

CARACTERIZAÇÃO DO FLUXO ATIVAÇÃO DA EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA
INTRA-HOSPITALAR

FLOW CHARACTERIZATION INTRA-HOSPITAL MEDICAL EMERGENCY TEAM
ACTIVATION

CARACTERIZACIÓN DE FLUJO ACTIVACIÓN DE EQUIPOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS
INTRAHOSPITALARIAS

Servir, 2(03), e27555

DOI:10.48492/servir0203.27555

Catarina Conceição Pedro Rocha¹
Maria Augusta Romão da Veiga Branco²

¹Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança (catarina1_rocha@hotmail.com)
<https://orcid.org/0000-0001-5106-2226>

²Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança (aubra@ipb.pt)
<https://orcid.org/0000-0002-7963-2291>

Corresponding Author
Catarina Conceição Pedro Rocha
Rua campo de aviação, nº24
5300-694 Bragança, Portugal
catarina1_rocha@hotmail.com

RECEIVED: 30th June, 2022
ACCEPTED: 24th November, 2022

2022



RESUMO

Introdução: As equipas de emergência intra-hospitalar têm como principal objetivo a abordagem de situações de deterioração aguda do estado geral do utente.

Objetivo: Conhecer os contextos do percurso do fluxo de ativação, desde o processo inicial até ao destino do utente, numa unidade local de saúde do norte.

Métodos: Estudo de abordagem quantitativa, exploratório, transversal, descritivo, a partir da análise do fluxo de ativações. A amostra é constituída por 78 eventos de ativação, ou seja, acedemos ao conjunto de dados inseridos no documento, após esse número de mobilização de utentes.

Resultados: A amostra é maioritariamente constituída por utentes do género feminino (56,4%), com uma média etária de 70.85 anos. O serviço que mais acionou a equipa de emergência médica intra-hospitalar foi a medicina interna (26.9%), sendo o motivo de ativação mais frequente a paragem cardiorrespiratória (28.2%). O principal destino dos utentes foi o serviço de urgência (26.2%) e a sala de emergência (23.1%).

Conclusão: A causa mais prevalente para a ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar é a paragem cardiorrespiratória. O serviço de medicina interna foi o responsável pela maioria das ativações. Os utentes com maior deterioração clínica foram encaminhados ao serviço urgência e sala de emergência.

Palavras-chaves: equipa emergência intra-hospitalar; fluxo de ativação

ABSTRACT

Introduction: In-hospital emergency teams have as their main objective the approach to situations of acute deterioration of the general condition of the patient's.

Objective: Knowing the contexts of the activation flow path, from the initial process to the patient's destination, in a northern local health unit.

Methods: Quantitative, exploratory, cross-sectional, descriptive study, based on the analysis of the flow of activations. The sample consists of 78 activation events, that is, we access the data set inserted in the document, after this number of patient mobilization.

Results: The sample is mostly made up of female patient (56.4%), with an average age of 70.85 years. The service that most activated the in-hospital medical emergency team was internal medicine (26.9%), with cardiorespiratory arrest being the most frequent reason for activation (28.2%). The main destination of patient was the emergency department (26.2%) and the emergency room (23.1%).

Conclusion: The most prevalent cause for activation of the in-hospital medical emergency team is cardiac arrest. The internal medicine service was responsible for most of the activations. Patient with greater clinical deterioration were referred to the emergency department and emergency room.

Keywords: in-hospital emergency team; activation flow

RESUMEN

Introducción: Los equipos de urgencias hospitalarias tienen como principal objetivo el abordaje de situaciones de deterioro agudo del estado general del paciente.

Objetivo: Conocer los contextos del recorrido del flujo de activación, desde el proceso inicial hasta el destino del paciente, en una unidad de salud local del norte.

Métodos: Estudio cuantitativo, exploratorio, transversal, descriptivo, basado en el análisis del flujo de activación. La muestra consta de 78 eventos de activación, es decir, acedemos al conjunto de datos insertados en el documento, luego de este número de movilización de pacientes.

