

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

JEANINI DALCOL MIORIN

**COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÕES ENTRE AS EQUIPES DE SAÚDE NA
TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO PRÉ-HOSPITALAR: IMPLICAÇÕES PARA A
SEGURANÇA DOS PACIENTES**

**PORTO ALEGRE
2018**

JEANINI DALCOL MIORIN

**COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÕES ENTRE AS EQUIPES DE SAÚDE NA
TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO PRÉ-HOSPITALAR: IMPLICAÇÕES PARA A
SEGURANÇA DOS PACIENTES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão em saúde e enfermagem e organização do trabalho

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Daiane Dal Pai

**PORTO ALEGRE
2018**

CIP - Catalogação na Publicação

Miorin, Jeanini Dalcol

Comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar: implicações para a segurança dos pacientes / Jeanini Dalcol Miorin. -- 2018.

112 f.

Orientador: Daiane Dal Pai.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. pré-hospitalar. 2. transferência do cuidado. 3. comunicação de informações. 4. segurança do paciente .
I. Pai, Daiane Dal, orient. II. Título.

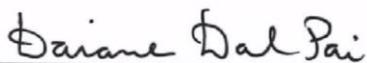
JEANINI DALCOL MIORIN

**COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÕES ENTRE AS EQUIPES DE SAÚDE NA
TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO PRÉ-HOSPITALAR: IMPLICAÇÃO PARA
SEGURANÇA DOS PACIENTES**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 18 de dezembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Daiane Dal Pai

Presidente da Banca – Orientadora

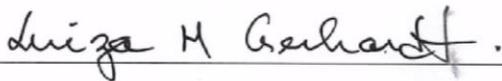
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Membro da banca

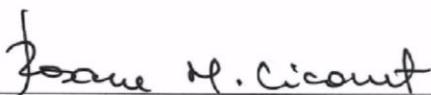
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Luiza Maria Gerhardt

Membro da banca

EENF/UFRGS



Profa. Dra. Rosane Mortari Ciconet

Membro da banca

UNISINOS

RESUMO

Estudo com objetivo de analisar a comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar e as suas implicações para a segurança do paciente. Delineamento descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Porto Alegre- RS. Participaram do estudo médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem envolvidos na assistência às vítimas. Os dados foram coletados por meio de observação não-participante e entrevista semiestruturada, realizados nos meses de abril a junho de 2018. Foram entrevistados 28 profissionais e observados 34 períodos com média de 4 horas de duração. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e da instituição coparticipante. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo e resultaram nas categorias: (1) caracterização das informações; (2) circunstâncias que dificultam a transferência do cuidado; (3) circunstâncias que contribuem para transferência do cuidado; (4) intervenientes na segurança do paciente e da equipe; (5) a dimensão (inter)pessoal/profissional da transferência do cuidado. A primeira categoria incluiu aspectos referentes à qualidade e completude das informações coletadas, registradas e transferidas. A segunda categoria contemplou a falta de padronizações durante as transferências do cuidado, a superlotação dos serviços e a forma como o SAMU e os pacientes são recebidos pelas equipes que darão continuidade ao cuidado. Na terceira categoria, foram apontadas as pactuações na rede de atenção às urgências e emergências e a visibilidade dos casos graves nas transferências do cuidado. A quarta categoria aborda as diferentes perspectivas entre os serviços e os diversos riscos para o paciente e equipe durante o transporte e transferência do cuidado. A quinta categoria revelou que uma comunicação verticalizada pelas hierarquias, é influenciada por características pessoais e emocionais e influencia na qualidade das transferências. Concluiu-se que são necessários investimentos, como a elaboração de protocolos e a realização de treinamentos específicos para o processo de comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar, visando o incremento de ações de segurança do paciente.

Palavras-chave: Serviços de urgência; atendimento de emergência pré-hospitalar; segurança do paciente; continuidade da assistência ao paciente; transferência do paciente

ABSTRACT

Study aimed at analyzing the communication of information between health teams in the transfer of the pre-hospital care and its implications for patient safety. Descriptive-exploratory design, with a qualitative approach, carried out at the Mobile Emergency Service - SAMU 192 of Porto Alegre, RS. Doctors, nurses and technicians/nursing assistants involved in victims' assistance participated in the study. The data were collected through non-participant observation and semi-structured interviews, carried out in the months from April to June, 2018. Twenty-eight professionals were interviewed and thirty-four periods were observed with an average of four hours. Project approved by the Research Ethics Committee of the proposing institution and of the co-participating institution. The data were submitted to content analysis and resulted in the following categories: (1) characterization of the information; (2) circumstances that hinder the transfer of the care provision; (3) circumstances that contribute to the transfer of the care provision; (4) stakeholders for the patient and team safety; (5) the (inter)personal/professional dimension of the care provision transfer. The first category included aspects related to the quality and completeness of the information collected, registered and transferred. The second category addressed the lack of standardization during the care provision transfers, overcrowding of the services, and the way SAMU and patients are received by the teams that will continue to provide care. In the third category, it was pointed out the agreements in the care network to emergencies and the visibility of severe cases in the transfers of care provision. The fourth category addresses the different perspectives among the services and the several risks to the patient and staff during transportation and transfer of care provision. The fifth category revealed that hierarchical communication is influenced by personal and emotional characteristics and influences the quality of transfers. It was concluded that investments are needed, such as the elaboration of protocols and the execution of specific training for the process of communication of information among health teams in the transfer of pre-hospital care, aiming at increasing patient safety actions.

Keywords: Emergency services; pre-hospital emergency care; patient safety; continuity of patient care; patient transfer

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la comunicación de informaciones entre los equipos de salud en la transferencia del cuidado pre-hospitalario y sus implicaciones para la seguridad del paciente. Delineamiento descriptivo-exploratorio, con abordaje cualitativo, realizado en el Servicio de Atención Móvil de Urgencia – SAMU 192 de Porto Alegre- RS. Participaron de este estudio médicos, enfermeros y técnicos/auxiliares en enfermería, involucrados en atención a las víctimas. Se recolectaron los datos a través de la observación no-participante y de una entrevista semiestructurada, realizadas en los meses de abril a junio de 2018. Se entrevistaron a 28 profesionales y se observaron a 34 períodos con un promedio de 4 horas de duración. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución autora de la propuesta y de la institución co-participante. Se sometieron los datos a un análisis de contenido, donde surgieron las siguientes categorías: (1) caracterización de las informaciones; (2) circunstancias que dificultan la transferencia del cuidado; (3) circunstancias que contribuyen a una transferencia del cuidado; (4) interventores en la seguridad del paciente y del equipo; (5) dimensión (inter)personal/profesional de la transferencia del cuidado. La primera categoría incluye aspectos referentes a la calidad y totalidad de las informaciones recolectadas, registradas y transferidas. La segunda categoría abarcó la falta de normas durante la transferencia del cuidado, la sobrecarga del trabajo y la forma en cómo el SAMU y los pacientes son recibidos por los equipos que darán continuidad al cuidado. En la tercera categoría, se señalaron los acuerdos en la red de atención en urgencias y emergencias, y la visibilidad de los casos graves en las transferencias del cuidado. La cuarta categoría contempla las diferentes perspectivas entre los servicios y los diversos riesgos para el paciente y el equipo durante el transporte y la transferencia del cuidado. La quinta categoría indicó que una comunicación vertical por las jerarquías se encuentra influenciada por cuestiones personales y emocionales e influencia en la calidad de las transferencias. Se llegó a la conclusión de que es necesario diversas inversiones, como elaborar protocolos y realizar capacitaciones específicas para el proceso de comunicación de informaciones entre los equipos de salud en la transferencia del cuidado pre-hospitalario, con el objetivo de incrementar acciones de seguridad del paciente.

Palabras clave: Servicios de urgencia; atención de emergencia pre-hospitalaria; seguridad del paciente; continuidad de la atención al paciente; transferencia del paciente

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVO.....	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos.....	17
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1 Articulação do SAMU com a Rede de Atenção às Urgências.....	18
3.2 Segurança do Paciente: fundamentos e perspectivas sobre o atendimento de urgência e emergência.....	25
3.3 Comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado.....	31
4 MÉTODO.....	35
4.1 Tipo de estudo.....	35
4.2 Campo do estudo.....	36
4.3 Participantes do estudo.....	37
4.4 Coleta das informações.....	37
4.5 Análise dos dados.....	41
4.6 Aspectos Éticos.....	44
5 RESULTADOS.....	45
5.1 Artigo 1: Comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar.....	45
5.2 Artigo 2: Transferência do cuidado pré-hospitalar e suas implicações para a segurança do paciente.....	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICE A- Roteiro para observação.....	92
APÊNDICE B- Roteiro para realização da entrevista semiestruturada.....	93
APÊNDICE C- Termo de consentimento livre esclarecido.....	94
APÊNDICE D- Termo de confidencialidade para utilização de dados institucionais.....	96
ANEXO A – Solicitação de autorização do coordenador da rede de urgências e emergências.....	97

ANEXO B- Carta de Anuência do coordenador da rede de urgências e emergências.....	98
ANEXO C- Solicitação de autorização do coordenador do SAMU.....	99
ANEXO D- Carta de Anuência do coordenador do SAMU.....	100
ANEXO E- Carta de aprovação do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.....	101
ANEXO F- Carta de aprovação do CEP/UFRGS.....	107

1 INTRODUÇÃO

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) no Brasil é operacionalizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e junto das Centrais de Regulação Médicas de Emergências constituem-se em um dos componentes na organização das Redes de Atenção às Urgências. Esse serviço garante o acesso do usuário ao sistema de saúde, estabelecendo a interface entre a intervenção na cena onde os agravos acontecem e a rede de serviços que acolherá o paciente na sequência do atendimento (CICONET, 2015; BRASIL, 2013 a).

Considerando a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências e de garantir a adequada referência regulada para os pacientes, foi criada em 2003 a Política Nacional de Atenção às Urgências. No mesmo ano se instituiu o componente pré-hospitalar móvel por intermédio da implantação do SAMU em municípios e regiões de todo o território brasileiro (BRASIL, 2006).

Com objetivo de reordenar, estruturar e organizar a atenção à saúde em situações de urgência, foi criada a Rede de Urgência e Emergência (RUE), a qual é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento de situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes (BRASIL, 2013 a).

O SAMU objetiva ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde, sejam estes de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátrica. As centrais são responsáveis por receber todos os pedidos de socorro da população. O médico regulador por telefone estima o grau de urgência, fornece orientações e determina a resposta adequada a cada caso (ALMONDES; SALES; MEIRA, 2016; BRASIL, 2013 a).

No modelo brasileiro de atendimento móvel de urgência adotaram-se dois tipos principais de suporte, as ambulâncias de suporte básico de vida e as de suporte avançado. As de suporte básico contam com motorista, técnico de enfermagem e material básico para o primeiro atendimento às urgências e são destinadas a casos sem risco imediato de vida, nos quais a atenção será ofertada sob orientação médica da central. Já as ambulâncias de suporte avançado de vida incluem motorista, médico e enfermeiro, além de equipamentos para cuidados intensivos nas situações de risco iminente de vida. Foram implantados também meios alternativos de transporte, como as "ambulanchas", para o atendimento de populações

ribeirinhas; as "motolâncias", para áreas remotas ou de tráfego intenso; e o transporte aéreo, para situações específicas (BRASIL, 2013 a).

Vale destacar que o atendimento às urgências se dá com duas possibilidades de desfecho. A primeira delas, e menos comum, é quando o paciente não é removido para um serviço de saúde. Acontece quando o risco é descartado, em situações que não exijam continuidade de atenção, imediatamente na sequência do atendimento. A segunda possibilidade de desfecho é o encaminhamento a serviços de urgência, podendo ser para um hospital ou para um pronto atendimento 24 horas (CICONET, 2009).

Estudo realizado por Dias et al. (2016) identificou o perfil dos atendimentos realizados pelo SAMU do Rio Grande do Norte em que a maioria das ocorrências eram clínicas e traumáticas, seguidas de obstétricas e psiquiátricas. Diante do grande número de vítimas de trauma, e considerando que a maioria das mortes devido esta causa ocorrem na primeira hora, geralmente por obstrução de vias aéreas, choque hemorrágico, pneumotórax hipertensivo e tamponamento cardíaco, torna-se imprescindível um atendimento pré-hospitalar ágil e de qualidade para garantir a sobrevivência destes pacientes (SIMÕES et al., 2012).

Nas urgências clínicas o tempo entre o início dos sinais e sintomas e a efetivação do tratamento deve ser considerado em todos os atendimentos, visto que o problema de saúde deve ser solucionado com a maior brevidade possível com vistas a prevenir complicações. O atendimento da vítima deve ser realizado de forma rápida, objetiva e eficaz, pois proporciona o aumento da sobrevivência e a redução de sequelas (PONTE et al., 2017). Estudo realizado por Malvestio e Sousa (2010) identificou que, em média, o tempo resposta do APH foi de 8,6 minutos, o tempo de cena 20,2 min e o tempo total 41,0 minutos, sendo que 84,6% das vítimas chegaram ao hospital de destino em menos de 60 minutos após o trauma.

A agilidade e precisão da regulação médica do atendimento pré-hospitalar podem também contribuir para estruturar a relação entre os serviços e os fluxos dos pacientes, bem como para identificar os determinantes dos problemas e auxiliar no planejamento da assistência às urgências. No Brasil, o SAMU pode favorecer a organização de redes de atenção, uma vez que exige a conformação de centrais de regulação, que por sua vez podem impulsionar estratégias de regulação assistencial em outras áreas (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

O SAMU foi oficialmente implementado em 2004, e por fazer parte desta rede complexa apresenta diversos desafios cotidianos na busca por atender seu propósito (BRASIL, 2012a). Estudo realizado por Luchtemberg e Pires (2016) com enfermeiros que atuavam no SAMU de um estado da região sul do Brasil identificou como principais dificuldades as condições de

trabalho. A pesquisa concluiu que dentre os fatores que dificultam um atendimento de qualidade está o desconhecimento pela população da função do SAMU, os dados insuficientes (endereço, condição do paciente), a falta de comprometimento de alguns profissionais, a dificuldade de relacionamento na equipe, as distâncias entre transferências e o tempo de viagem.

Estudo realizado por Dornelles et al. (2017) mostrou que os profissionais do SAMU referiram desinteresse e despreparo por parte dos serviços públicos, pois estes não fornecem o apoio necessário para que os profissionais possam realizar seu trabalho de forma eficiente, tranquila e segura, os deixando à mercê da violência urbana, colocando em risco sua integridade física e mental. O déficit de recursos materiais e a má qualidade destes também foram relatados, o que por vezes prejudicou o paciente e tornou o processo de cuidar frustrante.

Esses aspectos trazem à tona a fragmentação da rede, que somada com a falha da comunicação de informações entre os profissionais dificulta uma boa articulação entre os serviços de emergência. A falha de comunicação pode acontecer entre o profissional e o paciente; entre profissionais da mesma categoria profissional; entre profissionais numa equipe multiprofissional e durante a troca de turno/plantão. O alto fluxo de informações e o grande número de profissionais de diferentes equipes assistenciais, além da grande demanda de atividades, acarretam uma necessidade constante de atualização e troca de informações com os pacientes, os familiares e as equipes (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

A comunicação de informações entre as equipes ocorre durante a transferência do cuidado do SAMU para outros serviços da Rede de Atenção às Urgências (RAU), a qual é essencial para a transição do cuidado do paciente. A transferência envolve o intercâmbio de informações verbais e documentadas, pode ser considerada como uma forma de “referenciar” um paciente de um profissional da saúde para outro. Dessa forma, a transferência do cuidado é um componente da transição do cuidado (YOUG; DENT; WEILAND, 2008).

A transição do cuidado é definida como um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde na transferência de pacientes entre diferentes unidades assistenciais do hospital ou para os serviços de saúde de menor ou maior complexidade do próprio município ou da área de abrangência do hospital. Portanto a transição do cuidado envolve a articulação e a comunicação de informações entre os profissionais dos serviços (COLEMAN; BOULT, 2007).

Um estudo australiano observou 339 transferências do serviço pré-hospitalar para o intra-hospitalar, destas 230 foram associados com eventos adversos. Eles estavam relacionados principalmente a equipamentos e condutas clínicas, como por exemplo, falhas dos aparelhos de

oxigênio, bem como hipotensão e desgaste de sedação e / ou paralisia, sendo que a maioria deles exigiu uma intervenção. Concluiu-se que eventos adversos ocorrem durante o transporte pré-hospitalar de pacientes críticos e podem ser potencialmente fatais (PAPSON et al., 2007).

Além das falhas relacionadas aos equipamentos e condutas clínicas é importante destacar a potencialidade de dano das lacunas relacionadas ao processo de transferência do cuidado do paciente dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel para unidades de emergência. Trata-se de momento de transição, no qual se observam altas taxas de degradação da comunicação de informações e variabilidade nas percepções de qualidade de transferência. Em estudo no Arizona, os autores avaliaram as transferências de pacientes e observaram que durante este momento informações clínicas significativas não foram passadas do serviço de atendimento pré-hospitalar para os profissionais da unidade de emergência (PANCHAL et al., 2015).

Estudo realizado por Streeter e Harrington (2017) nos Estados Unidos, identificou falhas nas transferências do cuidado relacionadas ao uso de linguagem ou jargão confuso, transferência unidirecional de informações em vez de uma troca compartilhada, informações imprecisas, incompletas e que não têm informações pertinentes ao paciente. O bate-papo, as conversas paralelas ou qualquer coisa irrelevante para o cuidado do paciente comprometeram a qualidade das transferências. Outro fator que contribuiu para transferências de baixa qualidade foi quando profissionais não fizeram anotações durante a transferência, não escutaram ou não prestaram atenção ou não fizeram contato visual.

O fator humano contribuinte associado ao maior número de eventos adversos é a falta de comunicação de informações. Os eventos adversos relacionados às falhas no processo de comunicação estão altamente relacionados com as prescrições ou ordens verbais e informações relativas a resultados de exames. A falta de processos de comunicação integrados entre as diversas equipes de profissionais e os serviços de saúde são fatores que contribuem para as falhas no atendimento. A recomendação de ouvir e repetir para o interlocutor a informação/ordem/prescrição recebida é considerada uma medida de segurança para garantir uma comunicação clara, precisa, completa e sem ambiguidade para o receptor (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Para Acosta (2016), no Brasil, a discussão sobre a transição do cuidado é recente e ainda incipiente. O tema está ligado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como universalidade de acesso aos serviços de saúde, hierarquização da rede de serviços de saúde e integralidade da atenção. Portanto, a transição do cuidado é uma forma de superar a fragmentação da atenção, de garantir continuidade dos cuidados e de efetivar sistemas

integrados de saúde. A realização de efetivas transições é ainda, um desafio, principalmente nos serviços de emergência que possuem peculiaridades, que incluem a superlotação, a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde, a elevada rotatividade e a pressão para liberação de leitos, as quais acarretam inúmeras dificuldades de atendimento, sendo a transição do cuidado uma delas.

Alguns estudos internacionais que versam sobre a temática envolvem a implementação de protocolos de transferência de cuidado padronizados. Para Lawrence et al. (2008), não é claro que a padronização ou uma estrutura de "padrão-ouro" necessariamente resolva os problemas, já que o trabalho em emergência é um processo inerentemente variável. Por outro lado, Souza, Silva e Nori (2007) identificam que dentre as condições facilitadoras para a ocorrência de eventos adversos está a insuficiente incorporação de protocolos clínicos elaborados por meio de bases científicas sólidas e falência nos mecanismos de registro e notificação de eventos adversos.

Põe-se em questão a segurança do paciente, já que esta se encontra relacionada à qualidade nos serviços de saúde e vem se tornando assunto prioritário na área, visto que constitui globalmente um grave problema de saúde pública. As consequências de danos ou lesões decorrentes dos cuidados assistenciais podem ser graves ou fatais e extremamente dispendiosas para suas vítimas e para os sistemas de saúde (SILVA; CARVALHO, 2016). Estudo realizado por Siemsen et al. (2012) na Dinamarca, encontrou oito fatores centrais que têm impacto na segurança do paciente em situações de transferência: comunicação, informação, organização, infra-estrutura, profissionalismo, responsabilidade, conscientização da equipe e cultura.

No mesmo estudo, a comunicação, definida como troca de informações e conhecimentos escritos e verbais, foi constatada como incompleta e pouco clara, resultando em situações que colocaram o paciente em risco. Cita como exemplos de falta de informação: pacientes que foram levados para locais errados, comunicação incompleta sobre a transferência do paciente feita por telefone e até pacientes que tiveram o diagnóstico de hemorragia e chegaram ao serviço sem um relatório sobre as transfusões de sangue realizadas (SIEMSEN et al., 2012).

Somado à comunicação ineficaz, a falta de estruturas organizacionais colocou em perigo pacientes em situação de transferência. No estudo de Siemsen et al. (2012), médicos relataram que por vezes nem todas as informações importantes foram transmitidas, escritas, recebidas ou compreendidas, devido a estruturas organizacionais insuficientes, como sistemas de informação incompatíveis e inacessíveis, que não suportam os processos de transferência,

exigindo recordar até 15 senhas diferentes para acessar os bancos de dados necessários para tratar um paciente.

A falta de profissionalismo também foi identificada pelo estudo dinamarquês como nó crítico relacionado à segurança do paciente em situações de transferência, devido ao fato de que ninguém assume claramente a responsabilidade pelo paciente e ambos os lados querem “se livrar” dos pacientes, transmitindo a responsabilidade à outra pessoa. A conscientização da equipe foi definida como uma preocupação coletiva. Apesar de cada profissional ter sua cultura, ou seja, valores, metas e práticas compartilhadas, ela não parece influenciar na segurança do paciente, pelo menos explicitamente. Em geral, os profissionais de saúde não têm foco explícito na transferência e não estão cientes dela como atividade de risco clínico (SIEMSEN et al., 2012).

Estudo realizado por Souza, Silva e Nori (2007) em unidade de emergência, identificou que o acesso irrestrito, o número excessivo de pacientes, a busca pelo atendimento imediato para problemas simples que facilmente encontrariam solução em outras instâncias do sistema de saúde, além da sobrecarga da equipe médica e de enfermagem, são responsáveis para que seja esta a unidade que apresenta a maior parcela de eventos adversos atribuídos à negligência.

O SAMU convive com a mesma realidade das unidades de emergência, ou seja, recebe chamados que não se caracterizam como urgência, acabando por sobrecarregar a equipe, além de envio de ambulância para um atendimento que poderia ser realizado em outros níveis da rede. Isso muitas vezes indisponibiliza ambulâncias para chamados realmente urgentes.

Pesquisadores da Austrália investigaram a transferência de pacientes de equipes pré-hospitalares para as equipes das unidades de emergência e identificaram tensões na transferência de informação e na transferência física de pacientes. Isso foi discutido como uma tensão entre “fazer e ouvir” e que, quando se percebeu que o “fazer” estava tomando prioridade sobre a “escuta”, isso causou frustração e preocupação com a transferência de informações (CALLEJA; AITKEN; COOKE, 2010).

Diante das questões descritas na literatura, é possível afirmar que o estudo sobre a comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar ainda pode ser considerada uma lacuna a ser respondida, especialmente no que tange ao contexto dos serviços de atendimento móveis de urgência no Brasil.

Justifica-se o interesse na temática devido minha vivência como Residente em Urgência e Trauma, experiência com a qual tive a oportunidade de atuar juntamente com as equipes do SAMU e de outros serviços da RAU. Pude presenciar diversos incidentes neste período, que levaram a concluir que práticas efetivas de transferência são fundamentais para assegurar a

continuidade dos cuidados e a segurança do paciente, assim como uma comunicação eficaz de informações entre as equipes do SAMU e dos serviços que recebem os pacientes para dar continuidade ao atendimento.

Outro aspecto que influenciou a escolha desta temática foi minha participação no grupo de pesquisa em Saúde Ocupacional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (GISO). Tive a oportunidade de refletir junto a outros acadêmicos de graduação da enfermagem, enfermeiros assistenciais, mestrandos e doutorandos sobre questões referentes à organização do trabalho e a sua interface com a saúde do trabalhador e a qualidade do cuidado prestado.

Diante do exposto, questionou-se: Como se estabelece a comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar e quais as implicações para a segurança do paciente?

Respondendo a essa questão, o presente estudo fornece subsídios sobre o processo e o contexto no qual ocorrem as transferências do cuidado na área da urgência e emergência, o que permite apontar caminhos para redesenhar estratégias para melhorar o atendimento, a comunicação de informações, a articulação e as transferências entre os serviços da RAU e a segurança do paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar a comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar e as suas implicações para a segurança do paciente.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar
- Identificar circunstâncias de cuidado intervenientes na comunicação de informações entre as equipes na transferência do cuidado pré-hospitalar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão da literatura está estruturada em três tópicos: 1) Articulação do SAMU com a Rede de Atenção às Urgências 2) Segurança do paciente: fundamentos e perspectivas sobre o atendimento de urgência e emergência; 3) Comunicação de informações das equipes de saúde na transferência do cuidado.

3.1 Articulação do SAMU com a Rede de Atenção às Urgências

Em 2003 foi criada a portaria 1.864, que instituiu o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU-192, suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro (BRASIL, 2003). As ambulâncias passaram a ser adquiridas na proporção de um veículo de suporte básico à vida para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e de um veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000 a 450.000 por habitantes (BRASIL, 2003).

As unidades móveis para o atendimento de urgência podem ser, Unidades de Suporte Básico de Vida terrestre (USB), que são viaturas tripuladas por no mínimo 2 profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem. Compete à equipe de SBV o atendimento a pacientes traumatizados, e portadores de patologias clínicas, uma vez que seja estabelecido pelo médico regulador que não há risco imediato à vida (BRASIL, 2012a).

As unidades de Suporte Avançado de Vida terrestre (SAV), são viaturas tripuladas por no mínimo 3 profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico. Elas somente serão enviadas para atendimento mediante autorização do médico regulador, não respondendo a outras solicitações que não tenham sido reguladas pelos profissionais pertinentes. Competirá, portanto, ao médico regulador a determinação da existência de risco imediato à vida, pois, somente nesta condição, salvo determinações excepcionais provenientes de órgãos superiores, serão despachadas as unidades de SAV. Esta determinação deverá ser baseada, exclusivamente, no grau de comprometimento de funções vitais, capazes de comprometer seriamente a qualidade de vida ou a expectativa de vida (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2003).

O SAMU conta ainda com equipe de aeromédico, que consiste em uma aeronave com equipe composta por no mínimo um médico e um enfermeiro. A equipe de embarcação é composta por no mínimo 2 ou 3 profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida. Motolância é uma motocicleta conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância, e veículo de intervenção rápida (VIR), tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro (BRASIL, 2012a).

Recentemente vem sendo discutido a criação do Suporte Intermediário de Vida (SIV). As ambulâncias de SIV devem contar com dois enfermeiros ou um enfermeiro e um profissional de Enfermagem de nível médio e com um condutor de ambulâncias devidamente habilitado. Porém o termo Suporte Intermediário de Vida não é regulamentado pelo Ministério da Saúde nem mencionado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) quando estabeleceu que os enfermeiros devessem constituir as equipes de Suporte Básico de Vida (OLIVEIRA et al.; 2017).

