

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CLAYTON LIMA MELO

**TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO REALIZADA PELOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**Belo Horizonte
2019**

CLAYTON LIMA MELO

**TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO REALIZADA PELOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Organização e Gestão de serviços de saúde e de enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Marília Alves

**Belo Horizonte
2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Melo, Clayton Lima.

Transferência de cuidado realizada pelos profissionais de saúde em um serviço de urgência e emergência [manuscrito] / Clayton Lima Melo. - 2019.

181 f.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marília Alves.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Transferência da Responsabilidade pelo Paciente. 2.Equipe de Assistência ao Paciente. 3.Serviços Médicos de Emergência. 4.Segurança do Paciente. I.Alves, Marília. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

ATA DE NÚMERO 127 (CENTO E VINTE E SETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELO CANDIDATO CLAYTON LIMA MELO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM ENFERMAGEM.

Aos 27 (vinte e sete) dias do mês de março de dois mil e dezenove, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO REALIZADA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA", do aluno Clayton Lima Melo, candidato ao título de "Doutor em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Marília Alves (orientadora), Ana Lúcia De Mattia, Adriane Vieira, Matilde Meire Miranda Cadete e Ricardo Bezerra Cavalcante (participou da sessão por skype), sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a-tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 27 de março de 2019.

Profª Drª. Marília Alves
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Ana Lúcia De Mattia
(Esc. Enf/UFMG)

Profª. Drª. Adriane Vieira
(Esc. Enf./UFMG)

Profª. Drª Matilde Meire Miranda Cadete
(UNA)

Prof. Dr. Ricardo Bezerra Cavalcante
(UFSJ)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

Marília Alves
Ana Lúcia de Mattia
Adriane Vieira
Matilde Meire Miranda Cadete
Ricardo Bezerra Cavalcante
Andréia N. Delfino

HOMOLOGADO em reunião do CPG
em 01/04/2019

Kenia Lara Silva
Profª. Dra. Kenia Lara Silva
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG

Dedico esta tese à minha mãe, Maria da Conceição (*in memoriam*), que foi meu exemplo e base para uma vida que nos traz tantos desafios. Foi ela quem me incentivou a estudar e me amava incondicionalmente.



AGRADECIMENTOS

A Deus, por me guiar, dar-me força e coragem para alcançar meus sonhos.

À querida Profa. Marília Alves, que me aceitou nesta caminhada e foi muito mais que uma orientadora. Com toda sua generosidade, compartilhou conhecimentos, segurou em minha mão e soube me conduzir, mesmo nos períodos mais difíceis, apontando os caminhos, estimulando minha confiança e autonomia. Sem você não seria possível.

A José Carlos Zeferino e Terezinha Zeferino, pelo amor de uma família que foi construída e o apoio no cotidiano para que eu conseguisse chegar até aqui.

Aos meus filhos de coração, Kia, Paris, Belinha, Chiquinho, Dinho (*in memoriam*) e Tody (*in memoriam*), que me fazem companhia e tornam os dias mais coloridos.

À querida Profa. Matilde Meire Miranda Cadete, que incentivou minha iniciação na pesquisa desde a graduação, assim como o ingresso na docência. Você é fonte de inspiração.

À Profa. Lindalva Carvalho Armond, coorientadora no mestrado e que, assim como a Profa. Matilde, sempre esteve impulsionando e me incentivando a esta conquista.

Aos professores da Escola de Enfermagem da UFMG, que colaboraram para a minha formação acadêmica e pessoal desde a graduação em Enfermagem, em especial, àqueles que validam que devemos cuidar de quem cuida.

Ao amigo Lázaro França, que me auxiliou na coleta de dados, transcrição de entrevistas e formatação do trabalho para qualificação. Obrigado por toda parceria e incentivo!

À querida Talita Silva pela disponibilidade e carisma. Nunca esquecerei da lente de Certeau!

Ao Dr Cristiano Girardelli pelo profissionalismo, todo o apoio e incentivo.

Aos amigos especiais, Raquel Dantas, Thaís Gomes, Júlio Batista, Adriana Costa da Silva, Adriana Cássia da Costa, Liliane Trad, Renata Pietro, Nara Azeredo, Viviane Gusmão, Débora Feijó, Melquíades Ramalho, Widlane Montenegro, Wal Brandão, Waleska Almeida, Érika Leitão, Ana Maria Pinheiro, Vítório Gomes, Filipe

Lima, Cintia Oliveira, Lélia Camila, Karina Monteiro, Liliane Rosa. Cada um de vocês acompanhou esta fase de minha vida, de formas diferentes, mesmo que alguns estivessem mais distantes, mas de alguma forma contribuíram para aumentar minha fé, minha força, meu bem-estar e a vontade de seguir adiante.

Aos colegas da PUC Minas, do Hospital Metropolitano Odilon Behrens, da Sociedade Mineira de Terapia Intensiva (SOMITI), da Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva (ABENTI) e do Departamento de Enfermagem da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) pelo apoio e incentivo.

Agradecimentos à FAPEMIG e CNPq pelo apoio e incentivo financeiro da pesquisa.

E a todos que, de uma forma ou de outra, estiveram comigo nesta fase de minha vida.

Que as nossas almas sigam irmanadas na utopia de um mundo cuja maior loucura seja a dignidade de todos os homens. Cujas alegrias de uns não estejam alicerçadas na desgraça de inúmeros outros. Cujas esperanças sobrevivam ao caos. Onde o pão nosso de cada dia esteja à mesa recheado de sonho e poesia (RIBEIRO, 2015).

RESUMO

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, de forma temporária ou definitiva. O objetivo do presente estudo foi analisar a transferência de cuidado de pacientes no cotidiano de profissionais de saúde de um pronto-socorro e sua influência na qualidade assistencial. Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa, que utilizou o referencial do cotidiano de Michel de Certeau, em especial, os conceitos de tática e estratégia, realizado em um pronto-socorro de um hospital público de grande porte, localizado na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Participaram da pesquisa 30 profissionais, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, maqueiros, assistente social, psicólogo e cirurgião-dentista do pronto-socorro (PS), diretamente envolvidos no *handover*. A coleta de dados foi realizada, por meio de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, observação e análise documental. Utilizou-se o critério de saturação dos dados, para encerrar as entrevistas que foram gravadas, transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo Temática. Os dados foram coletados, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da UFMG (COEP/UFMG) e Comitê de Ética e Pesquisa do hospital sob os pareceres nº 1.519.784 e nº 1.559.717, respectivamente e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes. Os resultados foram organizados em cinco categorias temáticas: “Compreendendo a visão dos profissionais de um pronto-socorro sobre a transferência de cuidado de pacientes: múltiplos olhares”; “Comunicação efetiva: estratégias e táticas vivenciadas no cotidiano dos profissionais”; “Fatores que interferem no trabalho em equipe e comunicação nos momentos de *handover*”; “O trabalho em equipe no cotidiano dos profissionais e reflexos no *handover*”; “Cuidado centrado no paciente e família”. Os dados revelaram aspectos do cotidiano do PS, assim como o perfil dos entrevistados, sujeitos que, além das normas instituídas, utilizam táticas para superar dificuldades e mostram comprometimento com a assistência. O *handover* é compreendido de maneiras distintas pelos profissionais e apresenta-se mais ligado à transferência de informações, mas existe, também, uma preocupação para que ocorra transferência de responsabilidade e continuidade do cuidado. Foram identificadas estratégias, para definir o fluxo de atendimento e normatizar o *handover*, tendo destaques o protocolo de Manchester, prontuário eletrônico, Situação-*Background*-Avaliação-Recomendação (SBAR) e passômetro, assim como táticas (o fazer real) reveladas pelos profissionais. Habilidades leves, como assertividade, escuta e negociação, configuram-se como táticas para aumentar a efetividade da comunicação. O enfermeiro aparece como peça-chave para o trabalho da equipe multiprofissional e organização do *handover*. Identificaram-se fatores relacionados ao ambiente, estrutura, processos e indivíduos, que interferem na comunicação e trabalho em equipe nos momentos de *handover*. O trabalho em equipe no PS é percebido mais como agrupamento do que integração, prejudicando o *handover*. O cuidado é realizado, de acordo com normas e definições dos profissionais, com base na realidade do hospital e menos nas necessidades do paciente e sua família, o que compromete o *handover* e segurança do paciente neste cenário.

Palavras-chave: Transferência da Responsabilidade pelo Paciente. Equipe de Assistência ao Paciente. Serviços Médicos de Emergência. Segurança do Paciente.

ABSTRACT

The transference of care (handoff or handover) consists in temporarily or permanently transferring the responsibility of the patient care to another person or group of professionals. The objective of this study was to analyze the transfer of patient care in the daily life of healthcare professionals of an emergency room and its influence on the quality of care. This is a case study of a qualitative nature, referenced on the daily life of Michel de Certeau's, especially regarding the concepts of tactics and strategy. We conducted the study in an emergency room of a large public hospital, located in the municipality of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Thirty professionals of the emergency room among physicians, nurses, nursing technicians, stretcher bearer, social workers, psychologists, and dental surgeons (PS) directly involved in the transfer of patient care partook of the study. We collected the data through individual interviews using a semi-structured script, observation, and documentary analysis. We used the data saturation criterion to close the interviews recorded, transcribed, and submitted to the Thematic Content Analysis. The data collection occurred after the approval of the project by the Ethics Committee of the UFMG (COEP/UFMG) and the Committee of Ethics and Research of the hospital under the decision nº 1,519,784 and 1,559,717, respectively. The participants signed the Term of Free and Clarified Consent (TFCC). The results were organized in five thematic categories: "Understanding the perspective of the professionals of an emergency room on the transfer of patient care: multiple perspectives"; "Effective communication: strategies and tactics experienced in the daily life of the professionals"; "Factors that interfere in teamwork and communication during a handover"; "Teamwork in the daily life of the professionals and reflexes on the handover"; "Care centered on the patient and family". The data revealed aspects of the daily life of the ER, as well as the profile of the interviewees, subjects who, besides the established norms, use tactics to overcome difficulties and show commitment to the assistance. The handover is understood in different ways by the professionals and is more closely connected to the transfer of information. However, there is also a concern for the transfer of responsibilities and care continuity. We identified strategies to define the flow of care and standardize the handover, highlighting the Manchester protocol, electronic medical record, **Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR)**, and passometer, as well as tactics (the real acting) revealed by the professionals. Mild skills such as assertiveness, listening, and negotiation are shown as tactics to increase the effectiveness of communication. The nurse appears as a critical piece for the work of the multi-professional team and handover organization. We identified factors related to the environment, structure, processes, and individuals that interfere in the communication and teamwork during the handover. Teamwork in the ER is perceived more as a grouping than integration, impairing the handover. Care is performed according to the standards and definitions of the professionals based more on the hospital's reality and less on the needs of the patients and their family, which compromises patient handover and the safety of this setting. **Keywords:** Patient Responsibility Transfer. Patient Care Team. Emergency Medical Services. Patient safety.

Keywords: Patient Handoff. Patient Care Team. Emergency Medical Services. Patient Safety.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Componentes da Rede de assistência à urgência (RAU).	43
Figura 2 - Classificação da Unidades Móveis do SAMU.	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Ações para reduzir riscos de incidentes relacionados a <i>handovers</i> ineficazes.....	25
Quadro 2 - Ferramenta de Comunicação ISBAR.....	31
Quadro 3 - Escala de Classificação de Risco estabelecida pelo Sistema de Triagem de Manchester.	66
Quadro 4 - Distribuição das características do perfil dos participantes enfermeiros.....	74
Quadro 5 - Distribuição das características do perfil dos participantes médicos.	75
Quadro 6 - Distribuição das características do perfil dos participantes técnicos de enfermagem.....	77
Quadro 7 - Barreiras que interferem na comunicação e trabalho em equipe nos momentos de <i>handover</i>	140

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise do Conteúdo
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
AHRAUE	Componente da Atenção Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BC	Bloco Cirúrgico
CBA	Associação Brasileira de Acreditação
CBMF	Cirurgia bucomaxilofacial
CFM	Conselho Federal de Medicina
COBOM	Corpo de Bombeiros Militar
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CR	Classificação de Risco
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
EA	Eventos Adversos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GBACR	Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IHI	Institute for Healthcare Improvement
ISBAR	É uma adaptação incorporando o Identification ao acróstico Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR), traduzido em português como Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendações
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LC	Linhas de Cuidado
MTS	Manchester Triage System
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente

PS	Pronto-Socorro
PSP	Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção à Urgência
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBAR	Um acróstico para Situation-Background-Assessment-Recommendation que, em Português, significa Situação-Background-Avaliação-Recomendação
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SRPA	Sala de recuperação Pós- anestésica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJC	<i>The Joint Commission</i>
TRIOUS	Computadores TRIUS (dispositivos com o software estadual do Protocolo de Manchester)
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	22
2.1	OBJETIVO GERAL	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3	REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1	<i>HANDOVER</i> : TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO DE PACIENTES.....	23
3.2	O USO DA METODOLOGIA SBAR.....	28
3.3	ELEMENTOS ESSENCIAIS PARA A TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO: COMUNICAÇÃO, TRABALHO EM EQUIPE E CUIDADO CENTRADO NA PESSOA E FAMÍLIA.....	32
3.4	REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS.....	41
3.5	ABORDAGEM DO COTIDIANO POR MICHEL CERTEAU	47
4	PERCURSO METODOLÓGICO	52
4.1	TIPO DE ESTUDO	52
4.2	CENÁRIO E O CASO EM ESTUDO	54
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	56
4.4	COLETA DE DADOS.....	57
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	59
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	60
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
5.1	O CENÁRIO E SUJEITOS ENVOLVIDOS NA TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	63
5.1.1	O contexto do Pronto-Socorro	63
5.1.2	Participantes da pesquisa	71
5.2	COMPREENDENDO A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE UM PRONTO- SOCORRO SOBRE TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO DE PACIENTES: MÚLTIPLOS OLHARES	78
5.3	COMUNICAÇÃO EFETIVA: ESTRATÉGIAS E TÁTICAS VIVENCIADAS NO COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS.....	100
5.3.1	Acolhimento com Classificação de Risco: estratégias e táticas relacionadas à comunicação	103
5.3.2	Pronto-socorro e SAMU: conflitos relacionados à comunicação e integração de atividades nos momentos de handover	106
5.3.3	O prontuário do paciente: estratégias e táticas relacionadas ao handover	112
5.3.4	Passagem de plantão: prática permeada por estratégias e táticas de	

	comunicação	119
5.4	FATORES QUE INTERFEREM NO TRABALHO EM EQUIPE E COMUNICAÇÃO NOS MOMENTOS DE <i>HANDOVER</i>	125
5.5	O TRABALHO EM EQUIPE NO COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS E REFLEXOS NO <i>HANDOVER</i>	140
5.6	CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E FAMÍLIA.....	148
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
	REFERÊNCIAS	158
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO	175
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	177
	APÊNDICE C - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SIMPLES	179
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	180
	ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	181

1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde envolve a articulação de conhecimentos e ações de diferentes serviços e categorias profissionais, e o trabalho de profissionais de saúde pode apresentar-se fragmentado, sem articulação de ações e com comunicação frágil, desconfigurando um trabalho em equipe e colocando as instituições de saúde como ambientes de risco para Eventos Adversos (EA) e incidentes (PAIVA et al., 2014).

O erro ou incidente pode ser definido como o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente, podendo ser oriundo de atos intencionais ou não. Quando não atinge o paciente, ou é detectado antes, denomina-se de *near miss* (quase erro); quando o atinge, mas não causa danos discerníveis, denomina-se de incidente sem danos e quando resulta em dano discernível, nomeia-se de incidente com dano ou evento adverso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

A falta de segurança do paciente é um problema crescente, visto que um em cada dez pacientes no mundo sofre algum dano, enquanto recebe cuidados de saúde, causando, aproximadamente, 43 milhões de incidentes com dano anualmente. Desse total, dois terços ocorrem nos países em desenvolvimento e nos países em transição, segundo estudo realizado em Harvard (JHA et al., 2013) e dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (DONALDSON et al., 2017).

No Brasil, em Portugal e na Espanha, estudos demonstraram uma incidência de 7,6%, 11,1% e 8,4%, respectivamente, de pacientes com EA dentre os quais 42% a 66% foram considerados evitáveis (ARANAZ-ANDRÉS et al., 2008; MENDES et al., 2013).

Dados publicados em 2016, no primeiro anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil, apontam que, a cada três minutos, mais de dois brasileiros vão a óbito em um hospital (público ou privado), em decorrência de erros e outros EA relacionados à assistência profissional (COUTO; PEDROSA; ROSA, 2016).

O desenvolvimento de ações voltadas para a segurança dos pacientes vem sendo debatido desde 2005 pela OMS, quando se lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) e se identificaram seis áreas de atuação, entre elas, o desenvolvimento de “Soluções para a Segurança do Paciente”. Neste mesmo ano, a *The Joint Commission* (TJC), a mais importante organização de certificação de qualidade em assistência médico-hospitalar e seu

braço internacional, a *Joint Commission International* (JCI), foram designadas como Centro Colaborador para Soluções de Segurança do Paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Desde 2006 foram estabelecidas por este Centro Colaborador as seis “Metas Internacionais de Segurança do Paciente”, que são soluções que têm como propósito promover melhorias específicas em áreas problemáticas na assistência. As metas são: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação entre os profissionais da assistência; melhorar a segurança para medicamentos de risco; eliminar cirurgias em membros ou pacientes errados; reduzir o risco de adquirir infecções e reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas (BRASIL, 2013a).

No Brasil, ações estratégicas voltadas à segurança do paciente têm tido grande impulso nos últimos anos, principalmente, nas unidades hospitalares que estão em processo de acreditação, seja pela metodologia da Acreditação Internacional da Associação Brasileira de Acreditação (CBA) em parceria JCI, seja pela metodologia da Organização Nacional de Acreditação (ONA) que desenvolvem estratégias para dar conformidade aos padrões de qualidade e segurança preconizados. Os hospitais que recebem a certificação de Acreditação CBA/JCI têm necessariamente de demonstrar conformidade com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, além dos outros padrões constantes do Manual de Padrões de Acreditação da JCI para Hospitais (MANZO, 2009; OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

Foi lançado, no Brasil, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria n° 529/13 do Ministério da Saúde e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde. Ambos os dispositivos suscitaram a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), nos serviços de saúde pela execução do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) (BRASIL, 2013b, 2013c). Entre as diversas recomendações do PNSP, destaca-se a necessidade do cumprimento de metas de segurança relacionadas ao estabelecimento de uma comunicação efetiva (BRASIL, 2013b).

Comunicar consiste em trocar ideias, sentimentos e experiências entre pessoas que conhecem o significado daquilo que se diz e do que se faz. Como tal, tem de existir um emissor, um receptor e uma mensagem, sendo um processo complexo, interativo e pluridirecional. Assim, para a transmissão da mensagem, deve haver uma comunicação efetiva, orientando as ações e recursos em busca do melhor

resultado e desenvolvendo as atividades no melhor padrão de qualidade, tendo em conta o tempo disponível (FACHADA, 2012).

Para isso, é essencial o trabalho em equipe que se refere à maneira como membros de uma equipe atuam de forma coordenada para produzir determinado resultado importante na causalidade e na prevenção de EA. As percepções dos profissionais sobre o trabalho em equipe e suas atitudes são relevantes para a qualidade e a segurança do cuidado (MANSER, 2009).

A literatura tem indicado ferramentas essenciais, para o trabalho em equipe e a comunicação, como: autocorreção, considerada fundamental para evitar erros e melhorar a qualidade; reuniões de equipes para evitar lapsos na transmissão formal de informações a todos os membros da equipe, promover espírito de equipe, modelo/mapa mental compartilhado, ou seja, compreensão dos problemas, metas e estratégias relacionadas à situação em que se encontram (ROWLANDS; CALLEN, 2013; SANTOS et al., 2017). A equipe, ao transferir a responsabilidade pelo paciente, necessita de uma comunicação efetiva em sua transferência entre unidades, serviços e passagens de plantão, entre outros momentos da assistência.

A transferência de cuidado (*handoff* ou *handover*) consiste na transferência da responsabilidade de algum, ou todos os aspectos do cuidado do paciente, ou grupo de pacientes, para outra pessoa ou grupo de profissionais, de forma temporária ou definitiva (MERTEN; VAN GALEN; WAGNER, 2017). São dois os principais tipos de "*handoffs*" em saúde. O primeiro refere-se às transferências dos pacientes, podendo ser dentro do mesmo estabelecimento assistencial de saúde, ou entre instituições diferentes do sistema de saúde. Neste caso, podem-se também considerar os momentos de admissão e alta hospitalar, que pressupõem o ajuste da terapêutica ambulatorial à intra-hospitalar e vice-versa. Já o segundo ocorre, quando o paciente permanece no mesmo local, e a referência é a transferência das informações entre aqueles que têm a responsabilidade de seu cuidado, podendo ser durante a assistência prestada pelos profissionais e nos momentos de passagem de plantão (MERTEN; VAN GALEN; WAGNER, 2017).

No cotidiano de trabalho de um serviço de urgência e emergência, há situações comuns de transferência de cuidado como: admissão de pacientes trazidos pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Corpo de Bombeiros Militar (COBOM), pela equipe de outros setores do pronto-socorro (PS) como o setor de acolhimento e classificação de risco; momentos de troca de turno em

que os profissionais de todas as categorias assistenciais transferem a responsabilidade de pacientes para os profissionais que assumem o plantão; transferência de pacientes entre os setores do próprio pronto-socorro e das unidades de emergência para setores internos como unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico, setores de diagnóstico de imagem e unidades de internação; transferência de pacientes para outras unidades hospitalares via vagas definidas pela central de leitos.

Em todas estas situações, estão envolvidas diversas categorias profissionais na unidade de urgência/emergência e de outros serviços internos ou externos que exigem comunicação efetiva para que os pacientes não tenham problemas na continuidade de seu tratamento. Há, portanto, transferência de responsabilidade pelos pacientes e troca de informações sobre o seu estado de saúde e demandas de cuidado, exigindo articulação da equipe para que o processo aconteça e o estabelecimento de comunicação eficiente entre os envolvidos.

Neste sentido, o interesse pelo tema transferência de cuidado teve origem em minha vivência como enfermeiro do PS de um hospital público de Belo Horizonte, com atendimento de pacientes em situação de urgência e emergência. No ano de 2011, a gerência da unidade, por meio de um diagnóstico situacional, identificou que a comunicação entre os profissionais de saúde desta unidade estava fragmentada e com perda de informação e que o processo de transferência de cuidado dos pacientes entre os profissionais e entre os setores estava fragilizado. Decidiu, então, adotar mudanças relacionadas à comunicação na transferência de cuidado de pacientes que foi implementada no ano seguinte.

A dinâmica do PS é diferenciada dos demais setores do hospital, favorecendo riscos assistenciais e eventos adversos, principalmente, nos momentos de transferência de cuidado. Neste ambiente, depara-se, a todo o momento, com situações de difícil controle por parte dos profissionais, como a superlotação, elevado número de pacientes graves que necessitam de atendimento imediato, múltiplas tarefas, realização de procedimentos complexos, assim como intercorrências e novas admissões. Trabalhar com urgências e emergências favorece o estresse e a fadiga dos profissionais que têm relação direta com a perda da segurança e tendência a erro (SANTOS et al., 2017).

Foi implementado, na unidade de emergência deste PS, em que atuo como enfermeiro, desde o ano de 2012, uma ferramenta de comunicação desenvolvida pelo

Institute for Healthcare Improvement (Instituto para o Desenvolvimento do Cuidado em Saúde) denominada SBAR (um acróstico para **Situation-Background-Assessment-Recommendation** que, em Português, significa **Situação-Background-Avaliação- Recomendação**) (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2015). O SBAR é um método de *briefing* validado no Brasil e comprovadamente eficaz (SILVA et al., 2016a) que tem como objetivo padronizar a troca de informações e sequência de atuação entre profissionais de saúde da mesma especialidade ou de especialidades diferentes. Tem como proposta criar um padrão para troca de informações (em especial, na transferência de cuidado entre turnos/plantões e de setores) e diminuir a perda de informações (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2015).

Nos três primeiros meses, a iniciativa foi bem aceita pela equipe, e os impressos eram preenchidos pela maioria dos profissionais, mas não para todos os pacientes atendidos. Após este período, os impressos passaram a não ser preenchidos sob a alegação dos profissionais de pouco tempo disponível e sobrecarga de trabalho no setor.

Atualmente, somente alguns profissionais utilizam a ferramenta SBAR, para direcionar os momentos de transferência de cuidado, ocorrendo também erros no preenchimento do impresso e na forma como as informações são repassadas. Assim, uma ferramenta que poderia criar melhores condições de repasse de informações sobre pacientes, evitar EA e favorecer o trabalho em equipe foi, aos poucos, sendo reduzida sob a argumentação de que as características do setor e as cargas de trabalho dificultam este processo.

Estudos apontam que as situações mais comuns de falhas de comunicação consistem em uma informação não transmitida, informação recebida de modo impreciso e que gerou dúvidas, assim como a informação que foi transmitida, mas não recebida (EGGINS; SLADE; GEDDES, 2016; GLUYAS, 2015; SILVA et al., 2016a). Outros estudos apontam, ainda, que falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais de saúde tem sido um dos principais fatores que contribuem para erros e diminuição da qualidade dos cuidados. As falhas de comunicação prejudicam o trabalho em equipe e o processo de transferência de cuidado (BAGNASCO et al., 2013; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2015; SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018a).

O estabelecimento de uma comunicação eficaz nos serviços de saúde possui grandes desafios. Estudos desenvolvidos por Rowlands e Callen (2013) e Silva et al. (2016a) apontam aspectos relevantes, como sua natureza sincrônica (circunstâncias que ocorrem ao mesmo tempo), frequentes interrupções; diversidade na formação dos profissionais e o efeito da hierarquia, geralmente, com os médicos ocupando uma posição de maior autoridade, situação que pode inibir os demais membros da equipe multidisciplinar. Para Bagnasco et al. (2013) e Santos, Campos e Silva (2018), diferenças hierárquicas, poder e conflitos, no ambiente de trabalho na área de saúde, têm influenciado diretamente no modo como a comunicação se estabelece, fazendo com que as categorias profissionais atuem em paralelo, em detrimento do trabalho em equipe.

Estudos realizados em unidades de emergência e de pacientes críticos em outros países destacam que, nestas unidades, as falhas humanas relacionadas com habilidades não técnicas (erros de comunicação, lapsos/deslizes) são mais frequentes do que erros associados à expertise da técnica (especialização), sendo várias dessas falhas consideradas evitáveis (BAGNASCO et al., 2013; EGGINS; SLADE; GEDDES, 2016; SILVA et al., 2016a). Eventos Adversos relacionados à transferência de cuidado inadequada foram apontados em um estudo realizado, em um hospital de Londres, no qual foram analisados 334 incidentes relacionados à transferência de cuidado, e a causa mais frequente foi a transferência de cuidado incompleta (45.2%) (PEZZOLESI et al., 2010).

Os autores Bagnasco et al. (2013) e Santos et al. (2017) corroboram com esta impressão, apontando que, em unidades de emergência, os *handovers* são, indiscutivelmente, mais complexos do que *handovers* em unidades de internação, em razão de uma carga imprevisível de pacientes, intercorrências frequentes e indefinição diagnóstica de muitos pacientes.

Desta forma, observo, no cotidiano de trabalho da equipe multidisciplinar do PS, em que estou inserido, algumas situações comuns em relação à transferência de cuidado, como dificuldade de alguns profissionais em estabelecer uma comunicação assertiva; divergência de informações sobre os pacientes; resistência de alguns profissionais em utilizar o instrumento SBAR que foi proposto em oficinas de sensibilização e capacitação; dificuldade na elaboração de documentação escrita ou síntese das principais informações a serem repassadas nas trocas de turnos e transferências; passagem de plantão com interrupções frequentes e sem a

participação rotineira de profissionais de diferentes categorias; demandas de cuidado que não são enfatizadas como recomendações.

No Brasil, há escassez de estudos investigando a transferência de cuidado entre os profissionais de saúde, de forma ampla, envolvendo seus diferentes aspectos, sendo a unidade de urgência e emergência um local importante pela sua dinâmica e relação com outros setores e serviços. Encontram-se estudos relacionados à passagem de plantão, principalmente, produzidos pela enfermagem (CARLOS, 2014; CORPOLATO, 2017; SILVA et al., 2016a), mas não contemplam toda a complexidade do termo transferência de cuidado e seus aspectos envolvidos. Estudos internacionais demonstram que a comunicação ineficaz é o principal fator relacionado a Eventos Adversos e que prejudica a transferência de cuidado dos pacientes (DONALDSON et al., 2017; THOMAS; MACDONALD, 2016).

É nesse cenário complexo de urgência e emergência que os profissionais se veem desafiados e constroem o seu cotidiano de trabalho, tornando necessário conhecê-lo. Certamente, há um fazer desses profissionais que precisa ser captado e apreendido, com vistas ao seu aprimoramento e a sua legitimação nesse espaço social.

Para Certeau (2014), o cotidiano é aquilo que nos é dado a cada dia, pressiona-nos dia após dia. Pode ser compreendido como algo mais que um simples cenário rotineiro de trabalho. É um espaço onde as relações de poder se manifestam e estão imbricadas em práticas cotidianas que se materializam por meio de táticas, astúcias do fazer cotidiano que ressignificam o lugar e estimulam movimentos próprios de cada sujeito ali circunscrito. Nesse contexto, o triunfo do sujeito está em inventar o cotidiano, ressignificar o que lhe é dado como um fazer validado e legitimado, perante as normas estabelecidas. Assim, Certeau (2014) entende que os dominados podem ser capazes de se apropriar da esfera simbólica constituída pelos dominantes e transformá-la, ressignificá-la, de acordo com suas necessidades e possibilidades.

No contexto da saúde, a análise do cotidiano a partir do referencial de Michel de Certeau tem sido utilizada para refletir sobre os conhecimentos e saberes do ato de cuidar em enfermagem nas tecnologias, no processo saúde-doença e seus determinantes, e o cuidado enquanto produto, subsidiada por conceitos de cotidiano de Certeau (COELHO, 2009); estudar práticas cotidianas dos profissionais de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (ARAÚJO, 2013); identificar as práticas de usuários de drogas injetáveis (SZOTTA, 2014); conhecer táticas de usuários e

trabalhadoras de programa de saúde mental (SCHMIDT, 2013); compreender o cotidiano de atendimento de um serviço de urgência e emergência de um hospital público (SANTOS, 2015); analisar o cotidiano de trabalho de enfermeiros no Acolhimento com Classificação de Risco em uma Unidade de Pronto Atendimento (RATES, 2016); analisar o cotidiano de trabalho de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção à saúde do idoso (SILVA, 2018b). Contudo, não foi possível localizar estudos que focalizem a transferência de cuidado de pacientes no cotidiano dos profissionais de saúde em um serviço de urgência e emergência.

Segundo Santos (2015), compreender a percepção dos trabalhadores, em relação às demandas e necessidades de saúde que permeiam o cotidiano do serviço, pode contribuir para repensar formas de gestão e reorganização da micropolítica institucional, que auxiliem a adoção de medidas de aperfeiçoamento do trabalho, otimização do atendimento, diminuição de erros ou eventos adversos, entre outros.

Assim, essa pesquisa se justifica pela abordagem do cotidiano dos profissionais de saúde em um serviço de urgência e emergência e pela possibilidade de que seus resultados contribuam para que profissionais de saúde, gestores e educadores reflitam sobre a importância da transferência de cuidado e do engajamento de cada profissional nesta atividade para melhorar a qualidade da assistência.

Este estudo poderá contribuir, também, para acrescentar conhecimento relevante, adaptado à realidade nacional e ao trabalho dos profissionais de saúde, em serviços de urgência emergência e ao desenvolvimento de novas maneiras de fazer que possam incrementar a transferência de cuidado por parte dos profissionais, visando melhorias na qualidade da assistência.

Neste estudo, considera-se o pressuposto de que a transferência do cuidado de pacientes, em um serviço de urgência emergência, é influenciada pela comunicação, trabalho em equipe e pelo engajamento dos profissionais de saúde com esta atividade. Assim, neste estudo, a partir da lente teórica sobre o Cotidiano, de Michel de Certeau, busca-se responder a seguinte questão de pesquisa: Como ocorre a transferência de cuidado de pacientes no cotidiano dos profissionais de saúde em um serviço de urgência e emergência?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a transferência de cuidado de pacientes no cotidiano de profissionais de saúde de um pronto-socorro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o contexto e os sujeitos envolvidos na transferência de cuidado de pacientes de um pronto-socorro;
- b) Conhecer a visão dos profissionais de saúde sobre a comunicação estabelecida na transferência de cuidado de pacientes de um pronto-socorro;
- c) Conhecer a visão dos profissionais de saúde sobre a transferência de cuidado de pacientes no ambiente de um pronto-socorro;
- d) Descrever o trabalho em equipe no que diz respeito a transferência de cuidado em um pronto-socorro.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 *HANDOVER*: TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO DE PACIENTES

A transferência de cuidados nos serviços de saúde, conhecido como *handover*, é essencial para a segurança do cuidado prestado aos pacientes. Primeiro, é necessário conhecer o termo "*handover*", considerando que há uma série de termos usados, para descrever o processo de transferência, além de sinônimos que são usados em ampla variedade de contextos e configurações clínicas (RIGOBELLO et al., 2012; THOMAS; MACDONALD, 2016).

A palavra "*handover*" pode ser traduzida para a língua portuguesa como "entregar". Essa entrega pode ter um significado relacionado à entrega dos cuidados a outra pessoa, o que mostra que o conceito de transferência é complexo e inclui realizar a comunicação efetiva durante a mudança de turno ou entre unidades (SILVA et al., 2016a). Trata-se, portanto, de um processo interativo utilizado para se referir ao momento em que os profissionais de saúde transmitem informações específicas do paciente com a finalidade de assegurar a continuidade do cuidado na troca de turnos de trabalho ou entre unidades especializadas (THOMAS; MACDONALD, 2016). Logo, quando estamos falando em *handover*, não estamos nos referindo apenas à transferência de informações, mas também a responsabilidade pela continuidade de cuidado e assistência de qualidade prestada pelos profissionais de saúde aos pacientes (SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018a).

Os *handovers* podem ser descritos como processos críticos de cuidado, que envolvem risco para os pacientes, em função de eventuais lacunas na comunicação entre os membros das equipes. Lacunas que podem causar quebras na continuidade de cuidados, levando a tratamentos inadequados com danos ao paciente (THOMAS; MACDONALD, 2016).

Com isso, torna-se relevante a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, nas transferências, registros e ferramentas de informação, visando auxiliar a conduta a ser tomada entre os prestadores de cuidados sobre o atendimento ao paciente. Assim, a transferência deve fornecer informações claras sobre o paciente, incluir métodos de comunicação entre emissor e receptor, transferir a responsabilidade pelos cuidados e ser realizada em sistemas organizacionais

complexos e culturas que afetam a segurança do paciente (CARLOS, 2014; EGGINS; SLADE; GEDDES, 2016).

Atualmente, a segurança do paciente é foco de discussão tanto em âmbito nacional quanto internacional, principalmente, pela sua importância para os sistemas de saúde e as repercussões para a sociedade em geral. Assim, estabeleceu-se que é necessário ter comunicação efetiva nas unidades de saúde utilizando metas internacionais de segurança do paciente. A complexidade do tipo de informação, métodos de comunicação e os prestadores de cuidados são fatores que afetam a eficácia e a eficiência da transferência, bem como a segurança do paciente. Por isso, deve ser realizada de maneira adequada e objetiva (SILVA et al., 2016a; THOMAS; MACDONALD, 2016).

Nas unidades de urgência e emergência, organizações complexas com alto grau de imediatismo nos atendimentos, há certa dificuldade de comunicação entre os profissionais que ocorre, em parte, pela proliferação de especialidades e clínicos que prestam atendimento a um único paciente (MANIAS et al., 2015).

Um estudo em Sidney, Austrália, revelou que 23% dos médicos comunicam corretamente à enfermeira responsável pelo paciente e 42% dos enfermeiros comunicam eficazmente com o médico responsável pelo paciente informações referentes aos cuidados. Este estudo destaca as lacunas potenciais na comunicação entre médicos e enfermeiros que transmitem informações sobre cuidados e tratamento relativos ao paciente (EGGINS; SLADE; GEDDES, 2016).

A questão dos *handovers* ineficazes tornou-se tão evidente que a *Joint Commission* introduziu um objetivo nacional de segurança dos pacientes acerca da continuidade dos cuidados. E esse objetivo tem a finalidade de identificar ações com potencial risco na proteção ao paciente (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2017). Algumas dessas ações podem ser verificadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Ações para reduzir riscos de incidentes relacionados a *handovers* ineficazes.

1	Comunicações interativas que permitam oportunidade de questionamentos entre emissor e receptor de informações do paciente.
2	Informações atualizadas sobre cuidados, tratamento e serviços, condições e quaisquer alterações recentes ou antecipadas.
3	Algum processo para verificação das informações recebidas, tal como a repetição ou read-back, conforme apropriado.
4	Oportunidade para o destinatário da informação de transferência poder revisar relevantes dados históricos do paciente, como cuidados, tratamento e serviços prévios.
5	Algum processo que atue sobre interrupções, durante as transferências, para evitar que a informação não seja transmitida ou seja esquecida.

Fonte: (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2017).

O *handover*, quando realizado de forma adequada, permite ao profissional que sai, concluir seu turno de trabalho com mais segurança, refletindo sobre aquilo que sabe e sobre o que fez na assistência ao paciente e a sensação de dever cumprido; em contrapartida, o profissional que chega, sente-se integrado e também seguro para iniciar sua jornada (PENAFORTE; MARTINS, 2011). Há que se considerar a troca de turnos como um momento de interação social complexo e sensível à cultura e normas de cada local, mas essencial para diversas funções, podendo ter grande variação nos modelos utilizados e no conteúdo das informações transmitidas (SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018a). A transferência entre turnos é influenciada por fatores, incluindo a cultura organizacional. Uma organização, que promove a comunicação aberta e permite que todos profissionais possam realizar perguntas e expressar preocupações, é coerente com um ambiente que promove cultura de segurança (MANIAS et al., 2015; THOMAS; MACDONALD, 2016)

Há diferentes tipos de *handovers*, entre turnos, unidades e também em serviços de urgência e emergência os quais podem ser realizados entre médico-médico, médico-enfermeiro, entre equipe de enfermagem e demais especialistas (MANIAS et al., 2015; THOMAS; MACDONALD, 2016).

Estudo realizado, em uma unidade de internação pediátrica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil (SILVA et al., 2016a), evidenciou que o *handover* deve ocorrer de forma sistematizada, seguindo uma padronização das informações. Nesse sentido, de acordo com os relatos de profissionais de enfermagem, foi elaborado um

instrumento visando contribuir com a prática de enfermagem, na passagem de plantão, constando os itens: a identificação da criança/adolescente (nome e idade); informações sobre a presença de acompanhante; diagnóstico médico; dados sobre os sinais vitais; evolução clínica; uso de oxigenioterapia; presença de acesso venoso; aceitação alimentar; eliminações vesicais e intestinais; exames realizados e pendentes; questões sociais da criança e família e aspectos administrativos do setor (SILVA et al., 2016a). Com isso, os profissionais de enfermagem perceberam que o *handover*, quando feito de maneira eficaz, é uma ferramenta essencial para a continuidade do cuidado ao paciente pediátrico por permitir o compartilhamento de informações, avaliações e decisões sobre seus desdobramentos, sendo importante a participação efetiva de todos os membros da equipe de enfermagem (SILVA et al., 2016a).

Outro estudo sobre a comunicação efetiva no *handover* clínico mostrou que, nas transferências de turno, 84,6% das informações podem estar documentadas apenas no registro médico. Ficou a preocupação de que alguns relatórios de transferência promoveram certa confusão e omissão de conteúdo referentes ao paciente, o que levou os autores a defender melhoria do processo de transferência de cuidados (EGGINS; SLADE; GEDDES, 2016). Assim, o desafio das transferências é identificar métodos e implementar estratégias que diminuam a deterioração da informação, contribuindo para que não haja perda de dados clínicos importantes (EGGINS; SLADE; GEDDES, 2016).

Outra preocupação com as transferências é a fidedignidade do relatório à condição do paciente. O estudo de Eggins, Slade e Geddes (2016) encontrou congruência de 70% entre o relatório diário de atividades e a condição real do paciente, com uma taxa de omissão de 12% realizados pelos profissionais médicos. Portanto estratégias, para minimizar os problemas de transferência, incluem fornecer segurança e qualidade ao paciente por meio de processos padronizados baseados em evidências científicas tanto para os médicos quanto para a equipe de enfermagem. Tais processos envolvem informações legíveis, precisas, relevantes e abrangentes, o uso de relatório face a face, a adoção de softwares e o uso de ferramentas para a continuidade do cuidado, a técnica SBAR (EGGINS; SLADE; GEDDES, 2016). Quando a equipe utiliza a comunicação de forma clara e precisa, evita falhas, contribuindo para a segurança, ao evitar erros e melhorar a qualidade do atendimento,

fazendo com que a assistência prestada não resulte em danos ao paciente (SILVA et al., 2016a).

Entre as estratégias, para que um *handover* seja efetivo, encontram-se os *Rounds* Interdisciplinares. *Rounds* interdisciplinares, ou visita multidisciplinar à beira leito, devem, idealmente, reunir todos os integrantes da equipe de cuidado, pelo menos em um momento do dia, para discutir a situação de seus pacientes, as ocorrências desde o último encontro, as metas e o plano terapêutico, caso a caso, em um formato colaborativo e pactuando decisões. Quando são bem estruturados e conduzidos, estes *rounds* melhoram a comunicação da equipe, reduzem o tempo de permanência do paciente no hospital e melhoram o desempenho de indicadores de qualidade (O'LEARY et al., 2011). Ressalta-se que o regime de plantões nas unidades de urgência e emergência e a alta rotatividade de pacientes fazem com que estes, muitas vezes, sejam vistos pela primeira vez no plantão, o que leva à necessidade de visitas para conhecimento de pelo menos os pacientes mais graves, considerando a carga de trabalho e o número de profissionais por turno.

Os *rounds* objetivam facilitar e otimizar o desenvolvimento de ações, assegurando metas e cuidados focados nas necessidades de cuidados de cada paciente. Esses encontros não devem ter por objetivo apresentar o quadro clínico dos pacientes, diariamente, para novo grupo de profissionais, pois se tornaram encontros longos e improdutivos. Devem ter foco nas metas e plano terapêutico, averiguando que mudanças são necessárias (O'LEARY et al., 2011). Evidências (MCHUGH, 2010) demonstram que essa estratégia é capaz de:

- a) melhorar os processos específicos (como adequação de cateterização vesical);
- b) favorecer melhores desfechos doença-específicos (como redução de pneumonia associada à ventilação mecânica);
- c) melhorar a comunicação e a colaboração entre os membros da equipe;
- d) diminuir o tempo médio de internação;
- e) reduzir os Eventos Adversos evitáveis;
- f) diminuir a taxa de mortalidade global.

Os *rounds* ocorrem mais frequentemente em unidades fechadas, como a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). A complexidade, para o desenvolvimento

dessa estratégia em unidades abertas, é maior por diversas razões (WEISS et al., 2011), assim como para unidades de urgência emergência.

O'Leary et al. (2011) encontraram significativa variação de performance de trabalho de equipe em *rounds* dessa natureza, mostrando que não basta existirem. Uma sugestão é que, em paralelo, as chefias ajudem a garantir o bom andamento dessas iniciativas, observando, por exemplo, se um membro do time não domina completamente a discussão, ou se um gradiente de autoridade inadequado impede a participação de outros membros da equipe.

Os *rounds* devem seguir roteiros, como horário para iniciar e terminar, definição prévia de quem deve participar e qual o papel de cada um, em que e como devem contribuir. Os participantes precisam ser objetivos e ter o paciente como foco. A utilização de cartão de objetivos diário ou lista de verificação, envolvendo questões estratégicas, são muito úteis (O'LEARY et al., 2011). *Rounds* interdisciplinares estruturados melhoram a comunicação entre membros da equipe, reduzem o tempo de permanência do paciente no hospital e melhoram o desempenho de vários indicadores de qualidade (WEISS et al., 2011).

3.20 USO DA METODOLOGIA SBAR

A comunicação pessoal e entre os membros da equipe de saúde é muito importante na área da saúde, e todos os profissionais da equipe devem ser capazes de se comunicar entre si e com os demais profissionais nos momentos de *handover* e nas situações cotidianas do trabalho. Essa troca de informações pode ser feita, por meio de instrumentos de comunicação relativos à assistência prestada, entre os profissionais que encerram o turno de trabalho e aqueles que iniciam um novo turno. E, quando essa comunicação é falha, muitas vezes, o profissional do turno seguinte não visualiza o trabalho feito, o que pode provocar danos ao paciente e frustração do profissional. A passagem de plantão entre membros de equipes coesas auxilia a organização e o planejamento da equipe multiprofissional para dar continuidade à assistência e às especificidades de cada paciente (ALBUQUERQUE; BARRIONUEVO, 2017).

