

Transferência de Cuidado: o agir e pensar do cotidiano de profissionais de saúde em unidade de pronto-socorro

Autores: Marília Alves^I; Clayton Lima Melo^{II}; Talita Ingrid Magalhães Silva^{III}; Moema Santos Suza^{III}

Resumo

A transferência de cuidado permeia e é permeada pelas nuances dos serviços de saúde e das práticas implementadas pelos profissionais. A organização e gestão dos serviços de urgência e emergência por vezes não colabora para a transferência de cuidado integral e seguro. **Objetivo:** analisar a percepção dos profissionais de saúde de um pronto-socorro sobre a transferência de cuidado de pacientes, no cotidiano de trabalho. **Métodos:** Estudo de caso único de abordagem qualitativa. Coleta de dados realizada através de entrevista semi estruturada com equipe multiprofissional de um pronto – socorro, vinculado ao sistema único de saúde na Região Central de Minas Gerais. Foram incluídos no estudo, 30 profissionais de saúde, entre enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e outras categorias. **Resultados:** A transferência de cuidado é compreendida de maneiras distintas pelos profissionais de saúde. A cultura institucional é um fator determinante das práticas dos profissionais, assim como as ferramentas de apoio e organização como ISBAR e passômetro. **Conclusão:** Os profissionais utilizam estratégias e táticas para superar os desafios da prática profissional.

Descritores: Transferência da Responsabilidade pelo Paciente; Pessoal de Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Segurança do Paciente.

^I PhD. Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

^{II} Enfermeiro. Doutorando(a) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais Brasil

^{III} Enfermeira. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil.

Introdução

A efetividade das estratégias e ações voltadas para melhoria da qualidade e segurança nos serviços de saúde depende da articulação entre conhecimentos e ações de diversas categorias profissionais. Outro aspecto primordial é a solidez da cultura de segurança do paciente. A transferência de cuidado emerge neste contexto como ponto chave⁽¹⁾.

A transferência de cuidado (*handoff* ou *handover*) consiste na transferência da responsabilidade do cuidado do paciente, ou grupo de pacientes, para outra pessoa ou grupo de profissionais temporária ou definitivamente⁽²⁾. Nos serviços de saúde, duas variações de *handover* são comumente utilizadas. Na primeira, a transferência de cuidado envolve mudanças na mesma instituição ou com outra instituição. Já na segunda variação, a transferência de cuidado se dá apenas em relação ao profissional responsável pela prestação de cuidados, sem que haja alteração do local de permanência do paciente⁽²⁻³⁾.

A segurança do paciente é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a redução do risco de dano desnecessário a um mínimo aceitável, associado ao cuidado de saúde⁽⁴⁾. Cerca de treze vertentes de atuação na área da segurança do paciente são desenvolvidas ao redor do globo, ao passo que a comunicação eficaz entre profissionais, pacientes e seus familiares nas instituições de saúde ganha destaque. No Brasil, a comunicação efetiva entre os profissionais nos serviços de saúde também é um ponto crítico, constituindo-se numa das metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente, principalmente em relação aos momentos de transição de cuidado⁽⁴⁾. A comunicação ineficaz é o principal fator relacionado a eventos adversos e que prejudica a transferência de cuidado dos pacientes⁽²⁻³⁾.

No tocante à segurança do paciente, sabe-se, que um em cada dez pacientes no mundo sofre algum dano enquanto recebe cuidados de saúde⁽⁵⁾. No Brasil, em Portugal e na Espanha, a incidência de eventos adversos (EA) é respectivamente de 7,6%, 11,1% e 8,4%, e desses 42% a 66% são considerados evitáveis⁽⁵⁻⁶⁾. O segundo anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil, aponta que os hospitais públicos e privados do país registraram seis mortes a cada hora, decorrentes de EA graves no ano de 2017⁽⁷⁾.

Os serviços da rede de urgência e emergência no Brasil, também denominados como Pronto - Socorro (PS) ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA) constituem a porta de entrada para pacientes com condições agudas, graves ou potencialmente graves⁽⁸⁾. Nesta modalidade de atendimento, tem se observado ao longo dos anos, uma grande lacuna entre o aumento da demanda e o financiamento dos serviços. Deste modo, a ingerência, sucateamento, subfinanciamento e outros fatores correlatos tem gerado, por exemplo, sobrecarga de trabalho e superlotação⁽⁸⁾.