A proposta não é trabalhar de forma isolada ou substitutiva da possível ausência de médicos no APH, mas sim de melhorar o acesso, diminuir o tempo de espera pelo cuidado, prestar um atendimento de qualidade, contribuir com o ajuste das competências em saúde baseando-se em protocolo institucionalizado, telemedicina e com treinamento específico. No ambiente do APH, o enfermeiro também assume um papel de extrema importância, especialmente à luz de uma abordagem educativa, que tem a finalidade de conscientizar e esclarecer quaisquer dúvidas da família e pacientes, além de ter um papel fundamental na manutenção das condições vitais do paciente, com a manutenção do equilíbrio do organismo a fim de assegurar a possibilidade de chegar ao atendimento hospitalar (OLIVEIRA et al.; 2017).

Atualmente o Brasil possui uma população de 163.590.587 (79,37%) coberta pelo SAMU com 3.385 municípios atendidos. Para tanto, os recursos consistem em um total de 2.505 ambulâncias de suporte básico de vida, 571 de suporte avançado, 255 motolâncias, 9 embarcações e 9 aeromédicos (PORTAL PLANALTO, 2017).

As centrais de regulação médica das urgências são parte integrante do SAMU, definidas como uma estrutura física com a atuação de profissionais médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM) e rádio operadores (RO) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandem orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo

efetivo das referências e contra referências dentro da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012a).

As centrais de regulação do SAMU são regionalizadas, a fim de ampliar o acesso às populações dos municípios em todo o território nacional. Os municípios com população igual ou superior a quinhentos mil habitantes que já possuem SAMU poderão constituir, por si só, uma região, para fins de implantação de central de regulação das urgências, desde que todos os municípios do seu entorno já estejam cobertos por outra central de regulação das urgências. A base descentralizada deve contar com uma infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do SAMU, como configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento das ambulâncias (BRASIL, 2012a).

Sendo assim o fluxograma de atendimento do SAMU ocorre mediante o acionamento por meio de uma chamada telefônica ao número 192, quando o técnico de regulação treinado direciona a ligação para o médico regulador que, por sua vez, irá analisar a situação, iniciando o atendimento imediato com orientações direcionadas à vítima ou à pessoa que acionou o serviço. Diante das informações colhidas pelo médico regulador é possível que ele decida se há ou não a necessidade de deslocamento de uma unidade móvel e qual a melhor intervenção a ser adotada, daí então o rádio operador aciona a viatura mais próxima ao ocorrido para a realização do atendimento. A equipe recebe o chamado e um membro da equipe o anota (MORAIS et al.; 2015).

Ao chegar ao local do evento, após avaliação do paciente e das condições do local, a equipe de atendimento passa o caso ao médico regulador para que este decida a conduta e o destino. A escolha do serviço para qual o paciente será removido dependerá do grau de complexidade/gravidade do agravo. Após chegada no local de destino do paciente, informar a equipe sobre o tipo de ocorrência, condições da vítima e procedimentos realizados. Deixar a segunda via da ficha de APH e comunicar à central sobre a saída do serviço e a sua disponibilidade, além de transmitir ao rádio-operador os dados referentes ao atendimento, utilizando o recurso de comunicação portátil disponível (ZEEFRIED, 2012).

Nas solicitações de transferências inter-hospitalares, a comunicação deve ser feita de médico para médico. O médico solicitante deve informar o seu nome, serviço e número do CRM. O médico regulador, com base nos dados repassados pelo médico solicitante (assistente), irá estimar a gravidade e se há mesmo necessidade e condições para efetuar a transferência, antes do contato com o serviço receptor. Sendo a solicitação considerada de urgência, o médico

regulador deve assumir o caso com os profissionais do SAMU e deve procurar o recurso mais adequado para o caso e o mais próximo possível do solicitante (ZEEFRIED, 2012).

Quando a solicitação for de transferência inter-hospitalar, entre unidades de terapia intensiva, cabe ao médico assistente a busca do leito e o mesmo deve repassar ao médico regulador que, de rotina, verá a pertinência da transferência, a necessidade de recursos para a execução da mesma, a conferência do leito no hospital de destino e o profissional médico que receberá o paciente. Após isto o médico regulador deverá informar ao solicitante e ao médico receptor, o momento em será executado a transferência. Caso não haja pertinência, o médico regulador orienta o solicitante a como conduzir tecnicamente o caso ou como utilizar os recursos locais (ZEEFRIED, 2012).

Segundo a Política Nacional de Atenção às Urgências, a população acometida por agravos deverá ser acolhida em qualquer nível de atenção do sistema de saúde. Isso significa que todos os níveis deverão estar preparados para o acolhimento e encaminhamento dos pacientes, de acordo com a complexidade dos serviços (BRASIL, 2003). O APH móvel, é entendido como umas das portas de entrada do sistema de saúde, ele acolhe e direciona o paciente nos diferentes níveis de atenção, num sistema de referência e contra-referência organizado. No entanto, sua função ordenadora carece de implementação, em decorrência da insuficiente articulação no sistema de saúde. Possivelmente porque o conceito de integralidade ainda esteja incipiente em sua aplicação na área de urgência, no sentido de estabelecer vínculos, interligar serviços, transversalizar a assistência a partir do atendimento dos agravos agudos (CICONET, 2009).

Estudo realizado por Ciconet em 2009, com o SAMU de Porto Alegre, identificou atitudes que refletem o resultado de pactuações frágeis entre os gestores, onde os compromissos e acordos assumidos em reuniões nem sempre vinculam às instituições e não se transformam em protocolos institucionais e fluxos operacionais. Os vínculos de coleguismo se sobrepuseram à organização dos serviços, já que, muitas vezes, a dinâmica do trabalho se alterou, dependendo do plantonista, independente da rotina da instituição. Os profissionais do SAMU enfrentaram diversas dificuldades na recepção dos pacientes pelas equipes hospitalares. Uma delas foi a dificuldade que a própria regulação enfrenta em relação às portas de urgências, especialmente no que se relaciona aos obstáculos impostos pela comunicação entre o médico regulador e os serviços. São obstáculos tanto nos aspectos assistenciais quanto burocráticos de comunicação.

Alguns serviços fizeram exigências como envio prévio de fax com eletrocardiograma, o nome do médico assistente e a categoria do convênio. Essas imposições evidenciam falta de pactuação, uma vez que os serviços reivindicam respostas as quais o SAMU não está preparado

para dar. Se por um lado, a diretriz sobre o contato prévio com a instituição tem por princípios organizar o trabalho, garantir a acolhida, agilizar o acesso, por outro se constitui num enorme desafio para a regulação. O contato, ao invés de abrir as portas, provoca um movimento inverso, dificultando ainda mais a acolhida nos serviços, resultando em negativas que limitam o acesso. Embora seja esperada reciprocidade, as equipes de suporte básico do SAMU relatam haver disparidade no comportamento dos serviços de urgência: quando os serviços recebem o SAMU, o fazem com certa resistência. Em compensação, quando necessitam que o SAMU remova pacientes para unidades de maior complexidade, as equipes são melhor recebidas pelos serviços (CICONET, 2009).

Isso mostra o problema da fragmentação da rede e dos modelos assistenciais. A integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção à Saúde. Teoricamente, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde, envolvendo discussões sobre a organização de várias tarefas que precisam ser realizadas para fornecer a população serviços de saúde de boa qualidade (WHO, 2008).

Os profissionais do SAMU também trazem em seus discursos, a percepção da resistência de profissionais de outros serviços em relação a eles. A justificativa mais referida, está pautada no fato de que eles são responsabilizados pelo aumento de volume de trabalho dos serviços hospitalares, o que geraria a insatisfação dos profissionais (VELOSO; ARAUJO; ALVES, 2012). Porém a ideia de que o SAMU é responsável pela superlotação dos serviços, nem sempre é verdade, pois estudo realizado por Garcia e Reis (2014) concluiu que em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência, a maioria dos atendimentos foram motivados por própria iniciativa dos usuários, e a minoria foi referenciada por serviços da rede assistencial, sendo que somente 1,9% foi pelo SAMU.

A vaga-zero é definida pela Portaria 2.048 de que qualquer serviço de saúde tem que disponibilizar vagas para receber pacientes transportados pelo SAMU, independente de sua disponibilidade de vagas. O SAMU tem autoridade para alocar os pacientes na rede de serviços do sistema regional, tendo como obrigação, apenas, comunicar sua decisão aos médicos assistentes dos serviços de urgência (BRASIL, 2002). Entretanto, o maior problema não está na legislação propriamente dita, mas nas reações que ela provoca nos diversos serviços de saúde. Assim, o profissional do SAMU considera que a legislação, por si só, é um elemento que deve permitir seu acesso a todos os serviços de saúde da rede, independentemente de qualquer tipo de negociação (VELOSO; ARAUJO; ALVES, 2012).

Dessa forma, a vaga-zero coloca o SAMU em condição de superioridade em relação aos

demais serviços de saúde na medida em que lhe dá autonomia para decidir o destino do paciente transportado, independente da disponibilidade de vagas. De forma geral, a vaga-zero tem sua legitimidade reconhecida por todos os serviços de saúde de urgência. Porém profissionais de outros serviços demonstram sinais de resistência ao poder da vaga-zero através de pequenas manifestações cotidianas de insatisfação com o seu exercício (VELOSO; ARAUJO; ALVES, 2012).

Percebe-se que a resistência não se apresenta, necessariamente, declarada ou assumida publicamente. Constituem-se em pontos transitórios da estrutura, surgem ao longo de toda a rede de relações, assumindo formas múltiplas que configuram, aparentemente, pequenas atitudes. Ainda assim, no caso do SAMU, elas geram, de fato, uma ruptura na estrutura única que se deseja para o sistema de saúde, à medida que cria vários sistemas, muitas vezes, antagônicos e não complementares, como proposto (VELOSO; ARAUJO; ALVES, 2012).

Estudantes de enfermagem de emergência da África do Sul, informaram que os enfermeiros raramente reconhecem os paramédicos pelos seus serviços nestes ambientes imprevisíveis, que incluíam atuar em vias férreas e na auto-estrada. Além disso, eles atuam na casa dos pacientes e com estes dentro de um veículo em movimento, além de vários outros fatores ambientais que influenciam o domínio do trabalho dos paramédicos, como chuva, temperaturas extremas e em condições onde a iluminação é fraca (WYK; HEYNS; COETZEE, 2015).

Em estudo realizado no SAMU de João Pessoa (PB) foram frequentes os relatos de que os enfermeiros são os que realizam eficazmente a maioria dos procedimentos quando acionado o SAV; no entanto, quem leva o “crédito” pelo atendimento são os médicos, mesmo quando eles só conseguem concluir as técnicas com a orientação do colega enfermeiro. Um aspecto apontado é que raramente os enfermeiros são entrevistados pelos meios de comunicação, como a televisão, depois dos atendimentos ou das ocorrências, cabendo ao médico relatar ou comentar os “casos” (SEMINOTTI; NEVES, 2014).

Em outros países já existem funções avançadas em enfermagem. Define-se uma enfermeira/ praticante avançada como aquela que é registrada por ter adquirido uma base de conhecimento especializado (expertise), com habilidades complexas na tomada de decisões e competência clínica para a prática avançada, cujas características são definidas pelo contexto e/ou país no qual está credenciada para essa prática. Em muitos países, é requerido ou recomendado a formação desse enfermeiro mediante mestrado, como na Austrália, Estados Unidos e Canadá, embora no Canadá, em algumas províncias, a pós graduação em nível de especialização seja aceita (TOSO, 2016).

Os pesquisadores Delamaire e Lafortune (2010), concluíram que essas funções variam muito em todos os países. O Canadá, Austrália, Reino Unido e Estados Unidos, a despeito do modelo de sistema de saúde adotado, tem surgido, desde os anos 1960, o enfermeiro de prática avançada, que possui formação especializada de mestrado, adquire qualificação para o exercício de competências clínicas ampliadas, criando novos modelos de cuidados aos usuários dos serviços de saúde, guiados por evidências científicas (DELAMAIRE; LAFORTUNE, 2010; TOSO, 2016).

Em muitos países como a Austrália, Estados Unidos, Reino Unido, Canadá e Irlanda, certas categorias de enfermeiros estão autorizadas a prescrever medicamentos sem a supervisão de um médico. Nos Estados Unidos, esta autorização é concedida às categorias que são definidas como enfermeiras avançadas. A gama de medicamentos que os enfermeiros podem prescrever nesses países é ampla, incluindo antibióticos, anticoagulantes e outros. No entanto, há variações entre os países quanto ao direito de os enfermeiros prescreverem "drogas controladas" (por exemplo, narcóticos e fortes analgésicos). Enquanto a Austrália, a Irlanda e os Estados Unidos permitem certas categorias de enfermeiros prescreverem medicamentos para cuidados paliativos e narcóticos, o Canadá não os autoriza a prescrever essas substâncias controladas (DELAMAIRE; LAFORTUNE, 2010). No Brasil, existe uma realidade que ampara ao enfermeiro a prescrição de medicamentos, desde que ele exerça suas atividades integrando uma equipe de saúde e pautar-se nos protocolos do Ministério da Saúde do Brasil ou em normas e rotinas institucionais (SILVA; BITTENCOURT; PAIXÃO, 2016).

Os países que possuem o cargo de enfermeiro de prática avançada avaliam a experiência como positiva, tanto aos profissionais, quanto aos usuários da atenção primária e aos serviços de saúde (TOSO, 2016). O enfermeiro do SAMU, atua com certa autonomia, podendo dizer que em partes se assemelha ao enfermeiro de prática avançada existente em outros países. Estudo realizado por Luchtemberg e Pires (2016), identificou ações realizadas pelos enfermeiros do SAMU aos pacientes no estado de Santa Catarina, dentre elas estavam a avaliação hemodinâmica, imobilizações, anamnese, auxílio ao médico nos procedimentos e tomada de decisões, cuidados com ventilação mecânica, avaliação neurológica e realização de parto.

Outro estudo com enfermeiros do SAMU, concluiu que quando questionados sobre a autonomia necessária para o desenvolvimento de suas funções no cuidado e assistência ao socorrido para minimizar sequelas e/ou evitar risco de morte, 93,05% dos profissionais afirmaram possuir autonomia necessária para o desenvolvimento de suas funções. Porém em relação à autonomia do enfermeiro para decisão imediata versus código de ética e lei do

exercício profissional, 51,39% dos participantes responderam não apresentarem autonomia necessária para a tomada de decisão imediata e execução dos procedimentos invasivos mesmo que possuam o conhecimento técnico e científico para tal finalidade. Em relação à autonomia do enfermeiro ao uso de fármacos, 55,56% dos participantes afirmaram possuir autonomia para a utilização e administração de fármacos na impossibilidade de auxílio médico (JUNYENT et al., 2014).

Diante disso percebe-se a importância da presença do enfermeiro e da equipe multiprofissional durante a transferência de cuidado, pois ela pode ocorrer entre membros da mesma profissão ou entre indivíduos pertencentes a diferentes profissões, como por exemplo, a transferência do serviço de ambulância para o departamento de emergência. Portanto a transferência dos serviços pré-hospitalares, e de outros deve ser considerada como um diálogo que crie “consciência compartilhada” e ofereça oportunidade de discussão, já que os participantes trazem diferentes perspectivas e experiências para essa interação (FISHER, 2015). O SAMU é parte responsável pela continuidade do processo de transição. É preciso que os administradores do SUS invistam na sua continuidade, no aperfeiçoamento de sua implantação e implementação e no seu monitoramento, buscando excelência e integração com todo o sistema de urgência e emergência (MINAYO; DESLANDES, 2008).

3.2 Segurança do paciente: fundamentos e perspectivas sobre o atendimento de urgência e emergência

Embora o cuidado em saúde traga enormes benefícios a todos os envolvidos, a ocorrência de eventos adversos é possível, e os pacientes podem sofrer graves consequências. Sendo assim, a segurança do paciente se refere à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável (WHO, 2009).

A segurança do paciente é, em vários aspectos, um alvo em constante movimento, pois à medida que os padrões de cuidado melhoram e aumentam as preocupações com a segurança dentro de um sistema, mais eventos passam a ser considerados problemas relacionados à segurança. Podemos dizer, que a inovação e a melhoria dos padrões de cuidado criam novas formas de dano, uma vez que surgem novas maneiras pelas quais o sistema de saúde pode falhar, prejudicando os pacientes (VINCENT; AMALBERTI, 2016).

A visão da segurança popularizou-se em setores nos quais ela é um elemento crucial (nuclear, aviação, etc.) entre as décadas de 1960 e 1980. Naquela época, a demanda por desempenho era significativamente menor que hoje e os sistemas eram mais simples e menos

interdependentes. Porém ainda na década de 1970 o campo da segurança do paciente quase não era discutido. Só com a publicação do relatório *To Err is Human* (Errar é humano) em 1999, é que se catalisou um interesse crescente pela melhoria de qualidade no cuidado de saúde, e atualmente há uma ampla aceitação e conscientização sobre o problema (HOLLNAGEL; WEARS; BRAITHWAITE, 2015). Na última década, foram feitos esforços consideráveis para melhorar a segurança do cuidado de saúde. Entretanto, o progresso tem sido mais lento que o esperado inicialmente, e o otimismo inicial foi substituído por uma perspectiva de longo prazo mais realista (VINCENT; AMALBERTI, 2016).

Existem desafios globais para a segurança do paciente, que orientam a identificação de ações que ajudam a evitar riscos e ao mesmo tempo, norteiam os países que tenham interesse em implantá-los. O primeiro desafio global, no biênio 2005-2006, teve como tema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”. O propósito era promover a higiene das mãos como método sensível e efetivo para a prevenção das infecções. Já o período de 2007 a 2008 teve como tema “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, que tem como objetivo de diminuir a morbimortalidade causada pelas intervenções cirúrgicas (ANVISA, 2013).

No Brasil, no ano de 2013 ocorreu um marco importante na atenção à saúde, que foi a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente, cujo objetivo é prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde. Este programa contém seis protocolos básicos de segurança do paciente, para assistência de qualidade, que são: Identificar corretamente o paciente; Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde; Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; Higienizar as mãos para evitar infecções; Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (BRASIL, 2013b).

Para Perides (2003), assistência de boa qualidade é aquela que proporciona ao paciente o bem estar, após ter sido considerado o equilíbrio previsto entre ganhos (benefícios) e perdas (danos) que acompanham o processo de cuidado em toda a sua extensão. Define ainda a boa qualidade como aquela que, dado uma quantidade específica de recursos, resulta nos melhores cuidados de saúde (entre benefícios e danos) para a população. A efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e a equidade, expressam a magnitude da qualidade.

Estudo realizado nos Estados Unidos com equipe pré-hospitalar identificou fatores que contribuem para a segurança de cuidados de emergências pediátricas, os quais se referem aos domínios de Competência: Medicação; Equipamento; Características de cena e ambiente; Cultura de segurança do paciente; e Comunicação. As normas culturais foram consideradas

uma preocupação transversal que afetam estes domínios. Considerou-se a importância da avaliação inicial, tomada de decisões e treinamento para transmitir um cuidado seguro. Por exemplo, saber quando realizar um procedimento avançado de via aérea (máscara laríngea, intubação, dispositivo supraglótico, etc.), saber quando alterar os planos no meio do curso e determinar se uma criança estava doente ou não, foram consideradas ações da avaliação e da tomada de decisão (GUISE et al., 2015).

No Brasil, em Recife, também foi realizado um estudo em âmbito pré-hospitalar, referente às emergências pediátricas, porém avaliou-se a qualidade do transporte inter-hospitalar neonatal feito pelo SAMU. Não foram registradas intercorrências com os equipamentos ou com as viaturas do SAMU. Os aparelhos se mostraram estáveis e apresentaram bom funcionamento em todos os casos transportados. As variáveis (saturação periférica de oxigênio e pressão arterial sistólica) apresentaram comportamento similar antes e após o transporte. Houve dois óbitos nos sete dias imediatamente pós-transporte entre as crianças do estudo: um óbito por malformação congênita e outro durante cirurgia para correção da tetralogia de Fallot. Dos trinta e três recém-nascidos transportados apenas em cinco houve evidência de deterioração clínica. Isso sugere que prevaleceu o transporte em condições adequadas (ROMANZEIRA; SARINHO, 2014).

O que faz o serviço de APH ser tão exclusivo é que o cuidado é dado em um ambiente instável, devido a um volume descontrolado de pacientes, falta de informação, estresse e fadiga. Os prestadores de cuidados de saúde pré-hospitalares avaliam os pacientes com muitos sintomas e condições diferentes. Além disso, eles utilizam diferentes tipos de veículos e muitos tipos de equipamentos não relevantes para o ambiente hospitalar (HAGIWARA et al., 2016).

Estudo australiano, com profissionais que trabalham em ambulâncias de locais rurais, identificou altos níveis de fadiga, e além disso os participantes relataram os efeitos negativos dela, como erros de administração de medicamentos, sonolência durante o transporte, tempo de reação lento, alteração na capacidade de tomada de decisão e baixa concentração. Mais da metade dos participantes (55,9%) relataram sofrer fadiga no trabalho (35% grave, 20,9% leve) (PYPER; PATERSON, 2016).

Os profissionais de saúde estão propensos ao risco, devido a uma combinação de fatores. As vulnerabilidades do sistema, as atitudes pessoais, a dinâmica de equipe e várias pressões e restrições externas se combinam para produzir um distanciamento em relação às melhores práticas. Portanto um dos desafios do APH está na colaboração com a transição do cuidado seguro (VINCENT; AMALBERTI, 2016).

O aumento contínuo no número de chamadas e incidentes e a realização de tratamentos e procedimentos cada vez mais complexos, elevam o risco de eventos adversos que ocorrem durante o atendimento e na transferência do cuidado para o hospital. Apesar do crescente número de evidências sobre a ocorrência de eventos adversos nos hospitais, os dados correspondentes sobre a segurança do paciente ao receber serviços de ambulância são insuficientes (FISHER et al., 2015).

No SAMU, pelas suas próprias características de trabalho as relações profissionais assumem um caráter multidirecional, uma vez que se trata de um serviço que presta assistência em caráter transitório, ou seja, não é o destino final da pessoa atendida. A identificação do melhor destino para o paciente também se constitui num elemento de constantes negociações e definições de limites territoriais, tanto dentro do próprio SAMU, como em relação aos níveis assistenciais da rede de serviços de saúde do município (VELOSSO et al., 2014). Estes dados se confirmam por estudo realizado por Luchtemberg e Pires (2017), com enfermeiros do SAMU, no qual identificou-se dificuldades de relacionamento entre a equipe e com os hospitais e Corpo de Bombeiros Militar. Essas dificuldades de relacionamento interprofissional entre as equipes acaba por interferir de forma negativa na segurança do paciente.

Estudo realizado por Oliveira et al. (2015) em unidades de Pronto Atendimento de um município de Santa Catarina descreveu a compreensão dos profissionais sobre o que interfere na segurança do paciente. Foi relatado que a falta de materiais, de padronização de procedimentos, de recursos humanos e capacitações, dificultam o processo de trabalho, acabando por interferir na segurança do paciente.

Recentemente, o gerenciamento de riscos no setor da saúde tem evoluído, deixando de estar centrado somente nos riscos para a instituição, e passando a focar os riscos que esses mesmos problemas representam para o paciente. Seu enfoque é predominantemente prospectivo e preventivo, embora geralmente esteja baseado em problemas detectados anteriormente. A prevenção dos problemas de segurança do paciente ocorre com o desenho ou planejamento de estruturas e processos que impliquem diretamente nessa dimensão da qualidade. O desenho e redesenho dos cuidados deve considerar a implantação de barreiras organizacionais efetivas para impedir a ocorrência de erros ou diminuir a sua probabilidade e impacto nos paciente e na organização (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Já no gerenciamento de erros, existem duas abordagens dominantes. A primeira abordagem vê a causa do erro no indivíduo. Os erros ocorrem porque as pessoas são imprudentes, preguiçosas e descuidadas. Estratégias típicas para reduzir o erro nessa abordagem são campanhas publicitárias, novos procedimentos e ameaças de medidas disciplinares. Essa

abordagem de culpabilizar, infelizmente, é uma abordagem comum nas organizações de saúde. A segunda abordagem é a do sistema. O tema principal nessa abordagem é que os seres humanos são imperfeitos e os erros são naturais quando os seres humanos estão envolvidos em uma tarefa. Se forem esperados erros, é o sistema que deve ser construído para que os erros possam ser evitados ou as consequências dos erros possam ser minimizadas (HAGIWARA et al., 2016).

Portanto os erros estarão sempre presentes em qualquer ação realizada em qualquer setor de atividade, pois esta é uma característica imutável do processo de cognição da nossa espécie. Ademais, quanto mais complexo é um sistema, ou mais complexa a ação, maior o risco de erros e eventos adversos poderem estar presentes. Faz-se necessário entender que para prevenir erros humanos é necessário compreender como acontecem. Eles podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução. Eles são, por definição, não-intencionais, enquanto violações são atos intencionais, embora raramente maliciosas, e que podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Um estudo realizado no Pronto Socorro de um Hospital Universitário da Região Centro-Oeste do Brasil, identificou o registro de 75 incidentes que foram relacionados à organização do serviço ou ao cuidado. Constatou-se o maior índice de erro referente à medicação, omissão de cuidado e falha nas anotações e/ou registros na folha de evolução do paciente, destacando o óbito como a consequência mais grave. Os incidentes relacionados à omissão de cuidado, como a não realização de curativos e ausência da verificação de sinais vitais, de glicemia, de balanço hídrico, dentre outros, ocorreram com maior frequência. Quanto aos erros de medicação, foram evidenciados 41,3% de eventos relacionados às omissões de doses, trocas de pacientes, faltas de medicamentos e administração de medicamento não prescrito. Não foram encontrados registros sobre consequências ao paciente em 31 (67,4%) incidentes. Nove (19,6%) resultaram em dano, requerendo monitoramento e/ou prolongando o tempo de internação, seguido de cinco (10,9%) que não causaram dano aparente e um (2,2%) resultou em óbito. Os registros sobre condutas adotadas após o incidente também não foram identificados (BRITO et al., 2014).

Tratando-se de óbitos, um estudo realizado na Inglaterra analisou uma base de dados nacional e identificou mortes após incidentes de segurança pré-hospitalar. Foram identificadas três categorias: Resposta atrasada, insuficiências em cuidados clínicos e lesão durante o trânsito. No total, houve 2080 relatórios de incidentes de segurança que levaram a morte de um paciente. Destes, 69 foram relatos de serviços de ambulância. Na categoria resposta atrasada, a maioria das falhas primárias em respostas atrasadas aos pacientes estava relacionada ao envio das

ambulâncias. Estes eram de dois tipos, primeiro foram atribuídas prioridade errada a uma chamada e a pacientes gravemente enfermos que não foram atendidos a tempo. Em todos os casos estes pacientes não foram atendidos a tempo devido à neve. A segunda causa mais frequente de atrasos na expedição foi a falta de ambulâncias. Outros erros foram devido a comunicações erradas onde se pensava que uma ambulância havia sido despachada, mas não tinha (YARDLEY; DONALDSON, 2016).