Por causa da complexidade dos cuidados e das limitações inerentes ao desempenho humano, é importante que a equipe multidisciplinar tenha ferramentas

de comunicação padronizadas e criem um ambiente em que os indivíduos possam falar e expressar preocupações. Quando uma equipe precisa transmitir informações complexas, em curto período, é útil usar técnicas de comunicação estruturada para garantir a precisão da continuidade do cuidado. Médicos e enfermeiros, muitas vezes, têm estilos de comunicação diferentes, em parte, por momentos de educação permanente. Os enfermeiros são mais descritivos nas situações clínicas, enquanto médicos são mais concisos (LENERT; SAKAGUCHI; WEIR, 2014).

Nas passagens de plantão, por ser considerado um momento de alto risco, a realização de um *handover* de qualidade é fundamental em um processo normatizado. Os profissionais devem estar disponíveis o tempo necessário para a transmissão das informações necessárias. Além da troca verbal de informações, é importante o registro dos itens mais relevantes relativos ao cuidado. Atualmente, alguns hospitais já trabalham com softwares de passagem de plantão, o que facilita a comunicação (ALBUQUERQUE; BARRIONUEVO, 2017).

Outros instrumentos que organizam e padronizam as informações, a partir de técnicas de comunicação estruturadas, podem direcionar as ações a serem priorizadas pelos profissionais durante os momentos de *handover* (MELO; NONATO, 2019). Uma das recomendações é o uso dos *briefings*, descritos como processos de comunicação e trabalho em equipe que produzem um modelo mental de compartilhamento, no qual os profissionais trabalham juntos e compartilham o mesmo entendimento sobre o que está acontecendo (GLUYAS, 2015).

O *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) incentiva desde 2007 os serviços de saúde a adotarem a ferramenta SBAR, que consiste em um método de *briefing* que padroniza uma sequência de atuação, sendo que, em Português, significa (Situação - Antecedentes - Avaliação - Recomendações) (HAIG; SUTTON; WHITTINGTON, 2006; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2015).

A técnica SBAR, originalmente, foi desenvolvida pela marinha dos Estados Unidos da América (EUA), para ser usada em submarinos nucleares; foi refinada pela indústria da aviação e, posteriormente, adaptada para uso em cuidados de saúde pela Kaiser Permanente®, uma empresa americana fornecedora de planos de saúde (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2015).

Trata-se de uma ferramenta que tem sido usada amplamente em sistemas de saúde. Muitos hospitais adotam a ferramenta de comunicação SBAR como um componente-chave do seu programa de segurança do paciente (ALBUQUERQUE;

BARRIONUEVO, 2017). A técnica SBAR fornece uma estrutura para a comunicação entre os membros da equipe de saúde sobre a condição de um paciente. É uma ferramenta fácil de ser usada, para criar mecanismos úteis para enquadrar qualquer conversação, especialmente as críticas, exigindo atenção e ação imediata entre os atores envolvidos (SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018). É um instrumento validado e comprovadamente eficaz, para aumentar a segurança do paciente e que tem como objetivo padronizar a troca de informações entre profissionais de saúde, da mesma ou de especialidades diferentes (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2015).

Cada letra do termo SBAR tem um significado: o que está acontecendo no momento atual (S de Situação); quais circunstâncias levaram àquele momento (B de Background ou antecedentes); a opinião do profissional com a síntese dos problemas avaliados e um resumo das preocupações (A de Avaliação); o que poderia ser feito para corrigir o problema (R de Recomendação). No Quadro 2 está representado o formulário de apresentação da ferramenta ISBAR, acrescentando-se a letra "I" à versão original do SBAR com o intuito de se adequar à realidade brasileira, visando atender aos padrões de acreditação e metas internacionais de segurança do paciente, considerando o "I" de Identificação.

A técnica SBAR cria um modelo mental, para a troca de informações e fornece uma estrutura, para a comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde sobre a condição de um paciente, o que permite que os profissionais antecipem os próximos passos. Essa técnica propicia uma maneira fácil e focada, para definir as expectativas entre os membros da equipe para o que será comunicado, o que é essencial para a transferência de informações e trabalho em equipe. Não só há familiaridade em como as pessoas se comunicam, mas a estrutura SBAR ajuda a desenvolver habilidades de pensamento crítico desejado (ALBUQUERQUE; BARRIONUEVO, 2017).

A utilização do SBAR pretende criar um padrão de como se espera passar e receber trocas de informações (em especial, transferência de cuidado entre turnos/plantões e setores); diminuir a perda de informações; ser um instrumento sintético e focado, que melhora a eficiência do cuidado. É uma ferramenta fácil de ser usada e cria mecanismos úteis para enquadrar qualquer conversação, especialmente as críticas, exigindo atenção e ação imediata do profissional (HAIG; SUTTON; WHITTINGTON, 2006; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2015).

Quadro 2 - Ferramenta de Comunicação ISBAR.

ISBAR	
Data: / / Horário: _____	
Identificação: <i>Nome do paciente, idade, leito, número de registro e data de admissão.</i> Foi incluída a letra I, na versão original do SBAR, visando atender metas internacionais de segurança do paciente.	
Situação: <i>Descrição da situação (problema atual) e/ou mudanças no estado do paciente.</i> Pode mudar diariamente e será um resumo que fundamentará a avaliação e recomendações.	
Background <i>As informações objetivas devem ser expostas.</i> Síntese da história clínica. Inclui <u>dados relevantes</u> que, de fato, farão diferença para a continuidade do caso: - Anamnese - Exame clínico - Exames complementares - Intercorrências e evolução	
Avaliação <i>Síntese dos problemas (lista).</i> <i>Resume as preocupações.</i> Deve ser clara para fazer uma recomendação apropriada.	
Recomendação <i>Plano de ação claro com proposta para os próximos passos.</i> <i>Inclui pendências a serem resolvidas.</i> É essência do ISBAR. Todos os outros itens existem para substanciá-la.	

Fonte: elaborado pelo autor, realizando adaptação ao modelo SBAR proposto pelo *Institute for Healthcare Improvement* ihi.org. A ferramenta SBAR foi desenvolvida pela Kaiser Permanente®. Registrar esta informação em qualquer reprodução ou adaptação do instrumento (HAIG; SUTTON; WHITTINGTON, 2006; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2015).

3.3 ELEMENTOS ESSENCIAIS PARA A TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO: COMUNICAÇÃO, TRABALHO EM EQUIPE E CUIDADO CENTRADO NA PESSOA E FAMÍLIA

Nos primórdios, os homens faziam desenhos nas paredes das cavernas e se expressavam por gestos, imagens e sons, como forma primitiva de comunicação. Um estudo demonstrou que o tipo de pintura utilizado por nossos ancestrais tinha como principal objetivo retratar aspectos ou situações sobre a sua vida cotidiana e, ainda, descrever algumas técnicas de caça, para que a informação fosse registrada e transmitida às gerações futuras (JORGE; PROUS; RIBEIRO, 2007).

Povos primitivos utilizavam a linguagem não verbal para retratarem suas vidas. Só mais tarde é que aprenderam a usar sinais gráficos para se referir aos objetos que conheciam pelos sentidos e se comunicavam por gestos. Pela comunicação verbal e não verbal, são expressos ideias, comportamentos e informações (JORGE; PROUS; RIBEIRO, 2007).

Assim, pode-se conceituar a linguagem como a capacidade dos seres humanos de expressar sentimentos, sensações, transmitir informações, opiniões ou expressar desejos, seja por meio da fala e/ou da escrita, proporcionando a troca de dados entre pessoas de diferentes tradições e localidades. A linguagem e comunicação são dois termos presentes no cotidiano das pessoas o tempo todo, com diversos significados e interpretações. O processo de comunicação está dividido em seis elementos, ou seja, emissor, receptor, mensagem, código, canal e contexto (FIORIM, 2014).

O processo de comunicação pode ocorrer, quando o emissor emite uma mensagem (ou sinal) ao receptor, por meio de um canal (ou meio). O receptor interpretará a mensagem que pode ter chegado até ele com algum tipo de barreira (ruído, bloqueio, filtragem) e, a partir daí, dará o *feedback* ou resposta, completando o processo de comunicação (FIORIM, 2014).

O processo de comunicação é complexo, porque depende da forma como o comunicador transmite a mensagem e como o receptor a entende e interpreta. O comunicador deve sempre lembrar que uma mesma mensagem pode ser entendida de diversas formas, tendo em vista que o receptor é influenciado pelo seu meio social, estereótipos e crenças (MATOS, 2009). Saber ouvir e falar objetivamente são aspectos fundamentais para uma comunicação efetiva, e a causa principal nas falhas

de comunicação está em não saber escutar. As pessoas se preocupam mais com o que querem dizer e não em ouvir o que é dito. Além disso, a tensão da negociação e o medo de perder posições pode levar a atitudes defensivas com reações ao primeiro comentário adverso. A boa comunicação exige escuta ativa, foco no que está dizendo o interlocutor e não pensar ao que responder (MARTINELLI, 2015).

Nas organizações hospitalares, a comunicação é essencial no apoio a uma gestão eficaz. Além disso, contribui para um atendimento humanizado, seja na prevenção, no processo de cura, na reabilitação ou na promoção da saúde. Nesse sentido, a comunicação eficiente atribui significado, transmite credibilidade, facilitando o processo de efetiva aderência ao tratamento (RODRIGUES, 2012).

O paciente, quando admitido em uma unidade de saúde, pode ser tratado por vários profissionais de saúde e especialistas, em vários contextos, incluindo cuidados primários, especializados ambulatoriais, de emergência, cirúrgicos, intensivos e de reabilitação e, para que esse processo seja feito com qualidade, a equipe multiprofissional deve deixar de lado saberes isolados e focar no trabalho em equipe, estabelecendo uma comunicação efetiva durante o processo (BROCA; FERREIRA, 2015; FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010).

O processo comunicativo pode ser definido como um ato caracterizado por relações de poder, por atitudes de tensão e/ou sensibilidade, aceitação e/ou negação, empatia ou não entre os sujeitos, relações de forças em um universo de significações que envolvem tanto a dimensão verbal como a não verbal (postura e gestos) (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016; ALBUQUERQUE; BARRIONUEVO, 2017).

Ressalta-se que os profissionais de saúde convivem constantemente com problemas de comunicação, que interferem na continuidade e na qualidade da assistência ou na satisfação das necessidades dos profissionais, de forma que o trabalho transcorra de maneira produtiva e eficaz. Para realizar um trabalho em equipe, a comunicação é imprescindível, que pode ser fator de desagregação ou agregação dependendo de como ocorra (BROCA; FERREIRA, 2015; FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010).

A palavra equipe está associada à realização de tarefas, de trabalhos compartilhados entre indivíduos, que do seu conjunto coletivo extraem o sucesso para a realização pretendida. Assim, o conceito de equipe consolida-se como um conjunto de pessoas que têm uma vinculação entre si para a realização de um objetivo comum.

Trabalhar em equipe significa conectar diferentes processos de trabalhos, com base no conhecimento sobre o trabalho do outro, valorizando a sua participação na produção de cuidados, construindo consensos quanto aos objetivos e resultados a alcançar coletivamente (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016).

Segundo Albuquerque e Barrionuevo (2017), para um atendimento em saúde com qualidade e eficiência, é fundamental compreender o real significado de equipe. Na área da saúde, o termo "equipe" é utilizado para designar um grupo formado por enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, farmacêuticos, dentre outros. E, nessa equipe, o trabalho deve ser interdisciplinar, exigindo relações sociais horizontais, diferenciando-se do modelo assistencial de saúde tradicional e hegemônico. Assim, o termo interdisciplinaridade sugere um trabalho integrado e compartilhado com as diversas áreas do saber. Significa saber ouvir o que o outro diz e conhecer seu sofrimento, por meio de diferentes pontos de vistas e trabalhar com o pensar do outro, aprendendo novos conhecimentos (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). No entanto, segundo Peduzzi et al. (2009), o trabalho em equipe ocorre em duas modalidades completamente distintas, sendo que, na equipe integração ocorre interação, uma articulação consoante à proposta da integralidade das ações e isso refere-se a um agir-comunicativo. Porém, na equipe agrupamento, observa-se a fragmentação do processo de trabalho e a presença do agir-instrumental, aquele que busca, de forma racional, certo resultado independente das transformações do percurso (PEDUZZI et al., 2009).

O desafio consiste em transitar da equipe agrupamento para a equipe integração. A primeira é caracterizada pelo trabalho de diferentes profissionais, que detêm assimetria de relações, poderes e saberes, para operar diferentes tecnologias, enquanto a equipe integração implica redesenhar o somatório de ações parciais, para compor uma trama de atos negociados e articulados entre os agentes, superando a posição de disputa e passando para a de complementação (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016).

Portanto a comunicação entre os profissionais é o denominador comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação. No entanto essa comunicação manifesta-se de três diferentes formas: na primeira, a comunicação aparece externa ao trabalho e é exercida apenas a instrumentalização da técnica, não havendo o agir-comunicativo; na segunda, ocorre a comunicação

estritamente de caráter pessoal e os agentes dão destaque à dimensão das relações pessoais baseadas no sentimento de amizade e camaradagem, e operam sobreposição das dimensões pessoal e tecnológica. Não há, também, a presença do agir-comunicativo, embora haja certa forma de comunicação; na terceira, a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe. Os agentes destacam como característica do trabalho em equipe a elaboração conjunta de linguagens, objetivos, propostas ou até mesmo cultura comum. Trata-se da perspectiva do agir-comunicativo no interior da técnica (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016).

Assim, pode-se identificar um conjunto de características de uma equipe integrada: comunicação efetiva; reconhecimento do trabalho do outro profissional e suas especificidades; questionamento da desigualdade na valoração dos distintos trabalhos e respectivos agentes; objetivos comuns; tomada de decisão compartilhada; exercício da autonomia profissional, levando em consideração a interdependência das diversas áreas; e a construção de um projeto assistencial comum (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016).

Na área da saúde, o trabalho em equipe implica compartilhar o planejamento e a divisão de tarefas, cooperar, colaborar e interagir democraticamente, integrando os diferentes sujeitos, saberes, práticas, interesses e necessidades. O trabalho em equipe surge da necessidade de estabelecer objetivos e metas em comum com um plano de trabalho bem definido, por meio do qual se desenvolvam o crescimento individual e do grupo e o cuidado centrado no usuário e na comunidade envolvidos (ALBUQUERQUE; BARRIONUEVO, 2017; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Nessa perspectiva, as equipes de saúde devem agir integrando as diversas competências e categorias profissionais que as compõem; primar pela ação articulada com setores que as cercam com base nos determinantes socioculturais do processo saúde-doença, fugindo da lógica do atendimento curativo; ter foco na horizontalidade, trabalhar a capacitação da equipe, manter vínculo e corresponsabilidade pelas ações junto aos usuários do sistema (ALBUQUERQUE; BARRIONUEVO, 2017; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Entre os serviços de saúde, os de emergências apresentam maior dificuldade em estabelecer um ambiente interacional, considerando que possui características peculiares, que tendem a torná-lo um espaço no qual a comunicação

é mecanizada e impessoal. Dentre essas características, é possível citar falta de privacidade, ambiente conturbado, estresse, desconforto, longas e desgastantes jornadas de trabalho pelos profissionais, assim como dificuldade em estabelecer um cuidado centrado na pessoa e família (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011).

Em relação ao cuidado centrado na pessoa e na família, nos últimos anos, tem-se assistido crescente valorização da prática da medicina centrada no paciente, sendo, atualmente, a utilização desta corrente considerada como marcador de qualidade dos serviços de saúde. Colocar o paciente no papel central nos cuidados prestados implica considerar como fundamentais na tomada de decisão todos os elementos inerentes a ele, como tradições culturais, preferências, valores pessoais, situação familiar e estilos de vida, possibilitando a partilha da responsabilidade. Desta forma, o paciente e seus familiares tornam-se parte integrante da equipe assistencial, com decisões compartilhadas, assim como direitos e deveres (THE HEALTH FOUNDATION, 2014).

Este modelo não depende apenas da prática clínica individual, que pressupõe cuidado compreensivo e coordenado, oportuno, informado, justo, sem precipitações, baseado numa comunicação clara e confiável, respeitadora e empática. Depende igualmente do envolvimento da equipe multidisciplinar, obrigando a adequada gestão de recursos, formação e relação entre diferentes profissionais de saúde, otimização de instalações e relação com outras instituições prestadoras de serviços (THE HEALTH FOUNDATION, 2014).

Em hospitais, cada paciente é observado por uma equipe multidisciplinar de cuidados de saúde. O termo “cuidado centrado no usuário” é usado como referência a muitos princípios e atividades diferentes e não há consenso sobre sua definição. Além disso, se o cuidado é centrado na pessoa, a sua forma depende das necessidades, das circunstâncias e das preferências do indivíduo que o recebe. O que é importante para uma pessoa pode ser desnecessário, ou até mesmo indesejável para outra. O cuidado também pode mudar, ao longo do tempo, à medida que as necessidades do indivíduo se alteram (THE HEALTH FOUNDATION, 2014).

Em vez de oferecer uma definição concisa, porém inevitavelmente limitada, a Health Foundation identificou um referencial composto por quatro princípios ligados ao cuidado centrado na pessoa: assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito; oferecer um cuidado, apoio ou tratamento coordenado; oferecer um cuidado, apoio ou tratamento personalizado; apoiar as

peçoas para que reconheçam e desenvolvam as suas próprias aptidões e competências, a fim de terem uma vida independente e plena (THE HEALTH FOUNDATION, 2014).

Toda intervenção ou cuidado específico oferecido à pessoa deverá se pautar por esses princípios. O exemplo de cuidado centrado na pessoa, em qualquer experiência com o cuidado de saúde, envolverá uma combinação desses princípios. Se a pessoa for altamente dependente (por exemplo, se estiver inconsciente ou tiver algum tipo de incapacidade), será preciso, provavelmente, dar mais ênfase aos princípios de dignidade, compaixão e respeito, coordenação e personalização. Contudo, mesmo nesses casos, geralmente é possível praticar todos os quatro princípios em algum grau (THE HEALTH FOUNDATION, 2014).

Para tornar o cuidado de saúde centrado na pessoa, os serviços e os profissionais de saúde precisam estar abertos à ampla variedade de abordagens e iniciativas. Essas abordagens buscam melhorar o cuidado ou a experiência vivida por cada paciente, enquanto outras se concentram em tornar o cuidado mais centrado na pessoa em nível organizacional ou em um nível ainda mais amplo (THE HEALTH FOUNDATION, 2014). Algumas dessas iniciativas do cuidado centrado na pessoa, adaptadas da The Health Foundation (2014), podem ser expressas nas ações: buscar formular um plano terapêutico ampliado e em conjunto com o paciente; utilizar-se de habilidades de escuta ativa (verbais e não verbais); acolher o paciente com calor humano, respeito e cordialidade; evitar uso de termos técnicos; potencializar a assertividade; apresentar-se pelo nome e profissão e dar ao paciente tempo para pensar, entre outras.

No entanto, torna-se necessário reconhecer que existem vários fatores, em todos os níveis do sistema de saúde, que podem ser dificultadores ou facilitadores para a incorporação do cuidado centrado na pessoa no sistema de saúde como um todo (THE HEALTH FOUNDATION, 2014). A cultura organizacional pode ter grande influência sobre a motivação das equipes e dos indivíduos e sobre a capacidade de trabalhar com foco na pessoa. O apoio e comprometimento dos líderes como defensores da mudança podem ter efeito benéfico. Estimular e capacitar equipes, para transformar os serviços no nível local, sem impor soluções e reunir um grupo de profissionais, para impulsionar as mudanças, também, pode ser útil (THE HEALTH FOUNDATION, 2014).

Entre os profissionais de saúde, um obstáculo bastante comum é o fato de muitos acreditarem que o cuidado que oferecem já é centrado na pessoa. Porém as evidências mostram que isso geralmente não é verdade. Técnicas como a formulação conjunta baseada na experiência, o cuidado centrado na pessoa e na família e o treinamento prático em apoio ao autocuidado e na tomada de decisões em conjunto podem ajudar os profissionais de saúde a verem a distância que existe entre o que acreditam ser a experiência dos pacientes e o que os pacientes afirmam vivenciar na realidade (KING et al., 2013).

O avanço tecnológico na área de saúde trouxe importantes progressos no diagnóstico e tratamento de várias doenças, criando novas possibilidades para o controle das morbidades e contribuindo para o aumento da expectativa de vida da população. No entanto, ainda, permanecem os desafios para a garantia da qualidade dos cuidados. Um problema frequente tem relação com a postura de muitos profissionais que concentram a atenção nas doenças e no seu tratamento e não na pessoa, sua vida e seu problema de saúde (DWAMENA et al., 2012).

Os serviços têm diferentes abordagens dos usuários e familiares que dependem, em parte, dos níveis assistenciais da rede e de outros fatores. As unidades de urgência e emergência dos prontos-socorros tornaram-se uma das principais portas de entrada no sistema de atenção à saúde, eleitas pela população como o melhor local para o diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde, independentemente do nível de urgência e da gravidade destas ocorrências (SILVA et al., 2012).

O usuário, ao procurar uma instituição de saúde, busca o restabelecimento de sua saúde, a promoção de espaço para o acolhimento, a responsabilidade e o vínculo. Busca uma relação de confiança, respeito e a certeza de que seu problema será entendido e que é alvo do esforço para ser resolvido (SILVA et al., 2012).

Os serviços de urgência e emergência possuem como características inerentes o acesso irrestrito; o número excessivo de pacientes; a extrema diversidade na gravidade no quadro inicial, tendo-se pacientes críticos ao lado de pacientes mais estáveis; a escassez de recurso, a sobrecarga da equipe; os números insuficientes de médicos; o predomínio de jovens profissionais; a fadiga; a supervisão inadequada; a descontinuidade do cuidado e a falta de valorização dos profissionais envolvidos. Mas, muitas vezes, a forma em que são realizados o atendimento e a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde, para compreender suas demandas, são

fatores mais valorizados pelo paciente do que a falta de médicos, de espaços nos hospitais e de medicamentos (SILVA et al., 2012).

A responsabilidade da equipe se estende para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focalizada aos clientes. Inclui também a avaliação das necessidades familiares, o seu grau de satisfação sobre os cuidados realizados, além da preservação da integralidade do cliente como ser humano (SILVA et al., 2012).

Considerando a comunicação interpessoal como um processo bidirecional, que depende tanto do emissor quanto do receptor da mensagem, torna-se necessário que o profissional, ao cuidar da família, decodifique corretamente sinais corporais de afastamento e insegurança, interprete o silêncio de maneira adequada, bem como se expresse com postura corporal aberta e disponível, demonstrando segurança pelo tom de voz e pela escolha das palavras, em um local tranquilo e reservado (PUGGINA et al., 2014).

A comunicação vai além das palavras e contempla gestos, silêncios, expressões faciais, movimentos do corpo e distâncias mantidas entre as pessoas. Muitas vezes, por vergonha, medo, ansiedade, entre outros sentimentos, os familiares não expressam verbalmente suas necessidades (SILVA et al., 2012). Daí a necessidade de estabelecer uma comunicação clara, para reduzir a ansiedade diante do enfrentamento à possibilidade da morte, separação e mudanças na rotina de vida dos familiares, que, em muitos momentos, percebem seus entes com gravidade maior do que possam estar na realidade (PUGGINA et al., 2014).

A aproximação com a família proporciona o entendimento de seus sentimentos e vivências, surgindo uma nova visão para cuidar da família e do cliente: o cuidado humanizado. Esse cuidado é característica única e essencial da prática de enfermagem, podendo ser considerado como sendo a relação de atenção, responsabilidade, observação, atenção, afeto, amor e simpatia (SILVA et al., 2012).

Para o indivíduo hospitalizado, a família constitui o grupo social mais importante e tem a função de auxiliar na estabilidade emocional e bem-estar de seus membros. A família pode ser compreendida como uma unidade dinâmica, formada por pessoas que se reconhecem e se organizaram como família, partilhando e convivendo com a finalidade de construir uma história de vida. Estes indivíduos podem estar unidos afetivamente ou por laços consanguíneos. Este grupo familiar possui crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível socioeconômico, compartilhando direitos e responsabilidades, bem como

promovendo crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar para seus membros (SCHNEIDER; BIELEMANN; QUADROS, 2013).

As unidades de urgência e emergência apresentam características diferentes de outras unidades. É um ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto do doente e familiar como dos profissionais que desempenham suas atividades. Geralmente a família adoece junto com o cliente, inicialmente marcado por um alto nível de ansiedade causado, principalmente, pelo risco de perda, do desconhecimento, do que está por acontecer e pelas várias fases de espera, à espera de uma palavra de esperança, uma notícia do cliente que permanece na sala de emergência e urgência (SILVA et al., 2012).

É neste momento que a família necessita de um suporte que a auxilie a enfrentar o momento difícil com a presença de um profissional que estabeleça uma relação de ajuda preparando-os para os resultados positivos ou negativos (SILVA et al., 2012). A comunicação é essencial, para melhor interação com a família, construindo instrumento básico no desenvolvimento do relacionamento terapêutico. Entre os profissionais, o enfermeiro mostra-se capacitado para fazer orientações, sendo ele o que dispensa mais tempo ao paciente e à própria família. (SILVA et al., 2012).

A produção do cuidado acontece, a partir da relação entre os sujeitos individuais e os coletivos, carregados de certas intencionalidades e impelidos por subjetividades, que os fazem atuar em diversos cenários, principalmente, no campo social, no qual usuários diretos buscam o consumo de ações de saúde, que lhes proporcionam algo com valor fundamental: mantê-los vivos e com autonomia para exercer seu modo de levar a vida (ASSIS et al., 2012).

Portanto, torna-se relevante pensar que a subjetividade das pessoas pode interferir em sua forma de trabalho, ou seja, na sua produção do trabalho e isso significa compreender como o profissional da saúde trata o lado de “ser humano”, definindo sua relação no contexto da produção do cuidado, a partir da micropolítica desenvolvida pelos processos e tecnologias do cuidado (KURCGANT et al., 2016; MERHY, 1997).

Certamente, isso facilitará a abordagem e apresentará um caráter diferenciado, nos casos em que há necessidade de alguma intervenção, tanto nos

cuidados diretos quanto aos dos familiares, que também fazem parte do processo de atendimento à saúde do paciente (KURCGANT et al., 2016; MORALES, 2017).

Por outro lado, encontram-se barreiras nesse processo, o que faz com que essa relação de proximidade entre família e paciente não possa acontecer. Dificuldades de comunicação ou interrupções criam tensões para enfermeiros, pacientes e seus parentes. Os pacientes e familiares podem sentir frustração e insatisfação quando enfermeiros não podem fornecer informações oportunas e amplas às suas perguntas e preocupações (MORALES, 2017).

Pacientes e parentes buscam informações atualizadas com enfermeiros sobre o atendimento clínico e avanço do plano terapêutico durante sua permanência no hospital. Portanto a comunicação entre a equipe de enfermagem, pacientes e familiares é fundamental para o processo de atendimento à saúde e para garantir que eles obtenham as informações necessárias em tempo hábil para tomar decisões (MORALES, 2017; PUGGINA et al., 2014).

Contudo, a necessidade de informações que a família possui deve ser repensada com cuidado. Os profissionais de saúde e a enfermeira deverão fundamentar suas ações, baseadas na relação social, profissional-cliente-família, compreendendo que a humanização do cuidado passa pelo compartilhar de perspectivas no mundo da vida (SILVA et al., 2012).

3.4 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

A Política Nacional de Humanização (PNH) (Humaniza SUS) vem apresentando, desde a sua instituição, no ano de 2003, algumas ferramentas para o processo de racionalização do atendimento na Rede de Atenção à Urgência (RAU). Trata-se do acolhimento com classificação de risco, que tem a finalidade de articular os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários, em situação de urgência e emergência, de forma que o atendimento seja ágil e oportuno (BRASIL, 2013d; PACHECO, 2015).

A RAU é uma rede complexa que atende a diferentes condições clínicas, cirúrgicas, traumatológicas e em saúde mental. É composta por diferentes pontos de atenção, buscando dar conta das ações necessárias ao atendimento das situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma

integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (BRASIL, 2013d; PACHECO, 2015).

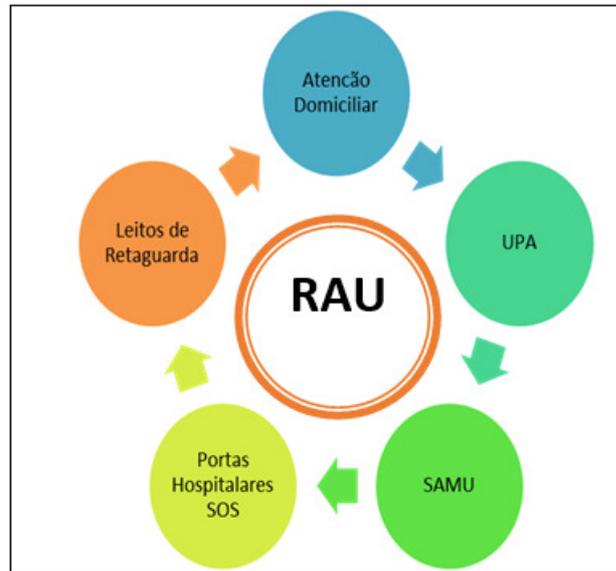
As seguintes estratégias são destacadas como prioritárias na RAU (BRASIL, 2013d):

- a) qualificação das portas de urgência e emergência e emergência, estratégicas para a RAU;
- b) qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva;
- c) organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos;
- d) criação das unidades de internação em cuidados prolongados e de hospitais especializados em cuidados prolongados;
- e) qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica;
- f) definição da atenção domiciliar organizada por meio de equipes multidisciplinares de atenção domiciliar e das equipes multidisciplinares de apoio;
- g) articulação entre os seus componentes.

No entanto, é essencial a participação de outros segmentos sociais, para a proposição de políticas públicas intersetoriais eficientes, envolvendo conselhos de saúde, gestores, trabalhadores, prestadores, usuários, conselhos de classe, instituições de ensino, setores da educação, segurança social, transportes e outros (BRASIL, 2013d).

Neste cenário assistencial, os componentes da RAU são apresentados na Figura 1:

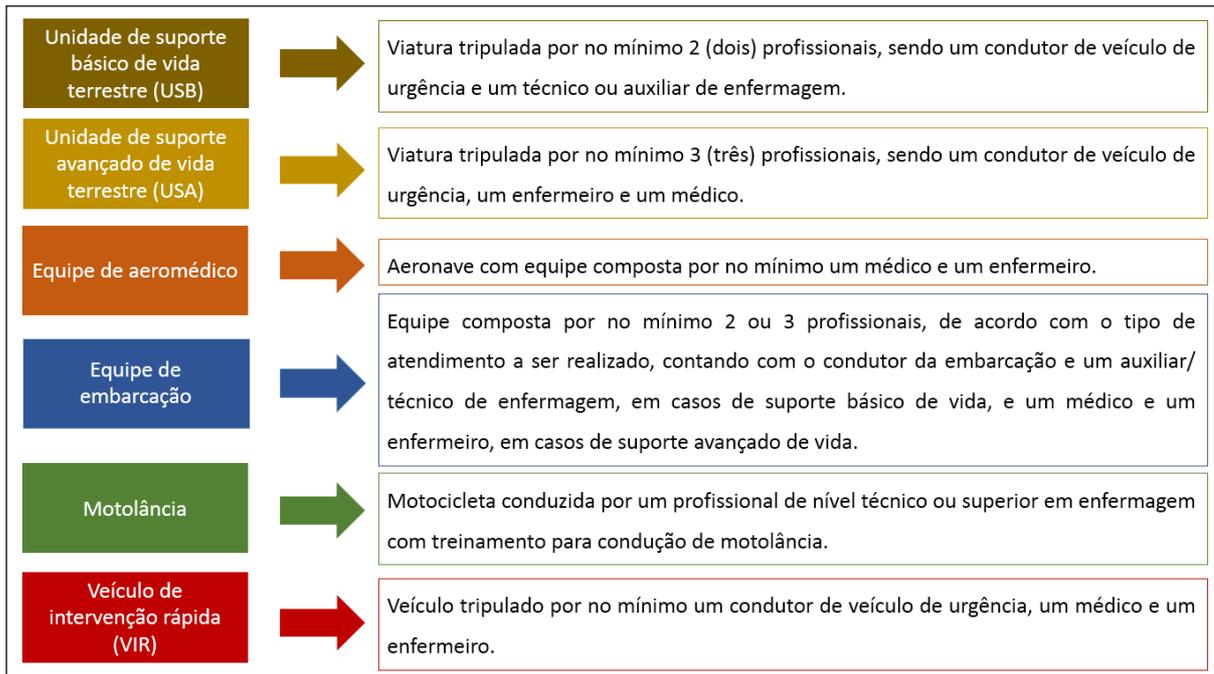
Figura 1 - Componentes da Rede de assistência à urgência (RAU).



Fonte: Adaptado de Brasil (2013d).

O componente SAMU, normatizado pela Portaria MS/GM nº 1.010, de 21 de maio de 2012, trata da rede de atenção às urgências e emergências, visando ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas. O acesso ao SAMU é realizado pelo número “192” que aciona uma Central de Regulação das Urgências e são enviadas ambulâncias tripuladas por equipe capacitada, para os atendimentos (BRASIL, 2012a). O SAMU mostra-se fundamental no atendimento rápido e no transporte de vítimas de intoxicação exógena, de queimaduras graves, de maus-tratos, tentativas de suicídio, acidentes/traumas, casos de afogamento, choque elétrico, acidentes com produtos perigosos e, em casos de crises hipertensivas, problemas cardiorrespiratórios, trabalhos de parto no qual haja risco de morte para a mãe e/ou o feto, bem como na transferência inter-hospitalar de doentes com risco de morte (BRASIL, 2012a). Neste contexto, as unidades móveis de atendimento são classificadas de acordo com a Figura 2:

Figura 2 - Classificação da Unidades Móveis do SAMU.



Fonte: Adaptado de Brasil (2012a).

O componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, o SAMU, a atenção domiciliar e a rede hospitalar, com funcionamento 24 horas, todos os dias da semana. Deve ser elemento da rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ou seja, para os serviços da atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população (BRASIL, 2017a).

As UPA e o conjunto de Serviços de Urgência 24 horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade, ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011).

O Componente da Atenção Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (AHRAUE) “Portas Hospitalares SOS” é constituído por: portas hospitalares de urgência e emergência; enfermaria de retaguarda clínica; unidades de

cuidados prolongados e hospitais especializados em cuidados prolongados; leitos de terapia intensiva e organização das Linhas de Cuidado (LC) prioritárias, tais como: LC do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), LC do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e LC da traumatologia (BRASIL, 2013d).

Os objetivos da AHRAUE são organizar a atenção às urgências nos hospitais de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade; garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade, procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de cuidados prolongados e de terapia intensiva para a RAU, além da atenção hospitalar nas LC prioritárias em articulação com os demais pontos de atenção (BRASIL, 2013d).

As portas de entrada hospitalares de urgência e emergência constituem serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental (BRASIL, 2013d; SANTOS, 2015). Para que as portas de entrada componham uma RAU é necessário que ele pertença à unidade hospitalar estratégica para a RAU e seja referência regional, realizando no mínimo 10% dos atendimentos oriundos de outros municípios; conte com, no mínimo, 100 leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) e possua habilitação em pelo menos uma das linhas de cuidado: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, traumatologia ou ortopedia ou ser referência para o atendimento em pediatria (BRASIL, 2013d).

Assim, para o funcionamento do cotidiano de trabalho na urgência e emergência, é necessário que exista o estabelecimento e adoção de protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e procedimentos administrativos. Implantação de processo de acolhimento com classificação de risco, em ambiente específico, identificando o paciente, segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando aqueles que necessitam de tratamento imediato (BRASIL, 2013d). Outro critério é a articulação com o SAMU, UPA e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência. Há submissão da porta de entrada hospitalar de urgência à Central Regional de Regulação de Urgência, à qual caberá o coordenador direcionar os fluxos de referência e contra referência (BRASIL, 2013d; PACHECO, 2015).

A equipe multiprofissional necessita ser compatível com o porte da porta de entrada hospitalar de urgência, e a organização do trabalho das equipes multiprofissionais precisa ser de forma horizontal, em regime conhecido como “diarista”, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe (PACHECO, 2015; SANTOS, 2015).

Outras demandas também são impostas para o funcionamento adequado das portas de entrada. Há necessidade de implantação de mecanismos de gestão da clínica, visando à qualificação do cuidado, à eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho, implantação de equipe de referência para a responsabilização e acompanhamento dos casos e realização do contra referência responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência (PACHECO, 2015; SANTOS, 2015).

É necessário, portanto, que exista garantia de retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a RAU em sua região, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos e de terapia intensiva e cirurgias, conforme previsto no Plano de Ação Regional, além do desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação (PACHECO, 2015; SANTOS, 2015).

Ressalta-se que esses serviços devem funcionar em rede, de forma harmoniosa, dentro de um fluxo regulado de atenção aos usuários. E, para tanto, protocolos devem ser instituídos, sempre levando em conta a realidade local das unidades. Da mesma forma, devem ser garantidas as condições de infraestrutura mínima para o funcionamento adequado desses serviços de atenção às condições de urgências e emergências (SANTOS, 2015). Diante desse contexto, a concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por uma outra, a das redes paliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais (MENDES, 2011).

O componente leitos, para a retaguarda às urgências e emergências, pode ser criado ou qualificado em hospitais acima de 50 leitos, localizados na região de saúde, podendo ser implantados nos hospitais estratégicos ou em hospitais de menos adensamento tecnológico que deem suporte aos prontos-socorros e às unidades de

pronto atendimento, devendo, como pressuposto, ser exclusivos para a retaguarda às urgências e estar disponíveis nas centrais de regulação (BRASIL, 2013d; PACHECO, 2015).

Os números de novos leitos de retaguarda clínicos, de cuidados prolongados, pediátricos, cirúrgicos e UTI são calculados de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, conforme o definido na Portaria MS/GM nº 1.101, de 12 de junho de 2002 e nas portarias específicas para cada tipologia de leito (BRASIL, 2013d; PACHECO, 2015).

E, por último, o componente Atenção Domiciliar, o qual é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2013d; PACHECO, 2015).

Com essa configuração dos serviços de urgência e emergência, deve-se repensar aquela imagem de que somente os hospitais podem atuar nesse âmbito. Hoje, vê-se, cada vez mais, a articulação entre os níveis assistenciais, fazendo uma rede de urgências e emergências sólida (PACHECO, 2015; SANTOS, 2015).

3.5 ABORDAGEM DO COTIDIANO POR MICHEL DE CERTEAU

Adotou-se como referencial teórico a abordagem do cotidiano de Michel de Certeau, nele inseridos os conceitos de “estratégias”, “táticas”, “lugar”, “espaço” (CERTEAU, 2014), utilizados neste estudo. Trazemos aqui "uma aproximação" ao cotidiano em Michel de Certeau, no intuito de contribuir para a compreensão dos conceitos certeuanianos que fundamentaram a análise e discussão dos resultados deste estudo.

Michel de Certeau nasceu em 1925, na cidade de Chambery, região francesa da Savoia, vindo a falecer em 1986. Bacharelou-se em Latim, Grego e Alemão em série A, e, posteriormente, em Filosofia. Licenciou-se em Letras Clássicas, com ênfase em Grego, e Filosofia. Em 1960, concluiu doutorado em Ciências da Religião. Foi um jesuíta místico, historiador da religião, professor no Instituto Católico de Paris e na Universidade da Califórnia (JOSGRILBERG, 2005; SILVA, 2018b).

O trabalho estabelecido no contexto de urgência e emergência abarca subjetividades e um cotidiano no qual o ato de produzir saúde não deve ser entendido como algo rotineiro, pelo contrário, tecem-se trilhas a partir das redes de relações estabelecidas entre os sujeitos que compõem esse lugar comum (RATES, 2016). Para Certeau (2014), o cotidiano é aquilo que nos é dado a cada dia ou o que nos cabe em partilha, nos pressiona dia após dia. Pode ser compreendido como algo mais que um simples cenário rotineiro de trabalho representando um espaço da produção e reprodução das práticas sociais.

Segundo Santos (2015), as práticas dos profissionais, suas atividades, seu trabalho mostram um jeito próprio de fazer saúde que, muitas vezes, é a ressignificação do que é normatizado e posto como padrão a ser seguido. Neste sentido, o cotidiano é um espaço onde os dominados podem ser capazes de se apropriar da esfera simbólica constituída pelos dominantes e transformá-la, ressignificá-la, de acordo com suas necessidades e possibilidades (RATES, 2016; SANTOS, 2015).

O cotidiano vivido é inerente ao setor de saúde, dependente de movimentos e ações estabelecidos na relação entre profissionais, instituição e usuários dos serviços. É importante captar o cotidiano, entendê-lo, entrar em sua invisibilidade e participar do vivido (RATES et al., 2019). Ao tratar das práticas e artes de fazer da vida cotidiana, Certeau afirma que o “homem ordinário” (herói comum), são os sujeitos praticantes, o homem comum, que não é passivo, mas ao contrário, é capaz de criar artimanhas, táticas e dribles, utilizando-se das ocasiões e dos cochilos de um olhar vigilante para reinventar o cotidiano (CERTEAU, 2014; SANTOS, 2015).

As maneiras de fazer, estilos de ação dos sujeitos ordinários (sujeito comum) criam regras diferentes daquelas da produção e do consumo oficiais e estabelece um processo de ressignificação, dando origem a novas 'maneiras de utilizar' a ordem imposta. Para além do consumo puro e simples, os praticantes desenvolvem ações, fabricam formas alternativas de uso, tornando-se produtores/ autores, divulgando alternativas, manipulando, ao seu modo, os produtos e as regras, mesmo que de modo invisível e marginal (RATES et al., 2019; CERTEAU, 2014).

Certeau (2014) aproxima o conceito de cotidiano à noção de jogo, rompendo com a definição de cotidiano como rotinização para dar lugar à ideia de cotidiano como movimento a partir de um jogo articulado de práticas do tipo

estratégias e táticas. Logo, tática e estratégia são componentes de um espaço organizado, de um cotidiano (RATES, 2016; CERTEAU, 2014).

Para Certeau (2014), o cotidiano é conformado a partir da relação entre dominantes e dominados, que não é fixa: ora dado sujeito, norma, estrutura social ou sistema emite elementos da dominação e tem a possibilidade de transmiti-los, ora essa relação se inverte. Há uma cultura estabelecida entre o dominante e o dominado, diferenciando-se apenas pela capacidade que um e outro têm de transmiti-la.

Argumenta-se que a cultura dominante é de posse daquele que detém os meios de controle, produção e divulgação, os quais, por sua vez, moldam espaços de poder e criam visões de mundo próprias e autônomas. A cultura do dominado é daqueles que não possuem meios de impor suas práticas e torná-las oficiais, e que podem se apropriar da esfera simbólica dos dominantes e transformá-la (RATES et al., 2019; CERTEAU, 2014).

Nesse campo de dominantes e dominados, Certeau define dois tipos de comportamentos: o estratégico e o tático. Descreve as instituições, em geral, como "estratégicas", organizadas pelo postulado de um poder reconhecido como autoridade. As "estratégias" correspondem às práticas provenientes das regras formais de como fazer, representam um lugar circunscrito, controlado por um conjunto de operações produzidas pelas estruturas de poder, visando à organização do espaço social. As "táticas" podem ser entendidas como procedimentos diversos, ágeis e flexíveis, que emergem das dificuldades para viabilizar as estratégias, dando origem a novas e criativas maneiras de fazer para responder às demandas do serviço e de pacientes. Desta forma, as táticas configuram uma ação calculada, na qual os sujeitos aproveitam as "ocasiões"; a tática não tenta enfrentar a estratégia de frente, tenta preencher necessidades enquanto se esconde atrás da aparência de conformidade. Táticas e estratégias não se opõem nem se negam, mas se complementam, interagem e coexistem no cotidiano (CERTEAU, 2014; RATES, 2016).

As táticas podem ser vistas como procedimentos que acontecem em instante preciso, transformando em situação favorável o que parecia desfavorável (FIORIO; LYRIO; FERRAÇO, 2012). As táticas não têm lugar próprio, partem de um lugar organizado e organizam um novo espaço (lugar praticado). Os movimentos táticos ao tirarem proveito de lugares organizados, instituem novas formas de habitar o lugar. A tática possibilita a reinvenção do cotidiano (BERNARDO; SHIMADA; ICHIKAWA, 2015; SILVA, 2018b).

O estudo do cotidiano aponta perspectivas importantes de compreensão da realidade, levando em consideração os sujeitos que a constituem, bem como suas diferenças. Nesse contexto, a “vida cotidiana” deve ser compreendida de forma maleável e flexível, e esta concepção desafia e instiga a lançar um olhar reflexivo sobre a realidade que cerca as pessoas, exigindo uma posição crítica diante dela (CERTEAU, 2014). Assim, destaca-se a necessidade do olhar atento, para o cotidiano de um serviço de urgência e emergência, na tentativa de abrir possibilidades, para a compreensão dos sujeitos no contexto, em seus lugares/espços de produção e reprodução social.