Resultados: La muestra está compuesta mayoritariamente por pacientes mujeres (56,4%), con una edad media de 70.85 años. El servicio que más activó el equipo de urgencias médicas intrahospitalarias fue medicina interna (26.9%), siendo la parada cardiorrespiratoria el motivo de activación más frecuente (28.2%). El principal destino de los pacientes fue el servicio de urgencias (26.2%) y la sala de urgencias (23.1%).

Conclusión: La causa más frecuente de activación del equipo de urgencias médicas hospitalarias es la parada cardiaca. El servicio de medicina interna fue el responsable de la mayoría de las activaciones. Los pacientes con mayor deterioro clínico fueron derivados al servicio de urgencias y sala emergencias.

Palabras Clave: equipo de emergencia hospitalario; flujo de activación

Rocha, C. C. P., & Branco, M. A. R. V. (2022).

Caracterização do fluxo ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar.

Servir, 2(03), e27555. <https://doi.org/10.48492/servir0203.27555>

Introdução

Tal como vai ser apresentado, estas equipas vêm colmatar muitas das dificuldades sentidas na atuação ao doente em enfermaria, que evolui para estado crítico. Este é incapaz de manter a sua estabilidade fisiológica ou apresenta risco de instabilidade fisiológica, falência multiorgânica e cuja sobrevivência depende de meios de monitorização, cuidados intensivos e de terapêutica (OE, 2018), tendo sido esta a principal motivação para a realização deste estudo.

As situações de emergência que ocorrem em ambiente intra-hospitalar, têm vindo a apresentar um crescente interesse no que diz respeito à investigação. É uma temática de extrema importância, visto que a segurança dos cidadãos a nível intra-hospitalar é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde (Despacho n.1400-A/2015). De ressaltar que neste ambiente intra-hospitalar são contemplados não apenas os doentes, mas também todos os utentes, familiares e funcionários que se encontram dentro das instalações hospitalares. Neste contexto a Direção-Geral da Saúde (DGS) através da Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho de 2010, determinou a criação e implementação, a nível nacional, das Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalares (EEMI).

As EEMI são constituídas por um médico e um enfermeiro, com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em suporte avançado vida. Estas respondem, de imediato, em situações de significativa deterioração fisiológica aguda, devendo todos os profissionais ter conhecimento da sua existência, dos critérios de activação que justificam a sua intervenção, bem como do processo para a sua correta ativação (DGS,2010).

De acordo com o exposto, foi formulada a questão de investigação: “quais os procedimentos que envolvem o fluxo de ativação da EEMI?”

No sentido de responder a esta questão, foi formulado o objetivo geral, conforme se apresenta:

- Conhecer os contextos do percurso do fluxo de ativação, desde o processo inicial até ao destino do utente.

Por sua vez, os objetivos específicos:

- Caracterizar a amostra, do ponto de vista sociodemográfico;

- Conhecer os contextos do momento de ativação (processo inicial), do fluxo vivido pelo utente em emergência intra-hospitalar;

- Conhecer os contextos do percurso do fluxo de ativação, vivido pelo utente em emergência intra-hospitalar;

1. Enquadramento Teórico

A criação e implementação, a nível nacional, das EEMI, foi determinada pela DGS através da Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho de 2010. Estas equipas foram desenvolvidas, de forma a garantir uma resposta imediata, dentro das Unidades Hospitalares (Lavonas et al, 2020), e têm como missão, dar resposta eficaz, em situações de significativa deterioração fisiológica aguda, e ou em contexto de paragem cardiorrespiratória (PCR), 24 horas por dia, 365 por ano. As EEMI são constituídas por um médico e um enfermeiro, com competências avançadas na abordagem do doente crítico, e em suporte avançado vida (DGS,2010).

Mais precisamente a partir do início deste século XXI, verificou-se um interesse crescente relativo à implementação das EEMI, uma vez que estas permitem uma atuação o mais precoce possível, demonstrando a sua operacionalidade, na diminuição da mortalidade e morbilidade intra-hospitalar. As manifestações clínicas mais frequentes para ativação da equipa são: os sinais de dificuldade respiratória, a elevação da frequência cardíaca e a diminuição do débito cardíaco. São igualmente frequentes as manifestações de hipotensão, prostração, letargia, estado confusional ou deterioração do estado de consciência. (Courtenay, Nancarrow, & Dawson, 2013; Joint Commission, 2016)

Os profissionais das EEMI têm como base, uma listagem de critérios de ativação, para as situações de utentes que apresentem deterioração clínica (DGS, 2010; Etter et al., 2014; Hillman et al., 2014).