A categoria falha na prestação de cuidados necessários mostrou que mais da metade dos incidentes em que a falta de cuidados necessários levou à morte de um paciente foram causados por erros no julgamento clínico do pessoal da ambulância. Em muitos casos, a condição do paciente foi mal julgada. Os erros de julgamento levaram a uma decisão de não transferir o paciente para o hospital e o paciente posteriormente teve seu quadro clínico deteriorado. Os demais foram casos em que paramédicos subestimaram a gravidade da condição de um paciente. Houve também incidentes em que os pacientes apresentaram sintomas típicos de uma determinada condição (infarto do miocárdio e ruptura do aneurisma da aorta abdominal), mas foram levados para um hospital sem os serviços necessários (YARDLEY; DONALDSON, 2016).

A categoria lesão no paciente, identificou problemas de equipamentos que levaram a mortes. Dois casos foram relacionados a rampas de transferência usadas para carregar os pacientes na ambulância, que foram mal utilizadas, levando à queda e lesões no paciente. Ocorreu também pacientes que fugiram dos cuidados do pessoal da ambulância e foram atingidos por outro veículo (YARDLEY; DONALDSON, 2016).

Sendo assim os fatores que contribuem para os erros podem estar associados ao ambiente de trabalho, fatores externos e ao paciente. Os fatores associados ao ambiente de trabalho são relacionados à estrutura física do serviço de saúde e à gestão. O fator externo é o fator no qual o serviço de saúde não tem governabilidade, geralmente associados à falta de recursos de qualquer natureza. A complexidade e a gravidade do caso, ou a não aderência ao tratamento, são exemplos de fatores associados ao paciente que contribuem para o erro e devem ser previstos no momento de elaboração do plano de cuidados. Os fatores que contribuem para os erros estão relacionados com as atividades do profissional de saúde. Cabe à gestão criar condições para que o erro do profissional não atinja o paciente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Estudo australiano realizado com enfermeiros de emergência, identificou que eles utilizam diversas técnicas para melhorar a segurança do paciente. Eles revelaram que a avaliação constante, tanto formal, quanto informal é crucial em todas as etapas da jornada do

paciente através do serviço de emergência. A avaliação de triagem foi vista pelos participantes como sendo especialmente importante porque "configura a cena" para a jornada do paciente através do departamento de emergência, determinando onde ele será colocado e a complexidade percebida e a urgência de suas necessidades. Os participantes expressaram a opinião de que os enfermeiros de triagem não devem aceitar o que lhes é dito, mas realizar sua própria avaliação (ou seja, "ver por si mesmos"). Em particular, eles não devem ser excessivamente influenciados ou guiados pela informação do pessoal da ambulância (JONES; JOHNSTONE; DUKE, 2015).

Os participantes eram fortes defensores da realização do exame físico e consideravam isso insubstituível. Eles referiram a importância de 'olhar', 'pensar', 'tocar' e 'falar' com os pacientes. Reconheceram que a tecnologia é um ingrediente crucial nos cuidados de emergência, porém expressaram preocupação de que o uso de tecnologias médicas evoluíram para o método dominante de avaliação, em vez de ser um complemento aos métodos práticos. Relataram que quando os enfermeiros concentraram-se excessivamente nos dados dos monitores, ignoraram as pistas que poderiam indicar que o paciente estava se deteriorando. Os primeiros sinais de infarto do miocárdio (suor, dor e tonturas, por exemplo) podem não ser evidentes no monitor do Eletrocardiograma, mas podem ser detectados usando técnicas práticas (JONES; JOHNSTONE; DUKE, 2015).

3.3. Comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado

A ciência, a medicina e a tecnologia se tornam cada vez mais sofisticadas ao longo do tempo, porém a comunicação continua a ser um obstáculo na busca do melhor atendimento ao paciente. Problemas frequentes envolvem erros na entrega da mensagem ao receptor, falta de protocolos de comunicação comuns e uma série de outros desafios que levam a cuidados ineficientes, bem como lacunas na compreensão das informações. O resultado é um sistema ineficiente e desagradável para os pacientes, que pode levar a situações muito graves. A falta de comunicação é citada como um contribuinte significativo para ferimentos do paciente, erros profissionais e até morte do paciente (SPOK, 2017).

Portanto uma importante estratégia para segurança do paciente é a comunicação efetiva, pois nos hospitais, há um grande fluxo de informações que transpõem as diferentes áreas assistenciais. O termo comunicação, refere-se ao processo de compartilhar um mesmo objeto de consciência, pressupõe relação, troca. Já a informação pode ser considerada uma parte desse processo. Pode-se dizer que a informação é uma comunicação em potencial. Mas, no momento em que as informações se tornam cada vez mais numerosas e específicas, ofertadas por diversos

meios, é necessário que as pessoas estejam preparadas para receber e usar essas informações. Entende-se que ocorre uma comunicação eficaz quando o significado pretendido da fonte e o significado percebido pelo receptor são virtualmente o mesmo. Para que as informações clínicas sejam consistentemente transmitidas, são necessários conhecimentos, habilidades e atitudes da equipe e, particularmente, uma comunicação adequada (REBRAENSP, 2013).

Nas relações sócioprofissionais a comunicação por vezes é insatisfatória, uma vez que não se trata somente de mensagens repassadas verbalmente, mas também com a linguagem corporal, postural, toque, escrita e contato visual, sendo que a comunicação do profissional da enfermagem não fica restrita apenas aos cuidados singulares do paciente, mas de toda sua interação com o meio em que está inserido. O relacionamento entre os profissionais de enfermagem é frágil em certas circunstâncias pela lacuna existente entre o planejamento e a organização de cada trabalhador. Diante destas circunstâncias, entende-se que a liderança representa ponto-chave no que tange ao gerenciamento de conflitos e avanços na comunicação entre os profissionais (WORM et al., 2016).

Existem algumas recomendações para se estabelecer uma boa comunicação, como por exemplo, identificar os pontos críticos que possam levar à ocorrência de eventos adversos, estabelecer um sistema padronizado de informações, utilizando instrumentos que facilitem o processo de comunicação, como, por exemplo: protocolos, nota de internação, nota de alta, realizar auditorias sistematizadas e periódicas nos prontuários, identificando possíveis falhas no processo comunicacional, estabelecer estratégias de educação permanente para a utilização efetiva de instrumentos de comunicação, como o prontuário e relatórios, proporcionar condições adequadas para a passagem de plantão, minimizando interrupções e ruídos que interfiram na concentração e apreensão das informações transmitidas, dentre outros (REBRAENSP, 2013).

No SAMU de São Paulo foi criado um protocolo de atendimento-pré-hospitalar para uma comunicação efetiva, que tem por objetivo minimizar erros. Dentre os itens está: manter comunicação ativa com seus colegas de equipe informando em voz alta todos os achados do exame primário e secundário, além de confirmar procedimentos ordenados e efetuados; na passagem do caso no hospital de destino, executar a passagem de dados na seguinte sequência: identificação do paciente e presença de familiar; achados e procedimentos na avaliação primária; achados da avaliação secundária incluindo entrevista AMPLA e exame físico; outros procedimentos efetivados; anotar na ficha o nome do profissional para o qual foi realizada a passagem do caso e o horário; na ficha de atendimento: utilizar letra legível, sem rasuras e respeitar o espaço dos diferentes campos, tanto na via original quanto na carbonada; não deixar

campos em branco; preencher os dados relativos à equipe de atendimento (identificação da equipe); utilizar abreviaturas e siglas padronizadas; utilizar registro completo e objetivo e jamais repetir dados; deixar a via carbonada no hospital de destino (ZEEFRIED, 2012).

Uma barreira para a comunicação é o silêncio organizacional, os profissionais apresentam dificuldade de se expressarem frente aos seus colegas de trabalho. Outro problema relacionado ao comprometimento de um processo de comunicação eficaz entre os profissionais tem sido a comunicação ocorrida nas passagens de turno (*handover*). O número inadequado de profissionais também tem sido apontado como uma barreira, pois a fadiga pode provocar distrações e, conseqüentemente, falhas no processo de comunicação, como por exemplo, informações relevantes deixam de ser transmitidas. A comunicação ineficaz repercute em cuidado inseguro, sendo um fator contributivo para desfechos desfavoráveis (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Estudo realizado por Streeter e Harrington (2017), mencionou o tipo de informações sobre os pacientes que os enfermeiros gostariam de receber. As informações desejadas incluíam dados gerais do paciente, como idade, sexo, diagnóstico e histórico (tanto médico quanto atuais eventos); plano de cuidados; testes de laboratório e radiologia (resultados, tendências, pendentes); alergias; gotejamento de medicações / fluidos / tubos; avaliação de feridas / curativos / pele; gestão da dor; e informações sociais sobre o paciente ou a família que possam alterar o atendimento ao paciente. Os enfermeiros descreveram as melhores transferências como aqueles que usavam uma abordagem de céfalo-caudal dos sistemas corporais. Eles associaram áreas calmas e tranquilas com melhores transferências, onde havia distrações mínimas ou poucas interrupções de outros funcionários, pacientes e familiares. Os enfermeiros não observaram quantidades específicas de tempo para as melhores e piores transferências. Em geral, as transferências muito curtas ou muito longas eram indesejáveis. Além disso, os enfermeiros não queriam se sentir apressados, pois ter tempo suficiente significava que os enfermeiros poderiam se preparar para a transferência e, portanto, esta poderia ser mais eficiente e focada.

No Brasil, um estudo realizado por Bernardes et al. (2014), no SAMU de São Paulo, identificou dificuldade na comunicação entre a equipe, o coordenador e responsável técnico do serviço. A comunicação dos TARM com as viaturas configurou-se em outra dificuldade, na medida em que não detêm as informações detalhadas dos casos dos pacientes que serão atendidos. As informações transmitidas aos trabalhadores das viaturas foram escassas e por vezes errôneas, o que fez com que não fosse reconhecida a real gravidade do caso. Na avaliação da coordenação, o processo comunicativo é falho também por parte do profissional que atua

nas viaturas, na medida em que eles não passam suas dificuldades diretamente à coordenação ou ao responsável técnico. Tal fato pode ser justificado pela dificuldade de articulação entre a coordenação e a equipe de trabalho.

Porém devido à intratabilidade e a complexidade do trabalho no cuidado de saúde, a surpresa não é que as coisas ocasionalmente deem errado, e sim que deem certo com tanta frequência. Quando se tenta gerir a segurança, concentra-se nos poucos casos que dão errado, e não nos muitos que dão certo. Porém, a investigação dos casos raros de falhas atribuídas a “erros humanos” não explica por que o desempenho humano quase sempre dá certo nem como isso ajuda a cumprir as metas do cuidado de saúde. Excluindo-se as atividades excepcionais, é seguro dizer que algo que dá errado dará certo muitas vezes antes e muitas outras vezes no futuro. Em outras palavras, quando algo dá errado, o primeiro passo é compreender como (nos outros casos) costuma dar certo, em vez de procurar causas específicas que expliquem apenas a falha (HOLLNAGEL; WEARS; BRAITHWAITE, 2015).

Nessa estrutura, o paciente acessa diversos serviços de saúde em busca da solução para seu problema. A ausência de integração desses sistemas responde por uma das causas mais comuns e de maiores consequências de erros (WACHTER, 2012). A Joint Commission estima que as transferências de informações sobre pacientes ou a transferência de pacientes entre setores respondam por 80% de eventos adversos graves que poderiam ser evitados (JCACH, 2012).

A padronização das ações garante uma adequada assistência, que reflete em menores chances de ocorrer eventos adversos relacionados ao transporte de pacientes criticamente enfermos. O planejamento, a participação de profissionais qualificados e o uso de equipamentos adequados de monitorização, são considerados essenciais para um transporte seguro, sendo fundamentais para a diminuição de intercorrências durante esse procedimento (MORAES; ALMEIRA, 2013).

A garantia da integridade do paciente que necessita de transferência depende dos esforços de diversos serviços estarem envolvidos e cientes das condições e das necessidades de se fazer a transferência de forma segura para o paciente. Todo profissional envolvido deve comunicar e partilhar as observações com os outros de forma a manter o conhecimento de forma global e ampla. O suporte mútuo significa que todos os profissionais devem ajudar a todos na transferência de forma a assegurar o melhor cuidado e a segurança do paciente (DEERING; JOHNSTON; COLACCHIO, 2011).

Portanto a comunicação entre os membros de uma equipe é uma rede complexa de pessoas, dispositivos, monitores e fontes de alerta. As comunicações face a face são o melhor

veículo para transmissão de informações sobre pacientes, porque é difícil através de um e-mail ou telefonema capturar rapidamente todos os detalhes pertinentes, a urgência, e as nuances da preocupação do médico (SPOK, 2017).

É de extrema dificuldade alcançar um estado de comunicação perfeita, onde todas as mensagens são devidamente transmitidas e compreendidas e os efeitos negativos sobre os cuidados são eliminados, mas podemos dar grandes passos com uma melhor tecnologia. Os cuidados de saúde, no ambiente complexo de hoje, exigem uma gestão cuidadosa de métodos e processos para prevenir lacunas onde informações importantes do paciente podem se perder. Com mais ferramentas disponíveis para apoiar as comunicações nos cuidados de saúde, existe uma necessidade crescente de usá-las estrategicamente e assegurar-se de que todos trabalhem juntos em apoio ao atendimento ao paciente (SPOK, 2017).

4 MÉTODO

Apresenta-se a seguir, a trajetória metodológica percorrida, o tipo de estudo escolhido, local e suas especificidades, a escolha dos participantes e sua caracterização, bem como os procedimentos para a coleta de dados, a modalidade de interpretação das informações e os aspectos éticos implicados.

4.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa se constituiu em um estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa.

Os estudos exploratórios são aqueles que se destinam a proporcionar uma investigação geral, de aproximação a um determinado contexto, ao tempo que os estudos descritivos são destinados à caracterização de um grupo, atitudes, opiniões e o relacionamento entre eles. Estes dois níveis são utilizados quando o investigador tem o propósito de explorar um determinado fenômeno e descrever suas características (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa qualitativa pretende compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores em relação aos valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; processos históricos, de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2014). Os estudos qualitativos contribuem com a enfermagem, pois permitem: compreender a maneira como as pessoas entendem e percebem a saúde e a doença; explorar e analisar as políticas sociais e de saúde;

identificar e descobrir as diferenças culturais dos pacientes e dos profissionais de saúde; descobrir e analisar as relações dos profissionais de saúde entre si e com os pacientes, dentre outras (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Campo do estudo

O estudo foi realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Porto Alegre- RS. O município de Porto Alegre foi pioneiro no Brasil a instituir o serviço, em 1995, baseado no modelo francês de atendimento pré-hospitalar, com o objetivo de chegar mais rápido ao local da ocorrência para socorrer vítimas de agravos urgentes à saúde, realizar o primeiro atendimento, estabilizar o paciente e transportá-lo ao local adequado. Com cinco equipes de saúde para realizar a atenção às urgências, o SAMU de Porto Alegre iniciou suas atividades junto ao Hospital de Pronto Socorro (HPS). Anos mais tarde, o Ministério da Saúde normatizou o APH no Brasil, consolidando diretrizes e com definição de estrutura, recursos humanos e materiais para o funcionamento do SAMU (PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 2010).

Atualmente o SAMU conta com espaço próprio localizado na Av. Ipiranga, 3591, onde a parte administrativa e a central de regulação estão instaladas, bem como serve de base à equipe do Veículo de Intervenção Rápida (VIR). Possui 15 equipes de atendimento, sendo 12 de Suporte Básico de Vida (SBV) e 3 de Suporte Avançado de Vida (SAV) e um VIR. Estas equipes estão distribuídas na cidade de forma descentralizada, denominadas de “bases”, que são áreas para acomodação das equipes, como medida de organização para diminuir o tempo resposta aos chamados (CICONET, 2015).

As bases cobrem os diferentes bairros da cidade, cuja área de cobertura foi sendo organizada usando critérios de proximidade. São 13 bases, cujos locais foram sendo decididos a partir da disponibilidade de recursos de infraestrutura, de parcerias institucionais e de demandas do controle social (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2010). Foram distribuídas de forma a cobrir as regiões da cidade e as bases são assim denominadas: Hospital de Pronto Socorro (HPS), Bom Jesus, Hospital Cristo Redentor, Morro Santana, Centro Vida, Lomba do Pinheiro, Navegantes, Partenon, Restinga, Belém Novo, Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), Cavalhada e Serraria (CICONET, 2015).

O atendimento inicia pela recepção do chamado feito pelo usuário e/ou solicitante, que, ao ser acolhido em sua demanda, dialoga com a Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM), responsável por anotar a queixa principal do solicitante e dados de identificação

(endereço, nomes do solicitante e da vítima, idade aproximada e, se possível, pontos de referência para melhor localização do endereço). Na sequência, o solicitante dialoga com o médico regulador de urgência que, a partir das informações que recebe acerca das condições de saúde do usuário, presume o tipo de afecção (clínica, traumática, obstétrica, psiquiátrica ou apenas orientações) e sua gravidade (CICONET, 2015).

Ao caracterizar o pedido como pertinente ao SAMU, o regulador decide pelo envio de uma unidade móvel de acordo com a gravidade da situação. Nessa etapa, o Rádio Operador (ROP) passa a atuar, comunicando à equipe a missão a ser executada e acompanha os movimentos desta equipe. A equipe, ao receber o aviso do atendimento, se desloca de onde está (sua Base ou outro local) e se dirige ao encontro do usuário/solicitante. Ao chegar no local, a equipe avisa de sua chegada e inicia a abordagem na cena do atendimento, após o paciente será encaminhado à outro serviço de saúde ou ficará no local, não necessitando de remoção (CICONET, 2015)

4.3 Participantes do estudo

Foram convidados a participar do estudo os profissionais da equipe de saúde do SAMU envolvidos na assistência às vítimas, ou seja, médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem. A pesquisadora convidou por meio de abordagem direta aos profissionais que estiveram atuando no SAMU no período de coleta dos dados.

A amostra de participantes do estudo se caracterizou por 28 profissionais dentre eles: médicos (10,71%), enfermeiros (21,43%) e técnicos de enfermagem (67,86%). A maioria dos participantes era do sexo feminino, sendo 15 mulheres (53,57%) e 13 homens (46,43%). A faixa etária esteve compreendida entre 31 a 60 anos, com idade média de 41,57 anos. Sobre o tempo de atuação no SAMU a média foi de 16,32 anos, prevalecendo o turno de trabalho diurno (64,29%). Dos 28 profissionais, 13 possuíam pós-graduação (46,43%), sendo que a maioria era na área de urgência e emergência. A amostra de observações caracterizou-se por 33 composições profissionais diferentes, sendo que 24 (72,73%) dessas equipes compunham o SBV e 9 (27,27%) o SAV.

4.4 Coleta das informações

Os dados foram coletados por meio de observação não-participante (Apêndice A) e de entrevista semiestruturada (Apêndice B).

Segundo Stake (2011), os dados de observação são informações que podem ser vistas, ouvidas ou sentidas diretamente pelo pesquisador. O olho vê muito, observando simultaneamente quem, o quê, quando, onde e por que e, principalmente, relacionando-os a histórias ou às assertivas futuras, ou seja, à questão de pesquisa. A história, a assertiva, os quadros e até mesmo a questão de pesquisa mudarão com o desenrolar do estudo, e a imaginação também muda.

O método adotado foi a observação não-participante, na qual o investigador não interage de forma alguma com o objeto do estudo no momento em que realiza a observação, logo, não poderá ser considerado participante. Este tipo de técnica reduz substancialmente a interferência do observador no observado e permite o uso de instrumentos de registo sem influenciar o objeto do estudo. O pesquisador toma contato com o grupo, comunidade ou realidade investigada sem integrar-se a ela, como espectador, registrando as ocorrências que lhe interessam. É um método utilizado em estudos exploratórios (VIANNA, 2007; MARCONI; LAKATOS, 2011). Entretanto, cabe ressaltar que embora o objetivo da presença da pesquisadora nos locais de atendimento tivesse a finalidade de coleta de dados, sabia-se da possibilidade de que a demanda pelo suporte à vida exigisse, por ventura alguma intervenção pontual, o que ocorreu em quatro situações, quando foi necessário auxiliar na realização de um parto gemelar e puncionar acesso venoso periférico em três atendimentos diferentes.

As observações foram realizadas pela pesquisadora, durante atendimentos do SAMU, conforme cronograma pré-definido, no período da manhã, tarde e noite. Foram realizadas nos dias de semana, pois aos finais de semana há menor demanda (CICONET, 2015).

No SAMU foram observadas as unidades SBV e SAV com auxílio de um roteiro previamente estruturado (APÊNCIDE A). A adequação da quantidade de dados coletados foi confirmada pela saturação das informações, durante a observação dos fatos, assim como por serem dados que se relacionaram aos discursos dos participantes nas entrevistas. Foi observado a informação da chamada (enviada pelo regulador às equipes), as informações coletadas na cena e as documentadas em ficha de atendimento, as informações verbalizadas para a equipe que recebe o paciente e as informações verbalizadas pela equipe que recebe o paciente do SAMU.

Foram disponibilizadas 169 horas observações, porém, totalizou-se 135 horas efetivamente observadas junto às equipes em atendimento. Esta diferença decorreu de que em vários momentos os pesquisadores chegavam nas bases e as equipes estavam prestando atendimento, o que exigiu que se aguardasse o retorno da equipe ou se procedesse o deslocamento para observação de outra base, conforme orientação da regulação médica quanto à presença das equipes nas bases. Os períodos de observação tiveram em média 4 horas de

duração, o que esteve pautado na qualidade da atenção despendida para a atividade. As observações foram registradas por gravação de voz da pesquisadora, tão logo fossem concluídos os atendimentos, e posteriormente foram transcritas em diário de campo.

Compreenderam-se 34 períodos de observação, com 33 composições profissionais diferentes, sendo que 24 eram de SBV, totalizando 47 atendimentos observados com estas equipes e 9 de SAV, totalizando 09 atendimentos observados com estas equipes, conforme está demonstrado no quadro 1.

Quadro 1: Distribuição dos períodos de observação, base, número de atendimentos e considerações. Porto Alegre, 2018

DATA	PERÍODO DE OBSERVAÇÃO	BASE	NÚMERO DE ATENDIMENTOS OBSERVADOS
24/04/2018	08h-12h	Base A	Nenhum
24/04/2018	14h-18h	Base B	Dois
24/04/2018	14h-18h	Base B	Dois
02/05/18	7h-13h	Base C	Dois
02/05/18	16h-18h	Base D	Dois
02/05/18	14h-18h	Base E	Um
03/05/18	14h-18h	Base F	Nenhum
08/05/18	15h-19h	Base G	Um
09/05/18	8h30min-12h30min	Base H	Dois
09/05/18	13h-17h	Base I	Três
09/05/18	13h-17h	Base J	Nenhum
10/05/18	13h-17h	Base C	Dois
11/05/18	15h20min-19h	Base K	Dois
11/05/18	19h-22h30min	Base K	Três
14/05/18	6h-11h	Base L	Um
14/05/18	11h30min-17h30min	Base F	Cinco
15/05/18	9h-12h	Base M	Dois
15/05/18	12h30min-17h	Base E	Um
16/05/18	8h30min-16h30min	Base N	Dois
16/05/18	17h40min-19h	Base M	Dois
16/05/18	15h45min-19h	Base A	Um
16/05/18	19h-21h40min	Base M	Um
16/05/18	19h-22h	Base A	Um
17/05/18	15h-18h20min	Base A	Um
22/05/18	11h-17h	Base B	Quatro

Continuação...

23/05/18	7h30min-11h30min	Base K	Um
23/05/18	12h30min-18h	Base B	Quatro
07/06/18	8h-13h	Base E	Um
08/06/18	11h-15h30min	Base G	Dois
13/06/18	15h50min-19h	Base H	Nenhum
13/06/18	14h-20h20min	Base D	Dois
13/06/18	20h20min-23h	Base D	Um
14/06/18	15h-16h	Base L	Nenhum
14/06/18	19h-22h	Base L	Nenhum

Fonte: Dados da pesquisa, Porto Alegre, 2018.

Os eventos observados, assim como a impressão da pesquisadora, foram registrados em um diário de campo durante a observação, considerando postura corporal, toque, gestos, contato visual e as expressões verbais e não verbais dos profissionais. Segundo Minayo (2014), o diário de campo é um caderno de notas, em que o pesquisador, por dia, vai anotando o que observa. Nele devem ser escritas impressões pessoais, resultados de conversas informais, observação de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos. As observações foram codificadas como O-1, O-2, O-3... e assim sucessivamente, por ordem cronológica, até a O-34, sendo cada uma correspondente a um período, independente do número de ocorrências acompanhadas.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com os profissionais do SAMU e obedeceram um roteiro (APÊNDICE B). Ocorreram nas bases do SAMU, durante o horário de trabalho, na data e horário de preferência do entrevistado, em lugar reservado. Ao iniciar a entrevista foram oferecidas explicações iniciais, assim como atendidas solicitações necessárias para um diálogo respeitoso e construtivo, e colocada a preocupação em esclarecer os objetivos da entrevista. No momento de algumas entrevistas vieram a ocorrer chamados de socorro pela central de Regulação Médica, estas foram pausadas e tiveram seguimento após a realização dos chamados. As entrevistas foram gravadas em áudio, com aparelho digital e, posteriormente, transcritas pela pesquisadora para organizar as informações.

Foi obedecido o critério de inclusão: Atuar no setor há mais de seis meses. Foram excluídos os profissionais que estiveram em licença ou afastamento por qualquer motivo durante o período de coleta de dados. A coleta foi realizada nos meses de abril a junho de 2018 e contou com a participação de dois auxiliares de pesquisa previamente capacitados, além da pesquisadora principal.

A seleção dos profissionais do SAMU que participaram das entrevistas observou os critérios necessários para uma abordagem qualitativa, de forma a privilegiar os sujeitos sociais que detinham os atributos que se pretendia conhecer e que melhor pudessem suprir informações de acordo com a exigência do estudo. São indivíduos que, têm um bom diálogo e estão mais sensíveis à temática. Contemplou um conjunto de informantes, diversificado, para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). A pesquisadora utilizou o período de observação para selecionar os informantes convidados a responder as entrevistas, sendo que o alcance dos objetivos da entrevista foi utilizado como critério para a definição do número de 28 profissionais entrevistados, bem como para evitar possíveis vieses relacionados à seleção dos melhores informantes.

As observações e entrevistas ocorreram concomitantemente no que tange ao período da coleta dos dados. Manteve-se a proporcionalidade entre as categorias profissionais (enfermeiro, técnico de enfermagem/auxiliares de enfermagem e médicos). O encerramento amostral de ambas obedeceu ao critério de saturação teórica dos dados e aos objetivos deste estudo.

