health care delivery to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 348, n. 26 p. 2635-2645. 2003. Disponível em: < https://www.socialtext.net/data/workspaces/acs-demo-wiki/attachments/supplemental_readings:20071220222823-0-7728/original/NEJM.pdf>. Acesso em: 20 maio 2012.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade e acreditação. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 325-350.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MATSUDA, L. M. Satisfação profissional da equipe de enfermagem na UTI adulto: perspectivas de gestão para a qualidade da assistência. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MEZOMO, J. C. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. Barueri: Manole, 2001.

MILAN, G. S.; TREZ, G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE – eletrônica*. São Paulo, v. 4, n. 2, art. 17. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v4n2/v4n2a02.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2012.

MORAIS, A. S. et al. Qualidade e avaliação em saúde: publicações em periódicos de enfermagem nas últimas duas décadas. *Revista de Enfermagem da UERJ.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 404-409. 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=15131&indexSearch=ID>>. Acesso em: 2 maio 2012.

MORETTIN, L. G. *Estatística básica*. São Paulo: Pearson. 2010. 375p.

MORH, D. C. et al. Job satisfaction of primary care team members and quality of care. *American Journal of Medical Quality*, Baltimore, v. 26, n. 1, p. 18-25. 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20935270> >. Acesso em: 2 maio 2012.

MORITZ, R. D. et al. Análise das UTIS do estado de Santa Catarina e avaliação do perfil dos pacientes internados nesses setores. *ACM Arquivos Catarinenses de Medicina*. Florianópolis, v. 39, n. 4, p. 51-55, 2010. Disponível em: < <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/831.pdf> >. Acesso em: 20 maio 2012.

MOTTA, F. C. P. Teoria geral da administração: uma introdução. 22. ed. São

Paulo: Pioneira, 2002. 230 p.

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para investigação em serviço de saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2), p. 310-321. 2004. Suplemento. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20s2/24.pdf> >. Acesso em: 2 maio 2012.

NONINO, E. A. P. M. Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem-banho e curativo-segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um hospital universitário. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2006.

NONINO, E. A. P. M.; ANSEMI, M. A.; DALMAS, J. C. Avaliação da qualidade do procedimento curativo em pacientes internados em um hospital universitário. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 1, n. 16, n. 1, p. 57-63. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_09.pdf >. Acesso em: 2 maio 2012.

OCAMPO, A. C.; HURTADO, C. D.; CORREA, K. H. Is it justifiable for the health institutions to include emergency physicians in the medical emergency teams? CES Medicina, Medellin, v. 23, n. 2, p. 5-6. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v23n2/v23n2a01.pdf> >. Acesso em: 2 maio 2012.

OLIVEIRA, D. P. R. Sistemas, organização e métodos: uma abordagem gerencial. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 496 p.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Manual de acreditação das organizações prestadoras de serviços de saúde: versão 2006. Brasília: ONA, 2006, v. 1. 203 p. (coleção manual brasileiro de acreditação). Disponível em: < <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/115.pdf> >. Acesso em: 2 maio 2012.

_____. Histórico. 2009. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Organizações certificadas. 2011. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Noticia/88/Organizacoes-Certificadas-em-2010-Demonstram-Satisfacao-pela-Acreditacao-ONA> > Acesso em: 29 Jun. 2012.

PADILHA, E. F. Auditoria como ferramenta para a qualidade do cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem, 2010. Disponível em: <<http://nou-rau.uem.br/nou-rau/document/?code=vtls000177986>>. Acesso em: 2 maio 2012.

PALADINI, E. P. Gestão da qualidade: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

PASQUALI, L. Psicometria. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, n. 43, n. esp., p. 992-999, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2012.

- PEBERDY, M. A. et al. ILCOR consensus statements. recommended guidelines for monitoring, reporting, and conducting research on medical emergency team, outreach, and rapid response systems: an utstein-style scientific statement. *Circulation*, Dallas, v. 116, p. 2481-2500. 2007. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/116/21/2481.full>>. Acesso em: 2 maio 2012.
- PEDUZZI, M. et al. Qualidade no desempenho de técnicas dos trabalhadores de enfermagem de nível médio. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 843-850. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/14.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2012.
- PHILIPS, R. New applications for the Delphi technique. In: 2000 Annual. San Francisco (CA): Jossey-Bass/Pheiffer, 2000. p. 191-196. Disponível em: <<http://www.sanmiguel.com.ph/wp-content/uploads/2001/05/ar2000.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2012.
- PINSKY, M. R.; RUBULOTTA, F. Second international conference on rapid response system and medical emergency team, 28–30 June 2006, Pittsburgh, PA, USA. *Critical Care*, London, v. 10, n. 319, p. 1-2. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1751038/pdf/cc5057.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2012.
- PRIESTLEY, G. et al. Introducing critical care outreach: a ward-randomised trial of phased introduction in a general hospital. *Intensive Care Medicine*, Berlin, v. 30, n. 7, p. 1398-1404. 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15112033>>. Acesso em: 2 maio 2012.
- RÊGO, M. M. S.; PORTO, I. S. Implantação de sistemas de qualidade em instituições hospitalares: implicações para enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, n. 18, v. 4, p. 434-438. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a13v18n4.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2012.
- REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O. Representação sociais da enfermagem sobre a integridade na assistência a saúde da mulher na rede básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 61-70. 2008.
- RIBEIRO, N. R. C. A descontinuidade do programa de acreditação hospitalar no Hospital da Restauração: poderia ter sido diferente? 2006. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão Pública) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), 2006.
- RIVERS, E. et al. Early goal-directed therapy collaborative group. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 345, p. 1368–1377. 2001. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa010307>>. Acesso em; 20 maio 2012.
- ROCHA, E. S. B.; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 240-245. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_16.pdf>. Acesso em: 2 maio 2012.