Certeau (2014) acrescenta os conceitos de “lugar” e “espaço”, para a compreensão das estratégias e táticas. Tais conceitos não são antagônicos, mas ao contrário, se relacionam no cotidiano. As noções de lugar (espaço próprio, onde o tempo é estável e as posições fixas) e espaço (dinâmico, o lugar praticado), fazem parte de um mesmo processo de organização espacial (JOSGRILBERG, 2005; SILVA, 2018b).

Para Certeau (2014), os espaços de produção e consumo podem ser considerados terreno fértil para estratégias (mais por parte dos produtores que têm um “lugar próprio”) e táticas (que não têm um “lugar próprio”) utilizadas por produtores e consumidores, com os deslocamentos necessários, que substituem os métodos impostos pela identificação com o lugar, servindo-se do cenário para práticas astuciosas, teimosas e cotidianas de quem o utiliza. Ao procurar viver da melhor forma possível com astúcias anônimas das artes de fazer, o homem ordinário vai criando, (re)inventando o cotidiano a partir de táticas (CERTEAU, 2014).

Espaço é o lugar praticado, o oposto do lugar determinado pela ordem. São as ações dos sujeitos que definem os espaços; já os lugares estão ali, estáticos, determinados. Examinando as práticas cotidianas na perspectiva de lugar e espaço existem duas determinações: uma por objetos fixos e outra por operações que, atribuídas a um objeto, especificam os espaços pelas ações dos sujeitos (CERTEAU, 2014).

Assim, passa-se a pensar pronto-socorro como um lugar próprio, mas também como lugar praticado (espaço) onde os sujeitos reinventam as maneiras de fazer, criam novas formas de lidar com situações e dão vida àqueles lugares. São eles que fazem da urgência um lugar onde as invenções e criações podem ser percebidas (ARAÚJO, 2013). Assim, no lugar-espaço com as táticas, o herói comum cria modos

inventivos de escape e de confrontação em cada situação, rompendo, não apenas com o caráter normativo da ação social cotidiana, mas também realçando as relações de poder que incidem na construção social da vida (CERTEAU, 2014).

Alguns estudos têm revelado as invisibilidades e astúcias desse cotidiano que se se investigou e que têm contribuído para reflexões e discussões no campo da pesquisa em saúde. Santos (2015) buscou compreender o cotidiano a partir da ótica Certeauiana e apontou que no pronto-socorro, coexistem dois polos: o externo no qual os usuários esperam por atendimento, do lado de fora, e lutam para consegui-lo. O outro polo é o ambiente interno, onde ocorre o trabalho de assistência à saúde e em que estão os profissionais que fazem malabarismos com a falta de recursos (medicamentos, pessoal, leitos) e superlotação frequente. Cada um desses polos gera nos sujeitos sentimentos que motivam distintas maneiras de agir. Neste cenário, tanto os usuários quanto os profissionais de saúde fazem uso de estratégias e táticas cotidianas para lidar com os desafios e dificuldades enfrentadas no atendimento do serviço da urgência (RATES, 2016).

Ressalta-se que o cotidiano na perspectiva de Michel de Certeau, ainda pouco explorado como aporte teórico de estudos na área da saúde e, em especial, na enfermagem (COELHO, 2009; ARAÚJO, 2013; SCHMIDT, 2013; SZOTTA, 2014; SANTOS, 2015; RATES, 2016; SILVA, 2018b), oferece elementos fundamentais para a análise da transferência de cuidado de pacientes no cotidiano de profissionais de saúde de um pronto-socorro.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso único de natureza qualitativa, utilizando o referencial do cotidiano de Certeau (2014), na articulação de práticas de “estratégias” e “táticas”. A escolha pelo estudo de caso justifica-se pela possibilidade de investigar fenômenos contemporâneos, em seu contexto real, pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, para permitir conhecimento amplo e detalhado sobre eles (YIN, 2015). Essa estratégia de pesquisa distingue-se por se centrar no objeto de estudo e na compreensão da realidade estudada como singular, complexa e historicamente situada, devendo ser apreendida e captada como realmente é e não como gostaríamos que fosse (LUDKE; ANDRÉ, 2012).

O estudo de caso é utilizado, para investigação de inferências, a partir de eventos que se encontram fora dos limites do laboratório, situados no contexto da vida real com enfoque sobre fenômenos contemporâneos. Trata-se de investigação empírica na qual o investigador tem pouco controle sobre os eventos, buscando entender em profundidade e reter as características holísticas e significativas do fenômeno em seu contexto real, especialmente, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes (YIN, 2015).

O estudo de caso é utilizado, preferencialmente, em pesquisas que respondam a questões do tipo “como” ou “por que”, sendo comumente empregados para contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e outros (YIN, 2015).

Os estudos de caso usam uma variedade de fontes de informação, permitindo vários olhares sobre o fenômeno (YIN, 2015). O pesquisador deve recorrer a uma variedade de dados os quais são coletados em diversas situações. A esse respeito Yin (2015) acrescenta o princípio da triangulação. Em pesquisa, o princípio refere-se ao desígnio de buscar ao menos três modos de verificar ou corroborar um determinado evento, descrição ou fato que está sendo relatado por um estudo. Tal corroboração serve como outra forma de reforçar a validade de um estudo. O primeiro tipo de triangulação é o meio pelo qual as descobertas do estudo de caso são

sustentadas por mais de uma fonte de evidência (YIN, 2015). Para atender esse requisito, neste estudo, foi utilizada a análise de dados resultantes de entrevistas, observações registradas em diário de campo e análise documental.

Considerando a forma multidimensional e a natureza complexa da transferência de cuidado de pacientes, em um hospital público, referência para urgências e emergências, optou-se por realizar um estudo de caso com abordagem qualitativa. O caso neste estudo será a transferência de cuidado de pacientes realizada pelos profissionais de saúde em um serviço de urgência e emergência de um hospital público de Belo Horizonte.

A pesquisa qualitativa permite lidar com questões que extrapolam os dados quantitativos, além de considerar a subjetividade, complexidade e dinamismo do fenômeno. Essa abordagem trabalha com significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, não sendo possível a redução à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010). Esta autora discute ainda que a abordagem qualitativa facilita desvelar processos sociais, construir novas abordagens, revisar e criar conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2010).

O foco da pesquisa qualitativa não é estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado para aqueles que o vivenciam. O significado, no contexto, tem função estruturante e pode ser disseminado entre um grupo, organizando-o culturalmente em torno dessas representações (TURATO, 2005). Assim, tendo em vista os aspectos subjetivos e os significados das vivências dos profissionais de saúde no PS de um hospital público, a abordagem qualitativa mostra-se adequada à investigação.

A abordagem qualitativa tem muito a oferecer a pesquisadores que estudam instituições de saúde, no que tange a seus aspectos administrativos e gerenciais, uma vez que facilita analisar tais instituições, considerando os significados atribuídos pelos sujeitos quanto às suas experiências no mundo social e na organização estudada. O método utilizado possui a limitação metodológica de generalização, tendo a preocupação maior com o aprofundamento e abrangência da compreensão do objeto, sendo necessário não pensar o método qualitativo como alternativa ideológica às abordagens quantitativas, mas pensá-lo no sentido do aprofundamento do caráter social e das dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa não busca quantificar os processos da vida humana, mas explicar as sinuosidades das relações sociais, essência e resultado das atividades humanas. O universo das investigações qualitativas é o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam (MINAYO, 2010). Segundo Turato (2005), a pesquisa qualitativa busca um entendimento de ligações entre elementos invisíveis ao olhar comum, pretendendo conhecer as vivências e representações dos sujeitos sobre suas experiências de vida, na tentativa de entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta. A abordagem qualitativa proporcionou um olhar detalhado da transferência de cuidado de pacientes, realizada no cotidiano de profissionais de saúde de um PS de um hospital público de Belo Horizonte, possibilitando uma análise do processo e maneiras de interpretá-lo, bem como esclarecer fatores interferentes.

4.2 CENÁRIO E O CASO EM ESTUDO

O cenário desta pesquisa foi o PS de um hospital público de Belo Horizonte. Trata-se de um hospital de alta complexidade, geral e de ensino, uma das principais portas de entrada da região para o atendimento de urgências e emergências clínicas e traumáticas, oferecendo atendimento à população de Belo Horizonte, cidades vizinhas da região metropolitana e do interior de Minas Gerais. Este hospital será denominado Hospital Alfa, no decorrer do estudo, a fim de manter o anonimato da instituição.

Com 516 leitos, o hospital atende cerca de 18 mil pacientes mensalmente, dos quais 20% são provenientes da Região Metropolitana, sendo todos exclusivamente usuários do SUS. Engloba outros serviços como Hospital Dia e uma UPA anexa (Informações documentais do Hospital Alfa).

O Hospital Alfa tem como missão “prestar assistência de qualidade em urgências e emergências para a população viver mais e melhor” e tem uma visão de “ser um complexo assistencial integrado de atendimento de urgência e emergência com gestão eficaz e com os protocolos de segurança do paciente implantados até 2018”. Seus valores estão relacionados a desenvolver relações éticas, seguras e humanizadas na prestação do atendimento, reconhecendo a dor e o sofrimento dos pacientes e familiares; apresentar transparência nos processos e nas relações de

trabalho e sociedade; garantir compromisso com a população, com os servidores e com o trabalho em equipe; desenvolver competência técnica e contribuir para a formação de novos profissionais (Informações documentais do Hospital Alfa).

Este hospital é referência para algumas UPA de Belo Horizonte, possui serviço de PS adulto e pediátrico com atendimento 24 horas e acolhimento com classificação de risco. É referência para as urgências clínicas (pediatria, ginecologia, clínica médica, neurologia), cirúrgicas (ortopédicas, neurológicas, cirurgia pediátrica, bucomaxilofacial, vasculares, cirurgia plástica, ginecológicas), com atendimento médio de 600 pacientes/dia. Possui maternidade e berçário de alto risco; unidades de internação de clínica médica e cirúrgica; centros de terapia intensiva e ambulatório para atendimento em diversas especialidades (Informações documentais do Hospital Alfa).

Por se tratar de um hospital de ensino e pesquisa, a unidade recebe alunos de graduação de diversos cursos da área de saúde, residentes médicos e da residência multiprofissional, que hoje abrange enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, serviço social, farmácia e terapia ocupacional (Informações documentais do Hospital Alfa).

A escolha pelo hospital ocorreu de maneira intencional, utilizando os critérios: ser um hospital geral, estar localizado no município de Belo Horizonte, ser vinculado ao ensino e pesquisa, possuir serviço de urgência e emergência 24 horas e ter implementado a transferência de cuidado de pacientes no setor de urgência e emergência.

No PS do hospital, observa-se grande fluxo de pacientes e profissionais de saúde envolvidos com o acolhimento, classificação de risco e atendimento inicial, interconsultas, admissões, altas, transferências internas e externas de pacientes, realização de exames diagnósticos e procedimentos. É comum a necessidade de compartilhamento e transferência de responsabilidade dos pacientes, situação que envolve o próprio paciente, familiares, profissionais de saúde, coordenações e os diferentes setores que compõem este cenário.

O PS conta com uma área física de 1.627 m², composta por recepção e entrada principal, uma sala para acolhimento e Classificação de Risco (CR), duas áreas de espera de pacientes e acompanhantes, Pronto Atendimento adulto e pediátrico, 11 consultórios médicos para atendimento prioritário aos usuários que passaram pela CR e para os médicos interconsultores; três consultórios

odontológicos; uma sala de emergência de adultos; um setor de urgência pediátrica e uma sala de emergência pediátrica; um sala de atendimento ortopédico; quatro salas de observação onde ficam os pacientes que aguardam procedimentos cirúrgicos ou liberação de leito para internação, além de cadeiras nos corredores internos da unidade, rotineiramente utilizadas pelos pacientes, na ausência de macas ou leitos suficientes para recebê-los, os chamados leitos de retaguarda da urgência; um bloco cirúrgico de urgência do PS, duas enfermarias que compõem a unidade de pacientes com quadro de AVC, onde há dois leitos destinados à trombólise de pacientes com quadro de AVC agudo, uma sala de atendimento do serviço social e psicologia. O bloco obstétrico que está situado, no segundo andar do hospital, também compõe o serviço de urgência e emergência, possuindo dois consultórios de atendimento e toda a estrutura de um centro obstétrico.

Ainda no PS tem-se: uma farmácia satélite, localizada próximo ao bloco cirúrgico de urgência e que atende as demandas de todos os setores do PS; um laboratório de análises clínicas e sala de coleta de exames laboratoriais; setores de imagem (radiografia, duas salas de tomografia computadorizada e uma sala para realização de ultrassom e ecocardiograma); um expurgo; uma sala de armazenamento de macas.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes deste estudo foram profissionais de saúde e apoio do PS que recebem e atendem os usuários do serviço. Foram selecionados, utilizando como critérios de inclusão: ser profissional de saúde ou de apoio que tenha contato direto com o paciente, em algum momento do atendimento no serviço de urgência e emergência e que trabalhem na unidade há pelo menos seis meses. Como critérios de exclusão: profissionais que estavam de férias e licença no período da coleta de dados e trabalhar no setor há menos de seis meses.

Foram entrevistados profissionais envolvidos diretamente na transferência de cuidado de pacientes no serviço de urgência e emergência, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos clínicos, cirurgiões gerais, neurologistas e neurocirurgiões, ortopedistas, pediatras, cirurgiões dentistas, psicólogos, assistentes sociais e maqueiros. A escolha dos participantes para entrevistas se deu por equipes

dos plantões diurno e noturno e por categoria profissional, em busca da compreensão da realidade, levando em consideração os sujeitos que a constituem, bem como suas diferenças em cada contexto (CERTEAU, 2014). Para Minayo (2010), a definição da amostra qualitativa deve privilegiar os sujeitos que detêm os atributos que se pretende conhecer, definindo claramente o grupo mais relevante sobre o qual recai a pergunta central da pesquisa.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2016 a março de 2017, por meio de entrevista com roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), observação direta e análise documental, seguindo o princípio da triangulação de fontes de informação diferenciadas proposto por Yin (2015).

Inicialmente, foi realizado contato pessoal com os profissionais, para apresentar os objetivos da pesquisa e convidá-los para participar do estudo. As entrevistas com os profissionais que aceitaram participar do estudo foram realizadas pelo próprio pesquisador e registradas em gravador de áudio, mediante autorização dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). As entrevistas foram realizadas, no decorrer do plantão, quando os profissionais estavam disponíveis e, para alguns, foi agendada a data, horário e local para a realização desta entrevista.

As entrevistas ocorreram em locais diferenciados do PS, sempre priorizando um espaço reservado para evitar interrupções. Foram utilizados consultórios disponíveis, assim como consultórios dos próprios profissionais em pausas de atendimentos. Algumas entrevistas foram realizadas também na sala da gerência ou das coordenações médica e de enfermagem do PS, ou salas reservadas em cada setor, sempre assegurando um local que estivesse sem a presença de outros profissionais e usuários, para a garantia de anonimato, sigilo e um ambiente adequado para a realização das entrevistas.

A medida que as entrevistas eram realizadas, era providenciada a transcrição, a fim de assegurar a fidedignidade dos dados, e foi realizado o encerramento das entrevistas, utilizando-se o critério de saturação das informações, quando nenhuma informação nova estava sendo acrescentada (MINAYO, 2010).

Buscou-se alcançar os critérios da repetição e relevância. O critério de repetição consiste na atividade de evidenciar as reincidências, considerando todas as suas ocorrências nos discursos. Por outro lado, no critério da relevância, consideram-se outros aspectos mencionados pelos sujeitos sem que, necessariamente, haja repetição no conjunto do material coletado, “[...] mas que, na ótica do pesquisador, constitui-se de uma fala rica ao confirmar ou refutar hipóteses iniciais da investigação” (TURATO, 2003, p. 446).

A flexibilidade do estudo de caso que permitiu a inclusão de outros sujeitos, no decorrer da pesquisa, à medida que forem indicados pelos participantes como detentoras de informações importantes (informantes chave). Assim, foram incluídos um coordenador médico plantonista do PS, um médico coordenador da cirurgia geral e do programa de residência médica.

Além das entrevistas, foram realizadas, também, observações durante a coleta de dados, registradas em diário de campo, utilizando um roteiro de observação (APÊNDICE C), em dias, horários e setores diferentes do PS e análise de documentos relacionados à transferência de cuidado.

Foram realizadas 30 entrevistas com profissionais de saúde e apoio do Pronto-Socorro: médicos (11), enfermeiros (8), técnicos de enfermagem (6), maqueiros (2), cirurgião-dentista (1), assistente social (1) e psicólogo (1).

O número de entrevistados teve relação direta com a sua especificidade, em relação ao processo de trabalho, elevado número de especialidades envolvidas no atendimento aos usuários, assim como pelas atribuições diferenciadas dos profissionais, dependendo do setor de atuação no PS.

Com o intuito de manter o anonimato dos participantes do estudo, as entrevistas foram identificadas por códigos, seguidas de seu número referente. Ou seja, foram utilizados códigos de identificação ENF1, ENF2, [...], para apresentação das falas dos enfermeiros; MED1, MED2, [...], para as falas dos médicos; TEC1, TEC2, [...], para as falas dos técnicos de enfermagem; DENT1 para fala do cirurgião-dentista; MAQ1, MAQ2 para apresentação das falas dos maqueiros; PSICO1 para o das falas do psicólogo; ASOC1 para apresentação das falas do assistente social.

Na observação, buscou-se compreender o cotidiano do serviço e dos profissionais; perceber a dinâmica de funcionamento do serviço de urgência e emergência; a infraestrutura geral de atendimento (recursos humanos, físicos e materiais); comportamentos dos profissionais envolvidos; a forma como os

profissionais relacionavam entre si e com os usuários, a comunicação estabelecida entre os profissionais e os momentos de transferência de cuidado dos pacientes. Estas notas de observação foram transcritas, para complementar a análise, o que contribuiu para a compreensão do contexto.

Os documentos analisados foram: livro de relatório de passagem de plantão utilizado por médicos interconsultores da clínica médica do PS do plantão diurno, direcionado ao médicos do plantão noturno da sala de emergência de adultos que ficam responsáveis por realizarem interconsultas e reavaliação de pacientes da clínica médica no PS nos plantões noturnos; livro de relatório de passagem de plantão e descrição de casos em acompanhamento no formato ISBAR, utilizado por médicos cirurgiões gerais e residentes da cirurgia geral do PS a cada plantão; relatórios dos enfermeiros de cada setor com dados de admissões, altas e transferências de pacientes do PS, assim como descrição de composição da equipe a cada plantão e intercorrências; “passômetros” impressos preenchidos pelos enfermeiros dos setores de observação do PS e dos setores de urgência e emergência pediátrica; instrumentos ISBAR impressos de transferência de cuidado preenchido por médicos e enfermeiros da sala de emergência de adultos; rotinas da instituição de atribuição dos profissionais de enfermagem da sala de emergência de adultos; rotinas administrativas do PS pediátrico e alguns fluxos de atendimento na classificação de risco e atendimento de crianças; rotinas administrativas da sala de emergência de adultos do PS dos profissionais de enfermagem e rotinas específicas relacionadas à admissão, alta e transferência de pacientes ao Centro de Tratamento Intensivo (CTI).

Segundo Yin (2015), a análise documental tem como objetivo coletar dados sobre os eventos, a fim de corroborar e aumentar a evidência das entrevistas e, se as informações documentais forem contraditórias às entrevistas, será necessário o aprofundamento do tópico da investigação. Além disso, o uso de documentos possibilita melhor precisão das informações relacionadas à organização, pois, em sua maioria, compõe as estratégias organizacionais.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos e, a fim de atender os preceitos éticos em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional

de Saúde 466/12 (BRASIL, 2013e) sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas, envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde, o projeto foi submetido ao COEP/UFMG, sendo aprovado pelo parecer número 1.519.784 (ANEXO A) e aprovado, também, pelo Comitê de Ética e Pesquisa do hospital cenário do estudo pelo parecer número 1.559.717 (ANEXO B), A pesquisa só foi iniciada após aprovação dos Comitês de Ética e anuência da gerência do PS do Hospital Alfa.

Os participantes foram entrevistados, mediante esclarecimentos sobre o estudo, a natureza das questões que seriam abordadas, aspectos éticos e legais sobre sua participação voluntária e ausência de prejuízos caso se recusassem a participar. Eles assinaram duas vias do TCLE - (APÊNDICE B) sendo uma via do pesquisador e a outra do participante.

Este percurso visou assegurar a confidencialidade, privacidade, proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes do estudo. As gravações e diário de campo ficarão sob responsabilidade do pesquisador e serão guardadas por um período de 5 anos, posteriormente, serão destruídos. Os resultados desta pesquisa não trarão complicações legais, uma vez que não será possível relacioná-los com os trabalhadores da instituição, garantido o anonimato dos participantes e do hospital.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados com base no referencial de Bardin (2009), empregando-se a técnica da Análise de Conteúdo Temática, tendo em vista a análise dos “significados” pronunciados pelos sujeitos da pesquisa no que se refere à transferência de cuidado.

A Análise do Conteúdo (AC) proposta por Bardin configura-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2009). A Análise de Conteúdo, por trabalhar com a fala e as significações, possibilita conhecer o que está atrás das palavras sobre as quais se debruça. Ou seja, é uma busca de outras realidades, mediante as mensagens emitidas (BARDIN, 2009) e se propõe a

apreender tanto uma realidade visível quanto a invisível, que pode ser percebida nas “entrelinhas” do texto (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

Em termos de aplicação prática, esta técnica permite o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto, sejam eles expressos na axiologia subjacente ao texto analisado; implicação do contexto político nos discursos; exploração da moralidade de dada época; análise das representações sociais sobre determinado objeto; inconsciente coletivo em determinado tema; repertório semântico de determinado grupo social ou profissional; análise da comunicação cotidiana, verbal ou escrita (Informações documentais do Hospital Alfa).

A escolha da análise de conteúdo neste estudo pode ser elucidada pela necessidade de superar as incertezas dos pressupostos, pela necessidade de enriquecer a leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

Trata-se de uma ferramenta de análise de dados textuais, por meio de procedimentos padronizados, sistemáticos e objetivos, que possibilitarão compreender opiniões, condutas e ações (individuais e sociais) apreendidas em um determinado contexto (COLBARI, 2014).

O interesse deste tipo de análise não reside somente na descrição dos conteúdos, mas também no que poderão informar após análise, ou seja, consideram-se os significados, o que está por trás das palavras ou do conteúdo da mensagem, cujo propósito é gerar inferências de conhecimentos relacionados à produção e/ou recepção da mensagem. As inferências são deduções que viabilizam conhecer o emissor e seu contexto, dentre outros aspectos relacionados à comunicação, após transcrição e organização da mensagem, possibilitando a interpretação ou significação do conteúdo e de suas características (BARDIN, 2009).

Neste estudo, foi realizada a análise temática que, segundo Bardin (2009), compreende três fases: pré-análise que consiste na organização do material com intuito de sistematizar as ideias iniciais e estabelecer um programa para análise. As entrevistas foram organizadas e separadas por códigos, conforme ordem da entrevista e cargo do entrevistado, posteriormente, foi realizada a leitura flutuante do material, para estabelecer contato com os documentos a serem analisados; b) fase de exploração do material consiste na análise propriamente dita, na qual ocorre leitura exaustiva do material para codificação e/ou enumeração de forma sistemática

(BARDIN, 2009). Nesta fase, buscam-se identificar os temas presentes nos textos, agrupá-los e reagrupá-los; c) a última fase consiste no tratamento e interpretação dos resultados. Tratar o material, transformando os dados brutos do texto em unidades de registro, por meio de recortes e agregações de temas ou unidades de registro, que emergem do texto de acordo com a teoria. Na análise temática, buscam-se descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou ausência podem significar algo para o objeto de análise, permitindo alcançar a representação do conteúdo e fazer inferências (BARDIN, 2009).

Após estas etapas, os temas que emergiram das entrevistas foram reagrupados compondo as categorias. As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos (unidade de registro) com características comuns sob um título genérico, a fim de fornecer uma representação dos dados brutos (BARDIN, 2009).

Os dados provenientes da observação e análise documental foram analisados contribuindo para discussão dos relatos dos participantes. A análise documental propiciou a identificação de ações estratégicas e táticas dos profissionais relacionadas ao processo de transferência de cuidado dos pacientes no PS, assim como documentos normativos de atribuições das categorias profissionais (estratégias) e, em determinadas situações de atendimento e transferência de cuidado, envolvendo também os demais setores do hospital. Da análise das entrevistas emergiram *cinco* categorias temáticas: “Compreendendo a visão dos profissionais de um pronto-socorro sobre a transferência de cuidado de pacientes: múltiplos olhares”; “Comunicação efetiva: estratégias e táticas vivenciadas no cotidiano dos profissionais”; “Fatores que interferem no trabalho em equipe e comunicação nos momentos de handover”; “O trabalho em equipe no cotidiano dos profissionais e reflexos no handover”; “Cuidado centrado no paciente e família”.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 O CENÁRIO E SUJEITOS ENVOLVIDOS NA TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

5.1.1 O contexto do Pronto-Socorro

Neste momento, é importante trazer ao leitor uma aproximação das experiências vivenciadas, durante a realização das entrevistas e observações de campo. A inserção no campo de pesquisa foi essencial para se obter uma compreensão mais profunda sobre o PS e o cotidiano de atendimento do serviço de urgência e emergência.

Para Certeau (2014), o cotidiano abarca “situações circunstanciais” que despertam nos sujeitos o seu fazer, suas artes de escapar à lógica que lhe é imposta. A análise do cotidiano depende de um mergulho no contexto, para conhecer as “circunstâncias” de como é construído, sua lógica predeterminada, sua prática e seus desafios. O contexto é a “mola mestra” do processo de percepção do conteúdo das formações discursivas e ideológicas que regem as relações desenvolvidas entre os sujeitos (CERTEAU, 2014). Assim, julga-se importante oferecer ao leitor uma aproximação das vivências durante a fase de coleta de dados, elucidando o contexto em investigação.

O ambiente do PS é aparentemente confuso, frequentemente superlotado, com um fluxo intenso de pacientes em atendimento, profissionais de saúde, de apoio, administrativos e todos os que trabalham neste cenário, cumprindo uma lógica organizacional que orienta o planejamento e execução das ações do serviço. Uma análise, de acordo com o referencial de Certeau (2014), ao ultrapassar a estrutura formal, que normatiza e organiza o funcionamento da urgência e emergência, possibilitou vislumbrar aspectos singulares do serviço, como as maneiras de fazer e de se relacionar das pessoas, assim como os espaços onde as coisas acontecem e os percursos seguidos.

Para compreender o cotidiano deste PS, que conta com uma vasta área física e diversos setores, foram obtidas informações, por meio de observação que se descreve como as principais características da estrutura e quadro de pessoal de

saúde dos setores que compõem o serviço, assim como o fluxo de atendimento relacionado a cada setor. Segundo Rates (2016), o contexto envolvendo o PS e o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) constitui um lugar impregnado por símbolos. A disposição do cenário, as cores de classificação e a nomenclatura utilizada pelos profissionais retratam a finalidade do serviço disponibilizado.

Foi constatada a existência de um fluxo normatizado, a ser percorrido pelos pacientes e a ser operacionalizado pelos profissionais nesse lugar próprio. A entrada principal do PS dá acesso aos usuários ao guichê de recepção para solicitação de atendimento. Após abertura da ficha de atendimento, aguardam a classificação de risco feita por um enfermeiro. Esta entrada possui também um portão de entrada de pacientes encaminhados pelo SAMU, outros serviços de atendimento pré-hospitalar, pacientes da UPA anexa ao hospital de ambulância, para a realização de exames ou transferidos para algum setor do hospital, assim como pacientes de outras UPAs para avaliação de especialistas e procedimentos.

Diferente dos pacientes de alta gravidade encaminhados pelo SAMU ou outros pontos da rede, o usuário comum, que procura o serviço por demanda espontânea, geralmente menos grave, ao chegar ao PS é orientado por vigilantes, porteiros ou estagiários de programas de orientação sobre a necessidade de abertura de uma ficha de atendimento no guichê de registro, em que são atendidos por funcionários administrativos responsáveis pelo cadastro do paciente. Após o registro, o usuário aguarda na sala de espera a chamada para o atendimento na Classificação de Risco, havendo prioridade de atendimento para pacientes idosos, crianças e portadores de necessidades especiais.

Sala de acolhimento e classificação de risco: os usuários que aguardam atendimento são encaminhados para o enfermeiro da Classificação de Risco que fará a avaliação da queixa principal, classificação da gravidade, segundo Sistema de Triagem de Manchester e definição do tipo de atendimento recomendado. A partir da avaliação do enfermeiro, o paciente é classificado, identificado com pulseira da cor correspondente ao seu nível de gravidade e encaminhado para a continuidade da assistência.

Este setor possui dois postos de classificação, mas, atualmente, há somente um enfermeiro classificador por plantão. A escala de serviço dispõe, em alguns plantões, de um técnico de enfermagem, para auxiliar o enfermeiro na avaliação dos pacientes, mas frequentemente eles são remanejados para cobrir falta

de funcionários em outros setores do PS. Neste setor, são atendidos e classificados pacientes com queixas clínicas para as especialidades: neurologia e neurocirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia e casos de retorno cirúrgico da ortopedia. Também é realizado o acolhimento de pacientes com queixas de dor dentária que são direcionados para o atendimento odontológico de urgência e para a cirurgia bucomaxilofacial.

O atendimento de pacientes com queixas que demandem inicialmente as especialidades de clínica médica, ortopedia, cirurgia geral e sala de sutura são direcionados para a UPA anexa ao hospital. Esta UPA recebe, inclusive, o mesmo nome do hospital, sendo uma unidade de atendimento secundário, mas que faz parte da estrutura do Hospital Alfa, contando com alguns profissionais de enfermagem, médicos e funcionários administrativos do próprio hospital, que trabalham em sistema de rodízio entre as duas unidades.

A Classificação de Risco pelo Sistema de Triage de Manchester (Manchester Triage System - MTS) utiliza algoritmos e discriminadores-chave, associados a tempos de espera representados por cores, de acordo com a queixa do paciente e/ou sinais e sintomas apresentados. Ou seja, utiliza a escala de cores: vermelho para emergências que requerem atendimento imediato; laranja para situações muito urgentes; amarelo para casos urgentes; verde para situações pouco urgentes; e azul para casos não urgentes. Cada nível de gravidade possui um tempo estipulado para o atendimento: imediato, 10, 60, 120 e 240 minutos, respectivamente, conforme apresentado no Quadro 3 (CORDEIRO JUNIOR; MAFRA, 2010; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012). Desta forma, a definição de prioridade para o atendimento deixa de ser por ordem de chegada ou aleatória e passa a ser realizada com respaldo em critérios pré-estabelecidos e parâmetros clínicos.

Quadro 3 - Escala de Classificação de Risco estabelecida pelo Sistema de Triage de Manchester.

NÍVEL	CLASSIFICAÇÃO	COR	TEMPO ALVO
1	EMERGENTE	VERMELHO	IMEDIATO
2	MUITO URGENTE	LARANJA	10 MINUTOS
3	URGENTE	AMARELO	60 MINUTOS
4	POUCO URGENTE	VERDE	120 MINUTOS
5	NÃO URGENTE	AZUL	240 MINUTOS

Fonte: (CORDEIRO JUNIOR; MAFRA, 2010).

O MTS foi criado pelo Manchester Triage Group e sua utilização nos serviços de urgência e emergência teve início, em 1996, no Reino Unido. No Brasil, o sistema tem como representante oficial o Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (GBACR) e foi implantado, a partir de 2008, sendo o estado de Minas Gerais pioneiro (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

Neste contexto, é importante reconhecer que há uma normatização que direciona o trabalho dos profissionais (estratégia). No Protocolo de Manchester, os fluxogramas de atendimento e os sistemas de informação (manuais, software, Sistema de Informação em Saúde - SIS) são elementos que remetem ao fazer normatizado, visando à padronização e ao alinhamento com uma política definida a priori (BOHN et al., 2015; MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010). Estas características apontam a existência de um sistema cultural estabelecido por políticas, leis, regras que intentam circunscrever os sujeitos, cabendo-lhes o consumo desse sistema cultural (CERTEAU, 2014). Assim, espera-se que os símbolos contidos nesse lugar e suas normatizações sejam compreendidos e respeitado o sistema de condutas que ali deve ser praticado.

Consultórios: são seis consultórios de atendimento pediátrico; dois consultórios da neurocirurgia e neuroclínica; um consultório da cirurgia geral e vascular, um consultório da clínica médica. O quadro de pessoal de saúde por plantão é formado por quatro pediatras, um cirurgião pediátrico, um neurologista, um neurocirurgião, três cirurgiões gerais. Os médicos, frequentemente, são acompanhados de médicos residentes, que também participam dos atendimentos. Os cirurgiões gerais e neurocirurgiões trabalham, com mais frequência, com apoio dos

residentes, pois assumem, também, a avaliação de pacientes na sala de emergência, as cirurgias de urgência no Bloco cirúrgico do PS e interconsultas solicitadas pelas outras clínicas e de pacientes trazidos de UPA referenciadas.

Setor de ortopedia: dispõe de uma sala de atendimento e procedimentos ortopédicos, conjugada com o consultório. O quadro de pessoal da saúde por plantão é formado por dois médicos ortopedistas e um técnico de enfermagem.

Sala de emergência para adultos: o atendimento do setor é direcionado a usuários em situações de maior gravidade (classificados como vermelho e laranja) que, normalmente, chegam à unidade por meio do SAMU, assim como pacientes que são encaminhados do ACCR e pacientes que já estão em atendimento no PS e apresentem piora clínica ou monitoramento na sala de emergência. Os profissionais costumam denominar esta sala no serviço como “Poli”, uma sala de emergência com sete leitos, sendo que dois deles são considerados como leitos de reanimação, destinados prioritariamente para admissão de pacientes. É uma sala equipada com recursos materiais e humanos necessários para assistência aos casos emergenciais até que sejam estabilizados e/ou encaminhados para uma UTI. O quadro de pessoal por plantão é formado por um médico clínico nos plantões diurnos e dois nos plantões noturnos, pois assumem também o atendimento de intercorrências e interconsultas pela clínica médica para pacientes que estão no PS; um enfermeiro; quatro técnicos de enfermagem na assistência direta aos pacientes e um técnico de enfermagem responsável pelos materiais do PS.

Esta sala de emergência conta também com uma equipe médica de apoio, formada por um cirurgião geral e um neurocirurgião, referenciados para atendimento dos pacientes deste setor a cada plantão, mas que não permanecem em tempo integral na sala como os médicos da clínica médica do PS. Os ortopedistas atendem mais solicitações de interconsultas e a maioria dos pacientes que necessitam de avaliação ortopédica são encaminhados para avaliação na sala de ortopedia do PS. Por ser hospital de ensino, conta, também, na maioria dos plantões diurnos, com um ou dois médicos residentes da clínica médica ou neurocirurgia e um residente de enfermagem.

Setor de urgência pediátrica: também denominada pelos profissionais na instituição como sala de observação pediátrica, possui 16 leitos e conta com cinco consultórios para atendimento de crianças que passam pela classificação de risco. O quadro de pessoal de saúde por plantão é formado por quatro pediatras, um cirurgião

pediátrico, um enfermeiro que é também responsável pelo setor de emergência pediátrica e três técnicos de enfermagem.

Sala de emergência pediátrica: conta com dez leitos, sendo que somente três possuem monitores multiparamétricos e materiais de monitorização contínua. O quadro de pessoal por plantão é formado por um pediatra, um residente de pediatria, um cirurgião pediátrico, um enfermeiro também responsável pelo setor de urgência pediátrica e três técnicos de enfermagem.

Salas de observação do PS e corredores: são quatro salas de observação do Pronto Socorro, onde ficam os pacientes que aguardam procedimentos cirúrgicos ou liberação de leito para internação, geralmente das clínicas médica, ortopédica, cirurgia geral, vascular, neurologia e neurocirurgia. São salas e locais adaptados, para funcionarem como uma enfermaria provisória no PS, mas os pacientes ficam nestes setores em macas até que se consiga um leito nas unidades de internação do hospital ou vaga em outros serviços por meio da central de leitos. Pacientes do sexo masculino e feminino dividem os mesmos espaços nas observações e, em uma mesma sala de observação, há pacientes que estão sob responsabilidade das diferentes especialidades médicas. Estas quatro salas de observação acomodam, em média, trinta pacientes e pela superlotação frequente outras macas são posicionadas, rotineiramente, nos corredores internos entre as salas de observação do PS. Este número de macas em corredores é variável, pois o PS trabalha em regime de portas abertas, atendendo grande demanda espontânea de pacientes, sem leitos suficientes para recebê-los e com um fluxo de admissões bem maior do que o fluxo de alta e transferência. É uma situação rotineira no PS a existência de pacientes com guia de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) aguardando vagas, nas unidades de internação nos corredores do PS, seja em macas, cadeiras de rodas ou até mesmo em cadeiras plásticas. O quadro de pessoal por plantão é formado por um enfermeiro e sete técnicos de enfermagem e dois maqueiros. Nestes setores, não permanecem médicos plantonistas fixos. Os pacientes que permanecem nas macas são reavaliados diariamente pelos médicos responsáveis e feita nova prescrição médica. As intercorrências são resolvidas, acionando os médicos e/ou médicos residentes de cada especialidade. Existe uma particularidade, para os pacientes sob a responsabilidade da clínica médica, pois, nos plantões noturnos, como não permanece um médico clínico no consultório, os

profissionais de enfermagem precisam acionar um dos plantonistas da sala de emergência para que faça avaliação do paciente nas observações ou corredores.

Bloco cirúrgico do PS: possui quatro salas cirúrgicas e uma Sala de Recuperação Pós- Anestésica (SRPA). Está situado estrategicamente no PS para atendimento de casos cirúrgicos de urgência e emergência. O hospital possui outro bloco cirúrgico, localizado no segundo andar com cinco salas cirúrgicas, para atendimento dos casos eletivos. O quadro de pessoal da saúde por plantão no Bloco Cirúrgico (BC) do PS é formado por um enfermeiro; seis técnicos de enfermagem (um para cada sala cirúrgica, um para a sala de recuperação e um para cuidado com materiais); cinco anestesistas nos plantões diurnos e quatro anestesistas nos plantões noturnos.

Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC): é uma unidade que conta com 23 leitos e está situada estrategicamente no PS para atendimento dos casos de pacientes com AVC agudo que dão entrada pelo PS. Possui dois leitos específicos para realização de trombólise de pacientes com AVC isquêmico agudo que dão entrada pela sala de emergência de adultos. O quadro de pessoal por plantão é formado por um enfermeiro; um médico neurologista e seis técnicos de enfermagem.

Consultórios ginecológicos e bloco obstétrico: estas são as únicas unidades ligadas ao pronto atendimento que estão situadas, no segundo andar do hospital, estrategicamente próximas à maternidade, berçário e unidade de terapia intensiva neonatal. Pacientes que procuram o PS com queixas ginecológicas ou gestantes são direcionadas para este setor após a classificação de risco no PS. Possui três consultórios, uma sala pré-parto, duas salas cirúrgicas e uma SRPA. Quadro de pessoal da saúde por plantão é formado por um enfermeiro; três médicos ginecologista-obstetras, quatro técnicos de enfermagem, um anestesista.

Urgência odontológica: é composta por um consultório e sala de atendimento da cirurgia bucomaxilofacial, uma sala de atendimento odontológico para tratamento de dor aguda e um consultório de estomatologia. O quadro de pessoal por plantão é de um cirurgião dentista clínico geral, um Cirurgião Dentista Bucomaxilofacial (CBMF), um dentista estomatologista, um residente da CBMF, dois técnicos de enfermagem e um técnico de higiene bucal. O atendimento de estomatologia é realizado somente nos plantões diurnos e não está disponível aos finais de semana.

Sala para atendimento de psicologia e serviço social: é uma sala compartilhada nos plantões por estes dois profissionais. O atendimento pelo serviço social é feito de segunda a sexta-feira de 7h às 22h e aos sábados e domingos de 7h às 19 horas. O atendimento pela psicologia é feito somente de segunda a sexta-feira de 7h às 19horas.

Além dos profissionais de saúde que realizam atendimento, o PS conta com profissionais de apoio e administrativo, tais como: auxiliares administrativos que atuam no guichê da recepção, secretarias das coordenações e setores de apoio diagnóstico, equipe terceirizada de higienização, vigilantes, guardas municipais e equipe do projeto “Posso Ajudar?”. Este projeto é composto por estudantes de vários cursos da área de saúde ou áreas afins, encarregados de acolher os usuários do pronto socorro, por meio de uma abordagem humanizada, encaminhá-los aos locais e aos serviços corretos, organizar o fluxo, aprender a ouvir e a reconhecer as necessidades dos usuários. O objetivo do projeto é acolher, orientar e informar usuários, familiares, acompanhantes e/ou visitantes de forma a melhorar a qualidade e o fluxo de atendimento nos diversos setores do hospital, em especial no pronto-socorro (Informações documentais do Hospital Alfa).

Segundo Santos (2015) no PS, percebe-se um cotidiano orientado por estratégias institucionalizadas e legitimadas que são definidas pelas instâncias de poder que deliberam sobre o funcionamento do serviço, definindo o padrão de funcionamento da unidade, o fluxo de atendimento, rotinas e protocolos disponíveis na unidade para todos os profissionais. Há necessidade contínua de flexibilidade, para modificar e/ou adaptar estas estratégias às demandas do serviço, que é dinâmico e intenso.

Esse espaço institucionalizado que procura funcionar, com base na legislação e normas organizacionais é, também, o espaço das práticas cotidianas em que ocorrem as táticas - entendidas, segundo Certeau (2014), como procedimentos diversos, ágeis e flexíveis que se esquivam das regras estabelecidas pelas estruturas de poder - utilizadas tanto por usuários, para acessar o atendimento, quanto por profissionais da unidade no exercício de suas atividades diárias para responder às múltiplas demandas do serviço. Assim, as práticas cotidianas incluem novas e criativas maneiras de fazer, organizadas em um determinado tempo e espaço (CERTEAU, 2014) e, portanto representam espaços de adaptações às normas estabelecidas por todos os envolvidos.

A partir das observações, tornou-se possível elencar algumas situações no cenário deste PS, como uma lógica organizativa e estruturada voltada para as demandas de urgência e emergência; o lugar, os materiais e os fluxos estruturados para receber uma clientela específica que possa ter as suas demandas ouvidas e solucionadas; o serviço foi construído para se conformar como um ponto da rede assistencial, cuja finalidade é atender às demandas assistenciais de urgências/emergências. É preciso reconhecer esse avanço no lugar observado, pois é comum verificar no país a adaptação de serviços de urgência/emergência, com pouca estrutura e sem uma lógica organizativa, prejudiciais ao atendimento que se deseja implementar (FERNANDES; GÖTTEMS, 2013; RATES, 2016). Assim, essas situações circunstanciais atreladas ao contexto estudado estimulam posicionamentos, táticas dos sujeitos, um “fazer” que opera o escape das amarras circunstanciais e constroem o cotidiano tal como ele acontece.

5.1.2 Participantes da pesquisa

Além do ambiente de trabalho, buscou-se, também, identificar os sujeitos participantes da pesquisa que ocupam o lugar e fazem dele o seu espaço de atuação. Para Certeau (2014, p. 57), os sujeitos são homens ordinários que “pouco a pouco ocupam o centro de nossas cenas científicas”. Conhecer quem são e como as relações desses sujeitos se estabelecem no cotidiano, reveste-se de importância por considerarmos que o trabalho em saúde é realizado por uma equipe e que cada um, com seu saber, contribui para a efetivação do “fazer”.

Na perspectiva da racionalidade técnica, a melhor maneira de se organizar pessoas e coisas é atribuir-lhes um lugar, um papel e produtos a consumir. Portanto Certeau nos mostra que o homem, como um cidadão comum, inventa o cotidiano de diversas formas e esquiva-se das estratégias definidas, inventando novas maneiras de fazer (CERTEAU, 2014).

Essa invenção do cotidiano se dá graças ao que Certeau chama de “artes de fazer”, “astúcias sutis” e “táticas de resistência” que vão alterando objetos e os códigos e estabelecendo a (re) apropriação do espaço e do uso ao jeito de cada um (CERTEAU, 2014). Neste sentido, esse lugar é impregnado pela vida estabelecida pelos sujeitos, seu processo de adoecer/cuidar/curar, suas interações e

ressignificações ali estabelecidas. Nesse lugar, há o paciente que empreende o embate pelo cuidado, bem como há profissionais que desenvolvem o seu próprio “fazer”, o reinventam a todo instante mediante as situações circunstanciais que emergem (RATES, 2016).