A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente utilizada em investigações qualitativas, em diferentes áreas no campo da saúde, entre outras, sendo usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. “Fechar” a amostra significa definir o conjunto que subsidiará a análise e interpretação dos dados. A coleta de novos dados por meio de novas entrevistas acrescentaria supostamente poucos elementos para discussão em relação à densidade teórica já obtida (FONTANELLA et al., 2011).

4.5 Análise dos dados

O conteúdo transcrito das entrevistas e os registros da observação não-participante, uma vez organizados, foram analisados com base no referencial proposto para análise de conteúdo temática, segundo pressupostos de Minayo (2010). Para a autora, a análise de conteúdo temática é uma técnica de pesquisa que permite replicar e validar as inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.

Fazer uma análise temática permite descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenha significado para o objeto analítico escolhido. Tenta-se, com ela, ultrapassar o nível do senso comum, do subjetivismo na interpretação e alcançar um olhar crítico frente à análise dos dados (MINAYO, 2010). A autora organiza a análise de conteúdo temática em três etapas:

1ª etapa: **Pré-Análise:** é representada pela escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. A pré-análise pode ser decomposta nas seguintes tarefas:

- **leitura flutuante** de todo o material, visando conhecer o texto. A princípio, essa leitura pode deixar-se invadir por impressões do pesquisador, mas pouco a pouco deve tornar-se mais precisa em função dos objetivos da pesquisa. A dinâmica entre as hipóteses iniciais, as emergentes e as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais sugestiva e capaz de ultrapassar a sensação de caos inicial.

- **Constituição do *corpus*:** refere-se à totalidade do universo de informações estudado, devendo se correlacionar a algumas normas de validade qualitativa: exaustividade (contemplar todos os aspectos do roteiro); representatividade (características essenciais); homogeneidade (critérios precisos de temas, técnicas e atributos dos interlocutores); pertinência (documentos adequados aos objetivos da pesquisa).

- **Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos:** tem-se a retomada da etapa exploratória, a partir da leitura exaustiva do material e reformulação de hipóteses, possibilitando a retomada dos rumos interpretativos ou a abertura de novas indagações.

Neste contexto, a fase da pré-análise encerra-se com a preparação do material, ou seja, a reorganização dos dados codificados.

2ª etapa: **Exploração do material:** busca alcançar a compreensão do texto, a partir da construção de **categorias**, consistindo num processo de redução do material a palavras e expressões significativas.

3ª etapa: **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** faz-se a interpretação do conteúdo recortado de acordo com dados da literatura. Propõem-se inferências e busca de significados, inter-relacionando-os com o quadro teórico delineado inicialmente ou lançando novas hipóteses em torno das dimensões teóricas e interpretativas sugeridas pelos dados coletados.

Seguindo essas etapas, foram identificadas as seguintes categorias e subcategorias, conforme está demonstrado no quadro 2:

Quadro 2: Categorias e subcategorias do estudo. Porto Alegre, 2018

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Caracterização das informações	Comunicação de informações insuficiente
	Fidedignidade das informações
	Brevidade em coletar e transferir informações
	Registro de informações no boletim de atendimento do SAMU
Circunstâncias que dificultam a transferência do cuidado	Falta de padronizações durante a transferência do cuidado
	Banalização dos atendimentos realizados pelo SAMU
	Recepção do SAMU e do usuário pelas equipes que darão continuidade ao cuidado
	Superlotação dos serviços de emergência
Circunstâncias que contribuem para transferência do cuidado	Pactuações na rede de atenção às urgências e emergências
	A visibilidade de casos graves contribui para a continuidade do cuidado
Intervenientes na segurança do paciente e da equipe	Riscos para o paciente e equipe durante o transporte e transferência do cuidado
	Diferentes perspectivas e as implicações para a continuidade do cuidado
A dimensão (inter)pessoal/profissional da transferência do cuidado	Comunicação verticalizada pelas hierarquias
	Comunicação pessoa-dependente
	Interface emocional do cuidado

Fonte: Dados da pesquisa, Porto Alegre, 2018.

4.6 Aspectos éticos

Antes de qualquer contato com os participantes do estudo, foram atendidos preceitos éticos indispensáveis quando se trata de pesquisa que envolva seres humanos. Primeiramente o projeto foi encaminhado para autorização da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ/UFRGS) e a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP/SMSPOA), conforme prevê a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Somente após a autorização formal de ambos, iniciou-se a coleta dos dados. Para a realização das observações e das entrevistas foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ÂPENDICE C), que foi assinado pelo participante antes de iniciar a coleta das informações, após receber as informações verbalmente do pesquisador, em duas vias de igual teor, uma ficando com a pesquisadora e a outra com o participante. Este recebeu também o Termo de Confidencialidade para Uso dos Dados (ÂPENDICE D), no qual a pesquisadora comprometeu-se a preservar as informações institucionais.

Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar de forma voluntária, podendo interromper sua participação neste estudo a qualquer momento. Foram esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa, bem como quanto aos riscos, que, se existiram, foram mínimos. Eles se referem a possíveis desconfortos associados ao tempo dispendido para responder o questionário e a interferências na rotina e constrangimento dos sujeitos durante a observação não-participante. Para que estes riscos fossem amenizados, foram selecionados pesquisadores familiarizados com o atendimento de urgência e emergência, e capacitados quanto à técnica de coleta dos dados, além de garantia de anonimato dos profissionais observados nos registros efetuados pelo pesquisador e de confidencialidade dos dados.

Os benefícios desta pesquisa foram indiretos, pois as informações coletadas forneceram subsídios sobre o processo e o contexto no qual ocorrem as transferências do cuidado na área da urgência e emergência e forneceram informações que poderão redesenhar estratégias para melhorar o atendimento, a comunicação de informações, a articulação e as transferências entre os serviços da Rede de atenção às urgências e a segurança do paciente.

Além disso, os participantes foram informados da ausência de custos e remuneração financeira pelo fornecimento dos dados. A fim de garantir o anonimato, os participantes da pesquisa foram identificados com a letra “E” para os enfermeiros, “TE” para os

técnicos/auxiliares de enfermagem, “ME” para médicos e um número relativo à ordem de realização das entrevistas.

Os resultados, além de serem apresentados como Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, serão divulgados por meio de resumos e artigos científicos, publicados em eventos e periódicos da área. Também haverá devolução dos resultados aos participantes do estudo e instituição de saúde, de acordo com cronograma a ser acordado com os mesmos.

5 RESULTADOS

Os achados do presente estudo foram organizados em dois artigos. O primeiro artigo intitula-se “ Comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar” e o segundo artigo versa sobre a transferência do cuidado pré-hospitalar e suas implicações para a segurança do paciente.

Artigo 1: Comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar

Objetivo: caracterizar a comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar. Método: estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu entre abril e junho de 2018, com observação não-participante e entrevista semi-estruturada, no cenário do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Porto Alegre- RS. Foram realizadas 28 entrevistas com profissionais do SAMU e 135 horas de observação dos atendimentos. Aplicou-se a análise de conteúdo temática. Resultados: emergiram três categorias inter-relacionadas: a) caracterização das informações; b) circunstâncias que dificultam a transferência do cuidado; c) circunstâncias que contribuem para a transferência do cuidado. A comunicação de informações entre as equipes de saúde para a transferência do cuidado pré-hospitalar se estabeleceu por vezes, de forma incompleta e pouco clara, resultando em situações que colocaram o paciente em risco. O estabelecimento de acordos (in)formais foi um facilitador para cooperação entre as equipes. Conclusão: as circunstâncias que dificultaram a comunicação foram a superlotação dos serviços, a má receptividade das equipes de saúde em relação ao paciente e ao SAMU, além da falta de padronização e recursos materiais e humanos. Se estabeleceram pactuações, como uso da tecnologia para agilizar e organizar as transferências do cuidado.

Descritores: serviços de urgência; atendimento de emergência pré-hospitalar; sistemas de comunicação entre os serviços de emergência ; informação e comunicação na saúde; continuidade da assistência ao paciente; transferência do paciente.

Introdução

A ciência, a medicina e a tecnologia se tornaram cada vez mais sofisticadas ao longo do tempo, porém a comunicação continua a ser um obstáculo na busca do melhor atendimento ao paciente ⁽¹⁾. A comunicação clínica ocorre no contexto de múltiplas “competições” de prioridades e responsabilidades e o contexto situacional influencia a duração e o tipo de comunicação, bem como outros elementos-chave para o seu sucesso ⁽²⁾.

Entende-se por comunicação eficaz quando o significado pretendido da fonte e o significado percebido pelo receptor são virtualmente o mesmo. Para que as informações clínicas sejam consistentemente transmitidas, são necessários conhecimentos, habilidades e atitudes da equipe e, particularmente, uma comunicação adequada ⁽³⁾.

A resolutividade da Rede de Atenção às Urgências (RAU) ainda tem sido caracterizada como frágil ⁽⁴⁾. Estudo realizado com enfermeiros no Brasil e em Portugal reforçam essa ideia sinalizando que a superlotação prejudica o desempenho de práticas humanizadas e os relacionamentos saudáveis entre profissionais, num ambiente onde falta espaço para colocar os pacientes, carência de recursos humanos, sobrecargas de trabalho e fluxo desordenado. Somando-se a isso, a atenção nas urgências continua focalizada no modelo hospitalar e, na maioria dos casos, atendendo ocorrências que não se caracterizam como urgentes ⁽⁵⁾.

Estudo realizado com profissionais da saúde na região Centro-Oeste do Brasil, trouxe ainda como outro entrave para a RAU, os problemas na efetivação da referência e contrarreferência entre os serviços ⁽⁶⁾. Diante destes achados, entende-se que a RAU constitui-se como um cenário assimétrico, complexo e desafiador para a transferência do cuidado.

A transferência do cuidado envolve a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde à medida que os pacientes são transferidos entre diferentes configurações ⁽⁷⁾. Trata-se de um momento, no qual se observam altas taxas de degradação da comunicação de informações. Portanto é importante destacar a potencialidade de dano das lacunas relacionadas ao processo de transferência do cuidado do paciente dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel para unidades de emergência. Em estudo no Arizona, os autores avaliaram as transferências de pacientes e observaram que durante este momento informações clínicas significativas não foram passadas do serviço de atendimento pré-hospitalar para os profissionais da unidade de emergência ⁽⁸⁾.

O aumento contínuo no número de chamadas e incidentes e a realização de tratamentos e procedimentos cada vez mais complexos, elevam o risco de eventos adversos durante o atendimento do serviço pré-hospitalar e na transferência do cuidado para o hospital. Apesar do crescente número de evidências sobre a ocorrência de eventos adversos nos hospitais, os dados correspondentes à segurança do paciente ao receber serviços de ambulância são insuficientes⁽⁹⁾.

Portanto, põe-se em questão a segurança do paciente, já que esta se encontra relacionada à qualidade nos serviços de saúde e vem se tornando assunto prioritário na área, visto que constitui globalmente um grave problema de saúde pública. As consequências de danos ou lesões decorrentes dos cuidados assistenciais podem ser graves ou fatais e extremamente dispendiosas para suas vítimas e para os sistemas de saúde⁽¹⁰⁾.

Diante das questões descritas na literatura, é possível afirmar que o estudo sobre a comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar ainda pode ser considerada uma lacuna a ser respondida, especialmente no que tange ao contexto dos serviços de atendimento móveis de urgência no Brasil. Diante do exposto, questiona-se: Como se estabelece a comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar? Objetiva-se de caracterizar a comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar.

Método

Esta pesquisa se constituiu em um estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. O cenário estudado foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Porto Alegre- RS. O SAMU possui 15 ambulâncias, sendo que três são de suporte avançado vida e 12 de suporte básico de vida. A coleta dos dados foi realizada no período de abril a junho de 2018, por meio de observação não-participante e entrevista semiestruturada.

Realizou-se 135 horas de observação não-participante dos atendimentos realizados pelo SAMU, desde o chamado até as transferências do cuidado. As observações, por amostragem de tempo, foram distribuídas em períodos de quatro horas em média, contemplando os turnos da manhã, tarde e noite. Foram observados um total de 53 atendimentos de 33 equipes diferentes, sendo que 45 atendimentos foram das equipes de Suporte Básico de Vida e 8 das equipes de Suporte Avançado de Vida. As observações foram registradas por gravação de voz da pesquisadora, tão logo fossem concluídos os atendimentos, e posteriormente foram transcritas em diário de campo.

Foram realizadas 28 entrevistas semiestruturadas, com três médicos, seis enfermeiros e 19 técnicos/auxiliares de enfermagem. O processo de amostragem dos profissionais foi por conveniência, sendo o total definido por saturação das informações, bem como das observações. Foram incluídos no estudo profissionais que atuavam no setor há mais de seis meses e foram excluídos aqueles que estavam em licença ou afastamento por qualquer motivo durante o período de coleta de dados.

O conteúdo transcrito das entrevistas e os registros da observação não-participante, uma vez organizados, foram submetidos à análise de conteúdo temática.

Este estudo atendeu aos preceitos éticos da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 82452318.3.0000.5347 e da instituição coparticipante sob CAAE nº 82452318.3.3001.5338. Para garantir o anonimato dos participantes na apresentação dos resultados, utilizou-se a letra “E” para os enfermeiros, “TE” para os técnicos/auxiliares de enfermagem, “ME” para médicos e um número relativo à ordem de realização das entrevistas. Para as observações utilizou-se a letra “O” seguida da ordem de realização das observações.

Resultados

A comunicação de informações entre as equipes de saúde para a transferência do cuidado pré-hospitalar se estabelece por vezes, de forma incompleta e pouco clara, resultando em situações que colocaram o paciente em risco. Porém o estabelecimento de acordos (in)formais foi um facilitador para a cooperação entre as equipes.

Esse fenômeno, por sua vez, é sustentado por três categorias inter-relacionadas: Caracterização das informações; Circunstâncias que dificultam a transferência do cuidado; Circunstâncias que contribuem para a transferência do cuidado. A categoria “Caracterização das informações”, é sustentada por quatro subcategorias.

Na primeira subcategoria- “Comunicação de informações insuficientes”, fica claro nas falas dos participantes que as informações coletadas pela regulação e transferidas para a equipe poderiam ser mais completas. Porém a falha não é somente da regulação. O solicitante por vezes “mascara” a situação dificultando a avaliação do médico, potencializando a gravidade da situação na descrição para o médico regulador, com o objetivo de garantir o envio da ambulância.

Deveriam ser feitas mais perguntas pelos médicos reguladores, as informações são muito fragmentadas, as vezes te dizem que tu vais atender um paciente que caiu na calçada e

chega lá e é uma vítima de atropelamento, isso é muito normal de acontecer no dia-a-dia. A informação deveria ser de uma qualidade melhor para nós irmos melhor preparados para atender o caso (TE-01).

Recebemos um chamado via smartphone: feminino, 60 anos, gravidade média, com relato de que ficou desacordada. Entramos na casa, a paciente estava deitada na cama, disse que estava com dor na coluna há 7 dias. Pediu desculpas pela filha ter chamado o SAMU. A filha chegou e relatou para a equipe que a mãe estava desmaiada, mas a mesma disse que só estava dormindo. (O-12)

Percebem-se falhas na comunicação desde o início do processo, ou seja, desde a comunicação de informações entre o médico regulador e a solicitante. Confirmar com mais precisão se a vítima estava responsiva ou não e, por outro lado, a veracidade das informações dadas pela solicitante sobre a responsividade, com a intenção de envio rápido de uma ambulância.

O não reconhecimento e a desvalorização de queixas graves gera perda de oportunidades de intervenções imprescindíveis, e graves consequências para o paciente. O regulador é o guia do atendimento, ele que decide o que é urgência e emergência, e ainda é o responsável por deixar o serviço de saúde que dará continuidade aos cuidados a par do que vai receber, porém isso não acontece na maioria dos atendimentos. Para a equipe que transporta o paciente fica a dúvida se o médico regulador contatou o hospital ou não. Ele pode ter contatado, mas o profissional que recebeu a ligação talvez não tenha repassado as informações para equipe. Situações como estas são comuns de ocorrerem no SAMU e trazem prejuízos para a segurança do paciente:

O que acontece, como ocorreu há poucos dias, nos regularam um paciente que segundo o médico era só uma síncope, chegando lá o paciente estava parado. Então, falta a coleta de dados simples como se o paciente tem pulso e respira. Uma perda de tempo que poderia salvar o paciente se a avançada fosse acionada diretamente. Isso é muito falho. (TE-19) Outro fator de entrave é a falta de comunicação médica do SAMU e o destino ao qual este paciente está sendo transportado. Esse processo muitas vezes não acontece, e essa é a primeira pergunta que os profissionais do destino perguntam. Isso gera muito estresse entre a equipe e o local de destino (TE-20).

O enfermeiro conta que um dia foram levar uma criança com problema cardíaco e ela precisava de berço aquecido, o regulador passou isso para a equipe que iria receber, chegando lá disseram que não sabiam. O berço não estava aquecido, não tinha nada preparado e a sala estava fria (O-15).

Outra falha frequente na comunicação durante a transferência do cuidado, é a omissão de dados essenciais por parte da equipe do SAMU. Como identificamos a seguir, apenas informações mínimas foram transferidas, exceto quando o profissional receptor tenha feito perguntas:

[...] outros ficam aguardando que alguém pergunte, tu está passando uma paciente vítima de colisão carro x carro. Ninguém pergunta: “ah, e a velocidade? tu sabes me dizer como é que foi a cinemática?” não, simplesmente é carro x carro, é o que basta pra eles e é o que eu me resumo ao dizer. Então, a gente tem uma deficiência nessa situação, uns aguardam a emergência nos perguntar o que aconteceu, outros oferecem detalhes maiores por serem mais minuciosos, mas não que o outro não saiba o que aconteceu...(E-26)

Na subcategoria - “Fidedignidade das informações” evidencia-se que mais do que ouvir fatos, a comunicação é o núcleo da construção de relações confiáveis. É o que mantém os membros da equipe de cuidados conectados e o que os permite entender e atender as necessidades dos pacientes e das famílias.

A complexidade das situações vivenciadas implica obtenção de informações fidedignas, facilitando interrupções e falhas na comunicação de informações durante a transferência do cuidado. São situações que exigem condutas diferentes daquelas para as quais os profissionais estão sendo preparados para a atuação em urgência e emergência:

[...] principalmente nos atendimentos de psiquiatria os familiares omitem muito, questão de agressão, abuso, então as vezes com um olhar do paciente tu já identifica que não é bem aquilo que está acontecendo [...] (TE-12). [...] Já peguei pacientes que falaram que aquilo começou tal hora e depois disseram que era de uma semana atrás, então eu levei para um local que não era o adequado para ele naquele momento, sem necessidade, porque ele mentiu [...] (TE-09).

Os profissionais do SAMU também acabam passando informações incertas para a equipe que dará continuidade ao cuidado no cenário hospitalar, o que ocorre pela coleta insuficiente de informações na cena.

O técnico de enfermagem anota no boletim de atendimento que a ausculta pulmonar e cardíaca estão normais e que as pupilas estão isocóricas e fotorreagentes. No entanto, ele não realizou a ausculta pulmonar e cardíaca, nem testou a fotorreação das pupilas (O-20).

“Brevidade em coletar e transferir informações” compõe a subcategoria que tratou sobre a rapidez com que é feita a coleta de dados sobre o paciente na cena, o que se mostrou resultar numa transferência com erros de medicação e atrasos na sequência do tratamento.

Alguns profissionais do SAMU acreditam que é no hospital que estes dados devem ser investigados.

[...]A questão do cuidado com as medicações que tu estás aplicando dentro da ambulância, pois tudo é feito muito rápido, embora a gente cuide o que está preparando, não colocamos rótulos, até porque não dá tempo de fazer. Então quando eu entrego paciente um dentro da emergência, eu sei que só tem soro ali, mas se tiver alguma medicação, a gente não pode esquecer, tem que avisar (E-15). [...] Eu tenho que estabilizar e levar[...] tem que ser o necessário e rápido, hoje por exemplo na queda de altura eu não vou ficar medindo, vendo quantos metros tem, perguntando para 10 se ele pulou do 1º, 2º, 3º, ou 4º andar. Eles lá no hospital que vão poder investigar mais isso (E-03).

Porém existem casos que a brevidade na coleta de informações na cena se justifica pelo contexto situacional, onde a segurança da equipe está em risco:

Fomos atender uma queda do 3 andar, após transferir paciente para o hospital, o médico me diz que não coletou muitas informações e foi breve na cena pois tinha uma população muito violenta observando, a situação estava gerando comoção, então o objetivo era sair logo dali, por isso da brevidade (O-28).

Uma comunicação efetiva depende de tecnologia, logística e protocolos, mas também de pessoas dispostas a envolver-se em torno do propósito de compartilhar informações clínicas centradas no paciente. Para os entrevistados a brevidade em transferir informações é solicitada pela equipe que recebe o paciente e até mesmo pela própria regulação do SAMU:

[...] penso que quem recebe às vezes está cheio de tarefas e parece que querem ir direto ao ponto, querem abreviar, eu tento passar de uma maneira mais completa ... mas nem sempre eu tenho ouvidos [...] (TE-21). Às vezes são coisinhas que não te custa esperar um minutinho mais ali e passar o paciente direitinho, se bem que muitas vezes tu nem passou o paciente e a central já está te incomodando, estão liberados? E muitas vezes eles pressionam tanto que tem colegas que largam o paciente para sair atender outro. (TE-21)

Na subcategoria – “Registro de informações no boletim de atendimento do SAMU” foi relatado que o pouco espaço para descrição do caso no boletim interfere na quantidade de informações descritas e implica que profissionais escrevam no verso do mesmo. O boletim de atendimento não é configurado para que se escreva no verso, portanto o risco da equipe que irá receber o paciente de não visualizar essa informação é grande. Porém o pouco espaço não justifica a ausência de informações básicas.

*[...] escrevo no boletim e passo verbal, aí se não tem espaço eu continuo atrás (TE-12)
[...]no boletim às vezes tu não consegue escrever tudo que precisa, muitas vezes intercorrências*

tu não consegue passar (TE-21) ...Os boletins são carentes de informações, muitas vezes não constam equipe, endereço e data... (E-23).

O preenchimento completo do boletim de atendimento do SAMU, agiliza a confecção da ficha hospitalar e facilita também a equipe de profissionais a reconhecer o estado do paciente e a determinar conduta mais apropriada. Porém, além dos limites para o registro foi relatado descrédito da sua importância pelos profissionais que darão continuidade ao cuidado

Eu círculo nos sinais vitais, o que está alterado, para talvez se alguém olhar meu boletim vai ver. Às vezes nem olham nosso boletim de atendimento, vai muito mais do que tu falas (TE-09).

Os profissionais do SAMU também relacionaram o registro a questões jurídicas do documento, fornecendo respaldo legal para a equipe. Juntamente com o boletim de atendimento os profissionais relatam a utilização do rádio como mais uma alternativa de respaldo legal para a equipe:

... eu escrevo tudo, pois é isso que defende a equipe do que foi feito e do que não foi feito, tem gente que não escreve quase nada nos boletins. Então isso é segurança pra equipe e para o paciente...(ME-06) A gente procura sempre passar a ocorrência pelo rádio para ficar registrado, depois se aquele paciente entrar na justiça por alguma coisa a gente pode buscar esse chamado[...](TE-18).

A categoria – “Circunstâncias que dificultam a transferência do cuidado” é sustentada por quatro subcategorias. Na primeira subcategoria – “Falta de padronizações durante a transferência do cuidado”, indica que a falta de protocolos e/ou a não utilização dos mesmos já existentes prejudicam a segurança do paciente e a operacionalização do serviço. Em vez da utilização de protocolos, criam-se acordos informais, que nem sempre funcionam com todos profissionais:

... os protocolos de atendimento não são cumpridos. Exemplo, todo o paciente que sofreu uma queda, com perda de consciência, deve ser conduzido por uma equipe avançada. Só que a equipe avançada não faz isso, empurra para ti...Então eu não posso te responder que as coisas são feitas de maneira correta. Outro exemplo, uma pessoa cai do 3º andar, tu presume que uma pessoa que cai desta altura está politraumatizada e tem que ir a SAV, mas não, primeiro vai o suporte básico na frente (TE-25).

Além dos protocolos, a falta de padronização de qual profissional da rede irá receber o paciente transportado pelo SAMU gera desgaste na equipe, pois a mesma passa o caso clínico do paciente para diversos profissionais aleatoriamente, sem que algum seja referência para a transferência.

Muitas vezes tu comesças a contar uma história rica para a pessoa que vem receber, na segunda pessoa que vai receber que geralmente é o enfermeiro, tu já contas mais abreviada, para não ficar repetindo, porque tu já escreveste, tu já falaste para regulação, está falando 3, 4 vezes para diversos profissionais, depois chega o médico e quer saber, daí tu tenta falar de novo. Então eu acho que não existe uma captação plena da informação que é passada, do SAMU para a recepção do hospital (TE-10).

A subcategoria – “Banalização dos atendimentos realizados pelo SAMU” revela que o sentimento de desvalorização dos profissionais do SAMU frente ao desprezo sobre o caso que está sendo transferido, como se fosse mais um paciente que chegasse por meios próprios, e o SAMU torna-se invisível, não tendo prioridade de atendimento mesmo sabendo que há outras vítimas necessitando de atendimento. Sendo assim a equipe que recebe, banaliza o paciente e o SAMU:

... tu tens que esperar a equipe deles trocar de plantão para passar o paciente. O paciente às vezes está com Máscara de Hudson, está ficando instável, está convulsionando e eles pedem para ti aguardar, isso é muito complicado... (TE-12).

Subestimar a gravidade da condição de um paciente, banalizando a sua queixa torna o cuidado inseguro. O termo “hagazão”, muito utilizado por todos profissionais do SAMU, é uma gíria que eles utilizam quando um paciente supervaloriza sua queixa, e que aparentemente não apresenta nenhum agravo, mas “finge” apresentar.

Mas a gente ficou com aquela mania: “ah, é hagazão¹” ... Uma vez nós atendemos e era um aneurisma abdominal roto e a pessoa tinha falta de ar e dor, era isso, e a pessoa parou, e achamos que era hagazão. Eu não sei te explicar de onde é que isso começou, mas a gente bota uns rótulos assim e parece que a gente não enxerga o resto... mas vamos ver se um dia a gente aprende melhor isso, que eu não sou a única que faz isso, eu sou a que está falando nisso, mas não sou a única que faz (TE-19)

Esses diferentes tipos de banalizações talvez ocorram pelo fato de que um serviço que é configurado para o atendimento de urgências e emergências, realiza na sua maioria das vezes atendimentos de baixa complexidade, que deveriam ser resolvidos na atenção básica de saúde, mas que acabam adentrando nos serviços de emergência:

Esses dias chamaram porque uma paciente estava com febre, poxa uma criança com 12 anos com febre. Tu pega teu filho e vai levar a um pronto atendimento, aí a gente já se depara

¹ Hagazão é uma gíria utilizada para mencionar que o paciente não tem nada grave, algo como uma “frescura”. O termo deriva da Histeria, por isso “H”.

com aquela situação toda do não tenho dinheiro, o vizinho não tá em casa, mas nós trabalhamos com urgências e emergências, essas situações não são pra nós, então é uma situação complicada, e o pior que era 15 horas! E acontece muito. (E-26).

