

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

LUCIANA OLINO

**NOTA DE TRANSFERÊNCIA E ESCORE DE MEWS NO SETOR DE
EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Porto Alegre

2018

LUCIANA OLINO

**NOTA DE TRANSFERÊNCIA E ESCORE DE MEWS NO SETOR DE
EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Annelise de Carvalho Gonçalves

Porto Alegre

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann
Vice-reitora: Prof^ª. Dr^ª. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Diretora: Prof^ª. Dr^ª. Gisela Maria Schebella Souto de Moura
Vice-diretora: Prof^ª. Dr^ª. Agnes Olschowsky

COMISSÃO DE GRADUAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

Coordenadora: Prof^ª. Dr^ª. Graziella Badin Aliti
Coordenadora Substituta: Prof^ª. Dr^ª. Lilian Córdova do Espírito Santo

O46n Olino, Luciana

Nota de transferência e escore de MEWS no setor de emergência em um hospital universitário / Luciana Olino. – 2018. 81 f.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Annelise de Carvalho Gonçalves

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Curso de Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Emergência. 2. Cuidados intensivos. 3. Indicadores de qualidade.
I. Gonçalves, Annelise de Carvalho, orient. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Alex Miranda Santana CRB 10/2477

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

A banca examinadora, abaixo assinada, aprova o trabalho de conclusão de curso intitulado **“NOTA DE TRANSFERÊNCIA E ESCORE DE MEWS NO SETOR DE EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”**, elaborado por Luciana Olinó, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem:

Prof^a. Dr^a. Annelise de Carvalho Gonçalves

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Ana Luisa Petersen Cogo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Enf^a. M.^a Karine Lorenzen Molina

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Banca realizada em: 22/06/2018

Conceito: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que se mostrou criador, que foi criativo. Seu fôlego de vida em mim me foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

À minha família, por sua capacidade de acreditar e investir em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação foram o que deram, em alguns momentos, a esperança para seguir. Avós amados, a presença de vocês significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada. Mano querido, teu sorriso traz leveza e torna meus dias mais iluminados. E eu só quero agradecer, por ter vocês, para acompanhar minhas loucuras, me deixar bem mais segura daquilo que eu posso ser. Por me amarem com a mesma intensidade e por serem, de verdade, a melhor família que eu pudesse ganhar.

Ao meu amor e amigo Alex Santana, pessoa com quem amo partilhar a vida. Ao seu lado me sinto completa e sei que posso ser eu, de verdade! Obrigada pelo carinho, a paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre e por muitas vezes me fazer sair da rotina. Agradeço-lhe também por me passar seus conhecimentos como ótimo bibliotecário que és me sanando as dúvidas e me ajudando na normatização e nas referências.

Aos meus amigos, pelas alegrias e tristezas compartilhadas. Obrigada por me ouvirem quando precisei, por entenderem minha ausência, por me proporcionarem tantos momentos especiais que me renovaram o ânimo me dando forças para concluir este trabalho.

À amiga e parceira de pesquisa Juliana Strada, que me ajudou com o banco de dados e me auxiliou em diversos momentos, tão carinhosamente, sanando dúvidas e dividindo sua experiência.

À professora Lurdes Busin, companheira de caminhada ao longo do Curso. Inspiração! Eu posso dizer que a minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem a sua pessoa.

À professora Annelise Gonçalves, por seus ensinamentos, paciência e confiança ao longo das supervisões das minhas atividades.

*“Escolhe um trabalho de que
gostes, e não terás que trabalhar
nem um dia na tua vida.”*

Confúcio

RESUMO

O presente trabalho trata da utilização do roteiro da Nota de Transferência definitiva e temporária e do *Modified Early Warning Score* (MEWS). Verifica o registro pelo enfermeiro da Nota de Transferência e emissão do Escore de MEWS em pacientes adultos transferidos do Setor Emergência. É um estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal, retrospectivo, realizado por intermédio da análise de prontuários dos pacientes internados na unidade de Emergência Adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A amostra foi composta por todos os pacientes adultos transferidos da Emergência no período de 01/01/2017 à 31/12/2017, totalizando 2018 participantes, sendo realizada uma análise descritiva, utilizando o *software* SPSS versão 18.1. Os resultados apontam que o serviço de Emergência atingiu a meta Institucional nos meses de janeiro e fevereiro, proposta pelo Indicador, que propunha 95% de realização de Nota de Transferência dos pacientes adultos transferidos, ficando abaixo da meta nos demais meses do ano. Obteve um baixo percentual de Notas de Transferências Incompletas, variando de 0,8% a 4%, durante o ano. Obteve um baixo percentual anual de Transferências Temporárias (2,6%), que são aquelas aonde o paciente vai ao Centro Cirúrgico Ambulatorial ou Hemodinâmica e após retorna ao Setor Emergência. Não atingiu a meta Institucional proposta pelo indicador de qualidade e segurança assistencial que propunha 90% de realização de Escore de MEWS dos pacientes adultos transferidos, sendo que se aproximou da meta nos meses de janeiro e dezembro de 2017. Transferiu, majoritariamente, pacientes com Escore de MEWS não alterado, entretanto, entre os 3,18% que tinham o MEWS alterado, exceto nos meses de maio, junho e julho, foram transferidos a leitos que não dispunham de cuidados intensivos, durante o ano. Conclui-se que há necessidade de melhorias nos indicadores, com vistas a aumentar a segurança dos pacientes e, por conseguinte, diminuir a possibilidade de ocorrências de eventos adversos. Sugere-se a inclusão de mensuração do Escore de MEWS rotineiramente em conjunto com a verificação dos sinais vitais. Recomenda-se ainda, a informatização do roteiro de Transferência, para melhora da adesão pelos enfermeiros, além da necessidade de aumento da produção de literatura sobre a temática.

Descritores: Cuidados Críticos. Emergências. Epidemiologia. Equipe de Respostas Rápidas de Hospitais. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde.

ABSTRACT

This paper deals with the use of the script of the definitive and temporary Transfer Note and the Modified Early Warning Score (MEWS). It analyzes the use by the nurse of the Transfer Note and emission of the MEWS in adult patients transferred from the emergency department. It is a quantitative, cross-sectional, retrospective study, carried out through the analysis of medical records of patients hospitalized at the Adult Emergency unit of the Hospital de Clínicas of Porto Alegre. The sample was composed by all the adult patients transferred from the Emergency Department in the period from 01/01/2017 to 12/31/2017, which totaled 2018 participants, being carried out a descriptive analysis using the SPSS software version 18.1. The results indicate that the Emergency service reached the Institutional goal in January and February, proposed by the Indicator, which proposed 95% of the fulfillment of the Transference Note of the transferred adult patients, being below the goal in the other months of the year. It obtained a low percentage of Incomplete Transfer Notes, ranging from 0.8% to 4% during the year. It obtained a low annual percentage of Temporary Transfers, 2.6%, which are those where the patient goes to the Ambulatory Surgery Center or Hemodynamic, and then returns to the Emergency Sector. It did not reach the Institutional goal proposed by the quality indicator and health care that proposed 90% of fulfillment of the MEWS of the transferred adult patients, approaching the goal in January and December 2017. Patients with unchanged MEWS were transferred mostly. However, among the 3.18% who had the MEWS changed, except in the months of May, June and July, were transferred to beds that did not have intensive care during the year. It concludes that there is a need of improvements in the indicators aiming to increase the patients' security and, consequently, decrease the possibility of the occurrences of unfavorable events. It suggests the inclusion of the measurement of MEWS routinely in conjunction with the verification of vital signs. It is also recommended the computerization of the Transfer script to improve adherence by nurses, in addition to the need to increase the production of literature on the subject.

Descriptors: Critical Care. Emergencies. Epidemiology Hospital Rapid Response Team. Quality Indicators, Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

APACHE II	<i>Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II</i>
COMPESQ	Comissão de Pesquisa
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
MEWS	<i>Modified Early Warning Score</i>
PCR	Parada cardiorrespiratória
POP	Protocolo Operacional Padrão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Serviço de Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TRR	Time de Resposta Rápida
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA	Unidades de Pronto atendimento
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3 REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1 Características do setor de emergência como integrante da Rede de Atenção à Saúde	16
3.2 Dados epidemiológicos dos pacientes provenientes da emergência	17
3.3 Escore de MEWS	18
3.4 Nota de Transferência e Transição do Cuidado	23
3.5 Notas de Transferência, Escore de MEWS e suas relações com a segurança do Paciente	25
4 MATERIAL E MÉTODO	29
4.1 Tipo de estudo	29
4.2 Campo	29
4.3 População e amostra	31
4.4 Coleta dos dados	31
4.5 Análise dos dados	31
4.6 Aspectos éticos	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO - Artigo*	33
6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES À PRÁTICA PROFISSIONAL	54
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A - Planilha de Excel Utilizada para Coleta de Dados Mensais do Prontuário Eletrônico	64
ANEXO A - Escore de Alerta Precoce Modificado - Modified Early Warning Score (MEWS)	65
ANEXO B - Nota de Transferência de Cuidados do Serviço de Enfermagem em Emergência (Temporária)	66

ANEXO C - Nota de Transferência de Cuidados do Serviço de Enfermagem em Emergência Adulto (Definitiva)	67
ANEXO D – Indicador de Segurança e Qualidade Assistencial - Presença da Nota de Transferência e da pontuação do Modified Early Warning Score (MEWS) no prontuário de pacientes adultos transferidos do Serviço de Emergência	68
ANEXO E - Nota de Transferência ou Solicitação de Internação Hospitalar para o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas	72
ANEXO F - Ticket to Ride	75
ANEXO G - Escala de Coma De Glasgow	77
ANEXO H – Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHEII)	78
ANEXO I - Termo de Compromisso para Utilização de Dados	79
ANEXO J – Diretrizes para Autores da Revista da Escola de Enfermagem da USP	80
ANEXO K – Parecer de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem	82
ANEXO L – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	83

1 INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos de diferentes níveis tecnológicos que, integrados, buscam garantir a totalidade do cuidado (BRASIL, 2012a). Entre as redes prioritárias encontramos a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, formada pelas emergências hospitalares, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Cuidados Intensivos, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), entre outros (BRASIL, 2012b).

O objetivo do Serviço de Emergência (SE) hospitalar é atender pacientes graves e/ou com risco de vida. Logo, sua característica principal deveria ser a alta rotatividade de pessoas. Porém, comumente encontramos as emergências superlotadas, pois alguns usuários não compreendem a organização da rede e acabam procurando o serviço hospitalar para solucionar problemas de saúde de baixíssima complexidade (VIDOR, 2013).

Para Siqueira (2010) e Bittencourt e Hortale (2009), a superlotação também pode estar associada a falta de leitos hospitalares disponíveis nas unidades de internação e o aumento da longevidade da população.

Por esse motivo, alguns pacientes em setores de emergência podem estar em estado crítico e não serem identificados. Sabe-se que o nível de gravidade dos momentos que precedem a internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) interfere diretamente no prognóstico, sendo a demora na identificação dessa necessidade um determinante no aumento da mortalidade hospitalar. Estudos apontam à utilização de escores a beira do leito como uma ferramenta simples na identificação de pacientes com risco de morte iminente (TAVARES *et al.*, 2008; MORALES, 2016).

Entre as versões conhecidas, destaca-se o *Modified Early Warning Score* (MEWS), que vem demonstrando ser um método acessível e rápido para identificação de deterioração clínica (TAVARES, 2014). Conforme o Escore de Alerta Precoce Modificado (ANEXO A), a base da pontuação é a monitorização de parâmetros fisiológicos de fácil acesso que são: a pressão arterial sistólica, a frequência cardíaca, a frequência respiratória, a temperatura e o nível de consciência. Analisando esses parâmetros, caracteriza-se maior gravidade nos pacientes com escore final mais alto, ficando a critério de cada instituição o ponto de corte para criticidade e acionamento do Time de Resposta Rápida (TRR) (RIBAS, 2006).

Segundo Rocha, Neves e Viegas (2016), o objetivo do MEWS é facilitar a comunicação entre as equipes médica e de enfermagem, a fim de evitar a transferência do

paciente, capaz de ser estabilizado na unidade de origem, para UTI, e em casos em que o paciente esteja grave, garantir que o transporte ocorra sem demora.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) adotou a partir de 2015, essa ferramenta que é aplicada em conjunto com o roteiro da Nota de Transferência, a cada transferência realizada pelos pacientes internados no Setor de Emergência Adulto. Um de seus objetivos é mensurar a gravidade durante o transporte para unidade de internação, centro cirúrgico ambulatorial, bloco cirúrgico, hemodinâmica ou unidade Álvaro Alvim – Unidade de internação clínica, externa ao HCPA. Obtendo-se o resultado do MEWS de até quatro pontos, o paciente precisa apenas de técnicos ou auxiliares de enfermagem para acompanhá-lo durante o deslocamento e no caso de um resultado igual ou acima de cinco pontos, necessita de uma equipe multidisciplinar formada por médicos e enfermeiros para transportá-lo, ou ser avaliado e liberado pelo médico responsável para ser transferido. Outro propósito do MEWS é compor um fluxograma capaz de identificar a necessidade de acionar o TRR ou o médico emergencista para avaliar o usuário (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016).

Além disso, outro aspecto importante desse processo é a transferência segura da assistência. Entende-se por transição do cuidado, o conjunto de ações que visam a assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde na transferência de pacientes entre diferentes serviços de saúde ou diferentes unidades no mesmo local (FIGUEIREDO *et al.*, 2016; COLEMAN; BOULT, 2007).

Sabe-se que os eventos adversos representam elevada morbimortalidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014). Em vista dessa situação a Organização Mundial da Saúde criou a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, que tem por objetivo estudar a segurança do paciente e definir conceitos e medidas para reduzir e diminuir os incidentes no cuidado (BRASIL, 2013a; GOMES, 2008).

O Ministério da Saúde em união com a *Joint Commission* elencou seis metas internacionais a fim de garantir a segurança do paciente, destacando-se a segunda meta que é a Comunicação Efetiva (BARRA, 2012; BRASIL, 2014; GOMES, 2008; JOINT COMMISSION, 2015; BRASIL, 2017). O objetivo dessa meta é melhorar a efetividade da comunicação entre os prestadores de cuidado, garantindo que as informações verbais referentes aos pacientes sejam precisas e completas (BARRA, 2012), bem como a forma de registro dessas informações, de maneira que ocorra clara e oportunamente, sem ambiguidades, com a certeza da correta compreensão por parte do receptor da informação. Desta forma,

garantindo uma correta comunicação durante a transmissão do caso, passagem de plantão e transferência do cuidado (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014; GOMES, 2008).

Além de ser uma meta internacional de segurança, a portaria Nº 529, de 1º de abril 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, traz a comunicação no ambiente dos serviços de saúde e a transferência de pacientes entre pontos de cuidado como protocolos básicos da assistência em saúde (BRASIL, 2013b).

Com a finalidade de garantir a transição do cuidado e a comunicação efetiva, na Emergência do HCPA, foram estabelecidos roteiros para as Notas de Transferência definitiva e temporária. Estes são instrumentos de fácil acesso e manuseio que ajudam outras equipes a conhecerem o paciente de maneira rápida e eficaz (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016).

Para transferência dos pacientes ao Centro Cirúrgico Ambulatorial e à Hemodinâmica, utiliza-se a Nota de Transferência temporária (ANEXO B), que traz como itens básicos a regulação neurológica, presença de acesso vascular, soroterapia, presença de jejum, sinais vitais incluindo saturação de oxigênio, alergias, Escore de MEWS e destino do paciente (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016).

Já para transferência às unidades de internação, unidade de terapia intensiva (UTI), bloco cirúrgico ou unidade Álvaro Alvim, externa ao HCPA, que conta com leitos de internação clínica, cuidados paliativos e para recuperação de dependentes químicos (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2018b), utiliza-se a Nota de Transferência definitiva (ANEXO C), acrescentando-se, além dos itens supracitados, a presença de contenção mecânica, oxigenação, alimentação e hidratação, integridade cutânea mucosa, atividade física e segurança, escala de Morse e Braden, eliminações e presença de germe multirresistente (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016).

Visto a importância do Escore de MEWS na redução da mortalidade hospitalar (LEUNG *et al.*, 2015) e da Nota de Transferência como um instrumento eficaz na transição do cuidado e comunicação efetiva, a realização de ambos se tornou um indicador de segurança e qualidade assistencial, setorial do hospital, pertencente ao Serviço de Emergência Adulto.

Este é um estudo relevante, por haver escassa literatura sobre Escore de MEWS e Nota de Transferência em produções científicas em nível nacional. Além disso, haverá contribuição deste estudo para o Serviço de Emergência do referido hospital de forma a verificar se as metas desse indicador foram alcançadas no ano de 2017.

Visto que, desde a implantação, em julho de 2015, do indicador de segurança e qualidade assistencial (ANEXO D), as metas para realização de registro eram de 90% da Nota

de Transferência padronizada e 85% da pontuação de MEWS, no prontuário do paciente, neste primeiro ano a meta não foi alcançada. Para o ano de 2016, o segundo ano de avaliação, esperavam-se metas de 95% e 90%, respectivamente, as quais também não foram atendidas.

Frente ao exposto, esta investigação busca analisar se as Notas de Transferências e emissão do Escore de MEWS no Serviço de Emergência Adulto em Hospital Universitário estão sendo realizados de acordo com os roteiros e metas estabelecidas pelo hospital.

2 OBJETIVOS

A seguir serão descritos os objetivos os quais esse estudo propõe alcançar.

2.1 Objetivo geral

Verificar o registro, pelo enfermeiro, da Nota de Transferência e emissão do Escore de MEWS em pacientes adultos transferidos do setor Emergência.

2.2 Objetivos específicos

- a. Verificar a emissão pelo enfermeiro das Notas de Transferências nos prontuários de pacientes encaminhados da Emergência às outras unidades.
- b. Caracterizar os tipos de Notas de Transferências em completas e incompletas e as transferências entre definitivas e temporárias.
- c. Identificar a realização, pelos enfermeiros, do Escore de MEWS em pacientes adultos transferidos da Emergência a outras unidades.
- d. Categorizar o Escore de MEWS em alterado e não alterado em pacientes transferidos da Emergência e verificar o destino dos pacientes com escore alterado.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A seguir serão embasados na literatura os temas pertinentes para a construção desse trabalho.