Os critérios de ativação da EEMI, publicados pela DGS (2010), enunciam-se da seguinte forma: Compromisso da via aérea; Paragem respiratória; Frequência respiratória (FR) < 6 ou > 35 ciclos/minuto (cpm); Saturação Oxigénio (SpO2) < 85% com oxigénio suplementar; Frequência circulatória (FC) < 40 ou > 140 batimentos/minuto (bpm); Pressão arterial (PA) sistólica < 90 mmHg; Escala de Coma de Glasgow – diminuição > 2 pontos; Crise convulsiva prolongada ou repetida; Perda súbita de consciência.

Em cada instituição, poderá haver também algumas diferenças, relativamente a ajustes de critérios, nomeadamente no estabelecimento do limiar da FR, FC, PA, bem como, o adicionar ou retirar de critérios (Etter et al., 2014). A ativação pode ser feita por qualquer colaborador, através de uma chamada para o número interno, atribuído a cada unidade hospitalar (Extensão proposta nº 2222). O sistema assegura resposta a toda a população da instituição, incluindo, além dos utentes internados, utentes das consultas, visitantes, profissionais de saúde e outros colaboradores da unidade hospitalar.

No final da intervenção da EEMI, é executado o registo de cada uma destas ativações, e neste deve constar, discriminadamente toda a sua atuação. Assim, deve-se incluir no registo, a data, Serviço/ Área, se houve contacto prévio do médico assistente, vinheta com identificação do doente, a hora em que foi realizada a ativação, a hora da chegada ao local da EEMI e a área hospitalar de onde foi efetivada a ativação. Da mesma forma, o registo deve incluir critérios de ativação, comorbilidades/ patologias, as intervenções realizadas pela EEMI como avaliação de sinais vitais, hipóteses diagnósticas, procedimentos efectuados, terapêutica, evolução, destino do doente, campo para assinatura e nº mecanográfico do médico, enfermeiro e contactante, bem como, um campo para observações/ outros registos. (DGS, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros (OE), na Nota Informativa n.º 2/2017, evidencia como objetivos da intervenção destas equipas a redução da mortalidade intra-hospitalar, a redução do tempo de internamento e a redução dos efeitos decorrentes da PCR. Da mesma forma, consideram que as EEMI promovem a formação na área da pessoa em situação crítica e garantem uma equipa organizada para situações de emergência clínica (OE, 2017).

2. Métodos

Para se dar cumprimento aos objetivos estipulados, foi estruturado um estudo de abordagem quantitativa, exploratório, transversal e descritivo. O instrumento de avaliação utilizado neste estudo foi um questionário, organizado para este efeito: “Tipologias e Contextos do Fluxo de Ativação em Doentes em Emergência Médica Intra-Hospitalar” (Rocha, C.C.P., 2022), que após cada utilização, foi analisado, para aceder a todos os registos de ativação da EEMI, no tempo definido para o estudo.

2.1 Amostra

Amostra de carácter intencional, constituída por 78 eventos de ativação, ou seja, acedemos ao conjunto de dados inseridos no documento, após esse número de mobilização de utentes. A nossa amostra trata assim, de observações de documentos, correspondendo ao número de ativações da EEMI incluídas no estudo, que corresponde ao mesmo número de utentes. Destes, 44 eram do género feminino (56.4%) e 34 do género masculino (43.6%). Relativamente à variável idade, é prevalente a faixa etária com mais de 65 anos (71.8%), com uma média etária de 70.85 anos (desvio padrão de 17.28 anos).