Atender situações não graves tornou-se rotina para o SAMU e para os outros serviços de emergência que receberem estes pacientes. Os profissionais por vezes generalizam essa situação para todos os casos, comprometendo severamente o cuidado.

A terceira subcategoria – “Recepção do SAMU e do usuário pelas equipes que darão continuidade ao cuidado”, apontou que o momento da transferência do cuidado do SAMU para rede de urgências tornou-se uma interação profissional complexa e difícil, altamente sensível ao contexto e às normas culturais. Ocorrem comentários, que demonstram a insatisfação do SAMU com os serviços e vice-versa. Cria-se um impasse entre as equipes, e o momento que era para ser de comunicação de informações sobre o paciente passa ser momento de discussão sobre o aceite ou não do mesmo.

Chegamos para transferir um paciente, na sala de classificação de risco tinham 3 enfermeiras sentadas, o médico do SAMU perguntou quem iria receber o paciente e ninguém responde, então o médico se volta para uma delas e começa a informar os dados da paciente, ao ouvir os sinais vitais, principalmente a saturação de 88%, a enfermeira levanta e vai olhar a paciente que está na maca no corredor (O-31)

Muitas vezes tem lugares que o paciente fica dentro da ambulância enquanto eles não aceitam, fica naquela complicação que eles não querem que a responsabilidade seja transferida para eles e fica na responsabilidade da tua equipe até que eles aceitem. A gente já teve que colocar paciente de novo para dentro da ambulância e sair com ele para outro local (TE-11).

A recepção do SAMU pelos profissionais que atuam nos hospitais algumas vezes constrange a equipe e expõe pacientes e familiares. Nestas situações as equipes têm que administrar esses constrangimentos nas portas de urgência.

O maior desafio é quando vamos transferir as pessoas, de não deixar o paciente perceber que não queriam receber ele, isso é muito ruim. Acho que ouvir das pessoas coisas chatas tipo: “vocês de novo”, “mais um vaga zero”, “só nós que temos que receber?!” (E-15). A médica do hospital perguntou pra mim: onde está a familiar? Eu chamei, e ela disse para a familiar: está vendo como está isso aqui, como é que eu, uma médica vou atender decentemente este monte de pacientes? E o SAMU está trazendo mais, depois o paciente morre e a culpa é do médico. A mulher foi fazer o boletim, eu virei e olhei para o paciente e tu acredita que ele estava em PCR? Aí ela [médica] disse: fulana traz o ambú que o paciente está parando aqui.

O paciente, foi a óbito evidentemente, e eu morri de vergonha porque a filha dele estava vindo com o boletim sabe, e me perguntou se o pai tinha entrado, e eu sabendo que o cara estava morto (TE-25).

Na quarta subcategoria – “Superlotação dos serviços de emergência”, os participantes reconhecem que o contexto de superlotação dos serviços é um desafio enfrentado pelas equipes dos hospitais e que afeta o trabalho do SAMU, devido a uma combinação de fatores. As vulnerabilidades do sistema, as atitudes pessoais, a dinâmica de equipe e várias pressões e restrições se combinam para produzir um ambiente que resulta em profissionais desgastados. Porém como aparece no relato a seguir, este contexto não pode ser um entrave para boa comunicação durante a transferência do cuidado.

A gente está levando um paciente, deixando ele no hospital estamos pronto para outra, eles não, estão sempre recebendo, eu estou trazendo um paciente e a avançada já está chegando com outro, então eles nunca param de receber, então é até compreensível a rispidez, mas não justifica. (TE-16) A superlotação desgasta todas as equipes, tem dias aqui no SAMU que tu te desgasta com todas as transferências, sempre chega a médica e enfermeira do hospital e reclamam, mas foi regulado, eu não trouxe por conta, daí tu faz outro atendimento, remove o paciente para outro local e também está sobrecarregado, de novo acontece um atrito ou com o médico ou enfermeiro dali (TE-22).

A identificação do melhor destino para o paciente também se constitui num elemento de constantes negociações e definições, pois o número inadequado de profissionais, a indisponibilidade de recursos médico-assistenciais também tem sido apontado como uma barreira para uma transferência de boa qualidade:

O que eu tenho percebido é que o aumento da demanda, essa carência de recursos, de pessoal que está tendo nos hospitais faz com que, quem chega levando trabalho? Somos nós. Tem essa carência de recursos e o SAMU está chegando com mais um por isso não tem onde colocar. Ai acontece bastante de reter maca. Não sei se o objetivo de reter maca é só pelo desaforo ou porque não tem onde pôr mesmo. (E-23)

A retenção de macas do SAMU resulta da superlotação dos serviços, seja em detrimento da falta de camas para acomodar os pacientes, ou como também essa retenção pode ocorrer como forma de punição aos profissionais que estão levando pacientes para os serviços.

A categoria – “Circunstâncias que contribuem para transferência do cuidado” é formada por duas subcategorias. A primeira subcategoria - Pactuações na rede de atenção às urgências e emergências, descreve que as pactuações formais dentro da rede facilitam a transferência do cuidado:

Em um determinado hospital é mais tranquilo de realizar a transferência, pois eles sabem que ali é referência de trauma. (TE-07)

A técnica me mostra o aplicativo que eles usam para AVE. Tu vais marcando as opções de acordo com o quadro clínico atual do paciente e ele vai te dar a pontuação final, esse score já vai direto para regulação e já vai para o hospital da vez. (O-16).

Pactuações tácitas a respeito da sistemática de transferência também se mostraram presentes nas relações entre os profissionais para operacionalizar o momento da transferência do cuidado.

Quando chegamos para entregar o paciente no destino, como a nossa ambulância é avançada, o médico fala com o plantonista e, geralmente, eu fico esperando o médico passar a patologia, as coisas mais importantes. Aí o enfermeiro que está recebendo o paciente também fica esperando, é meio que um consenso, fica todo mundo esperando o médico do SAMU falar e depois eu complemento só com a parte da enfermagem, se eu puncionei, o que que eu fiz de medicação, para não repetir. (E-15)

As amizades entre profissionais da saúde se mostraram importantes pactuações, nas quais a cordialidade propicia um ambiente mais favorável para as transferências. As observações das transferências relataram que comunicação ocorre em caráter pessoal, focada na relação de amizade ou camaradagem entre as pessoas, porém quando isso não acontece, por vezes ocorre a sensação de que se rompeu a rede de cuidado pré-estabelecida para o paciente, gerando insatisfação para a equipe que recebe e dificuldade do SAMU em transferir esse paciente:

Ao chegar ao local, demorou algum tempo para que alguém nos atendesse na sala amarela, até que uma ex-colega de trabalho e amiga me viu e perguntou o que eu fazia lá, sendo então agilizado por ela a troca de maca e liberação da ambulância. O técnico me informou que isso não acontecia dessa forma tão ágil, geralmente o processo de transferência demorava cerca de 40 minutos. Levamos 20 minutos. (O-14)

Segundo relatos ocorridos durante a observação, também é compreendido que a decisão do regulador interfere nas pactuações pré-estabelecidas na rede:

Vai depender do médico que está regulando, vou te dar o exemplo do último plantão. A gente atendeu um paciente que era crônico, que fazia acompanhamento num determinado hospital e tinha recebido alta a uma semana deste local, ou seja, existe uma regra, um acordo entre todos que o paciente deve voltar para origem, então tu passa isso para regulação e ele te manda para outro lugar, tu sabe que isso vai dar problema. Ai chega lá, o regulador não fez contanto, não sei se por mal vontade, preguiça, mas ele já deveria deixar alinhavado essa

transferência, a médica do local ou a pessoa que vai te receber já diz imediatamente que aquele paciente não é para aquele local... (TE-21)

A segunda subcategoria – “A visibilidade de casos graves contribui para a continuidade do cuidado”, mostra que os profissionais que recebem o SAMU comprometem-se mais quando visualizam que o paciente é grave:

Se é uma doença leve e o paciente está estável, pode até haver um pouco de relutância de quem recebe [...] Com o paciente grave, têm uma briga anterior para receber, mas na hora a equipe age de forma diferente, absorve aquele paciente, já acha o ventilador, já coloca, já pergunta a história, porque o paciente é emergencial. (ME-14). Levamos um paciente comatoso e anisocórico, achávamos que era AVC. Depois o hospital ligou para o SAMU e avisou que era meningite. Principalmente nestes casos graves o cuidado se complementa. (E-04)

Os profissionais que darão continuidade ao cuidado demonstram inicialmente resistência em releção ao aceite do paciente grave, pois eles atendem situações de extrema gravidade que em alguns casos extrapolam a capacidade resolutive do serviço. Porém após o aceite a fala do entrevistado remete à atuação em equipe e à articulação entre as diferentes categorias profissionais no atendimento das situações de urgência.

Discussão

Os achados deste estudo revelaram que a qualidade das transferências do cuidado são dependentes das informações transmitidas pelo solicitante, paciente, médico regulador, equipes do SAMU e do serviço receptor. Os profissionais também destacaram que existem entraves e fatores facilitadores durante a transferência do cuidado.

No que tange à caracterização das informações, os participantes deste estudo destacaram que ela é insuficiente, tanto no que compete aos médicos reguladores quanto à equipe que foi enviada para o chamado, além da cena insegura, dificuldades por parte do solicitante em informar o que está acontecendo, prioridades durante o atendimento, dentre outras. Não há padronização para a coleta de informações, bem como para os registros e processos interacionais entre equipes na transferência do cuidado.

Estudo realizado na Alemanha com estudantes de medicina concluiu que as transferências do cuidado não são precisas devido à falta de realização de treinamentos relacionados às informações que devem ser compartilhadas. Além disso os estudantes atribuíram grande importância à padronização dos processos de transferência, bem como relacionaram a comunicação efetiva com a segurança do paciente ⁽¹¹⁾. Porém existe outro fator

para além destes que interfere na insuficiência de informações, são relações interpessoais, que estão atreladas a subjetividade dos profissionais.

Estudo realizado em dois hospitais de emergência da Austrália observou a transferência do cuidado na mudança de turnos, revelando que o conteúdo das informações comunicadas entre os profissionais na transferência foi importante para a continuidade do cuidado, porém foi afetado pela qualidade da comunicação interprofissional. A incerteza e lacunas na informação foram frequentemente observadas durante a comunicação ⁽¹²⁾. Outro estudo também realizado em dois hospitais australianos, identificou que havia profissionais que não estavam dispostos e motivados para a transferência ⁽¹³⁾.

As equipes de saúde são muitas vezes dinâmicas e fluidas. Elas se formam, se dissolvem e se reformam continuamente em turnos. Fatores pessoais e interpessoais afetam fortemente a comunicação clínica. Construir relacionamentos e confiança, independentemente da diferença, é essencial para a comunicação clínica efetiva ⁽¹⁴⁾.

Sabe-se que nas relações sócioprofissionais a comunicação por vezes é insatisfatória, uma vez que não se trata somente de mensagens repassadas verbalmente, mas também com a linguagem corporal, postural, toque, escrita e contato visual, sendo que a comunicação dos profissionais não fica restrita apenas aos cuidados singulares do paciente, mas de toda sua interação com o meio em que está inserido ⁽¹⁵⁾.

Estudo realizado no Canadá identificou estratégias para melhorar as transferências de cuidados de paciente provenientes de hospitais que são transferidos para setores de cuidados complexos ou de reabilitação. As principais estratégias foram: comunicação mais eficaz; estar de prontidão para as necessidades de transferência e cuidados; e documentar de forma mais precisa e completa informações sobre o paciente no registro de transferência ⁽¹⁶⁾.

Tratando-se de registros, os profissionais do SAMU utilizam os boletins de atendimento, sobre os quais os entrevistados relataram que além de ser um instrumento essencial para transmitir informações necessárias para a continuidade do cuidado, ele é ainda fundamental no que se refere ao respaldo da equipe. Porém a produção das informações torna-se ineficaz à medida que se detectam nas fichas de atendimento dados incompletos e/ou incoerentes. Estudo realizado na Holanda sobre a comunicação entre as equipes pré-hospitalares e os serviços médicos de emergência identificou que em apenas 16% de todas as transferências havia um relatório completo ⁽¹⁷⁾. No atendimento pré-hospitalar é fundamental o registro com uma breve história do ocorrido, objetivando determinar os problemas apresentados pela vítima, e relatar o exame físico. Entre os principais componentes da história, estão os sintomas, eventos, uso de medicações, passado médico, horário da última refeição e alergias ⁽¹⁸⁾.

Estudo realizado na Colúmbia Britânica fez uma análise retrospectiva de dados de pacientes graves que foram transferidos para um centro de trauma durante um período de um ano. As documentações foram consideradas deficientes em mais de 80% e severamente deficientes em mais de 60%. Dados pré-hospitalares das vias aéreas, dados fisiológicos e escala de coma de Glasgow foram severamente deficientes. No geral, a documentação para transferência inter-hospitalar de pacientes com trauma tem deficiências significativas. O potencial para eventos adversos é alto, mas a melhoria do desempenho é alcançável, portanto recomendou-se educação, treinamento e um protocolo padronizado de transferência de traumas para melhorar a transferência de informações em todo o sistema ⁽¹⁹⁾.

A falta de padronização foi relatada pelos profissionais como um dos principais fatores que interferem de forma negativa nas transferências. Isso reflete a importância de instituir protocolos de transferência. No SAMU de São Paulo foi criado um protocolo de atendimento-pré-hospitalar para uma comunicação efetiva, que tem por objetivo minimizar erros. Dentre os itens está: manter comunicação ativa com seus colegas de equipe informando em voz alta tudo que será realizado; na passagem do caso no hospital de destino, deve-se executá-la na seguinte sequência: Identificação do paciente e presença de familiar; Achados e procedimentos na avaliação primária; Achados da avaliação secundária incluindo utilização do acrônimo AMPLA (Ambiente, Medicamentos, Passado médico, Líquidos e alimentos e Alergias) e exame físico e outros procedimentos efetivados ⁽²⁰⁾.

As iniciativas da última década se concentraram em uma melhor compreensão da natureza complexa das transferências do paciente para padronizar e melhorar esse processo, que é fundamental para um atendimento seguro e efetivo ao paciente. Os protocolos são úteis para estabelecer rotinas de transferência que reduzam os erros de cuidados relacionados com a comunicação ⁽²¹⁾. Portanto a comunicação de informações completas e acuradas são vitais à segurança do paciente. Quando a informação está ausente, incompleta, incorreta ou atrasada, dano grave ao paciente pode ocorrer. A comunicação é tanto inerente quanto essencial ao cuidado do paciente, e ainda assim é frequentemente falha na transferência do cuidado ⁽²²⁾.

Durante as observações e entrevistas foi possível constatar que a forma como o SAMU e o paciente são recebidos pelas equipes que darão continuidade ao cuidado, carece de acolhimento. A pouca receptividade ocorre em determinadas situações pois os outros profissionais da rede têm a percepção de que o SAMU traz sobrecarga de trabalho, comprometendo assim a organização do processo de atendimento. Estas são as chamadas representações sociais ligadas a sistemas de pensamento social, que perduram no tempo e possuem estabilidade, tendo como condições o atendimento de grande demanda espontânea de

pacientes em situação de urgência ou não, a oscilação no quadro de profissionais e a falta de leitos de retaguarda em hospitais para receber os pacientes graves ⁽²³⁾.

Acerca da banalização dos atendimentos realizados pelo SAMU, estudo realizado em diversas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em Belo Horizonte, refere que a banalização ocorre pois os profissionais da UPA nomeavam o SAMU como serviço de carona, entrega, taxi e ônibus que, dentre outros, representando uma forma de questionamento dos profissionais acerca da qualidade e do tipo de atendimento prestado pelo SAMU ⁽²³⁾.

Os participantes do estudo reconheceram que o contexto de superlotação é um desafio enfrentado por ambas as equipes. Estudo realizado em um serviço de emergência no sul do Brasil constatou que o número de leitos e macas é insuficiente em relação à procura por atendimento e compromete significativamente o controle dos enfermeiros sobre o ambiente. Portanto o contexto influencia na forma como os profissionais gerenciam as situações no cotidiano de trabalho ⁽²⁴⁾.

As circunstâncias que dificultam a transferência do cuidado citadas acima são o reflexo de uma RAU pouco articulada, com deficiências nos processos de continuidade, com destaque à comunicação. Estudo realizado com médicos e plantonistas do SAMU em três hospitais de uma capital brasileira, traz que a concepção de rede tem relação com alianças estratégicas, troca de informações entre os profissionais e entre as instituições. Porém na prática isso não ocorre, já que a rede assistencial foi percebida pelos entrevistados como fragmentada, trazendo repercussões negativas para o paciente ⁽²⁵⁾.

A este respeito, estudo nacional dá consistência à descoberta deste estudo, ao destacar que um bom relacionamento interpessoal pode influenciar positivamente no processo de comunicação, qualificando a assistência oferecida e a transferência do cuidado. Os conceitos que estruturam os sistemas pessoal-interpessoal-social influenciam no processo de comunicação na equipe de saúde, na sua efetividade e fidelidade. Portanto, é fundamental reconhecer o trabalho do outro e considerá-lo, articulando ações, pensamentos, intervenções e ideias, o que pode ser alcançado derrubando as barreiras que impedem ou prejudiquem as relações estabelecidas entre os profissionais de diferentes autoridades, hierarquias, poder e status ⁽²⁶⁾.

Entende-se que esta pesquisa limita-se em analisar a comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar sob a perspectiva somente dos profissionais do SAMU, excluindo aqueles que também participam da transferência do cuidado, ou seja os serviços que darão continuidade ao cuidado. A escassa literatura nacional de estudos com foco similar também foi uma restrição encontrada. Visto a complexidade dessa temática,

os resultados deste trabalho contribuem para reflexão e discussões sobre a comunicação de informações na transferência do cuidado no atendimento pré-hospitalar.

Assim, este estudo poderá fornecer mais subsídios sobre o processo e o contexto no qual ocorrem as transferências do cuidado na área da urgência e emergência, as quais podem redesenhar estratégias para melhorar o atendimento, a comunicação de informações, a articulação e as transferências entre os serviços da RAU.

Conclusão

Os achados deste estudo evidenciaram que a comunicação de informações entre as equipes de saúde se estabelece por vezes, de forma incompleta. Isso ocorre devido a falta de fidedignidade e de coleta de informações na cena do atendimento por parte das equipes do SAMU. Os registros no boletim de atendimento são carentes de informações e a falta de padronizações levam a transferências do cuidado menos efetivas e seguras. A superlotação dos serviços, a pouca receptividade das equipes de saúde em relação ao paciente e ao SAMU, além da falta de recursos materiais e humanos prejudicaram as transferências do cuidado. Soluções para agilizar e organizar as transferências se estabeleceram através de pactuações, como uso da tecnologia entre os serviços da RAU. Para além das pactuações, as amizades entre os membros das equipes e o recebimento de pacientes graves foram circunstâncias que facilitaram as transferências do cuidado.

Nesse contexto, destaca-se a atuação dos profissionais do SAMU, pois estes desempenham papel fundamental na coordenação do cuidado e na articulação com os serviços de saúde que irão continuar o atendimento do paciente. Frente ao exposto, entende-se que é necessário desenvolver estratégias para qualificar a comunicação de informações na transferência do cuidado pré-hospitalar, como a elaboração de protocolos e a realização de treinamentos.

REFERÊNCIAS

1. Spoke. How to stop making patients pay the price for poor communications[internet] Chicago: Becker's Healthcare; 2017. Disponível em: <https://www.beckershospitalreview.com/whitepapers/current-whitepapers.html>.
2. Vocera. Clinical communication deconstructed. [internet] chicao: becker's healthcare; 2017. disponível em: <https://www.beckershospitalreview.com/whitepapers/current-whitepapers.html>
3. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente. polo rs. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2013.
4. O'dwyer G, Machado CV, Alves RP, Salvador, FG. Atenção pré hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2016, 21(7):2189-2200.
5. Souza JDA, Júnior JMP, Miranda FAN. Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Rev. Enf. Ref*; 2017,4(12):107-116.
6. Soares EP, Scherer MDA, O'dwyer G. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. *Saúde debate*; 2015, 39(106):616-626.
7. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão. integrativa. *Cogitare Enferm*; 2017,3(22):01-11.
8. Panchal AR, Gaither JB, Svirsky I, Prosser B, Stolz U, Spaite DW. The impact of professionalism on transfer of care to the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*; 2015,49(1):18-25.
9. Fisher JD, Freeman K, Clarke A, Spurgeon p, Smyth M, Perkins GD. et al. Patient safety in ambulance services: a scoping review. *Health Services and Delivery Research*; 2015, 3(21):01-250.
10. Silva MVP, Carvalho PMG. Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto-atendimento. *R. Interd*; 2016, 9(1): 01-12, 2016.
11. Schröder H, Laura T, Lina H, Hendrik D, Rolfrossaint SS. Patientenübergaben in der Ausbildung? Eine systematische Analyse des Trainingsbedarfs unter Medizinstudierenden. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)*;2017,135(136):89-97.
12. Redley B, Botti M, Wood B, Bucknall T. Interprofessional communication supporting clinical handover in emergency departments: An observation study. *Australas Emerg Nurs J*; 2017, 20(3):122-130.

13. Tobiano G, WHITTY JA, BUCKNALL T, CHABOYER W. Nurses' Perceived Barriers to Bedside Handover and Their Implication for Clinical Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*; 2017,14(5):343–349.
14. Bucaro JP, Black E. Facilitating a safe transition from the pediatric emergency department to home with a post-discharge phone call: a quality-improvement initiative to improve patient safety. *Journal of emergency nursing*;2014, 40(3):245-252.
15. Worm FA, Pinto MAO,Schiavenato D, Ascari RA, Trindade LL, Silva OM. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. *Revista CUIDARTE*; 2016, 7(2):1288-1296.
16. Jeffs L, Lyons RF, Merkley J, Bell CM. Clinicians' views on improving inter-organizational care transitions. *BMC Health Services Research*;2013, 13(289):01-08.
17. Harmsen AMK, Giannakopoulos g, Franschman G, Christiaans H, Bloemers F. Limitations in prehospital communication between trauma helicopter, ambulance services, and dispatch centers. *The Journal of Emergency Medicine*; 2017, 52(4):504–512.
18. Barros BC, Lima KSB, Carmo AFS, Moura LA, Barros AG, Korinfisky JP. O instrumento de registro do samu: com a palavra dos profissionais de saúde. *Revista de pesquisa Cuidado é Fundamental*; 2014, 6(2):618-626.
19. Bradley NL, Garraway N, Bell N, Lakha N, Hameed SM. Data capture and communication during transfers to definitive care in an inclusive trauma system. *J. Care Injured*;2017, 48(5):1069–1073.
20. Prefeitura da Cidade de São Paulo; Secretaria municipal da saúde. Protocolos de atendimento pré-hospitalar: suporte de vida por enfermeiro – SIV. 4ª ed. São Paulo; 2014.
21. Streeter AR, Harrington NG. Nurse handoff communication. *Seminars in Oncology Nursing*; 2017, 33(5):536-543.
22. Patient Safety Movement Foundation. Actionable patient safety solution APSS #6: hand-off communications; 2018.
23. Araújo M, Alves M, Gazzinelli MFC, Rocha TB. Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o serviço móvel de urgência. *Texto & Contexto Enfermagem*; 2011, 20 (spe):156-163.
24. Santos JLG, Menegon FHA, Pin SB, Erdmann AL, Oliveira RJT, Costa IAP. Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. *Rev Rene*; 2017, 18(2):195-203.
25. Lima DP, Leite MTS, Caldeira AP. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. *Saúde debate*; 2015, 39(104):65-75.
26. Broca PV, Ferreira MA. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. *Esc Anna Nery*; 2015,19(3):467-474.

Artigo 2: Transferência do cuidado pré-hospitalar e suas implicações para a segurança do paciente

Objetivo: Identificar circunstâncias de cuidado intervenientes na comunicação de informações entre as equipes durante a transferência do cuidado pré-hospitalar. Método: estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu entre abril e junho de 2018, com observação não-participante e entrevista semi-estruturada, no cenário do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Porto Alegre- RS. Foram entrevistados 28 profissionais do SAMU e observadas 135 horas de atendimentos. Os dados foram submetidos à análise temática. Resultados: emergiram duas categorias inter-relacionadas: a) Intervenientes na segurança do paciente e da equipe; b) A dimensão (inter)peçoal/profissional da transferência do cuidado. Os achados do estudo mostraram que os pacientes estão expostos à diversos riscos, dentre eles o de queda de macas, erros de medicação e de julgamento clínico. Além disso os pacientes e as equipes estão expostos aos riscos inerentes ao trânsito e à violência urbana. A comunicação verticalizada pelas hierarquias, influenciada por fatores pessoais e emocionais de cada profissional geraram implicações para a continuidade do cuidado. Conclusão: diante dos riscos à segurança do paciente no momento das transferências, deve-se investir em estratégias de comunicação eficaz, bem como formas de melhorar as relações interpessoais e a articulação entre os serviços de cuidado pré-hospitalar e de urgência e emergência.

Descritores: Serviços de urgência; atendimento de emergência pré-hospitalar; segurança do paciente; cuidado transicional; transferência do paciente; barreiras de comunicação

Introdução

O cuidado pré-hospitalar caracteriza-se por acontecer em um ambiente instável, com menores possibilidades de recursos tecnológicos disponíveis do que os hospitais e centros de saúde, além de muitas vezes destinar-se a mais de uma vítima, que frequentemente apresenta muitos sintomas e/ou variadas condições clínicas, com alto nível de gravidade. Somado a isso, não é incomum que a equipe que presta o atendimento pré-hospitalar depare-se com poucas informações e tempo restrito para atuação. Essa combinação de fatores acaba trazendo implicações para a segurança do paciente e do profissional ⁽¹⁾.

Cuidados de saúde inseguros resultam em expressiva morbimortalidade evitável. Para torná-los mais seguros deve-se prevenir possíveis danos causados durante a realização de

cuidados à saúde dos pacientes e demais sujeitos envolvidos nesse processo, que estão sempre susceptíveis a uma cadeia de erros, devido à complexidade dos fatores que envolvem o cuidado. Para que essa prevenção seja alcançada de forma efetiva, algumas estratégias básicas da segurança do paciente precisam ser implementadas, como a formação profissional para segurança, a conscientização organizacional e institucional, a distribuição de recursos e a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde com o propósito de esclarecer as dúvidas diante de um procedimento a ser realizado, a fim de que este seja executado de forma correta e no paciente certo⁽²⁾. Revisão sistemática traz como barreiras para melhora na segurança do paciente, o medo de culpa, penalidades legais, a percepção de que o relatório de incidentes não melhora a segurança do paciente, falta de apoio organizacional, falta de conhecimento sobre sistemas de notificação de incidentes e falta de compreensão sobre o que constitui um erro⁽³⁾.