Participaram deste estudo profissionais de saúde e apoio do pronto-socorro do hospital, envolvidos diretamente com o atendimento e o processo de transferência de cuidado dos pacientes, totalizando 30 participantes, sendo o maior quantitativo de médicos (11) e enfermeiros (8), enquanto os demais participantes do estudo são técnicos de enfermagem (6), maqueiros (2), cirurgiões-dentistas (1), assistente social (1) e psicólogo (1).

Adotou-se na coleta de dados a flexibilidade do estudo de caso que permitiu a inclusão de outros sujeitos, no decorrer da pesquisa, à medida que foram indicados pelos participantes como pessoas detentoras de informações importantes para a compreensão do fenômeno, denominados informantes-chave. Assim, dos 11 médicos entrevistados, foram incluídos três que possuem funções de coordenação no hospital; um é responsável pela coordenação da equipe médica da sala de emergência de adultos, além da função assistencial de pacientes nos setores, outro é coordenador da equipe cirúrgica e do programa de residência médica em cirurgia geral e uma médica faz parte do grupo de coordenadores médicos plantonistas, responsável pela coordenação de todo PS e dos profissionais de saúde e de apoio que ali trabalham. Informantes-chave (6) foram incluídos pelo envolvimento com atendimento e transferência de cuidado dos pacientes.

A faixa etária dos entrevistados variou de 24 a 61 anos. O tempo de formação profissional variou de 6 meses a 36 anos. Entre os participantes da pesquisa, a maioria (16) é do sexo masculino e (14) do sexo feminino. A amostra final contemplou 30 participantes. Os entrevistados são apresentados por categoria profissional, Nos quadros 4, 5 e 6, a seguir:

Entre os enfermeiros, seis são do sexo feminino e dois do sexo masculino. A idade variou de 26 a 47 anos. Metade é casada, tem tempo de formação entre 5 a 18 anos e a maioria (sete) possui uma ou mais pós-graduações concluídas. O tempo de experiência na área da saúde variou de 4 a 21 anos e, na área da urgência e emergência, de 2 anos a 12 anos. Dos oito enfermeiros, sete são estatutários e um tem contrato temporário, seis trabalham em regime de plantões e dois são diaristas no período diurno, enquanto seis trabalham em plantões diurno, noturno e em finais

de semana em sistema de rodizio. A maioria trabalha 30 horas semanais e três têm dois empregos e trabalham 48, 58 e 60 horas semanais na Enfermagem.

Quanto aos setores de trabalho, os enfermeiros atuam em diferentes setores da urgência e emergência, de acordo com as escalas e necessidades em seus diferentes plantões. Atuam na emergência de adultos e setores de observação do PS, classificação de risco, urgência e emergência pediátrica, bloco cirúrgico do PS, emergência de adultos e setores de observação do PS. A maioria dos enfermeiros (seis) trabalha, em ambos os turnos, em sistema de rodizio; dois são diaristas e trabalham somente de segunda a sexta-feira nos períodos da manhã ou da tarde.

Quadro 4 - Distribuição das características do perfil dos participantes enfermeiros.

CÓDIGO	SEXO	ESTADO CIVIL	IDADE	GRADUAÇÃO	TEMPO FORMAÇÃO	PÓS GRADUAÇÃO	TEMPO DE EXPERIÊNCIA ÁREA SAÚDE	TEMPO EXPERIÊNCIA URGÊNCIA EMERGÊNCIA
ENF 1	Fem.	Solteira	33 anos	Enfermagem	11 anos	Urgência, Emergência, Terapia Intensiva e Trauma/ Mestrado	11 anos	11 anos
ENF 2	Fem.	Solteira	31 anos	Enfermagem	09 anos	Urgência, Emergência, Terapia Intensiva e Trauma/ Mestrado	09 anos	09 anos
ENF 3	Fem.	Casada	39 anos	Enfermagem	18 anos	Urgência, Emergência e Terapia intensiva/ Enfermagem do Trabalho	18 anos	09 anos
ENF 4	Masc.	Solteiro	36 anos	Enfermagem	10 anos	Não	10 anos	09 anos
ENF 5	Fem.	Casada	46 anos	Enfermagem	12 anos	Urgência e Emergência	12 anos	12 anos
ENF 6	Fem.	Casada	31 anos	Enfermagem	09 anos	Urgência e Emergência	12 anos	09 anos
ENF 7	Fem.	Solteira	26 anos	Enfermagem	05 anos	Residência em Urgência, Emergência e Trauma	04 anos	02 anos
ENF 8	Masc.	Casado	47 anos	Enfermagem	11 anos	Enfermagem do Trabalho	21 anos	05 anos

Fonte: elaborado pelo autor com dados da pesquisa (2017).

Quadro 5 - Distribuição das características do perfil dos participantes médicos.

CÓDIGO	SEXO	ESTADO CIVIL	IDADE	ESPECIALIDADE	TEMPO FORMAÇÃO	PÓS-GRADUAÇÃO	TEMPO DE EXPERIÊNCIA ÁREA SAÚDE	TEMPO EXPERIÊNCIA URGÊNCIA EMERGÊNCIA
MED 1	Masc.	Casado	53 anos	Ortopedista PS	30 anos	Ortopedia	30 anos	27 anos
MED 2	Masc.	Solteiro	26 anos	Neuroclínico da Unidade de AVC	03 anos	Neurologia	3 anos	2 anos
MED 3	Masc.	Solteiro	27 anos	Residente R3 Neurocirurgia - Emergência Adultos, Pediátrica e Observações do PS	03 anos	Residência Neurocirurgia incompleta	3 anos	3 anos
MED 4	Masc.	Casado	37 anos	Neurocirurgião dos Consultórios, Sala de Emergência e Observações do PS	13 anos	Neurocirurgia	13 anos	9 anos
MED 5	Masc.	Casado	36 anos	Médico Clínico Coordenador Horizontal e plantonista da Sala Emergência Adultos	13 anos	Clínica Médica/ Cardiologia	11 anos	10 anos
MED 6	Fem.	Casada	52 anos	Coordenador Médico de Equipe do PS	27 anos	Clínica Médica/ Geriatria	27 anos	21 anos
MED 7	Fem.	Divorciada	55 anos	Pediatra da Emergência Pediátrica e consultórios Urgência pediátrica	32 anos	Pediatria	32 anos	21 anos
MED 8	Masc.	Solteiro	44 anos	Clínico Interconsultor e das Observações do PS	20 anos	Hematologia/ Clínica Médica	20 anos	11 anos
MED 9	Fem.	Solteira	32 anos	Médico Clínico Emergência Adultos e Observações do PS	08 anos	Clínica Médica/ Hematologia	8 anos	7 anos
MED 10	Masc.	Casado	49 anos	Coordenador da equipe de Cirurgia Geral e programa de residência em Cirurgia Geral	25 anos	Gestão Pública Hospitalar	25 anos	15 anos
MED 11	Masc.	Solteiro	27 anos	Residente R2 Cirurgia Geral Emergência Adultos, consultórios e Bloco Cirúrgico do PS	03 anos	Residência Cirurgia Geral incompleta	3 anos	2 anos

Fonte: elaborado pelo autor com dados da pesquisa (2017).

Dos 11 médicos, três são do sexo feminino e oito do sexo masculino. A idade variou de 26 a 55 anos. Do total dos participantes, cinco são casados, cinco solteiros e um divorciado.

Todos os sujeitos possuem tempo de formação entre três e 32 anos, nove possuem uma ou mais pós-graduações e dois têm residência incompleta. O tempo de experiência na área da saúde variou de três a 32 anos e, na área da urgência e emergência, varia de 2 a 27 anos.

A função dos médicos na instituição varia de acordo com a especialidade: ortopedista (um); neurologista (um); R3 neurocirurgia (um) (residente do 3º ano em neurologia); neurocirurgião (um); clínico coordenador horizontal e plantonista da sala emergência de adultos (um); coordenador médico de equipe do PS (um); pediatra da sala de emergência pediátrica e consultórios da urgência pediátrica (um); clínico geral interconsultor e das salas de observações do PS (um); médico clínico da sala de emergência adultos e observações do PS (um); coordenador da equipe de cirurgia geral e do programa residência em cirurgia geral (um); R2 cirurgia (um) (residente do 2º ano cirurgia).

Dos 11 médicos, quatro são celetistas, quatro estatutários, dois contrato administrativo temporário e um residente. O tempo de trabalho na urgência e emergência da instituição variou de 2 a 25 anos. A maioria (seis) trabalha em ambos os turnos (diurno ou noturno); quatro no turno diurno e apenas um somente no período noturno; nove trabalham em regime de plantões e dois como diaristas.

A jornada de trabalho semanal na instituição varia entre 24 a 78 horas perfazendo uma média de 53,27 horas. Dos 11 participantes, quatro trabalham em um emprego; cinco trabalham em dois empregos; e dois trabalham em três locais diferentes.

Quadro 6 - Distribuição das características do perfil dos participantes técnicos de enfermagem.

CÓDIGO	SEXO	ESTADO CIVIL	IDADE	GRADUAÇÃO	TEMPO FORMAÇÃO	PÓS GRADUAÇÃO	TEMPO EXPERIÊNCIA ÁREA SAÚDE	EXPERIÊNCIA URGÊNCIA EMERGÊNCIA
TEC ENF 1	Fem.	Solteira	35 anos	Enfermagem	14 anos	Urgência, Emergência e APH	14 anos	9 anos
TEC ENF 2	Fem.	Casada	32 anos	Serviço Social	12 anos	Não	12 anos	10 anos
TEC ENF 3	Fem.	Solteira	53 anos	Não	30 anos	Não	30 anos	10 anos
TEC ENF 4	Fem.	Casada	42 anos	Enfermagem	23 anos	Não	23 anos	23 anos
TEC ENF 5	Masc.	Solteiro	50 anos	Não	28 anos	Não	28 anos	20 anos
TEC ENF 6	Masc.	Casado	50 anos	Não	25 anos	Não	25 anos	18 anos

Fonte: elaborado pelo autor com dados da pesquisa (2017).

Dos 6 técnicos de enfermagem, a maioria (quatro) é do sexo feminino e dois do sexo masculino, dentre os quais três são solteiros e três casados. A idade variou de 32 a 53 anos. Parte dos técnicos possui alguma graduação, sendo três em Serviço Social e Enfermagem e três não possuem graduação. O tempo de formação dos técnicos variou de 12 a 30 anos e a experiência na área da saúde de 12 a 30 anos e, em urgência emergência, de nove a 23 anos.

Dos seis participantes, cinco atuam como técnico de enfermagem no PS e um trabalha como técnico de enfermagem do setor de transporte da instituição que atende, principalmente, a demanda de pacientes do PS; dois são estatutários, dois têm contrato temporário e dois são celetistas. A maioria (cinco) trabalha no turno noturno e um trabalha no turno diurno em regime de plantões. A jornada de trabalho semanal na instituição variou de 30 a 44 horas semanais. Dos técnicos, três trabalham em apenas um emprego e três em dois empregos. A jornada de trabalho semanal total varia entre 30 a 88 horas.

O dentista, psicólogo e assistente social têm experiência de vários anos na área de saúde e experiência na área de urgência e emergência e trabalham no turno diurno.

Os dois participantes maqueiros são do sexo masculino e um é casado e o outro solteiro. A idade média dos maqueiros é de 31 anos. Um possui ensino fundamental completo e outro ensino médio completo. A experiência na área da saúde dos dois participantes é de nove meses e de sete meses na área da urgência e emergência. Ambos são terceirizados. Os dois trabalham no período diurno com jornada de trabalho semanal de 44 horas e têm só um emprego.

5.2 COMPREENDENDO A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE UM PRONTO-SOCORRO SOBRE TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO DE PACIENTES: MÚLTIPLOS OLHARES

Esta categoria aborda a visão dos profissionais, a respeito da transferência de cuidado de pacientes, assim como situações que eles reconhecem no cotidiano de trabalho no pronto-socorro como momentos de *handover*. Conhecer a dinâmica de trabalho destes profissionais, no contexto de atendimento de situações de urgência e

emergência, permitiu conhecer os diferentes papéis dos profissionais envolvidos na prática neste cenário.

Nesse sentido, é importante considerar que o conceito de *handover*, respaldado em definições técnicas e objetivas, é compreendido e percebido de maneiras distintas pelos profissionais, dependendo das abordagens que cada especialidade adota em sua prática. Além disso, a concepção do que é *handover* para os profissionais pode determinar a forma de interação da equipe multidisciplinar e a participação de pacientes e familiares neste processo.

A maioria dos participantes demonstrou ter conhecimento do fenômeno em estudo, apresentando um conceito integral ou parcial da transferência de cuidado:

A transferência de cuidado pode ser feita em um mesmo setor, para outros setores do hospital ou em transferência externa para outros locais [...] como você tem a responsabilidade da assistência daquele paciente, você transfere para outro profissional a responsabilidade pelos cuidados, a necessidade de manutenção da assistência dele (ENF6).

Transferência de cuidado é você passar a responsabilidade que estava com você para outra pessoa dar continuidade ao plano terapêutico, como na passagem de plantão e quando revezamos nos e horários de refeições e descanso (TEC4).

A transferência do cuidado envolve você colocar um objetivo para quem vai receber o paciente, seja quando você está passando o plantão, transferindo de setor, discutindo um caso. É preciso passar toda situação do paciente, tudo que você fez, medicações, procedimentos a que ele foi submetido, da forma mais clara possível, para que não tenha perda de segmento depois [...] o objetivo maior na transferência é que a gente consiga manter a continuidade de tratamento do paciente (MED 5).

A gente assume a responsabilidade do doente a partir do momento que o médico chama o doente para avaliação ou quando o está admitindo, quando você coloca seu nome no prontuário dele você está assumindo a responsabilidade (MED 4).

Transferência de cuidado é o ato no qual o profissional de saúde passa as informações que julga mais importantes sobre o caso clínico do paciente (ENF4).

Transferência do cuidado é você entregar o paciente que estava sob o seu cuidado para outro colega para que ele continue a acompanhar os problemas pendentes para resolução do caso, um diagnóstico, uma hemoglobina, um exame que é crítico para ele, para a decisão cirúrgica, fazer tomografia, ou alguma situação clínica que ele está vivendo como uma hipotensão, um lactato alto, uma irritação peritoneal, de modo que esse dado não se perca na passagem do caso ou do plantão (MED 10).

Os depoimentos dos profissionais no PS evidenciaram situações no cotidiano de trabalho como momentos de transferência de cuidado, condizentes com as definições da literatura (MERTEN; VAN GALEN; WAGNER, 2017): 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. Os registros de observação de campo apontam a participação direta, principalmente, dos profissionais de enfermagem e médicos, do planejamento até a execução destas atividades.

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, de forma temporária ou definitiva (MERTEN; VAN GALEN; WAGNER, 2017). São dois os principais tipos de "*handoffs*" em saúde. O primeiro refere-se às transferências dos pacientes, dentro do mesmo estabelecimento assistencial ou entre diferentes serviços do sistema de saúde. No segundo tipo, o paciente permanece no mesmo local e a referência é a transferência das informações entre aqueles que têm a responsabilidade pelo seu cuidado, podendo ser durante a assistência prestada pelos profissionais e nos momentos de passagem de plantão, visando à continuidade da assistência e à segurança do paciente (WACHTER, 2013).

No cotidiano de trabalho dos profissionais, estas ações são essenciais para uma assistência de qualidade. Para Certeau (2014), o cotidiano pode ser compreendido como algo mais que um simples cenário rotineiro de trabalho representando um espaço da produção e reprodução das práticas sociais. É um espaço onde os dominados podem ser capazes de se apropriar da esfera simbólica constituída pelos dominantes e transformá-la, ressignificá-la, de acordo com suas necessidades e possibilidades. Cotidiano é definido por como um movimento de articulação de práticas do tipo "estratégias" e "táticas". As práticas de *handover* por profissionais de saúde, em unidades de urgência e emergência, estão relacionadas às significações que as estratégias podem assumir neste cenário, em virtude da dinâmica do cotidiano da unidade.

Os relatos dos participantes e a observação evidenciaram que a forma como a equipe multidisciplinar estrutura as trocas de informações e transferência de responsabilidade, nos momentos de *handover*, são essenciais para a continuidade da assistência aos pacientes e prevenção de eventos adversos. Observou-se que, apesar da dinâmica do PS e da imprevisibilidade do número de pacientes em situação de gravidade dificultar a comunicação, há responsabilidade e preocupação da maioria

dos profissionais de saúde com a prestação de cuidados e continuidade do tratamento dos pacientes.

Entretanto, os resultados mostram que alguns profissionais, ainda, não dominam completamente o conceito de transferência de cuidado, apresentando uma visão fragmentada:

Na transferência de cuidado o médico passa para o médico, o técnico para o técnico e o enfermeiro para o enfermeiro, cada categoria com sua categoria e suas particularidades (ENF2).

A transferência de cuidado é o que eu queria que fizesse para aquele paciente [...] cuidar muito bem do paciente, não deixar que lhe falte nada, fazer o máximo para quem estou cuidando (TEC5).

Transferência de cuidado é um compartilhamento, na realidade da enfermagem um cuidado com o doente, medicamento, sinais vitais, avaliação, temperatura, banho, e a gente entra com o cuidado do suporte médico, o ato médico de operar, de tratar uma doença, prescrever (MED 1).

Transferência de cuidado é quando aquele local não é capaz mais de dar mais conta de resolver e o paciente precisará de outro recurso ou acompanhamento. (MED 6)

Transferência de cuidado é quando você tem que transportar um paciente, da maneira mais adequada e com confiança (MAQ 2).

Apesar da visão fragmentada de alguns profissionais sobre transferência de cuidado, ela está presente como uma responsabilidade de oferecer condições para a assistência. Foi possível identificar nos depoimentos que alguns profissionais atribuem um conceito restrito, para o termo transferência de cuidado, limitado a trocas de informações e pacientes somente por uma mesma categoria profissional, realização de procedimentos rotineiros, qualidade da assistência prestada, encaminhamento de pacientes por esgotamento de possibilidade terapêutica pelo profissional ou instituição, assim como realização de transporte de pacientes.

Os resultados revelam pontos comuns nos relatos da maioria dos entrevistados sobre a transferência de cuidado: há transferência de informações entre os profissionais, mas, existe também transferência de responsabilidade para que ocorra a continuidade do cuidado:

Eu entendo que é o momento que você está cuidando de um paciente e você vai passar para outro profissional aquela responsabilidade pelo paciente (TEC2).

Transferência de cuidado é um termo abrangente e o principal é informar os dados, passar de forma sucinta de um profissional para outro, para quem vai

assumir a responsabilidade, para que o cuidado seja mantido no melhor padrão (MED 3).

Transferência de cuidado é por exemplo a situação do paciente que vem de uma UPA para avaliação aqui no hospital, e assim que eles entregam o paciente para nós, passa a ser nossa responsabilidade de tudo que será feito com ele (MED 4).

Relatos mostram como pontos comuns a responsabilidade de prestar informações a outros membros da equipe ou serviços no atendimento aos pacientes. Nesta perspectiva, a transferência de cuidado ou *handover* consiste na transmissão de informações relevantes para a continuidade do tratamento do paciente, devendo conter o seu estado de saúde atual, as recentes mudanças ocorridas e tratamento em curso. É uma forma de transferir a responsabilidade pelo paciente à outra equipe profissional, durante a admissão, no decorrer da assistência, nas transferências entre serviços diferentes e na alta hospitalar (ABRAHAM et al., 2016).

No entanto, foi evidenciado nos depoimentos e observação que existem problemas ligados à 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 e aí você tem que ir com todo cuidado, com a maior educação, aquele jogo de cintura e ir atrás de Dr. Fulano e falar assim “Oh gente vamos resolver o caso do paciente, ele não é seu?”, porque o paciente não tem culpa de nada (MED 6).

Quem está fazendo o transporte do paciente que vem da UPA ou de outro lugar para o hospital tem que saber passar, não pode simplesmente chegar aqui e deixar o paciente no corredor como muitos fazem, eles precisam saber para quem entregar o paciente, tem que ter um técnico responsável (TEC1).

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).

Destaca-se o depoimento de uma médica do PS à resistência de alguns médicos em assumir a responsabilidade pelo paciente. Isto pode ser também observado em situações recorrentes de enfermeiros e técnicos de enfermagem acionarem diretamente alguns médicos ou o coordenador médico de plantão, solicitando-lhe auxílio para a avaliação de pacientes que já estavam em atendimento no PS e necessitavam de avaliação e prescrição médica. O depoimento do TEC reforça que alguns profissionais não mostram preocupação com a transferência

segura do cuidado dos pacientes, deixando-os no corredor do PS sem comunicar com o profissional que assumirá a responsabilidade pelo paciente, trazendo prejuízo assistencial e maior risco de incidentes.

Os serviços de saúde, atualmente, têm sido pressionados de diversas formas a utilizar diferentes tecnologias, para garantir a qualidade da assistência e a segurança do paciente desde sua admissão até a alta, visando prevenir riscos nas várias etapas e procedimentos pelos quais o paciente passará durante sua assistência. Para isso, torna-se necessário um acolhimento adequado, identificação correta do paciente e dos procedimentos a serem realizados, trabalho em equipe e comunicação eficiente entre profissionais e entre serviços.

O trabalho em unidades de urgência e emergência apresenta grandes desafios para os profissionais de saúde que se deparam, constantemente, com a imprevisibilidade, gravidade dos pacientes, limitação de recursos humanos, materiais, estruturais e a multiplicidade de tarefas. Estes fatores interferem na assistência prestada e no processo de transferência de pacientes, tanto internamente quanto para outras instituições (WACHTER, 2013). Na situação em que o paciente permanece no mesmo local, a referência é a transferência de informações entre aqueles que têm a responsabilidade pelo seu cuidado (MERTEN; VAN GALEN; WAGNER, 2017). Há, então, diferentes tipos de *handovers* entre turnos, unidades e estes podem ser realizados entre médico-médico, médico-enfermeiro, entre equipe de enfermagem e demais especialistas (MERTEN; VAN GALEN; WAGNER, 2017; WACHTER, 2013).

O termo continuidade aparece frequentemente nos depoimentos, associado à transferência de cuidado:

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).

O paciente é atendido aqui no pronto-socorro e é feita uma triagem, às vezes ele passa primeiro na cirurgia geral e depois que é feita toda parte sistêmica que ele vem para a bucomaxilo, para dar continuidade ao atendimento (DENT 1).

[...] 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).

A transferência do cuidado consiste em avaliar o paciente e sistematizar a situação dele, o contexto do que aconteceu com ele, o que foi feito, de forma que a programação para ele não seja perdida na mudança de setor (MED 9).

Nos relatos dos entrevistados, foi evidenciado que existe a percepção da necessidade de identificar as necessidades do paciente e repassar as demandas e recomendações aos demais profissionais para a continuidade dos cuidados nos momentos de *handover*. Além disto, eles reconhecem a necessidade de informar pendências e praticar a melhor assistência possível sem causar danos. Chama a atenção, no depoimento de MED5, a importância da qualidade da passagem do cuidado, assim como a recepção adequada pelo outro profissional, mostrando disponibilidade e interesse em relação à continuidade do que já foi iniciado pelo outro profissional:

Temos um médico aqui que não é qualificado para trabalhar na emergência, ele faz atrocidades no plantão [...] a médica de um plantão à noite que tem mais tempo aqui tem o paciente perto dela, ela sabe direitinho, é comum acontecer de o paciente que ela estabilizou no plantão, ao ser assumido por ele, perde-se tudo que foi feito em 24 horas do dia anterior [...] eu sei que a passagem de plantão dela é boa, mas a recepção do cuidado por ele não é adequada, ele não dá continuidade [...] então não só a passagem do cuidado que é importante, mas o recebimento do cuidado pela outra pessoa de forma adequada é fundamental, tem que ter interesse em receber de braços abertos e dar continuidade (MED 5).

O depoimento de MED5 evidencia as diferenças entre os membros da equipe de uma mesma categoria profissional, as dificuldades do trabalho em equipe e de comunicação e de comprometimento com a continuidade da assistência. Chama a atenção, no depoimento o termo “atrocidades”, quando se refere a conduta de outro profissional médico em alguns plantões. Observa-se que são táticas manifestadas por alguns profissionais não emergem apenas das dificuldades para viabilizar estratégias e podem apresentar uma nova maneira de fazer, em seu aspecto negativo, o fazer diferente, próprio, de cada sujeito e que atribui ao processo de trabalho uma nova ordem. Neste contexto, questiona-se se as táticas emergem de dificuldades para cumprir a norma ou podem estar ligadas a formação, concepção sobre o processo saúde/adoecimento/cuidado, assim como formação ética, ou seja, as táticas reinventam o cuidado por outros motivos além das pressões normativas. As articulações e interações entre os profissionais, a busca pelo acolher e ser acolhido, a certificação de um cuidado prestado, a sensibilidade para cuidar do outro são características dos sujeitos que vivenciam esse cotidiano (RATES, 2016; CERTEAU, 2014), e podem apresentar diferenças significativas.

Neste sentido, ressalta-se que 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 diferentes do hospital e para outro hospital (ABRAHAM et al., 2016). Um desafio, durante as transferências, é identificar métodos e adotar estratégias que diminuam a deterioração da informação com a perda de dados clínicos importantes. Assim, torna-se um grande desafio desenvolver um processo de transferência que seja eficiente e abrangente (GLUYAS, 2015).

Outro aspecto identificado nos depoimentos é o diferencial da equipe de cirurgia geral, quando comparada às outras especialidades médicas que atendem no PS, em relação ao acompanhamento dos pacientes admitidos no hospital pelo mesmo residente, durante todo o período de internação, independente do setor a que o paciente seja encaminhado:

Na cirurgia geral temos uma vantagem porque o paciente que é internado tem um mesmo residente que fica responsável por ele o tempo todo, a transmissão de cuidado do pronto-socorro para os demais setores do hospital fica a cargo do residente, existe um acompanhamento, e funciona muito bem [...] quem pegou o paciente vai estar com ele no pós-operatório, então facilita bastante (MED 10).

Aqui no hospital o paciente fica sendo avaliado por esse mesmo residente da geral todos os dias, isto é uma forma de transferência de cuidado (MED 11).

Eu sou da clínica médica e fico de plantão apenas na emergência, eu não sei como foi a sequência do cuidado de um paciente que foi transferido para o CTI, eu não vou lá ver ele, então eu não sei se aquilo que eu recomendei foi feito pela equipe de lá (MED 9).

Os depoimentos de MED9, MED10, MED11 e a observação de atendimentos médicos e momentos de *handover* evidenciam que há diferenças entre as especialidades médicas em relação ao médico que assumirá a responsabilidade pelo paciente e condução do caso. Observou-se que a equipe da cirurgia geral estabelece o padrão de atendimento em que o mesmo residente que foi responsável pela admissão do paciente acompanhará o caso e continuará responsável por ele durante todo período de internação. Esta organização do trabalho do residente, no acompanhamento do paciente, assegura a continuidade do atendimento e a busca de informações.

Esta situação é diferente do sistema de plantões em que cada profissional necessita da transferência segura do cuidado por, muitas vezes, desconhecer os pacientes em atendimento no PS. A análise documental não evidenciou a existência de protocolo que definisse esta particularidade de atendimento da cirurgia geral, sendo interpretada então como uma organização utilizada pela coordenação da residência, em cirurgia geral, no que diz respeito ao acompanhamento dos pacientes pelos residentes da especialidade, assim como a expectativa de melhorar o vínculo e seguimento dos pacientes, além de estar ligado à metodologia de ensino dos residentes, em processo de formação.

Foi possível identificar pelos depoimentos que, para a maioria dos entrevistados, o conhecimento da situação clínica dos pacientes e a avaliação são a base para identificar problemas, definir prioridades e condutas e gerar recomendações nos momentos de *handover*:

Transferência de cuidado é o enfermeiro avaliar clinicamente o paciente, se ele precisa virar mais, se está com lesão, em uso de sonda, para fazer diagnóstico de enfermagem, olhar demandas e transferir cuidados para outro colega (ENF3).

A recomendação do que vai ser feito para o paciente é baseado no que a gente avalia, nos exames, e é a partir disso que vai ter a recomendação. Todos os dias os casos são discutidos mais de uma vez (MED 11).

Transferência de cuidado para mim seria identificar o paciente, resumidamente dizer o que você acha que ele tem e o que precisa, se você precisa realmente transferir este paciente para outro lugar e por qual motivo (MED 8).

Na transferência de cuidado você deve dizer para quem vai dar segmento ao seu trabalho qual é a situação da criança e o que precisa fazer [...] devemos priorizar o que a criança tem, informar um diagnóstico ou uma impressão diagnóstica e conduzir o profissional a dar seguimento, ou seja, cobrar exames, reavaliar, trazer algum especialista para avaliar a criança, é dar a dimensão do cuidado que aquele paciente ainda necessita (MED 7).

Quando é transferência de cuidados é feita dentro do mesmo setor, se eu retorno em um próximo plantão e o paciente ainda continua ali, eu consigo avaliar melhor se o que eu recomendei na passagem do caso foi feito ou não (MED 9).

Os resultados apontam que existe no pronto-socorro troca de informações entre os profissionais da mesma categoria e entre categorias diferentes, com um corpo de conhecimentos próprios e autonomia. De acordo com Abraham et al. (2016), o *handoff* pode ser caracterizado em três fases interdependentes: a fase *pré-handoff* que consiste no conhecimento sobre o paciente; o *handoff* em que ocorre a

comunicação dos eventos relacionados aos casos dos pacientes, relacionada à preparação na fase de *pré-handoff*; e o *pós-handoff* que inclui realizar atividades de cuidado planejadas e de reavaliação das informações do paciente.

O depoimento de ENF3 ressalta a importância da avaliação clínica dos pacientes pelo enfermeiro e construção de diagnósticos de enfermagem, que corresponde a uma das etapas do processo de enfermagem e reporta à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, uma metodologia de trabalho que possibilita a organização, planejamento e avaliação do cuidado prestado, subsidiando a prescrição e a implementação das ações de assistência de enfermagem, conforme dispõe o art. 11 da Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, referente ao Exercício Profissional da Enfermagem (BRASIL, 1986) e a Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem, que reafirma a necessidade de o enfermeiro atuar no cotidiano alicerçado pela SAE e pela implementação do processo de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

A SAE é uma ferramenta importante, no contexto da urgência e emergência, que pode favorecer a prática profissional como estratégia para diminuir a cisão entre o saber e o fazer enfermagem, assim como a comunicação clara e objetiva entre os membros da equipe de saúde (PENEDO; SPIRI, 2014). A esse respeito, os resultados confirmam os depoimentos, observação de campo e análise documental de impressos e evoluções de enfermagem que, no cenário em estudo não foi, ainda, implementado o processo de enfermagem, faltando priorização do enfermeiro na avaliação dos pacientes:

Aqui no pronto-socorro o paciente sofre muito, porque ele fica muito solto, todo mundo mexe, faz do jeito que quiser, tudo é feito, mas nem tudo é feito de forma igualitária, como todo mundo deveria fazer (TEC 5).

O enfermeiro aqui no pronto-socorro faz trabalho que não compete a ele; ele está deixando de ver paciente, de verificar uma prescrição, de supervisionar um técnico de enfermagem, para fazer serviço administrativo de pegar AIH, separar papéis e eles mesmo ter que ir internar pacientes [...] O número de pacientes nas observações e corredores é muito grande, tem dia que tem 20, 30 e já tivemos dias com quase 80 pacientes para só um enfermeiro dar conta e ainda olhar o trabalho dos técnicos [...] a função do enfermeiro aqui é apagar incêndio, correr de um lado pro outro, é humanamente impossível o enfermeiro conseguir avaliar todos os pacientes, ele vai priorizar um exame, um paciente que não está bem, as transferências que estão por fazer (ENF3).

A demanda aqui no pronto-socorro é passar sonda, fazer a medicação e transferir paciente, a enfermagem se resumiu a isso, não tem mais aqui

aquela questão de cuidado[...] nós enfermeiros acumulamos muitas funções que não são de nossa alçada, deixamos de prestar assistência direta ao paciente, de cuidar de processos da enfermagem como a SAE (ENF2)

Como a gente tem excesso de demanda aqui, a gente não consegue ver a medicação que o paciente está tomando, avaliar direito os pacientes, então são só essas informações mais superficiais [...] o objetivo do enfermeiro aqui é fazer a transferência dos pacientes e tentar esvaziar o máximo o setor (ENF 6).

Apesar de a definição das ações do enfermeiro na lei do exercício profissional (BRASIL, 1986) como “estratégias” formais do que deveria ser feito, há demandas institucionais e condições de trabalho que dificultam ou impedem o enfermeiro de exercer sua função como prescrito no PS. Esta situação leva o enfermeiro a adotar maneiras criativas de fazer o seu trabalho cotidiano da melhor forma possível, utilizando “táticas” para priorizar atendimentos imprescindíveis, verificar exames, atender pacientes graves, realizar procedimentos mais complexos e à função administrativa providenciar as transferências dos pacientes para outros setores/serviços para “tentar esvaziar ao máximo o setor”. Os relatos mostram que os enfermeiros têm diversas funções no PS o que dificulta fazer uma assistência direta aos pacientes, com conseqüente reflexo na transferência de cuidado.

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, em sua visão, dificultam o processo de trabalho e a prática segura do *handover*. Segundo Barcelos (2014), todo o corpo clínico da instituição deve estar envolvido e comprometido com as metas de segurança do paciente, assim como os protocolos e diretrizes institucionais que podem auxiliar na redução de erros. No entanto os relatos mostram fragilidades organizacionais, para o alcance das metas de segurança, que devem ser uma filosofia/diretriz do hospital e assegurar as condições necessárias.

Estudos apontam que unidades de urgência e emergência apresentam características comuns, como a dinâmica de atendimento, imprevisibilidade, multiplicidade de tarefas, elevada rotatividade de profissionais e usuários, grande demanda de pacientes com graus variados de gravidade, limitação de recursos humanos, materiais, estruturais, além de sobrecarga de trabalho, estresse profissional e ambiental, fatores que interferem na assistência prestada, nos momentos de

handover e favorecem alto risco para a ocorrência de incidentes e Eventos Adversos (BRASIL, 2017a; SANTOS et al., 2017; WACHTER, 2013).

Os resultados revelam a visão ampliada de alguns dos entrevistados sobre transferência de cuidado, com base na integralidade do cuidado, considerando o seguimento que pode ser dado ao paciente na rede de atenção primária, secundária, cuidado domiciliar e acesso à rede social de atendimento:

A transferência de cuidado é a transferência do seguimento de um paciente, que pode se manter em um regime de internação, uma alta com acompanhamento ambulatorial, ou uma alta domiciliar (MED 11).

Transferência de cuidado é o atendimento que se inicia e termina, aqui na bucomaxilo a gente faz o atendimento urgente, aquilo que é inicial, mas não é a extensão de todo o tratamento que ele precisa [...] depois que a gente fez a nossa parte, seja no bloco cirúrgico ou no consultório, devolvemos esse paciente para a parte odontológica, para que ele termine o tratamento, e nem sempre há um retorno para o hospital, às vezes continua só no ambulatorial (DENT 1).

Transferência de cuidado para mim não é só entre os profissionais aqui no hospital, mas também o acesso à rede, o conhecimento dessa rede social no atendimento e os encaminhamentos que fazemos daqui, temos demanda no pronto-socorro em relação a abuso, vítima de violência sexual, agressão física, e fazemos encaminhamentos para delegacia da infância e da juventude, delegacia de proteção a pessoa adulta, para tutelados e também para juizados (ASOC 1).

Alguns pacientes com quadro de crise conversiva, alterações psiquiátricas de agressividade a si mesmo, 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).

Os depoimentos reforçam a importância da integralidade no cuidado à saúde, vinculando o *handover* a uma prática que faz interface com outros serviços e profissionais, não somente da rede de atenção à saúde, mas também a serviços como delegacias especializadas, juizados e o Centro de Referência à Saúde Mental (CERSAM). Chama atenção que nenhum profissional de enfermagem e somente um dos médicos entrevistados apresentou em seu depoimento a visão de *handover* associada à integralidade, o que pode ser confirmado pela observação de campo que aponta o distanciamento destes profissionais dos familiares dos pacientes, assim como pequena interação com os assistentes sociais e psicólogos que atuam no serviço. Assumpção (2007) reforça este resultado encontrado, ao afirmar que, nas práticas hospitalares, predomina o modelo médico hegemônico que fragmenta o indivíduo em partes biológicas, favorece o trabalho orientado em torno do profissional

médico, valoriza intervenções especializadas e desvaloriza a complementaridade das ações.

O conceito de integralidade trazido por Assumpção (2007) mostra que o atendimento e as ações de saúde sejam realizados de forma integrada, com visão ampliada, considerando integração de saberes e práticas e voltados para a promoção, a prevenção e recuperação da saúde. Além disto, entende que integralidade pressupõe integração com os demais setores e serviços disponíveis para a atenção integral à saúde e, para que ela ocorra, os serviços de saúde devem possuir uma equipe qualificada e privilegiar atendimentos que sejam capazes de ouvir as demandas dos usuários e compreender as condições de vida dos indivíduos, assim como os fatores responsáveis pelo adoecimento e morte sob a perspectiva dos determinantes sociais da saúde.

Alguns entrevistados referem-se às transferências dos pacientes que são realizados, no seu cotidiano de trabalho no PS, como transferência de cuidado. São descritas situações de transferências internas e externas de pacientes, envolvendo comunicação entre os envolvidos, transporte, troca de documentos (estratégias), responsabilidades:

A demanda é por transferência de cuidado escrita, você tem que fazer um relatório de transferência por escrito, é uma exigência aqui no hospital fazer este relatório, mas para passar verbalmente na maioria das vezes não tem exigência, só a escrita mesmo (MED 2).

Quando a criança vai ser transferida o pediatra que está na emergência passa o caso para o pediatra do CTI ou da internação, o enfermeiro passa o caso para o enfermeiro e eles autorizam subir com a criança, sempre com relatório de transferência, é uma exigência [...] (ENF 4).

Eu prefiro ir pessoalmente até nos andares ou outro setor aqui do PS para passar o caso do paciente que vai ser levado, a minha função é mais passar os casos após a internação liberar as vagas e verificar a documentação do paciente, a maioria dos colegas faz por telefone, mas eu prefiro ir pessoalmente, não é obrigatório, mas eu acho que fica mais fácil para fazer a transferência do cuidado indo pessoalmente, de longe a gente não está enxergando o colega, muitas vezes falha a comunicação e pessoalmente é melhor e até mais rápido para passar (ENF 8).

Você transfere o cuidado para dar continuidade ao tratamento, por exemplo, me entregam um paciente da enfermaria no centro cirúrgico, estão então transferindo o cuidado para outro setor [...] quando pego este paciente que estava no centro cirúrgico depois de operar, junto os papéis com o relatório médico da cirurgia e retorno com ele para enfermaria ou CTI, entrego o paciente para a equipe de lá e relato tudo que aconteceu com ele no meu setor (ENF5).

Significa o paciente que está na minha unidade e vai ser transferido para outra, mas enquanto ele continuar aqui ele estará com nossos cuidados e sob nossa responsabilidade (TEC 6).

Os depoimentos de MED2 e ENF4 evidenciaram uma situação normativa da instituição que consiste na obrigatoriedade do médico responsável pela alta ou transferência e providenciar relatório escrito que será encaminhado junto com o paciente para o local de destino. Chama atenção o depoimento de ENF8, afirmando a preferência por passar os casos pessoalmente na unidade de internação em vez de utilizar somente o telefone, configurando-se como uma maneira de fazer empregada para facilitar a comunicação e agilizar a transferência do paciente. A observação permitiu verificar que é comum alguns enfermeiros e médicos do PS preferirem comparecer pessoalmente no setor de destino do paciente, como as enfermarias, CTI e os próprios setores do PS para realizar a passagem do caso ao enfermeiro ou médico responsável, alegando dificuldade de falar ao telefone e maior praticidade.

Pela observação e depoimentos, foi possível identificar o enfermeiro como profissional-chave na equipe, para realizar contatos com profissionais para as transferências de pacientes, conferência de documentos, organização dos transportes e agenda de exames, cumprindo papel importante de planejamento e organização da 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, e no transporte vai o técnico, o médico ou um residente [...] o enfermeiro e médico passam o caso antes no setor e aguardam autorização para levar o paciente [...] utilizamos um checklist de materiais, conferindo se tudo está certo como maleta de transporte, oxigênio, ambu, respirador, monitor com bateria, além pasta do paciente com o relatório médico de transferência (ENF 4).

Estudos apontam os enfermeiros como atores de maior centralidade, durante a transferência da responsabilidade pelo paciente, assim como seu potencial de articular o cuidado com as demais áreas e categorias profissionais, priorizando a centralidade do cuidado ao paciente (SILVA; AVELAR; FARINA, 2015; SOUZA et al., 2016).

Os depoimentos apontam associação de passagem de plantão com a transferência das informações entre aqueles que têm a responsabilidade pelo cuidado dos pacientes, quando os entrevistados se referem à transferência de cuidado:

[...]. É a passagem de plantão, engloba o cuidado direto com o paciente, os medicamentos, o que a gente deve fazer ou não, por exemplo, se está com dieta suspensa, oxigênio, algum exame pendente, tudo que deve ser passado ao colega (ENF8).

Transferência de cuidado é passar as necessidades do paciente na passagem do plantão para que seja dada continuidade (TEC3).

Eu acho que é a passagem de caso, as pendências e os pontos que a gente tem que ficar atento para evitar possíveis complicações do paciente durante a passagem de plantão (MED 2).

Os entrevistados ressaltam 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 como momentos em que passam, além de informações seguras, a responsabilidade por alguns pacientes, para outro profissional, seja na troca de turnos ou em intervalos como de refeição e descanso.

Em conformidade com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358 de 2009, a passagem de plantão para a enfermagem é uma dimensão obrigatória na sistematização da assistência de Enfermagem; ressalta-se, ainda, a necessidade de esta ação ser desenvolvida de maneira cuidadosa e segura (BORGES et al., 2017). A passagem de plantão é uma atividade comunicativa e de rotina da equipe de enfermagem, indispensável e inerente ao trabalho cotidiano, que permite organizar e planejar as intervenções de Enfermagem, considerada ferramenta fundamental para a prevenção de falhas e erros nos cuidados de pacientes (LLAPA et al., 2013). Entretanto é preciso priorizar a segurança do paciente e definir, enquanto equipe, as modalidades de passagem de plantão que melhor se adequem à realidade, nas quais se oportunize a transferência das informações necessárias à continuidade de um cuidado seguro e de qualidade (LLAPA et al., 2013). A passagem de plantão como norma do Cofen (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009) configura-se como uma “estratégia” para a enfermagem. No entanto esta prática é adaptada com frequência, não só de acordo com o contexto, mas também por características da equipe que, algumas vezes, utiliza diferentes “táticas” como deixar escrito para ser repassado por outros colegas de trabalho, deixar o trabalho antes do horário ou chegar atrasado.

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 (BECCARIA et al., 2017; SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018; SILVA et al., 2017a).

Apesar das dificuldades relatadas, os depoimentos evidenciam que habilidades e ferramentas de comunicação são importantes para a transferência do cuidado no PS:

Muitos profissionais não têm conhecimento do quão valioso é o processo de comunicação [...] Comunicação efetiva traz impacto no tratamento, previne evento adverso, é uma das 6 metas internacionais na segurança do paciente, validadas pelo plano nacional de segurança do paciente, que inclusive prevê que toda instituição desde 2013 tenha um núcleo de segurança do paciente (ENF1).

Quando o enfermeiro me liga no bloco cirúrgico e fala “eu tenho um paciente sangrando aqui na emergência, estou chamando a cirurgia geral, a chance que este paciente entre no bloco é grande”, então, você já cria expectativa, deixa as coisas organizadas [...] aí quando ele me liga novamente e fala: “eles vão entrar com aquele paciente para cirurgia”, é muito melhor assim, essa comunicação é primordial na transferência de cuidado (ENF 5).

Paciente não é o relatório, tem história, se tem alguém que avaliou, eu acredito que tem que ter uma passagem assim: “Aqui, trouxe o paciente tal, ele foi avaliado lá e foi isso, isso e pronto” (MED 4).

Você tem que explicar para o técnico como está o paciente, o que está acontecendo, de onde e porque ele veio, se tem acompanhante, se tem possibilidade de alta (ENF 7).

Com os médicos da emergência temos contato maior e mais abertura, os técnicos de enfermagem têm abertura para falar como o paciente está, para tirar dúvida, para ter uma resposta mais rápida, porque é importante para o paciente (TEC 1).