2.1.1 Critérios de Inclusão

Como critério de inclusão na amostra, foram considerados todos os eventos de ativação para quaisquer utentes abordados pela EEMI.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

O Instrumento de Recolha de Dados (IRD) “Tipologias e Contextos do Fluxo de Ativação em Doentes em Emergência Médica Intra Hospitalar” (Rocha, C.C.P., 2022), foi elaborado com base no documento interno de registo hospitalar, de um serviço de urgência de uma unidade local saúde norte. É constituído por três partes. Na primeira, que diz respeito à caracterização amostral (de pessoas mobilizadas), cada uma das variáveis foi operacionalizada da seguinte forma:

Rocha, C. C. P., & Branco, M. A. R. V. (2022). Caracterização do fluxo ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar. *Servir*, 2(03), e27555. <https://doi.org/10.48492/servir0203.27555>

género, foi tornada variável ordinal e intervalar; qualitativa com três hipóteses de sub-variável (F/M/outra); idade, tornou-se uma variável categorial, através de três categorias etárias. A variável comorbilidades é uma variável qualitativa, com disponibilidade de sub-variáveis como a hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus DM TI, TII), insuficiência vascular, obesidade, outra. Na segunda parte do IRD, apresenta-se o registo de identificação do serviço que ativa e contexto cronológico (hora acionamento/hora chegada correspondendo ao tempo de acionamento) e descrição de motivo acionamento. A última parte do questionário, diz respeito a duas variáveis de natureza qualitativa,- as medidas implementadas e destino do doente – que se expressa em resposta aberta, que será submetida a análise de conteúdo.

2.3 Procedimentos

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição onde foi realizado o estudo, e pelo respetivo Conselho de Administração (Parecer nº 50/2022). Foi assegurada confidencialidade sobre os dados obtidos e preservado o anonimato de todos os participantes. Os questionários foram preenchidos e os resultados que serão apresentados, dizem respeito à janela temporal entre janeiro de 2019 a fevereiro de 2022. Para a consecução do Objetivo: Conhecer os contextos do percurso do fluxo de ativação, desde o processo inicial até ao destino do utente. A análise estatística partiu da componente descritiva, dos valores de frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis independentes. A análise de relações entre as variáveis: serviços que ativaram a EEMI, as medidas implementadas e o destino do doente, foram efetuados testes de independência, como o Qui-Quadrado 1. Para estudar a significância estatística, das diferenças entre as variáveis: tempo de ativação e serviços que ativam a EEMI, foi usado o teste one-way ANOVA. Para todos os testes, foram considerados estatisticamente significativos, os valores de p inferiores a 0,05. O tratamento estatístico, foi realizado através do programa Statiscal Package Social Science (SPSS) 28.

3. Resultados

Apresenta-se o estudo de caracterização da amostra do ponto de vista sociodemográfico, tal como foi preconizado no primeiro objetivo, através das variáveis que a seguir se expõem (Tabela 1). A amostra constituiu-se por 78 registos de eventos de ativação da EEMI, que naturalmente, dizem respeito ao mesmo número de utentes/pessoas/funcionários, e que foram alvo de intervenção da EEMI. Estes, apresentaram uma média etária de 70.85 anos (desvio padrão de 17.28 anos), composta maioritariamente por utentes do género feminino (56.4%). Em termos de comorbilidades associadas, a hipertensão arterial (HTA) é a mais frequente (56.4%), seguida da obesidade (35.9%) e diabetes mellitus (DM) (25.6%).

Tabela 1 – Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis sociodemográficas, relativas à amostra

	n	%
Sexo		
Feminino	44	56.4
Masculino	34	43.6
Comorbilidades		
HTA	44	56.4
Obesidade	28	35.9
Insuficiência Vascular	9	11.5
DM	20	25.6
Categorias etárias		
Até 45 anos	9	11.5
46 a 65 anos	13	16.7
Mais de 65 anos	56	71.8
Idade: Média 70.85 anos (DP 17.28); Mín: 24; Max: 94		