3.1 Características do setor de emergência como integrante da Rede de Atenção à Saúde

A fim de garantir uma maior eficácia na produção de saúde, melhorar a eficiência da gestão do sistema regional e garantir a integralidade do cuidado, as ações de saúde são organizadas em redes de diferentes níveis tecnológicos (BRASIL, 2012a). Para tanto é necessário elencar redes prioritárias temáticas de atenção à saúde, que vêm ao encontro das maiores necessidades de enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem a população. Após a pactuação tripartite, em 2011, foi preconizada a seguinte rede prioritária que abrange à área de emergência (BRASIL, 2012b):

Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que atende o doente em situação crítica ou com risco de morte iminente. Entende-se por urgência a situação imprevista de agravo à saúde, que não pode ser adiada, com ou sem risco potencial de vida. Já emergência, é quando o doente corre perigo de sucumbir rapidamente, há risco iminente de morte ou sofrimento intenso, necessitando de intervenção médica imediata (ROMANI *et al.*, 2019).

Por intermédio de acolhimento com classificação de risco e resolutividade, a RUE tem por objetivo articular e integrar diferentes níveis de complexidade para aumentar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários de forma ágil e oportuna. Seus componentes e interfaces podem ser observados a seguir (BRASIL, 2012d):

Unidades Básicas de Saúde, para a atenção a pacientes de baixa complexidade e UPA, que é um tipo de unidade hospitalar de média complexidade, com o objetivo de fazer a intermediação entre as unidades básicas de saúde e os hospitais, além de diminuir as filas nos prontos-socorros e emergências dos hospitais, evitando que casos de menor complexidade sejam encaminhados a níveis terciários (KONDER; ODWYER, 2015);

O SAMU, que é um serviço especializado no atendimento pré-hospitalar móvel, e tem como objetivo chegar precocemente à vítima após o agravo, diminuindo o sofrimento, evitando sequelas ou mesmo a morte. Presta socorro à população em situações de dano grave à saúde de variada natureza e ordena o fluxo assistencial (TELES *et al.*, 2017);

Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos são espaços dentro de hospitais que garantem a retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade;

procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, além de leitos de cuidados prolongados e de terapia intensiva para assistência às urgências (BRASIL, 2011a);

Melhor em Casa, que é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades de sair de casa ou ainda àquelas para as quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento (BRASIL, 2018);

Portas hospitalares de atenção às urgências, que são instaladas em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto às demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e traumatológicas (BRASIL, 2011b). Para atender a essa exigência, a Portaria 2.338, do Ministério da Saúde, prevê a necessidade de Salas de Estabilização, serviço que funciona 24 horas para estabilização do paciente grave, para posterior encaminhamento a outros pontos da RAS. Entende-se por paciente crítico ou grave, aquele doente em risco iminente de morrer ou de ocorrer disfunção de órgão ou sistema, bem como aquele em deterioração clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato (BRASIL, 2011a).

3.2 Dados epidemiológicos dos pacientes provenientes da emergência

Entende-se como emergência hospitalar, a porta de entrada da população ao nível terciário de assistência, sendo este setor o local indicado para estabilização de pacientes graves e posterior encaminhamento a RAS. É indicado ao usuário com risco real de morte, sendo a rotatividade de clientes sua característica primordial (VIDOR, 2013).

Apesar da Emergência do HCPA atender ininterruptamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), priorizando o atendimento a pacientes graves por meio da Escala de Manchester, conforme classificação de risco preconizada pela portaria 2.338 (BRASIL, 2011a), Bauer *et al.* (2011), corroboram que no ano de 2010, na Emergência do HCPA, 24% dos pacientes atendidos foram triados como de baixo risco, 57% como de risco intermediário e apenas 19% de pacientes graves. Já Stein *et al.* (2002) encontraram em seu estudo 39% de pacientes com demandas não urgentes sendo atendidos na emergência de um hospital de Porto Alegre. Outro estudo desenvolvido no Rio Grande do Sul, no Município de Pelotas, identificou 24,2% de usuários não urgentes em serviços de emergência (CARRET; FASSA; KAWACHI, 2007). Durand *et al.* (2011) identificaram que o percentual de usuários com demandas não urgentes em departamentos de emergência gira em torno de 32,1%.

Esses dados demonstram que o usuário, muitas vezes, não compreende o funcionamento da RAS e acaba trazendo demandas simples para serem resolvidas no serviço

de emergência de hospital terciário, ocasionando superlotação dessa via de acesso, descaracterizando a alta rotatividade que deveria ser o papel primordial desse serviço. A escolha pelos serviços de urgência e emergência decorre da expectativa de uma atenção rápida, segura e completa (VIDOR, 2013).

Para Siqueira (2010) e Bittencourt e Hortale (2009), outro fator que contribui para a superlotação é a falta de leitos hospitalares disponíveis nas unidades de internação e o aumento da longevidade da população. Logo, absorvendo a demanda de atendimento da atenção básica, assistindo o excedente relacionado à falta de leitos e somado ao aumento da expectativa de vida da população, as emergências têm seus serviços prejudicados, além do acúmulo de tarefas que sobrecarrega as equipes de profissionais podendo acarretar, algumas vezes, baixa qualidade do serviço oferecido, repetidos retornos, aumento dos eventos adversos e pacientes graves não efetivamente identificados (VIDOR, 2013).

3.3 Escore de MEWS

O Escore de MEWS (ANEXO A) vem exatamente para auxiliar os profissionais a identificarem os pacientes instáveis em meio ao ambiente turbulento da emergência, atua como uma rede de segurança e um complemento para o julgamento clínico (LEUNG *et al.*, 2015; STAFSETH *et al.*, 2016; VAN GALEN *et al.*, 2016).

O MEWS, para a área da saúde, surgiu baseado no sistema financeiro, onde era utilizado para provisão de recursos e diminuição dos impactos econômicos. Devido a seu sucesso, Morgan, em 1977, publicou o primeiro MEWS médico, composto por cinco parâmetros fisiológicos: Pressão Arterial (PA) sistólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar e nível de consciência (GARDNER-THORPE *et al.*, 2006; TAVARES, 2014; MORALES, 2016; NISHIJIMA *et al.*, 2016; LEUNG *et al.*, 2015; VAN GALEN *et al.*, 2016; DELGADO-HURTADO; BERGER; BANSAL, 2016; LEONARD; KYRIACOS, 2015; VAN GALEN *et al.*, 2016). Ao paciente que mantém esses parâmetros inalterados é elencada a pontuação zero. O esperado para a frequência cardíaca é de 51-100 batimentos por minuto, para frequência respiratória de 9 a 14 inspirações por minuto, para pressão arterial sistólica de 101 a 199 milímetros de mercúrio, para temperatura axilar 35,1 a 37,8 graus Celsius e para o nível de consciência o estado alerta, é tido como ideal (este último discriminado como alerta, confuso, resposta à dor ou inconsciente). Qualquer valor acima ou abaixo do ideal é pontuado entre um e três pontos, podendo o doente somar de zero a 14 pontos (TAVARES *et al.*, 2008; WANG *et al.*, 2016).

Consoante Rocha, Neves e Viegas (2016) e Stafseth *et al.* (2016), mediante o uso da ferramenta, é possível identificar prontamente o agravo clínico. Seu objetivo principal é intermediar a comunicação entre as equipes de enfermagem e médica para intervenção precoce, quando o agravamento do estado do paciente se torna aparente na tabela de pontuações. Além disso, ao utilizar a escala antes de todo deslocamento intra-hospitalar é provável que o doente crítico seja identificado e assim, não sendo transferido antes de intervenções para estabilização ou seu traslado ser condicionado a acompanhamento de equipe multidisciplinar capacitada, assim como, quando é transportado para unidades de terapia intensiva. TAVARES *et al.*, (2008), mostram em seu estudo que o valor de MEWS era maior que três no decorrer de 72 horas antes da admissão em UTI e que esse valor se elevou 24 horas antes do óbito.

Wong *et al.* (2016), relatam em sua pesquisa que nenhum dos escores estudados teve boa precisão em prever complicações durante transportes inter-hospitalares, entretanto o MEWS foi o que ficou mais próximo do ideal. Já para Salottolo *et al.* (2017), um Escore de MEWS igual a quatro pode ser usado para prever a gravidade da lesão, a mortalidade, o tipo de transporte e a utilização de recursos de UTI. Na configuração de transporte inter-hospitalar, o MEWS pode ser útil para a identificação de pacientes com necessidade menos óbvias para a transferência mais rápida. Leung *et al.*, (2015), sugeriram que a medição sequencial de MEWS era mais útil do que um único corte transversal, na triagem pré-hospitalar.

O paciente grave apresenta-se ameaçado a sucumbir a qualquer instante, precisando de atenção incessante, assistência especializada, ambiente organizado, com tecnologia e recursos apropriados (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015; STAFSETH *et al.*, 2016). Segundo Rocha, Neves e Viegas (2016), o uso do MEWS é um incentivo rápido para identificação de pacientes instáveis na emergência que requerem célere admissão em UTI, pois foi originalmente criado para detecção de pacientes graves em risco de deterioração catastrófica. Foi mostrado ainda que o tempo de permanência na UTI e tempo de hospitalização foi menor para os pacientes críticos transferidos diretamente a UTI, quando comparados aos que ficaram em leitos de enfermagem.

Na prática clínica buscam-se táticas capazes de reconhecimento precoce dos agravos, a fim de iniciar a terapia indicada e definir o diagnóstico e, com esse intuito, as instituições de saúde se valem de escores à beira leito, capazes de acionar os TRR, (DELGADO-HURTADO; BERGER; BANSAL, 2016; VAN GALEN *et al.*, 2016) que são equipes aptas a identificar e agir velozmente, quando algum usuário apresenta sinais ou sintomas de deterioração fisiológica. Esse grupo é formado por profissionais de saúde com *expertise* em

cuidados críticos, como médicos, enfermeiros e fisioterapeutas com habilidades técnicas e práticas para avaliar e atender o doente instável. Todos os membros devem estar disponíveis e em lugar acessível para responder ao chamado imediatamente. Essa ação tem sido instigada por órgãos internacionais e brasileiros que estimulam a segurança do paciente, visando à redução da morbimortalidade por Parada Cardiorrespiratória (PCR) e admissões tardias ou não planejadas em UTI, tais como: o *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, *Joint Commission International (JCI)*, o *Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)* e a Organização Nacional de Acreditação (ONA) (VEIGA *et al.*, 2011; MATHUKIA *et al.*, 2015).

Sabe-se que, cotidianamente, a enfermagem encontra-se em maior proximidade do paciente, sendo capaz de observar pequenas mudanças em seu quadro clínico. Estando em posições de linha de frente são desafiados por situações clínicas complexas que requerem aplicação hábil de conhecimento para a tomada de decisão e limites de ação apropriados a fim de evitar eventos adversos graves (LEONARD; KYRIACOS, 2015). Pela facilidade de aplicação do MEWS, diversos profissionais, como auxiliares e técnicos de enfermagem podem ser capacitados para a utilização do escore.

Protocolos, de diversas instituições de saúde, para intervenção ao paciente com MEWS alterado, são descritos na literatura, como por exemplo, o protocolo de manejo ao atendimento do paciente com MEWS alterado da ala de trauma de um hospital na África do Sul. No qual, para um Escore de MEWS de um ou dois, verifica-se os sinais vitais de uma em uma hora, e com o escore entre três e seis, verifica-se os sinais vitais de trinta em trinta minutos e o paciente fica acompanhado pela equipe médica. Já o MEWS maior que sete é um gatilho para acionar o TRR, sendo considerada uma emergência clínica (LEONARD; KYRIACOS, 2015). Em um hospital de cuidados terciários que atua na área metropolitana de Nova York, com foco em Tratamento Cardíaco e Telemetria Cardiorrespiratória, os sinais vitais do paciente são verificados a cada quatro horas e um resultado de MEWS é gerado automaticamente quando os sinais vitais são inseridos no sistema. Se o total é de sete ou mais, a enfermeira da ala é imediatamente informada e os sinais vitais do paciente são medidos a cada duas horas a partir disso. Um resultado de MEWS de nove ou mais exige a chamada de uma equipe de TRR, enquanto que um resultado de MEWS de 10 ou mais requer mudanças no nível de serviço, ou seja, transferência para a UTI (DEVOE *et al.*, 2016). Em um Hospital Geral da Holanda, o MEWS é informatizado e o marcador de gravidade é considerado três pontos ou mais, ao atingir o escore limítrofe, o enfermeiro deve contatar o médico responsável imediatamente. O médico deve, então, avaliar o paciente em trinta minutos e

elaborar um plano de tratamento, repetir a avaliação após sessenta minutos ou acionar um TRR. Sendo que, o TRR pode também ser chamado diretamente pelo enfermeiro ou o médico desde o início da criticidade. (VAN GALEN *et al.*, 2016). Apesar de distintos, diversos tipos de serviços de saúde têm pré-definido o manejo da situação crítica, além de fluxos pré-estabelecidos para MEWS alterado.

Esse método de trabalho dá autonomia de decisão ao enfermeiro e às equipes médicas menos experientes em cuidar do paciente crítico, facilita o manejo e padronização do atendimento pela equipe de enfermagem, além de diminuir os falsos alarmes e fadiga do TRR (WANG *et al.*, 2016). Mathukia *et al.* (2015), trazem que, no Hospital Easton, na Pensilvânia, o MEWS está incorporado ao sistema eletrônico permitindo a implementação padronizada e universal do sistema de todo o hospital, eliminando, assim, os erros associados com o cálculo manual e também aumentando a adesão ao escore, e garantindo assim o seu cálculo, uma vez que, por falta de algum padrão fisiológico, torna-se impossível a mensuração. Van Galen *et al.* (2016) relatam em seu estudo que um terço dos escores foram calculados erroneamente, por falta de registro dos sinais vitais.

No estudo de Cherry e Jones (2015) sobre as atitudes da equipe de enfermagem relativas ao MEWS, todos os entrevistados acreditavam que o MEWS era benéfico em seu trabalho, mas destacaram que a pontuação poderia ser mal calculada e, às vezes, havia dificuldade na obtenção de equipe médica para examinar o paciente, mesmo se o escore fosse significativamente alto. Alguns médicos têm uma cultura de aceitar uma pontuação elevada por esperarem sinais vitais anormais devido à história clínica do paciente.

Stafseth *et al.* (2016), relata em seu artigo, que a maioria dos enfermeiros inexperientes demoravam a chamar o TRR, por medo de críticas, pois acreditavam que fazer avaliações e tomar decisões sobre o estado de saúde do paciente, baseado em um processo de conhecimento intuitivo, experiência ou opinião de outro colega, não era valorizado. Após um programa de educação sobre o MEWS, relataram que a ferramenta melhorou sua capacidade de distinguir mudanças na condição do paciente e os ajudou na sua tomada de decisão clínica, e que ao constatarem escore alterado e a necessidade de intervenção conquistaram maior credibilidade junto à equipe médica.

Este sistema é utilizado nos departamentos de emergência de muitos países, e é amplamente reconhecido por sua simplicidade e capacidade de prever declínio clínico, além de prever gravidade para diversas doenças, tais como: pancreatite aguda (YE *et al.*, 2017), trauma pré-hospitalar (LEUNG *et al.*, 2015), ataques cardíacos (NISHIJIMA *et al.*, 2016), câncer (STAFSETH *et al.*, 2016), entre outras.

Uma maior pontuação de MEWS correlaciona-se com maior risco de morte intra-hospitalar (KÖKSAL *et al.*, 2016; VAN GALEN *et al.*, 2016), de PCR, além de indicar deterioração fisiológica, que também se correlaciona com a crescente necessidade de internação em unidade de cuidados intensivos e estadias mais prolongadas no hospital (WANG *et al.*, 2016; VAN GALEN *et al.*, 2016; NISHIJIMA *et al.*, 2016 ; DUNDAR *et al.*, 2016; LEUNG *et al.*, 2015 BITTMAN *et al.*, 2016; DEVOE *et al.*, 2016; DELGADO-HURTADO; BERGER; BANSAL, 2016). Também é um método eficaz prevendo necessidade de internação hospitalar, sendo efetivo na triagem pré-admissional (DELGADO-HURTADO; BERGER; BANSAL, 2016). Além de que, a sobrevivência após parada cardíaca foi significativamente associada a baixos valores de MEWS na internação hospitalar. (DEVOE *et al.*, 2016).

Entre os benefícios do Escore de MEWS, para as instituições de saúde, é possível citar a rapidez e facilidade de aplicação, pois, bastam apenas alguns sinais vitais e avaliação do nível de consciência para aplicá-lo. Sendo assim, podem ser treinados e capacitados diversos profissionais da linha de cuidado, a fim de ampliar a adesão ao protocolo. Por intermédio de seus resultados também é possível conhecer a realidade dos setores, identificar fragilidades e propor melhorias (RIOS; SILENE; ROCHA, 2016).

Entre os benefícios ao paciente, é apresentado um melhor prognóstico, visto que sua deterioração clínica é precocemente identificada, e medidas como acionamento do TRR e avaliação pela equipe médica são tomadas (CHAN, 2010). Também diminui os índices de Parada Cardiorrespiratória, pois há ação de reversão sobre os parâmetros fisiológicos alterados antes que a PCR aconteça.

Estudos mostram um aumento de internações em UTI, por precoce identificação dessa necessidade e diminuição de óbitos por PCR após adesão ao protocolo em serviços de saúde. Além disso, estudos evidenciam benefícios na identificação de mau prognóstico e diminuição de alarmes falsos. (MORALES, 2016).

Para a equipe médica, o MEWS calculado mostra em tempo real, através do gráfico de observações, o declínio clínico do usuário, mesmo quando aquela não se encontra à beira do leito (DELGADO-HURTADO; BERGER; BANSAL, 2016). Para a equipe de enfermagem, traz autonomia em suas decisões, quando o protocolo para atendimento ao MEWS alterado, encontra-se atualizado e implantado. (WANG *et al.*, 2016).