Conforme o Manual Internacional de Padrões do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) e Joint Commission International (JCI), a comunicação efetiva, ou seja, oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor, reduz ocorrência de erros e resulta na melhoria da segurança do paciente (MERTEN; VAN GALEN; WAGNER, 2017; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). Nesse processo, destaca-se a necessidade da clareza nas mensagens repassadas e da certeza de que a outra parte compreendeu exatamente a mensagem que lhe foi transmitida. Para tal, o contato dos olhos, escuta ativa e confirmação da compreensão da mensagem são

alguns fatores cruciais para garantia de comunicação efetiva entre os membros da equipe (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Estudos apontam que uma 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 a serem desenvolvidas pela equipe multidisciplinar, com implicações na transferência de cuidado, continuidade da assistência e segurança do paciente, favorecendo a ocorrência de Eventos Adversos (ABRAHAM et al., 2016; SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Os depoimentos revelam que aprimoramento das habilidades e ferramentas de comunicação são importantes para os profissionais na transferência do cuidado no PS:

O que eu tento passar como coordenador da residência é que eles foquem no que é objetivo, tenham sensibilidade de ir ao CTI e falar: “Olha, esse dreno não pode ter sangue, se ele tiver sangue fique atento, essa sonda está pós pilórica, não pode perder de jeito nenhum, você passa o caso e direciona o colega, chamando atenção para aquilo que realmente preocupa e que é mais importante (MED 10).

Você tem que ligar e correr atrás mesmo, tem que falar “oh fulano, você tem que ligar para marcar o exame do paciente”, são coisas que às vezes não são nossas, mas tem que reforçar, senão o paciente perde o exame e piora (MED 6).

Nas observações do pronto-socorro a passagem de plantão é com passômetro, ele é mais simples, não é igual na emergência onde os enfermeiros e médicos utilizam o ISBAR (ENF3).

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 avaliar e assumir o caso, a gente quer atentar para o principal e deixar o que é secundário em segundo plano, diante disso a transferência de cuidado vem (MED 2).

A gente padroniza o ISBAR para passar o plantão aqui na emergência, porque nele a gente tenta ser objetivo e sucinto nas coisas mais importantes, e ele consiste em uma coisa que é fundamental de segurança do paciente que é a identificação do paciente, depois a situação, por que ele está ali, o que vamos fazer naquele doente, e também o “background” dele, o que que ele tem de contexto, o que contribuiu pra que ele tenha aquilo e a avaliação, que significa o que a gente está fazendo, o que te preocupa naquele paciente (MED 5).

ISBAR é mnemônico, que S seria a situação agora do paciente, é uma frase que a pessoa vai ler e entender o que o paciente tem, tipo assim choque séptico com foco pulmonar, então você entendeu que o paciente está com um choque séptico e tem que iniciar um antibiótico [...] o B é o background, é o contexto do paciente, como que isso aconteceu, depois vem o A que é a avaliação de como o paciente está agora, o que você fez hoje e o que mudou, e o R que são as recomendações, qual é a minha proposta pra esse paciente (MED 9).

A clareza e assertividade são 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. Foi evidenciado, nos depoimentos e observação, que alguns enfermeiros e médicos utilizam ferramentas de comunicação nos momentos de *handover*, como passômetro e ISBAR. O passômetro é apontado como instrumento utilizado nos setores de observação do PS pelos enfermeiros e na emergência pediátrica pelos médicos e enfermeiros. Os setores de observação do PS funcionam como enfermarias adaptadas, com média de 30 macas, onde permanecem pacientes que deram entrada no PS e estão em atendimento, sendo que a maioria já possui documentação de internação e aguarda a disponibilidade de vaga em setores de internação do hospital.

Os depoimentos mostram que os enfermeiros e médicos consideram o passômetro um instrumento simples, que facilita a passagem de plantão, localização e transferência de pacientes no PS. Pela análise documental, verificou-se que o passômetro consiste em um documento em arquivo no formato Microsoft Word editável, disponibilizado em pasta compartilhada nos computadores do PS, em forma de tabela com linhas e colunas, especificando itens a serem preenchidos com os dados: nome, idade, data de admissão, diagnóstico médico que motivou a internação, especialidade médica responsável pelo paciente e se há exame ou procedimento a ser realizado. São registradas também pelos enfermeiros no passômetro intercorrências com os pacientes e utilização de dispositivos como sondas e aparelhos de oxigenioterapia. A observação na emergência pediátrica possibilitou verificar que este documento é preenchido no computador, inicialmente, pelo enfermeiro e, assim que impresso, uma cópia é cedida aos pediatras, que realizam anotações complementares para auxílio na passagem de plantão. Existe um acordo verbal entre os pediatras e enfermeiros deste setor em relação ao procedimento.

O ISBAR, também denominado SBAR (*situation, background, assessment, recommendation*), foi apontado nas entrevistas como uma ferramenta de comunicação utilizada por médicos e enfermeiros da sala de emergência de adultos, na passagem de plantão e transferência de pacientes. A técnica SBAR (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2015) consiste em um método de *briefing*, um instrumento validado e comprovadamente eficaz para padronizar a troca de

informações e sequência de atuação entre profissionais de saúde. O Instituto para Melhoria do Cuidado em Saúde (*Institute for Healthcare Improvement* [IHI]), com sede em Cambridge, incentiva, desde 2007, os serviços de saúde a adotarem a ferramenta SBAR, traduzido em português como situação, antecedentes, avaliação, recomendações) (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2015).

Um estudo apontou dois fatores relacionados frequentemente à falha de comunicação, durante a transferência: a não utilização de um formato padronizado de apresentação das informações, mostrando que há ligação potencial entre padronização e quebra da informação; a conclusão inadequada de atividades de preparação do *handoff*, que se relacionam ao levantamento de dados sobre o paciente e atualização do plano de cuidados, como examinar o paciente; revisão das suas informações e do seu plano de cuidados e elaboração do registro antes da troca de plantão. A não realização dessas atividades resultou em quebra de informação, ao contrário de quando ambas foram realizadas adequadamente (ABRAHAM et al., 2011).

Foi observada, no setor de emergência de adultos, a utilização da ferramenta ISBAR por enfermeiros e médicos, principalmente, na passagem de plantão e transferência de pacientes. Os profissionais acessavam o documento, no modelo ISBAR nos computadores, inseriam dados dos pacientes e imprimiam o documento com mais cópias para entregarem aos profissionais que assumiriam o plantão. A passagem de plantão era realizada por categorias profissionais separadas, geralmente à beira leito, sendo que a passagem de plantão dos técnicos de enfermagem era realizada somente de forma verbal, sem o auxílio de ferramenta ou documento impresso. 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 (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Entretanto, alguns depoimentos e observação de períodos de troca de turno entre os profissionais no PS apontam problemas ligados à transferência de responsabilidade e falhas de comunicação nos momentos de *handover*, principalmente, entre equipe médica e de enfermagem:

Tem colega aqui que você sabe que ele tem uma preocupação maior na passagem do plantão, ele faz o passômetro direitinho e passa um plantão bem passado, mas tem colega que nem passa plantão ou deixa o passômetro mal feito ou sem fazer nenhuma anotação, existe falta de compromisso e de trabalho em equipe de algumas pessoas (ENF 7).

Às vezes o plantonista chega atrasado, vem de outro serviço e não consegue chegar a tempo da passagem de plantão, isto prejudica demais a todos (MED 3).

A comunicação aqui está muito falha, o pessoal está precisando passar o plantão de forma adequada, principalmente na equipe de enfermagem, tem alguns colegas que nem passam o plantão, está deixando muito a desejar (TEC 1).

Às vezes o paciente já está de alta da emergência para outro setor e ninguém da enfermagem no plantão fica sabendo, porque nenhum médico comunicou, ou só escreveu no prontuário, aí o paciente perde a vaga por falha de comunicação (ENF7).

Temos aqui muitas vezes a dificuldade do doente que é trazido por alguém e deixado aqui, sem passar nada, temos aqui na neuro doente que não se comunica, ele não fala, então isto prejudica muita nossa avaliação e o paciente (MED 4).

Os achados da observação e a análise de relatórios administrativos dos setores, impressos de evolução, sinais vitais e prescrições médicas de pacientes em atendimento evidenciam problemas frequentes, envolvendo a equipe de enfermagem, em todos os setores do PS, principalmente, nas observações e corredores que são setores que acomodam diversas macas com pacientes em decorrência da superlotação: ausência no plantão sem aviso prévio; atraso significativo para assumir o plantão; ausência de passagem de plantão por saída antecipada, não aguardar o profissional do próximo turno e somente deixar anotações e passômetro impresso; medicamentos prescritos não administrados ou que tiveram atraso; exames diagnósticos que não foram realizados por problemas de comunicação. Foi observada também, nas trocas de turnos, a ausência de passagem de plantão entre médicos da neurocirurgia, neurologia e cirurgia geral que atendem, nos consultórios e sala de emergência do PS, assim como médicos da clínica médica que atuam como interconsultores nos plantões diurnos.

Em pesquisa realizada no setor de emergência sobre os erros de comunicação dos sinais vitais, durante o *handoff*, foi analisada uma amostra de conveniência de *rounds* de turno, tendo como desfechos primários erros de comunicação dos sinais vitais, compreendidos como incapacidade para comunicar hipotensão ou de documentar hipóxia. Foram observados 1.163 *handoff* de pacientes, durante 130 *rounds*, dentre os quais 117 pacientes com episódios de hipotensão e

156 com hipóxia e não foram comunicados. Em 166 *handoff*, ocorreram erro de omissão na comunicação de sinais vitais (VENKATESH et al., 2015).

Por meio dos depoimentos e análise documental, foi possível identificar a existência de um livro de relatório, nos consultórios da cirurgia geral e clínica médica do PS, utilizado para registro de atendimentos, solicitação de avaliação pelas outras especialidades e pendências, relacionadas ao acompanhamento de alguns pacientes como resultados de exames pendentes e provável abordagem cirúrgica:

Nós aqui como interconsultores não temos hábito de fazer a passagem de plantão lá na sala de emergência, eu comunico geralmente para algum dos médicos que está na emergência de dia e peço para darem o recado para o plantonista da noite, para avisar que no livro tem pendência de pacientes da clínica, para que eles leiam (MED 8).

Estas condições vivenciadas pelos profissionais do PS envolvem falhas de passagem de plantão, registro de informações em prontuário, cumprimento da jornada de trabalho, administração de medicamentos e realização de exames que caracterizam situações de descumprimento de normas e rotinas (estratégias) estabelecidas pela instituição e que comprometem os momentos de *handover* e coloca em risco a segurança dos pacientes.

Assim, o êxito no uso de instrumentos tem nexos com o envolvimento da equipe e o seu conhecimento acerca da natureza da informação que deve ser valorizada quanto ao perfil de paciente assistido. Então, é necessário que os profissionais estejam sensíveis ao trabalho em equipe e à comunicação, o que demanda a implementação de estratégias de educação e treinamento destas habilidades, envolvendo todos os que lidam direta e indiretamente com o cuidado dos pacientes, para que se corresponsabilizem pela segurança da comunicação sobre o paciente (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Nos relatos abaixo, destaca-se a visão de alguns profissionais sobre fatores que interferem na compreensão e prática dos profissionais sobre transferência de cuidado, como

A maioria dos enfermeiros do PS ainda não foi capacitada e não utiliza o ISBAR. [...] nem todos têm o mesmo entendimento do que é transição de cuidado[...] sabemos que o perfil do profissional, sua formação, tempo de experiência na área e a capacitação influenciam no sentido de dar a devida

importância para a transferência de cuidado, e isto é valioso no desfecho clínico do paciente (ENF1).

Estou aqui há quase três anos e nunca tive treinamento sobre transferência de pacientes e transferência de cuidado, o que eu faço aprendi no dia a dia (ENF7).

[...]. Precisamos ter treinamento, cursos que orientem o que você tem que fazer, porque tem que fazer [...] o hospital parou de treinar as pessoas, elas precisam saber a importância de passar o cuidado, mas isso não está tendo aqui, isto se perdeu (TEC 1).

Para o enfermeiro que tem uma expertise maior na emergência ou que já tem treinamento em transição de cuidado referenciado, quando ele observar um paciente, por exemplo, que tiver uma pneumonia, ele não vai colocar uma recomendação “antibiótico”, ele vai colocar como recomendação atentar para o padrão respiratório, observar eliminações da via aérea, observar se o paciente tem queda da oximetria (ENF1).

[...] é para usar o ISBAR? É uma ferramenta importante? Vai fazer o checklist?” [...] de um modo geral em outros países as pessoas fazem, se preocupam, eles já têm uma cultura de implementação, são ferramentas objetivas e pragmáticas, mas o brasileiro conversa muito, não dá importância a ser prático e pragmático, e falam pouco sobre o que realmente interessa [...] temos o problema que isto até então não vem sendo ensinado nas faculdades e culturalmente o brasileiro não é adepto a esses tipos de coisas, ele acha que isso é perda de tempo, bobagem, que ele tem que operar (MED 10).

Os relatos evidenciam questões importantes na valorização e consequente prática cotidiana da transferência de cuidados, como as falhas na formação acadêmica, treinamentos pela instituição, experiência na área de urgência como diferenciador em relação às habilidades. Estas questões mostram diferenças entre os membros das equipes, em termos de formação, capacitação e comportamentos que facilitam ou dificultam a adequada visão clínica do paciente e, conseqüentemente, a transferência de cuidados.

Considerando que a formação de equipes consistentes exige uma filosofia de gestão, que crie um ambiente de trabalho favorável, comunicação e integração, a ausência de processos de capacitação, para os profissionais sobre transferência de cuidado, torna-se uma das dificuldades apontadas pela maior parte dos entrevistados. Insuficiência na capacitação de profissionais de enfermagem de unidades de cuidado ao paciente crítico foi revelada, em outros estudos, o que pode comprometer a qualidade da assistência, o processo de transferência de cuidado e aumentar o risco de Eventos Adversos (EA) (BECCARIA et al., 2017; SILVA et al., 2017a). Além disso, o pequeno número de enfermeiros no PS pode levar à sobrecarga e dificulta treinamentos e processos mais elaborados de registro e transferência de informações.

A respeito da formação médica, o PNSP estabeleceu que as instituições de ensino na área da saúde incluam, em seus currículos, a discussão sobre EA e conteúdo que envolvam a segurança do paciente (BRASIL, 2014). No entanto, estudo publicado em 2015 revelou que, mesmo em escolas de referência em medicina, no que concerne ao ensino sobre segurança do paciente, verificam-se lacunas, prevalecendo a proposta formativa baseada em uma estrutura tradicional, centrada em disciplinas e na formação específica, com pouca ênfase sobre a falibilidade humana. Temas relacionados a “Aprendendo com os erros para evitar danos” não foram encontrados em nenhuma das 65 unidades curriculares analisadas (BOHOMOL; CUNHA, 2015).

Foi identificado, ainda, que os temas propostos não foram ensinados em sua totalidade no período de formação do futuro médico. O curso de medicina ainda é focado em habilidades clínicas, como diagnóstico e tratamento da doença, pós-tratamento, procedimentos cirúrgicos e acompanhamento. O ensino sobre segurança do paciente é uma proposta recente e existem desafios para alterar a formação em estruturas tradicionais (BOHOMOL; CUNHA, 2015).

Assumpção (2007) afirma que há necessidade de uma formação voltada para a integralidade, trabalho em equipe e educação permanente, para os profissionais já inseridos nos serviços, ressaltando que o trabalho em equipe é regulamentado e orientado à formação dos profissionais pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, para os cursos de graduação da grande área da saúde e nos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos.

Na transferência de cuidado, há três pilares interligados de sustentação, ou seja, comunicação, trabalho em equipe e cuidado centrado no paciente e família. Estes pilares, por sua importância e amplitude, serão discutidos como categorias.

5.3 COMUNICAÇÃO EFETIVA: ESTRATÉGIAS E TÁTICAS VIVENCIADAS NO COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS

Considerando a relevância da transferência de cuidado, para a continuidade da assistência e segurança dos pacientes no PS, serão discutidos nesta categoria as situações que fortalecem e que fragilizam a prática do *handover* pelos profissionais relacionadas à comunicação. Também serão discutidas estratégias

visíveis que normatizam e padronizam o fazer (protocolos, regras, políticas e obrigações), assim como as táticas (o fazer real), próprias de cada profissional, práticas engenhosas, repletas de intencionalidades, para escapar dos modelos dominantes e realizar a assistência nas condições existentes. Dessa forma, esta categoria está organizada em quatro subcategorias:

- a) acolhimento com classificação de risco: estratégias e táticas relacionadas à comunicação;
- b) pronto-socorro e SAMU: conflitos relacionados à comunicação e integração de atividades nos momentos de *handover*;
- c) prontuário do paciente: estratégias e táticas relacionadas ao *handover*;
- d) passagem de plantão: prática permeada por estratégias e táticas de comunicação.

O processo de comunicação que envolve os profissionais, nos momentos do *handover*, é complexo, demanda conhecimento acerca das necessidades dos pacientes e das condições de trabalho dos setores envolvidos, assim como habilidades no compartilhamento de mensagens, de modo a garantir a continuidade do cuidado. No cenário de pesquisa, foi possível perceber que, mesmo em um ambiente com grande número de profissionais, pacientes em atendimento e frequentemente superlotado, existe uma lógica organizacional que orienta o planejamento e execução das ações do serviço. No entanto conhecer o cotidiano de trabalho dos profissionais no PS além da estrutura formal, que normatiza e organiza o funcionamento da urgência do hospital, permitiu desvelar táticas relacionadas à comunicação que sustentam a prática de transferência de cuidado neste cenário, assim como fatores que influenciam nesse processo.

Os depoimentos dos profissionais, observações e análise documental evidenciaram no PS um cotidiano orientado por estratégias institucionalizadas e legitimadas, para definir o fluxo de atendimento e normatizar o trabalho dos profissionais do os, nos momentos de *handover* (estratégias), sendo representada pela existência de instrumentos de trabalho, normatizações, protocolos, rotinas e formulários: computadores TRIUS (dispositivos com o software estadual do Protocolo de Manchester e trazem acoplados termômetro auricular e oxímetro) no setor de ACCR; computadores com software ALERT para prontuário eletrônico e sistema de

triagem pelo Protocolo de Manchester em todos demais setores do PS; prontuário manual, folhas de registro de sinais vitais e balanço hídrico, prescrições médicas, ferramenta ISBAR, passômetro, livros de passagem de plantão, livros de relatório administrativo dos setores, livro de registro de movimentação de pacientes, formulário de solicitação de interconsulta, formulário de solicitação de transporte interno e externo de pacientes, relatórios de transferência externa. A linguagem escrita é reconhecida por Certeau (2014) como um instrumento de poder que tende a organizar os novos dados da produção socioeconômica e consagra uma divisão social, privilegiando aquele que domina os códigos da escrita. A escrita ordena e está representada pela compilação das leis (a norma), escritos que deveriam ser aceitos. Os depoimentos evidenciam algumas destas estratégias:

Temos o livro de relatório administrativo em que anotamos as transferências internas e externas, com o nome do paciente, horário, setor e leito de destino (ENF 3).

Os pacientes dão entrada no PS geralmente pela classificação de risco, o enfermeiro faz a classificação pelo protocolo de Manchester, que define a cor de prioridade, e o enfermeiro direciona para o setor específico. Paciente de cor vermelha vem direto para sala de emergência, e muitos laranjas também (ENF 7).

Alguns pacientes entram na emergência trazidos pelo SAMU, e depois de admitir avaliamos e registramos nossa classificação no ALERT, assim que o nome do paciente dá entrada no sistema (TEC 5).

Temos um livro de registro para passagem de plantão, onde tudo é documentado, qualquer demanda ou pendência para o próximo avaliar (ASOC 1).

Os depoimentos evidenciaram a presença de instrumentos de trabalho, normatizações, protocolos e rotinas que foram definidos, implementados e normatizados pelo próprio hospital (estratégias) e serviam como suporte, para a compartilhamento de informações, nos momentos de *handover*.

Foi observado o compartilhamento de informações em diversos momentos de *handover* entre os profissionais no PS: paciente sendo admitido na sala de emergência trazido pela equipe do SAMU; momentos de troca de turno e passagem de plantão entre os profissionais; e na realização de transferências internas e externas de pacientes, em que uma gama de informações são compartilhadas entre os profissionais acerca da identificação do paciente, motivo de atendimento e/ou

internação, quadro clínico, história de saúde pregressa, alergias, exames e procedimentos realizados, assim como condutas terapêuticas e recomendações.

Atualmente consideramos que redes de emissão de informações ocorrem em várias as direções e em várias possibilidades. Há a dependência da responsabilização pela informação emitida e recebida, e também de sua compreensão, tornando necessário ampliar o conceito para compartilhamento e não apenas transferência de informações. Para Castells (2015), trabalhar a comunicação nessas relações implica em rompimento de barreiras de poder, compartilhar conhecimento e decisões, transferir o foco do profissional ao paciente e transformar o saber individual em coletivo. Os momentos de handover são cruciais no processo assistencial para garantir a continuidade do cuidado, organizar processos assistenciais e guardam relação direta com a cultura de segurança.

5.3.1 Acolhimento com Classificação de Risco: estratégias e táticas relacionadas à comunicação

Chama atenção os depoimentos a respeito da atuação do enfermeiro no ACCR, atuando em um dos momentos de *handover* (admissão de pacientes) com uma concepção do protocolo utilizado, na classificação de risco como um elemento normalizador do fazer, legitimado, validado e que torna a prática mais segura, por favorecer a padronização de condutas e uma comunicação assertiva. O STM se destaca como norteador do ACCR e do fluxo de pacientes no PS e possui status de estratégia pelas características: efeito de padronização sobre a linguagem dos sujeitos envolvidos (profissionais e usuários) e os sistemas de informação (manuais, software) como elementos que remetem a um fazer normatizado com vista à padronização e ao alinhamento com uma política definida a priori (RATES et al., 2018). Em consonância com o exposto, Rates et al. (2018) afirmam ainda que o enfermeiro exerce papel fundamental no ACCR, por contribuir com a organização do fluxo de atendimento, da escuta, da orientação, das decisões e do direcionamento.

Foi possível observar que, no setor do ACCR, havia movimentação dos profissionais no sentido de promover interações, no cotidiano de trabalho, principalmente, entre enfermeiros, porteiros e guardas municipais que permaneciam auxiliando o fluxo de entrada de usuários e, com menor frequência, alguns médicos

abordavam enfermeiros sobre alguma classificação de risco realizada, ou questionando sobre o número de pacientes na fila de espera para atendimento. A análise documental revelou documentos importantes, no setor de ACCR, relacionados aos momentos de *handover*, como fluxogramas e comunicados afixados nas paredes e assinados pela gerência do setor e coordenação de enfermagem (estratégias), com o intuito de informar os profissionais em relação ao fluxo de encaminhamento interno de pacientes em algumas situações especiais como gestantes, ortopedia, urologia, a odontologia e cirurgia bucomaxilofacial.

Durante a observação do processo de trabalho do enfermeiro do ACCR, foi presenciada situação em que este profissional acolheu paciente idoso, trazido pela família com relato de presença de sangue nas fezes. Foi realizada a escuta do paciente, e sua filha que o acompanhava, com perguntas objetivas e direcionadas pelo protocolo de Manchester, com verificação de oximetria de pulso e pressão arterial. Assim que o enfermeiro constatou que o paciente estava hipotenso e com cianose de extremidades, verbalizou que se tratava de uma emergência e conduziu o paciente, imediatamente, em cadeiras de rodas para a sala de emergência do PS. Já na sala de emergência, o enfermeiro abordou o médico clínico plantonista, informando o quadro clínico do paciente e a classificação de risco efetuada com prioridade de cor vermelha (atendimento médico imediato) pelo protocolo de Manchester, justificando ainda que o paciente se encontrava em estado de choque e que, diante da situação, o fluxo determinado pelo protocolo (estratégia) era este. O médico e enfermeiro da sala de emergência escutaram atentamente e atenderam imediatamente a solicitação, dando início à admissão do paciente, com acomodação no leito para avaliação. Foi solicitado pelo enfermeiro que a filha do paciente aguardasse, na parte externa, até que o médico pudesse conversar com ela. Foi observada, neste atendimento, a importância da utilização do protocolo de Manchester para tomada de decisão, registro das informações, assim como o uso de habilidades de comunicação como a escuta, assertividade e acolhimento humanizado que foi realizado com o paciente e sua filha pelos profissionais da unidade, interpretados como táticas.

Rates (2016) afirma que o conhecimento legitimado e estratégico (normatizado) do protocolo de Manchester possui uma linguagem escrita única, consensuado internacionalmente, que legitima o classificador perante os demais profissionais e sustenta o que é correto, durante os encaminhamentos, além de padronizar a linguagem, estabelecendo um padrão para o diálogo. Entretanto existem

situações no cotidiano em que o protocolo é transgredido, como uma tática de “burlar” o tempo preconizado, para classificar o paciente no sistema, ou mesmo criar “regras próprias” de classificação em situações de superlotação do PS. Alves et al. (2018) explicam que o processo de comunicação efetiva desenvolve uma prática que ultrapassa a inflexibilidade das rotinas e técnicas e se aproxima do outro - usuário e equipe - visando ao entendimento mútuo. Essa atitude, no cenário, valoriza seus contextos de vida e os insere no processo de cuidar. O depoimento de ENF7 exemplifica uma situação na qual a enfermeira questiona as normas relacionadas à classificação de risco de pacientes na emergência:

Nem sempre é possível realizar a classificação de risco em até três minutos de todos pacientes que dão entrada direto na emergência, eu sei que a coordenação exige isto, baseado nas normas do protocolo, mas a nossa realidade aqui é outra, muitas vezes estamos ocupados atendendo outro paciente grave, farei este registro quando for possível (ENF7).

Ficou evidenciada, na fala de ENF7, a necessidade de flexibilidade em relação à norma, para adaptá-la de acordo com a realidade do cotidiano de trabalho o que também foi observado no cotidiano de outros profissionais, quando assumem o seu próprio “fazer” (táticas), assumindo, segundo Certeau (2014), uma postura de questionamentos, críticas e julgamentos diante da realidade, tal como ela acontece (situações contextuais), utilizando maneiras de fazer diferentes do padronizado. Quando ENF7 faz referência ao tempo de classificação solicitado pela coordenação, infere-se que estão se reportando a recomendações do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2015) de que a classificação seja realizada de um a três minutos. Ainda foi observado, na sala de emergência de adultos, que alguns pacientes são classificados no sistema depois de sua admissão, ou seja, em algumas situações o atendimento é realizado com prioridade, sem que o registro formal da classificação de risco seja registrado no computador. Esse procedimento reflete o fazer real (táticas) destes profissionais, diante da pressão do tempo e das demandas de cuidado inicial a alguns pacientes.

5.3.2 Pronto-socorro e SAMU: conflitos relacionados à comunicação e integração de atividades nos momentos de handover

O relato dos entrevistados, observação e análise documental evidenciaram conflitos entre profissionais do SAMU e do hospital em estudo, em momentos de *handover*, com destaque para admissão de pacientes, na sala de emergência, revelando problemas de comunicação e relacionamento interpessoal, assim como uma “briga de forças” e disputa de poder:

É muito comum o SAMU trazer pacientes sem comunicar nada ao hospital, está errado, eles fazem isto para forçar a admissão do paciente, mesmo sabendo que quase todos os dias estamos lotados e sem condição de receber (MED 5).

Quando o SAMU chega com paciente sem contato prévio, eu ligo na regulação do SAMU e explico sobre a superlotação da emergência, mas lá tem alguns médicos reguladores que são muito ignorantes, que não escutam, e já falam imediatamente, com grosseria, que temos que receber o paciente, e que o hospital é “vaga zero” (MED 6).

Nem sempre o SAMU comunica que está vindo, trazem pacientes sem comunicar com a coordenação médica de plantão aqui do hospital (TEC 5).

Os depoimentos e observação evidenciam uma situação normativa (estratégia) do hospital em estudo, que consiste na obrigatoriedade da regulação médica do SAMU realizar contato, por telefone, com o coordenador médico de plantão no PS, antes de encaminhar-lhe pacientes. Tal rotina (estratégia) foi pactuada entre as coordenações do SAMU e do hospital em estudo, já prevendo situações de possível redirecionamento de pacientes pelo SAMU para outros serviços, em virtude da ausência ou indisponibilidade de médico de determinada especialidade, superlotação da unidade e plano de contingência em caso de catástrofes. Entretanto estes depoimentos revelam o descumprimento frequente de tais normas pelo SAMU (táticas), quando trazem pacientes, sem realizar contato prévio com o coordenador médico para autorização.

Para Daros (2013), a astúcia em captar as possibilidades oferecidas pelo instante no lugar onde ninguém espera, é o que garante sua sobrevivência. Sem lugar próprio e nem visão globalizante, as táticas são apresentadas pela subversão, astúcia e antidisciplina. Reordenam os espaços (lugar vivido) por meio da atribuição de novos sentidos, novos significados o que possibilita ao sujeito reapropriações e

ressignificações das suas práticas cotidianas, permitindo dessa forma um fazer coeso com sua maneira de agir (RATES, 2016; CERTEAU, 2014).

Chama atenção o depoimento de MED 5, ao afirmar que o SAMU pretende “forçar uma admissão”, assim como de MED 6, quando revela a tentativa de contato telefônico na regulação do SAMU para negociação, mas se deparando com falta de escuta e postura reativa de alguns médicos reguladores. Assim como apontado por MED 6 e pela observação, é comum a verbalização de profissionais do SAMU neste cenário sobre o respaldo legal (estratégia) que possuem, para exigir que o paciente trazido por eles seja obrigatoriamente recebido na unidade de emergência, alegando a condição de “vaga zero”, determinada pela Portaria 2.048/2002, ou seja, que o atendimento deve ocorrer por força da normalização (estratégia). Esta portaria dispõe sobre a autonomia do SAMU, para decidir o destino do paciente transportado, independentemente de situações em que não existam leitos disponíveis e condições para a internação de pacientes na instituição do encaminhamento (BRASIL, 2002). O momento da admissão é considerado crítico, pois importantes informações são trocadas, para uma assistência adequada e segura, e alguns riscos podem ser detectados, determinando o desfecho da situação de saúde do paciente (BARCELLOS, 2014).

Os depoimentos de MED 5, MED6 mostram situação recorrente, no cotidiano do PS, em que os profissionais trabalhavam com sobrecarga, superlotação frequente, e o SAMU contribuía para aumentá-las, trazendo pacientes sem aviso prévio (tática). Pode-se interpretar que existe uma disputa de poder entre profissionais do SAMU e do hospital, quando confrontam e questionam estas normas e legislações. Assim, se a estratégia é impregnada do controle e da prescrição que também possui intencionalidades, impondo um saber validado, por outro lado, as táticas revelam resistência ao instituído, criam um fazer adaptado ao cenário e às intencionalidades dos que constroem o cotidiano (CERTEAU, 2014).

Reforça-se, nesse sentido, que o cotidiano de trabalho dos participantes no PS é dotado de movimentos relacionados à apropriação da esfera simbólica do que é instituído pelos dominantes. Há uma ressignificação e transformação daquilo que é normatizado, a partir dos diversos fazeres do cotidiano embebido por intencionalidades e saberes inerentes aos dominados (RATES, 2016).

Estes achados remetem ao estudo de Wolton (2015), quando afirma que o processo de comunicação pode envolver muito mais negociação do que simplesmente

troca de informação, envolve um jogo constante de disputa, conhecimento, apropriação de recursos, competências pessoais e interpessoais e é influenciada pela expressividade dos envolvidos. O estudo de Araújo, Velloso e Alves (2017), cujos autores analisaram práticas cotidianas dos profissionais no SAMU, evidencia que os profissionais acreditam que devem ser reconhecidos pelos demais serviços da rede e entendem que, sempre que chegarem com o paciente, ele deve ser atendido, o que também pode ser constatado no presente estudo.

Todavia alguns depoimentos e observação revelam que, em algumas situações, a regulação do SAMU obteve a autorização prévia da coordenação médica do hospital, para encaminhar o paciente, evidenciando falhas de comunicação entre os profissionais do PS neste processo:

Alguns coordenadores médicos falham quando não nos comunicam na emergência que liberaram o SAMU para trazer pacientes, chegam de surpresa aqui, e nem sempre estamos preparados para receber (MED 7)

Constatou-se nos depoimentos que alguns médicos coordenadores de plantão no PS autorizam o SAMU a realizar encaminhamento de pacientes para o hospital, mas não comunicam os profissionais que serão responsáveis por admitir estes pacientes. Foi observado no cenário que esta divergência de informações é frequente, gerando conflitos entre os profissionais dos setores envolvidos, profissionais do SAMU e coordenador médico de plantão, gerando sentimentos como raiva, tristeza, desconfiança, observados pela verbalização e comunicação não verbal (gestos, atitudes), tanto em profissionais do SAMU como do hospital. Também foi observada a discussão entre os profissionais do SAMU e do hospital, na presença dos pacientes (na maca do SAMU) e familiares que acompanhavam o transporte, sendo percebida, em alguns, pela expressão facial e gestos, sentimento de medo e aflição, pela incerteza de qual decisão seria tomada. Souza et al. (2019) explicam que a admissão de pacientes críticos, em situação de emergência, está associada ao alto nível de estresse e elevado grau de incerteza sobre a evolução do quadro clínico do paciente, com potenciais implicações na percepção da família e do paciente sobre este processo. Os resultados deste estudo reforçam os achados de Araújo, Velloso e Alves (2017), quando afirmam que as relações de poder organizam o trabalho,

interferem no desempenho dos profissionais e são propagadas em seus discursos cotidianos.

A resistência ao SAMU foi evidenciada em relatos pelos profissionais do PS, como demora na recepção do paciente; manter a maca do SAMU com paciente e seus familiares, na recepção do hospital ou corredores até que fosse resolvido o conflito e decisão por admissão; acionar o coordenador médico de plantão para auxílio na negociação; realizar contato telefônico com a regulação médica do SAMU questionando o encaminhamento; retenção de materiais como macas e colares cervicais, entre outras táticas:

Quando não temos maca disponível, o coordenador médico de plantão define que a maca do SAMU deverá ficar retida com o paciente que trouxeram, mas não adianta só reter maca, muitas vezes não temos espaço e nem profissionais para cuidar (ENF 6).

Quando o PS está muito cheio e sem macas, o médico coordenador de plantão manda reter a maca do SAMU com o paciente, é condição para que o paciente fique (PSIC 1).

O cotidiano vivenciado pelos participantes é evocado como algo vivo que possui práticas divergentes da norma previamente estabelecida em um protocolo, há um jeito de fazer diferente. Esse debate remete ao apontamento de Certeau (2014), de que o cotidiano pode ser compreendido como algo diferente, vai além de enxergá-lo como um cenário rotineiro onde tudo aconteceria de forma previsível e contratual. As táticas vão mostrar que há escapes, fugas, golpes, sutilezas, algumas visíveis, outras invisíveis, mas concebem autonomia ao sujeito, pois (re)inventam e ativamente exercem o seu papel em algum momento. Se por um lado dominantes tem o conhecimento e a linguagem como instrumento de imposição e normatização, por outro lado, os indivíduos sabem dominar no silêncio e nas sutilezas do golpe a golpe, eles também dialogam, convencem e praticam o lugar (transformado em espaço).

A argumentação de profissionais do PS, ao dispor sobre condições seguras para a admissão de pacientes, foi evidenciada em depoimentos manifestados pela preocupação com condições adequadas para recebimento de pacientes, caracterizando outro movimento de resistência.

Nem sempre o SAMU comunica quando traz pacientes aqui na emergência, às vezes o paciente está grave, entubado, precisa de ventilador, monitor, e tem dias que não temos nem maca para receber (ENF7).

Esta situação do SAMU chegar aqui sem comunicar com antecedência é constante, muitas vezes não temos respirador nem vaga disponível, cria atrito enorme envolvendo a coordenação médica, regulação do SAMU, enfermeiros e médicos (ENF8).

Alguns coordenadores médicos de plantão deixam o SAMU trazer mais pacientes para o hospital, mesmo sabendo que estamos sem condições adequadas de recursos humanos e equipamentos para receber, isto está errado (MED 9).

“O ato de burlar” como uma prática apontada pelos entrevistados é um fazer possível, em decorrência de situações contextuais, pela impossibilidade de cumprir a norma (tal como ela é), como foi observado e apontado nos relatos: necessidade de espaço físico, organização prévia do leito e disponibilidade de recursos materiais (maca, fonte de oxigênio, equipamentos de monitorização, ventilador mecânico), recursos humanos (médicos e profissionais de enfermagem disponíveis), assim como a superlotação da unidade e excesso de demanda.

Os médicos do SAMU e emergência aparecem neste estudo pelos depoimentos e observação, como detentores das informações sobre os pacientes, nos momentos de admissão e transferência de pacientes via SAMU, com predomínio de práticas hierarquizadas e de desigualdade entre as diferentes categorias profissionais:

Quando o SAMU chega com paciente, o médico me passa o caso, e pede que eu assine a folha de atendimento que eles usam, é uma norma deles, inclusive para comprovar que recebi o paciente e assumi a responsabilidade (MED 9).

É muito falha a comunicação dos profissionais do SAMU com os técnicos de enfermagem quando chegam no PS, o médico passa caso só para médico, e mesmo quando é uma USB, somente com técnicos, eles não passam nada para nós da enfermagem (TEC 5).

Os enfermeiros do SAMU não têm a cultura de receber e nem de passar o caso do paciente para o enfermeiro do setor, a maioria tem resistência, estão mais focados em preparar o paciente para o transporte (ENF 1).

Os enfermeiros do SAMU não têm uma cultura de transição de cuidado, de receber ou repassar a informação, observamos isso somente de médico para médico (ENF 2).

A transferência de cuidado via SAMU só ocorre por parte médica, só o médico passa caso para o outro médico, temos que tentar ouvir o que eles falam, a maioria dos enfermeiros do SAMU não se identifica e não fala nada sobre o paciente para a enfermagem do setor (ENF 4).

Os depoimentos de MED 9, TEC 5, ENF 1, ENF 2 e ENF 4 evidenciaram a autonomia do médico no cenário do PS, uma vez que ele continua a definir a ordem dos acontecimentos relacionados à assistência aos usuários e exerce papel

importante nos momentos de handover. Enquanto os médicos revelam autoridade e assumem o papel de protagonistas como responsáveis pelas informações e poder na tomada de decisões, os enfermeiros e técnicos aparecem como coadjuvantes, como ouvintes dessa mensagem, assumindo atividades que são menos valorizadas como empurrar a maca, preparar o leito, providenciar oxigênio e dispositivos respiratórios, bem como garantir a substituição do colar cervical pertencente ao SAMU. Tais achados também foram descritos por Santos (2017) em estudo sobre *handover* em pacientes críticos envolvendo admissões de pacientes pelo SAMU.

Para Certeau (2014), as maneiras de fazer, estilos de ação dos sujeitos reais criam um jogo dando origem a novas 'maneiras de utilizar' a ordem imposta. Essas "artes de fazer" dos praticantes, os usos e táticas que desenvolvem cotidianamente são delimitadas pelas redes de relações de forças entre o forte e o fraco que definem as circunstâncias nas quais podem aproveitar-se para empreender suas "ações" (RATES, 2016).

Os resultados deste estudo revelam situações normativas (estratégias) importantes neste contexto, como relato apontando a obrigatoriedade de o médico receptor assinar a ficha de atendimento do SAMU, para confirmar que recebeu o paciente e que assumirá a responsabilidade, a partir daquele momento. Isto caracteriza o *handover*, por envolver trocas de informações e responsabilidade sobre o paciente, para continuidade do cuidado. Ressalta-se, nos depoimentos e observação, algumas táticas utilizadas pelos profissionais de enfermagem: a tentativa de ouvir as informações trocadas entre os médicos, leitura de relatórios médicos de transferência e criticar o comportamento de enfermeiros e técnicos do SAMU, quando os entrevistados afirmam que eles não se comunicam com os profissionais de enfermagem do setor e delegam a transferência de cuidado ao médico.

Observa-se que, nos momentos de handover que envolvem o SAMU, o médico se apresenta na centralidade no processo, e os profissionais de enfermagem, em contrapartida, lançam mão de suas astúcias, buscando na informalidade das práticas o desenrolar do seu cotidiano. Segundo Rates (2016), nestas situações emergem práticas que conferem autonomia aos profissionais de enfermagem, mas no campo invisível, informal, assistemático, pois essa é a maneira de fazer valer as suas intencionalidades (tática de defesa) e o seu jeito de cuidar.

Essas negociações (táticas) constituídas a partir de acordos e que não são padronizados, pois dependem das intencionalidades, de um saber próprio de cada

profissional e de situações contextuais, coloca, em um primeiro momento, de um lado dominados e de outro os dominantes. Ao dominante é atribuído a posse dos meios de controle, produção e disseminação cultural que, por sua vez, moldam espaços de poder e criam visões de mundo próprias e autônomas (DAROS, 2013; RATES, 2016).

Com sutilezas, os sujeitos vão se embrenhando nas brechas do poder, movem-se e se valem de astúcias, para empreender seus golpes, para dar um novo significado ao poder sistematizado, imposto, que o mobiliza e o prende em uma rede de vigilância. Nesta perspectiva, em conformidade com a Resolução COFEN Nº 0564/2017, que dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, deve ser assegurada a prestação de informações, escritas e verbais, completas e fidedignas, necessárias para assegurar a continuidade do cuidado (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Os achados deste estudo apontam que os profissionais de enfermagem devem demonstrar atitude e assertividade, nos momentos de *handover*, acordar os papéis entre os profissionais envolvidos, identificar e comunicar as informações relevantes, para a enfermagem, assegurar que a mensagem foi compreendida pelo receptor, assim como expor suas preocupações e recomendações para continuidade do cuidado.

5.3.3 O prontuário do paciente: estratégias e táticas relacionadas ao *handover*

O uso do prontuário eletrônico com software ALERT® é normativo (estratégia) e é ferramenta importante de comunicação entre os profissionais do PS, nos momentos de *handover* e rotinas assistenciais, na classificação de risco, integrado ao sistema de Manchester para classificação de risco de pacientes e comunicação padronizada de cores, registro de admissões, evoluções, anotações e intercorrências, interconsultas, assim como fonte de informações para relatórios de transferência.

O ALERT permite acesso simultâneo e registro por vários profissionais e também o registro dos profissionais, a informatização melhorou muita nossa rotina (MED 6).

Eu abro o ALERT e leio a evolução médica e dos técnicos de enfermagem de alguns pacientes para pegar informações e já adiantar o meu passômetro (ENF 7).

O médico de outra especialidade pede minha avaliação e já registra a alta dele no sistema e faz o desvio do paciente, transferindo a responsabilidade para mim (MED 8).

O relatório com nossa avaliação é anexado no ALERT quando desviamos o paciente para outro profissional, assim como nas transferências (DENT 1).

Constatarem-se pelos depoimentos benefícios da utilização de prontuário eletrônico, nos momentos de *handover*: facilitar registro e acesso às informações, pois é disponibilizado simultaneamente a vários profissionais; permitir a inclusão concomitante de diferentes dados e acesso ao histórico atualizado do usuário em tempo real; reduzir o risco de extravio de papéis e perda de informações; facilitar o monitoramento e vigilância das informações clínicas de pacientes em tempo real, assim como gerar relatórios sobre número e perfil de atendimentos. O prontuário do paciente é modalidade de comunicação escrita, apresentado nas versões eletrônica ou impressa e foi definido pela Resolução nº 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM), como documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas, a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multidisciplinar e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. Esta mesma resolução apresenta os requisitos mínimos do prontuário, recomendando que a linguagem seja clara, concisa, sem códigos pessoais, sem excesso de siglas, sem abreviaturas desconhecidas (BRASIL, 2002a; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

O software *ALERT@* foi citado pela maioria dos entrevistados e pode ser observada a sua utilização constante pelos profissionais em todos setores do PS (principalmente, médicos e enfermeiros), com acesso aos computadores de cada setor. Entre os entrevistados, somente os maqueiros não possuíam autorização da instituição para acesso aos computadores. O *ALERT@* é um software clínico global, disponível na Web e na nuvem, certificado de acordo com normas nacionais e internacionais, usado em serviços públicos e privados e em 14 países e permite a informatização do Protocolo de classificação de risco de Manchester, a introdução da informação clínica do paciente com consulta aos dados em tempo real, possibilita a informatização dos processos internos da instituição, interação entre as equipes e a acessibilidade aos diferentes intervenientes no processo (ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, 2018).

Pela observação, foi possível identificar que gerentes, coordenadores médicos e de enfermagem no PS possuem acesso livre ao prontuário eletrônico e informações relevantes em tempo real, como registros de atendimentos e evoluções de pacientes feitas pelos profissionais; número de pacientes em atendimento e que aguardam, em fila de espera, para classificação de risco; perfil dos pacientes em atendimento por especialidades, tempo médio de espera por atendimento em consultórios, dentre outros recursos a que os sistemas integrados ao prontuário eletrônico permitem acesso. Estes recursos tecnológicos viabilizam certa vigilância sobre as condições de atendimento da unidade, assim como o monitoramento de indicadores sobre o trabalho dos profissionais.