Acredita-se que a imprevisibilidade, rotatividade elevada, grau de gravidade dos pacientes e os recursos limitados estejam diretamente relacionados e afetando em sobremaneira o trabalho dos profissionais^(3,8). Estas condições não favorecem a comunicação eficaz e/ou o trabalho em equipe^(2,9). A fragilidade dos processos relacionados à transição de cuidados representam um risco elevado para a segurança do paciente, e pode representar a fragmentação do cuidado^(2,9).

A OMS e a Comissão Conjunta Internacional (*Joint Commission International* - JCI) apontam três pilares essenciais para a transferência de cuidado, sendo (1) comunicação efetiva; (2) trabalho em equipe e (3) cuidado centrado na pessoa^(2,4). É

considerada como comunicação efetiva aquela que é oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida e compreensível. Assim, pode ser capaz de reduzir a incidência de erro. Já o trabalho em equipe permite a efetiva troca de informações entre os trabalhadores. O cuidado centrado na pessoa por sua vez, depende da articulação coordenada e específica entre profissionais, pacientes e familiares⁽⁹⁾.

O cenário da transferência de cuidado e suas especificidades ainda carecem de estudos abrangentes que revelem suas facetas. Grande parte dos estudos realizados debruçaram sobre a “passagem de plantão” na enfermagem, entretanto, a transferência de cuidado não se resume exclusivamente a uma prática do campo da enfermagem⁽¹⁰⁻¹²⁾. No tocante aos serviços de assistência neonatal, estudo realizado com profissionais de enfermagem, revelou que aspectos como atraso, saída antecipada, conversa paralela e ruídos representam interferências que afetam negativamente foram apontados como fatores de interferência a continuidade do cuidado diante das rupturas/transferências⁽¹²⁾.

O presente estudo apresenta uma amplitude importante, ao analisar a transferência de cuidado no contexto do primeiro atendimento e ao dar voz a diferentes classes profissionais. Assim, este estudo poderá contribuir com a produção de conhecimento adaptado à realidade nacional acerca da transferência de cuidado. Os resultados do estudo poderão subsidiar o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de incremento para a transferência de cuidado entre equipes e entre serviços, com vistas à melhoria da segurança do paciente.

Diante de todo o exposto, a seguinte inquietação norteou este estudo: Como os profissionais de saúde de um pronto-socorro percebem a transferência de cuidado dos pacientes em seu cotidiano de trabalho? O objetivo do estudo foi analisar a percepção dos profissionais de saúde de um pronto-socorro sobre a transferência de cuidado de pacientes, no cotidiano de trabalho.

Métodos

Trata-se de um estudo caso único de abordagem qualitativa. O método do estudo de caso possibilita análise ampla e em profundidade da realidade, através de perguntas e meios que respondam a “como” e “por que” tal fenômeno se dá ⁽¹³⁾. A abordagem qualitativa e o estudo de caso trazem à luz a historicidade dos sujeitos, das relações, das crenças, das percepções e das opiniões ^(13,14).

O cenário do estudo foi selecionado intencionalmente por ser um hospital geral público de ensino e pesquisa, no município de Belo Horizonte, com a transferência de cuidado de pacientes implantada no setor de urgência e emergência.

Foram incluídos no estudo os profissionais de saúde e de apoio, vinculados ao pronto socorro com experiência mínima de seis meses no referido setor. Foram excluídos do estudo, aqueles profissionais ausentes durante a coleta de dados, em razão de gozo de férias ou afastamento. Participaram do estudo 30 profissionais de saúde e apoio do Pronto-Socorro, com amostra a partir do princípio de saturação.