- SAKAI, T.; DEVITA, M. A. Rapid response system. *Journal of Anesthesia*, Tokyo, v. 23, n. 3, p. 403–408. 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19685122> >. Acesso em: 2 maio 2012.
- SANCHEZ, K, R. Sistema integrado de gestão em organizações hospitalares: um enfoque dirigido à acreditação, NBR ISO 9001, NBR ISO 1400S E BS 8800. 2003. Dissertação (Mestrado Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
- SALAMONSON, Y. et al. Voices from the floor: nurses' perceptions of the medical emergency team. *Intensive Critical Care Nursing*, Edinburgh, v. 22, n. 3, p. 138–143. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16325408>>. Acesso em: 2 maio 2012.
- SANTOS, A. E.; PADILHA, K. G. Eventos adversos com medicação em serviços de emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 4, p. 429-433. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a09v58n4.pdf> >. Acesso em: 2 maio 2012.
- SCHEIN, R. M. et al. Clinical antecedents to in-hospital cardiopulmonary arrest. *Chest*, Park Ridge, v. 98, n. 6, p. 1388-1392. 1990. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2245680> >. Acesso em: 2 maio 2012.
- SIMMONDS, T. C. Best-practice protocols: implementing a rapid response system of care. *Nursing Management*, Chicago, v. 36, n. 7, p. 41-59. 2005. Disponível em: < http://journals.lww.com/nursingmanagement/Abstract/2005/07000/Best_practice_protocols__Implementing_a_rapid.10.aspx >. Acesso em: 2 maio 2012.
- SINHA, I. P.; SMYTH, R. L.; WILLIAMSON, P. R. Using the Delphi technique to determine which outcomes to measure in clinical trials: recommendations for the future based on a systematic review of existing studies. *Plos Medicine*, San Francisco, v. 8, n. 1, p. 1-5. 2011. Disponível em: < <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000393>>. Acesso em: 2 maio 2012.
- TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de serviços e programas em saúde para tomada de decisões. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. *Saúde Pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 119-131.
- THOMAS, K. et al. Rapid response team: challenges, solutions, benefits. *Critical Care Nurse*, Secaus, v. 2, n. 1, p. 20–27. 2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17244856> >. Acesso em: 2 maio 2012.
- TORRES, M. M.; ANDRADE, D.; SANTOS, C. B. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 299-304. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a03.pdf> >. Acesso em: 2 maio 2012.
- TRONCHIN, D. M. R. et al. Subsídios teóricos para a construção e implementação de indicadores de qualidade em saúde. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 542-546. 2009. Suplemento. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10412> >. Acesso em: 20 maio 2012.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Folder UEL em dados 1º semestre de 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/proplan/emdados/UEL_EM_DADOS_2012.pdf> Acesso em: 29 ago. 2012.

_____. Folder UEL em dados 1º semestre de 2012. Disponível em <http://www.uel.br/proplan/emdados/folder_UEL_em_dados_maio_2012_frente_verso.pdf> Acesso em 29 de ago. 2012.

_____. Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. 2011. Disponível em: <<http://www.hu.uel.br/index.php?pagina=16&pai=6>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Disponível em: <<http://issuu.com/guanabarakoogan/docs/vecina-issuu>>. Acesso em: 2 maio 2012.

_____. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n4/02.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2012.

VIACARA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 9, v. 3, p. 711-724. 2004. Disponível em: <<http://www.proadess.cict.fiocruz.br/proadess.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2012.

WINTERS, B. D. et al. Rapid response systems: a systematic review. *Critical Care Medicine*, v. 35, n. 5, p. 1238-1243. 2007. Disponível em: <http://depts.washington.edu/respcare/public/hmc_files/journal_club/articles/20070917/rapid%20response%20systems.pdf>. Acesso em: 2 maio 2012.

WOOD, K, A. et al. Use of rapid response systems in adult academic medical centers. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Oakbrook Terrace, v. 35, n. 9, p. 475-482. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2953857/>>. Acesso em: 20 maio 2012.

WRIGHT, J. C. T.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cadernos de Pesquisa em Administrativa*, São Paulo, v. 1, n. 12, p. 54-65. 2000.