Diante deste contexto, a observação de campo oportunizou o registro de situação em que a coordenadora de Enfermagem do PS, ciente da superlotação do hospital e do elevado número de pacientes, em fila de espera, para acolhimento e classificação de risco, procurou pessoalmente uma das enfermeiras do PS e informou que ela deveria, então, naquele momento, assumir um dos postos de trabalho, no setor de ACCR, para auxiliar a enfermeira que realizava classificações e agilizar o atendimento; seria feita redistribuição de escala de setores entre os demais enfermeiros de plantão no PS. Percebeu-se pela observação que a enfermeira remanejada manifestou expressão facial de insatisfação e verbalizou, para a enfermeira do setor de ACCR, que ela somente atenderia a determinação (e não pedido) de remanejamento feito pela coordenadora, após fazer seu intervalo de café, revelando sutilmente uma resistência. Considera-se, dessa forma, que houve falta de negociação neste processo, uma das habilidades essenciais no processo de comunicação, ficando explícita também a relação de poder entre os envolvidos.

Em relação ao registro e acesso às informações em prontuário, alguns depoimentos, a observação e análise documental de relatórios impressos do ALERT®, impresso de sinais vitais, balanço hídrico e prescrições médicas apontaram barreiras de comunicação: ausência e incompletude de registros, por todas as categorias profissionais, no prontuário dos pacientes, problemas referentes à legibilidade em prescrições médicas e anotações de enfermagem feitas manualmente em alguns setores do PS, assim como uso de siglas e abreviaturas não padronizadas.

Alguns médicos fazem registro muito pobre no sistema quando admitem ou evoluem o paciente, escrevem três linhas e pronto, dificulta muita nossa avaliação (MED2).

Aqui nos corredores é comum de você encontrar pacientes que não foram avaliados pelo médico no plantão, porque não tem nada registrado (MED4).

Nas observações e corredores eu costumo anotar três a quatro linhas sobre o paciente, tem alguns dias que não conseguimos anotar nada, temos colegas que não anotam nem os dados vitais. Temos ainda muitos problemas com prescrições de médicos fazem a mão, com letra ilegível, temos que tentar adivinhar qual é o medicamento (TEC1).

Eu não vejo a maioria dos enfermeiros evoluindo paciente no prontuário aqui, somente anotando no *passômetro* alguma intercorrência ou sonda que foi passada (ENF 3).

Os depoimentos retratam a incompletude ou ausência de registros em prontuário, assim como uma tendência a priorizar o preenchimento de instrumentos de passagem de plantão e não realizar evoluções de enfermagem em prontuário, refletindo em prejuízo na avaliação dos profissionais e continuidade do cuidado aos pacientes. Estes resultados, também, foram encontrados no estudo de Schilling (2017), em que todos os profissionais referiram certo grau de dificuldade, em encontrar as informações de que necessitavam acerca dos pacientes, seja por ausência de dados, registros incompletos, falhas na comunicação verbal ou divergência de informações entre os profissionais.

Destaca-se, ainda, a fala de TEC 1, retratando problema de prescrições médicas ilegíveis, com grande risco de erro de administração de medicamentos. Erros técnicos, a partir da não comunicação do plano de cuidados no *handover*, são vistos em estudo acerca dos erros de medicação na transição de cuidados. Pela busca realizada no Medline de artigos, publicados de 1946 a 2014, os autores afirmam que a maioria dos erros de medicação tem origem na falta de comunicação eficaz entre os prestadores de cuidado, durante a transição de cuidados, particularmente no que se refere à conciliação medicamentosa (JOHNSON; GUIRGUIS; GRACE, 2015).

Em conformidade com as deliberações do Conselho Federal de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016), os registros em prontuário devem ser completos, atualizados, precisos, fidedignos, legíveis e com terminologia própria da profissão, tendo como finalidade: partilha de informações; relatório permanente da evolução do paciente, desde o surgimento do problema até a alta/óbito/transferência hospitalar; evidência legal para o paciente e para a equipe;

fonte de dados para o ensino e a pesquisa; e auditoria, pois permite a análise das atividades realizadas pela equipe.

Em relação à comunicação escrita nos ambientes hospitalares, estudo realizado, em dois hospitais na cidade de Maceió, revelou que dos 90 prontuários analisados, 16 (18%) não apresentaram registros da equipe de enfermagem e, nos demais, o conteúdo era deficiente e não contemplava a realidade do paciente (SILVA et al., 2016a). Outro estudo realizado, em hospital universitário no Estado do Paraná, revelou que 45% dos prontuários apresentaram anotações de enfermagem incompletas e 7% dessas não estavam preenchidas (PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014). A comunicação inadequada entre profissionais de saúde, pacientes e familiares e a ausência de uma cultura de segurança do paciente favorecem incidentes, retardam e propiciam erros diagnósticos, prejudicando o tratamento e continuidade dos cuidados ao paciente (BALOGH; MILLER; BALL, 2015).

Relatos justificam ausência ou incompletude de registros de pacientes em prontuário:

Não conseguimos evoluir pacientes aqui no PS, não temos tempo, o enfermeiro fica só correndo de um lado para outro “apagando incêndio”, resolvendo problemas, fazendo procedimentos e transferindo pacientes para outros locais (ENF 6).

Não conseguimos evoluir pacientes, não temos nem sala para isto (ENF 7).

Sabemos que é nossa obrigação registrar no prontuário, mas a maioria dos procedimentos que fazemos como enfermeiros não anotamos no prontuário, acaba não dando tempo (ENF8).

Constatou-se, nos depoimentos, que alguns profissionais revelam ter conhecimento da obrigatoriedade de registro em prontuário e, na tentativa de justificar o descumprimento desta norma, tecem críticas a respeito de recursos físicos oferecidos pela instituição, multiplicidade de tarefas, pressão do tempo e sobrecarga de trabalho, revelando táticas (o fazer real) de pessoas que (re)inventam o cotidiano, criam seus próprios movimentos, suas falas, suas astúcias, que, segundo Certeau (2014), são “bricolagens” para desviar do instituído. Embora o movimento da criação da cultura de segurança tenha como principal premissa a abordagem de processo, os profissionais não devem se eximir da responsabilidade individual (WACHTER, 2013). Para Alves et al. (2018), a deficiência dos recursos humanos é um dos fatores que

gera maior demanda de atividades de cuidado e menor tempo para as anotações no prontuário, assim como déficit de conhecimento acerca da comunicação escrita, o que leva à perda de informações relevantes para a continuidade do cuidado. Deve-se ressaltar que a atitude esperada destes profissionais é que consigam dialogar sobre tais condições, repensar sobre o distanciamento dos enfermeiros de atividades assistenciais e seu processo de trabalho, como também valorizar ações que tornem a comunicação mais efetiva e o cuidado seguro.

Outro aspecto identificado pelos depoimentos é que a utilização do prontuário eletrônico no PS reduz os momentos de contato pessoal entre os profissionais, discussão presencial de casos e comunicação face a face, ao mesmo tempo em que o prontuário eletrônico facilita o acesso às informações e registro:

Com os médicos a nossa comunicação aqui é via computador, no ALERT, você faz a avaliação, registra e desvia o doente no próprio sistema para o outro médico, e a comunicação nossa com a enfermagem é via prescrição, eu já prescrevo “encaminhar ao laboratório após medicação” (MED 4).

Quando a clínica médica acha que tem algum problema cirúrgico com o paciente, eles desviam pelo ALERT para avaliação da cirurgia, eles não têm que passar o caso pessoalmente (MED 11).

A comunicação entre os médicos é bem difícil, a maioria não passa o caso do paciente diretamente, somente registram o pedido de avaliação da outra especialidade no ALERT, e aí depende que o outro médico visualiza, leia o que ele registrou, e dê sequência no atendimento (ENF 7).

Os depoimentos retrataram que a tecnologia (computador e prontuário eletrônico) privilegia a comunicação digital, no cotidiano dos profissionais do PS, ao favorecer que a comunicação escrita seja a dominante (principalmente, entre os médicos), na rotina de atendimento aos pacientes, como algo que está instituído e que todos devem se adequar (estratégia), por facilitar a localização de pacientes, registrar evoluções, anotações de procedimentos e resultados de exames e gerar relatórios. A tecnologia precisa ser segura, e ser utilizada de forma segura. Para Maio (2016), à medida que a relação entre comportamento social e dependência tecnológica incidem sobre a dinâmica da sociedade como um todo, os diálogos presenciais são afetados igualmente, esfriando as relações humanas.

Destaca-se, neste cenário, mais uma vez, a figura do enfermeiro como articulador, um mediador de processos ligados ao *handover* e demandas assistenciais pela observação e relato de outros participantes, em que o enfermeiro assume a responsabilidade de mediar a comunicação eletrônica entre médicos, no intuito de

resolver pendências relacionadas à interconsulta para avaliação médica de outras especialidades, prescrições médicas e exames pendentes. Resultados similares, apontando a centralidade do enfermeiro nos processos de *handover*, foram encontrados no estudo de Silva, Avelar e Farina (2015).

No entanto, como pode ser evidenciado pela observação e depoimento de profissionais, há manifestação sobre a necessidade de mais encontros presenciais, comunicação face a face, para tornar a comunicação efetiva:

Sempre que possível tento passar o caso pessoalmente, a transferência fica muito melhor, o colega fica mais atento para o que você está preocupado e com o paciente (MED 2).

Eu faço o pedido de interconsulta pelo ALERT, mas também gosto de fazer abordando o profissional pessoalmente (MED 7).

O maior desafio hoje é fazer um *briefing*, falar face a face é muito mais rico que somente escrever no papel ou WhatsApp, pois ninguém garante que a outra pessoa dará atenção para aquilo que você somente escreveu (MED 10).

Se a gente quer uma vaga na emergência, a gente vai lá pessoalmente e fala “paciente grave complicando lá no corredor, estou precisando de uma vaga”, assim é mais rápido e efetivo (MED 11).

Quando preciso de intervenção de um outro especialista, eu documento pelo sistema e também gosto de ir falar do caso pessoalmente com o colega (DENT 1). Pelo WhatsApp a gente checa lactato, pede raio x, informações objetivas rápidas, até discutir casos que você já conhece (MED 10).

Os depoimentos reforçam que a comunicação, nestes momentos de *handover*, deve associar a comunicação verbal escrita com o diálogo entre os profissionais, por facilitar a troca e compreensão das informações, agilizar as avaliações e o processo de tomada de decisão, com foco no paciente. Diante disto, estes resultados reforçam que, para ser efetiva, a comunicação precisa se apresentar como uma via de mão dupla, o que torna a atividade ainda mais desafiadora. Conforme Gross (2014), a comunicação pessoal direta tem a capacidade de agregar um conjunto de informações verbais e não verbais que beneficiam a troca de mensagens e, quando não exercemos esse tipo de diálogo, privamo-nos dessa experiência que enriquece as relações entre as pessoas. Em relação à comunicação face a face, Mendes (2017) aponta que ela é uma ferramenta simples, de fácil implementação, poderosa por desburocratizar alguns processos, fortalecer as relações interpessoais e promover, por meio de informações verbais e não verbais, a

escuta e melhor compreensão das mensagens, assim como estimular a confiança entre os envolvidos. Todavia os relatos dos entrevistados e a observação revelaram um PS em que, no cotidiano dos profissionais, as conversas presenciais vêm sendo substituídas, cada vez mais, por trocas de informações e transferência de responsabilidade de pacientes via computador, refletindo também em relações interpessoais fragilizadas.

5.3.4 Passagem de plantão: prática permeada por estratégias e táticas de comunicação

Foi realizada observação de procedimento da passagem de plantão entre os turnos, em todos os setores do PS, por ser um momento crucial para análise da forma de interação entre os profissionais, assim como a forma como se comunicavam e ferramentas de comunicação utilizadas. Os resultados apontam, por meio de depoimentos e observação que, no PS são adotadas diferentes modalidades de passagem de plantão pelos profissionais, influenciadas pela área física e dinâmica da unidade, assim como características dos pacientes, prevalecendo a comunicação nas formas verbal falada e escrita:

A passagem de plantão aqui na emergência é feita à beira do leito, utilizamos o ISBAR para auxiliar na passagem, mas enfermeiro passa verbalmente para enfermeiro, os médicos passando para os médicos, e os técnicos para os técnicos (ENF 1).

A passagem de plantão entre os técnicos é feita verbalmente, aqui na emergência de leito a leito, e nas observações, quando passam plantão, porque alguns nem passam, também é verbalmente e lá no posto de enfermagem. Geralmente, quando é necessário, consultamos as prescrições, a folha de dados e alguma guia de internação para ajudar a passar alguma informação (TEC 1).

Quando estamos nas observações, a passagem de plantão é feita na sala da supervisão mesmo, entre os dois enfermeiros, com o passômetro (ENF 4).

A passagem de plantão é registrada, falamos os casos mais importantes, mas também sempre deixamos os casos que estão pendentes e que merecem mais atenção anotados no livro do passômetro, que fica no consultório da cirurgia geral (MED 11).

Constatou-se pelos depoimentos de ENF1, TEC1, ENF4 e MED11, assim como pela observação, a existência de diferentes modalidades de passagem de plantão no PS, sendo realizada, nas unidades de emergência, a passagem de plantão

à beira do leito (*bedside handover*) e realizada por categorias de profissionais, denominadas como pares, ou seja, de enfermeiro para enfermeiro e de técnico de enfermagem para técnico de enfermagem, enquanto, em outros setores, como nas observações do PS, era utilizado pelos técnicos de enfermagem, o posto de enfermagem ou os próprios corredores e pelos enfermeiros a sala da supervisão de enfermagem. Também eram utilizados os consultórios e salas de atendimento de algumas especialidades, como pode ser observado pela equipe de cirurgia geral e assistentes sociais. A expressão "passagem de plantão" consiste em um relatório da assistência prestada aos pacientes e envolve os profissionais que encerram um turno de trabalho e aqueles que iniciam um novo. São utilizados meios de comunicação verbais e escritos, cujo objetivo é possibilitar que os membros da equipe analisem o estado geral dos pacientes, compreendam o que foi realizado no plantão anterior e planejem suas atividades, garantindo a continuidade da assistência (SILVA et al., 2017b; SOUZA et al., 2014).

Foi observado que, em todos os setores do PS, a passagem de plantão ocorria por categorias profissionais separadas, com foco na transmissão de informações técnicas sobre o quadro clínico dos pacientes e procedimentos realizados. Este perfil de comunicação, segundo Kunsch (2013), é considerado como a dimensão instrumental da comunicação. Neste sentido, é importante ressaltar conceitos trazidos por Kunsch (2013) e Schilling (2017) sobre outras dimensões do processo comunicativo: a dimensão humana, marcada pela subjetividade, considerando as múltiplas interações entre os sujeitos, durante os processos assistenciais; a dimensão cultural, caracterizada por uma rede de culturas de cada profissional e/ou grupo que se entrelaçam nas trocas diárias entre os trabalhadores; e a dimensão estratégica da comunicação, reconhecida por estes autores como a comunicação voltada ao discurso institucional e à subjetividade dos interlocutores nas práticas cotidianas.

A realização da passagem de plantão por categorias separadas pode ser interpretada como tática e infere-se que esteja ligada a um distanciamento, falta de diálogo e trabalho em equipe entre estes profissionais, além de reforçar a existência de relações de poder neste cenário. Para que a passagem de plantão seja eficiente, é necessário que ela ocorra com a presença da equipe receptora e transmissora, em local adequado e as informações devem ser transmitidas de forma clara, objetiva, completa, com atenção e postura profissional, assim como entrosamento e respeito

interpessoal (ALBUQUERQUE; BARRIONUEVO, 2017). Estudos identificaram que a comunicação, respeito, confiança e poder desigual entre médicos e enfermeiros são fatores importantes que afetam a relação profissional entre as duas categorias (SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018; SCHILLING, 2017; SILVA, 2018a; WELLER; BARROW; GASQUIONE, 2011).

A literatura vem mostrando que, em um *handover* sem estruturação, sem uma regra a seguir, ocorre muita perda de informação (LANE-FALL et al., 2014; SPOONER et al., 2013) que, de maneira direta ou indireta, irá afetar o paciente. A análise documental, observação e depoimentos de TEC4 e ENF1 revelaram a inexistência de protocolo de passagem de plantão, nos diversos setores do PS, o que permitia, na prática, padrões distintos e definidos pelos próprios profissionais:

Eu não conheço rotina escrita ou protocolo que fale sobre como deve ser feita a passagem de plantão aqui, nunca me apresentaram (TEC4).

Eu desconheço que exista algum protocolo específico de passagem de plantão aqui, percebo que em cada setor as pessoas fazem de uma forma diferente (ENF1).

A adoção da modalidade de passagem de plantão à beira do leito foi interpretada como uma tática observada por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem nos setores de emergência de adultos e pediátrica. A modalidade de passagem de plantão, e a escolha de instrumentos de auxílio de comunicação, conforme observação, variaram de acordo com o setor do PS e categorias profissionais envolvidas, sendo evidente a falta de padronização e a falta de seguimento de um protocolo de comunicação nestas situações. O compartilhamento de informações face a face e à beira do leito são comportamentos que favorecem a comunicação efetiva, pois auxiliam o profissional a relacionar e comparar as informações que estão sendo compartilhadas com as impressões visuais que está adquirindo, durante o *handover* e, desta forma, pode auxiliar na diminuição de erros ou até mesmo na correção de situações compartilhadas de maneira equivocada (BRASIL, 2017b; DRACH-ZAHAVY; GOLDBLATT; MAIZEL, 2015; VERGALES et al., 2015). A escolha da modalidade de passagem de plantão está vinculada ao modelo de gestão do serviço, modelo assistencial, tipo de escala de prestação de assistência e grau de desenvolvimento da equipe, pois as diferentes modalidades de trocas de turnos comportam peculiaridades em relação ao processo comunicacional (HOLLY;

POLETICK, 2014; JEFFERIES; JOHNSON; NICHOLLS, 2012; SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

Conforme foi evidenciado nas falas de ENF1, TEC1, ENF4 e MED11 e por observação, eram utilizados diferentes aparatos de comunicação pelos profissionais na passagem de plantão (táticas), estabelecidos, principalmente, pela linguagem verbal falada (dominante), impregnada de siglas e termos técnicos, assim como a utilização de instrumentos de auxílio na comunicação, como ISBAR, passômetro, impresso de sinais vitais, balanço hídrico e prescrição médica, já discutidos anteriormente neste trabalho. Deve-se ressaltar que os profissionais precisam evitar a confiança apenas na memória nos momentos de *handover* e que a utilização de ferramentas auxiliares, para consulta de informações, reduzem a omissão e divergência de informações (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Em relação à comunicação não verbal, foi observado que os profissionais manifestam olhares, gestos e expressões corporais, como reação a algumas informações e, raramente, interagem com pacientes e familiares (acompanhantes das crianças na emergência pediátrica) neste momento. Segundo Santos (2017), quando os profissionais utilizam mais de um canal de comunicação, durante o *handover*, ou seja, para decodificar a mensagem, o profissional, além da audição, omite o uso da visão, para avaliar os pacientes, verificar parâmetros apresentados e dispositivos em uso, que diminui as chances de falhas de comunicação em razão da quantidade de informações e da qualidade necessária durante o compartilhamento. O compartilhamento de informações, durante a troca de turnos, é momento em que há a maior incidência da forma verbal de comunicação, sendo importante para que os profissionais que estão chegando ao setor tenham uma visão geral da evolução e propostas, para pacientes em atendimento, possibilitando o planejamento das ações (SANTOS, 2017; SILVA et al., 2016a).

Foi observado, ainda, que os profissionais interpretam as mensagens, de acordo com o contexto específico de sua prática profissional, sendo evidenciado, neste estudo que, nos momentos de passagem de plantão entre os técnicos de enfermagem, algumas informações são mais valorizadas por eles, mesmo não estando em uma sequência padronizada de informações, já que foi observado, também, que eles não utilizam nenhuma ferramenta ou planilha específica para passagem de plantão, eliminando táticas, como a fala e consulta a alguns documentos que compõem o prontuário do paciente, conforme discussão anterior. Neste sentido,

os técnicos de enfermagem falam aquilo que tem implicação direta com a sua atividade, como o diagnóstico médico de admissão dos pacientes, estado físico geral, dispositivos e medicações em uso, assim como informações relacionadas a acessos vasculares, sondas, drenos, tipo e aceitação de dieta, encaminhamento para exames e pendências. Já os dados referentes ao histórico de saúde, comorbidades, resultados de exames e prognóstico são mais valorizadas pelos médicos e enfermeiros, pois têm relação direta com a sua função.

Foi observado que alguns médicos e enfermeiros, enquanto recebiam as informações na passagem de plantão, realizavam anotações em papéis avulsos apoiados em pranchetas. Infere-se que tal comportamento constitui-se uma tática empregada, para auxílio de memória e registro de informações e pela comunicação não verbal, tal atitude demonstra interesse com as informações compartilhadas.

Outra tática foi observada, quando enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem das unidades de emergência aproveitavam o momento de passagem de plantão, à beira do leito, para identificar situações que poderiam ser corrigidas imediatamente por eles. Neste sentido, observou-se que estes profissionais identificaram a necessidade de retirada de condensado, no circuito do respirador em pacientes entubados, necessidade de elevação de grade de maca, pelo risco de queda do paciente, assim como a necessidade de elevação de cabeceira e ajuste de dispositivo de monitorização. Diante da identificação de tais necessidades, a intervenção era feita pelos próprios profissionais à beira do leito, ou por solicitação ao técnico de enfermagem responsável pelo paciente na escala de trabalho.

Outra observação importante foi a falta de interação entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, com os pacientes conscientes e acompanhantes (especificamente, na emergência pediátrica), na passagem de plantão à beira do leito, ao mesmo tempo em que foram identificadas táticas empregadas por estes pacientes e acompanhantes, quando manifestavam, por meio de expressões faciais, o interesse nas informações que estavam sendo discutidas, como uma forma de tentar compreendê-las. Da mesma forma, constatou-se que algumas informações eram transmitidas, em forma de códigos entre alguns médicos e enfermeiros à beira do leito, com siglas e linguagem técnica, além do apontamento de informações que estavam escritas no ISBAR ou passômetro, interpretadas como táticas para dificultar a compreensão daquelas informações pelos pacientes e familiares. Nesta perspectiva, o Conselho Federal de Enfermagem (2017) ressalta que

na passagem de plantão à beira do leito e nas discussões de caso, é importante resguardar a privacidade dos pacientes e selecionar as informações que são compartilhadas com a linguagem falada. Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa, em todo o seu ciclo vital e, nas situações de morte e pós-morte, é uma determinação do Código de ética dos profissionais de enfermagem, previsto no artigo 43, assim como também é previsto no código de ética de demais profissionais de saúde (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

A observação em campo, nos momentos de troca de turno, permitiu identificar que, em setores cuja criticidade dos pacientes é menor, como nas observações e corredores do PS, os profissionais conseguem burlar mais as normas de passagem de plantão e estabelecer os acordos (táticas) de revezamento entre eles em cada plantão de quem ficará responsável por transmitir as informações para o outro. A análise documental revelou que, na escala de trabalho da equipe de Enfermagem, afixada nos setores como observação e corredores do PS, era definido pela gerência da unidade e com a utilização de símbolo (código), o técnico de enfermagem responsável pela passagem de plantão naquele setor, em cada plantão, em um sistema de revezamento de responsabilidade. Este comportamento pode ser interpretada como uma tática da gerência da unidade, para garantir que pelo menos este profissional escalado realize a passagem de plantão naquele setor. Entretanto esse comportamento da gerência é preocupante, pois estimula o comportamento dos profissionais, em delegar a passagem de plantão para o colega, o que pode banalizar a atividade, comprometer a comunicação e a continuidade de cuidados nas trocas de turno. O depoimento de TEC1 reforça, como foi observado e já discutido anteriormente, o comportamento de muitos profissionais em não realizar a passagem de plantão:

Nem os médicos eu vejo passando plantão nas observações, um técnico ou outro que passa plantão lá, alguns profissionais não falam nem o diagnóstico do paciente, tem alguns técnicos que simplesmente pegam a bolsa colocam debaixo do braço e vão embora, sem passar plantão, e assim, não tem continuidade do cuidado (TEC 1).

Para que exista comunicação efetiva, é necessário que ela seja bidirecional, com resposta e validação das informações emitidas. A técnica “leia de volta” (*read-back*), ou repita o que foi dito, pode ser utilizada, por exemplo, para validar

as informações transmitidas, nos momentos de *handover* e demais atividades que envolvam informações críticas, como resultados de exames e ordem verbal, para a administração de medicamentos, em que o profissional anota a informação recebida e repete para a pessoa que a transmitiu, de modo a confirmar que a compreendeu corretamente (MELO; NONATO, 2019; REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013). Foram observados, no decorrer do estudo, diversas situações de *handover* envolvendo profissionais do PS como admissão, passagem de plantão, transferência e alta de pacientes, inclusive, com orientações sendo fornecidas pelos médicos aos familiares dos pacientes, sem que pudesse ser percebida a aplicação técnica *read-back*.

Foi possível, ainda, observar o atendimento pela equipe multidisciplinar do PS em situações de emergências que envolviam a ordem verbal do médico, para a administração de medicamentos (intubação endotraqueal, cardioversão elétrica de arritmia, parada cardiorrespiratória), assim como médicos recebendo informações do laboratório sobre exames laboratoriais de pacientes com alterações significativas, sem que houvesse confirmação de mensagens e um padrão registro de tais informações, conforme recomendado por alguns autores (MANIAS et al., 2015; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). Diante destes achados, infere-se que, no hospital em estudo, alguns fatores podem constituir barreiras que interferem na comunicação e trabalho em equipe nos momentos de *handover*.

5.4 FATORES QUE INTERFEREM NO TRABALHO EM EQUIPE E COMUNICAÇÃO NOS MOMENTOS DE HANDOVER

Os resultados deste estudo, obtidos por meio dos depoimentos, observação e análise documental, evidenciaram que alguns fatores prejudicam a comunicação, integração dos profissionais e continuidade do cuidado nos momentos de *handover*. Na análise dos dados, optou-se por apresentar os fatores agrupados em fatores relacionados ao ambiente, estrutura, processo e individuais. A estrutura corresponde aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários, para a assistência à saúde, o que inclui o financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada; o processo corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas, durante a prestação de cuidados, com base em padrões aceitos; o resultado compreende o

produto final da assistência prestada, considerando a saúde, bem como a satisfação e a expectativa de profissionais, usuários e gestores.

Em relação aos **fatores relacionados ao ambiente do PS**, os depoimentos evidenciaram: ambiente permeado pela imprevisibilidade e pelo estresse entre os profissionais, pacientes e seus familiares; ambiente tumultuado e fluxo constante de pessoas; pressão do tempo, múltiplas tarefas e sobrecarga de trabalho; excesso de ruídos e interrupções frequentes. Estes resultados foram evidenciados também nos estudos de Redley et al. (2017), Thomson et al. (2018) e Weigl et al. (2016). Os depoimentos, a seguir, retratam alguns destes fatores:

Quando a gente tem um número infinito de pacientes, com esta superlotação, você não consegue delimitar nada, fica meio que terra de ninguém (ENF 6).

O estresse do pronto-socorro compromete a comunicação e isto reflete no trabalho em equipe (MED 7).

Os médicos da cirurgia geral e neurocirurgia não ficam em tempo integral na sala de emergência, eles atendem também nos consultórios da triagem com os residentes e, às vezes, entram para cirurgia de urgência (ENF7).

Os depoimentos apontam que a assistência ao paciente no PS acontece, em um ambiente dinâmico, com grande demanda e superlotação da unidade, multiplicidade de tarefas, estressores inerentes às características da unidade, o que leva a novas informações, a cada instante, por diferentes motivos. A superlotação dos serviços de emergência é definida como a situação em que a atenção às urgências fica comprometida pelo excesso de demanda quanto aos recursos disponíveis (MARCONATO; MONTEIRO, 2017). Venkatesh et al. (2015) explicam que as características, habilidades e comportamentos dos profissionais envolvidos no atendimento, em unidades de urgência e emergência, sofrem influência do sistema e do ambiente, tendo impacto direto na segurança do paciente, o que é decisivo na criação da cultura de segurança local.

Os registros de observação em campo retrataram diversas situações, envolvendo a equipe de médicos, enfermeiros, e técnicos de enfermagem em que ocorreram distorções e/ou divergências no processo de comunicação (alta de paciente não comunicada à enfermeira responsável, exame laboratorial não realizado), associadas a situações de superlotação do PS e admissão de pacientes, em leito improvisado na sala de emergência e múltiplas tarefas desempenhadas pela equipe multidisciplinar.

Em relação às interrupções, os depoimentos evidenciaram serem frequentes, nos momentos de *handover*, por profissionais, pacientes, acompanhantes, assim como admissão de pacientes em situação de emergência e, nas trocas de turno, repercutindo em problemas de comunicação e trabalho em equipe com perda, omissão e/ou distorção de informações:

Os pacientes e acompanhantes nos interrompem toda hora aqui, mesmo quando estão vendo que você fazendo alguma anotação (TEC 2).

Admitir paciente no horário próximo de troca de plantão gera muito transtorno para equipe e para o paciente, alguma informação importante sempre fica faltando (ENF 5).

Toda semana vejo chegar pacientes por volta de 6h30 até 7hs da manhã, fora as emergências do próprio PS que entram, coincide com horários que estamos passando ou pegando plantão, aí temos que parar para atender (ENF 2).

A interrupção ocorre, quando a tarefa principal é suspensa, para que se possa realizar uma atividade secundária (COLLIGAN; BASS, 2012). Ressalta-se, como foi apontado no depoimento, a dificuldade que os profissionais apresentam de controlar algumas interrupções relacionadas à admissão de pacientes graves, na sala de emergência, no horário de troca de turno e passagem de plantão. Segundo Melo e Nonato (2019), os períodos compreendidos entre as trocas de turnos que, geralmente, ocorrem de 6h30 às 7h30 e de 18h30 às 19h30 são momentos de maior vulnerabilidade de informações, com a necessidade de rotinas e pactuações, a fim de evitar admissões, transferências de pacientes e procedimentos desnecessários nesses horários. Neste sentido, sugere-se que sejam criados protocolos relacionados aos momentos de *handover*, definindo o papel de cada profissional, condições para transferências e previsão de um plano de contingência diante de situações emergenciais.

Interrupções frequentes foram observadas no PS: interrupção da passagem de plantão de médicos, na sala de emergência de adultos, pela técnica de enfermagem, ao comunicar que uma paciente, naquele momento, queixava-se de dor precordial e apresentava sudorese, agitação e taquicardia visualizada no monitor cardíaco e, inclusive, emitia ruídos de alarme; pacientes levados, em situação de emergência (crise convulsiva, dor precordial, parada cardiorrespiratória, choque circulatório, sinais de um possível acidente vascular encefálico agudo, trauma grave, hemorragia digestiva volumosa, dentre outras situações observadas), para a sala de

emergência de adultos e/ou pediátrica, pelos próprios profissionais de enfermagem do PS, ou ambulâncias do SAMU e do Corpo de Bombeiros; interrupções de profissionais do PS, por pacientes e acompanhantes, quando manifestavam queixas e pedido de informações sobre medicamentos, localização de médicos, realização de exames e pedido de liberação da entrada de outros familiares. Monteiro, Avelar e Pedreira (2015) apontam que a carga cognitiva constitui fator influenciador no impacto das interrupções, uma vez que a memória humana possui limitações, o que dificulta a assimilação simultânea de múltiplas informações. Conforme depoimentos, os ruídos no ambiente do PS trazem irritabilidade e desconcentração:

Aqui na emergência é muito barulhento, as pessoas não respeitam os pacientes, muita conversa o tempo todo, além dos apitos dos alarmes dos monitores e bombas (TEC 5).

Sempre temos muito barulho aqui, isto incomoda demais, é um entra e sai de pessoas, arrastam macas, cadeiras, muita conversa dos pais e dos funcionários, tira até nossa concentração (MED7).

A observação do ambiente de trabalho dos profissionais no PS revelou ruídos constantes, principalmente, durante admissões de pacientes e troca de turno e passagem de plantão, caracterizados por conversas paralelas entre profissionais, pacientes e acompanhantes; toque de chamada e mensagens de aparelhos celulares; toque de telefones nos setores; barulho do movimento de macas e portas; alarme de bombas infusoras de medicamentos e dieta enteral; alarmes de monitores e ventiladores mecânicos nas sala de emergência. De acordo com a REDE Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (2013), os serviços de saúde devem proporcionar condições adequadas, para os momentos de *handover*, minimizar interrupções e ruídos que interfiram na concentração e apreensão das informações transmitidas e proporcionar um ambiente organizado e silencioso. Tais resultados vão ao encontro dos achados de outros estudos, que associam o ambiente de trabalho tumultuado, conversas paralelas, assim como as interrupções, como fatores que podem gerar problemas no fluxo e compreensão de informações compartilhadas, como conflitos entre os profissionais, refletindo em maior risco de erros assistenciais (MARTINS et al., 2014; MCMULLAN; PARUSH; MOMTAHAN, 2015).

Esse debate remete à discussão sobre ambiência, reconhecida como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) no SUS (BRASIL, 2017c).

Na composição da ambiência, estão presentes elementos como forma, cor, luz, cheiro, som e texturas, envolvendo três eixos principais que devem ser trabalhados de forma articulada: ambiência como espaço de encontros entre os sujeitos, a produção de saúde e de subjetividades; o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho; o espaço que visa à confortabilidade (BRASIL, 2017c).

Em relação aos **fatores relacionados à estrutura do PS**, os depoimentos mostram: espaço físico inadequado; falta de recursos materiais; número inadequado de profissionais; déficit de treinamentos, como a seguir:

A gente vê que aqui não é um local ideal para prestar assistência, falta recursos materiais para atender o paciente, dependendo do plantão eu começo a realocar crianças dentro dos consultórios médicos, os pais das crianças passam a noite em uma cadeira desconfortável, existe sim uma insatisfação e isso acaba que deixa a gente um pouco frustrado (ENF4).

Minha coordenadora ligou um dia, eu estava nas observações do pronto socorro, aí eu falei: “aqui está um inferno, estou com 17 pacientes com AIH em cadeiras, em poltronas, pessoas idosas, pessoas com lesão da coluna, sentadas e não tem nenhuma maca, aí ela me disse: “Infelizmente, o que a gente pode fazer? (ENF 2).

A sinalização aqui dentro do hospital é péssima, vejo vários pacientes e acompanhantes perdidos, sem saber chegar ao laboratório, ao RX, pois não existe uma comunicação visual adequada aqui, chega a ser desumano (MED7).

Os depoimentos mostram dificuldades, para o trabalho em equipe envolvendo múltiplos aspectos e que, no cotidiano de trabalho, há um grande quantitativo de pacientes e a infraestrutura da unidade não está adequada para o número de usuários que vêm recebendo. O espaço não é suficiente, o que gera a necessidade de acomodar pacientes e acompanhantes, muitas vezes, de forma inadequada. Tais condições desfavorecem o atendimento e comprometem a ambiência do local, gerando problemas de comunicação e relacionamento da equipe, sentimentos de insatisfação, frustração e insegurança nos profissionais, pacientes e familiares. Foi apontada a falta de sinalização no PS, entendida como a identificação da direção e localização dos setores assistenciais e unidades de apoio do PS, como o laboratório e RX, por placas de identificação ou linhas com cores no piso, indicando o percurso. A comunicação visual adequada faz parte de recomendações de ambiência pela PNH (BRASIL, 2017c). Tal situação pode ser confirmada pela observação, quando foram visualizados pacientes, profissionais e acompanhantes,

procurando nos corredores algum setor e/ou solicitando informações para funcionários que transitavam.

Foi observado que o PS, por ser uma unidade de porta aberta e demanda espontânea, não restringe o acesso ao usuário, levando à superlotação frequente, com a ativação de leitos extras que são operacionalizados em forma de macas pelos corredores do setor. Estes resultados são confirmados por outras pesquisas, realizadas em unidades de urgência e emergência, que também retrataram a permanência de pacientes, em macas nos corredores, acomodados em locais de circulação de pessoas, falta de recursos humanos e materiais, além do alto índice de ruídos e luminosidade constante, que comprometem a prestação de cuidados de forma segura (CASAROLLI et al., 2015; OHARA; MELO; LAUS, 2010; PARANAGUÁ et al., 2014). Entretanto, conforme Carret et al. (2011), apesar das condições adversas dos serviços de emergência, mantém-se a necessidade de toda a equipe executar as atividades, observando os valores éticos e morais, com o conhecimento técnico e as tecnologias disponíveis no setor, um desafio diário para os profissionais do PS. Em relação ao número inadequado de profissionais, os depoimentos, a seguir, evidenciaram a realidade no PS do hospital em estudo:

Às vezes fico sobrecarregado, são várias interconsultas, várias avaliações acontecendo ao mesmo tempo. Durante o dia eu sou o único clínico aqui para fazer as interconsulta no PS (MED 8).

Não tem, na minha percepção, quantidade de funcionários suficiente para atender adequadamente os pacientes, dá impressão que falta assistência. Eu já precisei entrar com o paciente na emergência, só para que conseguisse iniciar um antibiótico, aqui nas observações e triagem não tem uma estrutura de enfermagem que realmente possa assegurar essa assistência, para fazer as coisas em tempo hábil (MED 9).

Tem dia que temos 30 pacientes para dois técnicos de enfermagem nos corredores, fica muito sobrecarregado, e ter somente um enfermeiro aqui para as observações do PS é muito pouco, falta assistência para os pacientes (ENF 8).

Conforme os relatos, existe um dimensionamento insuficiente de profissionais no PS, que não consegue suprir a necessidade, de acordo com a realidade cotidiana do serviço. Chama atenção que os profissionais apontam que o dimensionamento inadequado reflete em sobrecarga de trabalho, múltiplas tarefas e prejuízos assistenciais. Para Gonçalves et al. (2012), o número adequado de profissionais é indispensável para o cuidado seguro, sendo responsabilidade

institucional prover condições favoráveis aos recursos humanos nas unidades. Magalhães, Dall’Agnol e Marck (2013) apontaram que, em um hospital terciário na região Sul do Brasil, atribuir mais pacientes, para a equipe de enfermagem, nas 24 horas, eleva a incidência de quedas do leito dos pacientes atendidos, além de outros incidentes que envolvem a continuidade de cuidados. Outra constatação foi a queixa de falta de treinamento por alguns profissionais:

Quando você treina, fica dois dias ou mesmo uma semana em um setor para aprender a rotina, mas não existe avaliação, não temos nenhum retorno para saber como que a gente estava se desempenhando (ENF 3).

Este rodízio de setores entre enfermeiros e técnicos não é boa, eles não têm treinamento adequado e nem condições de trabalhar em alguns setores (MED 9).

Os relatos de ENF3 e MED9, assim como outros depoimentos, no decorrer deste estudo, apontaram falta e/ou treinamento insuficiente dos profissionais do PS, ressaltando a falta de avaliação dos poucos treinamentos oferecidos. Ficou evidente nos relatos a insatisfação dos profissionais, pois manifestam, além do desejo de maior número de treinamentos, que tenham qualidade e avaliação, para que possam acompanhar seu desempenho. Salienta-se a percepção do médico, de que alguns profissionais de enfermagem são escalados em sistema de rodízio nos setores, mesmo sem preparo adequado, o que pode ser confirmado pela observação. Diante deste contexto, deve-se ressaltar que é fundamental que o hospital possibilite a seus colaboradores a oportunidade de educação permanente, para que possam treinar/ensaiar as técnicas e habilidades de comunicação (escuta, assertividade, negociação), assim como treinamentos voltados à utilização de ferramentas de comunicação e trabalho em equipe diante de situações como *handover* e compartilhamento de outras informações críticas.

Em relação aos **fatores relacionados a processos no PS**, foi possível observar falta da padronização de processos; falta de clareza das atribuições dos profissionais; problemas de comunicação interna; falta de liderança; trocas excessivas de equipes; relações hierárquicas de poder; falta de feedback; desconhecimento dos profissionais de indicadores e metas.

Os depoimentos, a seguir, retrataram a falta de padronização de processos (estratégias) e falta de clareza nas atribuições de alguns profissionais no PS:

Não tem protocolo por escrito para nada aqui, e se existem, nunca fomos treinados, fazemos tudo com base no tempo de serviço, vamos adquirindo experiência (TEC 3).

Eu acho que as coisas funcionam muito bem quando o papel de cada profissional está bem definido, e aqui não estão, não tem nada por escrito, nenhuma rotina formal do que fazer, não tem protocolo para nada (MED 9).

Eu não sei se tem que ter alguma formação específica para ser maqueiro, não deve ser técnico de enfermagem, não faço a menor ideia (MED 5).

O certo seria que o técnico do paciente levasse os pacientes junto com o maqueiro, com o maqueiro empurrando a maca e a enfermagem cuidando do paciente, mas isso não acontece aqui, estou falando das observações e corredores, só nas emergências que sempre vai alguém da enfermagem nos transportes, mas desconheço uma rotina escrita aqui para isto (ENF 3).

Apurou-se a inexistência de rotinas e protocolos (estratégias) relacionadas aos momentos de *handover* no hospital e a prática é feita, com base em táticas, como foi relatado o aprendizado baseado em informações verbais, que são passadas no dia a dia de trabalho pelos profissionais mais experientes, assim como o aprendizado na prática, fazendo e aprendendo com os erros. Em ambientes de alto risco, como as unidades de emergência, comunicar clara e objetivamente é fundamental, principalmente, quando distribuída em um grupo de pessoas com diferentes funções e que possuem a mesma necessidade de acesso à informação. A composição de um time deve deixar claro o papel de cada um e quais instruções devem ser seguidas (NOGUEIRA; RODRIGUES; 2015; VENKATESH et al., 2015).

Verifica-se que as regras e os procedimentos não representam uma solução completa para a segurança, pois dependem do aspecto humano na condução dos processos e, neste sentido, Rates et al. (2018) explicam que o protocolo, em razão do saber que o legitima, proporciona segurança e favorece decisões assertivas, embora o protocolo possa esconder incertezas cotidianas, gerando a falsa sensação de segurança, pois o profissional tem o seu respaldo.

Os depoimentos de MED5 e ENF3 revelaram, também, a falta de clareza em relação ao papel de alguns profissionais, principalmente, do maqueiro, pois revelaram desconhecer seu papel e formação. Chama atenção o depoimento que reconhece o que “é certo”, em relação às atribuições do maqueiro e infere-se que esteja se referindo à legislação relacionada a transporte de pacientes, ao afirmar que o certo seria que o técnico do paciente levasse os pacientes junto com o maqueiro, com o maqueiro empurrando a maca e a enfermagem cuidando do paciente. Em

relação ao trabalho do maqueiro no PS, foi constatado pela observação e depoimentos que eles realizavam transporte de pacientes que estavam nas observações e corredores do PS, para internação e realização de exames, sem o acompanhamento de profissionais de enfermagem.

Quem define se no transporte vai só o maqueiro ou se vai um técnico e um maqueiro são as supervisoras de setores, em alguns pacientes a técnica de enfermagem fecha o soro e fala que é para abrir só quando entregarmos o paciente lá no andar. A única coisa que os enfermeiros falam para nós sobre os pacientes é quando precisa de isolamento e usar capote, luvas, máscara (MAQ 1).

Os técnicos geralmente não acompanham os transportes para os andares, só dependendo da situação, se o médico achar que tem que ter um técnico, aí ele acompanha (MAQ 2).

Os depoimentos dos maqueiros confirmam que eles conduziam pacientes “sozinhos” para setores do hospital, como as enfermarias e unidade de imagem (para realização de RX e tomografia), ou seja, sem acompanhamento de profissionais de enfermagem e/ou médico. Alguns acompanhantes dos pacientes auxiliavam no transporte, empurrando macas, conforme foi observado. Destaca-se, no depoimento de MAQ1 e MAQ2, a divergência de informações, pois enquanto MAQ1 afirma que são as “supervisoras” (enfermeiras) que definem o profissional que será responsável pelo transporte, MAQ2 afirma que este papel é do médico. A análise documental confirmou a inexistência de protocolo ou rotina escrita com as atribuições do maqueiro no transporte de pacientes no PS. Desta forma, ficou evidente a falta de clareza nas atribuições de alguns profissionais no PS.

Em relação à atuação do maqueiro e profissionais de enfermagem no transporte do ponto de vista legal, a condução da maca ou cadeira de rodas não está prevista em lei que regulamenta profissões, logo não compete a nenhum profissional específico ou privativamente esta atribuição. Entretanto, em conformidade com a Resolução Cofen 588/2018, que atualiza e normatiza a atuação da equipe de Enfermagem, no processo de transporte de pacientes em ambiente interno dos serviços de saúde, em seu Art. 3º, o transporte do paciente hospitalizado faz parte das competências da equipe de enfermagem, e a presença da equipe de enfermagem se faz necessária e obrigatória, pois um leigo, como o maqueiro e/ou familiar acompanhante, não tem amparo técnico para fazer essa análise e avaliação (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018). Ressalta-se que, no transporte

de pacientes, os riscos são vários e nem sempre são fáceis de identificar, podendo ocorrer, por exemplo, dor por causa do deslocamento, alterações respiratórias relacionadas à mudança de decúbito, assim como problemas de interrupção de infusões venosas e/ou suporte de oxigênio. Souza et al. (2018b) apontaram que 40% dos maqueiros, no hospital estudado, não possuíam nenhuma capacitação para a função, tendo em vista que, para atuar como maqueiro, não exige curso profissionalizante. O sistema de repasse de informações foi apontado em alguns depoimentos de alguns profissionais do PS:

Você tem que ir sair rodando pelo o hospital para ver o que está acontecendo, até uma pessoa falar assim “Ah, inaugurou uma ala assim e assado”, porque não somos informados de nada (MED 1).