A coleta dos dados ocorreu em março de 2017, através de entrevista de 20-60 minutos áudio-gravada guiada por roteiro semiestruturado, observação do cotidiano de trabalho e análise documental, a fim de obter diferentes fonte de evidência ⁽¹³⁾.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, codificadas com as iniciais da classe profissional e a ordem sequencial das entrevistas (MED1, ENF1, etc). O roteiro de

entrevista foi composto pela identificação e caracterização sociodemográfica; questões fechadas referentes à formação, atuação e experiência, e questões abertas, a fim de compreender a percepção dos participantes sobre a transferência de cuidado, no contexto da urgência e emergência.

A análise dos dados se deu através da Análise de Conteúdo na modalidade-Temático Categorical, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados⁽¹⁵⁾.

Este estudo atende aos preceitos éticos estabelecidos na Res, 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer ético nº 1.559.717 e 1.519.784 emitidos pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, respectivamente (CAAE) nº 55119216.0.3001.5129 e 55119216.0.0000.5149.

As duas categorias elaboradas após análise foram: “Transferência de cuidado para além da passagem de plantão” e “Transferência de cuidado: fragilidades desveladas”

Resultados

Participaram da pesquisa 30 profissionais de saúde e apoio do Pronto-Socorro, sendo 16 mulheres (53%) e 14 homens (47%), com idade entre 24 e 61 anos, e média de 40 anos. Os profissionais apresentaram em média 16 anos de formação e dez anos de vínculo com a instituição, além de outros vínculos empregatícios que em soma representam 48 horas de trabalho semanal. Em relação ao turno de trabalho, 13 profissionais (43%) trabalham nos turnos diurno e noturno, seis (20%) trabalham em plantões noturnos e 11 (37%) em plantões diurnos.

Transferência de cuidado para além da “passagem de plantão”

Nesta categoria, os profissionais do pronto-socorro falam sobre suas crenças, ideias e conhecimento sobre o conceito de transferência de cuidado. “(...) *A transferência de cuidado pode ser feita no mesmo setor, para outros setores e serviços, você transfere a responsabilidade, a manutenção da assistência (...)*” (ENF6). “(...) *A transferência do cuidado envolve passar toda situação do paciente, colocar um objetivo para quem vai receber, seja quando você está passando o plantão, transferindo de setor, discutindo um caso, para manter a continuidade de tratamento (...)*” (MED 5).

Para os profissionais a transferência de cuidado, no fazer cotidiano atende ao nome de “passagem de plantão”. “(...) *Transferência de cuidado é o ato em que o profissional passa as informações mais importantes do paciente, como na passagem de plantão(...)*” (ENF4). “(...) *Eu acho que é a passagem de caso, de pendências, é a passagem de plantão, para evitar possíveis complicações(...)*” (MED 2). “(...) *Transferência de cuidado é passar a responsabilidade, como fazemos na passagem de plantão e no horário das refeições e descanso(...)*” (TEC12).

A complexidade e as responsabilidades envolvidas neste processo são reconhecidas pelos profissionais. *A transferência de cuidado é complexa. Uma das partes mais críticas é você garantir a continuidade do cuidado, a vida do paciente está na sua responsabilidade, você passa para seu colega o que você sabe e o que que ele precisa fazer* (ENF7). *Transferência de cuidado é passar de forma sucinta para quem vai assumir a responsabilidade, para que o cuidado seja mantido no melhor padrão* (MED 3). Há ainda, a percepção de que a transferência de cuidado se dá para a continuidade do

cuidado/trabalho desenvolvido no PS “(...) Não só a passagem do cuidado é importante, mas o recebimento pela outra pessoa de forma adequada é fundamental para dar continuidade (...)” (MED 5).

A situação clínica dos pacientes e a avaliação são a base para identificar problemas, definir prioridades e condutas. “(...) A transferência de cuidado é o enfermeiro avaliar o paciente, fazer diagnóstico de enfermagem, olhar demandas e transferir cuidados (...)” (ENF3). “(...) Devemos priorizar o que a criança tem, conduzir o profissional a dar seguimento, cobrar exames, reavaliar (...)” (MED 7). No campo da enfermagem, a sistematização da assistência não se dá no processo de transferência de cuidado. “(...) A demanda aqui é passar sonda, fazer medicação e transferir paciente, a enfermagem se resumiu a isso, não fazemos sistematização (...)” (ENF2). “(...) O objetivo do enfermeiro aqui é fazer transferência dos pacientes e tentar esvaziar o máximo o setor (...)” (ENF 6). Ainda que, a assistência de enfermagem, ao mesmo tempo sendo um elemento essencial para o trabalho da equipe multidisciplinar. “(...) quando vamos transportar paciente grave aqui para CTI ou tomografia, o enfermeiro é o responsável por organizar tudo (...)” (ENF 4).