Entre as dificuldades, encontramos a falta de adesão ao cálculo do MEWS, erros no fluxo de atendimento ao paciente com o escore alterado e alguns estudos apontam que, em se tratando de diagnóstico, há escores com maior precisão (MORALES, 2016), entretanto estes

necessitam de cálculos mais complexos e/ou de múltiplas variáveis, as quais, muitas vezes, não estão disponíveis, como exames laboratoriais ou cálculo de balanço hídrico, por exemplo, dificultando sua execução rotineira.

3.4 Nota de Transferência e Transição do Cuidado

Segundo o dicionário Michaelis, entende-se como nota, o sinal com que se marca ou se distingue alguma coisa. É o registro feito para alguém ou para si com o intuito de lembrar, perguntar, informar, sugerir ou tomar consciência de algo. É uma notícia breve e concisa destinada à informação rápida de algo observado (WEISZFLOG *et al.*, 2017). Analisando esse conceito, é possível refletir que uma nota não segue nenhum padrão pré-estabelecido, sendo o autor responsável pelo seu conteúdo. Dentro da realidade atual da segurança do paciente esse tipo de anotação, utilizada na transferência do cuidado, torna-se algo insegura.

É notória a necessidade de continuidade do cuidado, seja ele intra-hospitalar, em domicílio ou até mesmo em outros pontos da RAS. Para tanto, se faz necessário que as informações do usuário sejam detalhadamente descritas, padronizadas, completas e atualizadas. Analisando o hospital como nível terciário de assistência, deduz-se que o usuário nele internado, esteja carecendo de cuidado especializado, ou seja, se tratando de um traslado intra-hospitalar, onde o paciente pode instabilizar a qualquer momento, por estar gravemente adoentado, esse dado necessita de uma acurácia ainda maior.

A continuidade de cuidados é entendida como o conjunto de ações capazes de assegurar a coordenação e o seguimento do cuidado após a transferência de pacientes, contribui para segurança do usuário, garante a sequencialidade nos sistemas de saúde, promove a melhoria dos cuidados prestados, diminui custos, e se mostra uma estratégia eficaz para a diminuição dos eventos adversos. (FIGUEIREDO *et al.*, 2016).

Observa-se, amiúde, que os registros são vulneráveis, extraoficiais, incompletos, particulares e trazem características e informações individuais, variando de acordo com o relator, por isso há perda de continuidade do cuidado quando há alterações do quadro ou quando os usuários se deslocam nas organizações de saúde (SETZ; DINNOLENZO, 2009).

Almeida *et al.* (2012) referem à importância da passagem prévia das informações fundamentais do paciente entre a equipe que irá transferir e a que irá recebê-lo. Destacando informações básicas como identificação, idade, peso, diagnóstico, destino e procedimento a ser realizado, quadro hemodinâmico e respiratório, acessos e infusões, entre outros.

Almeida *et al.* (2012) encontraram em seu estudo sobre transporte intra-hospitalar de pacientes críticos adultos que a maioria dos eventos adversos se relacionava com a falta de conhecimento do profissional e a falha de comunicação. Com a finalidade de redução desses eventos e de atender a segunda meta internacional de segurança ao paciente, que é melhorar a comunicação efetiva entre profissionais de saúde (BARRA, 2012; BRASIL, 2014; GOMES, 2008; JOINT COMMISSION, 2015), além de adequar-se aos protocolos de comunicação no ambiente dos serviços de saúde e transferência de pacientes entre pontos de cuidado propostos pelo Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b), foram estabelecidos, no HCPA, em julho de 2015, dois roteiros com dados essenciais para transferência segura. O roteiro para transferência temporária (ANEXO B), o qual serve para transportar o paciente ao Centro Cirúrgico Ambulatorial e à Hemodinâmica e contém informações necessárias ao procedimento, além de informação de condições de estabilidade do paciente. Caso esteja instável, este permanece na Emergência a fim de ser avaliado. Já a Nota de Transferência definitiva (ANEXO C), serve para transferência às unidades de internação, UTI, bloco cirúrgico ou unidade Álvaro Alvim e contempla o exame físico do paciente, sua evolução atual e ainda critérios de gravidade.

A literatura traz risco de eventos adversos durante a transferência de pacientes instáveis como fator prolongador da internação e de aumento da morbimortalidade. (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014). Um estudo sobre pacientes críticos mostra diversas alterações fisiológicas que o doente pode apresentar durante o transporte intra-hospitalar, dentre estas, o aumento na frequência cardíaca, alteração nos níveis de pressão arterial, infarto agudo do miocárdio, alterações na frequência respiratória, queda na saturação de oxigênio, obstrução das vias aéreas pelas secreções, agitação, sangramento e, até mesmo, a parada cardiorrespiratória (ALMEIDA *et al.*, 2012; ZUCHELO e CHIAVONE, 2009).

Em virtude disso, vigilância acurada e padronização na transição dos cuidados antes de transferência de um paciente tornam-se cruciais. Tendo em vista a realidade supracitada de superlotação das emergências, esses pacientes descompensados podem passar despercebidos e serem transferidos a outros serviços e não resistirem nem mesmo ao transporte.

Estudos recomendam no mínimo duas pessoas treinadas para acompanhar o usuário durante o traslado, apontando que a taxa de eventos adversos é menor quando é realizado por médicos e enfermeiros experientes (ALMEIDA *et al.*, 2012; ZUCHELO e CHIAVONE, 2009).

O principal benefício do roteiro da Nota de Transferência é a passagem de informações essenciais do doente a outros serviços, podendo desta forma, diminuir as chances

de alguma informação ser omitida ou esquecida, mesmo em situação de sobrecarga de trabalho ou urgência.

3.5 Notas de Transferência, Escore de MEWS e suas relações com a segurança do Paciente

Entende-se por segurança do paciente a união de ações preventivas capazes de reduzir os eventos adversos relacionados ao processo de cuidar. Reduzir os riscos de dano desnecessário a saúde, significa diminuir o tempo de hospitalização, a morbimortalidade, além dos gastos financeiros (BRASIL, 2014).

A portaria nº 529, que Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), propõe e valida manuais voltados à assistência entre dez áreas prioritárias: infecções relacionadas à assistência à saúde; procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; processos de identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2013).

O manual de Assistência Segura traz a comunicação como peça fundamental para segurança do paciente, enfatizando a importância da transferência das informações entre plantões, departamentos e unidades. A falta de comunicação integrada entre as diversas equipes gera falhas no atendimento. O seguimento da assistência exige o compartilhamento de informações em um processo que envolve a transferência e aceitação da responsabilidade de alguns aspectos do paciente. Para tanto, alguns serviços adotam registros gravados, escritos, rounds à beira do leito, quadros de informações, entre outros métodos. Contar com o auxílio de registros padronizados, claros e objetivos, preferencialmente informatizados, é considerado uma das formas mais efetivas para que a comunicação ocorra de forma eficaz e precisa (BRASIL, 2013a). Corroborando o supracitado, o SE do HCPA utiliza como ferramenta para garantir a comunicação segura, a Nota de Transferência, com o objetivo de garantir a passagem de todas as informações relevantes dos pacientes trasladados no hospital.

Segundo Rios, Silene e Rocha (2016), outra forma de identificar as fragilidades e assim aumentar a segurança do paciente é a utilização do Escore de MEWS, pois através da identificação do usuário instável, pode-se implementar medidas a fim de evitar que ele sucumba. O uso desse protocolo não somente possibilita a identificação do usuário que necessita de intervenção urgente, mas também facilita o diálogo entre a equipe médica e de

enfermagem, pois esta se torna mais autônoma nas suas decisões, enquanto a equipe médica pode ser acionada com maior segurança, diminuindo os alarmes falsos.

Segundo a Agência Nacional de Segurança do Paciente, alguns incidentes de segurança do paciente podem ser atribuídos a não observações feitas durante um período prolongado e, por conseguinte, não reconhecimento de alterações nos sinais vitais de um paciente ou a não importância da deterioração, nenhuma intervenção frente às alterações, ou até mesmo, intervenção atrasada. Essas ocorrências errôneas, são atribuídas ao excesso de confiança na tecnologia de monitoramento, falta de conhecimento observacional de pistas importantes, como MEWS alarmante, por exemplo (LEONARD; KYRIACOS, 2015).

3.6 Realização de Nota de Transferência, Escore de MEWS e outros escores de gravidade no Brasil

São escassos, na bibliografia nacional, materiais sobre Nota de Transferência, mesmo nos livros de administração em enfermagem, pois consoante ao citado anteriormente, esse documento não costuma ser uniformizado. Existem literaturas sobre a Sistematização do Processo de Enfermagem, enfatizando a importância da evolução e qualidade dos registros, entretanto, não tratam sobre a padronização das informações na transferência do paciente.

Acredita-se que nos serviços de saúde possa haver roteiros de registros de transferências de pacientes, entretanto, foram encontrados roteiros de Nota de Transferência apenas no HCPA e no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, possivelmente por se tratarem de hospitais universitários e receberem acadêmicos que precisam de guias para realização de suas atividades elementares. Além desses, ainda é possível encontrar um *checklist* que auxilia na transferência em um hospital dos Estados Unidos, já que nesse país, o tema da transição do cuidado está em evidência (PESANKA *et al.*, 2009).

Indubitavelmente, a missão de um Hospital Escola, além de prestar assistência de qualidade à população, é promover o ensino e a pesquisa, entre outras atividades, de forma integrada. O Hospital Escola de Pelotas criou um instrumento descritivo para uniformizar e dar clareza na transferência e internação de pacientes na instituição (ANEXO E), da mesma forma como ocorre no HCPA, o preenchimento desse documento, pelo enfermeiro ou médico, é obrigatório (HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2017).

Semelhante à Nota de Transferência adotada no HCPA, nos Estados Unidos da América foi implantado um protocolo para facilitar a comunicação durante o transporte, com a padronização das informações referente ao estado do paciente. O “*Ticket to ride*” (ANEXO F) é um *checklist* usado durante a transferência para facilitar a interação e comunicação entre as equipes (LOVASIK, 2009).

Sabe-se que em países em desenvolvimento, o conhecimento pode chegar tardiamente. Enquanto no cenário estrangeiro, encontram-se diversos artigos sobre o protocolo de MEWS, como por exemplo, o artigo publicado pelos autores Ludikhuize *et al.*; Burch, Tarr e Morroni; Ho e Christensen *et al.*. Na literatura nacional encontram-se apenas dois artigos, “Validação de um Escore de Alerta Precoce Pré-admissão na Unidade de Terapia Intensiva” e “Escore de Alerta Precoce Modificado: avaliação de pacientes traumáticos”. Isso demonstra que apesar dos benefícios desse escore de gravidade serem comprovados e aplicáveis à nossa realidade, ainda assim as instituições de saúde não usufruem deles, provavelmente por imperícia de mensuração do cálculo, falta de pessoal capacitado ou desconhecimento do escore. Em diversos países, a utilização do MEWS faz parte do cotidiano da prática clínica, já no Brasil, é inovador, logo, poucos são os dados das instituições brasileiras que aderiram ao seu uso.

O Hospital Sírio-Libanês implantou esse escore em todas as suas unidades, a partir de julho de 2016. Para tanto, capacitou e sensibilizou 2300 colaboradores da área assistencial, preconizando seu cálculo e registro juntamente com os sinais vitais, onde escore maior ou igual a quatro indica situação de urgência. A instituição defende esse sistema de alerta precoce como um dos mais acurados para prever parada cardíaca, mortalidade, transferência para a UTI e uma variedade de outros desfechos hospitalares (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, 2018).

No ano de 2006, na UTI de adultos do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, o MEWS foi utilizado para mensurar gravidade dos doentes além de correlacionar à sobrevivência ou óbito, conciliado ao escore de gravidade *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II* (APACHE II) (TAVARES *et al.*, 2008).

Um estudo realizado por Rocha, Neves e Viegas (2016), mostra que, em Porto Alegre, entre 2013 e 2014, no serviço de emergência do Hospital Cristo Redentor, utilizou-se o Escore de MEWS associado ao Protocolo de Manchester a fim de mensurar gravidade em pacientes traumatizados.

No Hospital Mãe de Deus, em Porto Alegre, o Escore de MEWS é aplicado em todos os pacientes internados, quatro vezes ao dia, em conjunto com os sinais vitais.

Sabendo-se que, índices de gravidades são classificações numéricas relacionadas a determinados parâmetros e que permitem avaliar a probabilidade de morbimortalidade resultantes do quadro do doente é importante destacar, além do MEWS, a existência de outros escores de gravidade (DIAS; MATTA; NUNES, 2006).

A escala de Glasgow (ANEXO G) tem sido amplamente utilizada em pacientes críticos com disfunção do sistema nervoso central, choque, trauma ou outros fatores que possam causar baixa do sensório. Essa escala avalia através da abertura ocular, resposta verbal e resposta motora, o nível de consciência do doente. Elenca-se uma pontuação entre um e seis entre cada um dos parâmetros, sendo que a pontuação total pode variar de três a 15. O paciente que obtém menor pontuação é quem está com maior declínio neurológico. (KOIZUMI; ARAÚJO, 2005)

Outro importante escore que estima gravidade da doença e prevê mortalidade hospitalar é o *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II*, mais conhecido como APACHE II (ANEXO H), que utiliza a temperatura axilar, pressão arterial média, frequência cardíaca, frequência respiratória, pH sanguíneo, oxigenação (PaO₂), potássio e a creatinina séricos, percentual de hematócrito, número de leucócitos, escore da Escala de Glasgow, idade, além de doenças crônicas. Nesse escore o risco de mortalidade cresce proporcionalmente aos pontos obtidos no total do cálculo. Um paciente quando pontua até quatro, tem aproximadamente 4% de risco de morrer, já naquele que atinge uma pontuação maior que 34 esse risco aumenta para 85% (CARDOSO; CHIAVONE, 2013).

Para Gouvêa e Travassos (2010), indicadores de segurança visam subsidiar o monitoramento de eventos adversos e erros ocorridos durante internações, já o indicador de qualidade está relacionado a um conceito multidimensional, que requer diferentes abordagens para a sua avaliação.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo transversal, retrospectivo. O estudo transversal caracteriza-se pela observação direta de um número planejado de indivíduos em um determinado período. É o estudo apropriado para descrever a situação de um fenômeno ou as relações entre fenômenos em um ponto fixo do tempo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 Campo

O estudo foi realizado por intermédio da análise de prontuários dos pacientes internados na unidade de Emergência Adulto do HCPA. A emergência conta com leitos nas seguintes especialidades: Clínica, Ginecologia, Cirurgia e Pediatria, atendendo exclusivamente pelo SUS (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2018a). O Serviço é a porta de entrada hospitalar, para atendimento de pacientes em situações que acarretam risco de morte imediata ou debilitação obedecendo à organização da RAS (BRASIL, 2012b).

Os pacientes são acolhidos e classificados pelo protocolo de Manchester, no qual a prioridade de atendimento se dá ao doente mais grave independente do horário de chegada. Para tanto, o Serviço de Emergência é dividido em seis setores: Acolhimento; Avaliação e Classificação de Risco; Unidade de Observação Verde, que conta com salas de procedimentos e sala de espera contendo 30 cadeiras capazes de acomodar os pacientes que aguardam por até 24h para avaliação, internação, procedimento ou alta; Unidade de Observação Laranja com 20 leitos, Unidade Intermediária contendo 12 leitos e Unidade Vascular, esta com 09 leitos de terapia intensiva para o cuidado do paciente crítico. O total de leitos do Serviço de Emergência para pacientes com mais de 24 horas de permanência é de 41. Além da equipe emergencista, há outras equipes de diversas especialidades que prestam atendimento via consultoria.

A Emergência, a fim de reduzir a superlotação, iniciou projeto de restrição em 2016 e para tanto passou a contar com “emergenciômetro”, disponível à consulta pela população via site do hospital, onde consta a ocupação atualizada. Os critérios para definição da situação da Emergência são definidos com base na lotação da Sala Laranja ou no número total de

internados. A classificação na cor amarela corresponde a estado de “alerta”, caso em que há atendimento somente de casos de alta complexidade, sendo essa cor estabelecida quando a Sala Laranja está com até 30 pacientes. Nos casos em que se ultrapassa a marca de 30 pacientes na Sala Laranja e/ou 80 internados no total, a Emergência é fechada, elenca-se a cor laranja e o estado é “restrito”, onde são atendidos somente os casos graves. E nos casos de mais de 40 pacientes na Sala Laranja ou lotação total maior que 90 doentes, a Emergência é fechada, atendendo somente casos de risco de morte. A cor, nestes casos, é a vermelha e o estado é “fechado” (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2018).

O HCPA é integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e está vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Sendo assim, o Serviço de Emergência oferece treinamento para acadêmicos e residentes nas diversas áreas, provenientes de diversas instituições de ensino.

O HCPA, a partir de julho de 2015, passou a mensurar a realização de Nota de Transferência e Escore de MEWS como um Indicador de Qualidade e Segurança Assistencial (ANEXO D). Os dados são coletados por um bolsista do Serviço de Enfermagem em Emergência e lançados em planilha do Excel, sendo avaliados trimestralmente pela chefia do serviço e os resultados são discutidos para planejamento de ações de melhoria contínua. O indicador traz uma meta de 95% de realização da Nota de Transferência e 90% do Escore de MEWS para o ano de 2017, sendo que a meta iniciou em 90% e 85% respectivamente, nos anos anteriores.

O Escore de MEWS é aferido antes de todas as transferências dos pacientes do setor Emergência para outros locais dentro ou fora da instituição, tendo a nota de gatilho, para efetivação, a pontuação igual ou superior a cinco. O referido hospital é acreditado pela Joint Commission e preconiza essa prática com o propósito de evitar a ocorrência de eventos adversos durante o transporte, além de ser um marcador de piora clínica, de determinar a necessidade de avaliação do Time de Resposta Rápida e como um indicador de segurança e qualidade assistencial (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2015).

Em todas as transferências ocorridas ao Centro Cirúrgico Ambulatorial ou à Hemodinâmica, o enfermeiro deve, impreterivelmente, proceder à realização da Nota de Transferência de Cuidados do Serviço de Enfermagem em Emergência (Temporária) (ANEXO B), preenchendo todos os campos do roteiro pré-estabelecido, no prontuário eletrônico do usuário. Já nas transferências aos demais leitos do hospital, onde o paciente não retornará à Emergência, cabe o preenchimento da Nota de Transferência de Cuidados do

Serviço de Enfermagem em Emergência Adulto (Definitiva) (ANEXO C). Ambos os roteiros incluem o Escore de MEWS.