ZHENG, Z. J.; CROFT, J. B.; GILES, W. H. Sudden cardiac death in the United States, 1989 to 1998. *Dallas, Circulation*, Dallas, v. 104, n. 18, p. 2158-2163. 2001. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/104/18/2158.abstract>>. Acesso em: 2 maio 2012.



APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Teste Piloto)

“Time de Resposta Rápida: a qualidade do atendimento na percepção de enfermeiros de um hospital escola público”

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do teste piloto para verificar a aplicabilidade do “Instrumento para Avaliação da Qualidade do Time de Resposta Rápida em um Hospital Escola Público”. O referido instrumento, que foi elaborado, é parte da pesquisa de título “Time de Resposta Rápida: a qualidade do atendimento na percepção de enfermeiros

de um hospital escola público”, que será realizado pelo mestrando Alexsandro Oliveira Dias, sob a orientação da Professora Dra. Eleine Aparecida Penha Martins. O objetivo da pesquisa é “analisar as percepções dos enfermeiros sobre a qualidade do atendimento do time de resposta rápida”. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma com a aplicação de um questionário com perguntas fechadas e uma pergunta aberta. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

O objetivo de sua participação na referida pesquisa consiste em fornecer *feedback* sobre a clareza e compreensão da redação dos itens do Instrumento e acrescentar ou excluir enunciados de acordo com sua avaliação, a sua participação no teste piloto ocorrerá através da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, associado a análise e preenchimento do instrumento.

Os benefícios esperados serão a possibilidade de instrumentalizar aos gerentes por meio dos resultados obtidos que funcionarão como marcadores da qualidade, os quais subsidiam a elaboração e reajuste de metas na busca pela melhor qualidade possível.

Informamos que o senhor não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar Alexsandro O. Dias, Rua Flor de Jesus, 501 – fone 43-99014381/3371-2311, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 33712490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ___ de _____ de 2012.

Pesquisador Responsável

RG: _____

--

_____ (nome por extenso do sujeito de pesquisa),
tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em
participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / 2012.

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Enfermeiros)

“Time de Resposta Rápida: a qualidade do atendimento na percepção de enfermeiros de um
hospital escola público”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “Time de Resposta Rápida: a qualidade do atendimento na percepção de enfermeiros de um hospital escola público”, realizada no Hospital Universitário de Londrina. O objetivo da pesquisa é “analisar as percepções dos enfermeiros sobre a qualidade do atendimento do time de resposta rápida”. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma com a aplicação de um questionário com perguntas fechadas e uma pergunta aberta. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo

desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são: aprimoramento da qualidade das intervenções no âmbito de trabalho, identificando as percepções dos enfermeiros com sugestões ao serviço na visão deste profissional que assiste o paciente acompanhado pelo time de resposta rápida.

Informamos que o senhor não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar Alexandro O. Dias, Rua Flor de Jesus, 501 – fone 43-99014381/3371-2311, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 33712490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ___ de _____ de 2012.

Pesquisador Responsável

RG: _____

_____ (**nome por extenso do sujeito de pesquisa**),
tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura: _____
Data: ___ / ___ / 2012.

APÊNDICE C

Questionário para Avaliação da Qualidade no Atendimento do Time de Resposta Rápida
em Hospital Universitário Público

Parte 1 – Caracterização dos Enfermeiros TRR**Dados complementares**

Idade: _____ (anos)

Gênero: () 1-Masculino () 2-Feminino

Escolaridade:

() 1-Graduação () 2-Especialização () 3-Mestrado () 4-Doutorado

Campo de atuação profissional:

() 1-Hospitalar () 2-Academia/ensino – graduação/pós-graduação

() 3- Ambos (Hospitalar e Academia/ensino)

() 4- Outro: _____

Tempo de atuação profissional no Hospital Universitário:

1-() Igual ou menor que 5 anos

2-() Entre 6 e 10 anos

- 3- () Entre 11 e 15 anos
 4- () Entre 16 e 20 anos
 5- () Entre 21 e 25 anos
 6- () Entre 26 e 30 anos
 7- () Mais que 31 anos

Unidade de atuação no Hospital Universitário:

- () Unidades de Internação - Unidade Masculina, Tisiologia, Feminina, Infectocontagiosa
 () Pronto Socorro