Os profissionais do PS apontam para a importância da comunicação entre a equipe, assim como entre a rede de assistência para além da unidade hospitalar “(...) Paciente não é o relatório, tem que passar o caso pessoalmente(...)” (MED 4). Alguns pacientes com alterações psiquiátricas de agressividade, ideação suicida, a gente faz uma escuta e encaminha por telefone e por escrito para serviços como o CERSAM, mantendo a questão da linha de cuidado, a continuidade. (PSICO 1). A transferência de cuidado é o seguimento do paciente, pode se manter em um regime de internação, alta domiciliar e acompanhamento ambulatorial (MED 11). Transferência de cuidado envolve também encaminhamentos à rede social, delegacia, juizados, temos aqui demanda de agressão física, abuso, violência sexual (ASOC 1).

Transferência de cuidado: Fragilidades desveladas

Nesta categoria, os profissionais reconhecem as fragilidades no processo de transferência do cuidado, os efeitos da burocratização do cotidiano de trabalho, a comunicação ineficaz e as repercussões deste cenário para a assistência prestada aos pacientes. O cuidado tem que ser continuado, o paciente não pode ficar aqui no corredor jogado, sem medicamento, molhado, sem trocar fralda está faltando essa transferência de cuidado aqui. (TEC1). Tem colega que não passa plantão, existe falta de compromisso e de trabalho em equipe, pacientes perdem vaga porque o médico não falou, só escreveu (ENF7). Tem pacientes que são deixados aqui sem ninguém passar nada, isto prejudica a avaliação e o paciente (MED 4).

A hierarquia entre os profissionais, foi apontado como um fator determinante para a fragmentação da assistência. Muitos médicos aqui não importam com o que a enfermagem sabe e avaliou, somos desrespeitados, o paciente fica prejudicado (TEC1). Transferência de cuidado é a enfermagem com um cuidado, medicamento, sinais vitais, banho, e a gente entra com o ato médico de operar, prescrever (MED 1). Na transferência de cuidado o médico passa para médico, enfermeiro para o enfermeiro, técnico passa para o técnico (ENF2).

A coesão entre a equipe foi destacada como uma fragilidade da transferência de responsabilidade do cuidado entre os profissionais no PS. Essa situação de nenhuma especialidade querer assumir a responsabilidade pelo paciente é muito frequente, é um

jogo de empurra (MED 6). Existem pessoas aqui na emergência que não são tão comprometidas igual a maioria da equipe (MED 5). O trabalho em equipe aqui é bem caótico (ENF 7). Outro aspecto apontado pelos profissionais é a alta rotatividade que influencia o vínculo entre os profissionais e o serviço. Trocam sempre as pessoas com estas mudanças de gestão, muitos não querem trabalhar mais no PS, vai criando uma estrutura ruim e prejudica demais o serviço. Essa rotatividade e mudança constante de profissionais aqui no PS dificulta nossa atuação, acho importante eu ter um vínculo (ASOC 1). O trabalho em equipe aqui se perdeu, está muito fragmentado, temos alguns médicos novatos que não interagem muito com a gente (ENF2).

Aspectos pessoas e individuais como o perfil profissional, formação, expertise e tempo de experiência na área mostraram-se relevantes. A maioria dos enfermeiros não foi capacitada e não utiliza o ISBAR, nem todos aqui têm o mesmo entendimento e dão valor. Sabemos que o perfil profissional, formação, experiência na área e capacitação influenciam muito (ENF1). O hospital parou de treinar as pessoas, isto se perdeu aqui (TEC 1). Temos um médico aqui que não é qualificado para trabalhar na emergência (MED5).