4.3 População e amostra

A amostra foi composta por todos os pacientes adultos transferidos da Emergência no período de 01/01/2017 à 31/12/2017, totalizando 8028 participantes.

4.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados do prontuário eletrônico dos pacientes adultos, por intermédio de acesso ao sistema informatizado, subsequentemente, lançados em planilha do software Excel (APÊNDICE A) e no mês posterior ao atendimento importados ao software SPSS para as análises pertinentes.

4.5 Análise dos dados

Visando à caracterização das Notas de Transferências, optou-se por nomear as que tinham todos os seus campos completados como completas. Já aquelas às quais faltava algum preenchimento, elencou-se como incompletas. Outra forma de caracterização referiu-se ao destino, sendo que aquelas com destino ao Centro Cirúrgico Ambulatorial ou a Hemodinâmica foram denominadas como temporárias. Já as transferências aos demais leitos do hospital, onde o paciente não retornará a Emergência, foram chamadas de definitivas.

Procedeu-se à análise descritiva, utilizando-se de cálculos de médias e percentuais destes dados, por meio do software SPSS versão 18.1. Os dados foram apresentados em tabelas e figuras.

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi submetido, registrado e aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob o n° 33726 (ANEXO K) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA obtendo o n° 170433 (ANEXO L). Foram respeitados os aspectos éticos para pesquisas em seres humanos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, na qual

os pacientes não são identificados. As pesquisadoras envolvidas mantiveram a confidencialidade dos dados observados, e estes dados obtidos não foram usados para outros fins além dos previstos no projeto. As pesquisadoras comprometeram-se com a Instituição também por intermédio da assinatura do Termo de Compromisso para Utilização de Dados (ANEXO I). Os dados coletados serão guardados por cinco anos e, após esse período, serão destruídos (BRASIL, 2012c).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO - Artigo*

APLICAÇÃO DO *MODIFIED EARLY WARNING SCORE* E DE NOTA DE TRANSFERÊNCIA EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Luciana Olino¹, Annelise de Carvalho Gonçalves²

¹ Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

² Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

¹⁻² Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Endereço: Rua São Manoel, 963. Bairro Rio Branco. Porto Alegre, RS, Brasil. CEP: 90620-110.

E-mail: lucianaolino@gmail.com

RESUMO

Objetivou-se verificar o registro da Nota de Transferência e emissão do Escore de MEWS em prontuários de 8028 pacientes adultos transferidos do setor Emergência em um hospital público do sul do país, bem como caracterizar Notas de Transferências e Escore de MEWS. Estudo com abordagem quantitativa, do tipo transversal, retrospectivo. Procedeu-se análise descritiva. Observou-se que, em 2017, apenas em janeiro e fevereiro o Serviço de Emergência atingiu a Meta Institucional, que propunha 95% de realização de Nota de Transferência dos pacientes transferidos. Já para o Escore de MEWS, a meta era de 90%, a qual não foi alcançada. Conclui-se que há necessidade de fomentar discussões entre gestores do Serviço com equipe de enfermagem e setor de Qualidade Assistencial para ações de melhoria contínua. Sugere-se a mensuração do Escore de MEWS, rotineiramente, agregado à verificação dos sinais vitais, utilizando assim, o potencial desse indicador para identificação de piora clínica do paciente.

Descritores: Cuidados Críticos. Emergências. Epidemiologia. Equipe de Respostas Rápidas de Hospitais. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde.

(*) para publicação na Revista da Escola de Enfermagem da USP.

ABSTRACT

The objective was to verify the record of the Transfer Note and emission of MEWS in patients' records of 8028 adult patients transferred to the Emergency Department in a public hospital in the south of the country, as well as characterizes Transfer Notes and MEWS. A cross-sectional, quantitative, retrospective study. It was proceeded a descriptive analysis. It was observed that in 2017, only in January and February, the Emergency Service reached the Institutional Goal, which proposed a 95% of fulfillment of the Transfer Note of the transferred patients. For the MEWS, the goal was 90%, which was not reached. It concludes that there is a need in instigate discussions among the managers of the Service with the nurse team and the sector of Quality Assistance for continued improvement actions. It is suggested the measurement of MEWS routinely, aggregated to the verification of vital signs, thus using, the potential of this indicator to identify clinical worsening of the patient.

Descriptors: Critical Care. Emergencies. Epidemiology Hospital Rapid Response Team. Quality Indicators, Health Care.

RESUMEN

Se objetivó verificar la realización, por el enfermero, de la Nota de Transferencia y emisión del Escore de MEWS en pacientes adultos transferidos del sector Emergencia en un hospital público del sur del país, así como caracterizar Notas de Transferencias y Escala de MEWS. Estudio con enfoque cuantitativo, del tipo transversal, retrospectivo. Se observó que en 2017, en la mayoría de los meses, el Servicio de Emergencia no alcanzó la Meta Institucional, que proponía el 95% de realización de Nota de Transferencia de los pacientes transferidos. En cuanto a la puntuación de MEWS, la meta era del 90% que tampoco se alcanzó. Se sugiere la medición de la puntuación de MEWS, rutinariamente, agregada a la verificación de los signos vitales, utilizando así el potencial de ese indicador para identificación de empeoramiento clínico del paciente. Se recomienda además, la informatización del guión de Transferencia, visando mayor adhesión por los enfermeros. Hay necesidad de aumentar la producción científica sobre la temática abordada.

Descriptor: Cuidados Críticos. Urgencias Médicas. Epidemiología Equipo Hospitalario de Respuesta Rápida. Indicadores de Calidad de la Atención de Salud.

INTRODUÇÃO

O objetivo de um Serviço de Emergência (SE) hospitalar é atender pacientes graves e/ou com risco de vida. Logo, sua característica primordial deveria ser a alta rotatividade de pacientes. Porém, comumente encontramos emergências superlotadas, pois alguns usuários, muitas vezes, não compreendem a organização da rede de atenção à saúde e acabam procurando o serviço hospitalar para solucionar problemas de saúde de baixa complexidade e, além disso, outro fator que contribui para a lotação acima da capacidade é a falta de leitos hospitalares disponíveis nas unidades de internação e o aumento da longevidade da população⁽¹⁾.

Por esse motivo, alguns pacientes em setores de emergência podem estar em estado crítico e não serem identificados. Sabe-se que o nível de gravidade dos momentos que precedem a internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) interfere diretamente no prognóstico, sendo a demora na identificação dessa necessidade um determinante no aumento da mortalidade hospitalar. Estudos apontam à utilização de escores à beira do leito como uma ferramenta simples na identificação de pacientes com risco de morte iminente^(2,3).

O Escore de MEWS, um dos escores disponíveis, é uma ferramenta para auxiliar os profissionais a identificarem os pacientes instáveis em meio ao ambiente turbulento das emergências, atuando junto à rede de segurança, além de ser um complemento para o julgamento clínico. O escore é composto por cinco parâmetros fisiológicos: pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar e nível de consciência⁽³⁾, conforme tabela 1. Ao paciente que mantém esses parâmetros dentro de limites não alarmantes, é elencada a pontuação zero.

Tabela 1 – Escore de MEWS

	Escore						
	3	2	1	0	1	2	3
Frequência cardíaca (bpm)		≤40	41-50	51-100	101-110	111-120	>120
Frequência respiratória (rpm)		<9		9-14	15-20	21-29	≥30
Pressão arterial sistólica (mmHg)	≤ 70	71-80	81-100	101-199		≥200	
Nível de consciência				Alerta	Confuso	Resposta à dor	Inconsciente
Temperatura (°C)		≤35		35,1-37,8		>37,8	

Fonte: Adaptada de Escore de Alerta Precoce Modificado – Modified Early Warning Score (MEWS)⁽²⁾.

Qualquer valor acima ou abaixo destes parâmetros é pontuado entre um e três pontos, sendo crescente conforme a gravidade, podendo o total variar de zero a 14 pontos⁽²⁾.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) adotou essa ferramenta, a partir de 2015, que é aplicada em conjunto com o roteiro da Nota de Transferência a cada transferência realizada pelos pacientes internados no Setor de Emergência adulto. Um de seus objetivos é mensurar a gravidade do paciente durante o transporte intra e extra-hospitalar. Obtendo-se o resultado do MEWS, até quatro pontos, o paciente precisa apenas de técnicos ou auxiliares de enfermagem para acompanhá-lo durante o deslocamento, e no caso de um resultado igual ou superior a cinco pontos, necessita de uma equipe multidisciplinar formada por médicos e enfermeiros para transportá-lo. Outro propósito do MEWS é compor um fluxograma capaz de identificar a necessidade de acionar o Time de Resposta Rápida (TRR) ou o médico emergencista para avaliação do quadro clínico do paciente⁽⁴⁾. O TRR é um grupo composto por profissionais de saúde com *expertise* em cuidados críticos, como médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, disponíveis em tempo integral intra-hospitalar, com habilidades técnicas e práticas para avaliar e atender o paciente instável.

É notória a necessidade de continuidade do cuidado, seja ele intra-hospitalar, em domicílio ou até mesmo em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para tanto, se faz imprescindível que, além de mensurar a gravidade, as informações do usuário sejam detalhadamente descritas, padronizadas, completas e atualizadas. Tendo em vista que o hospital do estudo é considerado como nível terciário de assistência, deduz-se que o usuário nele internado esteja carecendo de cuidado especializado, ou seja, em se tratando de um traslado, onde o paciente pode instabilizar a qualquer momento, por estar gravemente enfermo, esse dado necessita de uma qualidade ainda maior.

A continuidade de cuidados entendida como o conjunto de ações capazes de assegurar a coordenação e o seguimento do cuidado após a transferência de pacientes contribui para segurança do usuário, garante a sequencialidade nos sistemas de saúde, promove a melhoria dos cuidados prestados, diminui custos, e se mostra uma estratégia eficaz para a diminuição dos eventos adversos⁽⁵⁾.

Entretanto, observa-se, amiúde, que os registros são pouco confiáveis, extraoficiais, incompletos, particulares e trazem características e informações individuais, variando de acordo com o relator. Por isso, há perda de continuidade do cuidado quando há alterações do quadro clínico ou quando os usuários se deslocam nas organizações de saúde⁽⁶⁾.

Com a finalidade de garantir a transição do cuidado e a comunicação efetiva, na Emergência do HCPA foram estabelecidos roteiros para as Notas de Transferências, sejam

elas definitivas ou temporárias. Estes são instrumentos de fácil acesso e manuseio que ajudam outras equipes a conhecerem o paciente de maneira rápida e eficaz⁽⁴⁾. No entanto, um dos limites de adesão desse processo é o fato das notas de transferência não estarem disponíveis no sistema informatizado.

Este é um estudo relevante, por haver escassa literatura sobre Escore de MEWS e Nota de Transferência em produções científicas em nível nacional. Além disso, haverá contribuição deste estudo para o Serviço de Emergência do referido hospital de forma a verificar se as metas desse indicador foram alcançadas no ano de 2017.

Seu objetivo é verificar o registro, pelo enfermeiro, da Nota de Transferência e emissão do Escore de MEWS em pacientes adultos transferidos do setor Emergência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo transversal e retrospectivo, realizado por intermédio da análise de prontuários dos pacientes internados na unidade de Emergência Adulto do HCPA, com atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, que conta com leitos nas seguintes especialidades: Clínica, Ginecologia e Cirurgia. O Serviço é a porta de entrada hospitalar, para atendimento de pacientes em situações que acarretam risco de morte imediata ou debilitação obedecendo à organização da Rede de Atenção à Saúde⁽⁷⁾.

Os pacientes são acolhidos e classificados pelo protocolo de Manchester, em que a prioridade de atendimento se dá ao doente mais grave independente do horário de chegada⁽⁷⁾. Para tanto, o Serviço é dividido em cinco setores: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco; Unidade de Observação Verde, que conta com salas de procedimentos e sala de espera contendo 30 cadeiras capazes de acomodar os pacientes que aguardam até 24h para avaliação, internação, procedimento ou alta; Unidade de Observação Laranja com 20 leitos, Unidade Intermediária contendo 12 leitos, e Unidade Vascular, esta com 09 leitos de terapia intensiva para o cuidado do paciente crítico, totalizando 41 leitos para pacientes após 24h de permanência. Além de equipe emergencista, há outras equipes de diversas especialidades que prestam atendimento via consultoria.

A Emergência, a fim de reduzir a superlotação, iniciou projeto de restrição em 2016 e para tanto passou a contar com o “emergenciômetro”, disponível à consulta pela população via página do hospital, onde consta a ocupação atualizada. Os critérios para definição da situação da emergência são com base na lotação da Sala Laranja ou no número total de

internados. A classificação, na cor amarela, corresponde a estado de “alerta”, caso em que há atendimento somente de casos de alta complexidade, sendo essa cor estabelecida quando a Sala Laranja está com até 30 pacientes. Nos casos em que ultrapassa 30 pacientes na Unidade Laranja e/ou 80 internados no total, a emergência é fechada, elenca-se a cor laranja e o estado é “restrito”, onde são atendidos somente os casos graves. E nos casos de mais de 40 pacientes na Sala Laranja ou lotação total maior que 90 doentes, a emergência é fechada atendendo somente casos de risco de morte, e a cor, nestes casos é a vermelha e o estado é “fechado”⁽⁸⁾.

A amostra do estudo foi composta por todos os pacientes adultos transferidos da Emergência no período de 01/01/2017 à 31/12/2017, totalizando 8028 participantes. Entende-se por transferência a saída do usuário do Serviço de Emergência⁽⁴⁾. As notas de transferência foram classificadas quanto ao destino e quanto ao preenchimento.

Para transferência dos pacientes ao Centro Cirúrgico Ambulatorial e à Hemodinâmica utiliza-se o roteiro da Nota de Transferência temporária, que traz como itens básicos a regulação neurológica, presença de acesso vascular, soroterapia, presença de jejum, sinais vitais incluindo saturação de oxigênio, alergias, escore de MEWS e destino do paciente⁽⁴⁾.

Já para transferência às unidades de internação, unidade de terapia intensiva, bloco cirúrgico ou unidade Álvaro Alvim – externa ao prédio central do HCPA - utiliza-se o roteiro da Nota de Transferência definitiva, acrescentando-se, além dos itens supracitados, a presença de contenção mecânica, oxigenação, alimentação e hidratação, integridade cutânea mucosa, atividade física e segurança, escala de Morse e Braden, eliminações e presença de germe multirresistente⁽⁴⁾.

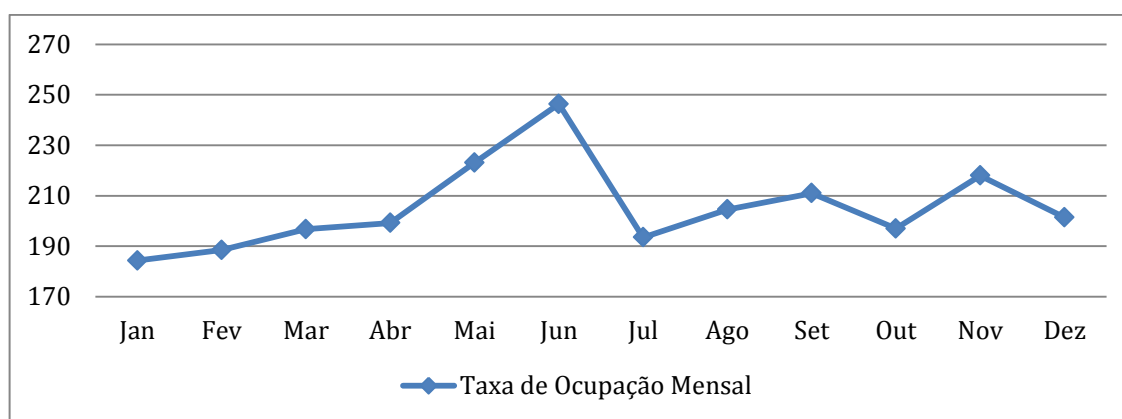
As notas de transferência com todos campos preenchidos, foram tituladas completas, já aquelas com ausência de alguma informação foram classificadas como incompletas.

Os dados foram coletados do prontuário eletrônico dos pacientes adultos, por intermédio de acesso ao sistema informatizado, subsequentemente, lançados em planilha do software Excel e posteriormente importados ao software SPSS versão 18.1 para análise descritiva, utilizando-se de cálculos de médias e percentuais destes dados, dos quais os resultados foram apresentados por meio de figuras e tabelas. O projeto foi submetido, registrado e aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob o n° 33726 (ANEXO K) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA obtendo o n° 170433 (ANEXO L). Foram respeitados os aspectos éticos para pesquisas em seres humanos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, na qual os pacientes não são identificados e as pesquisadoras mantêm a confidencialidade dos dados observados⁽⁹⁾.

RESULTADOS

No ano de 2017, a Emergência Adulto do HCPA, atendeu 30.721 pacientes, destes, 8028 necessitaram de transferência, equivalendo, aproximadamente, a 26,1% dos pacientes internados na Emergência. Esse setor manteve média anual de taxa de ocupação de leitos em 205,3%, oscilando entre 184,3% (menor valor em janeiro) e 246,3% (maior valor em junho), conforme figura 1.

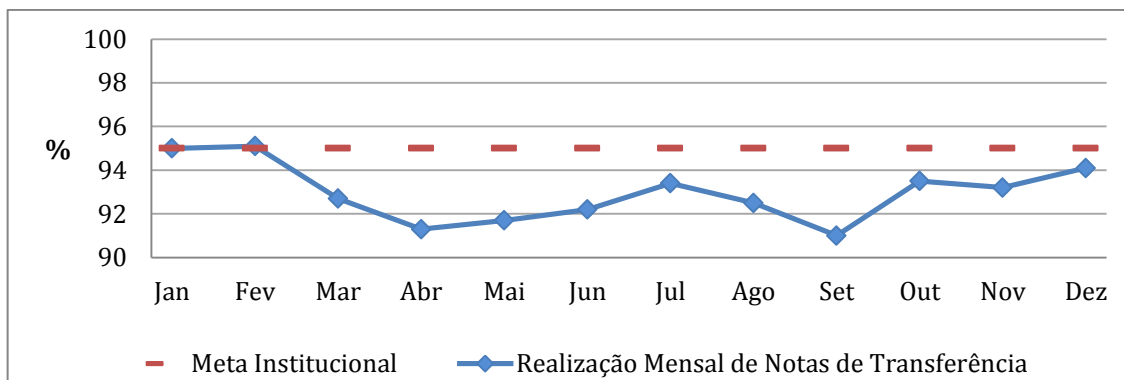
Figura 1 – Taxa de Ocupação mensal de leitos (n=41) do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, 2017.