Estudo realizado nos Estados Unidos com equipe pré-hospitalar identificou fatores que contribuem para a segurança de cuidados de emergências, os quais se referem à medicação, equipamento, características da cena e ambiente, cultura de segurança do paciente e comunicação. Destacou-se a importância da avaliação inicial, tomada de decisões e treinamento para transmitir um cuidado seguro⁽⁴⁾.

A preocupação com a temática da segurança do paciente nos serviços móveis de urgência ainda é incipiente, pois embora existam literaturas internacionais que preocupam-se em desenvolver processos seguros durante o atendimento pré-hospitalar, a sua maioria envolvem ações direcionadas a uma categoria profissional e não ao trabalho multiprofissional e entre equipes que exige a atividade pré-hospitalar⁽⁵⁻⁶⁻⁷⁾. Os estudos criticam a necessidade de orientações para segurança do paciente voltadas especificamente para este tipo de atendimento, pois a insalubridade e hostilidade do ambiente onde as ações são realizadas requerem também orientações específicas e divergentes dos outros serviços em saúde⁽⁸⁻⁹⁾.

Outros estudos internacionais fundamentam alguns passos para segurança do paciente, porém as necessidades, recursos e contextos são diferentes dos vivenciados no Brasil, necessitando assim de pesquisas nacionais que analisem e sugiram intervenções para melhoria da segurança do paciente nas transferências do cuidado pré-hospitalar⁽¹⁰⁾. O aumento contínuo no número de chamadas e incidentes e a realização de tratamentos e procedimentos cada vez mais complexos elevam o risco de eventos adversos que ocorrem durante o atendimento e na transferência do cuidado para o hospital. Apesar do crescente número de evidências sobre a ocorrência de eventos adversos nos hospitais, os dados correspondentes sobre a segurança do paciente ao receber serviços de ambulância são insuficientes⁽¹¹⁾.

Em resposta a esses desafios, estudos nacionais ⁽¹²⁾ e internacionais ⁽¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁾ mostram preocupação com o momento das transferências do cuidado pré-hospitalar, revelando a perda de informações clínicas significativas, falhas relacionadas ao uso de linguagem ou jargão confuso, transferência unidirecional muitas vezes imprecisas, incompletas e não pertinentes ao paciente, bem como mortes após incidentes de segurança pré-hospitalar.

A transferência do cuidado envolve a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde à medida que os pacientes são transferidos entre diferentes serviços de saúde, ou diferentes unidades de um mesmo local ⁽¹⁶⁾. Ela é propensa a diversos erros devido às vulnerabilidades do sistema, atitudes pessoais, dinâmica da equipe e várias pressões e restrições externas que se combinam para produzir um distanciamento em relação às melhores práticas. Assim, a transferência segura do cuidado pode ser considerada um dos desafios do atendimento pré-hospitalar ⁽¹⁷⁾.

Diante das questões descritas na literatura, é possível afirmar que há lacunas na literatura no que tange aos aspectos que interferem na segurança do paciente durante a transferência do cuidado pré-hospitalar, especialmente no que se refere ao contexto brasileiro. Diante do exposto, questiona-se: Quais circunstâncias podem interferir na comunicação de informações entre as equipes durante a transferência do cuidado pré-hospitalar? Assim, tem-se o objetivo identificar circunstâncias intervenientes na comunicação de informações entre as equipes durante a transferência do cuidado pré-hospitalar.

Método

Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Foi desenvolvido no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Porto Alegre-RS, por meio das técnicas de observação e entrevista. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais da equipe de saúde do SAMU envolvidos na assistência às vítimas, ou seja, médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem.

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob Parecer número 2.532.529 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 82452318.3.0000.5347. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, sob parecer número 2.603.469 e CAAE nº 82452318.3.3001.5338.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a junho de 2018, e foi realizada por meio de observação não-participante e entrevista semiestruturada. A aproximação com o campo se deu por meio da observação não-participante, realizada por amostragem de tempo. Totalizaram-

se 135 horas de observação das equipes nas bases do SAMU, nas ocorrências e nas transferências do cuidado. Elas foram distribuídas em períodos de 4 horas em média, contemplando os turnos da manhã, tarde e noite, foram observados um total de 53 atendimentos de 33 equipes diferentes, sendo que 8 atendimentos foram da equipe de Suporte Avançado de vida e 45 da equipe de suporte básico. Este número se justifica pelo fato de Porto Alegre possuir 3 ambulâncias de suporte avançado de 12 de suporte básico de vida.

A observação não-participante contribuiu para a escolha dos sujeitos a serem entrevistados e o contato com eles. Foram entrevistados 28 profissionais do SAMU, incluindo médico, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem. O critério de inclusão foi atuar no setor há mais de seis meses. Foram excluídos os profissionais que estiveram em licença ou afastamento por qualquer motivo durante o período de coleta de dados. As entrevistas semiestruturadas ocorreram em lugares reservados no ambiente do SAMU, de acordo com a disponibilidade e a escolha dos sujeitos. Tanto as observações quanto as entrevistas ocorrem após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Respeitou-se o anonimato, nomeando os participantes com a letra “E” para os enfermeiros, “TE” para os técnicos/auxiliares de enfermagem, “ME” para médicos e um número relativo à ordem de realização das entrevistas. Para as observações utilizou-se a letra “O” seguida da ordem de realização das observações.

Os dados foram analisados com base no referencial proposto para análise de conteúdo temática, segundo pressupostos de Minayo⁽¹⁸⁾. Do processo de análise e integração sistemática dos dados emergiu o fenômeno do estudo sustentado por duas categorias inter-relacionadas: Intervenientes na segurança do paciente e da equipe; A dimensão (inter)pessoal/profissional da transferência do cuidado. A primeira categoria é sustentada por duas subcategorias: Riscos para o paciente e equipe durante o transporte e transferência do cuidado; Diferentes perspectivas e as implicações para a continuidade do cuidado. A segunda categoria é sustentada por três subcategorias: Comunicação verticalizada pelas hierarquias; Comunicação pessoa-dependente; Interface emocional do cuidado.

Resultados

A amostra de participantes do estudo se caracterizou por 28 profissionais dentre eles: médicos (10,71%), enfermeiros (21,43%) e técnicos de enfermagem (67,86%). A maioria dos participantes era do sexo feminino, sendo 15 mulheres (53,57%) e 13 homens (46,43%). A faixa etária esteve compreendida entre 31 a 60 anos, com idade média de 41,57 anos. Sobre o tempo de atuação no SAMU a média foi de 16,32 anos, prevalecendo o turno de trabalho diurno

(64,29%). Dos 28 profissionais, 13 possuíam pós-graduação (46,43%), sendo que a maioria era na área de urgência e emergência. A amostra de observações caracterizou-se por 33 equipes diferentes, sendo que 24 (72,73%) dessas equipes compunham o SBV e 9 (27,27%) o SAV.

Intervenientes na segurança do paciente e da equipe

Os achados do estudo mostraram que muitas vezes os pacientes permanecem nas macas do SAMU em corredores dos hospitais, devido a superlotação das emergências e, somado a isso, muitos pacientes não possuem condições clínicas para se envolver no gerenciamento de suas medicações, o que revela a importância da equipe do SAMU informar tudo que foi realizado e administrado na ambulância, já que a omissão de um medicamento pode resultar em uma prescrição igual ou similar durante a hospitalização, resultando em uma duplicação terapêutica. Os profissionais disseram preocupar-se em passar essas informações, pois a identificação de medicamentos com rótulos, bem como o calibre e data da punção de cateter venoso periférico é deixado em segundo plano, em detrimento da prioridade dada à estabilização do quadro clínico e a agilidade na remoção do paciente.

Eu sinto muito na identificação de pacientes que não falam, que são acamados, muitos não ficam com pulseira, se ele fica na nossa maca, ele não tem lugar definido, hora ele fica aqui, hora ele está lá, fica muito fácil para errarem a medicação. (TE-16) Eu me preocupo em não esquecer de falar tudo que eu fiz, eu falo a hora que eu fiz tal medicação, que este é segundo soro que está correndo, porque a gente faz as coisas e não tem rótulo não tem nada, no pré-hospitalar tu não identifica nada, é muito rápido, eu falo se eu fiz Midazolam há 5 minutos atrás, porque daí eles sabem que não podem fazer agora. (E-15)

As características do serviço tornam os atendimentos propensos a riscos, tanto para o paciente quanto para a equipe. As sirenes e luzes nos veículos de emergência deveriam funcionar como uma negociação eficiente no tráfego entre o condutor de ambulância e os demais condutores e usuários das vias e das regiões que margeiam, mas não são raras as situações de imprudência que podem colocar em risco os profissionais do SAMU e os pacientes transportados:

... dependendo da situação, é muito dinâmico o serviço, já transporte paciente em parada, e aí PCR fazendo manobras com cinto? Tu não consegue isso, então é perigoso tanto para o paciente quanto para a equipe, no trânsito tu não sabe o que vai acontecer... (E-23) O trânsito é muito cruel, por exemplo, no plantão passado eu atendi uma senhora de 78 anos que fez uma fratura coxofemoral. O motorista como medida de conforto para a paciente dirigiu em baixa velocidade para diminuir a trepidação por causa dos buracos das ruas, o que provocava

muita dor na paciente. Ao mesmo tempo, os motoristas que estavam trafegando, buzonavam e xingavam o motorista por ele estar tão devagar. Gritavam “essa ambulância não serve pra nada”. Estávamos só com o giroflex ligado, sem a sirene, porque se ela estivesse ligada aí sim tu ias ser agredido mais do que tu já és no trânsito. [...] Eles sempre querem que tu andes de sirene ligada, o que é um estresse para o paciente e para os profissionais, imagina tu andar 12h de sirene ligada para atender os pacientes, fazer a remoção de um paciente estabilizado, que está bem, para outro serviço de sirene ligada, eu acho que as 19h eu já chegava louco com tanto barulho...(TE-25)

Os entrevistados reforçaram que os riscos ao paciente são inerentes ao contexto do trabalho no SAMU:

Essa nossa maca que veio agora, ela é bastante preocupante, não é segura para deixar paciente e muitas vezes tu chega no hospital e eles querem reter maca, então eu já cansei de dizer, olha essa maca aqui ela não é segura, a qualquer momento o paciente pode cair daquela maca, ela empina, se o paciente vir um pouquinho mais pro lado ela vai virar. (TE-10) A gente não tem recurso [...] então é procurar fazer o melhor dentro do que se tem, procurar sempre armar bem uma maca, manter toda aquele acesso de drenos e cateteres nas conformidades durante o processo todo da transferência pra evitar danos, tem motoristas que fizeram um suporte para ser encaixado na maca para levar o soro. (E-27)

Os profissionais do SAMU avaliam diariamente pacientes com muitos sintomas e condições clínicas diferentes e contam com equipamentos restritos ao socorro imediato e parte dos erros no julgamento clínico ocorrem pela dificuldade em identificar doenças com poucos recursos e em tão pouco tempo. Outra parte ocorre pelo fato do profissional não realizar uma coleta de dados suficiente com o familiar e/ou paciente:

Às vezes a gente não sabe se o paciente tem alguma doença que precise isolamento, por exemplo, esse que eu te falei a gente manejou como se fosse AVC que era um senhor jovem que estava anisocórico, a esposa disse que ele não tomava medicação, que era hígido e aí de repente ele está comatoso, [...] depois a equipe do hospital disse que era meningite, nós ficamos expostos, e aí a gente leva pra emergência e fica ali no meio de todo mundo né [...]a gente chega pra atender um paciente em casa que é KPC, é colonizado, aí o familiar não nos dá essa informação, o paciente não tem condições de falar [...] eu não fiz nada de isolamento de contato porque ou eu não colhi ou o familiar não falou, ninguém sabe, vão descobrir sei lá dois ou três dias depois, aí vai se disseminando infecção hospitalar né, eu acho que a gente peca muito nisso assim, na coleta de dados ou no exame clínico errado. (E- 09)

Os achados mostraram que algumas transferências contam com poucas informações uma vez que a coleta de dados na cena foi rápida, devido as circunstâncias do local, nas quais os profissionais se veem “obrigados” ou “intimidados” pela população a agilizar o transporte do paciente para o serviço de saúde de referência:

Depois do chamado o médico disse que saíram rápido, não colhemos tantas informações, pois o condutor avisou que era uma ‘boca de fumo’, e a população se torna agressiva, contrária a algumas intervenções realizadas ou não pelo SAMU. (O-28)

Nessa direção, salienta-se que os profissionais que darão continuidade ao cuidado iniciado fora do hospital não vivenciam as mesmas experiências que as equipes do SAMU, portanto possuem perspectivas diferentes sobre as situações:

Queda de moto, aquela coisa, imobiliza, não imobiliza, mas na dúvida imobiliza. Eu cheguei lá e ela disse bem alto: vocês imobilizam qualquer coisa, ai eu pensei pra mim, mas qual é meu serviço? [Eu penso] o que eu faço aqui? meu serviço é imobilizar e trazer. Mas fica um clima chato, as pessoas indagando o teu serviço. Eu decido se imobilizo, vocês decidem se deixam ou não. Tem também aquela coisa, tu está no meio da Ipiranga, cruzando com a perimetral, tem 300 mil pessoas na tua volta, o paciente não está relatando nada, na dúvida tu vai imobilizar, porque sempre tem aqueles julgadores, mesmo que o paciente não tenha nada, daqui a pouco aparece até na TV, a gente nunca deixa o nosso na reta, principalmente quando tem muita comoção pública (TE-09) Já levei sem acesso sabendo que precisava, mas eles acham que a gente leva sem acesso porque a gente quer, agora de uns anos pra cá, inclusive a residência médica tem passado no SAMU. É bom, eles precisam ver o que a gente passa fora do hospital, não é tudo prontinho, estéril como lá dentro. Dependendo eu tenho que falar, olha não consegui acesso porque eu estava num cubículo, não tinha luz, não dava nem pra ficar do lado do paciente e aí a gente trouxe rápido [...] eu tenho que falar, até pra justificar os cuidados ou a falta deles para o colega que vai receber o paciente. (E-15)

A impressão de não ter sua tomada de decisão valorizada traz a sensação de que também as informações transmitidas estejam sendo negligenciadas, como mostra o trecho:

Tu viu que o paciente fez uma arritmia, tu reverteu ela, paciente chegou bem no hospital, só que quem está lá me diz: tu me disse que foi arritmia, mas olha aqui o paciente está bem. Então daqui a pouco vai haver quase que uma negligência na recepção daquele paciente. Quando eu passo o caso talvez a pessoa não escute muito, porque ela olhou e pensou: o paciente está bem, ele está me mentando, só para mim aceitar o paciente. (ME-14)

A avaliação da classificação de risco dos serviços de urgência foi vista pelos entrevistados como fundamental para determinar a jornada do paciente através do serviço de emergência, mas os participantes do estudo expressaram a opinião de que os enfermeiros não dão devido valor para a cinematografia vista e relatada pelo profissional do SAMU, gerando inconformidades entre os profissionais em relação à classificação de risco do paciente:

Me lembro uma vez que me chamaram para uma cena de acidente entre um carro e um ciclista. [...]ele bateu com a cabeça na lataria do carro e o capacete dele rachou na parte de trás, uma cinematografia tenebrosa. Imobilizei o paciente na maca rígida, coloquei colar cervical, cheguei no hospital, falei da cinematografia grave, passei o caso para o enfermeiro e ele perguntou ao paciente: Ao virar o pescoço para os lados, tem dor? Encosta o pescoço no peito, tem dor? Está tudo bem, pode levantar e ir para a sala azul esperar. Eu insisti com ele que a cinematografia foi grave, e ele disse que o paciente não tinha nada. (TE-19)

Identificaram-se atitudes que refletem o resultado de pactuações frágeis, nas quais protocolos e fluxos operacionais não são padronizados, fazendo com que os vínculos de coleguismo ou “inimizades” se sobreponham à organização dos serviços:

[...] eu fiz o boletim de ocorrência contra o médico. O protocolo do SAMU: paciente convulsiona, tem que entrar em maca e ficar em maca. Esse já tinha convulsionado três vezes, não tinha tomado a medicação, ele iria convulsionar de novo. Vai colocar esse paciente numa cadeira, deixar ele lá na frente? Ele vai cair e além da convulsão vai ter um trauma e quem vai se responsabilizar por isso? [...] Ordens absurdas eu não cumpro, foi aí que deu a confusão toda comigo. Se eu colocar ele na cadeira a responsabilidade é minha, eu fiz o correto, coloquei ele na maca. É difícil isso de uniformidade de protocolos. (TE-10) Outra coisa que a gente pede muito são os POPs de atendimento. Eles dizem que existem, mas não tem em nenhuma base. Eu nunca vi. Se tem é só para os reguladores. Também não é interessante que a gente tenha, se não nós não íamos atender partos, porque é um serviço médico, fraturas expostas eu não iria porque é serviço de médico, queda de altura de mais de quatro metros eu não iria porque é serviço de médico, então não é interessante para eles nos disponibilizarem esses protocolos. (TE-19)

Dessa forma, evidencia-se que a percepção de que a falta de padronização de protocolos entre os serviços prejudica a continuidade do cuidado e a segurança do paciente, favorecendo a ocorrência de divergências entre as equipes.

A dimensão (inter)pessoal/profissional da transferência do cuidado

As relações de poder entre as categorias profissionais podem ter efeitos negativos sobre a qualidade dos cuidados prestados. Analisando-se estas relações do ponto de vista comunicacional compreende-se que são determinadas pelas identidades hierárquicas e privilégios profissionais.

Quando o médico está lá brigando e xingando a gente, pedimos para ele ligar para o médico regulador e eles se negam, quando é de médico para médico a coisa muda. Se vão falar um com outro médico é cheio de carinho no telefone e com a equipe, com o paciente e o familiar é outra coisa. (TE-11) A enfermeira de uma UPA vem nos receber e a médica do SAMU inicia a passagem do caso, e nesse momento chega o médico de plantão, ela interrompe a passagem com a enfermeira e se dirige ao médico. (O-06) Hoje a gente tem pouca motivação do grupo em participar das capacitações, as pessoas não participam, médicos menos ainda, não existe uma cultura de dizer, todos devem passar pelos treinamentos, existe uma cultura de dizer ao contrário, médicos não precisam passar por treinamentos. Isso é uma coisa que angustia um pouco. (E-15)

A percepção de que a hierarquia interfere diretamente na comunicação entre as equipes e reflete sobre a segurança dos pacientes não foi revelada somente pelos profissionais que se sentem desprovidos desse prestígio, mas também pelos próprios médicos:

Após um atendimento, o médico fala para mim que uma ambulância avançada é diferente da básica. Com a básica eles[equipe dos hospitais] não respeitam tanto porque são profissionais de nível técnico, já na avançada são dois profissionais de nível superior (O-18).

Além da comunicação sofrer interferência das hierarquias profissionais, ela também depende da qualidade do entrosamento entre seus membros. Sentimentos de antipatia e rejeição tendem a diminuir as interações, resultam em afastamento e prejudicam a comunicação, repercutindo no cuidado com menor segurança para os pacientes:

Entre os profissionais tem muita questão de gênio, personalidade, algo de comportamento, não tanto a parte física em si. (E-05) Se está um determinado profissional lá, a gente já sabe que vai ser bem aceito, que vai ter uma conversa boa, se é outro já fica aquele clima tenso, ele mesmo se nega a te escutar, fica aquela coisa, de tu estar falando com ele e ele vira e vai falar com o paciente ou vai falar outra coisa, não quer escutar o que tu está falando. (TE-11) Infelizmente o humano atrapalha, porque se tu tem um médico que é muito fechado a comunicação não vai acontecer, ninguém aprende, nem tu, nem a equipe e nem salva o paciente. (ME-14)

Os profissionais do SAMU também relataram que é imprevisível a forma como serão recebidos pela equipe dos hospitais, pois a acolhida de quem os recebe depende de diversos fatores que interferem de forma significativa nas transferências do cuidado:

Às vezes você acha que vai ser muito tranquilo e chega lá está todo mundo emburrado, depende de cada situação, se é dia, noite, final de semana, natal, ano novo. O equipamento pode até falhar, mas isso acontece, mesmo que tu fique fazendo manutenção pode acontecer, mas o que interfere mais é o estado de cada ser humano naquele momento, a situação que foi criada até o paciente chegar nesse momento, na passagem para dentro do hospital [...] Vou te dar um exemplo, como eu trabalho em um hospital isso também acontece. Está um ambiente pesado e o regulador não teve tempo de avisar, chega uma equipe de “sopetão” e tu olha e não tem onde colocar, toda aquela frustração às vezes vem à tona, porque nós somos humanos, com nossas virtudes e falhas, então isso é uma coisa que eu noto. (ME-14)

Diante dos aspectos sinalizados, alguns profissionais conseguem identificar estratégias para resgatar o compromisso de oferecer ao paciente um cuidado seguro e de qualidade:

Todos sabem o que tem que fazer, mas essa honestidade, sinceridade e calma para passar é o mais importante, porque quando a gente fica nervoso a tendência é esquecer alguma coisa que pode ser realmente importante lá para frente (ME-14) Tem aquela situação de que se tu não estás satisfeito, saí, tem muita gente que quer trabalhar, tem gente que tem muito carinho no seu trabalho, agora o paciente não tem culpa, ele tem que ir para alguma porta de entrada. Lamento que somos nós que temos que levar, mas eu não posso causar um dano a um paciente porque eu estou cansada, porque eu vim de outro emprego, porque eu estou de 24 horas de plantão, o paciente não tem culpa. (E-26)

Problemas de ordem pessoal, inevitavelmente acompanham o profissional, porém as dificuldades pessoais não devem interferir na sua produtividade, atenção e cuidado ao paciente.

Discussão

Os achados deste estudo apontam circunstâncias intervenientes na comunicação de informações durante a transferência do cuidado pré-hospitalar com potenciais implicações para a segurança do paciente. Os participantes do estudo reconheceram que as circunstâncias relacionadas com o entrosamento entre as equipes, a personalidade dos profissionais e a comunicação efetiva interferem na segurança do paciente e, conseqüentemente, na continuidade do cuidado.

A comunicação entre as equipes de saúde é determinante para segurança na prestação de cuidados aos indivíduos. Falhas de comunicação têm sido um dos principais fatores que

contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados. Uma comunicação efetiva, que seja oportuna, precisa, completa, sem ambigüidade e compreendida pelo receptor, reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria de segurança do paciente ⁽¹⁹⁾.

Referente aos eventos adversos, ou seja, que resultam em danos ao paciente, um estudo foi feito com enfermeiros que trabalham no SAMU em um município do Rio Grande do Norte, onde elaborou-se categorias de risco. Surgiram quatro categorias: dificuldades no acondicionamento de equipamentos e materiais; especificidades do trabalho no atendimento pré-hospitalar móvel (APHM); risco de infecção; riscos de traumas e quedas; e riscos para administração de medicamentos ⁽²⁰⁾. Os riscos para administração de medicamentos foram uma das principais preocupações dos profissionais que participaram do estudo, seguida dos riscos de trauma e quedas, devido as condições atuais das macas do serviço.

Estudo realizado com enfermeiros do Centro de Terapia Intensiva de um hospital da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, corrobora esta afirmação, pois os participantes deste estudo mencionaram que a falta de comunicação entre a equipe multiprofissional, principalmente entre equipe médica e de enfermagem propicia erros de medicação. O erro relatado pelos enfermeiros que ocorre com mais frequência é a troca de medicação, geralmente entre a prescrição e o que está na bomba de infusão ⁽²¹⁾.

Os erros de prescrição a nível hospitalar têm sido fonte de preocupação, pois os mesmos podem ser favorecidos pela má comunicação e falta de acesso à documentação ou informação dentro das equipes. O uso de novas tecnologias auxiliaria na diminuição de erros de medicamentos, pois as falhas são passíveis de serem mais facilmente detectadas e interceptadas devido ao uso de sistemas eletrônicos e computadorizados para checagem e conferência de medicamentos, incluindo potenciais interações medicamentosas ⁽²²⁾.

Estudo realizado na Austrália, mostrou que os pacientes estão propensos a erros no seu diagnóstico, complicações processuais e erros de investigação por parte dos profissionais que atuam nos departamentos de emergência. O estudo concluiu que compreender os incidentes de cuidados de saúde é essencial para a melhoria da qualidade dos serviços e da segurança dos pacientes. Esta pesquisa demonstrou que um foco no diagnóstico correto, no desempenho para realização de procedimentos e a interpretação de resultados pode reduzir os erros nos departamentos de emergência ⁽²³⁾.

No estudo também foi relatada a dificuldade no diagnóstico do paciente, porém diferente do estudo citado acima, este se justifica, em parte, pelo fato de que os recursos materiais e tecnológicos disponíveis dentro de uma ambulância são extremamente limitados em relação aos

outros serviços da rede, além de que o tempo de atendimento é limitado e o objetivo é prestar atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado. Para além dos erros de diagnóstico foi relatado que os pacientes tem o cuidado comprometido devido o déficit de recursos materiais e físicos e estão propensos a erros de medicação ⁽²³⁾.

Em um serviço hospitalar de emergência no Paraná os enfermeiros relataram que as principais dificuldades são em relação ao déficit de recursos materiais, humanos e físicos frente à grande demanda de pacientes graves, havendo dificuldade na manutenção da privacidade do paciente e na manipulação de equipamentos. A principal interferência na rotina do setor com a presença do paciente crítico foi em relação ao dimensionamento de pessoal ⁽²⁴⁾.

Pontua-se que os profissionais do atendimento pré-hospitalar, devido às condições rudes do ambiente de trabalho, enfrentam situações que os deixam mais vulneráveis a riscos ocupacionais. Elas se referem ao acesso difícil às vítimas, insegurança na cena do acidente, realização de procedimentos com o veículo estático ou em movimento, condições desfavoráveis de luminosidade, chuva, calor, frio, fluxo de veículos, falta de higiene, presença de animais, pessoas agressivas e tumultos sociais. Estes fatores são condições que diferenciam o trabalho do SAMU do realizado no ambiente hospitalar ⁽²⁰⁾.

Em contraponto, outro estudo relacionado aos riscos ocupacionais no APHM, citou que os principais riscos estão relacionados aos acidentes com perfurocortantes, envolvendo a perfuração com material contaminado após o procedimento de punção venosa. Além disso foi citado o contato com substâncias químicas, representadas pelo hipoclorito de sódio e o glutaraldeído. Foi citado um risco que vem ao encontro dos achados no estudo, que se refere a colisão automobilística, já que a ambulância segue em alta velocidade para socorrer a vítima em menor tempo possível ⁽²¹⁾.

Estudo realizado com os profissionais do SAMU do Piauí, identificou que dentre o risco de acidente de trânsito, a colisão de automóveis foi a que mais acometeu a equipe. Diversos fatores a influenciam, dentre eles: sucateamento da frota de ambulância, em decorrência da reposição em tempo inábil, o mau uso da viatura pelos condutores, as “gambiarras” feitas pelas oficinas mecânicas, a qualificação inadequada dos condutores em direção defensiva. Vale ressaltar o desrespeito da população que dificulta o tráfego das ambulâncias, eventualmente ocasionando acidentes ⁽²⁵⁾.