Foi evidenciado em alguns depoimentos a visão dos profissionais da necessidade do foco no paciente, assim como a observação revela distanciamento dos profissionais dos pacientes familiares e cuidadores. Cada profissional procura olhar somente a sua parte, sem discutir, o paciente está ficando prejudicado (MED 9). Paciente é rotulado pelo motivo de admissão no hospital (MED 3). Falta muito aqui o próprio profissional se responsabilizar, tomar consciência da importância da transferência do cuidado, eu não estou falando só do profissional da enfermagem, estou falando de todos os profissionais com quem eu tenho contato aqui no pronto-socorro, o pessoal geralmente não toma para si a responsabilidade daquele trabalho. (ENF 7)

Para os profissionais, ainda é preciso sedimentar o processo de transferência de cuidado e lançar mão e recursos e ferramentas que subsidiem o trabalho e facilite a comunicação entre os profissionais. O ISBAR aborda o que te preocupou, o porquê que o paciente está aqui, o que você viu e o que você propõe ao colega que vai assumir o caso (MED 2). Nas observações do pronto-socorro a passagem de plantão é com passômetro, ele é mais simples (ENF3). Precisa chamar atenção para aquilo que preocupa e é mais importante (MED 10).

Discussão

A transferência de cuidado observada no cenário estudado assemelha-se ao descrito na literatura, como momentos de admissão e alta de pacientes; passagem de plantão e revezamento entre os profissionais nos intervalos de refeições e descanso; discussão de caso e solicitação de avaliação; encaminhamento de pacientes para exames; transferências internas ou externas como momentos de transferência de cuidado ^(2,16).

A comunicação e interação entre os profissionais é imprescindível para a transferência de cuidado. O trabalho em equipe demanda a implementação de estratégias de educação e treinamento de habilidades não técnicas^(1,17). Todos os envolvidos direta ou indiretamente com o cuidado dos pacientes são (co)responsáveis pela segurança comunicacional⁽¹⁷⁾.

O *handoff* possa ser estratificado em três fases interdependentes: a) a fase pré-*handoff* que consiste no conhecimento sobre o paciente; b) o *handoff* em que ocorre a

comunicação dos eventos relacionados aos casos dos pacientes, relacionada a preparação na fase de *pré-handoff*; c) o *pós-handoff* que inclui realizar atividades de cuidado planejadas e de reavaliação das informações do paciente¹⁶. Porém, ainda assim os resultados do presente estudo apontam para a existência de troca de informações tanto entre os profissionais de uma mesma categoria quanto de categorias diferentes. Fato este, que contribui para o cuidado integral.

O enfermeiro figura como profissional chave para transferência de cuidado dos pacientes no PS, pois, participa do planejamento e organização da assistência de enfermagem como elemento agregador. Estudos apontam os enfermeiros como atores de maior centralidade durante a transferência da responsabilidade pelo paciente, assim como potencial articulador do cuidado com as demais áreas e categorias profissionais, priorizando a centralidade do cuidado no paciente⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Constatou-se nos depoimentos e observação que apesar dos esforços da equipe de enfermagem em melhorar a segurança do paciente no PS, os entrevistados relatam algumas dificuldades como a inexistência da SAE, falta da padronização das ações e condições de avaliação clínica dos pacientes, desvio de função do enfermeiro, além de superlotação e sobrecarga de trabalho, que na visão deles, dificultam o processo de trabalho e a prática segura do handover.

Os entrevistados ressaltam em seus relatos a passagem de plantão como uma estratégia importante de transferência de cuidado, entendendo-a não somente como a troca de turnos de trabalho, mas também momentos em que passam a responsabilidade por alguns pacientes, para outro profissional em intervalos como de refeição e descanso. O handover envolve três características principais: a transferência da informação, da responsabilidade e da autoridade. É uma atividade clínica que abarca desde a transferência de informações sobre o paciente entre profissionais de diferentes turnos, até a transferência de um paciente entre setores do hospital e para outro hospital⁽¹⁶⁾. Um desafio durante as transferências é identificar métodos e adotar estratégias que diminuam a deterioração da informação com a perda de dados clínicos importantes e desenvolver um processo de transferência que seja eficiente e abrangente⁹.