A gestão atual não preocupa em usar um mural, ou um comunicado interno, eles simplesmente mudam algo e não informam nada, a gente fica sabendo das mudanças pela “rádio peão”, com conversa de corredor (ENF 2).

As chefias fazem mudanças de setores e rotinas no PS, não comunicam aos funcionários, e somos escalados para trabalhar ali, sem nenhum treinamento, temos que adaptar na hora que assumimos o plantão, é muita falta de respeito (TEC 4).

Esses depoimentos nos remetem a uma reflexão sobre a relação entre trabalhador e instituição, considerando os modelos de gestão e a estrutura hierárquica e funcional das organizações. A maioria dos profissionais demonstrou a necessidade de maior transparência por parte dos líderes sobre as mudanças e como elas são informadas para a equipe. Schilling (2017) ressalta que a comunicação, independente das suas conceituações e/ou dimensões, é o elo que conecta as pessoas e permite a concretização do trabalho, existindo uma necessidade dos profissionais de que a comunicação aconteça; e existe um visível descontentamento quando há inconsistência ou ruptura nesse processo.

Os relatos revelam que os profissionais precisam descobrir as mudanças implantadas, a necessidade do profissional receber informações por vias formais (estratégias) e descontentamento, alegando desrespeito por parte da instituição e pelas lideranças, pois realizaram mudanças que impactaram diretamente na sua rotina diária de trabalho, sem que ela fosse comunicada previamente. Infere-se que, diante de tais evidências, a comunicação interna pelas lideranças era falha e repercutia diretamente no cotidiano de trabalho das equipes e na prática assistencial, incluindo os momentos de *handover*. Segundo Nannetti, Mesquita e Teixeira (2015),

boas práticas de recursos humanos incluem uma comunicação interna efetiva, com transparência em relação ao processo de gerenciamento de pessoas, objetivos do trabalho, estratégias e fatos relevantes a todos os envolvidos. É preciso haver diálogo. Não se pode permitir que apenas um lado (organização) fale. Ela precisa falar, ouvir e compreender. O primeiro fator que impede ou estimula o diálogo transparente entre colaborador e organização é a qualidade do relacionamento entre as pessoas (CARRAMENHA, 2015).

Os relatos mostram que a maioria dos coordenadores e gerentes do PS não assumiam postura de líderes perante o grupo, demonstrando uma postura de tomada de decisões unilaterais, reforçando a hierarquia e relações de poder, que geravam distanciamento entre os profissionais, coordenadores e gerentes, assim como problemas de feedback e desconhecimento de indicadores e metas:

Os enfermeiros e técnicos, neste último ano, foram obrigados pela coordenação a fazer rodízio de setores no PS e assumir plantões em lugares que nunca haviam trabalhado, e que não tem perfil técnico, ou não tiveram tempo para ter treinamento apropriado (ENF1).

Aqui existe muita desvalorização profissional, muitas questões impositivas, sem diálogo com os profissionais da assistência. As chefias não sabem sobre nosso dia a dia aqui na assistência, não sabem quem somos nós, não somos ouvidos (ENF 2).

A chefia aqui, na verdade é só uma pessoa ocupando um cargo, de forma figurativa, ela não sabe nada do nosso processo de trabalho e não te auxilia em nada (ENF 6).

Nos depoimentos foi evidenciada insatisfação dos profissionais do PS com as chefias, ao afirmarem a existência de imposições, falta de diálogo e desconhecimento pelas chefias do cotidiano de trabalho de quem atua na assistência, revelando falta de reconhecimento e sentimento de desvalorização. Os profissionais sentem necessidade de se sentirem inseridos nas decisões que envolvem o processo de trabalho, assim como necessidade de que a realidade de trabalho de quem atua diretamente na assistência aos pacientes seja reconhecida.

Conforme depoimento e análise documental de escalas de trabalho da enfermagem no PS, foi possível identificar que, naquele momento, a instituição vinha passando por mudanças estruturais e administrativas e, para trabalhar no PS, era exigido dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que eles trabalhassem em todos os setores, com uma escala de rodízio obrigatória (normativo), mesmo que não

tivessem afinidade com o setor. Também foi afirmado que não era garantido treinamento suficiente e processo de avaliação formal ao seu término. O depoimento de ASOC1 e TEC5, também, revelou como a rotatividade de profissionais no setores e falta de vínculo incomoda os profissionais:

Essa rotatividade e mudança constante de profissionais aqui no PS dificulta nossa atuação, acho importante é ter um vínculo (ASOC 1).

Somente os médicos que ficam em uma escala fixa no mesmo setor. Para nós da enfermagem mudou, agora é cada plantão em um lugar diferente, isto é ruim demais, ninguém cria vínculo desta forma (TEC 5).

Segundo Barcellos (2014), médicos e enfermeiros tendem a conhecer até mesmo gostos e preferências uns dos outros e podem, com mais facilidade, pactuar rotinas e padrões. Além disso, quando há afinidade entre os membros de uma equipe de trabalho, a tendência é que haja mais tolerância. A criação de unidades geográficas, locais com um propósito específico, e equipes fixas, com profissionais que permaneçam na unidade, têm sido apontadas como uma das práticas que podem favorecer a formação de uma equipe unida e solidária, com uma melhor comunicação entre esses profissionais (BARCELLOS, 2014; SCHILLING, 2017; WACHTER, 2013).

A análise documental de escalas de trabalho, afixadas no mural da sala de emergência e na sala da gerência do PS, revelaram que, alguns destes profissionais eram escalados em determinados plantões acompanhando outro profissional do setor. Nenhum processo formal de avaliação era realizado em relação a estes treinamentos, entretanto, todos funcionários que passavam em determinado setor pelo referido “treinamento” eram orientados pela coordenação de enfermagem sobre a obrigatoriedade de assinar um livro de registro de treinamentos na sala da gerência (estratégia).

Foi observado também que, alguns profissionais se recusavam a assumir plantão em algumas unidades, mesmo cientes que estavam escalados pela coordenação de enfermagem. Foram observadas negociações entre estes profissionais, no início de cada plantão, para que pudessem assumir trabalho no setor de preferência, e não no setor da escala de trabalho, configurando um movimento de resistência ao determinado. Nesta perspectiva, a segurança dos pacientes e profissionais torna-se comprometida, pelo risco aumentado de falhas técnicas e eventos adversos, além de comprometer a continuidade do cuidado nos momentos

de *handover*, considerando que estes profissionais apresentam maior dificuldade em desempenhar suas funções com qualidade, interagindo e comunicando de forma adequada com pacientes e demais profissionais (SANTOS, 2017; SCHILLING, 2017; WACHTER, 2013).

Houve queixa dos profissionais do PS em relação à falta de feedback sobre seu desempenho individual e frente aos problemas que relatam verbalmente e com registros em relatórios, assim como o desconhecimento de indicadores e monitoramento por parte das chefias dos processos assistenciais, incluindo *handover*:

Tudo que relatei até hoje, inclusive por escrito, eu nunca tive um feedback, a gerência e coordenação não estão preocupados com a transferência de cuidado, eles não têm nem conhecimento do dia-a-dia do setor. (MED9)

Eu nunca tive feedback da coordenação nestes três anos que trabalhei na classificação de risco. Acredito que não existam indicadores aqui, não falam nada sobre isto. A sensação que eu tenho é que a gente fica meio jogado aqui no PS. (ENF3)

Existia um processo de notificação destes erros aqui no PS há uns 3 anos atrás, mas hoje não existe mais, ninguém mais fala sobre isto. (ENF8)

Eu não sei se estão fazendo algum controle ou acompanhamento de indicador, mas para mim não chega, para mim só chegam esses casos pontuais de desfechos mais graves para eu poder dar minha opinião sobre o que aconteceu. (MED 5)

Há problemas ligados a falta de indicadores e monitoramento dos processos assistenciais, subnotificação e/ou falta de notificação de incidentes e eventos adversos, assim como falta de feedback. Segundo Kurcgant et al. (2016), indicador é uma ferramenta de medição empregada para avaliação da qualidade em saúde, monitorando processos, resultados e a influência da estrutura na redução dos riscos. O conceito de feedback vigente “é uma informação de retorno, uma retroinformação ou, simplesmente, uma informação como resposta a algum estímulo, verbal ou não” (CARVALHO, 2009, p. 105). O feedback é uma ferramenta importante no ambiente organizacional que deve ser usada. É necessário estabelecer procedimentos de avaliação e controle das práticas assistenciais, feedback por meio do envolvimento dos diferentes níveis da gestão, que permitam alavancar a mudança e dar retorno aos trabalhadores em relação ao seu desempenho e ao lugar que ocupam no contexto da organização (SCHILLING, 2017).

Em relação aos **fatores relacionados aos indivíduos**, os resultados apontaram alguns fatores como a diversidade na formação dos profissionais,

diferenças e características individuais, falta de habilidade em usar a linguagem adequada, falhas de compreensão, distrações, falta de atenção, esquecimento; dificuldades de relacionamento e falta de integração dos profissionais nos momentos de *handover*.

Fatores relacionados aos indivíduos foram identificados como estresse, mau-humor, insatisfação, falta de identificação com o trabalho, de comprometimento e de motivação:

Vejo que aqui estão todos insatisfeitos, sobrecarregados e mal-humorados. (MED 4)

O pessoal anda muito estressado, estourando com o colega e os pacientes, vejo as pessoas com vários empregos, aí vem o adoecimento dos profissionais. (ASOC 1)

Muitos profissionais estão aqui no PS por falta de opção ou não gostam do serviço, profissionais em burnout, isto influencia na relação interpessoal e na comunicação. (MED 3)

A gente atualmente passa a vir aqui para cumprir tabela mesmo, você não vê mais aqui o comprometimento das pessoas com o trabalho. (ENF2)

Aqui é muito estressante, saímos daqui mortos de cansado e desmotivados, tem hora que é desumano, os pacientes estão em excesso e nós estamos no limite. Muitos colegas faltam ou trazem atestados, e nós não damos conta de fazer tudo, então os pacientes também sofrem por falta de assistência adequada. (TEC 1)

Vejo aqui muitas pessoas adoecendo, por causa de insatisfação com processo de trabalho, o índice de absenteísmo aqui é muito alto. (ENF6)

Os depoimentos evidenciaram um conjunto de fatores interligados e associados a questões pessoais que refletem no trabalho, assim como questões de trabalho que refletem na vida pessoal, ou seja, é uma via de mão dupla. Há relatos de esgotamento, insatisfação, estresse, falta de prazer e identificação com as atividades, tristeza, mal humor, falta de comprometimento, ausências ao trabalho e licenças.

A expressão “nós estamos no limite”, pode ser interpretada com um pedido de socorro, de quem vive esta situação no seu cotidiano de trabalho, e vai percebendo o seu adoecimento e dos colegas. Deve-se ressaltar que faltas e licenças médicas podem ser utilizadas como “táticas” de distanciamento do trabalho, principalmente quando é fonte de sofrimento. Chamou atenção o depoimento de TEC1 quando diz: “os pacientes também sofrem por falta de assistência adequada”, confirmando o que foi visto na observação, o sofrimento de pacientes, familiares e profissionais no enfrentamento do cotidiano do PS.

Os resultados deste estudo evidenciaram que diferentes fatores podem gerar insatisfação e desengajamento nos profissionais, com destaque para situações em que se sentem desvalorizados e desrespeitados por falta de informações e decisões unilaterais por não se identificarem com os pares e/ou convivem com situações que trazem sofrimento, como se deparar com o sofrimento do outro, assim como não conseguir prestar uma assistência de qualidade. Para Carnegie (2015), as pessoas são levadas a realizar suas atividades por motivos diversos, e o principal deles é vontade, e para que isto aconteça, os indivíduos devem se sentir motivados e capacitados para executar da melhor maneira suas tarefas. Neste sentido, Santos (2014) aponta que trabalho ocupa um lugar central na vida das pessoas, não apenas no sentido de prover a sobrevivência, mas também como articulador da identidade e da subjetividade.

Fatores relacionados à equipe de enfermagem podem contribuir para a ocorrência de eventos adversos, dentre eles a carga de trabalho de enfermagem, estresse, insatisfação profissional, característica do ambiente das práticas de enfermagem e cultura de segurança presente na instituição (MARTINS et al., 2014; PADILHA et al., 2015). Desta forma, os achados deste estudo confirmam que fatores ligados ao indivíduo que podem ter uma interface com as condições de trabalho, gerando barreiras para uma comunicação efetiva e trabalho em equipe e refletir na continuidade e qualidade do cuidado. Os resultados que evidenciaram as barreiras da comunicação e trabalho em equipe nos momentos de *handover*, foi organizada no Quadro 7.

Quadro 7 - Barreiras que interferem na comunicação e trabalho em equipe nos momentos de *handover*.

<p><u>Fatores relacionados ao ambiente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfil e rotinas da unidade; - Pressão do tempo; - Múltiplas tarefas; - Sobrecarga de trabalho; - Ambiente tumultuado e fluxo constante de pessoas; - Excesso de ruídos; - Interrupções frequentes.
<p><u>Fatores relacionados a estrutura</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Espaço físico inadequado; - Falta de recursos materiais; - Número inadequado de profissionais; - Déficit de treinamentos.
<p><u>Fatores relacionados ao processo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta da padronização de processos relacionados ao <i>handover</i>; - Falta de clareza das atribuições dos profissionais; - Problemas de comunicação interna; - Falta de liderança; - Relações hierárquicas de poder (hierarquia vertical); - Falta de feedback; - Trocas excessivas de equipes; - Falta de indicadores e monitoramento de processos relacionados ao <i>handover</i>; - Falta de cultura de segurança.
<p><u>Fatores individuais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diversidade na formação dos profissionais; - Diferenças e características individuais; - Falta de habilidade em usar a linguagem adequada; - Falhas de compreensão; - Distrações, falta de atenção, esquecimento; - Dificuldades de relacionamento e de integração dos profissionais nos momentos de <i>handover</i>; - Estresse; - Insatisfação, individualismo, falta de identificação com o trabalho, falta de comprometimento, falta de motivação.

Fonte: Elaborado pelos autor (2019).

5.5O TRABALHO EM EQUIPE NO COTIDIANO DOS PROFISSIONAIS E REFLEXOS NO *HANDOVER*

Outro pilar da transferência de cuidados é o trabalho em equipe que está intimamente ligado aos processos de comunicação já discutidos anteriormente como um dos desafios para o trabalho em saúde. Conforme explica Barcellos (2014), muitas vezes, no cuidado em saúde, somos incapazes de formar um conjunto solidário e, sem trabalho em equipe, as dificuldades tornam-se maiores, as ferramentas para

aprimorar a comunicação passam a ser menos efetivas e a segurança do paciente dificilmente consegue ser garantida.

Os relatos evidenciam as dificuldades do trabalho em equipe relacionadas a comunicação, comprometimento e até mesmo isolamento de categorias que não se envolvem ou não são envolvidas e um sentimento de não ser ouvido e respeitado como profissional de saúde, parte do coletivo de trabalho.

O trabalho em equipe aqui é bem crítico, ele é caótico para falar a verdade, às vezes você esbarra em dificuldades de comunicação, porque a equipe aqui nem sempre é coesa, nem sempre está unida e não pensa da mesma forma. (ENF 7)

Existem pessoas aqui na emergência que não são tão comprometidas igual a maioria da equipe, e não é só a transferência de cuidado que é importante, a recepção do cuidado é fundamental, porque não adianta eu passar de forma adequada se você não está ali para receber bem, querendo entender o que o doente está passando e precisando. Se aqui tivesse uma coesão melhor entre as equipes, a transferência de cuidado poderia ser muito melhor. (MED 5)

Na equipe de neuro eu acho que é bem desmembrado, somos dois neurologistas nos consultórios da urgência, e tem o outro neuro que fica na sala de emergência, mas a gente não tem integração com eles, se precisar de algum suporte deles a gente geralmente não tem. (MED 4)

[...] não é somente o médico que toma conta do paciente, eles precisam procurar saber o que o técnico de enfermagem avaliou do paciente, o que aconteceu, mas a maioria dos médicos daqui não faz isto, nós não nos sentimos respeitados aqui [...] acredito que se não tiver treinamento, se não melhorar o diálogo e relacionamento entre os profissionais não adianta, a segurança do paciente depende desta comunicação, do trabalho em equipe, e se não tem isto, o paciente é que fica prejudicado. (TEC 1)

São poucos os enfermeiros vêm aqui na coordenação médica durante o plantão e que estão interessados, eles precisam trabalhar de forma integrada conosco, colaborar para dar uma dinâmica maior no pronto socorro. (MED 6)

O pessoal aqui é muito individualista, não vejo trabalho em equipe, cada um faz somente o que é seu. (TEC 2)

O corpo clínico odontológico acaba ficando um pouco à parte aqui no hospital, não é visto na mesma esfera do corpo clínico médico, todos comentam que existe sim um tratamento diferenciado. (DENT 1)

As coisas aqui funcionavam, tinha colegiado, as decisões eram discutidas, agora não valorizam isto, só ficamos sabendo as decisões que as chefias tomam depois que implementam. (ASOC 1)

Os relatos de alguns entrevistados mostram preocupação em relação ao trabalho em equipe e comunicação entre os profissionais. Foram descritas situações, como falta de comprometimento e diálogo por parte de alguns profissionais, falta de clareza do papel de outros profissionais, falta de coesão e colaboração entre os profissionais, omissão de informações, desigualdade na valoração dos distintos

trabalhos e sentimento de inferioridade por parte de alguns profissionais como TEC1, cujas informações sobre os pacientes, em sua visão, não são consideradas importantes pelos médicos. Foi descrita, também, a ausência de decisões de forma colegiada, como apontado por ASOC1, e o sentimento de tratamento diferenciado entre o corpo clínico odontológico e médico no hospital.

Observa-se que, num ambiente de trabalho em que a os sentimentos despertados nas pessoas são negativos, favorece o surgimento de conflitos interpessoais, prejudica o clima organizacional e impacta no ambiente, nos resultados e na harmonia do trabalho, comprometendo a equipe (FONSECA et al., 2016). Essas complexas interações entre os profissionais do PS são determinantes à segurança do paciente, pois dificilmente consegue ser garantida sem o trabalho em equipe. A interação entre os profissionais de saúde é vista como um desafio pela Política Nacional de Humanização (PNH), pois a humanização traz a melhora da interação nas equipes e a sua qualificação como uma forma de conseguir melhor lidar com as singularidades dos sujeitos e coletivos na prática de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Diferentes autores associam a comunicação e segurança do paciente às atitudes dos profissionais e ao relacionamento entre as equipes de trabalho, pois a inexistência de trabalho em equipe torna as ferramentas para aprimorar a comunicação menos efetivas (BARCELLOS, 2014; SCHILLING, 2017; WACHTER, 2013).

Segundo Bagnasco et al. (2013), os profissionais prestadores de cuidados de saúde têm dificuldades em manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e, conseqüentemente, a segurança do paciente. Diferenças hierárquicas, poder e conflitos, no trabalho na área de saúde, têm influenciado o modo como a comunicação se estabelece, fazendo com que as categorias profissionais atuem em paralelo, em detrimento do trabalho em equipe). Conforme discutido anteriormente, os resultados deste estudo apontaram que alguns profissionais do PS não compreendem claramente os papéis uns dos outros, repercutindo diretamente na dificuldade de estabelecerem trabalho em equipe. Alguns autores reforçam que a força do trabalho em equipe significa trabalhar com diferentes pessoas, com diferentes habilidades e conhecimentos, para a gestão de um problema em comum, entretanto, a colaboração interdisciplinar somente pode ser eficaz quando os profissionais compreendem claramente os papéis uns dos outros (GLUYAS, 2015; LANCASTER et al., 2015; PARADIS, et al., 2017; SILVA, 2018a).

Observa-se que a inexistência de equipes padronizadas e “acostumadas” às suas rotinas torna as dificuldades maiores, e as ferramentas, para aprimorar a comunicação, passam a ser menos efetivas. Na equipe de saúde, o trabalho deve ser interdisciplinar, exigindo relações sociais horizontais (GLUYAS, 2015). Em contrapartida, em um ambiente de trabalho, em que são despertados sentimentos como respeito, empatia, e cooperação, pode gerar vínculos que motivam os colaboradores a reagirem de forma positiva, produtiva e eficaz (FONSECA et al., 2016).

A observação permitiu visualizar que existe, em todos os setores do PS, dificuldades de trabalho em equipe. Foram observadas as situações: a maioria dos profissionais trabalhando com foco na execução de tarefas e procedimentos, em busca da resolução das suas próprias demandas, com individualismo; setores com profissionais médicos e de enfermagem sobrecarregados, enquanto funcionários de outros setores do PS estavam ociosos ou ocupados com outras atividades; resistência de técnicos de enfermagem e enfermeiros no remanejamento diante de ausências ou demanda excessiva em outros setores do PS; distanciamento da equipe médica das outras categorias profissionais, reportando a eles, na maioria das vezes, com pedido de auxílio ou repasse de demandas; críticas feitas por alguns profissionais em relação ao trabalho e postura de outros colegas de trabalho em espaços coletivos e com os próprios pacientes.

Conforme resultados deste estudo, já discutidos anteriormente, a maioria dos entrevistados relataram um sentimento de desmotivação com o trabalho e até mesmo com a profissão. Neste sentido, Castro (2015) explica que a motivação é vital na dinâmica entre as pessoas, por isso, ela é vital no dia a dia do grupo, pois influencia diretamente na eficácia das nossas relações (CASTRO, 2015). Entretanto, para o trabalho em equipe, devem ser feitas intervenções com foco em comunicação, gestão, resolução de conflitos, carga de trabalho e treinamento (BARCELOS, 2014).

Alguns estudos têm apresentado evidências importantes dos benefícios de técnicas de treinamento em equipe baseada em simulações multidisciplinares, com ênfase em temas como liderança, consciência situacional, apoio e confiança mútua, comunicação e o papel de cada membro na equipe. Tais técnicas têm sido desenvolvidas para minimizar ou detectar erros, aperfeiçoar habilidades de trabalho em equipe, treinar/ensaiar procedimentos complicados e identificar lacunas de

conhecimento dos profissionais relacionados à sua área de atuação profissional (BAGNASCO et al., 2013; GLUYAS, 2015; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Surgiram, contudo relatos de alguns entrevistados, afirmando que, em determinados setores e entre algumas categorias profissionais, existe trabalho em equipe:

Na pediatria, grande parte da equipe é unida e procura colaborar com o outro, o serviço é dinâmico e a assistência com qualidade às crianças, entretanto, no restante do PS eu não percebo integração e trabalho em equipe mais entre as pessoas, predomina o individualismo mesmo (ENF 4).

Dentro da pediatria eu acho que é um trabalho muito coeso, de parceria, de troca de experiência, troca de conhecimento (MED 7).

Aqui a gente tenta se manter na equipe com os enfermeiros, tentamos vários métodos de trabalho para que não haja tanta perda na continuidade (PSICO 1).

Eu me dou muito bem com a equipe de psicologia, atendemos em conjunto casos de negligência, abuso, agressão, uma parceria, trabalhamos inclusive na mesma sala (ASOC 1).

Pela observação e depoimentos de ENF4 e MED7, a unidade de urgência e emergência pediátrica ganha destaque como um espaço onde existe uma relação mais harmônica e trabalho em equipe entre os profissionais, quando comparada a outros setores assistenciais do PS. Foi apontado por eles a existência de união, colaboração, troca de experiência e conhecimento, como também coesão de condutas entre os profissionais, o que reflete maior dinamismo e qualidade assistencial. Destacam-se os relatos de PSICO1 e ASOC1, ao afirmarem que ocupam a mesma sala de atendimento e tentam estabelecer um trabalho conjunto na abordagem e condução de casos, além da referência ao enfermeiro em cada setor e tentativa de integração com os demais profissionais, o que pode ser confirmado pela observação. Ainda neste sentido, foi observada a realização de busca ativa pelos assistentes sociais e psicólogos, em cada setor do PS, quando, no início de cada plantão, procuravam os enfermeiros e médicos, questionando sobre possíveis demandas em que o serviço social e de psicologia pudessem intervir, demonstrando um comportamento positivo pelo interesse, diálogo, colaboração e respeito, não somente com os profissionais, mas no atendimento humanizado a pacientes e familiares.

Alguns relatos evidenciaram fatores que contribuem para o trabalho em equipe, como o tempo de experiência no setor e de convívio com outros profissionais, no mesmo ambiente de trabalho, reconhecimento, valorização e confiança mútua:

Os médicos mais antigos da sala de emergência conhecem mais a equipe, confiam mais e dão bastante atenção àquilo que a gente fala, com os médicos novatos não é tanto assim (ENF 7).

Eu tenho uma relação muito boa com os pediatras, eles sabem da minha carga de conhecimento e experiência, confiam em mim e pedem ajuda durante os procedimentos e atendimentos de emergência como uma parada cardiorrespiratória ou uma intubação. A comunicação aqui na pediatria facilita o trabalho em equipe, é muito difícil eu descobrir uma coisa ao acaso, os pediatras e técnicos já me deixam ciente das altas, procedimentos e transferências (ENF 4).

No depoimento de ENF4 salienta a importância da comunicação, para o relacionamento interpessoal, integração dos profissionais e construção do trabalho em equipe, além de mostrar a necessidade do enfermeiro em estar ciente de situações que julga importantes e que requerem sua participação, como procedimentos, intercorrências e atividades relacionadas ao *handover*. Desta forma, os resultados deste estudo confirmam que a comunicação efetiva e o trabalho em equipe favorecem um ambiente de cuidado mais seguro e humanizado como foi apontado pelos profissionais da unidade de emergência pediátrica.

A construção de equipes efetivas, com sinergia e integração, é um desafio para as organizações, pois o comportamento das pessoas é reflexo do aprendizado, que por situações cotidianas facilitam a interação social (CARVALHO, 2009). Neste sentido, o trabalho em equipe interprofissional remete a alguns elementos constitutivos que o qualificam: comunicação efetiva; flexibilidade; confiança; vínculo; respeito mútuo; exercício da autonomia; empatia; reconhecimento do trabalho do outro; relação recíproca entre trabalho e interação; colaboração; tomada de decisão compartilhada, feedback e construção de objetivos comuns (GLUYAS, 2015; PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016; SOUZA et al., 2016).

Destaca-se o depoimento de MED9 que relata a necessidade de atuação de um médico horizontal na sala de emergência, não somente em dias de semana e no período diurno, com vinha acontecendo, mas que esta atuação ocorra também nos plantões noturnos e de final de semana:

Nos plantões noturnos e finais de semana de dia nós não temos o médico horizontal, muitas vezes as condutas mudam. Às vezes um paciente é suporte invasivo num dia e no outro dia não é mais suporte invasivo, aí você pensa: “mas como assim, o que aconteceu?”, percebo que aqui isto geralmente não é feito da maneira correta [...] trabalhamos com pessoas

diferentes, pensamos de forma diferente, por isto a horizontalidade é importante, ter um médico horizontal que venha diariamente e esteja junto com os plantonistas, a mesma linha de pensamento, para alinhamento das condutas, recomendações e a sequência de cuidado (MED 9).

Percebe-se que, assim como relatou MED9, a presença do médico que assume da função de “horizontal”, facilita o acompanhamento diário dos pacientes, orientação e alinhamento de condutas entre os profissionais que trabalham em regime de plantões intercalados. No mesmo sentido, MED9 pontua que a falta de atuação do médico horizontal, em todos os plantões, ocasiona mudanças de condutas que já haviam sido acordadas, gerando fragmentação da assistência e descontinuidade do plano terapêutico e sequência de cuidados. A horizontalidade é caracterizada por haver poucos níveis hierárquicos e pela interdependência entre todos os membros do grupo, favorecendo a comunicação, trabalho em equipe, integralidade e a atenção centrada na pessoa. O trabalho embasado na horizontalidade permite partilha de informação e a tomada de decisão está mais ao alcance de todos os membros (BRASIL, 2017a, 2017c; THE HEALTH FOUNDATION, 2014).

A observação de campo evidenciou que tanto os médicos que atuavam com a função de horizontais, assim como os coordenadores e gerentes do PS, exerciam suas atividades no PS somente de segunda-feira à sexta-feira e no período diurno. Existia a presença, em cada plantão, de um médico que assumia a função de “coordenador médico do plantão do PS”, mas que não exercia o papel de médico horizontal para as equipes, concentrando suas atividades na resolução de problemas e demandas que surgiam durante os plantões, principalmente, relacionados à composição de escala de trabalho dos médicos e regulação de pacientes que necessitavam ser admitidos ou transferidos no PS.

Em relação aos *rounds* interdisciplinares, a observação em campo evidenciou que eles não aconteciam no os. Infere-se que seja um reflexo da falta de trabalho em equipe e modelo médico centrado, que reforce a hegemonia médica e relações de poder. Assevera-se que a passagem de plantão aos pares, conforme foi discutido anteriormente, reforça a dificuldade dos profissionais do PS de estabelecerem ações que valorizem o trabalho em equipe. Neste sentido, não foi detectado no hospital em estudo uma partilha de saberes, numa relação de igualdade, para construção coletiva de um plano terapêutico específico para cada paciente, com

respeito à sua individualidade, que, segundo Thofehrn et al. (2014), são aspectos fundamentais para que exista um trabalho em equipe.

Desta forma, a maneira como as práticas se desenvolvem no cotidiano do PS reforçam a autonomia do médico, uma vez que ele continua a definir a ordem dos acontecimentos relacionados à assistência aos pacientes. Resta, então, aos demais profissionais, engendramos astúcias para realizar seu trabalho e conviver em um cenário que não valoriza o trabalho interdisciplinar. Um estudo conduzido em um centro hospitalar, localizado na cidade de Nova York, evidenciou que os médicos acreditam que os enfermeiros os enxergam como grandes tomadores de decisão, aqueles que prescrevem ordens (LANCASTER et al., 2015).

Barcellos (2014) reforça a importância da implantação nos serviços de saúde do modelo chamado Medicina Hospitalar, em que atuam os hospitalistas, que são médicos generalistas que conduzem o cuidado clínico de pacientes e coordenam as equipes multidisciplinares, que recebem pacientes encaminhados via PS/emergências, órfãos de médicos assistentes ou encaminhados por médicos da atenção primária e os reencaminha aos colegas após a internação. Neste sentido, o hospitalista é um especialista em acompanhar pacientes internados, reduzindo a quebra de continuidade entre o hospital e o atendimento ambulatorial do paciente. Existem evidências de que o modelo de MH melhora a gestão de corpo clínico, facilita o trabalho em equipe, a comunicação e os *rounds* interdisciplinares, favorece a aplicação de rotinas e padrões de melhores práticas, assim como reduz a fragmentação assistencial (BARCELLOS, 2014).

A análise documental e observação revelaram a ausência de um protocolo de internação e transição de cuidados que contemplassem os pacientes em atendimento no PS para as demais unidades no hospital em estudo. É importante ressaltar que a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída por meio da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais. O NIR consiste em uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar (BRASIL, 2017d). Esta PNHOSP define que os protocolos hospitalares de transição de cuidados devem possuir critérios objetivos que permitam classificar e alocar corretamente os pacientes, para os locais com recursos adequados para as necessidades da sua

patologia e da sua gravidade clínica e, desta forma, é possível evitar o desperdício de uso da capacidade instalada, assim como promover um tratamento mais seguro, eficaz e resolutivo (BRASIL, 2017d).

Cabe ressaltar que foi adotado neste trabalho a definição de equipe como um conjunto de pessoas que têm uma vinculação entre si, para a realização de um objetivo comum, uma prática que seja construída pela integração, e não somente o agrupamento de pessoas (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016). Assim, os depoimentos, observação e análise documental deste estudo revelaram que a maioria dos profissionais do PS atuam no modo de agrupamento e não de integração, visto que foi evidenciada uma prática baseada na execução de tarefas individuais e com a existência de problemas importantes de comunicação e relacionamento entre os profissionais. Outro aspecto identificado foi que estes profissionais deslocam a centralidade do cuidado para seu próprio conhecimento, suas abordagens, suas tecnologias e não para as necessidades do paciente e sua família, o que compromete a transferência de cuidado e segurança do paciente neste cenário.

5.6 CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E FAMÍLIA

Além das dificuldades de comunicação e do trabalho em equipe, os depoimentos e observação mostraram que existe pequeno envolvimento do paciente, de seus familiares e cuidadores, nos momentos de transferência de cuidado, reforçando o modelo assistencial biomédico e a fragmentação do cuidado no PS:

Eu observo que muito dos enfermeiros não foram sensibilizados com relação a importância dessa comunicação, do esclarecimento da família em relação ao quadro do paciente para que essa família tenha uma responsabilização, uma participação ativa dentro do processo de cuidado (ENF1).

Se o paciente está ali na sala de emergência, ele é de responsabilidade de todos da enfermagem, nós não trabalhamos por especialidades como os médicos, trabalhamos pelos pacientes (ENF 7).

Pacientes chegam por um motivo que pode ser clínico e acaba sendo neurológico ou neurocirúrgico; paciente que chega com crise convulsiva ou AVC, e que na verdade é por uma hiponatremia, ou seja, ele é rotulado pelo motivo de admissão no hospital, cada um faz sua parte e os médicos não trabalham em conjunto, o paciente não é visto como um todo aqui (MED 3).

É precária esta comunicação, tanto de parte médica quanto da parte da enfermagem, na verdade os profissionais não conversam direito com o paciente e não conversam direito também com o familiar (MED 6).

Está tudo muito fragmentado e o paciente está ficando prejudicado, não temos um trabalho em equipe em que o foco seja o paciente (MED 9).

Foi combinado que os doentes cirúrgicos ficam com a cirurgia, os doentes clínicos na clínica, isso não tem problema, o problema é na interface. O atendimento ao paciente aqui é muito dividido, diferente do modelo americano ou europeu de emergência, em que o emergencista chama todos os profissionais responsáveis e vão agregando valor, criando um censo de equipe (MED 10).

Segundo Backes, Erdmann e Büscher (2015), o modelo biomédico de atenção à saúde está centrado na doença, na fragmentação do saber, fazer e ser profissional, em que, algumas vezes, nem mesmo o ser que é cuidado é visto como um todo integrado, um ser de múltiplas relações sociais, potencializadas pelo meio ambiente natural e social. Conforme depoimentos, uma visão ampliada de *handover* envolve não somente a comunicação, trabalho em equipe e ferramentas de transferência de cuidados entre profissionais, mas também a participação do paciente, família e cuidadores que podem fornecer informações decisivas, para a continuidade do cuidado, que vão abordar aspectos relacionados aos sintomas, mas também ligados à vida familiar, condições de vida e trabalho, hábitos, dentre outros. Para estimular o bem-estar de membros da família, a equipe deve propiciar oportunidades para perguntas, criando mecanismos que contemplem valores do paciente e família, mediante intervenções que viabilizem a expressão de emoções, discutir preocupações e fantasias e obter ajuda para gerir sentimentos.

Neste sentido, Gluyas (2015) afirma ser necessária uma mudança nas práticas cotidianas, para que seja possível envolvimento do paciente, de seus familiares e cuidadores nas transições de cuidados e na redução de erros, 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. A comunicação entre os profissionais, os gestores e os clientes configura-se como alicerce das relações interpessoais, um elemento essencial no cuidado e tem um papel de instrumento de significância humanizadora, conforme estabelecido pela transversalidade, uma das diretrizes da PNH (BRASIL, 2010).

Valorizar, saber ouvir e incluir o que o paciente e familiares têm a dizer é um diferencial no cotidiano de trabalho de urgência e emergência e informações adicionais que podem facilitar o diagnóstico, seguimento do tratamento e o autocuidado. Alguns relatos reforçam estas informações:

Transferência de cuidado é dar continuidade ao que é proposto para o paciente, levando em consideração todas as questões, não só o dano, a doença, mas o contexto social e financeiro, se tem algo que podemos fazer junto com o serviço social, pois a gente tem uma visão mais ampla do adoecimento e das causas, e entende como vai ser a aderência ao tratamento, as possibilidades, recursos que ele terá depois, seja psicológico, familiar, e até mesmo de local para morar e cuidar, pois às vezes temos pacientes que são moradores de rua (PSICO 1).

Pacientes com tuberculose têm que dar continuidade no atendimento onde eles moram, no centro de saúde, então a gente encaminha para a referência dele, para dar continuidade nos atendimentos e medicações (ASOC 1).

A equipe aqui da pediatria transporta e cuida das crianças de forma segura, existe envolvimento de todos, um confia no outro, o foco é que seja feito o melhor pelo paciente, e todos respeitam a opinião da família, pois eles ficam 24 horas à beira do leito, acompanham tudo que a gente faz (ENF 4).

A equipe de enfermagem e os pediatras, conforme relatos e observações, tem maior envolvimento, 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 (GONCALVES et al., 2016; SILVA et al., 2017a). Outro aspecto evidenciado nos relatos e observação é que falta maior articulação do hospital com os demais serviços da rede assistencial, principalmente, no acompanhamento pós-alta e seguimento dos pacientes nos serviços de atenção secundária e primária. Tal preocupação ficou mais evidente nos relatos de PSICO1 e ASOC1, conforme discutido anteriormente. Cabe ressaltar que processos de transições de maior qualidade pressupõem um cuidado centrado no paciente e família, um cuidado que seja cuidado compartilhado, em que profissionais, pacientes e familiares tornam-se parceiros em seu cuidado desde o momento de internação até os dias subsequentes ao regresso ao domicílio (ULIN et al., 2016; WEBER et al., 2017).

Na emergência de adultos, assinalou-se que a equipe de enfermagem e os médicos mostram a distanciamento dos familiares, pois os profissionais de enfermagem assumem as funções de acolher os visitantes, no período da tarde, por 30 minutos, conforme rotina determinada (estratégia) pela coordenação médica do setor, uma vez que a equipe de enfermagem não é autorizada a informar sobre o quadro clínico dos pacientes. Estes resultados são similares ao do estudo de Silva (2018a), ao retratar a equipe de enfermagem fazendo o papel de intermediar o contato

dos familiares com o médico, a pedido dos familiares, muitas vezes, para pedir notícias (SILVA, 2018a). Durante o horário da visita, observou-se que os médicos fornecem as informações rapidamente, de forma bastante objetiva, utilizando termos técnicos, de difícil compreensão para a maioria das pessoas. Também foram observadas táticas da maioria dos médicos e profissionais de enfermagem do PS, quando evitam a exposição aos familiares e demonstram resistência em conversar com eles fora do horário estipulado para visitas e boletim médico. Era possível observar familiares aflitos pelos corredores e à porta da sala de emergência de adultos, abordando verbalmente os profissionais que entravam e saíam do setor, em busca de alguma notícia sobre seu familiar. Famílias com menos condições de entendimento sobre os processos relacionados à doença e organização do cuidado e que residem com o paciente tendem a apresentar vergonha em relação à equipe, o que, frequentemente, dificulta esta interação (SOUZA et al., 2019).

Nos corredores e setores de observação do PS, espaços adaptados com macas, para pacientes que aguardavam internação, foi possível observar que também existe pequena interação da equipe de enfermagem e dos médicos com familiares e acompanhantes, sendo observada comunicação direcionada à resolução de problemas ligados à avaliação e prescrição médica, disponibilidade de macas, realização de exames laboratoriais e de imagem e administração de medicamentos.

Estudos confirmam que a superlotação dos serviços de urgência e emergência, assim como a sobrecarga dos profissionais, são fatores que favorecem o distanciamento dos profissionais dos familiares, comunicação prejudicada e aumento do risco de Eventos Adversos (SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018a; SANTOS et al., 2017). O fornecimento de informações sistematizadas sobre o hospital, a unidade de urgência e emergência e seus equipamentos, em um contexto de interação entre profissionais e familiares, pode ser caracterizado como a participação dos pacientes (quando possível) entre ele e familiares nos processos decisórios. Nessa perspectiva, a comunicação ultrapassa os limites das rotinas assistenciais, das normas e protocolos institucionais, mas diz respeito à capacidade do profissional de desenvolver empatia, escutar e avaliar as necessidades dos pacientes (SCHILLING, 2017; SOUZA et al., 2019).

Portanto os depoimentos e observação evidenciam que o cotidiano de trabalho dos profissionais no PS ainda está distante da visão de cuidado centrado, pois ocorre pequena participação do paciente e familiares nos processos decisórios,

seja no tratamento proposto e sequência de cuidados, além de pequena flexibilidade dos profissionais do PS, em quebrar regras e normatizações, deixando em segundo plano as necessidades individuais de pacientes e familiares. Neste sentido, conforme explica Gluyas (2015), a concepção de cuidado centrado no paciente ou na pessoa significa colocar o paciente no papel central dos cuidados prestados e considerar como fundamentais na tomada de decisão todos os elementos inerentes ao paciente, como tradições culturais, preferências, valores pessoais, situação familiar, estilos de vida, entre outros, o que possibilita uma partilha da responsabilidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho permitiu analisar a transferência de cuidado de pacientes no cotidiano de profissionais de saúde de um pronto-socorro e sua influência na qualidade assistencial. Para isto, procurou-se compreender melhor o cenário, a dinâmica de trabalho dos profissionais, os sujeitos envolvidos no *handover*, assim como com conhecer a visão dos profissionais sobre a comunicação, o trabalho em equipe e a prática de *handover* no PS.

Consideramos o pressuposto de que a transferência do cuidado de pacientes, em um serviço de urgência-emergência, é influenciada pela comunicação, trabalho em equipe e pelo engajamento dos profissionais de saúde com a atividade. Diante da necessidade de compreender a prática de *handover*, no “cotidiano” de trabalho dos profissionais, no atendimento de situações de urgência e emergência, foi utilizado o referencial do cotidiano de Michel Certeau, na articulação de práticas de “estratégias” e “táticas”. Utilizar a lente teórica de Certeau, para a análise de dados, foi desafiador, mas propiciou visualizar aquilo que é (in)visível aos olhos. O PS constitui-se como um lugar impregnado por estratégias e táticas relacionadas ao *handover*. Foram evidenciadas estratégias visíveis que normatizam e padronizam o fazer (protocolos, regras, políticas e obrigações), assim como as táticas (o fazer real), próprias de cada profissional, práticas engenhosas, repletas de intencionalidades, para escapar dos modelos dominantes e realizar a assistência nas condições existentes. O cotidiano dos profissionais no PS é, então, (re)inventado pela produção subjetiva do cuidado, suas singularidades e criatividade no processo de trabalho.

Os resultados mostraram que o *handover* é percebido de maneiras distintas pelos profissionais, dependendo das abordagens que cada especialidade adota em sua prática. Na visão dos profissionais, *handover* apresenta-se mais ligado à transferência de informações, ou seja, um conceito restrito para o termo, mas existe, também, uma preocupação de que ocorra transferência de responsabilidade e continuidade do cuidado. Além disso, foi identificado o que os profissionais reconhecem momentos de *handover*, como a admissão e alta de paciente, passagem de plantão, revezamento entre os profissionais nos intervalos de refeições e descanso, discussão de caso e conduta, encaminhamento de paciente para exame, assim como transferência interna ou externa de paciente.

Apesar de a dinâmica do PS e da imprevisibilidade do número de pacientes, em situação de gravidade, dificultarem a comunicação, o trabalho em equipe e o cuidado centrado no paciente e família, os resultados apontaram que, na visão da maioria dos profissionais, há responsabilidade e preocupação com o paciente, no sentido de conhecer seu quadro clínico, identificar suas necessidades, prestar cuidados, não lhe causar danos, repassar demandas aos demais profissionais e sistematizar os momentos de *handover*, facilitando o tratamento e a continuidade dos cuidados. Destaca-se que o enfermeiro aparece no cenário, como elo entre profissionais nos momentos de *handover*, como profissional-chave no planejamento e execução das atividades.

Conhecer o cotidiano de trabalho dos profissionais, além da estrutura formal, que normatiza e organiza o funcionamento da urgência, possibilitou desvelar táticas relacionadas à comunicação e ao trabalho em equipe que sustentam a transferência de cuidado neste cenário, assim como fatores que influenciam esse processo. O processo de comunicação, nos momentos de *handover*, é complexo e está relacionado às condições de trabalho dos profissionais, assim como habilidades no compartilhamento de mensagens, de modo a garantir a continuidade do cuidado. Os resultados evidenciaram no PS um cotidiano orientado por estratégias institucionalizadas, para definir o fluxo de atendimento e normatizar o trabalho dos profissionais, nos momentos de *handover*, sendo representado por instrumentos de trabalho, normatizações, protocolos, rotinas e formulários, que serviam como suporte à transmissão de informações, nos momentos de *handover*, caracterizando uma dimensão instrumental da comunicação, marcada pela objetividade, emprego da linguagem técnica e transmissão de informações. Para isso, são utilizados computadores TRIUS, computadores com software ALERT, para prontuário eletrônico e sistema de triagem pelo Protocolo de Manchester, prontuário manual, folhas de registro de sinais vitais e balanço hídrico, prescrições médicas, ferramenta ISBAR, passômetro, livros de passagem de plantão, livros de relatório administrativo dos setores, livro de registro de movimentação de pacientes, formulário de solicitação de interconsulta, formulário de solicitação de transporte interno e externo de pacientes e relatórios de transferência externa de pacientes.