Em média, o tempo de ativação dos diferentes serviços foi de 6.28 minutos (desvio padrão de 14.92 minutos). Os serviços que mais ativaram a EEMI, foram, o serviço de medicina interna (26.9%), o serviço de cirurgia (21.8%), o serviço de ortopedia (21.8%), a consulta externa (9.0%) e o serviço de psiquiatria (6.4%) (Tabela 2). Os motivos de



ativação predominantes são PCR (28.2%), dispneia (15.4%), alteração do estado de consciência (9.0%) e dessaturação (9.0%). No que respeita às medidas implementadas, as mais frequentes foram: a administração de medicação (46.2%), a implementação de suporte avançado de vida (29.5%) e administração de oxigénio (20.5%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Apresentação dos valores absolutos e relativos da variável fluxo de ativação (nº de chamadas por parte dos locais/ espaços/serviços para a Equipa EEMI)

	n	%
Serviço que ativou		
Medicina Interna	21	26.9
Cirurgia	17	21.8
Ortopedia	17	21.8
Consulta Externa	7	9.0
Psiquiatria	5	6.4
Hospital Dia	4	5.1
Diálise	3	3.8
Bloco Operatório	1	1.3
Cozinha	1	1.3
Farmácia	1	1.3
Fisioterapia	1	1.3
Motivo de ativação		
PCR	22	28.2
Dispneia	12	15.4
Alteração do Estado de Consciência	7	9.0
Dessaturação	7	9.0
Hipertensão	5	6.4
Taquicardia	4	5.1
Síncope	3	9.0
Crise Convulsiva	3	3.8
Lipotimia	3	3.8
Edema Agudo Pulmão	2	2.6
Peri-Paragem	1	1.3
Choque Hipovolémico	1	1.3
Bradicardia	1	1.3
AVC	1	1.3
Hipoglicémia	1	1.3
Síndrome Febril	1	1.3
Queda	1	1.3
Medidas implementadas		
Medicação	36	46.2
Suporte Avançado de Vida	23	29.5
Oxigénio	16	20.5
Avaliação de sinais vitais	3	3.8
Soroterapia	3	3.8
Ventilação	2	2.6
TAC	2	2.6
ECG	2	2.6
Entubação Oro-Traqueal	2	2.6
Soroterapia	2	2.6
Via Verde AVC	1	1.3
Imobilização	1	1.3
Tempo de ativação: Média 6.28 min (DP 14.92); Mín: 1, Max: 13		

Rocha, C. C. P., & Branco, M. A. R. V. (2022). Caracterização do fluxo ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar. *Servir, 2(03), e27555*. <https://doi.org/10.48492/servir0203.27555>

Os serviços que ativaram a EEMI com menor representatividade (excluindo a cirurgia, medicina e ortopedia), perfilam-se com um tempo de ativação significativamente superior (11.7 minutos e desvio padrão de 26.98 minutos) (p<0,001). O serviço com menor tempo de ativação, é o serviço de ortopedia (média de 3.82 minutos e desvio padrão de 1.33 minutos) (Tabela 3).

Tabela 3 – Apresentação da distribuição dos valores médios (em minutos) dos locais de chamada, relacionados com tempo de ativação consoante serviço

	Média	Desvio Padrão	P
Cirurgia (n=17 ativações)	4.06	1.51	<0.001
Medicina (n=21 ativações)	4.14	2.10	
Ortopedia (n=17 ativações)	3.82	1.33	
Outros (n=23 ativações)	11.70	26.98	

A intervenção de suporte avançado de vida (SAV) é a medida mais frequentemente implementada no serviço de medicina, a partir das respetivas ativações de doentes aí internados. Por outro lado, a administração de oxigénio e administração de medicação são as medidas mais utilizadas no serviço de ortopedia (Tabela 4) no mesmo contexto.

Tabela 4 – Apresentação da distribuição dos valores percentuais das variáveis relacionadas com as medidas implementadas consoante o serviço que acionou EEMI

	Cirurgia		Medicina		Ortopedia		Outros		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
SAV	3	13	12	52.2	1	4.3	7	30.4	<0.05
Oxigénio	5	31.3	4	25.0	7	43.8	0	0	<0.05
Ventilação	2	100	0	0	0	0	0	0	0.061
TAC	0	0	0	0	2	100	0	0	0.061
ECG	1	50	0	0	0	0	1	50.0	0.564
Imobilização	0	0	0	0	0	0	1	100	0.489
Medicação	11	30.6	4	11.1	12	33.3	9	25.0	<0.05
Avaliação Sinais Vitais	1	33.3	0	0	0	0	2	66.7	0.366
Entubação oro-traqueal	0	0	0	0	0	0	2	100	0.179
Fluidoterapia	0	0	0	0	1	50	1	50	0.564
Via verde AVC	0	0	0	0	1	100	0	0	0.304
Soroterapia	0	0	0	0	1	33.3	2	66.7	0.366