Parte 2 – Questionário para Avaliação da Qualidade do TRR

ESTRUTURA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
10. O enfermeiro é o principal responsável em acionar o TRR, pois se apresenta 24 horas ao lado do paciente.			
11. 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.			
12. 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.			
13. Os pacientes atendidos pelo TRR na unidade dispõem de recursos na equipe de enfermagem capacitados e em número suficiente para prestar o atendimento necessário.			
14. O carro de emergência da unidade possui os materiais e equipamento necessários, conforme protocolo adotado na instituição, para o atendimento dos pacientes pelo TRR.			
15. O manual/protocolo de rotinas sobre o TRR está disponível e tem fácil acesso na unidade.			
16. 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.			
17. Existe na instituição um local exclusivo para a realização de reuniões técnicas ou de pesquisa do TRR.			
18. Faz-se necessário escalar na instituição um enfermeiro exclusivo para atuação junto ao TRR.			
PROCESSO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
21. A decisão em acionar o TRR depende exclusivamente dos sinais de deterioração clínica estabelecidos nos códigos azul e amarelo.			
22. 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.			
Parte 2- Questionário Avaliação da Qualidade do TRR (continuação) para			
meio de atendimento ao paciente em código azul.			
24. A equipe do TRR, quando solicitada, comparece em até 5 minutos para início do atendimento ao paciente em código amarelo.			
25. Durante um evento de código azul ou amarelo na unidade, ocorre facilidade em acionar/localizar o TRR na instituição.			
26. O TRR realiza visitas no período da manhã e da tarde aos pacientes em demanda reprimida na unidade.			
27. O TRR participa no estabelecimento do plano de tratamento dos pacientes críticos na unidade.			
28. 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.			
29. 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.			
30. O TRR desenvolve ações educativas, capacitando novas equipes do TRR (médicos e fisioterapeutas) para o atendimento a pacientes críticos nas unidades.			
31. O TRR desenvolve ações educativas à equipe de enfermagem nas unidades de atuação.			
32. Os dados provenientes dos atendimentos realizados pelo TRR são utilizados como indicadores de qualidade e/ou segurança nas unidades.			
33. O TRR possui grupo de pesquisa/estudo formado pela equipe do TRR e por profissionais das unidades.			
34. É fundamental o acompanhamento dos pacientes críticos em demanda reprimida pelo TRR, devido à dificuldade de transferência imediata para a Unidade de Terapia Intensiva.			
35. Ocorre uma comunicação efetiva entre o médico do TRR e o médico da clínica titular nas condutas sugeridas aos pacientes.			
36. O TRR se comunica com o enfermeiro ao realizar visita aos pacientes nas unidades.			
37. A comunicação entre membros do TRR e o enfermeiro da unidade é efetiva, clara e objetiva.			
38. Os profissionais do TRR são acessíveis para o atendimento dos códigos amarelo e azul e ou demanda reprimida.			
39. O enfermeiro da unidade acompanha o atendimento do código azul			
Parte 2- Questionário Avaliação da Qualidade do TRR (continuação) s			
do TRR.			
40. O enfermeiro da unidade acompanha o atendimento do código amarelo durante o período total de atendimento, juntamente com os profissionais do TRR.			

RESULTADOS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
9. 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.			
10. Enquanto enfermeiro 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.			
11. 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.			
12. É fundamental implantar o atendimento do TRR no período noturno na instituição.			
13. A atuação do TRR reduz o risco de deterioração clínica dos pacientes nas unidades.			
14. A atuação do TRR reduz a taxa de mortalidade dos pacientes em código azul, amarelo ou demanda reprimida.			
15. O TRR e a equipe de enfermagem da unidade sob minha supervisão possuem um bom relacionamento interpessoal.			
16. A instituição ou o coordenador do TRR fornecem mensalmente os resultados dos atendimentos realizados nas unidades.			

Parte 3 – Considerando sua experiência na unidade com o TRR, aponte potencialidades, fragilidades e sugestões sobre o atendimento do TRR.

Potencialidades	Fragilidades	Sugestões

--	--	--



ANEXOS

ANEXOS A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 268

Parecer CEP/UEL:	213/2011
CAAE:	0184.0.268.268-11
Processo:	20625/2011
Folha de Rosto:	443992
Pesquisador(a):	Alexsandro de Oliveira Dias
Unidade/Órgão:	CCS – Departamento de Enfermagem

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"TIME DE RESPOSTA RÁPIDA: percepções dos enfermeiros inseridos no acompanhamento de pacientes críticos em um hospital escola público"

Situação do Projeto: **APROVADO**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.

Londrina, 03 de outubro de 2011.

Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Universidade Estadual de Londrina

ANEXO B

Normas de publicação à Revista Brasileira de Enfermagem.



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0034-7167 *versão impressa*

ISSN 1984-0446 *versão online*

Política Editorial

A **Revista Brasileira de Enfermagem** (REBEn), órgão oficial de publicação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tem, como público alvo, profissionais e estudantes de Enfermagem e da Saúde. Sua missão é divulgar a produção científica de diferentes áreas do saber que sejam do interesse da Enfermagem. Recebe a submissão de manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. Além de seis números regulares por ano, podem ser publicados, eventualmente, números especiais, de acordo com avaliação da pertinência pela Comissão de Publicação ou Conselho Editorial da REBEn, e com a aprovação expressa da Diretoria da ABEn Nacional.

A REBEn adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo *Vancouver*, estão disponíveis na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à REBEn, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s). Quando publicados, passam a ser propriedade da REBEn, sendo vedada a reprodução parcial ou total dos mesmos, em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem a autorização prévia do(a) Editor(a) Científico(a) da Revista.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 196/1996, o(s) autor(es) deve(m) mencionar, no texto do

manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comitê de ética reconhecido pela Comissão Nacional de ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando tiver sido executada em outro país. Do mesmo modo, deve(m) mencionar no texto a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa.