Quanto às habilidades de comunicação, nos momentos de *handover*, os resultados revelam que a clareza, assertividade, escuta e negociação foram apontadas como essenciais por alguns entrevistados. *Em relação ao protocolo de*

Manchester, os resultados *mostraram* que ele legitima o enfermeiro classificador perante os demais profissionais e sustenta o *padrão*, durante os encaminhamentos, além de padronizar a linguagem. Entretanto, frequentemente, o protocolo é transgredido no PS, em razão das táticas criadas pelos profissionais, ao “burlar” o tempo preconizado para atendimento, com base em avaliação clínica de outras queixas do paciente não contempladas no sistema.

Os resultados revelaram conflitos entre profissionais do SAMU e do hospital em estudo, em momentos de *handover*, com destaque para a admissão de pacientes na sala de emergência, revelando problemas de comunicação e relacionamento interpessoal, uma disputa de poder. Foi evidenciada resistência dos profissionais do PS, ao admitir pacientes do SAMU, por impossibilidade de cumprir a norma (tal como ela é), em decorrência de situações contextuais, como falta de espaço físico, necessidade de organização prévia do leito, falta de recursos materiais e de recursos humanos, assim como a superlotação da unidade.

O prontuário eletrônico facilita o acesso às informações e registro, mas, também, favorece o distanciamento dos profissionais, pois reduz os momentos de contato pessoal, discussão presencial de casos e comunicação face a face. Além disso, os resultados *revelaram* ausência e incompletude de registros, por todas as categorias profissionais, nos prontuários, problemas *de* legibilidade em prescrições médicas e anotações de enfermagem feitas manualmente, em alguns setores do PS, bem como o uso de siglas e abreviaturas não padronizadas. Os entrevistados justificaram a falta de registros em seus depoimentos e tecem críticas a respeito de recursos físicos *da* instituição, multiplicidade de tarefas, pressão do tempo e sobrecarga de trabalho, levando à (re)invenção *do* trabalho cotidiano.

Quanto à passagem de plantão, os resultados mostraram que no PS são adotadas diferentes modalidades pelos profissionais, influenciados pela área física, dinâmica da unidade e características dos pacientes, prevalecendo a comunicação verbal e escrita. A passagem de plantão é realizada, em todos setores do PS, por categorias profissionais (aos pares), ou seja, de enfermeiro para enfermeiro, de técnico de enfermagem para técnico de enfermagem, de médico para médico com foco na transmissão de informações sobre o quadro clínico dos pacientes e procedimentos realizados. Nas unidades de emergência, a passagem de plantão era realizada à beira do leito, enquanto, nas observações do PS, era *no* posto de

enfermagem, sala da supervisão de enfermagem, consultórios e salas de atendimento de algumas especialidades.

Os profissionais utilizavam diferentes aparatos de comunicação, na passagem de plantão, estabelecida, principalmente, pela linguagem verbal (dominante), impregnada de siglas e termos técnicos, assim como a utilização de instrumentos de auxílio na comunicação, como ISBAR, passômetro, impresso de sinais vitais, balanço hídrico e prescrição médica. Também evidenciou-se o uso da comunicação não verbal, na passagem de plantão, pela manifestação de olhares, gestos e expressões corporais, como também algumas informações transmitidas em forma de códigos à beira do leito, com siglas e linguagem técnica. Foi *observado*, ainda, que os profissionais raramente interagem com pacientes e familiares, demonstrando distanciamento. Em setores, cuja criticidade dos pacientes é menor, como nas observações e corredores do PS, os profissionais conseguem, *na* passagem de plantão, estabelecer os acordos de revezamento entre eles, em cada plantão, como quem ficará responsável por transmitir as informações.

Os resultados *mostraram* alguns fatores que prejudicam a comunicação, integração dos profissionais e continuidade do cuidado, nos momentos de *handover*, tais como ambiente permeado pela imprevisibilidade e stress dos profissionais, pacientes e familiares; ambiente tumultuado e fluxo constante de pessoas; pressão do tempo, múltiplas tarefas e sobrecarga de trabalho; excesso de ruídos e interrupções frequentes. Em relação à estrutura do PS, os resultados evidenciaram: espaço físico inadequado; falta de recursos materiais; número inadequado de profissionais e déficit de treinamentos. *Quanto* aos fatores relacionados a processos, os resultados evidenciaram: falta da padronização de processos; falta de clareza às atribuições dos profissionais; problemas de comunicação interna; falta de liderança; troca de equipes; relações hierárquicas; falta de feedback; desconhecimento de indicadores e metas pelos profissionais. Em relação às *pessoas*, os resultados evidenciaram: diversidade na formação dos profissionais; diferenças e características individuais; falta de habilidade a usar a linguagem adequada; *problemas* de compreensão; distrações; falta de atenção; esquecimento; dificuldades de relacionamento; falta de integração dos profissionais nos momentos de *handover*.

O trabalho em equipe, um dos pilares da transferência de cuidados, *ainda revela* dificuldades relacionadas à comunicação, comprometimento e até mesmo isolamento de categorias que não se envolvem ou não são envolvidas, assim como

um sentimento de não ser ouvido e respeitado como profissional. Entretanto a unidade de urgência e emergência pediátrica ganhou destaque, nos resultados, como um espaço, em que há uma relação mais harmônica e trabalho em equipe entre os profissionais, quando comparada a outros setores assistenciais do PS. A maioria dos profissionais do PS atua no modo agrupamento e não de integração, pois foi evidenciada uma prática baseada na execução de tarefas individuais, com problemas de comunicação e relacionamento. Outro aspecto apurado foi que estes profissionais deslocam a centralidade do cuidado, para seu próprio conhecimento, suas abordagens, suas tecnologias e não para as necessidades do paciente e sua família, o que compromete a transferência de cuidado e segurança do paciente neste cenário. Há pouco envolvimento do paciente, de seus familiares e cuidadores, nos momentos de transferência de cuidado, reforçando o modelo assistencial biomédico e a fragmentação do cuidado no PS.

Este estudo apresenta, como limitações, não ser passível de generalização, por se tratar de um estudo de caso realizado em uma unidade assistencial específica. Estas limitações abrem possibilidades para futuras investigações. Entretanto, espera-se que os resultados deste estudo forneçam subsídios, para intervenções de melhoria na transferência de cuidado, em serviços de saúde, assim como possam inspirar novos estudos sobre este tema em diferentes cenários. Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos que abordem: o *handover* na ótica dos pacientes e seus familiares; cuidado centrado na pessoa e família; *handover* de pacientes após alta hospitalar e seguimento na rede de atenção secundária e primária; ferramentas de comunicação ligadas ao *handover*; treinamento de profissionais em habilidades de comunicação e trabalho em equipe; incidentes relacionados ao *handover*.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, J. *et al.* Characterizing the structure and content of nurse handoffs: a sequential conversational analysis approach. **Journal of Biomedical Informatics**, San Diego, v. 59, p. 76-88, Feb. 2016.

_____. Falling through the cracks: information breakdowns in critical care handoff communication. **AMIA. Annual Symposium Proceedings**, Bethesda, v. 2011, p. 28-37, Oct. 2011.

ALBUQUERQUE, A. M.; BARRIONUEVO, E. A. Passagem de plantão: otimizando a performance da equipe. *In*: VIANA, R. A. P. P.; TORRES, M. **Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas integrativas**. Barueri, SP: Manole, 2017. cap. 17, p. 184-194.

ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING. Porquê o ALERT®? **Alert**, Portugal, 2018. Disponível em: <http://www.alert-online.com/br/why-alert>. Acesso em: 30 out. 2018.

ALVES, K. Y. A. *et al.* Comunicação efetiva em enfermagem à luz de Jürgen Habermas. **Reme: revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, p. 1-5, 2018. DOI: 10.5935/1415-2762.20180078. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1290>. Acesso em: 15 out. 2018.

ARANAZ-ANDRÉS, J. M. *et al.* Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 62, n. 12, p. 1022-1029, Dec. 2008.

ARAÚJO, M. T. **Práticas cotidianas do serviço de atendimento móvel**. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

ARAUJO, M. T.; VELLOSO, I. S. C.; ALVES, M. Práticas cotidianas dos profissionais no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Reme: revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 21, p. 1-8, 2017.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012.

ASSUMPÇÃO, P. F. S. **A integralidade em saúde e o debate do Serviço Social**. 2007. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 411-418, jun. 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.0568.2570. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281442223008>. Acesso em: 15 out. 2018.

- BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Relações de "não cuidado" de enfermagem em uma emergência: que cuidado é esse? **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 116-123, jan./mar. 2011.
- BAGNASCO, A. *et al.* Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department. **International Emergency Nursing**, Oxford, v. 21, n. 3, p. 168-172, July 2013.
- BALOGH, E. P.; MILLER, B. T.; BALL, J. R. **Improving diagnosis in health care**. Washington: The National Academies Press, 2015.
- BARBOZA, R. S. M.; LACAVA, S. Comunicação e os fatores que interferem na passagem de plantão. **Revista de Enfermagem UNISA**, Santo Amaro, v. 12, n. 2, p. 121-124, 2011.
- BARCELLOS, G. B. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente. *In*: SOUZA, P.; MENDES, W. (org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 139-158.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BECCARIA, L. M. *et al.* Interferências na passagem de plantão de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **CuidArt Enfermagem**, São José do Rio Preto, v. 11, n. 1, p. 86-92, jan./jun. 2017.
- BERNARDO, P.; SHIMADA, N. E.; ICHIKAWA, E. Y. O formalismo e o "jeitinho" a partir da visão de estratégias e táticas de Michel de Certeau: apontamentos iniciais. **Gestão e Conexões**, Vitória-ES, v. 4, n. 1, p. 45-67, 2015.
- BOHN, M. L. S. *et al.* Percepção de enfermeiros sobre utilização do Protocolo do Sistema de Classificação de Risco Manchester. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 1004-1010, abr./jun. 2015.
- BOHOMOL, E.; CUNHA, I. C. K. O. Ensino sobre segurança do paciente no curso de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 7-13, 2015.
- BORGES, F. F. D. *et al.* Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João Del Rey, v. 7, p. 1-8, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1147>. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/1147/1310>. Acesso em: 13 jan. 2018.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de riscos e investigação de Eventos Adversos relacionados à assistência à saúde**. Brasília: Anvisa, 2017b.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n° 1.638/2002 de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão

de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 184-185, 9 ago. 2002b.

_____. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59, 13 jun. 2013e.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de implantação e implementação**: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

_____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 jan. 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União** Brasília, DF, 2 abr. 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 36, de 26 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção I, Brasília, DF, n. 143, p. 32-33, 27 jul. 2013c.

_____. Ministério do Trabalho. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção I, Brasília, DF, p. 9273-9275, 26 jun. 1986.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 467-474, set. 2015.

CARLOS, A. M. M. **Um novo modo de fazer a passagem de plantão na enfermagem**. 2014. Dissertação (Mestrado em Gestão do Cuidado de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

CARNEGIE, D. **Como ser um grande líder e influenciar pessoas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2015.

CARRAMENHA, B. Gestão da comunicação com empregados: o papel do planejamento e dos veículos organizacionais. *In*: CARRAMENHA, B.; CAPPELLANO, T.; MANSI, V. (org.). **Ensaio sobre comunicação com empregados**. Jundiaí, SP: InHouse, 2015. p. 229-239.

CARRET, M. L. V. *et al.* Características da demanda do serviço de saúde de emergência do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1069-1079, dez./jan. 2011. Suplemento 1.

CARRIERI, A. P.; PIMENTEL, T. D.; CABRAL, A. C. A. O discurso e sua análise no enfoque foucaultiano da formação discursiva: um método de pesquisa nos estudos organizacionais. **GESTÃO.Org - Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, v. 3, n. 2, p. 106-121, 2005.

CARVALHO, M. C. N. **Relacionamento interpessoal**: como preservar o sujeito coletivo. Rio de Janeiro: LTC, 2009.

CASAROLLI, A. C. G. *et al.* Nível de complexidade assistencial e dimensionamento de enfermagem no pronto-socorro de um hospital público. **Revista da Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 2, p. 278-285, abr./jun. 2015.

CASTELLS, M. **O poder da comunicação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

CASTRO, A. P. **Liderança motivacional**: como desenvolver pessoas e organizações, através do coaching e da motivação. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2015.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: estudos**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: morar, cozinhar**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. v. 2.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, p. 1523-1531, 2009.

COLBARI, A. A análise de conteúdo e a pesquisa empírica qualitativa. *In*: SOUZA, E. M. (org.). **Metodologias e analíticas qualitativas em pesquisa organizacional**. Vitória: EDUFES, 2014. p. 241-272.

COLLIGAN, L.; BASS, E. J. Interruption handling strategies during paediatric medication administration. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 21, n. 11, p. 912-917, Nov. 2012. DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000292. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22791692>. Acesso em: 18 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 0514/2016**. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2016.

_____. **Resolução COFEN nº 0564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2017.

_____. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN, 2009.

_____. **Resolução COFEN nº 588/2018**. Atualiza e normatiza a atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde. Brasília, DF: COFEN, 2018.

CORDEIRO JUNIOR, W.; MAFRA, A. A. **Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

CORPOLATO, R. C. **Proposta de padronização da passagem de plantão em Unidade de Terapia Intensiva geral adulto**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 188-198, 2012.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; ROSA, M. B. **Erros acontecem**: a força da transparência no enfrentamento dos Eventos Adversos assistenciais em pacientes hospitalizados. Belo Horizonte: IESS, 2016.

DAROS, L. D. **Currículo vs narrativas ordinárias**. 2013. 130 p. Mestrado (Dissertação em Ciências Humanas) - Universidade Tutiuti do Paraná, Curitiba, 2013.

DONALDSON, L. J. *et al.* Medication without harm: who's third global patient safety challenge. **Lancet**, London, v. 389, n. 10080, p. 1680-1681, Apr. 2017.

DRACH-ZAHAVY, A.; GOLDBLATT, H.; MAIZEL, A. Between standardisation and resilience: nurses' emergent risk management strategies during handovers. **Journal of Clinical Nursing**, v. 24, n. 3/4, p. 592-601, Feb. 2015. DOI: 10.1111/jocn.12725. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12725/abstract>. Acesso em: 10 dez. 2018.

DRACH-ZAHAVY, A.; HADID, N. Nursing handovers as resilient points of care: linking handover strategies to treatment errors in the patient care in the following shift. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 71, n. 5, p. 1135-1145, May 2015. DOI: 10.1111/jan.12615. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25641374>. Acesso em: 20 out. 2018.

DWAMENA, F. *et al.* Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 12, 2012. CD003267. DOI: 10.1002/14651858. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog?term=%22Cochrane+Database+Syst+Rev%22\[Title+Abbreviation\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog?term=%22Cochrane+Database+Syst+Rev%22[Title+Abbreviation]). Acesso em: 15 out. 2018.

EGGINS, S.; SLADE, D.; GEDDES, F. **Effective communication in clinical handover**: from research to practice. Massachusetts: De Gruyter, 2016.

FACHADA, E. M. **Psicologia das relações interpessoais**. Lisboa: Edições Sílabo, 2012.

FARIAS, E. S.; SANTOS, J. O.; GOIS, R. M. O. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 4, n. 3, p. 139-154, abr. 2018.

FERNANDES, L.; GÖTTEMS, L. Humanização e ambiência na clínica médica do hospital de base do Distrito Federal. **Gestão e Saúde**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 1917-1931, 2013.

FERREIRA, L. C. M.; GARCIA, F. C.; VIEIRA, A. Relações de poder e decisão:

conflitos entre médicos e administradores hospitalares. RAM, **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 11, n. 6, p. 31-54, nov./dez. 2010. DOI: 10.1590/S1678-69712010000600004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-69712010000600004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2018.

FERTONANI, H. P. *et al.* The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015206.13272014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2018.

FIORIM, J. L. (org.). **Introdução à linguística: I. Objetos teóricos**. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2014.

FIORIO, A.F.C.; LYRIO, K.A.; FERRAÇO, C.E. Pesquisar com os Cotidianos: os múltiplos contextos vividos pelos/as alunos/as. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 569-587, 2012.

FONSECA, L. *et al.* Relacionamento interpessoal & trabalho em equipe: impactos num ambiente organizacional. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 12.; INOVARSE - RESPONSABILIDADE SOCIAL APLICADA, 3., 2016, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Rio de Janeiro: FIRJAN, 2016. p. 1-23.

GLUYAS, H. Effective communication and teamwork promotes patient safety. **Nursing Standard**, London, v. 29, n. 49, p. 50-57, Aug. 2015.

GONCALVES, L. A. *et al.* Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, nesp., p. 71-77, out. 2012. DOI: 10.1590/S0080-62342012000700011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700011. Acesso em: 20 out. 2018.

GONCALVES, M. I. *et al.* Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2016.

GROSS, M. **Dicas práticas de comunicação: boas ideias para os relacionamentos e os negócios**. São Paulo: Trevisan, 2014. *E-book*.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Diretrizes para implementação do Sistema de Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências: como implementar o sistema manchester de classificação de risco em sua instituição**. 2. ed. Belo Horizonte: GBCR, 2015.

HAIG, K. M.; SUTTON, S.; WHITTINGTON, J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Oakbrook Terrace, v. 32, n. 3, p. 167-175, Mar. 2006.

HOLLY, C.; POLETICK, E. B. A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 23, n. 17/18, p. 2387-2396, 2014. DOI: 10.1111/jocn.12365. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12365/full>. Acesso em: 24 set. 2016.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **SBAR**: Situation-Background-Assessment-Recommendation. Boston: IHI, 2015.

JEFFERIES, D.; JOHNSON, M.; NICHOLLS, D. Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. **Contemporary Nurse**, Salisbury East, v. 42, n. 1, p. 129-138, Aug. 2012. DOI: 10.5172/conu.2012.42.1.129. Disponível em: http://www.academia.edu/2037966/Comparing_Written_and_Oral_Approaches_to_Clinical_Reporting_in_Nursing. Acesso em: 24 set. 2016.

JHA, A. K. *et al.* The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 22, n. 10, p. 809-815, Feb. 2013.

JOHNSON, A.; GUIRGUIS, E.; GRACE, Y. Preventing medication errors in transitions of care: a patient case approach. **Journal of the American Pharmacists Association**, Washington, v. 55, n. 2, p. 264-274, Mar./Apr. 2015. DOI: 10.1331/JAPhA.2015.15509. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25749270>. Acesso em: 2 out. 2016.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Sentinel Event Alert 58: inadequate hand-off communication. **The Joint Commission**, United States, n. 58, p. 1-6, Sept. 2017.

JORGE, M.; PROUS, A.; RIBEIRO, L. Brasil rupestre: arte pré-histórica brasileira. **Revista de Arqueologia**, Belém, v. 20, n. 1, p. 169-117, 2007.

JOSGRILBERG, F.B. **Cotidiano e invenção**. 1 ed. Escrituras Editora, 2005.

KING, E. *et al.* **The MAGIC programme**: evaluation. London: The Health Foundation, 2013.

KUNSCH, M. M. K. (org.). Comunicação organizacional: conceitos e dimensões dos estudos e das práticas. *In*: MARCHIORI, M. (org.). **Comunicação em interface com a cultura**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2013. v. 1, p. 129-148.

KURCGANT, P. *et al.* **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

LANCASTER, G. *et al.* Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. **Journal of Nursing Scholarship, Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 47, n. 3, p. 275-284, May 2015. DOI: 10.1111/jnu.12130. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog?term=%22J+Nurs+Scholarsh%22\[Title+Abbreviation\]](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog?term=%22J+Nurs+Scholarsh%22[Title+Abbreviation]). Acesso em: 12 out. 2018.

LANE-FALL, M. B. *et al.* Are attendings different? Intensivists explain their handoff

ideals, perceptions, and practices. **Annals of the American Thoracic Society**, New York, v. 11, n. 3, p. 360-366, Mar. 2014. DOI: 10.1513/AnnalsATS.201306-151OC. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028740/>. Acesso em: 31 jan. 2016.

LENERT, L. A.; SAKAGUCHI, F. H.; WEIR, C. R. Rethinking the discharge summary: a focus on handoff communication. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 89, n. 3, p. 393-398, Mar. 2014.

LLAPA, R. *et al.* Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería. **Enfermería Global**, Murcia, v. 12, n. 31, p. 206-231, jul. 2013.

LUDKE, M.; ANDRE, M. E. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U., 2012.

MAGALHAES, A. M. M.; DALL'AGNOL, C. M.; MARCK, P. B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, nesp., p. 146-154, jan./fev. 2013. DOI: 10.1590/S0104-11692013000700019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700019&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 23 out. 2018.

MAIO, A. M. D. Comunicação face a face nas organizações em tempos de sociedade midiaticizada. **Organicom**, São Paulo, v. 13, n. 24, p. 139-150, jun. 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/139323/134664>. Acesso em: 20 out. 2018.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano diretor de regionalização da saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MANIAS, E. *et al.* Communication failures during clinical handovers lead to a poor patient outcome: Lessons from a case report. **SAGE Open Medical Case Reports**, v. 3, 2015. DOI: 10.1177/2050313X15584859. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4857297/>. Acesso em: 23 out. 2018.

MANSER, T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, Aarhus, v. 53, n. 2, p. 143-151, Feb. 2009.

MANZO, B. F. **O Processo de Acreditação Hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

MARCONATO, R. S.; MONTEIRO, M. I. Prioridades da classificação de risco em uma unidade de emergência e desfecho do atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. 1-8, dez. 2017. DOI: 10.1590/1518-8345.2345.2974. Disponível em: <http://www.scielo.br/>

scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0104-11692017 000100407&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 dez. 2018.

MARTINELLI, D. P. **Negociação empresarial**: enfoque sistêmico e visão estratégica. 2. ed. São Paulo: Manole, 2015.

MARTINS, C. C. *et al.* Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem x estresse: limitações para a prática. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 2, p. 309-315, abr./jun. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i2.36985>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36985/22756>. Acesso em: 18 ago. 2018.

MATOS, G. G. **Comunicação empresarial sem complicações**: como facilitar a comunicação na empresa, pela via da cultura e do diálogo. 2. ed. rev. e ampl. Barueri, SP: Manole, 2009.

MCHUGH, M. D. Daily multidisciplinary team rounds associated with reduced 30-day mortality in medical intensive care unit patients. **Evidence Based-Nursing**, Harrow, v. 13, n. 3, p. 91-92, July 2010. DOI: 10.1136/ebn1066. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20584839>. Acesso em: 15 out. 2018.

MCMULLAN, A.; PARUSH, A.; MOMTAHAN, K. Transferring patient care: patterns of synchronous bidisciplinary communication between physicians and nurses during handoffs in a critical care unit. **Journal of Perianesthesia Nursing**, Philadelphia, v. 30, n. 2, p. 92-104, abr. 2015. DOI: 10.1016/j.jopan.2014.05.009. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1089-9472\(14\)00190-7](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1089-9472(14)00190-7). Acesso em: 30 set. 2017.

MELO, C. L.; NONATO, L. F. *Handover*: estratégias no cuidado com o paciente crítico. In: AZEREDO, N. S. G.; AQUIM, E. E.; SANTOS, A. A. (org.). **Assistência ao paciente crítico**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. p. 254-262.

MENDES, B. G. Construindo laços fortes: a importância da comunicação face a face na construção de confiança. In: CARRAMENHA, B. *et al.* (org.). **Comunicação com líderes e empregados**. São Paulo: Ed. Faculdade Cásper Líbero, 2017. p. 65-70.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2011.

MENDES, W. *et al.* The feature of preventable adverse events in hospitals in the State of Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 421-428, out. 2013.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERTEN, H.; VAN GALEN, L. S.; WAGNER, C. Safe handover: practical guidance. **BMJ**: British medical journal, London, v. 359, p. j4328, Nov. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTEIRO, C.; AVELAR, A. F. M.; PEDREIRA, M. Interrupções de atividades de enfermeiros e a segurança do paciente: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 169-179, fev. 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.0251.2539. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00169.pdf. Acesso em: 15 out. 2018.

MORALES, M. F. Passagem de plantão: paradigmas e estratégias para a comunicação efetiva. In: VIANA, R. A. P. P.; TORRES, M. **Enfermagem em Terapia Intensiva: práticas integrativas**. Barueri, SP: Manole, 2017. cap. 18, p. 195-203.

NANNETTI, M. A.; MESQUITA, J. M. C.; TEIXEIRA, L. A. A. A relação entre a satisfação dos funcionários e a satisfação dos clientes: estudo nas empresas de software do município de Belo Horizonte. **Revista de Administração**, São Paulo, v.50, n.1, p. 56-72, jan./mar. 2015.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 636-640, jul./set. 2015.

O'LEARY, K. J. *et al.* Structured interdisciplinary rounds in a medical teaching unit: improving patient safety. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 171, n. 7, p. 678-684, Apr. 2011.

OHARA, R.; MELO, M. R. A. C.; LAUS, A. M. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 749-754, out. 2010. DOI: 10.1590/S0034-71672010000500009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500009. Acesso em: 17 out. 2018.

OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA, L. M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: a voz dos gestores da qualidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 63-69, jan./mar. 2016.

PACHECO, M. A. B. (org.). **Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência**. São Luís: UNA, 2015.

PADILHA, E. F.; HADDAD, M. C. F. L.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 239-245, abr./jun. 2014.

PADILHA, K. G. *et al.* Segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva: desenvolvimento de um projeto de pesquisa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, nesp., p. 157-163, dez. 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000700022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-623420150000700157&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out. 2018.

PAIVA, M. C. M. S. *et al.* The reasons of the nursing staff to notify adverse events. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 747-754, set./out. 2014.

PARADIS, E. *et al.* Louder than words: power and conflict in Interprofessional education articles, 1954-2013. **Medical education**, Oxford, v. 49, n. 4, p. 399-407, Apr. 2017.

PARANAGUÁ, T. T. B. *et al.* Prevalence and factors associated with incidents related to medication in surgical patients. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 41-47, fev. 2014. DOI: 10.1590/S0080-623420140000100005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100041. Acesso em: 19 mar. 2018.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. p. 419-426.

PEDUZZI, M.; LEONELLO, V. M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e prática colaborativa. *In*: KURCGANT, P. *et al.* **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 103-114.

PENAFORTE, M. H. O.; MARTINS, M. M. F. P. S. A visibilidade do autocuidado relativo à higiene na passagem de plantão dos enfermeiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 131-139, fev. 2011.

PENEDO, R. M.; SPIRI, W. C. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 86-92, jan./fev. 2014.

PEZZOLESI, C. *et al.* Clinical handover incident reporting in one UK general hospital. **International Journal for Quality in Health Care**, Kidlington, v. 22, n. 5, p. 396-401, Oct. 2010.

PUGGINA, A. C. *et al.* Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-283, jun. 2014.

RATES, H. F. *et al.* Cotidiano de trabalho em enfermagem sob a ótica de Michel de Certeau. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 341-345, fev. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0361> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700341&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 maio. 2019.

RATES, H. F. *et al.* O (in)visível no cotidiano de trabalho de enfermeiros no acolhimento com classificação de risco. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 20, p. 1-8, dez. 2018. DOI: 10.5216/ree.v20.48608. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/48608/26739>. Acesso em: 20 dez. 2018.

RATES, H. F. **O cotidiano de trabalho do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco na Unidade de Pronto Atendimento**. 2016. Tese

(Doutorado em Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

RATES, H. F.; ALVES, M.; CAVALCANTE, R. B. Acolhimento com classificação de risco: que lugar é esse? **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 7, n. 2, ago. 2016. DOI: 10.21675/2357-707X.2016.v7.n2.795. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/795>. Acesso em: 21 dez. 2018.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE.

Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

REDLEY, B. *et al.* Interprofessional communication supporting clinical handover in emergency departments: an observation study. **Australasian Emergency Nursing Journal**, Amsterdam, v. 20, n. 3, p. 122-130, Aug. 2017. DOI: 0.1016/j.aenj.2017.05.003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28595847>. Acesso em: 11 jul. 2017.

RIBEIRO, N. R. Morre Eduardo Galeano: eternize-se o direito ao delírio. **CONTI Outra**, [S.l.], abr. 2015. Disponível em: <http://www.contioutra.com/morre-eduardo-galeano-eterniza-se-o-direito-ao-delirio/>. Acesso em: 1 dez. 2018.

RIGOBELLO, M. C. G. *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.

RODRIGUES, M. A. S. A importância da comunicação para a implementação da política nacional de humanização no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Organicom**, São Paulo, São Paulo, v. 9, n. 16/17, p. 182-198, 2012.

ROWLANDS, S.; CALLEN, J. A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team. **European Journal of Cancer Care**, London, v. 22, n. 1, p. 20-31, Jan. 2013.

SANTOS, D. S. **O cotidiano de um serviço de urgência e emergência nos discursos de usuários e trabalhadores**. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

SANTOS, G. R. S. **Comunicação na clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva**: o caso do *handover*. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

SANTOS, G. R. S.; CAMPOS, J. F.; SILVA, R. C. Comunicação no handoff na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 1-12, 2018. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0268. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000200801&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jun. 2018.

SANTOS, J. C. **Relação de prazer-sofrimento e saúde no trabalho**: estudo de caso no hospital de caridade de Carazinho com os profissionais da área de enfermagem. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Administração) - Curso de Administração, Universidade de Passo Fundo, Carazinho, 2014.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 18, n. 2, p. 195-203, mar./abr. 2017.

SCHILLING, M. C. L. **A comunicação e a construção da cultura de segurança do paciente**: interfaces e possibilidades no cenário do hospital. 2017. Tese (Doutorado em Comunicação Social) - Faculdade de Comunicação Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SCHMIDT, M. L. S. Produções táticas de usuários e trabalhadoras de programa de saúde mental: estudo etnográfico num centro de saúde escola da zona oeste de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1084-1093, 2013.

SCHNEIDER, C. C.; BIELEMANN, V. L. M.; QUADROS, L. C. M. Família e enfermagem na UTI, a comunicação como forma de humanizar o cuidado. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, p. 1-4, 2013.

SILVA, A. A. *et al.* A humanização do atendimento e a percepção entre profissionais de enfermagem nos serviços de urgência e emergência dos prontos socorros: revisão de literatura. **Ciência et Práxis**, Passos, v. 5, n. 9, p. 77-84, 2012.

SILVA, A. S.; AVELAR, A. B. A.; FARINA, M. C. Pesquisa exploratória sobre a transferência de responsabilidade pelo paciente. **Revista da FAE**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 70-85, jan./jun. 2015.

SILVA, D. A. *et al.* Otimização da ferramenta utilizada durante a passagem de plantão em uma unidade de pronto atendimento. **Revista de Políticas Públicas SANARE**, Sobral, v. 16, n. 1, p. 118-123, jan./jun. 2017b. Disponível em: <https://sanare.em nuvens.com.br/sanare/article/view/1102>. Acesso em: 15 mar. 2017.

SILVA, M. F. *et al.* Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 1-9, out. 2016a.

_____. Transfer between hospital units: implications of communication on pediatric patient safety. **Journal of Nursing UFPE**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3813-3820, out. 2017a.

SILVA, T. G. *et al.* Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 24-27, 2016b.

SILVA, T. W. M. **Configuração das práticas de saúde entre médicos e enfermeiros no ambiente hospitalar, na perspectiva das relações de poder.** 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018a.

SILVA, D. M. **O cotidiano de trabalho de profissionais da estratégia saúde da família na atenção à saúde do idoso.** 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018b.

SIMAN, A. G. **Práticas de profissionais de saúde na implantação do programa de segurança do paciente: entre o prescrito e o real.** 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

SIQUEIRA, I. L. C. P.; KURCGANT, P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 446-450, dez. 2005. DOI: 10.1590/S0103-21002005000400015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 dez. 2018.

SZOTTA, K. Remaking hospital space: the health care practices of injection drug users in New York City. **The International Journal on Drug Policy**, Liverpool, v. 25, n. 3, p. 650–652, 2014.

SOUSA, C. M. *et al.* Perspective of handlers/stretchers-bearers through the incidents occurred in transportation of patients. **Journal of Nursing UFPE**, Recife, v. 12, n. 2, p. 475-480, fev. 2018b. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i2a22649 p475-480-2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22649>. Acesso em: 22 nov. 2018.

SOUSA, C. S. *et al.* Comunicação efetiva entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 44-50, mar. 2014. DOI: 10.4322/sobecc.2014.004. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/54>. Acesso em: 7 dez. 2018.

SOUZA, A. F. *et al.* Admissão do paciente crítico. *In*: AZEREDO, N. S. G.; AQUIM, E. E.; SANTOS, A. A. (org.). **Assistência ao paciente crítico: uma abordagem multidisciplinar.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. p. 7-16.

SOUZA, G. C. *et al.* Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 642-649, ago. 2016.

SPOONER, A. J. *et al.* Understanding current intensive care unit nursing handover practices. **International Journal Nursing Practice**, Carlton, v. 19, n. 2, p. 214-220, Apr. 2013. DOI: 10.1111/ijn.12058. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12058/abstract>. Acesso em: 9 jul. 2017.

THE HEALTH FOUNDATION. **Simplificando o cuidado centrado na pessoa: o que todos devem saber sobre o cuidado centrado na pessoa: guia rápido.** Rio de Janeiro: Proqualis, 2014.

THOFEHRN, M. B. *et al.* Processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital da Espanha: ênfase nas tecnologias de cuidado. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 1, abr. 2014. DOI: 10.5380/ce.v19i1.35972. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35972/22180>. Acesso em: 14 jan. 2019.

THOMAS, A. N.; MACDONALD, J. J. Patient safety incidents associated with failures in communication reported from critical care units in the North West of England between 2009 and 2014. **Journal of the Intensive Care Society**, Stortford, v. 17, n. 2, p. 129-135, May 2016.

THOMSON, H. *et al.* Factors affecting quality of nurse shift handover in the emergency department. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 74, n. 4, p. 876-886, Apr. 2018. DOI: 10.1111/jan.13499. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29117454>. Acesso em: 18 out. 2018.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

_____. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

ULIN, K. *et al.* Person-centred care: an approach that improves the discharge process. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, Amsterdam, v. 15, n. 3, p. 19-26, Apr. 2016. DOI: 10.1177/1474515115569945. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25648848>. Acesso em: 15 out. 2018.

VENKATESH, A. K. *et al.* Communication of vital signs at emergency Department Handoff: opportunities for improvement. **Annals of Emergency Medicine**, Lansing, v. 66, n. 2, p. 125-130, Aug. 2015.

VERGALES, J. *et al.* Face-to-face handoff: improving transfer to the pediatric intensive care unit after cardiac surgery. **American Journal of Medical Quality**, Baltimore, v. 30, n. 2, p. 119-125, Mar./Apr. 2015.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

WEBER, L. A. F. *et al.* Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 1-11, jul. 2017. DOI: 10.5380/ce.v22i3.47615. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47615>. Acesso em: 6 dez. 2018.

WEIGL, M. *et al.* Work conditions, mental workload, and patient care quality: a multisource study in the emergency department. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 25, p. 499-508, 2016. DOI: 10.1136/bmjqs-2014-003744.

WEISS, C. H. *et al.* Prompting physicians to address a daily checklist and process of care and clinical outcomes: a single-site study. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v. 184, n. 6, p. 680-686, Sept. 2011.

WELLER, J. M.; BARROW, M.; GASQUOINE, S. Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. **Medical Education**, Oxford, v. 45, n. 5, p. 478-487, May 2011. DOI :10.1111/j.1365-2923.2010.03919.x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21414024>. Acesso em: 18 jul. 2017.

WOLTON, D. É preciso repensar a comunicação. **Revista Comunicação Empresarial**, ano 25, n. 95, 2015. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/aberje/?numero =95>. Acesso em: 15 abr. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Introductory online course for patient safety research**. Geneva: WHO, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Data: ____/____/____. Entrevista nº: ____ Categoria
profissional_____ Sigla: _____

Local da entrevista: _____ Horário de início: ____ Horário de
término: _____

Identificação

Sexo: () Feminino () Masculino

Estado civil () casado () união estável () solteiro () viúvo

Idade: ____ anos

Qualificação: (área) () técnico _____ () Graduação _____ () PG

Tempo de formação: _____

Curso de pós-graduação: () sim () não. Qual (is)? _____

Anos de experiência na área da saúde:

Anos de experiência na área de urgência e emergência:

Função ou cargo que exerce nesta instituição:

Vínculo com a instituição: () estatutário () contrato temporário () RPA () Celetista
() residente _____

Setor de trabalho na instituição

Tempo de trabalho na área de urgência e emergência desta instituição:

Horário de trabalho nesta instituição: () Diurno () Noturno () ambos

Regime de plantões: () Diarista () Plantonista _____

Jornada de trabalho semanal nesta instituição: ____ horas

Número de empregos: _____.

Jornada de trabalho semanal total: _____ horas

Questões

1. Fale-me sobre seu trabalho no dia a dia da urgência e emergência.
2. O que você entende por transferência de cuidado de pacientes?
3. Como você percebe o trabalho em equipe no Pronto-Socorro aqui do Hospital?
4. Fale-me sobre a comunicação entre os profissionais da sua unidade.
5. E sobre a comunicação com outros setores e serviços? E com os familiares de pacientes?

6. Como ocorre a passagem de plantão nos setores do pronto-socorro? A passagem de plantão é feita por toda equipe ou por categoria profissional?
7. Que instrumentos ou materiais são utilizados para auxiliar a passagem de plantão? Eles variam de modelo de um setor para outro no PS? Existe troca de documentos entre os envolvidos?
8. São realizados registros da passagem de plantão? Eles são arquivados? Poderia explicar por gentileza.
9. Fale como é realizada a transferência **interna** de pacientes no Pronto-Socorro do Hospital? Como ocorre a comunicação entre profissionais? Existe uma rotina? Quem é responsável pelo encaminhamento de pacientes? Existe troca de documentos impressos e relatórios entre os envolvidos?
10. Fale como é realizada a transferência **externa** de pacientes no Pronto-Socorro do Hospital? Como ocorre a comunicação entre profissionais? Existe uma rotina? Quem é responsável pelo encaminhamento de pacientes? Existe troca de documentos impressos e relatórios entre os envolvidos?
11. Como você percebe o processo de admissão e transferência de pacientes envolvendo o Serviço Móvel de Urgência (SAMU) aqui no PS deste hospital?
12. Que situações do dia a dia facilitam ou dificultam a transferência de cuidado dos pacientes nesta instituição?
13. Você teve suporte do hospital em treinamentos para realização de transferência de cuidado de pacientes?
14. Você tem retorno das chefias em relação a este processo de transferência de cuidado de pacientes e às ferramentas que são utilizadas? Sabe dizer se é realizado acompanhamento em relação a isto?
15. Fale-me sobre a influência da transferência de cuidado na segurança do paciente. Você tem alguma experiência relacionada a isto aqui nesta instituição?
16. Você deseja acrescentar algo?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de convidá-lo para participar da pesquisa “**Transferência de cuidado em unidade de emergência: discurso e práticas dos profissionais de saúde**” para a tese de doutorado de Clayton Lima Melo, sob a coordenação da Professora Doutora Marília Alves, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. O estudo tem como objetivo analisar a transferência do cuidado realizada pelos profissionais de saúde no cotidiano de uma unidade de emergência. Será realizado um estudo de caso único com abordagem qualitativa e os dados serão coletados por meio de entrevista individual e observação simples do cenário de trabalho, registradas em um caderno, chamado diário de campo. Você responderá perguntas sobre seu dia a dia de trabalho na unidade de emergência e sobre a transferência de cuidado e segurança dos pacientes. A entrevista será gravada para assegurar a fidedignidade de suas respostas, estando à sua disposição para leitura, se assim o desejar. Será realizada também consulta de impressos e registros relacionados à passagem de plantão e transferência de cuidado dos pacientes. Espera-se que o estudo possa contribuir a reflexão sobre a transferência de cuidado de pacientes e o papel dos profissionais em relação a atividade. A pesquisa oferece a você apenas o risco de desconforto ou constrangimento na realização da entrevista, que será minimizado com a garantia do *direito* de recusar-se a *responder às perguntas* que ocasionem constrangimentos de qualquer natureza e o direito de se retirar do estudo a qualquer momento. Sua colaboração é voluntária e o anonimato será garantido. As informações serão utilizadas somente para fins desta pesquisa e os resultados serão publicados em revistas científicas da área de saúde, e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos. Você não será remunerado nem terá gastos financeiros com a pesquisa. Informamos que a instituição que você trabalha autorizou a realização pesquisa e a mesma foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG e do Hospital em estudo. Você poderá solicitar informações à equipe de pesquisa a qualquer momento, caso tenha dúvida, e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao seu trabalho. Você poderá contatar também o Comitê de Ética e Pesquisa para esclarecimentos sobre questões éticas em pesquisa.

Eu, _____, CI _____. Declaro que fui devidamente informado sobre a pesquisa e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento se desejar. Concordo em assinar o TCLE em duas vias, dando meu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Assinatura do (a) participante: _____

Pesquisador _____

Contatos: Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6667 - Unidade

Administrativa II - 2º Andar, sala 2005, Campus Pampulha ou pelo telefone (31)3409-4592, ou e-mail: coep@prpq.ufmg.br

Pesquisadores: Prof. Drª Marília Alves, Escola de Enfermagem da UFMG, Av. Alfredo Balena, 190, sala 514 - Stª Efigênia, telefone (31) 34099849, e-mail: marilix@enf.ufmg.br

Clayton Lima Melo, Escola de Enfermagem da UFMG, Av. Alfredo Balena, 190, sala 514 -Stª Efigênia, telefone (31) 34099849, e-mail: claytonmelobh@yahoo.com.br

APÊNDICE C - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SIMPLES

Local: _____

Data: ___/___/___ Hora: _____

Situação:

Profissional envolvido na cena:

Como finalizou o desfecho?

Houve falha do processo de transferência do cuidado do paciente?

Como se estabeleceu a comunicação entre os atores envolvidos?

Demais observações:

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA: DISCURSO E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisador: MARILIA ALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55119218.0.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.519.784

Apresentação do Projeto:

Segundo a proposta, defende-se a tese de que na unidade de emergência a transferência de cuidado dos pacientes é influenciada pela comunicação entre os profissionais de saúde, pelo trabalho em equipe e pelo comprometimento dos profissionais de saúde com o seguimento dos pacientes e uma assistência mais segura. Trata-se de um estudo de caso único de natureza qualitativa a ser realizado [REDACTED] do Hospital [REDACTED] localizado na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. A escolha intencional do cenário de pesquisa deu-se devido a unidade utilizar instrumentos de transferência de cuidado de pacientes por médicos e enfermeiros, assim como o elevado número de admissões, transferências internas e externas de pacientes. Os participantes do estudo serão os profissionais de saúde, do período diurno e noturno, que avaliam e prestam cuidados aos pacientes na unidade de emergência e possuam tempo de experiência mínimo nesta unidade de seis meses. A coleta de dados será realizada mediante entrevista utilizando um roteiro semi-estruturado e análise documental, organizadas em um protocolo de pesquisa. Os dados coletados serão analisados com base no referencial de Bardin, empregando-se a técnica da Análise de Conteúdo Temática. A relevância deste projeto está relacionada a possibilidade de contribuir para que profissionais de saúde, gestores e educadores reflitam sobre a importância da transferência de cuidado e do papel

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL [REDACTED] [REDACTED]	
-----------------------------------	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA: DISCURSO E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisador: MARILIA ALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55119216.0.3001.5129

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.559.717

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo qualitativo, que através de entrevista semiestruturada e análise documental, pretende analisar a transferência do cuidado realizada pelos profissionais de saúde no cotidiano de uma unidade de emergência. A proposta defende a tese de que na unidade de emergência a transferência de cuidado dos pacientes é influenciada pela comunicação entre os profissionais de saúde, pelo trabalho em equipe e pelo comprometimento dos profissionais de saúde com o seguimento dos pacientes e uma assistência mais segura. O estudo será realizado na [REDACTED] localizada na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. A escolha intencional do cenário se deu devido a unidade utilizar instrumentos de transferência de cuidado de pacientes por médicos e enfermeiros, assim como o elevado número de admissões e transferências de pacientes. Os participantes do estudo serão os profissionais de saúde que avaliam e prestam cuidados aos pacientes na unidade de emergência com tempo de experiência mínimo nesta unidade de seis meses. A análise dos dados coletados será com base no referencial de Bardin, empregando-se a técnica da Análise de Conteúdo Temática.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a transferência do cuidado realizada pelos profissionais de saúde no cotidiano de uma

Endereço: [REDACTED]	CEP: [REDACTED]
Bairro: [REDACTED]	
UF: MG	Município: BELO HORIZONTE
Telefone: [REDACTED]	E-mail: [REDACTED]