Ao analisar o destino do doente após a atuação da EEMI (Tabela 5), constata-se que é no serviço de cirurgia, onde ocorre maior permanência do doente avaliado (41.2%), em oposição ao serviço de medicina onde há menor percentagem de permanência (14.3%) e onde se regista a maior percentagem de óbitos (28.6%). O serviço de ortopedia é aquele onde existe maior transferência do doente (70.6%) após ativação da equipa. Muito embora estas diferenças sejam notórias, não existe relação estatisticamente significativa (p=0.242>0.05) para suportar as mesmas. Se houvesse um maior número de registos estas diferenças poderiam, eventualmente, apresentar valores de significância estatística mais evidente.

Tabela 5 – Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais, das variáveis: destino do doente e respetivo serviço que ativou

	Fica no mesmo serviço		Óbito		Serviço Urgência/Sala de emergência		P
	n	%	n	%	n	%	
Cirurgia (n=17 ativações)	7	41.2	1	5.9	9	52.9	0.242
Medicina (n=21 ativações)	3	14.3	6	28.6	12	57.1	
Ortopedia (n=17 ativações)	4	23.5	1	5.9	12	70.6	
Outros (n=23 ativações)	6	26.1	5	21.7	12	52.2	



4. Discussão

O presente estudo partiu de um conjunto de três objetivos, o primeiro, que dizia respeito à análise sociodemográfica de uma amostra de 78 registos de ativações da EEMI. Este conjunto de registos, deixa perceber uma amostra de doentes que necessitaram desta equipa de EEMI, maioritariamente feminina (56.4%) e com uma idade média de 70.85 anos. Ao contrário desta população mobilizada, os estudos anteriores com este foco na ativação de fluxos intra-hospitalares, verificamos que Flórido (2014), e Silva et al. (2016), acederam a este tipo de população em que 78% e 58% eram do género masculino, respetivamente. Nestes dois estudos a média de idades era de 72 e 70 anos, respetivamente, o que vai de encontro à média do presente estudo. Estes valores têm que ser analisados tendo como base a tendência para o aumento da esperança média de vida, associado ao aumento de comorbilidades com maior necessidade de cuidados de saúde (Organização Mundial Saúde, 2016). Os processos de deterioração fisiológica em faixas etárias mais elevadas, estão relacionados com um maior número de comorbilidades associadas e complicações existentes devido a um grau de dependência elevado. Em Portugal, a percentagem da população com idade igual ou superior a 65 anos aumentou 20.6 % nos últimos 10 anos, representando, atualmente, 23.4% da população portuguesa. (INE, 2021).

A análise dos contextos em que as ativações são realizadas, como consta na formulação do objetivo, é fulcral para se poder melhorar a qualidade da ativação e atuação da EEMI, e como descreve a circular normativa da DGS, para a “melhoria no tratamento dos utentes, diminuição da mortalidade e diminuição de custos” (DGS, 2010).

Relativamente aos contextos do momento de ativação, este estudo demonstrou uma tendência de ativações da EEMI, maior nos serviços de internamento de medicina (26,9%) seguindo-se do serviço de cirurgia (21.8%). A corroborar com este estudo, realizou-se um estudo no centro hospitalar Leiria (Cardo, 2017), que refere que a EEMI foi ativada essencialmente pelo serviço de medicina com registo de um total de 154 ativações, que corresponde a 47.38% do total, estando o serviço de cirurgia logo de seguida com 71 (21.85%) ativações da EEMI.

No que diz respeito ao conhecimento dos contextos do percurso do fluxo de ativação, vivido pelo doente em emergência intra-hospitalar, neste estudo, verifica-se que os motivos de ativação prendem-se essencialmente pela PCR (28,2%), dispneia (15.4%), alteração do estado de consciência (9.0%) e dessaturação (9.0%). Num estudo realizado num hospital do norte de Portugal, entre 2013 e 2015, onde analisaram os principais critérios de ativação, verificaram que o critério de ativação da EEMI referido com maior frequência foram a alteração do estado de consciência (43.2%), seguido da PCR (33.0%) e permeabilidade ameaçada da via aérea (19.2%) (Barbosa et.al., 2016), que vai de encontro aos resultados do estudo.