Os profissionais que participaram do estudo relataram ainda a presença de riscos psicossociais. Quanto a isto, estudo realizado com profissionais da área pré-hospitalar, no Chile, identificou que os principais abusadores verbais são os pacientes, seus familiares e o público em geral, enquanto a maioria dos autores de assédio moral são membros da equipe e colegas

externos (unidades de emergência que recebem pacientes que são transferidos por profissionais e técnicos do SAMU). A agressividade pública é uma das principais variáveis identificadas nas categorias de trabalho do atendimento pré-hospitalar. É importante lembrar que esse serviço de saúde atende vários locais, alguns deles com altos níveis de agressividade na população. Associado à falta de conhecimento sobre como o sistema de saúde funciona, às filas de espera por tratamentos médicos e a gravidade dos problemas de saúde, esse fato aumenta a frustração entre as pessoas que recebem a assistência médica ⁽²⁶⁾.

Os entrevistados também manifestaram inconformidades entre as equipes, que muitas vezes ocorrem pelo fato dos profissionais que darão continuidade ao cuidado não reconhecerem os riscos e as dificuldades enfrentadas por eles nos locais dos atendimentos. A equipe que recebe tem dificuldade de compreender esse processo, pois não o vivencia, e acabam questionando os profissionais ou culpabilizando-os pela superlotação. A este respeito, estudo realizado com profissionais do SAMU de Belo Horizonte identificou que os profissionais trouxeram em seus discursos, a percepção da resistência de outros serviços em relação a ele. A justificativa mais referida, está pautada no fato de que eles são responsabilizados pelo aumento de volume de trabalho dos serviços hospitalares, o que geraria a insatisfação dos profissionais. No que tange às relações entre o SAMU e os demais níveis assistenciais, os discursos dos diversos profissionais que mencionam um relacionamento ruim convergem para a mesma questão da dificuldade dessas relações estarem associadas à receptividade inadequada em UPA's e hospitais de pronto-socorro ⁽²⁷⁾.

Os profissionais dos outros serviços da rede de urgência e emergência, em determinados atendimentos, têm dificuldades de perceberem as adversidades enfrentadas pelas equipes do SAMU, pois não são as mesmas que as suas. A insalubridade e hostilidade do ambiente onde as ações são realizadas requerem orientações divergentes dos outros serviços em saúde. As especificidades do atendimento pré-hospitalar móvel são fatores predisponente a erros e que podem afetar a qualidade da comunicação. Elas se referem à fatores ambientais, como mudanças climáticas, riscos de acidente de trânsito e a necessidade de decisões imediatas. Além disso, acrescenta-se a restrição de espaço físico e de tempo ⁽²⁰⁾.

A falta de protocolos entre os serviços de urgência também gerou inconformidades entre as equipes. A utilização de protocolos clínico-assistenciais contribui para melhoria da qualidade dos cuidados ao paciente ⁽²⁸⁾. Estudos internacionais, realizados em serviços de emergência, abordam que para a melhoria da segurança do paciente é necessário que as práticas assistenciais estejam baseadas em evidências e utilizem uma abordagem multidisciplinar a fim de se garantir um cuidado padronizado. ⁽²⁹⁻³⁰⁾.

No que tange às relações interprofissionais, estudos nacionais e internacionais dão consistência às descobertas deste estudo, ao destacar a influência destas relações na continuidade do cuidado. Estudo realizado na Austrália, o qual observou as transferências do cuidado em duas emergências hospitalares, concluiu sobre a importância das boas interações entre os profissionais para uma comunicação efetiva entre eles. Os comportamentos dos profissionais que foram interpretados como desdenhosos durante as interações tiveram um impacto negativo na transferência do cuidado ⁽³¹⁾.

Estudo realizado em um hospital no Rio de Janeiro avaliou as notificações relacionadas às metas internacionais de segurança do paciente, onde o maior quantitativo de notificações foram relacionadas à meta 4, que caracteriza-se pela Cirurgia Segura, seguida da meta 2, que caracteriza a comunicação efetiva. As notificações relacionadas à meta 2 de Comunicação Efetiva versam sobre os mais diferentes contextos, porém todos foram relacionados à deficiência ou ausência da comunicação, o contato mesmo que telefônico, ou até mesmo o retorno do contato, fidelizam as informações, retificam e ratificam as mesmas ⁽³²⁾.

No que tange às repercussões do comportamento dos profissionais, outro estudo revela a forma como estes comportamentos disruptivos foram relatados: os médicos informaram que os enfermeiros têm o comportamento mais perturbador enquanto os enfermeiros informaram o contrário. Estes achados podem ser devidos à hierarquia ou distância de poder entre eles. Os resultados desses estudos sugerem que médicos e enfermeiros enfrentam conflitos morais, por causa das diferenças entre seus próprios valores profissionais e institucionais. Além disso, há um desequilíbrio de poder entre eles devido as diferenças nos seus objetivos de trabalho. Os médicos têm autoridade e responsabilidade suficientes para agir independentemente de outros funcionários, enquanto os enfermeiros não possuem essa independência ⁽³³⁾.

Os participantes do estudo relataram ainda que os erros presentes na transferência do cuidado, muitas vezes são atribuídos ao fato de sermos seres humanos. Eles têm a percepção de que o erro talvez aconteça em algum momento, pelo fato das suas próprias limitações. Estudo realizado com profissionais de unidades de internação pediátricas de um hospital do Sul do Brasil elucida que o primeiro passo para a prevenção do erro na saúde é admitir que ele é possível e está presente no cuidado. A partir disso, os profissionais da saúde necessitam compreender os tipos de eventos adversos, suas causas, consequências e fatores contribuintes. Um aspecto importante é que nessa área os futuros profissionais são preparados para acertar, pois partem da premissa de que o trabalho desenvolvido será livre de erros, incorporando a noção de que errar é algo inaceitável. Percebe-se que o contexto da atenção à saúde agrega inúmeras questões culturais, principalmente no ambiente hospitalar, que podem interferir na

segurança do paciente como: hierarquização dos cargos, enaltecimento do profissional médico, enfoque centrado na doença, falhas individuais, punição dos profissionais, ocultação das falhas assistenciais, práticas inadequadas ou ultrapassadas, entre outras ⁽³⁴⁾.

A construção de parcerias e compromissos mostra-se como um caminho para estimular o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas instituições. A capacidade de aceitar a possibilidade de um evento adverso se materializar é uma das primeiras atitudes a serem tomadas pelos profissionais da saúde que pretendem evoluir para uma cultura em prol da segurança do paciente. Para favorecer a segurança do paciente é necessária a promoção de um bom relacionamento e cooperação na equipe, com união, respeito e motivação. Portanto, o trabalho em equipe é um pressuposto para a segurança do paciente ⁽³⁴⁾.

Esse estudo vem como um meio de sensibilizar a comunidade científica e instigar para realização de novos estudos voltados para essa temática, visto que o estudo possui limitações por ter sido realizado somente com os profissionais do SAMU, de apenas um município. Portanto, seria interessante, pela característica do atendimento pré-hospitalar, dinâmico e multiprofissional, que o estudo se desse com os outros serviços que dão continuidade a este cuidado, ou seja, estudos características multicêntricas. A escassa literatura nacional de estudos com foco similar também foi uma restrição encontrada no momento da discussão. Visto a complexidade dessa temática, os resultados deste trabalho contribuem para reflexão e discussões sobre a transferência do cuidado e a segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar

A partir da análise das circunstâncias intervenientes na comunicação de informações entre as equipes durante a transferência do cuidado pré-hospitalar tem-se mais subsídios sobre o processo e o contexto no qual ocorrem as transferências do cuidado na área da urgência e emergência, o que poderá redesenhar estratégias para melhorar o atendimento, a comunicação, a segurança do paciente, a articulação e as transferências entre os serviços da RAU.

Conclusão

Apesar da escassa literatura sobre a transferência do cuidado realizado pelo SAMU, já se estabeleceu que a sua atuação é crucial para o atendimento às urgências. Em contrapartida à melhoria no acesso da população, existem circunstâncias deste cuidado que vem repercutir sobre a segurança do paciente na transferência do cuidado pré-hospitalar.

Os trabalhadores do SAMU e os pacientes sofrem riscos que são inerentes as características deste serviço, como o trânsito, intempéries e dificuldades diagnósticas relacionadas com a brevidade e os recursos disponíveis do serviço. As transferências inseguras

ocorrem devido a recursos materiais escassos e frágeis, mas também devido a inconformidades na comunicação ineficaz entre as equipes. No contexto em que o SAMU atua e transfere o cuidado para os serviços da RAU, os pacientes muitas vezes não são avaliados com os mesmos critérios adotados por estes profissionais, o que gera conflitos e discussões entre as equipes. A comunicação baseada em hierarquias profissionais, influenciada pelas características pessoais e emocionais de cada trabalhador causaram implicações para a segurança dos pacientes durante a transferência do cuidado. Para a qualificação e maior segurança da continuidade do cuidado na RAU, surge a necessidade de se investir na comunicação de informações entre as equipes na transferência do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Hagiwara MA, Nilsson L, Stronsoe A, Axelsson C, Kangstrom A, Herlitz J. Patient safety and patient assessment in pre-hospital care: a study protocol. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2016; 24(14):01-07.
2. Gomes ATL, Salvador PTCO, RodrigueS CCFM, Silva MF, Ferreira LL, Santos VEP. A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70(1):146-154.
3. Patient Safety Learning Systems: A Systematic Review and Qualitative Synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser*; 2017, 17(3):1-23.
4. Guise JM, Meckler G, O'brien k, Curry M, Engle P, Dickinson C, et al. Patient safety perceptions in pediatric out-of-hospital emergency care: children's safety initiative. *The Journal of Pediatrics*, 2015;167(5): 01-14.
5. Vikke HS, Giebner M, Kolmos HJ. Prehospital infection control and prevention in Denmark: a cross-sectional study on guideline adherence and microbial contamination of surfaces. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*; 2018, 26(71):01-07.
6. Swinton P, Corfield AR, Moultrie C, Percival D, Proctor J, Sinclair N, et al. Impact of drug and equipment preparation on pre-hospital emergency Anaesthesia (PHEA) procedural time, error rate and cognitive load. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*; 2018, 26(82):01-10.
7. Dawen JV , Vogt L, Schröder H ,Rossaint R , Henze L , Stefan K. et al. The role of a checklist for assessing the quality of basic life support performance: an observational cohort study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*; 2018, 26(96):01-08.
8. BOSCH J, NOOJI J, VISSER M, CANNegiETER SC, TERPSTRA NJ, HERINGHAUS C. et al. Prehospital use in emergency patients of a laryngeal mask airway by ambulance paramedics is a safe and effective alternative for endotracheal intubation. *Emerg Med J*; 2014,31:750–753.
9. Bache KG, Rehn M, Thompson J. Seven years since defining the top five research priorities in physician-provided pre-hospital critical care – what did it lead to and where are we now? *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*; 2018, 26(101):01-02.
10. Hagiwara MA, Suserud BO, Jonsson A, Henricson M. Exclusion of context knowledge in the development of prehospital guidelines: results produced by realistic evaluation. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*; 2013, 21(46):01-08.
11. Fisher JD, Freeman K, Clarke A, Spurgeon P, Smyth M, Perkins GD. et al. Patient safety in ambulance services: a scoping review. *Health Services and Delivery Research*; 2015,3(21):01–250

12. Romanzeira JC, Sarinho SW. Quality assessment of neonatal transport performed by the mobile emergency medical services (SAMU). *Jornal de Pediatria*;2015, 91(4):380–385.
13. Panchal AR, Gaither JB, Svirsky I, Prosser B, Stolz U, Spaite DW. The impact of professionalism on transfer of care to the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*; 2015,49(1):18–25.
14. Yardley IE, Donaldson LJ. Deaths following prehospital safety incidents: an analysis of a national database. *Emergency Medicine Journal*; 2016,33(10):716–721.
15. Streeter AR, Harrington NG. Nurse handoff communication. *Seminars in Oncology Nursing*; 2017,33(5):536-543, 2017.
16. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão. integrativa. *Cogitare Enferm*; 2017,3(22):01-11.
17. Vincent C, Amalberti R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. Proqualis, 2016.
18. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais). Resenha
19. Pena MM, Melleiro MM . Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. *Rev Enferm UFSM*; 2018, 8(3):616-625.
20. Castro GLT, Tourinho FSV, Martins MSFV, Medeiros KS, Ilha P, Santos VEP. Proposta de passos para a segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar móvel. *Texto Contexto Enferm*; 2018, 27(3):01-09.
21. Duarte SCM, Queiroz ABA, Buscher A, Stipp MAC. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 2015, 23(6):1074-108.
22. Magalhães AMM , Moura GMSS, Pasin SS, Funcke LB, Pardal BM, Kreling A. Processos de medicação, carga de trabalho e a segurança do paciente em unidades de internação. *Rev. esc. enferm. USP*; 2015, 49:43-50.
23. Hansen K, Schultz T, Crock C, Deakin A, Runciman W, Gosbell A. The Emergency Medicine Events Register: An analysis of the first 150 incidents entered into a novel, online incident reporting registry. *Emergency Medicine Australasia*; 2016, 28: 544–550.
24. Zandomenighi RC, Mouro DL, Oliveira CA, Martins EAP. Cuidados intensivos em um serviço hospitalar de emergência: desafios para os enfermeiros. *Rev Min Enferm*; 2014,18(2): 404-414.
25. Leite HDCS, Carvalho MTR, Cariman SLS, Araújo ERM, Silva NC, Carvalho AO. Risco ocupacional entre profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência – samu. *Enferm. Foco*; 2016, 7(3/4): 31-35.

26. Campo VR, Klijn TP. Abuso verbal e assédio moral em serviços de atendimento pré-hospitalar no Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 2017,25: 01-08 .
27. Velosso ISC, Araujo MT, Alves M. Prática de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. *Rev Gaúcha Enferm*; 2012,33(4): 126-132.
28. Azevedo CS, Miranda L, Sá MC, Grabois V, Matta G, Cunha M. Entre protocolos e sujeitos: qualidade do cuidado hospitalar em um serviço de hematologia. *Cad. Saúde Pública*; 2018,34(6):01-11.
29. Hesselink G, Berben S, Beune T, Schoonhoven L. Improving the governance of patient safety in emergency care: a systematic review of interventions. *BMJ Open*; 2016, 6(1): 01-12.
30. Fakh MG, Heavens M, Grotemeyer J, Szpunar SM, Groves C, Hendrich A. Ann. Avoiding potential harm by improving appropriateness of urinary catheter use in 18 emergency departments. *Emerg Med*; 2014,63(6):761-768.
31. Redley B, Botti M, Wood B, Bucknall T. Interprofessional communication supporting clinical handover in emergency departments: An observation study. *Australasian Emergency Nursing Journal*; 2017,20(3): 122-130.
32. Silva, R. R; Magalhães, D. C. S. A utilização da ferramenta de “Notificação de Ocorrências” como parâmetro avaliativo das metas internacionais de segurança do paciente. *Revista Pró-UniverSUS*. 2018 Jan/Jun; 09(1): 17-24.
33. Maddneshat M, Rosenstein AH, Akaberi A, Tabatabaeichehr M. Disruptive Behaviors in an Emergency Department: the Perspective of Physicians and Nurses. *Journal of Caring Sciences*; 2016, 5(3): 241-249.
34. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Esc Anna Nery*; 2016, 20(3):01-08.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observaram-se falhas na comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar. Elas estavam relacionadas à coleta e transmissão de informações insuficientes por parte dos profissionais do SAMU, do solicitante do chamado e dos serviços que dão continuidade aos cuidados. A incerteza e lacunas na informação foram frequentemente observadas durante a comunicação, o que compromete a transferência segura do cuidado pré-hospitalar.

Além disso a exiguidade de tempo para a coleta e transferência de informações dos profissionais do SAMU contribuiu para que informações clínicas significativas não fossem passadas para os serviços que deram continuidade ao cuidado. Porém, esta brevidade em transferir informações muitas vezes é solicitada pela equipe que recebe o paciente e até mesmo pela própria regulação do SAMU. Entende-se que isso acontece porque as equipes que recebem o paciente possuem outras demandas além das do SAMU, enfrentando a superlotação dos serviços e a falta de profissionais, o que implica na solicitação da brevidade. O regulador solicita brevidade, pois outros chamados já estão pendentes para a equipe que está realizando a transferência do cuidado. Há momentos em que a brevidade torna-se necessária para a segurança da equipe. Estes se referem geralmente a populações violentas e cena insegura.

Além da comunicação de informações verbais, a transferência do cuidado é realizada com informações escritas, através dos boletins de atendimento. Estes careceram de dados essenciais para continuidade de um cuidado seguro, como por exemplo, nome completo do paciente, sendo assim a maioria dos boletins de atendimento apresentaram-se incompletos.

Tendo em vista o contexto organizacional no qual se insere o cotidiano do APH, as circunstâncias que dificultam as transferências do cuidado e os intervenientes na segurança do paciente são muitos. Os conflitos interprofissionais existentes ocorreram devido ao fato que a superlotação dos serviços foi atribuída em determinadas situações ao SAMU, pois os outros profissionais da rede têm a percepção de que o SAMU é responsável pela sobrecarga de trabalho, comprometendo assim a organização do processo de atendimentos. Este é um dos fatores que contribuíram para pouca receptividade do SAMU e do paciente pelas equipes que darão continuidade ao cuidado.

A comunicação verticalizada pelas hierarquias e dependente da parte pessoal e não profissional do trabalhador interferiram diretamente na comunicação entre as equipes, o que compromete a segurança dos pacientes. Os conflitos ocorreram ainda devido à falta de padronizações durante as transferências, ou seja, as condutas tomadas pelos profissionais do

SAMU não são as mesmas dos profissionais dos serviços que os recebem, gerando inconformidades entre as equipes no momento da transferência do cuidado.

Nessa direção, encontraram-se mais riscos para o paciente e equipe durante o transporte e a transferência do cuidado. Eles estavam relacionados às quedas devido a permanência de pacientes nas macas das ambulâncias, a infecções, intempéries do clima, vulnerabilidades presentes nas rodovias e imprudência de outros veículos.

Frente a essas situações, foram criadas pactuações na rede de atenção às urgências e emergências, com o objetivo de agilizar as transferências do cuidado. Foram estabelecidos hospitais de referências para determinados tipos de atendimentos e foram criados aplicativos que sinalizam o hospital que deverá receber o paciente. As amizades funcionaram como pactuações para uma recepção mais ágil do SAMU, pois o bom relacionamento interpessoal influenciou positivamente no processo de comunicação.

A necessidade de melhorar a comunicação de informações durante a transferência do cuidado foi detectada claramente tanto nas observações em campo quanto nas entrevistas, parecendo ser um obstáculo a ser vencido pelos profissionais do SAMU. Isso, por vezes, se mostrou como um fator desencadeante de conflitos interpessoais, uma vez que os serviços que deram continuidade aos cuidados, tiveram a percepção de que o SAMU era o responsável pela intensificação do trabalho.

Tendo em vista as questões mencionadas, compreende-se que a qualidade da comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar influencia na segurança do paciente. Para o serviço estudado, traz-se subsídios às ações gerenciais que visem abordar a comunicação entre os serviços da rede de urgência e emergência, e conseqüentemente, a qualidade da assistência prestada. Para os profissionais da assistência, os achados descrevem aspectos do cotidiano que nem sempre fazem parte de protocolos, o que pode contribuir para novas reflexões e indagações sobre a forma como veem sendo realizada a comunicação de informações nos serviços de urgência.

O estudo possui limitações por ter sido realizado somente com os profissionais do SAMU, de apenas um município. Diante do exposto, entende-se que o tema está longe de ser esgotado devido a sua complexidade. Assim, emergem possibilidades para novas investigações, tais como a realização de um estudo sobre a comunicação de informações com os outros serviços que dão continuidade a este cuidado. Isso seria interessante pela característica do atendimento pré-hospitalar, dinâmico e multiprofissional. Apesar desses pontos não terem sido aprofundados, acredita-se na relevância do presente estudo na medida em que traz à tona aspectos fundamentais em relação à comunicação de informações que se estabelece entre os

serviços de urgência durante a transferência do cuidado, causando implicações para a segurança dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio.** 2016. 162 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Brasília (DF), 2013.

ALMONDES, K. M; SALES, E. A; MEIRA, M. O. Serviço de Psicologia no SAMU: campo de atuação em desenvolvimento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 36 n.2, p. 449-457, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências.** 3. ed. ampl. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde(SUS).** Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2013a.

_____. _____. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. _____. Portaria no 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 maio 2012a. Seção 1, p. 87-90.

_____. _____. **Resolução no 446, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: MS, 2012b.

_____. _____. **Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003.** Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. _____. **Portaria nº 2048 GM/MS de 5 de novembro de 2002.** Dispõe sobre a regulamentação do atendimento das urgências e emergências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BERNARDES, A. et al. Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 635-43, set. 2014.

BRITO, P. T. T. et al. Incidentes: instrumento de gerenciamento da assistência para a segurança do paciente em pronto socorro. **Enfermería Global**, Goiás, v. 13, n. 34, p. 219-231, 2014.

CALLEJA, P; AITKEN, L. M; COOKE, M. L. Information transfer for multi-trauma patients on discharge from the emergency department: mixed-method narrative review. **Journal of Advanced Nursing**, Australia, v. 67, n. 1, p. 4–18, Dec. 2010.

CICONET, R. M. **Tempo resposta de um serviço de atendimento móvel de urgência**. 2015. 124 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) -Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

_____. **Atuação e articulação das ações das equipes de suporte básico de um serviço de atendimento móvel de urgência com a central de regulação e as portas de entrada da urgência**. 2009. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

COLEMAN, E. A ; BOULT, C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **American Geriatrics Society Health Care Systems Committee**, New York, v. 51, no. 4, p. 556-557, 2007.

DEERING, S.; JOHNSTON, L. C.; COLACCHIO, K. Multidisciplinary Teamwork and Communication Training. **Seminars in Perinatology**, Estados Unidos, v. 35, n. 2, p. 89–96, 2011.

DELAMAIRE, M; LAFORTUNE, G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed Countries, **OECD Health Working Papers**, n. 54, 2010. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/46456906_Nurses_in_Advanced_Roles_A_Description_and_Evaluation_of_Experiences_in_12_Developed_Countries>. Acesso em 01 dez. 2017.

DIAS, J. M. C. et al. Perfil de atendimento do serviço pré-hospitalar móvel de urgência estadual. **Cogitare Enferm**, v.21, n. 1, p. 01-09, 2016.

DORNELLES, C. et al. As dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, Santa Catarina, v. 8, n. 3, p. 453-467, 2017.

FISHER, J. D. et al. Patient safety in ambulance services: a scoping review. **Health Services and Delivery Research**, Reino Unido, v. 3, n. 21, p. 1–250, 2015.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011.

GARCIA, V. M; REIS, R. K. Adequação da demanda e perfil de morbidade atendida em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 4, p. 665-673, 2014.

GUISE, J.-M. et al. Patient safety perceptions in pediatric out-of-hospital emergency care: children's safety initiative. **The Journal of Pediatrics**, Estados Unidos, v. 167, n. 5, p. 01-14, 2015.

HAGIWARA, M. A. et al. Patient safety and patient assessment in pre-hospital care: a study protocol. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, Scandinavia, v. 24, n. 1, p. 01-07, Dec. 2016.

HOLLNAGEL, E.; WEARS R. L.; BRAITHWAITE J. **From Safety-I to Safety-II: a white paper**. University of Southern Denmark, Dinamarca, University of Florida, EUA, e Macquarie University, Austrália, 2015. Disponível em: < <http://resilienthealthcare.net/onewebmedia/WhitePaperFinal.pdf>>. Acesso em: 05 de ago. 2017.

JONES, A.; JOHNSTONE, M. J.; DUKE, M. ‘Hands-on’ assessment: a useful strategy for improving patient safety in emergency departments. **Australasian Emergency Nursing Journal**, Austrália, v. 18, n. 4, p. 212–217, 2015.

JUNYENT, R. W. W; et al. A autonomia do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar. **Science in Health**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 86-95, 2014.

LAWRENCE, R. H. et al. Conceptualizing handover strategies at change of shift in the emergency department: a grounded theory study. **BMC Health Services Research**, Estados Unidos, v. 08, n. 256, p. 1-12, 2008.

LUCHTEMBERG, M. N.; PIRES, D. E. P. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Santa Catarina, v. 69, n. 2, p. 213–220, 2016.

_____; _____. Trabalho no SAMU: facilidades e dificuldades para realização do trabalho dos enfermeiros em um estado da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 31-45, 2017.

MACHADO, C. V; SALVADOR, F. G.F; O’DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p.519-528, 2011.

MALVESTIO, M. A. A; SOUSA, R. M. C. Indicadores clínicos e pré-hospitalares de sobrevivência no trauma fechado:uma análise multivariada. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p.352-359, 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais). Resenha.

_____; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877–1886, 2008.

MORAIS, S. A.; ALMEIDA, L. F. Por uma rotina no transporte intra-hospitalar: elementos fundamentais para a segurança do paciente crítico. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 138-146, 2013.

MORAIS, L. S; et al. Operacionalização do serviço móvel de urgência em unidades regionalizadas. **Rev enferm UFPE** , Piauí, v. 9, p. 9945-9956, 2015.

- NOGUEIRA, J. W. D. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Brasília, v. 20, n. 3, p.636-640, 2015.
- OLIVEIRA, W. A; et al. A importância do enfermeiro na evolução do atendimento pré-hospitalar no Brasil. **Revaci**, v. 2, n. 2, p.01-12, 2017.
- PANCHAL, A. R; et al. The impact of professionalism on transfer of care to the emergency department. **The Journal of Emergency Medicine**, Arizona, v. 49, n. 1, p. 18–25, 2015.
- PAPSON, J. P. N; et al. Unexpected events during the intrahospital transport of critically ill patients. **Acad emerg med**, Australia, v. 14, n. 6, p. 574-577, 2007.
- PERIDES, M. An introduction to quality assurance in health care. **International Journal for Quality in Health Care**, Reino Unido, v. 15, n. 4, p. 357–358, Jan. 2003.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- _____; _____. HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- PONTE, K. M. A. et al. Relação entre sinal/sintoma e tempo para resolução do problema de pacientes em unidade de emergência. **R bras ci Saúde**, Ceará, v. 21, n. 3, p.255-260, 2017.
- PORTAL PLANALTO. **Governo renova frota do SAMU com 340 ambulâncias** Disponível em <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-planalto/noticias/2017/01/governo-renova-frotas-do-samu-com-340-ambulancias>> Acesso em: 18 ago. 2017.
- _____. _____. Coordenação Municipal de Urgências. Assessoria de Comunicação Social. **Revista comemorativa aos 15 anos do SAMU Porto Alegre**. Porto Alegre, 2010. 50 p. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/@@busca?SearchableText=SAMU>>. Acesso em: 21 set. 2017.
- PYPER, Z; PATERSON, J. L. Fatigue and mental health in Australian rural and regional ambulance personnel. **Emerg Med Australas**, Australia, v. 28, n. 1, p. 62-66, 2016.
- REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. POLO RS. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.
- ROMANZEIRA, J. C.; SARINHO, S. W. Quality assessment of neonatal transport performed by the mobile emergency medical services (SAMU). **Jornal de Pediatria**, Recife, v. 91, n. 4, p. 380–385, 2015.
- SEMINOTTI, E. P; NEVES, E. M. Dos Dramas de Narciso: reflexões antropológicas a partir de uma etnografia de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de João Pessoa – PB. **Ilha Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 175-202, dez. 2014.