Fonte: Elaborado pelas autoras com base em informações institucionais.

O Serviço de Emergência atingiu a meta Institucional de 95% de realização da Nota de Transferência nos meses de janeiro e fevereiro, proposta pelo Indicador de Segurança e Qualidade Assistencial - Presença da Nota de Transferência e da pontuação do Modified Early Warning Score (MEWS) (ANEXO D) no prontuário de pacientes adultos transferidos do Serviço de Emergência, que propunha 95% de realização de Nota de Transferência dos pacientes adultos transferidos, ficando abaixo da meta nos demais meses do ano (Figura 2). Sendo, 98,20% dessas Notas de Transferência classificadas como completas, pois todos seus campos estavam preenchidos e 1,80%, classificadas como incompletas, onde apresentavam ausência de alguma informação (dados não apresentados em tabelas).

Figura 2 - Realização de Nota de Transferência de acordo com o mês em prontuários de pacientes adultos transferidos (n=8028) do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, 2017.

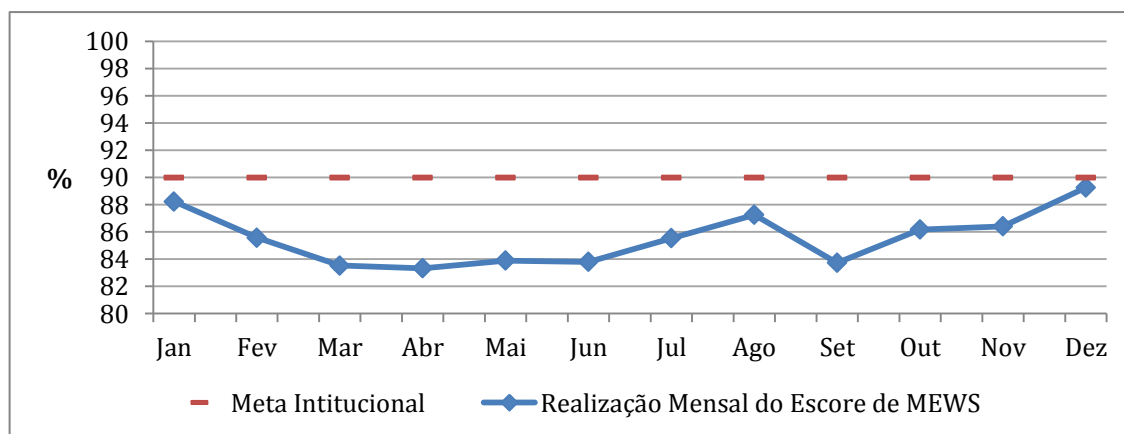


Fonte: Elaborado pelas autoras com base em informações institucionais

No ano de 2017, o Serviço de Emergência, obteve baixo percentual de Transferências temporárias, totalizando 2,6%. O mês de junho apresentou o menor percentual de transferências temporárias (1,65%), e novembro obteve o maior percentual (4,1%) (dados não apresentados em tabelas).

Referente à realização do Escore de Mews, durante todo o ano de 2017, o Serviço de Emergência, permaneceu abaixo da meta institucional proposta pelo Indicador de Segurança e Qualidade Assistencial - Presença da Nota de Transferência e da pontuação do Modified Early Warning Score (MEWS) (ANEXO D) no prontuário de pacientes adultos transferidos do Serviço de Emergência que propunha 90% de realização de Escore de MEWS dos pacientes adultos transferidos, sendo janeiro e dezembro os meses em que houve maior aproximação da meta (Figura 3).

Figura 3 - Realização do Escore de MEWS de acordo com o mês, nos prontuários de pacientes adultos transferidos (n=8.021*) do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, 2017.

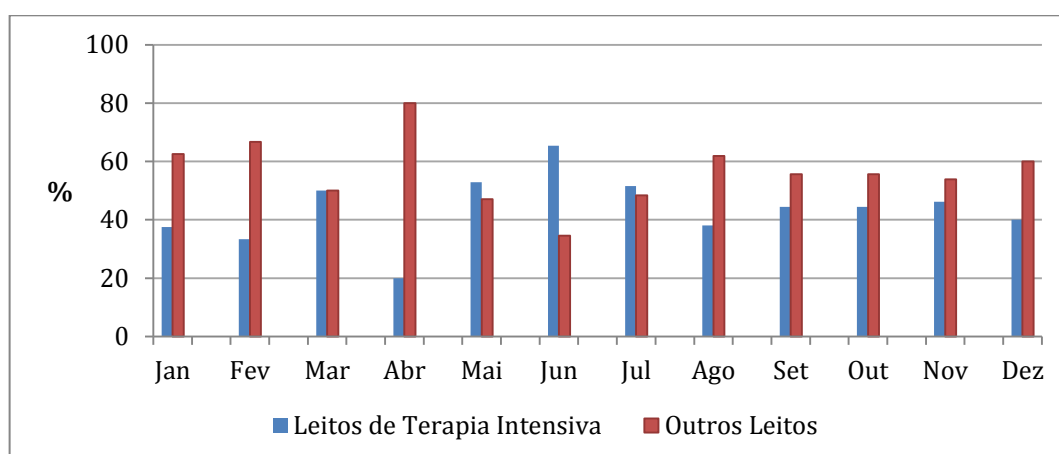


*Sete prontuários estavam indisponíveis à consulta.

Fonte: Elaborado pelas autoras com base em informações institucionais

No ano de 2017, dos 8.021 pacientes transferidos do Serviço de Emergência (em que foi possível a consulta de seus prontuários em busca do Escore de MEWS), 85,7% (n=6.870), tiveram seu Escore mensurado. Destes pacientes, 96,8% (n=6.652) possuíam Escore de MEWS não alterado. Os 218 pacientes (3,2%) que obtiveram tal Escore alterado (≥ 5 pontos), no momento da transferência (Figura 4), na maioria dos meses, foram encaminhados a leitos que não eram especializados em Cuidados Intensivos, exceto nos meses de maio, junho e julho. No mês de março, houve igual percentual quanto ao destino dos pacientes com alteração no Escore de MEWS, ou seja, 50% dos pacientes foram transferidos para leitos de Cuidados Intensivos e 50% para outros leitos.

Figura 4 – Destino dos Pacientes (n=218) com Escore de MEWS alterado de acordo com o mês, nos prontuários de pacientes adultos transferidos do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, 2017.



Fonte: Elaborado pelas autoras com base em informações institucionais.

DISCUSSÃO

Constatou-se que o Serviço de Emergência se manteve superlotado durante todo o ano de 2017, no qual a Taxa de Ocupação mensal média excedeu o dobro da capacidade. Em se tratando de saúde, ambientes superlotados podem comprometer a assistência, além de gerar sobrecarga de trabalho, pacientes graves podem não receber o atendimento que deveriam às suas necessidades imediatas, e a demora implica no atraso de intervenção e aumento da mortalidade⁽²⁾. Além disso, algumas informações podem ser omitidas, perdidas ou até mesmo dificultadas pelo ambiente turbulento e superlotado quando estes usuários se deslocam nos serviços de saúde.

A literatura ressalta a existência de risco de eventos adversos durante a transferência de pacientes instáveis, sendo que aproximadamente 70,0% dos pacientes criticamente doentes apresentaram algum incidente durante o transporte intra-hospitalar⁽¹⁰⁾. Desta forma, torna-se imprescindível a criação de estratégias para que o erro do profissional não atinja o paciente, como por exemplo, a implantação de Protocolos de Transferência de Pacientes⁽¹¹⁾.

Um estudo sobre transporte intra-hospitalar revela diversas alterações clínicas que o paciente pode apresentar durante o transporte intra-hospitalar, dentre estas, o aumento na frequência cardíaca, alteração de pressão arterial, infarto agudo do miocárdio, alterações na frequência respiratória, queda na saturação de oxigênio, obstrução das vias aéreas pelas secreções, agitação, sangramento e inclusive a parada cardiorrespiratória⁽¹²⁾.

A partir de julho de 2015 o HCPA criou o Indicador de Segurança e Qualidade Assistencial - Presença da Nota de Transferência e da pontuação do MEWS (ANEXO D) no prontuário de pacientes adultos transferidos do Serviço de Emergência, a fim de mensurar a utilização do roteiro de Nota de Transferência definitiva e temporária, estabelecendo uma meta de 90% no primeiro ano e de 95% a partir do segundo ano pós-implantação⁽¹³⁾. Observa-se que a meta foi alcançada apenas nos dois primeiros meses de 2017, que coincidentemente são os meses com as menores taxas de ocupação. Entretanto, o Serviço de Emergência do hospital estudado se manteve perto do valor estipulado durante o ano, oscilando de 91% a em torno de 94%, o que indica uma boa adesão, tendo em vista a ocupação acima da capacidade e as características desse serviço, embora a meta esperada estivesse em patamar superior. Entre as dificuldades da adesão pelo enfermeiro ao roteiro pré-estabelecido, é possível que haja perpetuação da cultura de Nota de Transferência não padronizada impulsionada pela falta da informatização dos roteiros no sistema de prontuário eletrônico do paciente, tornando o processo mais moroso e sujeito a erros.

No entanto, a falta de dados essenciais na chegada à unidade receptora, acarreta maiores complicações na admissão, estresse dos profissionais, além de dificultar a continuidade dos cuidados⁽¹¹⁾. Ademais, a Joint Comission^(*) estima que 80% dos eventos adversos graves poderiam ser evitados, caso houvesse troca de informações entre as equipes antes das transferências⁽¹⁴⁾, além de contemplar a segunda Meta Internacional de Segurança do Paciente, que preconiza a melhoria da comunicação entre os profissionais da saúde. O objetivo dessa meta é melhorar a efetividade da comunicação entre os prestadores de cuidado, garantindo que as informações verbais referentes aos pacientes sejam precisas e completas, bem como a forma de registro dessas informações, de maneira que ocorra clara e oportunamente, sem ambiguidades, com a certeza da correta compreensão por parte do

(*) The Joint Comission. 2015 CAMH: The Patient Safety Systems Chapter. Illinois: JCR; 2015 apud (14)

receptor da informação. Desta forma, garantindo uma correta comunicação na transferência do cuidado.

Contar com o auxílio de registros padronizados, claros e objetivos, preferencialmente informatizados, é considerado uma das formas mais efetivas para que a comunicação ocorra de forma eficaz e precisa⁽¹¹⁾. Além de tudo, um estudo sobre transporte intra-hospitalar de pacientes críticos adultos traz que a maioria dos eventos adversos relacionava-se com a falta de conhecimento do profissional e a falha de comunicação entre a equipe que transfere o usuário e a que irá recebê-lo⁽¹²⁾. No presente estudo, considerando que, na maioria das transferências houve o registro, um pequeno contingente de pacientes transferidos durante o ano de 2017 esteve exposto a complicações na admissão na unidade receptora, o que pode gerar estresse, falhas de continuidade em seu cuidado e, sobretudo, possível ocorrência de eventos adversos.

Há escassez de modelos de roteiros de Nota de Transferência ou mesmo Protocolos de Transferência, no entanto, a prática assistencial revela sua necessidade. A passagem do estado de saúde do paciente, além de ser preconizado por protocolos do Ministério da Saúde, é algo de extrema importância à enfermagem, pois há necessidade do auxílio de outras equipes para a continuidade do cuidado.

Um estudo sobre transporte intra-hospitalar mostra a importância da passagem prévia das informações fundamentais do paciente, destacando informações básicas como identificação, idade, peso, diagnóstico, destino e procedimento a ser realizado, quadro hemodinâmico e respiratório, acessos e infusões, entre outros⁽¹²⁾. Diante disto, o indicador proposto pela instituição preconiza que todas as informações relevantes à condição do paciente sejam preenchidas corretamente no roteiro, sendo conotado “incompleta” à Nota de Transferência que falta preenchimento de algum campo. Entre as notas preenchidas, mensalmente, o percentual de notas incompletas manteve-se muito baixo, o que significa que quase a totalidade das notas estavam completamente preenchidas, logo, os pacientes, em sua maioria, estavam sendo transferidos com as informações essenciais às unidades de destino.

Em contrapartida, na média mensal, cerca de 2% das notas realizadas estavam incompletas podendo comprometer a assistência. No mês de maio, um dos meses com maior taxa de ocupação no Setor Emergência, esse percentual dobrou seu valor médio, alcançando 4%. A segurança do paciente fragiliza-se quando os profissionais não transmitem informações necessárias por falta de tempo ou mesmo por desconhecerem o verdadeiro quadro clínico atual do paciente⁽¹²⁾. Técnicas corretas de comunicação, com protocolos pré-estruturados são a base para a promoção de uma cultura de segurança do paciente. Ainda é importante destacar

que a falta de comunicação apresenta o maior número de eventos adversos associados ao fator humano⁽¹¹⁾.

Observou-se também, um baixo percentual de transferências temporárias. No total anual, menos de 3% são aquelas em que os pacientes vão ao Centro Cirúrgico Ambulatorial e à Hemodinâmica para exames especializados ou procedimentos e retornam ao Serviço de Emergência. Já a transferência definitiva da Emergência aconteceu na maioria das situações, o que é considerado positivo e condiz com a característica de alta rotatividade, esperado de unidades de emergência⁽¹⁾. Assim sendo, a emergência, funcionou, de forma geral, como porta de entrada de nível terciário da Rede de Atenção à Saúde, onde os usuários são estabilizados e seguem o fluxo assistencial à área específica a qual necessitam para continuar seu tratamento.

Além de transmitir as informações corretamente, é importante avaliar se o usuário tem condições clínicas de realizar a transferência. Para isso, além do indicador supracitado, a instituição instituiu o Protocolo Operacional Padrão (POP) de Transferência do Cuidado do Serviço de Emergência, que especifica detalhadamente como cada profissional deve agir durante a transferência do cuidado, abrangendo a equipe de enfermagem, médica e administrativa. Este contém ainda, um fluxograma capaz de ordenar o cuidado ao usuário, no caso deste apresentar Escore de MEWS alterado⁽¹³⁾.

Mediante o uso do MEWS, é possível identificar prontamente a piora fisiológica. Seu propósito principal é intermediar a comunicação entre as equipes de enfermagem e médica para intervenção precoce, quando o agravamento do estado do paciente se torna aparente na tabela de pontuações desse Escore. Além disso, ao utilizar a escala antes de todo deslocamento intra-hospitalar é provável que o doente crítico seja identificado e assim, não sendo transferido antes de intervenções para estabilização ou seu traslado ser condicionado a acompanhamento de equipe multidisciplinar capacitada, assim como, quando é transportado para unidades de terapia intensiva⁽¹⁵⁾.

O Escore de MEWS é útil na triagem pré-hospitalar, pois tem sensibilidade para identificar gravidade, mesmo nos casos em que o paciente não é capaz de referir sua história clínica ou quando os sintomas não estão tão aparentes e o usuário corre risco de sucumbir rapidamente. Entretanto, a medição sequencial de MEWS mostra-se mais útil do que um único corte transversal, visto que o quadro do doente pode agravar rapidamente, mudando os parâmetros e o somatório do referido Escore⁽¹⁶⁾.

No ano de 2017, o percentual médio mensal de realização de Escore de MEWS prévio às transferências manteve-se em patamar alto, acima de 80%, e pode-se observar que nos meses de janeiro e dezembro, obteve-se uma aproximação da meta. Sendo que em janeiro

houve diminuição da taxa de ocupação, entretanto ainda assim, não foi possível alcançar a meta estipulada pelo indicador institucional que era de 90%. Esse fato pode estar relacionado à superlotação do Setor de Emergência, ausência de registro dos sinais vitais, condição de gravidade clínica ou cronicidade patológica esperada ou mesmo o desconhecimento profissional da importância da mensuração da pontuação a fim de reduzir os eventos adversos relacionados à descompensação fisiológica durante o transporte. Um estudo realizado em cinco enfermarias de um Hospital Geral na Holanda mostrou uma adesão semelhante ao protocolo de MEWS, aproximando-se de 89%, sendo que o escore era mensurado em todas as manhãs. Os motivos mais recorrentes para a não realização eram relacionados a sinais vitais não mensurados, pacientes que não estavam na unidade no momento da mensuração ou estavam em cuidados paliativos⁽¹⁷⁾. Além disso, a realidade de outros hospitais fora do Brasil, onde o cálculo é automático e informatizado, também se mostra como uma estratégia para a adesão de uso nas instituições de saúde, nas quais os sinais vitais do paciente são verificados rotineiramente e um resultado do MEWS é gerado automaticamente quando os sinais vitais são inseridos no sistema⁽¹⁸⁾.

Estando o Escore de MEWS igual a quatro, pode ser preditor de gravidade de lesões, de mortalidade, do tipo de transporte que o paciente necessita e a utilização de recursos de UTI⁽¹⁹⁾. Sabe-se que, cotidianamente, a enfermagem encontra-se em maior proximidade do paciente, sendo capaz de observar pequenas mudanças em seu quadro clínico. Estando em posições de linha de frente, são desafiados por situações clínicas complexas que requerem aplicação hábil de conhecimento para a tomada de decisão e limites de ação apropriados a fim de evitar eventos adversos graves. Pela facilidade de aplicação do Escore de MEWS, não requer ser atividade exclusiva dos enfermeiros ou médicos, podendo ser capacitados os demais membros da equipe de enfermagem para a realização e utilização do escore.