A REBEn adota a exigência da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados pelas duas organizações (OMS e ICMJE). O número do registro do ensaio clínico deverá constar em nota de rodapé, na Página de Identificação do manuscrito, aspecto a que se condiciona a publicação.

Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Categoria de Manuscrito

Pesquisa – Divulgação de pesquisa original e inédita, cujos resultados corroboram conhecimento disponível na área, ou ampliam o conhecimento da Enfermagem e/ou da Saúde sobre o objeto da investigação. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e referências.

Preparo dos Manuscritos

Aspectos gerais

Os manuscritos de todas as categorias aceitas para submissão à REBEn deverão ser digitados em arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas. As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até às Referências. O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito. O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, ou trechos de

depoimentos ou entrevistas. Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado⁽⁵⁾]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado⁽¹⁻⁵⁾]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado^(1,3,5)].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la.

As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos. As ilustrações (tabelas, quadros e figuras – fotografias, desenhos, gráficos, etc.), serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco (5). O(s) autor(es) do manuscrito submetido à REBEn deve(m) providenciar a autorização, por escrito, para uso de ilustrações extraídas de trabalhos previamente publicados.

Estrutura do texto

é recomendável que os artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** sigam a estrutura convencional: Introdução, Revisão da Literatura, Método, Resultados, Discussão e Conclusões, sendo necessário, às vezes, incluir subtítulos em alguma(s) dessas seções. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente.

Página de identificação

é a primeira página do manuscrito e deverá conter, na ordem apresentada, os seguintes dados: título do artigo (**máximo de 15 palavras**) nos três idiomas (português, inglês e espanhol); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, título(s) universitário(s), cargo e função ocupados, Instituição a que pertence(m) e à

qual o trabalho deve ser atribuído, e endereço eletrônico para troca de correspondência. Se o manuscrito estiver baseado em tese de doutorado, dissertação de mestrado ou monografia de especialização ou de conclusão de curso de graduação, indicar, em nota de rodapé, a autoria, título, categoria (tese de doutorado, etc.), cidade, instituição a que foi apresentada, e ano.

Resumo e Descritores

O resumo e os descritores iniciam uma nova página. Independente da categoria do manuscrito, o Resumo deverá conter, no **máximo, 150 palavras**. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. No resumo deverão estar descritos o objetivo, a metodologia, os principais resultados e as conclusões, bem como os aspectos novos e mais importantes do estudo. O Resumo em português deverá estar acompanhado das versões em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Logo abaixo de cada resumo, incluir, respectivamente, três (3) a cinco (5) descritores, *key words* e *palabras clave*. Recomenda-se que o(s) autor(es) do manuscrito confirme(m), na página eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), se os descritores que selecionou(aram) estão incluídos entre os *Descritores em Ciências da Saúde - DeCS* (<http://decs.bvs.br>).

Referências

O número de referências no manuscrito deve ser **limitado a vinte (20)**, exceto nos artigos de Revisão. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo *Vancouver*. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*U.S. National Library of Medicine – NLM*), podem ser obtidos na URL <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>.

Processo de Submissão e Avaliação de Manuscritos

A REBEn adota o sistema eletrônico de submissão e gerenciamento do processo de editoração. Os manuscritos são submetidos por meio da URL <<http://www.scielo.br/reben/>>, acessando-se o link *Submissão Online*. Ao submeter o manuscrito, o autor responsável pela submissão deverá firmar eletronicamente, em seu nome e, quando houver, no dos coautores, que o manuscrito não está sendo submetido paralelamente a outro periódico e que, caso seja aceito, concorda com a transferência de direitos autorais para a REBEn. Este procedimento elimina a necessidade do envio de cartas de Responsabilidade de Autoria e de Transferência de Direitos Autorais.

A confiança na Comissão de Publicação e no Conselho Editorial, e a credibilidade dos artigos publicados na REBEn dependem, em parte, do modo como possíveis conflitos de interesse são administrados durante os processos de elaboração e submissão do manuscrito, de revisão por pares e de decisão editorial. Há conflito de interesse quando o(s) autor(es) e/ou a Instituição a que pertence(m), o avaliador ou o editor mantêm relações financeiras ou pessoais que influenciam de forma inadequada suas ações. Essas relações são também conhecidas como duplo compromisso, interesses concorrentes ou lealdades concorrentes, e podem ser mínimas, insignificantes, ou com potencial expressivo para influenciar as ações individuais ou grupais.

A REBEn, buscando evitar que conflitos de interesse possam afetar a confiança pública em seu processo de editoração, exige que o(s) autor(es), ao submeter um manuscrito, em qualquer das categorias aceitas para publicação, indique(m) se há, ou não, conflitos de interesse que possam ter influenciado, de forma inadequada, suas ações. O(a) Editor(a) Científico(a) e os Editores Associados da REBEn evitarão indicar revisores externos que possam ter algum conflito de interesse com o(s) autor(es) do manuscrito, a exemplo daqueles que trabalham no mesmo Departamento ou Instituição do(s) autor(es). Por seu turno, os revisores externos, estando cientes de relações financeiras ou pessoais que possam influir sobre suas opiniões sobre o manuscrito, devem abster-se de avaliar aqueles em que haja conflito de interesse evidente.