A clareza e assertividade foram apontadas por alguns entrevistados como habilidades de comunicação importantes nos momentos de *handover*, chamando atenção para aquilo que realmente preocupa e o que é mais importante na comunicação estabelecida. Nesse processo, destaca-se a necessidade de comunicação efetiva, com contato dos olhos, escuta ativa, clareza nas mensagens e da confirmação que a outra parte compreendeu a informação⁽²⁰⁻²²⁾. Nessa perspectiva, o diferencial das organizações está nas pessoas e no desempenho das equipes. A comunicação, como ferramenta de gestão que permite o conhecimento compartilhado e padronização das ações, frequentemente é exigida nos processos de acreditação⁽²³⁾.

O passômetro é apontado como instrumento utilizado nos setores de observação do PS pelos enfermeiros e na emergência pediátrica pelos médicos e enfermeiros. Os relatos evidenciaram a importância de sistematizar não somente na passagem de plantão, mas todos os momentos de handover, para facilitar a continuidade dos cuidados. O processo de comunicação e trabalho em equipe são complexos e exigem conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais para ser eficaz⁽²⁰⁾.

Os depoimentos mostraram que os enfermeiros e médicos consideram o passômetro um instrumento simples e que facilita a passagem de plantão, localização e transferência

de pacientes no PS. O referido passômetro consiste em um documento digital, acessível nos computadores do PS, em forma de tabela com linhas e colunas, especificando itens a serem verificados. O passômetro é alimentado com: nome, idade, data de admissão, diagnóstico médico, especialidade responsável pelo paciente, exames ou procedimentos. Em relação ao cuidado de enfermagem, o passômetro aborda possíveis intercorrências, dispositivos médicos como sondas, cateteres e oxigenoterapia.

O ISBAR (SBAR- *Situation, Background Assessment, Recommendation*)⁽²⁴⁾ consiste em um método de *briefing* guiado por um instrumento validado e comprovadamente eficaz para padronizar a troca de informações e sequência de atuação entre profissionais de saúde. O Instituto para o Desenvolvimento do Cuidado em Saúde (IHI - *Institute for Healthcare Improvement*), com sede em Cambridge, nos Estados Unidos, incentiva, desde 2007, os serviços de saúde a adotarem a ferramenta para nortear a avaliação do paciente, através da verificação da situação atual, os antecedentes relacionados, a avaliação e as recomendações ⁽²⁵⁾. No cenário estudado, este instrumento é disponibilizado nos computadores, onde os profissionais de nível superior preenchem os dados e disponibilizam aos profissionais que assumirão o cuidado pelas horas seguintes.

A passagem de plantão era realizada por categorias profissionais separadas, geralmente a beira leito. Em relação aos técnicos de enfermagem, a transferência de cuidado, comumente denominada como passagem de plantão, se dá apenas verbalmente. Estudos apontam alguns fatores que dificultam as passagens de plantão, entre eles, quantidade excessiva ou reduzida de informações; limitada oportunidade para fazer questionamentos; informações inconsistentes; omissão ou o repasse de informações errôneas; processos não padronizados; registros ilegíveis; falta de trabalho em equipe; conversas paralelas entre profissionais, interrupções e distrações ^(19-20, 24).

Apontado como um dos fatores relevantes para uma assistência segura, o registro do cuidado, seja em prontuário ou em outros meios físicos ou digitais, possibilitam ao profissional recorrer à fonte de informação sempre que necessário. A ausência de registro ou incompletude dos dados, sabidamente dificulta a comunicação entre os profissionais e reflete negativamente sobre a continuidade e integralidade da assistência ⁽²²⁾. Estudo sobre os erros de comunicação dos sinais vitais durante o *handoff*, em serviço de urgência identificou a incapacidade para comunicar ou documentar informações como hipotensão e hipóxia²⁵. A análise de 1.163 *handoff*, revelou ainda que em 117 pacientes com episódios de hipotensão e 156 com hipóxia, 66 (42%) e 126 (74%), respectivamente, que não foram comunicados. Já em outros 166 *handoff* houve erro ou omissão na comunicação de sinais vitais²⁵.