Em estudo realizado em um hospital na Noruega, a maioria dos enfermeiros inexperientes demorava a chamar o TRR, por medo de críticas, pois perceberam que fazer avaliações e tomar decisões sobre o estado de saúde do paciente, baseado em um processo de conhecimento intuitivo, experiência ou opinião de outro colega, não era valorizado. Após um programa de educação sobre o Escore de MEWS, relataram que a ferramenta melhorou sua capacidade de distinguir mudanças na condição do paciente e os ajudou na sua tomada de decisão clínica, e que, ao constatarem escore alterado e a necessidade de intervenção, conquistaram maior credibilidade junto à equipe médica⁽²⁰⁾.

Uma maior pontuação de MEWS correlaciona-se com maior risco de morte intrahospitalar, de Parada Cardiorrespiratória (PCR), de deterioração fisiológica, que também se

correlaciona com a crescente necessidade de internação em unidade de cuidados intensivos e estadias mais prolongadas no hospital^(16, 17), além da sobrevivência após uma parada cardíaca associar-se a baixos valores de MEWS na internação hospitalar⁽¹⁸⁾.

Estudos mostram um aumento de internações em UTI, por precoce identificação dessa necessidade e diminuição de óbitos por PCR após adesão ao protocolo em serviços de saúde, assim como evidenciam benefícios na identificação de mau prognóstico e diminuição de alarmes falsos^(2,21). Para a equipe médica, o Escore de MEWS calculado mostra em tempo real, através do gráfico de observações, o declínio clínico do usuário, mesmo quando aquela não se encontra à beira do leito⁽²²⁾. Para a equipe de enfermagem, traz autonomia em suas decisões, quando o protocolo para atendimento ao MEWS alterado, encontra-se atualizado e implantado⁽²⁰⁾.

Apesar dos benefícios supracitados da utilização do Escore de MEWS, 14,4% dos pacientes transferidos, no ano de 2017, na instituição em estudo, foram expostos a não identificação de degradação fisiológica, havendo maior risco de PCR e de não identificação de necessidade de leito de terapia intensiva, apenas por não terem seus Escores de MEWS verificados antes de sua saída da unidade de Emergência. Acredita-se que essa seja a motivação principal para obter melhora nos resultados encontrados para os anos subsequentes.

O paciente grave apresenta-se ameaçado a sucumbir a qualquer instante, precisando de atenção incessante, assistência especializada, ambiente organizado, com tecnologia e recursos apropriados. O uso do MEWS é um incentivo objetivo e rápido para identificação de pacientes instáveis na emergência que requerem célere admissão em UTI, pois foi originalmente criado para detecção de pacientes graves em risco de deterioração catastrófica⁽¹⁵⁾. Foi mostrado ainda que o tempo de permanência nesta Unidade e tempo de hospitalização foram menores nos pacientes críticos transferidos diretamente a UTI, quando comparados aos que ficaram em leitos de enfermaria. Um estudo sobre pacientes críticos revela que o valor de MEWS era maior que três no decorrer de 72h antes da admissão na unidade de cuidados críticos e que esse valor se elevou 24 horas antes do óbito⁽²⁾.

Por isso, preconiza-se que o usuário com MEWS maior ou igual a cinco não seja transferido, sob-risco de não resistir ao transporte, exceto quando a transferência for para leitos de cuidados intensivos. O percentual médio mensal de transferência de pacientes com MEWS alterado foi de apenas 3,2%, e no mês de junho houve o maior percentual do ano (4,7%), sendo que neste mês ocorreu a maior taxa de ocupação no Setor de Emergência. Tal fato, pode ser indicativo de que houve a necessidade de transferência de um maior número de pacientes para leitos comuns de internação em função da superlotação, mesmo estes estando

com o Escore alterado, o que acabou acontecendo para a maioria dos usuários nestas condições. Também podem ter ocorrido transferências para leitos comuns por falta de leitos na Unidade de Terapia Intensiva ou até mesmo, quando o traslado é compulsório, como, por exemplo, nos casos que o usuário necessita de um procedimento ou cirurgia de urgência ou ainda quando está em cuidados paliativos, estando à transferência condicionada a acompanhamento e/ou liberação de equipe médica especializada e acionamento do TRR, conforme POP de Transferência do Cuidado do Serviço de Emergência⁽⁴⁾.

Todavia, é possível que essa instabilidade clínica cause um evento adverso durante o transporte, o que reforça a necessidade de estabilização clínica mínima do paciente antes de sua transferência, visando resguardar sua segurança.

CONCLUSÃO

Os estudos sobre Escore de MEWS prévio às transferências são de translados inter-hospitalares, e usualmente o Escore não é aplicado como indicador, para que haja uma comparação fidedigna com este estudo. No hospital em questão, o Escore não é utilizado em todo seu potencial, sendo que se fosse aplicado rotineiramente seria capaz de diminuir os índices de mortalidade, aumentar as internações precoces em terapia intensiva, aumentar os acionamentos do Time de Resposta Rápida, além de facilitar a identificação de deterioração clínica.

Entre os benefícios do Escore de MEWS, para o Serviço de Emergência, é possível citar a rapidez e facilidade de aplicação, pois bastam alguns sinais vitais e avaliação do nível de consciência para aplicá-lo. Desta forma, podem ser capacitados diversos profissionais da linha de cuidado, especialmente a equipe de enfermagem, a fim de ampliar a adesão ao Escore. Por intermédio de seus resultados também é possível conhecer a realidade do setor, identificar fragilidades e propor melhorias no âmbito da segurança do paciente e da qualidade assistencial.

Houve bons resultados quanto à adesão da realização da Nota de Transferência e do Escore de MEWS, apesar do não alcance das metas institucionais, mas é preciso considerar que se trata de uma emergência com alta rotatividade de usuários e superlotação e que é o segundo ano de utilização. Acredita-se que a adesão superior a 80% é um indicativo de que estas ferramentas estão inseridas no trabalho do enfermeiro. Entretanto, observa-se a necessidade de melhorias, com vistas a aumentar a segurança dos pacientes e, por conseguinte, diminuir a possibilidade de ocorrências de eventos adversos. Também se observa

uma piora dos resultados nos meses com maiores taxas de ocupação, mostrando que a superlotação é um fator capaz de fragilizar a segurança e qualidade assistencial.

Este estudo foi capaz de identificar a utilização do Escore de MEWS e da Nota de Transferência pelo Serviço de Emergência do HCPA no ano de 2017. Os resultados encontrados fomentam a necessidade de discussões dos gestores do Serviço de Emergência com equipe de enfermagem e setor de Qualidade Assistencial, a fim de planejar ações de melhoria contínua que possam reverter em maior adesão e também na reformulação de protocolos assistenciais, de forma a estarem mais condizentes à realidade institucional.

Assim, sugere-se a utilização diária do Escore de MEWS juntamente com a mensuração dos sinais vitais, além do cálculo automático sistematizado. E também a informatização no prontuário eletrônico do roteiro de Nota de Transferência, para facilitar a padronização e adesão. Além disso, estudos sobre Notas de Transferências são necessários, por ser um instrumento de uso rotineiro nas instituições de saúde e não haver literatura nacional sobre o tema.

Sugere-se também, a criação de um padrão de atendimento multiprofissional quando “Escore de MEWS alterado”, como por exemplo, implementar verificação de sinais vitais de duas em duas horas, ou adoção de alguma outra medida preventiva, como acionar o Time de Resposta Rápida, ou solicitar a permanência do médico assistente junto ao paciente, para realizar um plano de cuidados e reavaliá-lo após a intervenção ou no caso de um MEWS muito alterado, haver mudanças no nível de serviço, ou seja, solicitação de transferência imediata para a UTI .

No entanto, novos estudos serão necessários para elucidar as justificativas para a não realização do Escore de MEWS e Notas de Transferências por parte dos enfermeiros, além da real compreensão da equipe sobre o uso de tais ferramentas no cotidiano de seu trabalho, tendo em vista a importância destas para melhorias da qualidade e segurança do cuidado.

Algumas limitações neste estudo merecem ser consideradas quando da interpretação dos seus resultados. Entre elas, destacam-se a dificuldade de quantificar os Escores de MEWS não mensurados porque os pacientes estavam sob efeito sedativo. Outra limitação refere-se à natureza intrínseca de dados secundários, e, além disso, houve alguns casos de transferências em que não foi possível computá-los e analisá-los devido a prontuários indisponíveis à consulta.

Para que haja impacto legítimo sobre a qualidade dos cuidados e diminuição do risco de mortalidade e eventos não esperados, o Escore de MEWS necessita ser amplamente implementado e utilizado de forma sistemática e sob protocolo.

Os profissionais de saúde devem estar cientes que este, como qualquer outro sistema de classificação, é útil para a tomada de decisão clínica, ao demonstrar com maior precisão o quadro agudizado e assim, propiciar a implementação de ações formalizadas para atendimento desses usuários.

REFERÊNCIAS

1. Vidor G. Perfil do Paciente Adulto Avaliado como Não Crítico em uma Emergência Hospitalar. [TCC - Graduação - Curso de Enfermagem]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/143577/000899345.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 08 mai. 2018.
2. Tavares RCF, Vieira AS, Uchoa LV, Peixoto Júnior AA, Meneses FA. Validação de um Escore de Alerta Precoce Pré-Admissão na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 2008; 20(2):124-127. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000200002>. Acesso em: 16 mai. 2018.
3. Van Galen LS, Dijkstra CC, Ludikhuize J, Kramer MH, Nanayakkara PW. A Protocolised Once a Day Modified Early Warning Score (MEWS) Measurement is an Appropriate Screening Tool for Major Adverse Events in a General Hospital Population. *Plos One*. 2016;11(8):1-12. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27494719>>. Acesso em: 01 abr. 2018.
4. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. POP de Transferência do Cuidado do Serviço de Emergência: POP-GENF-0576. Porto Alegre, 2016. 1-8.
5. Figueiredo TP, Carmo Junior NM, Groia RCS, Pereira RCC, Silveira RR, Malta JS, *et al.* Análise das Intervenções Realizadas na Alta Hospitalar de Idosos Acompanhados em Serviço de Orientação e Referenciamento Farmacoterapêutico. *Revista de APS*. 2016;19(3):376-383. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/2722/1014>>. Acesso em: 04 mai. 2018.
6. Setz VG; D'Innocenzo M. Avaliação da Qualidade dos Registros de Enfermagem no Prontuário por Meio da Auditoria. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009;22(3):313-317. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 mar. 2018.
7. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Emergência [Internet]. Porto Alegre: HCPA, 2017. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/area-do-paciente-como-utilizar-nossos-servicos-emergencia>>. Acesso em: 02 jun. 2017.
8. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Emergenciômetro [Internet]. Porto Alegre: HCPA, 2018. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/emergenciometro>>. Acesso em: 26 maio 2018.
9. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> acesso em: 02 jun. 2017.

10. Papson, JP, Russell, KL, Taylor, DM. Unexpected Events during the Intrahospital Transport of Critically Ill Patients. *Academic Emergency Medicine*. 2007;14(6):574-577. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1197/j.aem.2007.02.034>>. Acesso em: 22 maio 2018.
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, 2013. 172 p.60; 68;. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2017.
12. Almeida ACG, Neves ALD, Souza CLB; Júlia Garcia JH; Lopes JL, Barros ALBL. Transporte Intra-hospitalar de Pacientes Adultos em Estado Crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012;25(3):471-476. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300024>. Acesso em: 02 jul. 2017.
13. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Indicador de Segurança e Qualidade Assistencial - presença da Nota de Transferência e da pontuação do Modified Early Warning Score (MEWS) no prontuário de pacientes adultos transferidos do Serviço de Emergência. INDICADOR. Porto Alegre, 2016. 1-5.
14. Silva AS, Avelar ABA, Farina, MC. Transferência Intra-Hospitalar de Pacientes: uma aplicação da análise de redes sociais. In: XXXVII Encontro de ANPAD, 2013, Rio de Janeiro. ANPAD, 2013. 1-12. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013_EnANPAD_GOL728.pdf> Acesso em: 23 maio 2018.
15. Rocha TF; Neves JG; Viegas K. Escore de Alerta Precoce Modificado: avaliação de pacientes traumáticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2016;69(5):906-911. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500906>. Acesso em: 16 jan. 2018.
16. Leung SC, Leung LP, Fan KL, Yip WL. Can Prehospital Modified Early Warning Score Identify Non-Trauma Patients Requiring Life-Saving Intervention in The Emergency Department? *Emergency Medicine Australasia*. 2015;28(1):84-89. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1111/1742-6723.12501>>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26608099>>. Acesso em: 25 mar. 2018.
17. Van Galen LS, Dijkstra CC, Ludikhuize J, Kramer MH, Nanayakkara PW. A Protocolised Once a Day Modified Early Warning Score (MEWS) Measurement is an Appropriate Screening Tool for Major Adverse Events in a General Hospital Population. *Plos One*. 2016;11(8):1-12. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27494719>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

18. Devoe B, Roth A, Maurer G, Tamuz M, Lesser M, Pekmezaris R, Makaryus AN, Hartman A, DiMarzio P. Correlation of the Predictive Ability of Early Warning Metrics and Mortality for Cardiac Arrest Patients Receiving In-Hospital Advanced Cardiovascular Life Support. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2016;45(6):497-502. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2016.08.010>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27697395>>. Acesso em: 25 mar. 2018.
19. Salottolo K, Carrick M, Johnson J, Gamber M, Bar-Or D. A Retrospective Cohort Study of the Utility of the Modified Early Warning Score for Interfacility Transfer of Patients with Traumatic Injury. *Bmj Open*. 2017;7(5):1-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016143>. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/5/e016143.full.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2018.
20. Stafseth SK., Grønbeck S , Lien T , Randen I , Lerdal A. The Experiences of Nurses Implementing the Modified Early Warning Score and a 24-Hour on-Call Mobile Intensive Care Nurse: an exploratory study. *Intensive And Critical Care Nursing*. 2016;34:33-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.008>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26631354>>. Acesso em: 31 mar. 2018.
21. Morales CLP. Avaliação de Pacientes Graves em Emergência e Terapia Intensiva a partir da Escala MEWS: revisão sistemática sem reanálise. [Dissertação - Mestrado - Curso de Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/168170/341387.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 03 jun. 2017.
22. Delgado-Hurtado JJ; Berger A; Bansal AB. Emergency Department Modified Early Warning Score Association with Admission, Admission Disposition, Mortality, and Length of Stay. *Journal Of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*. 2016;6(2):1-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.3402/jchimp.v6.31456>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4848438/>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES À PRÁTICA PROFISSIONAL

O desenvolvimento deste estudo possibilitou uma análise sobre a realização da Nota de Transferência e Escores de MEWS, fomentando a necessidade de discussões entre gestores do Serviço com equipe de enfermagem e setor de Qualidade Assistencial.

Observam-se bons resultados de adesão da realização da Nota de Transferência e do Escore de MEWS, apesar de não atingirem a meta, em se tratando de uma emergência onde ocorre alta rotatividade de usuários, estando superlotada durante o ano de 2017, e destacando que é o segundo ano de utilização. Acredita-se que a adesão de mais de 80% é um indicativo de que as ferramentas estão de certa forma, inseridas no trabalho do enfermeiro. Entretanto observa-se a necessidade de melhorias, a fim de aumentar a segurança dos pacientes e, por conseguinte, diminuir a possibilidade de ocorrências de eventos adversos.

Sugere-se a utilização do Escore de MEWS rotineiramente em conjunto com a mensuração dos sinais vitais, pois não é utilizado em todo seu potencial, além do cálculo automático sistematizado. Sugere-se ainda, que diversos profissionais da linha do cuidado, especialmente a equipe de enfermagem, sejam capacitados a fim de aumentar a adesão do Escore, além da padronização e capacitação de profissionais para atendimento a pacientes com MEWS alterado. Sugere-se também informatização do Roteiro de Nota de Transferência, além de produção de literatura científica sobre a temática.

Durante a execução desse trabalho, foi produzida uma errata de correção à autora da única tabela do Escore de MEWS no idioma português. Além de, apontar sugestões aos gestores do Serviço de Emergência, sobre reformulação do Indicador de Segurança e Qualidade Assistencial - Presença da Nota de Transferência e da pontuação do Modified Early Warning Score (MEWS) no prontuário de pacientes adultos transferidos do Serviço de Emergência e no POP de Transferência do Cuidado do Serviço de Emergência.

No entanto, novos estudos serão necessários para elucidar as justificativas para a não realização do Escore de MEWS e Notas de Transferências por parte dos enfermeiros, tendo em vista a importância de tais ferramentas para melhoria da qualidade e segurança do cuidado. A construção dessa análise evidenciou a subvalorização de ferramentas utilizadas na assistência.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Ana Carolina Goulardins de *et al.* Transporte Intra-hospitalar de Pacientes Adultos em Estado Crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p.471-476, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300024>. Acesso em: 01 jun. 2018.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (São Paulo). **Protocolos de Deterioração Clínica do Paciente e Sistemas de Alerta Precoce**. 2017. Disponível em: <<http://anahp.org.br/noticias/noticias-anahp/protocolos-de-deterioracao-clinica-do-paciente-e-sistemas-de-alerta-precoce>>. Acesso em: 01 jun. 2018.
- BACKES, Marli Terezinha Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BÜSCHER, Andreas. The Living, Dynamic and Complex Environment Care in Intensive Care Unit. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.411-418, 3 jul. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0568.2570>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.
- BARRA, Daniela Couto Carvalho. **Processo de Enfermagem Informatizado e a Segurança do Paciente em Terapia Intensiva a Partir da CIPE(R) versão 1.0: a evidência clínica para o cuidado**. 2012. 362 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Filosofia, Saúde e Sociedade, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/100938>>. Acesso em: 08 mai. 2018.
- BAUER, Jefferson André *et al.* Análise do Perfil de Gravidade dos Pacientes Atendidos na Emergência de um Hospital Universitário de Referência. In: SEMANA CIENTÍFICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 31, 2011, Porto Alegre. **Anais... .** Porto Alegre: Revista HCPA, 2011. v. 31, p. 1 - 277. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/downloads/pesquisa/RevistaCientifica/2011/31_semana_cientifica_hcpa_2011_b.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.
- BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para Solucionar a Superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 25, n. 7, p.1439-1454, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 01 jun. 2018.
- BITTMAN, Jesse *et al.* Who to handover: a case-control study of a novel scoring system to prioritise handover of internal medicine inpatients. **Postgraduate Medical Journal**, [s.l.], v. 93, n. 1100, p.313-318, 21 set. 2016. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2016-133999>. Disponível em: <<http://pmj.bmj.com/content/93/1100/313>>. Acesso em: 25 mar. 2018.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, 2013a. 172 p. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012c**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> acesso em: 02 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 02 jun. 2018

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Redes Prioritárias**. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_proprietaria>. Acesso em: 02 jun. 2018

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde toda Hora**. Brasília, DF, 2012d. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_emergencias> Acesso em: 02 jul. 2018

_____. Ministério da Saúde. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 42 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Melhor em Casa – Serviço de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/melhor-em-casa>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.338, de 03 de outubro de 2011**: Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF, 03 out. 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html>. Acesso em: 03 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011**: Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 11 out. 2011b. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html>. Acesso em: 03 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013**: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF, 01 abr. 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 03 jun. 2018.