Para iniciar o processo de submissão o autor responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código alfanumérico (Exemplo: REBEN-0001). O autor responsável pela submissão, e todos os coautores, quando for o caso, receberão uma mensagem confirmando a submissão e a ID do

manuscrito, para que possam acompanhar sua tramitação nas etapas do processo editorial.

Inicialmente, avalia-se o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, em nota de rodapé; o atendimento ao estilo Vancouver na elaboração da lista de referências; a clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores entre os *Descritores em Ciências da Saúde – DeCS*; e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores.

Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o manuscrito é encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double blind review*), com que se busca garantir o anonimato do(s) autor(es) e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito *aceito*, *rejeitado* ou, ainda, que *requer revisões*, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelo(a) Editor(a) Científico(a), e um parecer final é, então, enviado para o(s) autor(es). **Todos os autores de manuscritos ACEITOS devem ser assinantes da REBEn, condição *sine qua non* para a publicação.**

ANEXO C

Normas de publicação à Revista Latino Americana de Enfermagem.



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0104-1169 *versão impressa*
ISSN 1518-8345 *versão on-line*

Instruções para preparação e submissão dos manuscritos

Essas instruções visam orientar os autores sobre as normas adotadas pela Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) para avaliação de artigos e o processo de publicação. As referidas instruções baseiam-se nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: Escrever e Editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo “International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) -Â tradução realizada por Sofie Tortelboom Aversari Martins, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Missão da Revista

Publicar resultados de pesquisas de enfermagem e áreas afins que contribuam para o avanço do conhecimento científico e para a prática profissional.

Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais recentes. A RLAE, além de números regulares, publica números especiais, os quais obedecem ao mesmo processo de publicação dos números regulares, aonde todos os artigos são avaliados pelo sistema de avaliação por pares (*peer review*). Os artigos devem destinar-se exclusivamente à RLAE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente.

Esta Revista desencoraja fortemente a submissão de artigos multipartes de uma mesma pesquisa.

Cobertura temática

Enfermagem e áreas afins.

Público alvo

Pesquisadores, estudantes de graduação e pós-graduação, enfermeiros e profissionais de áreas afins.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista, transferidos por meio da Declaração de Transferência de Direitos Autorais (presente no Formulário Individual de Declarações) assinada pelos autores. Para a utilização dos artigos, a RLAE adota a Licença Creative Commons, CC BY-NC Atribuição não comercial (resumo ou código completo da licença). Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos autorais a Revista Latino-Americana de Enfermagem. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Processo de julgamento

A Revista possui sistema eletrônico de submissão, avaliação e gerenciamento do processo de publicação. Os artigos são encaminhados pelos autores, via *on line*, e recebem protocolo numérico de identificação. Posteriormente, é realizada a conferência de normas pela secretaria, os artigos que atendem às normas de publicação são encaminhados para pré-análise e, se selecionados por apresentarem contribuições ao avanço do conhecimento científico em enfermagem, são enviados a três consultores, selecionados pelo Editor Científico, para análise com base no instrumento de avaliação da RLAE.

Os artigos não adequados às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e os artigos não selecionados na pré-análise são recusados e os autores informados por mensagem do sistema. Utiliza-se o sistema de avaliação por pares (*peer review*), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. As avaliações emitidas pelos consultores são apreciadas pelos editores associados em relação ao conteúdo e pertinência. Os artigos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Após a aceitação pelos editores associados, o artigo é encaminhado para aprovação do Editor Científico-Chefe que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a aceitação ou não do artigo, bem como das alterações solicitadas. O parecer da revista é enviado na sequência para os autores.

Categoria de artigo para avaliação

Artigos originais

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Estrutura do artigo

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do artigo, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

A *Introdução* deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional.

Os *Métodos* empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os *Resultados* devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está

descrito em tabelas e figuras. Para artigos quantitativos é necessário apresentar os resultados separados da discussão. A *Discussão* enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Descrever a inovação do conhecimento que o artigo apresentado traz a partir do que já foi publicado na RLAE sobre o tema. A *Conclusão* deve responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Evitar afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o artigo contenha os dados e análise econômica apropriada. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

Autoria

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores (limitada a seis), no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Excepcionalmente, em estudos multicêntricos será examinada a possibilidade de inclusão de mais do que seis autores, considerando as justificativas apresentadas pelos mesmos. Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos. Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

Publicação

Os artigos são publicados em três idiomas, sendo a versão impressa editada em inglês e a versão *on line*, em acesso aberto, em português, inglês e espanhol.

Submissão

No ato da submissão, o artigo deverá ser encaminhado à RLAE em um idioma (português ou inglês ou espanhol) e, em caso de aprovação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as recomendações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

A submissão de artigos é realizada somente no sistema *on line* no endereço www.eerp.usp.br/rlae.