O tempo médio de ativação, emergente dos diferentes locais da unidade hospitalar, e segundo os registos deste estudo, foi de 6.28 minutos. Este tempo é variável entre os serviços (mínimo de 3.82 minutos no serviço ortopedia e 11.7 minutos em outros serviços), pelas distâncias, da localização dos diferentes serviços na unidade hospitalar. Grande parte deste tempo, é consumido pelo movimento da equipa, através do trajeto a ser percorrido, dentro da Unidade hospitalar, no sentido da eficácia e eficiência, de acordo com a OE (Despacho n.º 9639/2018). Este fator temporal é de extrema importância. Os atrasos na resposta prestada pela EEMI estão associados taxas de sobrevivência mais reduzidas. Por outro lado, situações em que houve uma rápida e eficiente resposta intra-hospitalar, permitiu uma intervenção clínica antes de decorridos 3 minutos após ter sido dado o alerta da emergência, aumentando as taxas de sobrevivência e melhorando o outcome do doente (OE, Despacho n.º 9639/2018).

Se o Suporte Básico de Vida (SBV) não for iniciado com rapidez, a possibilidade de sucesso diminui drasticamente. Espera-se que os profissionais iniciem reanimação, garantindo que todas as PCR intra-hospitalares sejam reconhecidas e que seja iniciado de imediato SBV e, caso necessário, desfibrilhação o mais depressa possível (INEM, 2020).

Winters et al. (2013), na sua revisão da literatura, defende que as mudanças na cultura de ativação da EEMI, o conhecimento dos critérios, o trabalho em equipa e as perceções sobre a utilidade da equipa para enfermeiros e utentes, são importantes influências para a utilização da EEMI.

Rocha, C. C. P., & Branco, M. A. R. V. (2022).

Caracterização do fluxo ativação da equipa de emergência médica intra-hospitalar.

Servir, 2(03), e27555. <https://doi.org/10.48492/servir0203.27555>

Conclusão

As equipas de EEMI, desenvolveram-se como estratégia de intervenção precoce, após ser verificado que os utentes apresentam, muitas vezes, sinais de deterioração que antecedem a PCR, ou outras patologias com desenlace eminente, e que, embora internados, não oferece esta unidade de internamento, em que ele se encontra, os serviços e ou apoios, que a situação patológica súbita desencadeada, exige. A este prepósito, Soar et.al. (2021), defende mesmo, que o reconhecimento de sinais precoces de agravamento clínico, permite uma intervenção atempada e ainda, reduzir o tempo de internamento hospitalar, o que pode acontecer com a cultura destes fluxos de ativação.

Conhecer o fluxo ativação da EEMI, como resposta aos eventos críticos que ocorrem dentro das Instituições de Saúde, têm sido considerados uma mais-valia, a nível mundial (Winters et.al., 2013).

Partiu-se de uma conjugação de 3 objetivos, para desencadear este percurso metodológico. Para dar resposta ao primeiro objetivo, a caracterização da amostra revelou que de entre os fluxos de ativação estudados, foi mais frequente este tipo de intervenção para mulheres, - e de alguma forma, corroborando a progressão demográfica portuguesa – e menos frequente em homens. O segundo objetivo encontrou resposta a ser verificada uma demora na atuação da equipa em serviços mais distantes, geograficamente. O terceiro objetivo, permitiu verificar que a causa mais prevalente de ativação EEMI é a PCR e no serviço de medicina interna.

Finalmente, e no que respeita ao destino do doente, verifica-se que é no serviço de ortopedia que há maior transferência de doentes para a sala emergência/serviço urgência.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para uma maior segurança na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e cultivar o reconhecimento mais precoce de deterioração aguda do doente, em todos os serviços.

Em suma, importa defender três linhas reflexivas para futuro.

A primeira é que importa realçar a pertinência de continuar o estudo relativo a este tipo de contexto e destas variáveis, nomeadamente, o estudo e materialização de uniformização dos critérios de ativação da equipa.