_____. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde (Org.). **6 metas internacionais de segurança do paciente**. 2017. Disponível em: <<https://www.segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/6-metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/>>. Acesso em: 04 maio 2018.

BURCH, V. C.; TARR, G.; MORRONI, C. Modified Early Warning Score Predicts the Need for Hospital Admission and Inhospital Mortality. **Emergency Medicine Journal**, [s.l.], v. 25, n. 10, p.674-678, 1 out. 2008. Disponível em: <<http://emj.bmj.com/content/25/10/674.long>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

CARDOSO, Luciana Gonzaga dos Santos; CHIAVONE, Paulo Antonio. The APACHE II measured on patients' discharge from the Intensive Care Unit in the prediction of mortality. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p.811-819, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000300811&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 05 jun. 2018.

CARRET, Maria Laura Vidal; FASSA, Ana claudia Gastal; KAWACHI, Ichiro. **Demanda do Serviço de Saúde de Emergência: características e fatores de risco para o uso inadequado**. 2007. 231 f. Tese (Doutorado) - Curso de Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2007. Disponível em: <http://pct.capes.gov.br/teses/2007/969454_5.PDF>. Acesso em: 02 jun. 2018.

CHAN, Paul S. Rapid Response Teams. **Archives of Internal Medicine**. [s.l.], v. 170, n. 1, p.18-26, 11 jan. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20065195>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

CHERRY, Peter G; JONES, Colin P. Attitudes of nursing staff towards a Modified Early Warning System. **British Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 24, n. 16, p.812-818, 10 set. 2015. Mark Allen Group. <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2015.24.16.812>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26355355>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

CHRISTENSEN, D. *et al.* Nurse-administered Early Warning Score System Can Be Used for Emergency Department Triage. **Dan Med Bull**. [s.i.], p. A4221. jun. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21651873>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

COLEMAN, Eric A.; BOULT, Chad. Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs. **American Geriatrics Society Health Care Systems Committee**, v.51, n.4, p. 556-557, 2003.

DELGADO-HURTADO, Juan J.; BERGER, Andrea; BANSAL, Amit B.. Emergency department Modified Early Warning Score association with admission, admission disposition, mortality, and length of stay. **Journal Of Community Hospital Internal Medicine Perspectives**, [s.l.], v. 6, n. 2, p.1-6, jan. 2016. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3402/jchimp.v6.31456>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4848438/>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

DEVOE, Barbara *et al.* Correlation of the predictive ability of early warning metrics and mortality for cardiac arrest patients receiving in-hospital Advanced Cardiovascular Life Support. **Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care**, [s.l.], v. 45, n. 6, p.497-502, nov. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2016.08.010>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27697395>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

DIAS, Alessandra Teixeira; MATTA, Priscila de Oliveira; NUNES, Wilma Aparecida. Índices de Gravidade em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: avaliação clínica e trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 18, n. 3, p.276-281, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000300010>. Acesso em: 05 jun. 2018.

DUNDAR, Zerrin Defne *et al.* Modified Early Warning Score and VitalPac Early Warning Score in geriatric patients admitted to emergency department. **European Journal Of Emergency Medicine**, [s.l.], v. 23, n. 6, p.406-412, dez. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/mej.0000000000000274>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25919485>>. Acesso em: 25 mar. 2018

DURAND, Anne-claire *et al.* ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. **The American Journal Of Emergency Medicine**, [s.l.], v. 29, n. 3, p.333-345, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757\(10\)00004-5/fulltext](http://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757(10)00004-5/fulltext)>. Acesso em: 02 jun. 2018.

FIGUEIREDO, Tacita Pires de *et al.* Análise das Intervenções Realizadas na Alta Hospitalar de Idosos Acompanhados em Serviço de Orientação e Referenciamento Farmacoterapêutico. **Revista de APS**. Minas Gerais, v. 19, n. 3, p.376-383, jul. 2016. Trimestral. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/2722/1014>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

GARDNER-THORPE, J *et al.* The Value of Modified Early Warning Score (MEWS) in Surgical In-Patients: A Prospective Observational Study. **The Annals Of The Royal College Of Surgeons Of England**, [s.l.], v. 88, n. 6, p.571-575, out. 2006. Royal College of Surgeons of England. <http://dx.doi.org/10.1308/003588406x130615>. Disponível em: <<https://publishing.rcseng.ac.uk/doi/full/10.1308/003588406X130615>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

GOMES, Adelia Quadros Farias. **Iniciativas para Segurança do Paciente Difundidas pela Internet por Organizações Internacionais**: estudo exploratório. 2008. 155 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências na área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4827/2/1151.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

GOUVÊA, Carla Simone Duarte de; TRAVASSOS, Claudia. Indicadores de Segurança do Paciente para Hospitais de Pacientes Agudos: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p.1061-1078, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/02.pdf>> Acesso em: 05 jun. 2018.

HO, Le Onn. Poor Performance of the Modified Early Warning Score for Predicting Mortality in Critically ill Patients Presenting to an Emergency Department. **World Journal Of Emergency Medicine**, [s.l.], v. 4, n. 4, p.273-278, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4129901/>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Emergência**. Porto Alegre, 2018a. Disponível em: < <https://www.hcpa.edu.br/area-do-paciente-como-utilizar-nossos-servicos-emergencia>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

_____. **Enfermagem em Internação Clínica**. Porto Alegre, 2018b. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/assistencia-servicos-medicos-psiQUIATRIA-de-adicao/>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. **Emergenciômetro**. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/emergenciometro>>. Acesso em: 26 maio 2018.

_____. **Indicador de Segurança e Qualidade Assistencial - Presença da Nota de Transferência e da pontuação do Modified Early Warning Score (MEWS) no prontuário de pacientes adultos transferidos do Serviço de Emergência**. INDICADOR. Porto Alegre, 2015. 5 p.

_____. **POP de Transferência do Cuidado do Serviço de Emergência: POP-GENF-0576**. Porto Alegre, 2016. 8 p.

HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS (Pelotas). **Nota de Transferência ou Solicitação de Internação Hospitalar para o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas HE UFPEL: – EBSEH**. 2017.

JOINT COMMISSION. **2015 Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: the patient safety systems chapter**. Oakbrook Terrace: Joint Commission, 2015. 30 p. Disponível em: <http://www.mitsstools.org/uploads/3/7/7/6/3776466/psc_for_web.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2018.

KOIZUMI, Maria Sumie; ARAÚJO, Giane Leandro de. Escala de Coma de Glasgow: subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 18, n. 2, p.136-142, 18 abr. 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3070/307023799004/>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

KÖKSAL, Ö *et al.* The comparison of modified early warning score and Glasgow coma scale-age-systolic blood pressure scores in the assessment of nontraumatic critical patients in Emergency Department. **Nigerian Journal Of Clinical Practice**, [s.l.], v. 19, n. 6, p.761-765, 2016. Disponível em: <<http://www.njconline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2016;volume=19;issue=6;spage=761;epage=765;aulast=K%ksal>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.525-545, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200525&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 02 jun. 2018.

LEONARD, Martha M.; KYRIACOS, Una. Student nurses' recognition of early signs of abnormal vital sign recordings. **Nurse Education Today**, [s.l.], v. 35, n. 9, p.11-18, set. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.04.013>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25979801>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

LEUNG, Siu Chung *et al.* Can prehospital Modified Early Warning Score identify non-trauma patients requiring life-saving intervention in the emergency department? **Emergency Medicine Australasia**, [s.l.], v. 28, n. 1, p.84-89, 25 nov. 2015. Wiley-Blackwell.

<http://dx.doi.org/10.1111/1742-6723.12501>. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26608099>>. Acesso em: 25 mar. 2018

LOVASIK, Darlene. Ticket to Ride: Providing Safe Intra-hospital Transport. **UPMC – Presbyterian Shadyside**, Pittsburgh, p.1-4, jan. 2009. Disponível em: <<https://www.pdc-media.com/downloads/UPMC-Presbyterian-Honoree.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2018

LUDIKHUIZE, Jeroen *et al.* Identification of Deteriorating Patients on General Wards; Measurement of Vital Parameters and Potential Effectiveness of the Modified Early Warning Score. **Journal Of Critical Care**, [s.l.], v. 27, n. 4, p.7-13, ago. 2012. Elsevier BV.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.01.003>. Disponível em:

<[http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441\(12\)00016-0/fulltext](http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441(12)00016-0/fulltext)>. Acesso em: 05 jun. 2018.

MATHUKIA, Chirag *et al.* Modified Early Warning System improves patient safety and clinical outcomes in an academic community hospital. **J Community Hosp Intern Med Perspect.** , p. 1-1. abr. 2015. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4387337/>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

MORALES, Caroline Lemes Pozza. **Avaliação de Pacientes Graves em Emergência e Terapia Intensiva a partir da Escala MEWS: revisão sistemática sem reanálise.** 2016. 160 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/168170/341387.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

NISHIJIMA, Isao *et al.* Use of a modified early warning score system to reduce the rate of in-hospital cardiac arrest. **Journal Of Intensive Care**, [s.l.], v. 4, n. 1, p.1-7, 9 fev. 2016.

Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s40560-016-0134-7>. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4748572/>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

OLINO, Luciana. **Planilha de Excel Utilizada para Coleta de Dados Mensais do Prontuário Eletrônico.** Porto Alegre, 2017.

PESANKA, Deborah A. *et al.* Ticket to Ride. **Journal Of Nursing Care Quality**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.109-115, abr. 2009. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1097/01.ncq.0000347446.98299.b5>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REVISTA DE ENFERMAGEM DA USP (São Paulo). **Diretrizes para Autores.** 2018.

Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/about/submissions#authorGuidelines>>.

Acesso em: 02 abr. 2018.

RIBAS, Elenara Oliveira. **Avaliação do Processo de Implantação de um Novo Modelo de Abordagem Assistencial nas Unidades de Internação do Hospital Mãe de Deus**. 2006. 42 f. TCC (Graduação) - Curso de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12329/000559630.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

RIOS, Suéllen; SILENE, Kátia Silene Braz da Silva Moraes; ROCHA, Fernanda Mota. Análise do Protocolo de Deterioração Clínica Baseado no MEWS (Modified Early Warning Scoring). In: ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE HOSPITAIS DE ENSINO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 8, 2016, Campinas. **Proceedings...**. Campinas: Enfesp, 2016. v. 1, p. 1 - 18. Disponível em: <<https://proceedings.galoa.com.br/enfhesp/trabalhos/analise-do-protocolo-de-deterioracao-clinica-baseado-no-mews-modified-early-warning-scoring>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

ROCHA, Thaís Flôr da; NEVES, Juliana Gibbon; VIEGAS, Karin. Escore de Alerta Precoce Modificado: avaliação de pacientes traumáticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [Internet], v. 69, n. 5, p.906-911, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500906 >. Acesso em: 16 jan. 2018.

ROMANI, Humberto Menon et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 17, n. 1, p.41-53, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533248005>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

SALOTTOLO, Kristin *et al.* A retrospective cohort study of the utility of the modified early warning score for interfacility transfer of patients with traumatic injury. **Bmj Open**, [s.l.], v. 7, n. 5, p.1-6, maio 2017. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016143>. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/5/e016143.full.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.313-317, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002009000300012>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 mar. 2018.

SIQUEIRA, I. L. C. P. Qualidade em Serviços de Emergência. **O enfermeiro e as situações de emergência**. Calil AM, Paranhos WY, (org.) São Paulo: Editora Atheneu; 2010.p.25-34.

STAFSETH, Siv K. *et al.* The experiences of nurses implementing the Modified Early Warning Score and a 24-hour on-call Mobile Intensive Care Nurse: An exploratory study. **Intensive And Critical Care Nursing**, [s.l.], v. 34, p.33-41, jun. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.008>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26631354>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

STEIN, A.T. *et al.* The Relevance of Continuity of Care: a Solution for the Chaos in the Emergency Services. **Family Practice**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.207-210, 1 abr. 2002. Disponível em: <<https://academic.oup.com/fampra/article/19/2/207/490949/The-relevance-of-continuity-of-care-a-solution-for>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

TAVARES, Rita Chelly Felix *et al.* Validação de um Escore de Alerta Precoce Pré-Admissão na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 2, p.124-127, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000200002>. Acesso em: 16 jan. 2018.

TAVARES, Tânia Cristina Lopes. **Scores de Alerta Precoce: estado da arte e proposta de implementação**. 2014. 82 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2014. Disponível em: <www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=5c83281e818324fe>. Acesso em: 16 jan. 2018.

TELES, Andrei Souza *et al.* Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 25, n. 1, p.51-57, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000100051&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 02 jun. 2018.

VAN GALEN, Louise S. *et al.* A Protocolised Once a Day Modified Early Warning Score (MEWS) Measurement Is an Appropriate Screening Tool for Major Adverse Events in a General Hospital Population. **Plos One**, [s.l.], v. 11, n. 8, p.1-12, 5 ago. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27494719>'>. Acesso em: 01 abr. 2018.

VEIGA, Viviane Cordeiro *et al.* Atuação do Time de Resposta Rápida no processo educativo de atendimento da parada cardiorrespiratória. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo,, v. 11, n. 3, p.258-262, set. 2011. Trimestral. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3758.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

VIDOR, Grasiela. **Perfil do Paciente Adulto Avaliado Como Não Crítico em Uma Emergência Hospitalar**. 2013. 52 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/143577/000899345.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

WANG, An-yi *et al.* Periarrest Modified Early Warning Score (MEWS) predicts the outcome of in-hospital cardiac arrest. **Journal Of The Formosan Medical Association**, [s.l.], v. 115, n. 2, p.76-82, fev. 2016. Disponível em: <[http://www.jfma-online.com/article/S0929-6646\(15\)00359-9/abstract](http://www.jfma-online.com/article/S0929-6646(15)00359-9/abstract)>. Acesso em: 25 mar. 2018.

WEISZFLOG, Walter *et al.* **Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2017. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=nota>>. Acesso em: 02 jun. 2018.

WONG, Y.k. *et al.* Prediction of en-route complications during interfacility transport by outcome predictive scores in ED. **The American Journal Of Emergency Medicine**, [s.l.], v. 34, n. 5, p.877-882, maio 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2016.02.009>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26947612>>. Acesso em: 25 mar. 2018

YE, Jiang-feng *et al.* Building and verifying a severity prediction model of acute pancreatitis (AP) based on BISAP, MEWS and routine test indexes. **Clinics And Research In Hepatology And Gastroenterology**, [s.l.], v. 41, n. 5, p.585-591, out. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinre.2016.11.013>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28918932>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

ZUCHELO, L. T.; CHIAVONE, P. A.. Intrahospital Transport of Patients on Invasive Ventilation: cardiorespiratory repercussions and adverse events. **J Bras Pneumol**. São Paulo, p. 367-374. abr. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19466275>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

**APÊNDICE A - Planilha de Excel Utilizada para Coleta de Dados Mensais do
Prontuário Eletrônico**

Data	Mês	Hora	Nome	Prontuário	Destino	Nota	Mews	Turno	Valor MEWS

Legenda para o Instrumento de Coleta:

NOTA/MEWS	TURNO	DESTINO	VALOR MEWS
1 = Sim	1 = Manhã	1 = UAA	33 = Pediatria
2 = Não	2 = Tarde	2 = Bloco	99 = Não realizado
3 = Pediatria	3 = Noite 1	3 = Unidades de Internação	44 = CTI/UCC
4 = NÃO/CTI-UCC	4 = Noite 2	4 = CCA	
5 = Incompleta	5 = Noite 3	5 = Hemodinâmica	
		6 = Outros	

Fonte: OLINO (2017)

**ANEXO A - Escore de Alerta Precoce Modificado - Modified Early Warning Score
(MEWS)**

	Escore						
	3	2	1	0	1	2	3
Frequência cardíaca (bpm)		< 40	41-50	51-100	101-110	111-120	> 120
Frequência respiratória (ipm)		< 9		9-14	15-20	21-29	> 30
Pressão arterial sistólica (mmHg)	< 70	71-80	81-100	101-199		> 200	
Nível de consciência				Alerta	Confuso	Resposta à dor	Inconsciente
Temperatura (°C)		< 35		35,1-37,8		> 37,8	

Fonte: TAVARES *et al.* (2008)

**ANEXO B - Nota de Transferência de Cuidados do Serviço de Enfermagem em
Emergência (Temporária)**

- Regulação Neurológica: () Lúcido () Orientado () Confuso () Comatoso () Alerta
- Acesso Venoso: () Sim () Não Localização
- Soroterapia: () Sim () Não
- NPO () Sim () Não
- Sinais Vitais: TA: FC: FR: SpO₂: TAX: Dor:
- Alergias

Observações:

ESCORE DE MEWS

Conduta:

() CCA

() Hemodinâmica

Fonte: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (2016)

**ANEXO C - Nota de Transferência de Cuidados do Serviço de Enfermagem em
Emergência Adulto (Definitiva)**

- Regulação Neurológica: () Lúcido () Orientado () Confuso () Comatoso
- Contenção mecânica: () Não () Sim Local: _____
- Oxigenação: () Ar ambiente () Oxigenoterapia, por _____, _____ à l/min
- Sinais Vitais: TA mmHg FC bpm FR mpm SpO₂ % TAX: °C Dor: () Não
() Sim, Característica: _____ Localização: _____ Intensidade: _____

ESCORE DE MEWS

- Alimentação e Hidratação () Via oral () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia
() NPO, Restrição alimentar () Não () Sim, Qual: _____
- Integridade Cutânea Mucosa () Pele Íntegra () Úlcera de Pressão, Grau: _____
Localização: _____ Escala de Braden:
- Acesso Venoso: () Não () Sim Local: _____ Data: _____
- Atividade física e segurança: () Deambula () Acamado () Uso de equipamento:
_____, qual: _____ Escala de Morse:
- Eliminações () Espontâneas e controladas () Uso de fraldas () SVD () Colostomia
- GMR positivo ou em rastreamento () Não () Sim, Qual: _____
- Alergias: () Não () Sim, Qual: _____

Conduta: Transferência

- () Bloco Cirúrgico/CCA
- () Unidade de internação, leito: _____
- () Unidade Álvaro Alvim

Fonte: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (2016)

ANEXO D – Indicador de Segurança e Qualidade Assistencial - Presença da Nota de Transferência e da pontuação do Modified Early Warning Score (MEWS) no prontuário de pacientes adultos transferidos do Serviço de Emergência

Nome do Indicador

Presença da Nota de Transferência e da pontuação do *Modified Early Warning Score (MEWS)* no prontuário de pacientes adultos transferidos do Serviço de Emergência (SE).