No momento da submissão o autor deverá anexar no sistema:

- checklist preenchido (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- formulário individual de declarações (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- arquivo do artigo
- aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos.

O checklist é fundamental para auxiliar o autor no preparo do artigo de acordo com as normas da RLAE.

A Revista efetuará a conferência do artigo e da documentação e, se houver alguma pendência, solicitará correção. Caso a solicitação de adequação não seja atendida, a submissão será cancelada automaticamente.

Política de arquivamento dos artigos

Os artigos recebidos pela RLAE, que forem cancelados ou recusados, serão eliminados imediatamente dos arquivos da Revista. Os arquivos dos artigos publicados serão mantidos pelo prazo de cinco anos, após esse período, serão eliminados.

Versão, tradução e correção gramatical

Todos os artigos são publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. Após a aprovação dos artigos pelo Conselho de Editores os mesmos são encaminhados para correção gramatical e versão/tradução para os outros dois idiomas diferentes daquele de origem da submissão.

Para garantir a qualidade das versões/traduições, as mesmas somente serão aceitas com a certificação de uma das empresas indicadas pela RLAE. Os autores poderão escolher um dentre os credenciados, respeitando o prazo estabelecido pela revista para devolução do artigo. O custo das versões/traduições para os outros dois idiomas diferentes da versão submetida é de responsabilidade dos autores que deverão efetuar o pagamento diretamente para a empresa contratada.

Taxa de submissão

Taxa de submissão de R\$150,00 que deverá ser depositada em nome da EERP/USP Revista Latino-Americana de Enfermagem, Conta Corrente N°: 8486-7, Agência: 1964-X - Banco do Brasil, CNPJ: 63025530/0027-43. **Não será devolvida a taxa de submissão para os manuscritos não aceitos para publicação.**

Erratas

As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.

Preparo dos manuscritos

Formulário on line de submissão

- título (conciso em até 15 palavras, porém, informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações), nos idiomas português, inglês e espanhol;
- nome do(s) autor(es) por extenso, categoria profissional, maior título universitário, nome da unidade e instituição aos quais o estudo deve ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, estado e país;
- nome, endereço postal, *e-mail*, os números de telefone/fax do autor responsável por qualquer correspondência sobre o artigo;
- fonte(s) de apoio na forma de financiamentos, equipamentos e fármacos, ou todos esses;
- agradecimentos - nome de colaboradores cuja contribuição não se enquadre nos critérios de autoria, adotados pela RLAE, ou lista de autores que ultrapassaram os nomes indicados abaixo do título

- consultoria científica
- revisão crítica da proposta do estudo
- auxílio e/ou colaboração na coleta de dados
- assistência aos sujeitos da pesquisa
- revisão gramatical
- apoio técnico na pesquisa;
- vinculação do artigo a dissertação e tese, informando os títulos em português, inglês e espanhol e a instituição responsável em que foi obtida;
- o resumo deverá conter até 150 palavras, incluindo o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem;
- incluir de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos - para determinação dos descritores consultar o *site* <http://decs.bvs.br/> ou MESH - Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Arquivo do artigo

O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol. Não utilizar abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso, aos quais as abreviações correspondem, devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

Documentação obrigatória

No ato da submissão dos artigos deverão ser anexados no sistema *on line* a cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos, em formato PDF, *com tamanho máximo de 1Megabyte cada um*, o comprovante do depósito bancário da taxa de submissão e o arquivo do artigo a ser avaliado. O formulário individual de declarações deverá ser preenchido, *on line*, pelos autores.

Formatação obrigatória

- Papel A4 (210 x 297mm).
- Margens de 2,5cm em cada um dos lados.
- Letra Times New Roman 12.
- Espaçamento duplo em todo o arquivo.
- As tabelas devem ser elaboradas utilizando a ferramenta do word e estarem inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, a localização e ano, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.
- Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos, quadros, etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando os seguintes símbolos, *, –, —, ‘, ’, “, ”, „, ‟, –, —, ‘, ’, “, ”, „, ‟. - Ilustrações devem ser identificadas como figuras e estarem suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os artigos submetidos à publicação.
- Tabelas, figuras, ilustrações e quadros devem ser limitados a 5, no conjunto. - Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente.
- Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- O número máximo de páginas inclui o artigo completo, com os títulos, resumos e descritores nos três idiomas, as ilustrações, gráficos, tabelas, fotos e referências.
- Artigos originais em até 17 páginas. Recomenda-se que o número de referências limite-

se a 25. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada, atualizadas, de abrangência nacional e internacional e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.

- Artigos de revisão sistemática em até 20 páginas. Sugere-se incluir referências estritamente pertinentes à problemática abordada, atualizadas, de abrangência nacional e internacional e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.

- Cartas ao Editor, máximo de 1 página.

- Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em itálico, letra Times New Roman, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: *a sociedade está cada vez mais violenta* (sujeito 1).