A segunda é que os critérios e ações disponíveis, possam e devam ser conhecidos por todos os profissionais hospitalares, para deles se sentirem informados e sobretudo, que por eles se sintam tranquilos relativamente ao atendimento neste tipo de emergência. Para tanto recomendam-se propostas de divulgação destes resultados e encontros de reflexão inter equipas.

Por último, defende-se a necessidade de prosseguir os estudos relativamente a estes eventos, para poder, a partir de resultados mais amplos, desenvolver estratégias para diminuir o período de tempo de resposta em determinados serviços mais distantes.

Acreditamos que todo este percurso foi progressivo e que durante o mesmo foram potencializados conhecimentos e aprendizagens, tendo-se revelado bastante enriquecedor a nível pessoal, mas também a nível profissional.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

Agradecimentos e Financiamento

Agradecem-se os contributos do Instituto Politécnico de Bragança e de todos os intervenientes no estudo.



Referências bibliográficas

- Barbosa, V., Gomes, E., Vaz, S., Azevedo, G., Fernandes, G., Ferreira, A., & Araujo, R. (2016). Falha na ativação da equipe de emergência intra-hospitalar: Causas e consequências. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28, 420–426. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160075>
- Cardo, M. J. (2017). Equipa de emergência intra-hospitalar: Análise das ativações e da perceção da sua importância pelos enfermeiros. (Dissertação de Mestrado), Escola Superior de Saúde de Leiria, Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/2987>
- Courtenay, M., Nancarrow, S., & Dawson, D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Hum Resour Health*, 11, 57. doi:10.1186/1478-4491-11-57
- DGS. (2010). Circular Normativa no 15/DQS/DQCO de 22/06/2010. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdcqco-de-22062010.aspx>
- Eric J. Lavonas, M., MS; David J. Magid, MD, MPH; Khalid Aziz, MBBS, BA, MA, MEd(IT); Katherine M. Berg, MD; Adam Cheng, MD; Amber V. Hoover, RN, MSN; Melissa Mahgoub, PhD; Ashish R. Panchal, MD, PhD; Amber J. Rodriguez, PhD; Alexis A. Topjian, MD, MSCE; Comilla Sasson, MD, PhD (2020). Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association- Edição em português por H.P. Guimarães, MD, PhD, FAHA (2020). In.
- Etter, R., Takala, J., & Merz, T. M. (2014). Intensive care without walls – introduction of a Medical Emergency Team system in a Swiss tertiary care centre. *Swiss Med Wkly*, 144, w14027. doi:10.4414/smw.2014.14027
- Flórido, T. J. S. (2014). Respostas de emergência a pessoa em situação crítica nas enfermarias do hospital: as práticas, os resultados e as opiniões dos enfermeiros. (Dissertação de Mestrado), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Retrieved from https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type%255B%255D=7&type_communication1%255B%255D=7
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015 | DRE. Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). Despacho n.º 9639/2018 DRE. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Hillman, K. M., Chen, J., & Jones, D. (2014). Rapid response systems. *Med J Aust*, 201(9), 519-521. doi:10.5694/mja14.01088
- INE (2021). Censos. Retrieved from https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=INEM
- INEM. (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida. In INEM (Ed.). Retrieved from <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>
- Organização Mundial Saúde (2016), Esperança de Média de Vida Aumenta Cinco Anos Entre 2000 e 2015 Mas As Desigualdades na Saúde Persistem. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/19-05-2016-life-expectancy-increased-by-5-years-since-2000-but-health-inequalities-persist>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). Transporte da pessoa em situação. Parecer nº 09 / 2017 https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento nº429/2018 de 16 de julho: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica.
- Silva, R., Saraiva, M., Cardoso, T., & Aragão, I. C. (2016). Medical Emergency Team: How do we play when we stay? Characterization of MET actions at the scene. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 24(1), 33. DOI: 10.1186/s13049-016-0222-7
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115-151. doi:10.1016/j.resuscitation.2021.02.010
- Winters, B. D., Weaver, S. J., Pfoh, E. R., Yang, T., Pham, J. C., & Dy, S. M. (2013). Rapid-response systems as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*, 158(5 Pt 2), 417-425. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00009