A comunicação ineficaz, dificuldades de trabalho em equipe, falta de comprometimento dos profissionais e falta de condições adequadas de trabalho são fatores que trazem dificuldades na sequência das atividades por toda equipe multidisciplinar, com implicações na transferência de cuidado, continuidade da assistência e na segurança dos pacientes, favorecendo a ocorrência de eventos adversos^(16, 20-21). Neste contexto emerge o trabalho em equipe e multiprofissional, que permeia e é permeado essencialmente pela comunicação. Sabe-se que há elementos constitutivos que qualificam o trabalho em equipe, como a comunicação efetiva, a confiança, o vínculo e respeito mútuo, bem como a autonomia e reconhecimento do trabalho do outro, a colaboração, tomada de decisão compartilhada e construção de objetivos comuns ^(10,18).

Estudos mostram que profissionais de saúde têm dificuldades em manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e, conseqüentemente, a segurança do paciente^(10,18). Diferenças hierárquicas, poder e conflitos no trabalho na área de saúde têm influenciado diretamente o modo como a comunicação se estabelece, fazendo com que as categorias profissionais atuem em paralelo, em detrimento do trabalho em equipe^(9-10,21). Na equipe de saúde, o trabalho deve ser interdisciplinar, exigindo relações sociais horizontais⁽¹⁰⁾.

Outro aspecto importante é o compartilhamento do cuidado, com o envolvimento do paciente e de seus familiares. No contexto da urgência e emergência, a hierarquia e soberania do saber médico/profissional distanciam os profissionais de familiares e cuidadores. Este aspecto compromete a visão de cuidado centrado no paciente, que corresponde a um dos pilares de transferência de cuidado^(3,21). O envolvimento do paciente, de seus familiares e cuidadores é importante para a redução de erros nas transições de cuidados, porque eles podem participar ativamente do processo com troca de informações sobre antecedentes, controle de saúde, quadro clínico, situação familiar e no recebimento de orientações⁽¹⁰⁾.

As observações evidenciaram que a equipe médica e de enfermagem tem maior proximidade e diálogo com familiares de pacientes nos setores de urgência e emergência pediátrica, o que é facilitado pela permanência de acompanhantes em tempo integral. Outros estudos confirmam estes achados e trazem a diferenciação de profissionais que trabalham com crianças, por possuírem maior diálogo e atenção com os familiares⁽¹²⁻¹⁹⁾.

Este estudo apresenta como limitações não ser passível de generalização por se tratar de um estudo de caso realizado em uma unidade assistencial específica. Sugere-se outros estudos sobre a transferência do cuidado, ampliando a perspectiva de equipe e visão dos profissionais de saúde.

Conclusão

O estudo evidenciou a compreensão e o cotidiano de profissionais de saúde em momentos de transferência de cuidado de pacientes em um serviço de pronto - socorro. A transferência de cuidados ainda se dá de modo fragmentado e empírico, entretanto, evidenciou-se também, um forte desejo em fazer o melhor possível pelo paciente. Os profissionais expressaram suas percepções acerca do seu próprio comprometimento e de seus pares, a fim de assegurar a continuidade da assistência.

Além das relações interpessoais e dos esforços pessoais/individuais, a organização e cultura organizacional da instituição de saúde é imprescindível. Tal aspecto evidencia a potencialidade e importância das atividades de gestão. Outros recursos também mostraram se importantes e condicionantes da comunicação facilitada entre os profissionais, principalmente na passagem de plantão.

Os profissionais de saúde participam da transferência de cuidado dos pacientes no PS desde a admissão até a alta, interagindo com os familiares e outros profissionais de saúde na responsabilização e continuidade de cuidados. O enfermeiro é referência para a equipe no planejamento e organização de momentos importantes de handover no PS, principalmente em situações de alta, realização de exames, transportes e transferências. Foi possível identificar que os profissionais buscam superar as dificuldades de comunicação, trabalho

em equipe, excesso de pacientes e infraestrutura do PS, como fatores que podem comprometer a transferência de cuidado.

Por se tratar de um estudo de caso, este estudo apresenta como limitação a impossibilidade de generalização. Outros estudos que abordem a transição de cuidado em suas mais diversas facetas são necessário para sua melhor compreensão.