- *Citações ipso litteris* usar apenas aspas, na sequência do texto.

- Referências - numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificá-las no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.

- Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-2); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

ANEXO D

Normas de publicação à Revista da Escola de Enfermagem de São Paulo.



Os manuscritos, que poderão estar em português, inglês e espanhol, devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto, como figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em Anais de Reuniões Científicas.

A partir do vol. 42, n.3 de 2009 passou a ter uma edição no idioma inglês, editada na versão online. Quando o trabalho for aprovado para publicação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as orientações da **Revista**, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

A REEUSP apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado no final do resumo.

O(s) autor(es) dos textos são por eles inteiramente responsáveis, devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais.

Categorias de manuscritos aceitos pela Revista

- **Artigo original:** trabalho de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à ciência Enfermagem. Limitado a 15 páginas. Sua estrutura deve conter:

- **Introdução:** deve ser breve, definir o problema estudado, destacando a sua importância e as lacunas do conhecimento.

- **Método:** os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

- **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, descrevendo somente os dados encontrados sem interpretações ou comentários, podendo para maior facilidade de compreensão serem acompanhados por tabelas, quadros e figuras. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas ilustrações.

- **Discussão:** deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados no estudo e discutindo as concordâncias e divergências com outras pesquisas já publicadas.

- **Conclusão:** deve corresponder aos objetivos ou hipóteses do estudo, fundamentada nos resultados e discussão, coerente com o título, proposição e método.

- **Estudo teórico:** análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.

- **Relato de experiência profissional:** estudo de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos com estratégias de intervenção, evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.

- **Reflexão:** apreciações críticas sobre temas atuais de interesse para a prática profissional da enfermagem nos seus diversos âmbitos, de modo a propiciar interlocução nacional e internacional. Limitada a 10 páginas.

- **Carta ao editor:** destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na revista, expressando concordância ou não sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

Descrição dos procedimentos

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas *Instruções aos Autores*, sendo sumariamente devolvido em caso de não atendimento. Se aprovado, é encaminhado para avaliação de dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade, bem como, opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o manuscrito é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho Editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial. Relações que podem estabelecer conflito de interesse, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas

Forma e preparação de manuscritos

Os textos devem ser digitados na ortografia oficial em folhas de papel tamanho A4, com espaço entrelinhas de 1,5cm, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, e as margens inferior, laterais e superior de 2,5 cm.

Página de identificação: deve conter o título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; nome(s) do(s) autor(es), indicando no rodapé da página a função que exerce(m), a instituição a qual pertence(m), títulos e formação profissional, endereço (cidade, estado e país) para troca de correspondência, incluindo e-mail e telefone. Se o artigo for baseado em tese ou dissertação, indicar o título, o nome da instituição e o ano de defesa.

- **Citações** - deve ser utilizado o sistema numérico na identificação dos autores mencionados, de acordo com a ordem em que forem citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos e entre parênteses. Se forem sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último, separados por hífen, ex.: ⁽¹⁻⁴⁾; quando intercalados, os números deverão ser separados por vírgula, ex.: ^(2,6,8).

- **Notas de rodapé** - deverão ser indicados por asterisco, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

- **Depoimentos** - frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem seguir a mesma regra de citações, quanto a aspas e recuo (4 cm além das margens),

porém em itálico, e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses.

- **Ilustrações** – as tabelas, quadros e figuras devem ter um título breve, serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que forem inseridas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como **figuras**. As tabelas devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Quando a tabela ou figura forem extraídas de outro trabalho, a fonte original deve ser mencionada.

- **Figuras** (fotos, desenhos, gráficos etc) - serão publicadas exclusivamente em P&B, sem identificação dos sujeitos, a menos que acompanhadas de permissão por escrito de divulgação para fins científicos. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.

- **Apêndices e anexos** - devem ser evitados.

- **Agradecimentos** - contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos", no final do trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também poderão ser mencionadas, as instituições que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.

- **Errata**: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de errata, deverão enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista, por e-mail.

Resumo: deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), com espaçamento (entre linhas) simples explicitando o objetivo da pesquisa, método, resultados e conclusões.

Descritores: devem ser indicados de três a seis descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (Descritores), inglês (Descriptors) e espanhol (Descriptores), extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME e/ou (MeSH) Medical Subject Headings, elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

Referências: As referências dos documentos impressos e eletrônicos devem ser normalizadas de acordo com o Estilo "Vancouver", elaborado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), atualizado em 2009, disponível no endereço

eletrônico (<http://www.icmje.org>) e os títulos dos periódicos abreviados de acordo com a List of Journals Indexed for MEDLINE (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). O número de referências não deve ultrapassar 22. Incluir aquelas estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (5 anos), de abrangência nacional e internacional e evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação. A lista apresentada no final do trabalho deve ser numerada de forma consecutiva e os autores mencionados de acordo com a sequência em que foram citados no texto.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Os artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP devem ser citados preferencialmente no idioma inglês, **na versão online**, a partir de 2009.