Descrição e Justificativa

Mede a adesão ao registro sistematizado da transferência temporária ou permanente dos pacientes do Serviço de Emergência para unidades de internação, de diagnóstico ou de procedimentos.

O uso do MEWS demonstrou ser um método simples e rápido, para identificação de pacientes em risco de morte intra-hospitalar (Burch V C, Tarr G, Morroni C, 2007), sendo utilizado como alerta precoce de deterioração catastrófica.

Uma pontuação de MEWS ≥ 5 está associado a um risco significativamente aumentado de admissão na UTI dentro de 48 horas da chegada ao setor de emergência (risco relativo (RR) 4,1; intervalo de confiança de 95% (CI) 1,5-10,9) e morte dentro de 48 horas (RR 20,3 ; 95 % CI 6,9-60,1). A sensibilidade do MEWS na identificação de pacientes que foram internados na UTI ou que morreram dentro de 48 horas após a admissão foi de 63%. O valor preditivo positivo da MEWS foi de 16% e o valor preditivo negativo de 98% para identificação de pacientes que foram internados na UTI ou que morreram dentro de 48 horas da admissão (Christensen *et al.*, 2011).

Fórmula

Taxa de prontuários com registro da Nota de Transferência padronizado =

Número de prontuários com registro da Nota de Transferência/ Número de prontuários avaliados x 100.

Taxa de prontuários com registro da pontuação de MEWS =

Número de prontuários com registro da pontuação de MEWS / Número de prontuários avaliados x 100.

Taxa de prontuários com registro da pontuação de MEWS alterada =

Número de prontuários com registro da pontuação de MEWS alterada / Número de prontuários

avaliados x 100.

Dados Requeridos e Fonte de Dados

Prontuários com registro da Nota de Transferência padronizada:

Numerador: Número de prontuários com registro de Notas de Transferência no período considerado.

Denominador: Número total de prontuários avaliados no período considerado.

Prontuários com registro da pontuação de MEWS:

Numerador: Número de prontuários com registro da pontuação de MEWS.

Denominador: Número total de prontuários avaliados no período considerado.

Prontuários com registro da pontuação de MEWS alterada:

Numerador: Número de prontuários com registro da pontuação de MEWS maior ou igual a 5.

Denominador: Número total de prontuários avaliados no período considerado.

Unidade de Medida

Números absolutos e relativos.

Periodicidade

Trimestralmente durante o primeiro ano de implantação. Após, semestralmente por outro ano. Após esse período, reavalia-se a periodicidade da análise do indicador.

Abrangência

Pacientes adultos transferidos temporária ou permanentemente do Serviço de Emergência, exceto da Unidade Vascular, para unidades de internação, de diagnóstico ou procedimento.

Metodologia de Coleta de Dados e Compilação

A coleta de dados é realizada por aluno de graduação de enfermagem sob supervisão do professor responsável pelo indicador.

Os dados contendo as variáveis de interesse são digitados em planilhas do programa Excel e transferidos para o programa SPSS 18.0 para análise.

O banco de dados é conferido mensalmente e os resultados são analisados e apresentados

trimestralmente.

Os dados coletados correspondem à totalidade da população de interesse.

A coleta de dados é realizada em prontuários de pacientes adultos transferidos temporária ou permanentemente do SE, exceto da Unidade Vascular, para áreas de internação, diagnóstico ou procedimentos.

Validação

A validação da coleta é feita trimestralmente, por conferência de amostra de prontuários analisados. Os coletadores são capacitados para a coleta e validação dos dados. Espera-se a concordância total entre o banco de dados e a amostra conferida.

Plano de Análise e Referências de Resultado

Os dados são analisados trimestralmente e os resultados são discutidos para planejamento de ações de melhoria contínua.

Meta

Meta de 90% para taxa de prontuários com registro da Nota de Transferência padronizado e de 85% para taxa de prontuários com registro da pontuação de MEWS ao final do primeiro ano de implantação. Para o segundo ano de avaliação esperam-se metas de 95% e 90%, respectivamente.

Nível Hierárquico e Perspectiva do Mapa estratégico

Indicador operacional na perspectiva de Processos Internos, cujo objetivo estratégico pauta a segurança e qualidade assistencial.

Responsável

Responsável pela Coleta: aluno de graduação de enfermagem sob supervisão do professor responsável pelo indicador.

Responsável pela Análise: Professora Idiane Rosset: Assessora da Chefia de Enfermagem do Serviço de Emergência.

Histórico do Indicador

Criado em julho de 2015.

O registro da pontuação de MEWS no banco de dados ocorreu a partir de setembro de 2015.

Referências:

Burch V C, Tarr G, Morrioni C. Modified early warning score predicts the need for hospital admission and inhospital mortality. *Emerg Med J* 2008;25:10 674-678
doi:10.1136/emj.2007.057661

Christensen D, Jensen NM, Maaløe R, *et al.* Nurse-administered early warning score system can be used for emergency department triage. *Dan Med Bul* 011;58(6):A4221

Fonte: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, (2015)

**ANEXO E - Nota de Transferência ou Solicitação de Internação Hospitalar para o
Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas**



**Nota de Transferência ou Solicitação de Internação Hospitalar para o Hospital Escola da Universidade
Federal de Pelotas**

HE UFPEL – EBSERH

1. Identificação:

Unidade de Origem:	Nº Prontuário: _____
Nome:	Sexo:
Data de Nascimento: ____/____/____	Cartão SUS nº:
C. I. / Expedição:	
<i>Observação: Em caso de recém-nascido é necessário o registro de Nascimento</i>	
Nome da Mãe:	
Nome do Responsável:	Grau de parentesco:
C. I. / Expedição:	
Endereço:	Município:
CEP: _____ - _____	Fone / Celular: () _____ / () _____

2. Motivo da transferência ou solicitação de internação: _____

3. História da doença atual:

4. Doenças pregressas:

() Não possui.

() Sim. Qual? _____

5. Exame Físico (dados positivos):

--

6. Medicações em uso (relatar dia de início, tempo de duração e dose):

- Não
 Sim. Qual? _____

7. Exames solicitados (anexar às cópias):

- Não
 Sim. Qual? _____

8. Avaliações solicitadas e realizadas (escrever, assinar e carimbar)

- Não
 Sim. Qual? _____

9. Hipótese diagnóstica:

--

10. Patologia de notificação compulsória:

- Não
 Sim, mas não notificada junto a CCIH
 Sim e foi notificada junto a CCIH

11. Necessita de leito com isolamento ou precauções?

- Não
 Sim Qual: _____

12. Tratamento atual (relatar dia de início, tempo de duração e dose):

--

13. Motivo da transferência ou solicitação de internação:

14. Autorizado por / setor / número do leito:

15. Responsabilidade da transferência / remoção (nome / dia / horário):

16. Comunicação do horário de transferência / remoção (nome / dia / horário):

17. Dia / hora / nome / assinatura / carimbo da (o) médico assistente:

18. Procedimento de enfermagem (descrição completa dos sinais vitais/sondas/acesso venoso/vômitos, fezes e urina nas últimas 24 horas/aspecto e volume de líquidos drenados/curativos/ horários de medicações realizadas / e outros procedimentos de enfermagem)

19. Dia / hora / nome / assinatura / carimbo da (o) enfermeiro:

ANEXO F - Ticket to Ride

1. The nursing unit (sending unit)

- a. Documentation/communication
 - Print the *Ticket to Ride* jacket from any unit computer system.
 - Contact phone number.
- b. Oxygen rate and delivery method
 - Print the *Nurse Hand-off Report* from the electronic medical record. This report contains essential patient information including allergies, medications, medical history, and recent laboratory values (within one hour of transport).
 - The nurse validates the patient's pre-transport condition.
- c. Equipment
 - Proper patient identification wristband.
 - Appropriate oxygen therapy.
 - Appropriate oxygen reserve in the tank.
 - Reference sheets for the oxygen calculation delivery (in minutes).
 - Confirm IV infusions/pumps.
- d. Patient preparation /comfort.
 - Notifying patient of the reason for transport.
 - Address patient comfort prior to leaving the unit.
 1. Pain level and need for medication.
 2. Toileting needs prior to leaving the room.
 3. Offered water, blankets, etc.
 4. Encouraged to alert care providers along the transport continuum of any needs or concerns.

2. Transport department

- Utilize a checklist identifying the process steps.
- Introduction to the patient.
- Verify patient identification via wristband and addressing the patient by name.
- Secure the equipment.
- Verify oxygen flow and the oxygen tank PSI.
 1. Reference sheets for the oxygen calculation delivery (in minutes).
 2. Identified oxygen refueling units for long intra-hospital transport.
- Transport patient to their destination.
- Communicate patient arrival and hand off the *Ticket to Ride* to the receiving department staff.

3. Receiving department

- Introduction and acknowledgement of patient arrival.
- Check oxygen tank and connect to wall oxygen supply.
- Confirm IV infusions/pumps.
- Provide communication mechanism for the patient.
- Verify patient identification via wristband and addressing the patient.
- Review *Nurse Hand-off Report*.
- Questions or updates are called to the designated nurse.

- Maintain the equipment.
- Educate the patient and perform the appropriate diagnostic test and/or procedure.
- Prepare the patient for return to the unit.
- Supervise the patient until the transport staff arrives.
- Include the *Ticket to Ride* for the return trip.

Fonte: Lovasik (2009).

ANEXO G - Escala de Coma De Glasgow

Parâmetros	Resposta Observada	Pontuação
Abertura Ocular	Esportânea	4
	Com estímulo verbal	3
	Com estímulo doloroso	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta Verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras impróprias	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta Motora	Obedece aos comandos	6
	Localiza e retira o estímulo	5
	Localiza o estímulo	4
	Responde em flexão	3
	Responde em extensão	2
	Nenhuma	1

Fonte: KOIZUMI; ARAÚJO, (2005)

ANEXO H – Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHEII)

Critério	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura corporal (°C)	>41	39 a 40,9	-	38,5 a 38,9	36 a 38,4	34 a 35,9	-	32 a 33,9	<29,9
PAM (mmHg)	>160	130 – 154	110-129	-	70-109	-	50-69	-	<49
FC (bpm)	>180	140-179	110-139	-	70-109	-	55-69	40-54	<39
FR (lpm)	>50	34-49	-	25-34	12-24	10-11	6-9	-	<5
pH	>7,7	7,6-7,69	-	7,5-7,59	7,33-7,49	-	7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
Oxigenação (PaO ₂)	<55	55 a 60	-	61 a 70	>70	-	-	-	-
Sódio Sérico (mEq/l)	≥180	160-179	155-159	150-154	130-149	-	120-129	111-119	≤110
Potássio sérico (mEq/l)	≥7	6-6,9	-	5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9	-	<2,5
Creatinina sérica (mg/dl)	>3,5	2-3,4	1,5-1,9	-	0,6-1,4	-	<0,6	-	-
Hematócrito (%)	≥80	-	50-59,9	46-49,9	30-45,9	-	20-29,9	-	<20
Leucócitos (total/mm ³)	≥ 40	-	20-39,9	15-19,9	3-14,9	-	1-2,9	-	<1
Escore Glasgow (menos 15)	ECG menos 15 = pontos								
A) Total do escore									
B) Idade (anos)	>75 (6 pts);		6-74 (5pts);		55-64(3pts);		45-54 (2pts);		<44 (0pts)
C) doenças crônicas	1) Cirrose-Biópsia			2) classe IV da New York Heart Association			3) DPOC Severa: Hipercapnia,O2 Dependente, Hipertensão Pulmonar		
	4) Diálise Crônica			5) Imunocomprometido					
Nenhum (0 pts)	Não cirúrgico (5 pontos)			Cirurgia de emergência (5 pontos)			Cirurgia eletiva (2 pontos)		

Fonte: Google imagens, (2017).

ANEXO I - Termo de Compromisso para Utilização de Dados



Hospital de Clínicas de Porto Alegre


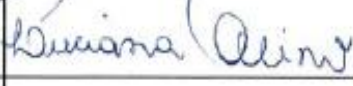

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Título do Projeto

<p align="center">NOTA DE TRANSFERÊNCIA E ESCORE DE MEWS NO SETOR DE EMERGÊNCIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</p>	<p align="center">Cadastro no GPPG</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 10 de agosto de 2017.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Annelise de Carvalho Gonçalves	
Luciana Olino	
Juliana Karine Rodrigues Strada	

ANEXO J – Diretrizes para Autores da Revista da Escola de Enfermagem da USP

Os textos devem ser digitados na nova ortografia oficial em folhas de papel tamanho A4, com espaço entrelinhas de 1,5cm, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, e as margens inferior, laterais e superior de 2,5 cm.

Página de identificação: deve conter o título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; nome(s) do(s) autor(es), indicando no rodapé da página a função que exerce(m), a instituição a qual pertence(m), títulos e formação profissional, endereço (cidade, estado e país) para troca de correspondência, incluindo e-mail, de preferência institucional, e telefone. Se o artigo for baseado em tese ou dissertação, indicar o título, o nome da instituição e o ano de defesa.

- **Citações** - deve ser utilizado o sistema numérico na identificação dos autores mencionados, de acordo com a ordem em que forem citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos e entre parênteses. Se forem sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último, separados por hífen, ex.: ⁽¹⁻⁴⁾; quando intercalados, os números deverão ser separados por vírgula, ex.: ^(2,6,8).
- **Notas de rodapé** - deverão ser indicados por asterisco, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- **Depoimentos** - frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem seguir a mesma regra de citações, quanto a aspas e recuo (4 cm além das margens), porém em itálico, e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses.
- **Ilustrações** - as tabelas, quadros e figuras devem ter um título breve, serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que forem inseridas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como **figuras**. As tabelas devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Quando a tabela ou figura forem extraídas de outro trabalho, a fonte original deve ser mencionada.
- **Figuras** (fotos, desenhos, gráficos etc.) - serão publicadas exclusivamente em P&B, sem identificação dos sujeitos, a menos que acompanhadas de permissão por escrito de divulgação para fins científicos. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- **Apêndices e anexos** - devem ser evitados.
- **Agradecimentos** - contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos", no final do trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também poderão ser mencionadas, as instituições que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.
- **Errata:** após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de errata, deverão enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista, por e-mail.

Resumo: deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, método, resultados e conclusões.

Descritores: devem ser indicados de três a seis descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (Descritores), inglês (Descriptors) e espanhol (Descriptores), extraídos do vocabulário (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME e/ou (MeSH) Medical Subject Headings, elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

Referências: As referências dos documentos impressos e eletrônicos devem ser normalizadas de acordo com o Estilo "Vancouver", elaborado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), atualizado em 2009, disponível no endereço eletrônico (<http://www.icmje.org>) e os títulos dos periódicos abreviados de acordo com a List of Journals Indexed for MEDLINE (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). Recomenda-se que o número de referências não ultrapasse a 22. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. A lista apresentada no final do trabalho deve ser numerada de forma consecutiva e os autores mencionados de acordo com a sequência em que foram citados no texto.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Os artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP devem ser citados preferencialmente no idioma inglês, na versão online, a partir de 2009.

O manuscrito deverá ser encaminhado diretamente por via eletrônica (on-line)
Site: <http://submission.scielo.br/index.php/reensp/login>

Fonte: Revista de Enfermagem da USP (2018)

ANEXO K – Parecer de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem

Palavras Chave:

ESCORE DE MEWS; CUIDADO TRANSICIONAL; EMERGÊNCIA

Equipe UFRGS:

Nome: ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES
 Coordenador - Início: 10/09/2017 Previsão de término: 10/09/2019
Nome: JULIANA KARINE RODRIGUES STRADA
 Técnico: Assistente de Pesquisa - Início: 10/09/2017 Previsão de término: 10/09/2019
Nome: LUCIANA OLINO
 Técnico: Assistente de Pesquisa - Início: 10/09/2017 Previsão de término: 10/09/2019

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - **Aprovado** em 30/08/2017 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Apoio Externo:

Instituição: HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Anexos:

[Projeto Completo](#) **Data de Envio:** 10/08/2017
[Instrumento de Coleta de Dados](#) **Data de Envio:** 10/08/2017

Dados Gerais:

Projeto Nº:	33726	Título:	NOTA DE TRANSFERENCIA E ESCORE DE MEWS NO SETOR DE EMERGENCIA EM HOSPITAL UNIVERSITARIO		
Área de conhecimento:	Enfermagem	Início:	10/09/2017	Previsão de conclusão:	10/09/2019
Situação:	Projeto em Andamento				
Origem:	Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Materno-Infantil	Projeto Isolado com linha temática: Cuidado ao Paciente Adulto Crítico			
Local de Realização:	não informado				
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.					
Objetivo:	Analisar a realização pelo enfermeiro(a) da nota de transferência e emissão do Escore de MEWS em pacientes adultos transferidos do setor emergência.				

ANEXO L – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 170433

Data da Versão do Projeto: 14/08/2017

Pesquisadores:

ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES
JULIANA KARINE RODRIGUES STRADA
LUCIANA OLINO

Título: NOTA DE TRANSFERÊNCIA E ESCORE DE MEWS NO SETOR DE EMERGÊNCIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 11 de outubro de 2017.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/HCPA