Referências

1. Nascimento, JSG; Rodrigues, RR; Pires, FC, *et al.* Medical shifts passage as a management tool for patient safety. Rev Enferm UFSM 2018 Abr./Jun.;8(2): 544-559. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769229412>
2. Merten H, Van Galen LS, Wagner C. Safe Handover: practical guidance. BMJ. 2017; 359p. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4328>
3. Eggins S, Slade D. Communication in clinical handover: improving the safety and quality of the patient experience. J Public Health Res. 2015;4(3):197-9. doi:10.4081/jphr.2015.666
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>
5. Donaldson LJ, Kelley ET, Dhingra-Kumar N, Kieny M-P, Sheikh A. Medication without harm: WHO's Third global patient safety challenge. Lancet. 2017;389:1680-1. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31047-4
6. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. The feature of preventable adverse events in hospitals in the State of Rio de Janeiro. Rev Assoc Med Bras. 2013[citado em 2017 maio 25];59(5):421-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.03.002>
7. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB, Abreu ACC, Leão ML. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar - IESS. II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil. Belo Horizonte; 2018[citado em 2018 ago 11]; Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>
8. Santos JLG, Menegon FHA, De Pin SB, Erdmann AL, Oliveira RJT, Costa IAP. Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. Rev Rene. 2017; 18(2):195-203. doi: 10.15253/2175-6783.2017000200008
9. Gluyas H. Effective communication and teamwork promotes patient safety. Nursing Standard. 2015; 29(49):50-7. doi: 10.7748/ns.29.49.50.e10042.

10. Silva M, Anders J, Silva M, Souza S, Carneiro E. Transfer between hospital units: implications of communication on pediatric patient safety. J Nurs UFPE on line. 2017;11(10): 3813-20. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i10a25217p3813-3820-2017>
11. Silva S, Nascimento E, Hermida P, Sena A, Klein, T, Pinho, F. (2016). Checklist para passagem de plantão de pacientes em pós-operatório imediato na admissão em terapia intensiva. Enfermagem em Foco. 2016;7(1):13-7. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n1.658>
12. Gonçalves MI, Rocha PK, Anders JC, Kusahara DM, Tomazoni A. Communication and patient safety in the change-of-shift nursing report in neonatal intensive care units. Texto Contexto Enferm. 2016;25(1):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002310014>
13. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5a ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
16. Abraham J, Kannampallil T, Brenner C, Lopez KD, Almoosa KF, Patel B, et al. Characterizing the structure and content of nurse handoffs: A Sequential Conversational Analysis approach. Journal of biomedical informatics. 2016;59:76-88. doi: 10.1016/j.jbi.2015.11.009. Epub 2015 Nov 26.
17. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. Cogitare Enferm. 2015;20(3):636-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>
18. Silva AS, Avelar ABA, Farina MC. Exploratory research on patient-related transition: a social network analysis perspective. Rev. FAE. 2015;18(1):70-85.
19. Souza GC, Peduzzi M, Silva JAM, Carvalho BG. Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? Rev Esc Enferm USP. 2016; 50(4):642-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>
20. Santos GRS, Campos JF, Silva RC. Handoff communication in intensive care: links with patient safety. Esc. Anna Nery. 2018; 22(2):e 20170268. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0268
21. Borges FFD, Azevedo CT, Amorim TV, et al. Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017;7:e1147. DOI:<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1147>

22. Manzo BF, Brito MJM, Alves M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. Rev Bras Enferm, Brasília 2013 jan-fev; 66(1): 46-51.
23. Beccaria LM, Meneguesso B, Barbosa TP, Pereira RAM. Interferências na passagem de plantão de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Revista CuidArt. 2017;11(1): 86-92.
24. Institute for Healthcare Improvement. SBAR Communication Technique.
<http://www.ihl.org/Topics/SBARCommunicationTechnique/Pages/default.aspx>
25. VENKATESH, A.K. et al. Communication of vital signs at emergency department handoff: opportunities for improvement. Ann Emerg Med. [S.l.], v. 66, sn, p. 125–130, Aug. 2015.