SIEMSEN, I. M. D; et al. Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study. **Scandinavian Journal of Public Health**, Dinamarca, v. 40, p. 439–448, 2012.

SILVA, M. V. P; CARVALHO, P. M.G. Cultura de segurança do paciente: atitudes dos profissionais de enfermagem de um serviço de pronto-atendimento. **R. Interd.** v. 9, n. 1, p. 1-12, 2016.

SILVA, R. S; BITTENCOURT, I. S; PAIXÃO, G. P. N. **Enfermagem avançada um guia para a prática**. Local: Editora Sanar, 2016.

SPOKE. **How to stop making patients pay the price for poor communications**. Chicago: Becker's Healthcare, 2017. Disponível em: <<https://www.beckershospitalreview.com/whitepapers/current-whitepapers.html>>. Acesso em: 1º dez. 2017.

STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Porto Alegre: Penso, 2011.

STREETER, A. R; HARRINGTON, N. G. Nurse handoff communication. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 33, n. 5, p. 536-543, 2017.

SIMÕES, R. L. et al. Atendimento pré-hospitalar à múltiplas vítimas com trauma simulado. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio Grande do Norte, v. 39, n.3, p. 230-237, 2012.

SOUSA, R. B; SILVA, M. J. P; NORI, A. Pronto-socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 2, p.242-249, 2007.

THE JOINT COMMISSION. **Comprehensive accreditation manual for hospitals**. Oakbrook Terrace, 2012.

TOSO, B. R. G. O. Práticas avançadas de enfermagem em atenção primária: estratégias para implantação no Brasil. **Enferm. Foco**, v. 7, n. 3, p. 36-40, 2016.

VELOSSO, I. S. C; ARAUJO, M. T; ALVES, M. Prática de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. **Rev Gaúcha Enferm**, Belo Horizonte, v.33, n. 4, p.126-132, 2012.

VELOSSO, I. S. C. et al. Gerenciamento da diferença: relações de poder e limites profissionais no serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. Enf. Ref**, Coimbra, v. 4, n. 2, p. 71-79, 2014.

VIANNA, H. M. **Pesquisa em educação: a observação**. Tradução. Campinas, S.P. Liber Livros, 2007.

VINCENT, C; AMALBERTI, R. **Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado**. Proqualis, 2016.

WACHTER, R. **Understanding patient safety**. 2. ed. Local: The McGraw-Hill Companies, 2012.

WYK, S. V.; HEYNS, T.; COETZEE, I. The value of the pre-hospital learning environment as part of the emergency nursing programme. **Health SA Gesondheid**, África do Sul, v. 20, n. 1, p. 91–99, 2015.

WORM, F.A. et al. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. **Revista Cuidarte**, Santa Catarina, v. 7, n.2, p.1288-1.296, Jan. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated health services- what and why?**

Technical Brief, n. 1. Geneva: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report**. Genebra; 2009.

YARDLEY, I. E.; DONALDSON, L. J. Deaths following prehospital safety incidents: an analysis of a national database. **Emergency Medicine Journal**, Inglaterra, v. 33, n. 10, p. 716–721, 2016.

YONG, G. et al. Handover from paramedics: observations and emergency department clinician perceptions. **Emergency Medicine Australasia**, Australia, v. 20, n. 2, p. 149-155, 2008.

ZEEFRIED, C. B. Protocolos de atendimento pré-hospitalar: suporte avançado à vida. São Paulo, **Secretaria Municipal da Saúde**, 2012.

APÊNDICE A- Roteiro para observação

Data:
 Horário de Início:
 Dia da semana:

Local Observado:
 Horário de término:
 Categoria profissional:

Situação observada	Percepções da pesquisadora
Informações da chamada (enviada pelo regulador às equipes): Não verbal: Verbal: Escrita:	
Informações coletadas na cena: Não verbal: Verbal: Escrita:	
Informações documentadas em ficha de atendimento: Não verbal: Verbal: Escrita:	
Informações verbalizadas para a equipe que recebe o paciente: Não verbal: Verbal: Escrita:	
Informações verbalizadas pela equipe que recebe o paciente do SAMU: Não verbal: Verbal: Escrita:	

APÊNDICE B- Roteiro para realização da entrevista

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1. Idade: | 2. Sexo () M () F |
| 3. Categoria profissional: | 4. Tempo de formação: |
| 5. Pós-graduação: | 6. Tempo atuação no SAMU: |
| 8. Turno de trabalho: | |

QUESTÕES ORIENTADORAS:

A transferência do cuidado envolve o intercâmbio de informações verbal e documentadas, pode ser considerado como uma forma de “referenciar” um paciente de um profissional da saúde para outro.

1. Como se dá a comunicação entre as equipes durante a transferência do cuidado?
2. Que informações são trocadas durante a transferência do cuidado? Elas são suficientes para a continuidade do cuidado?
3. As informações são registradas? Se sim, que tipo de registro é utilizado?
4. O que você considera mais importante durante a transferência do cuidado?
5. Quais fatores interferem na segurança do paciente durante a transferência do cuidado do SAMU para a RAU?
6. Quais são os principais desafios enfrentados pela sua equipe durante a transferência do cuidado?
7. Existem não conformidades entre as equipes no momento da transferência do cuidado? Fale sobre eles e dê exemplos.
8. O que você considera que poderia ser feito para tornar as transferências mais seguras para o paciente?
9. Pensando na segurança do paciente, que é definida como “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”, a transferência do cuidado é realizada de modo seguro?

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa intitulada ‘Comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar: implicações para a segurança dos pacientes’, que está vinculada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo desenvolvida por Jeanini Dalcol Miorin. Tem por objetivo analisar a comunicação de informações das equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar e as suas implicações para a segurança do paciente.

Gostaríamos de pedir autorização para realizar observações não participantes durante o trabalho desenvolvido por você. O pesquisador de campo irá registrar em Diário de Campo (Caderno) os fluxos de transferência, comunicação entre as equipes, conflitos e circunstâncias de cuidado. O pesquisador não participará do atendimento (por isso a observação é do tipo não participante), nem influenciará na cena de atendimento ou tampouco nas suas decisões.

Os riscos relacionados à pesquisa são considerados mínimos. Se referem a possíveis desconfortos associados ao tempo que você irá dispende para responder o questionário e a interferências na sua rotina e constrangimento durante a observação não-participante. Para que estes riscos sejam amenizados serão selecionados pesquisadores familiarizados com o atendimento de urgência e emergência, e capacitados quanto à técnica de coleta dos dados, além de garantia de seu anonimato nos registros efetuados pelo pesquisador e de confidencialidade dos dados. Os benefícios desta pesquisa serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios sobre o processo e o contexto no qual ocorrem as transferências do cuidado na área da urgência e emergência e fornecer informações que poderão redesenhar estratégias para melhorar o atendimento, a comunicação de informações, a articulação e as transferências entre os serviços da Rede de atenção às urgências e a segurança do paciente.

Se você aceitar participar deste estudo, será convidado(a) a responder uma entrevista semiestruturada, com duração aproximada de 30 minutos, a qual será gravada em um gravador digital e, posteriormente digitada (transcrita). Será mantido seu anonimato na divulgação dos resultados. Sua participação nesse estudo é totalmente voluntária. A opção de não participar ou desistir após ingressar no estudo, não implicará em nenhum prejuízo para você ou para seu vínculo com a instituição onde trabalha.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação no estudo e você não terá nenhum custo. Você apenas necessitará dispor de seu tempo para responder as perguntas. Sua participação no estudo não está associada a nenhum tipo de avaliação profissional ou de

desempenho. Sempre que necessário receberá esclarecimento acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa.

A pesquisadora orientadora deste projeto é a professora Dr^a Daiane Dal Pai a qual poderá lhe fornecer maiores informações sobre a pesquisa por meio do telefone (51) 3308.5081, ou pelo endereço da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na Rua São Manoel, 963 sala 208.

Este projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Declaro que concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora responsável

Data: _____

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UFRGS:

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317, Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060. Contato: Fone: +55 51 3308 3738. E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SMS:

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27- 7º andar (Centro Histórico). Fone: +55 51 3289 5517. E-mail: cep_sms@hotmail.com.br e cep-sms@sms.prefpoa.com.br

APÊNDICE D- Termo de Confidencialidade para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto: Comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar: implicações para a segurança dos pacientes

As pesquisadoras deste projeto comprometem-se a preservar as informações institucionais que serão coletadas a partir de observação não participante e entrevista semiestruturada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações somente serão usadas para fins de execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado. Eles ficarão armazenados sob a responsabilidade da Pesquisadora Jeanini Dalcol Miorin, na rua endereço Venâncio Aires, 1463, bairro Centro, 97010003 – Santa Maria- RS, por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS em/...../....., com o número do CAAE

Porto Alegre, _____ de 2017.

Nome das Pesquisadoras

Assinatura

Profa Dra. Daiane Dal Pai

Mestranda Jeanini Dalcol Miorin

ANEXO A – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Prezado Senhor (a),

Estamos desenvolvendo um estudo intitulado ‘Comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar: implicações para a segurança dos pacientes’. Esta pesquisa se refere à elaboração de Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Para a realização deste estudo precisamos da colaboração de Vossa Senhoria no que se refere à autorização para entrevistar os médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem do SAMU, com o objetivo de levantamento de dados para a presente pesquisa.

Comprometemo-nos a manter anonimato sobre a identificação dos participantes do estudo e do município. O nome do serviço e dos profissionais apresentados no relatório serão preservados.

Contando com sua imprescindível e importante colaboração e apoio, agradecemos.

Atenciosamente,

Jeanini Dalcol Miorin
Aluna do Curso de Mestrado em
Enfermagem Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul/
EEUFRGS

Daiane Dal Pai
Prof^a Orientadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ EEUFRGS

**ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA DO COORDENADOR DA
REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

Eu, _____, responsável pela Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências do município de Porto Alegre/RS, declaro para os devidos fins que estou ciente da existência do Projeto de Dissertação de Mestrado intitulado “Comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar: implicações para a segurança dos pacientes”, de Jeanini Dalcol Miorin e aprovo a realização da coleta de dados neste município, o que não interferirá no fluxo normal dos serviços de saúde.

Atenciosamente,

Assinatura e Carimbo

_____, de _____ de 2017.

ANEXO C – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DO SAMU

Prezado Senhor (a),

Estamos desenvolvendo um estudo intitulado ‘Comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar: implicações para a segurança dos pacientes’. Esta pesquisa se refere à elaboração de Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Para a realização deste estudo precisamos da colaboração de Vossa Senhoria no que se refere à autorização para entrevistar os médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem do SAMU, com o objetivo de levantamento de dados para a presente pesquisa.

Comprometemo-nos a manter anonimato sobre a identificação dos participantes do estudo e do município. O nome do serviço e dos profissionais apresentados no relatório serão preservados.

Contando com sua imprescindível e importante colaboração e apoio, agradecemos.

Atenciosamente,

Jeanini Dalcol Miorin
Aluna do Curso de Mestrado em
Enfermagem Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul/
EEUFRGS

Daiane Dal Pai
Prof^a Orientadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ EEUFRGS

**ANEXO D - CARTA DE ANUÊNCIA DO COORDENADOR DO
SAMU**

Eu, _____, responsável pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre/RS, declaro para os devidos fins que estou ciente da existência do Projeto de Dissertação de Mestrado intitulado “Comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar: implicações para a segurança dos pacientes”, de Jeanini Dalcol Miorin e aprovo a realização da coleta de dados neste município, o que não interferirá no fluxo normal dos serviços de saúde.

Atenciosamente,

Assinatura

ANEXO E- CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÕES ENTRE AS EQUIPES DE SAÚDE NA TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO PRÉ-HOSPITALAR: IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DOS PACIENTES

Pesquisador: Daiane Dal Pai

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82452318.3.3001.5338

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.603.469

Apresentação do Projeto:

Este estudo objetiva analisar a comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar e as suas implicações para a segurança do paciente. Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, que será realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Porto Alegre- RS. Participarão do estudo profissionais do SAMU envolvidos na assistência as vítimas, ou seja, médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem. Os dados serão coletados por meio da observação não participante e entrevista semiestruturada. Serão observadas situações de transferência do cuidado entre o SAMU e os serviços da Rede de Atenção às Urgências. As entrevistas semiestruturadas serão gravadas em áudio. O encerramento amostral das observações e das entrevistas obedecerá ao critério de saturação dos dados com vistas ao alcance do objetivo deste estudo. O conteúdo transcrito das entrevistas e os registros das observações serão analisados com base na análise de conteúdo temática. O projeto será encaminhado à autorização da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ/UFRGS) e a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP/SMSPOA), conforme prevê a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para a realização das observações e das entrevistas será utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.603.469

Confidencialidade para Utilização de Dados Institucionais.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar e as suas implicações para a segurança do paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos relacionados à pesquisa são considerados mínimos. Se referem a possíveis desconfortos associados ao tempo dispendido para responder o questionário e a interferências na rotina e constrangimento dos sujeitos durante a observação não-participante. Para que estes riscos sejam amenizados serão selecionados pesquisadores familiarizados com o atendimento de urgência e emergência, e capacitados quanto à técnica de coleta dos dados, além de garantia de anonimato dos profissionais observados nos registros efetuados pelo pesquisador e de confidencialidade dos dados.

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios sobre o processo e o contexto no qual ocorrem as transferências do cuidado na área da urgência e emergência e fornecer informações que poderão redesenhar estratégias para melhorar o atendimento, a comunicação de informações, a articulação e as transferências entre os serviços da Rede de atenção às urgências e a segurança do paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador responsável: Daiane Dal Pai

Instituição: UFRGS

Tipo de estudo: mestrado

Curso: enfermagem

Amostra: 50

Local de realização: SAMU

TCLE: sim

Data de início: 01/03/2018

Data de término: 31/12/2018

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA

Continuação do Parecer: 2.603.469

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sobre o TCLE:

1. Incluir TCLE para os participantes que serão observados.

Resposta do pesquisador: Para a realização das observações e das entrevistas será utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este será entregue aos profissionais que aceitarem participar da observação, assim como nas entrevistas este será assinado pelo participante antes de iniciar a coleta das informações, após receber as informações verbalmente do pesquisador, em duas vias de igual teor, uma ficando com a pesquisadora e a outra com o participante. Este irá receber também o Termo de Confidencialidade para uso dos dados, no qual a pesquisadora compromete-se a preservar as informações institucionais.

Análise: pendência atendida.

Dúvidas gerais que devem ser sanadas para dar-se prosseguimento ao processo ético de autorização do projeto de pesquisa:

1. Em quais tipos de atendimentos será feita a observação? Tanto aqueles mais graves quanto menos graves?

Resposta do pesquisador: Será realizada a observação tanto em atendimentos mais graves, quanto em atendimentos de menor gravidade, sejam eles de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica ou psiquiátrica.

Análise: pendência atendida.

2. A observação não participantes será realizada por estudantes ou por uma das pesquisadoras?

Resposta do pesquisador: As observações serão realizadas pela própria pesquisadora e equipe com experiência na área (2 estudantes de enfermagem com experiência em atendimentos de urgência e emergência), devidamente treinada para a realização da coleta dos dados, a qual será realizada durante atendimentos do SAMU, conforme cronograma pré-definido, no período da manhã e tarde, pois são os turnos com maior número de atendimentos. Será realiza nos dias de semana, pois os finais de semana há

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ SMSPA



Continuação do Parecer: 2.603.469

menor demanda.

Análise: pendência atendida

3. Relatar quantas pessoas cabem na SAMU, tendo como parâmetro a segurança e espaço necessário para que o serviço atenda seus objetivos.

Resposta do pesquisador: Resposta à pendência 3: Sobre o número de passageiros na ambulância, serão respeitados os espaços disponíveis e os regulamentos relativos à questão: o número de passageiros permitido na ambulância deve ser igual ao número de assentos com cintos de segurança em condições de uso, mais o paciente na maca também com o cinto (BRASIL, 2016).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.

Configuração "A" (SAV) [...] para utilização como Suporte Avançado da Vida (SAV), deve haver previsão para um paciente primário acomodado sobre uma maca articulada sobre rodas e um paciente secundário sobre uma maca dobrável/portátil sobre o assento da tripulação. Pode também acomodar um paciente primário e três pacientes secundários sentados sobre o assento da tripulação [...] (BRASIL, 2000).

Configuração "B" (SBV) [...] a configuração "B" como Suporte Básico de Vida (SBV), para um paciente primário sobre maca articulada sobre rodas e um paciente secundário sobre maca dobrável/portátil sobre o assento da tripulação, o qual deve ser capaz de acomodar três pacientes sentados [...] (BRASIL, 2000).

BRASIL. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 14561: veículos para atendimento a emergências médicas e resgate. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: www.primervida.com.br/site/wpcontent/uploads/legislação/abnt14561_2000.pdf

Acesso em: 26/03/2018.

Portanto não serão realizadas observações de atendimentos nos quais a central de regulação envia apenas uma viatura para acidentes com 4 vítimas ou mais.

Análise: pendência atendida.

4. Entendemos que há um potencial constrangimento dos profissionais que serão observados. Esclarecer e dar encaminhamento.

Resposta do pesquisador: : Os sujeitos da pesquisa serão convidados a participar de forma voluntária, podendo interromper sua participação neste estudo a qualquer momento. Serão esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa, bem como quanto aos riscos, que, se existirem,

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.603.469

serão mínimos. Em relação as entrevistas, os riscos se referem a possíveis desconfortos associados ao tempo dispendido para responder o questionário e a interferências na rotina. Na observação não-participante os riscos se referem a possíveis constrangimentos dos sujeitos, como receio de ser avaliado, de ser observado durante a realização de algum procedimento ou durante diálogo com membros da equipe. Caso o sujeito demonstre constrangimento será interrompida a observação, bem como será oferecida a oportunidade de maiores esclarecimentos sobre o estudo e o resguardo do anonimato dos participantes. Para que estes riscos sejam amenizados serão selecionados pesquisadores familiarizados com o atendimento de urgência e emergência, e capacitados quanto à técnica de coleta dos dados, além de garantia de anonimato dos profissionais observados nos registros efetuados pelo pesquisador e de confidencialidade dos dados.

Análise: pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1090018.pdf	31/03/2018 20:44:32		Aceito
Outros	CartaRespostasCEP_SMSPOA.pdf	31/03/2018 20:43:45	Daiane Dal Pai	Aceito
Outros	Carta_respostas_pendencias_CEP.pdf	04/03/2018 11:01:02	Daiane Dal Pai	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.pdf	04/03/2018 10:57:38	Daiane Dal Pai	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_AJUSTADO_CEP.pdf	04/03/2018 10:57:12	Daiane Dal Pai	Aceito
Outros	TCUD.pdf	17/01/2018 09:07:44	Daiane Dal Pai	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.603.469

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 17 de Abril de 2018

Assinado por:
Thaís Schossler
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

ANEXO F- CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP/UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMUNICAÇÃO DE INFORMAÇÕES ENTRE AS EQUIPES DE SAÚDE NA TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO PRÉ-HOSPITALAR: IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DOS PACIENTES

Pesquisador: Daiane Dal Pai

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82452318.3.0000.5347

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.532.529

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Acadêmico, da Escola de Enfermagem, de Jeanini Dalcol Miorin, orientado pela Profª. Drª. Daiane Dal Pai.

É um projeto de estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, que será realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Porto Alegre- RS, pautado sobre a comunicação de informações das equipes de saúde durante a transferência do cuidado pré-hospitalar que, segundo as autoras, pode trazer repercussões sobre a segurança do paciente uma vez que compromete a continuidade dos cuidados à saúde.

O Atendimento pré-hospitalar (APH) no Brasil é operacionalizado pelos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e junto das Centrais de Regulação Médicas de Emergências constituem-se em um dos componentes na organização das Redes de Atenção às Urgências. Esse serviço garante acesso ao usuário no sistema de saúde, estabelecendo a interface entre a intervenção na cena onde os agravos acontecem e a rede de serviços que acolherá o paciente na sequência do atendimento.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.532.529

No modelo brasileiro de atendimento móvel de urgência, adotaram-se dois tipos principais de suporte: as ambulâncias de suporte básico de vida e as de suporte avançado. As de suporte básico contam com motorista, técnico de enfermagem e material básico para o primeiro atendimento às urgências e são destinadas a casos sem risco imediato de vida, nos quais a atenção será ofertada sob orientação médica da central. Já as ambulâncias de suporte avançado de vida incluem motorista, médico e enfermeiro, além de equipamentos para cuidados intensivos nas situações de risco iminente de vida.

A fragmentação da rede de saúde, somada com a falha da comunicação de informações entre os profissionais, dificulta uma boa articulação entre os serviços de emergência. A falha de comunicação, que pode ser entre o profissional e o paciente; entre profissionais da mesma categoria profissional; entre profissionais numa equipe multiprofissional e durante a troca de turno/plantão. O alto fluxo de informações e o grande número de profissionais de diferentes equipes assistenciais, além da grande demanda de atividades, acarretam uma necessidade constante de atualização e troca de informações com os pacientes, os familiares e as equipes (ANVISA, 2013).

A comunicação de informações que se desenvolve entre as equipes ocorre durante a transferência do cuidado do SAMU para outros serviços da Rede de Atenção às Urgências (RAU); a transferência do cuidado é essencial para a transição do cuidado do paciente. A transferência envolve o intercâmbio de informações verbais e documentadas, e pode ser considerada como uma forma de “referenciar” um paciente de um profissional da saúde para outro.

É importante destacar a potencialidade de dano das lacunas relacionadas ao processo de transferência do cuidado do paciente dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel para unidades de emergência. Trata-se de momento de transição, no qual se observam altas taxas de degradação da comunicação de informações; a falta de comunicação de informações é o fator humano associado ao maior número de eventos adversos. Os eventos adversos relacionados às falhas no processo de comunicação estão relacionados com as prescrições ou ordens verbais e informações relativas a resultados de exames. A recomendação de ouvir e repetir para o interlocutor a informação/ordem/prescrição recebida é considerada uma medida de segurança para garantir uma comunicação clara, precisa, completa e sem ambiguidade para o receptor (ANVISA, 2013).

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.532.529

Assim, as autoras têm como questão de pesquisa: “Como se estabelece a comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar e quais as implicações para a segurança do paciente?”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar a comunicação de informações entre as equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar e as suas implicações para a segurança do paciente.

Objetivos específicos

- Descrever as informações utilizadas pelas equipes de saúde na transferência do cuidado pré-hospitalar
- Identificar (in)conformidades da comunicação das equipes de saúde durante a transferência do cuidado pré-hospitalar para a rede de atenção às urgências
- Identificar circunstâncias de cuidado que contribuem e/ou comprometam a comunicação de informações entre as equipes na transferência do cuidado pré-hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não estão descritos no Projeto. (PENDÊNCIA ATENDIDA - foram incluídos no projeto)

No TCLE e no Formulário da Plataforma Brasil:

“Os riscos relacionados à pesquisa são considerados mínimos. Se referem a possíveis desconfortos associados ao tempo despendido para responder o questionário.” (PENDÊNCIA 2 – COMO PODEM SER MINIMIZADOS? REVISAR COM O COLEGIADO A REDAÇÃO NO TCLE, acho ok no projeto e formulário)

“Os benefícios desta pesquisa serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios sobre o processo e o contexto no qual ocorrem as transferências do cuidado na área da urgência e emergência e fornecer informações que poderão redesenhar estratégias para melhorar o atendimento, a comunicação de informações, a articulação e as transferências entre os serviços

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.532.529

da Rede de atenção às urgências e a segurança do paciente.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa se constitui em um estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, a ser realizada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de Porto Alegre-RS, município no Brasil a instituir o serviço, em 1995.

Serão convidados a participar do estudo os profissionais da equipe de saúde do SAMU envolvidos na assistência às vítimas, ou seja, médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem. (PENDÊNCIA ATENDIDA, foi esclarecido como os participantes serão convidados)

“A seleção dos profissionais do SAMU para participarem das entrevistas observará os critérios necessários para uma abordagem qualitativa, de forma a privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que se pretende conhecer e que melhor possam suprir informações de acordo com a exigência do estudo. São indivíduos que, têm um bom diálogo e estão mais sensíveis à temática. Irá contemplar um conjunto de informantes, diversificado, para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças.” (PENDÊNCIA ATENDIDA – foi esclarecido como os participantes serão escolhidos)

Os dados serão coletados por meio de roteiro de observação não-participante e de entrevista semiestruturada. As observações serão realizadas pela pesquisadora em unidades de suporte básico e avançado, durante atendimentos do SAMU, conforme cronograma pré-definido, no período da manhã e tarde, pois são os turnos com maior número de atendimentos. Será realizada nos dias de semana, pois os finais de semana há menor demanda. A adequação da quantidade de dados coletados irá ser confirmada pela saturação das informações, também a ser utilizada com as entrevistas. As entrevistas semiestruturadas serão realizadas com os profissionais do SAMU e obedecerão um roteiro. Irão ocorrer nas bases do SAMU, preferencialmente durante o horário de trabalho, na data e horário de preferência do entrevistado, em lugar reservado. (PENDÊNCIA ATENDIDA – foi incluído o momento de aplicação do TCLE.)

Este estudo terá como referência para análise dos dados os pressupostos de Minayo (2010). Segundo a autora, a análise de conteúdo temática é uma técnica de pesquisa que permite replicar e validar as inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.532.529

Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre será copartícipe (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto – OK.

Projeto na íntegra – OK.

Aprovação COMPESQ – OK.

Instrumentos de coleta de dados – OK.

TCLE – (PENDÊNCIA ATENDIDA – o TCLE foi redigido na forma de convite)

Cronograma – OK

Orçamento – O orçamento é de responsabilidade da professora orientadora que é a pesquisadora responsável. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Cartas de anuência dos Serviços – OK.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1062898.pdf	04/03/2018 11:01:38		Aceito
Outros	Carta_respostas_pendencias_CEP.pdf	04/03/2018 11:01:02	Daiane Dal Pai	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.pdf	04/03/2018 10:57:38	Daiane Dal Pai	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_AJUSTADO_CEP.pdf	04/03/2018 10:57:12	Daiane Dal Pai	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoJeanini.pdf	25/01/2018 16:21:54	Daiane Dal Pai	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	17/01/2018 09:08:54	Daiane Dal Pai	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	17/01/2018 09:07:58	Daiane Dal Pai	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.532.529

Outros	TCUD.pdf	17/01/2018 09:07:44	Daiane Dal Pai	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoSAMU.pdf	17/01/2018 08:52:35	Daiane Dal Pai	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoCoordUrgencia.pdf	17/01/2018 08:52:22	Daiane Dal Pai	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 08 de Março de 2018

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br