

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO**

ROBERTA MANFRO LOPES

**PASSAGEM DE PLANTÃO MULTIPROFISSIONAL:
Adequação de um *software* para o acompanhamento assistencial em um
Centro de Terapia Intensiva Adulto do município de Porto Alegre/RS**

**PORTO ALEGRE
2018**

Roberta Manfro Lopes

PASSAGEM DE PLANTÃO MULTIPROFISSIONAL:

Adequação de um *software* para o acompanhamento assistencial em um Centro de
Terapia Intensiva Adulto do município de Porto Alegre/RS

Dissertação apresentada como requisito
para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem, pelo Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos –
UNISINOS.

Orientadora: Profa. Dra. Rosália Figueiró
Borges

Porto Alegre

2018

L864p

Lopes, Roberta Manfro

Passagem de plantão multiprofissional : adequação de um software para o acompanhamento assistencial em um Centro de Terapia Intensiva Adulto do município de Porto Alegre/RS / por Roberta Manfro Lopes. – 2018.

141 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, RS, 2018.

“Orientadora: Dra. Rosália Figueiró Borges”.

1. Enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Cuidados críticos. 4. Software. 5. Equipe de assistência ao paciente. 6. Comunicação. 7. Mudança de turno. I. Título.

CDU: 614.253.5:004

Roberta Manfro Lopes

PASSAGEM DE PLANTÃO MULTIPROFISSIONAL:

Adequação de um *software* para o acompanhamento assistencial em um Centro de Terapia Intensiva Adulto do município de Porto Alegre/RS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Aprovado em 16 outubro 2018

BANCA EXAMINADORA

Rosane Mortari Ciconet – Unisinos

Andrea Diez Beck – Unisinos

Ane Isabel Linden – Unisinos

Dedico esta dissertação aos meus pais, Tereza Manfro e Roberto Bergallo, que sempre me incentivaram a continuar buscando conhecimento na área profissional que escolhi. Também agradeço ao namorado Antônio Oliveira, pela paciência e pelo incentivo nos momentos de dificuldade. Agradeço-lhes imensamente por todo o apoio e confiança demonstrados durante esta construção.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Profa. Dra. Rosália Figueiró Borges pelo auxílio na construção desta dissertação, mostrando-se sempre disponível e sensível as minhas ideias e decisões.

À coordenação, aos professores e funcionários do curso de Mestrado em Enfermagem da Unisinos.

Aos colegas de mestrado, que desde o início das aulas auxiliaram na construção das ideias e no aprendizado sobre pesquisa.

À Enfa. Mtra. Daiana Barbosa da Silva, supervisora de enfermagem do Centro de Terapia Intensiva em que trabalho, que acolheu a proposta de readequação de uma ferramenta para a instituição e que facilitou minha pesquisa de campo.

À equipe de profissionais do Centro de Terapia Intensiva Adulto em que trabalho, por contribuírem para o desenvolvimento desta dissertação, engajada na promoção de um cuidado qualificado e multidisciplinar diário.

“O trabalho em equipe surge como uma estratégia para redesenhar os processos de trabalho e promover a qualidade dos serviços”.

Cintia Garcia Cardoso e Hélida Azevedo Hennington

RESUMO

A comunicação multiprofissional constante e o acesso aos registros das informações diárias sobre cada paciente são significativas para a continuidade do processo de trabalho. Assim, evoluções e prescrições em prontuário eletrônico são tão importantes quanto o uso de ferramentas impressas para a passagem de plantão, que facilitem a transferência de informações durante as trocas de turno. O setor de Emergência do hospital de desenvolvimento do estudo utiliza uma ferramenta tecnológica para a passagem de plantão, disponível no *software* MV2000®, o qual apenas enfermeiros e médicos têm a possibilidade de uso. Dessa forma, surgiu a ideia de também disponibilizar essa ferramenta digital para uso no setor de Terapia Intensiva, agregando a equipe multidisciplinar no uso do mesmo instrumento para auxiliar a passagem de plantão, conforme adequações solicitadas por cada área de conhecimento. Assim, o objetivo do estudo foi adequar um *software* para o acompanhamento assistencial da equipe multiprofissional em um Centro de Terapia Intensiva Adulto de um hospital do município de Porto Alegre /RS. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, exploratório; com coleta de dados por meio de grupo focal com abordagem JAD (*Joint Application Design*). Participaram 14 profissionais das seguintes áreas: enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e farmácia, que atuam no CTI. O estudo foi desenvolvido em cinco etapas: apresentação do estudo aos coordenadores médico e de enfermagem do CTI; convite aos participantes; revisão da ferramenta digital passagem de plantão via *software* MV2000®; construção do impresso para guiar a adequação da ferramenta digital para o CTI. Pretendeu-se como produto de Mestrado Profissional de enfermagem adequar o modelo de passagem de plantão para o uso multiprofissional no CTI, via sistema MV2000®. Realizaram-se 5 reuniões no decorrer do período de 1 (um) mês conforme proposta do estudo e cronograma de atividades. O trabalho permitiu, de forma conjunta entre futuros usuários e construtores do instrumento, a elaboração de um impresso que guiará as alterações de uma passagem de plantão digital, de uso multiprofissional na terapia intensiva, no *software* MV2000®.

Palavras-chave: Enfermagem. Segurança do Paciente. Cuidados Críticos. *Software*. Continuidade da Assistência ao Paciente. Comunicação. Mudança de Turno.

ABSTRACT

Constant multidisciplinary communication and access to records of daily information on each patient are significant for the continuity of the work process. Thus, evolutions and prescriptions in electronic medical records are as important as the use of printed tools for the shift change, which facilitate the transfer of information during shift exchanges. The Emergency department of the study's development hospital uses a technological tool for the shift change, available in software MV2000®, which only nurses and doctors have the possibility to use. In this way, it came up with the idea of also providing this digital tool for use in the Intensive Care sector, adding the multidisciplinary team in the use of the same instrument to assist the shift change, according to the requirements requested by each area of knowledge. Thus, the objective of the study was to adapt any software for the care assistance of the multidisciplinary team in an Intensive Care Unit of a hospital in the city of Porto Alegre/RS. This is a descriptive, exploratory qualitative; data collect by means of focal group and study with JAD (Joint Application Design) approach. Participated 14 professionals from the areas of: nursing, medicine, nutrition, physiotherapy, psychology, speech therapy and pharmacy that work in the ICU. The study was developed in five stages: presentation of the study to the medical and nursing coordinators of the ICU; invitation to participants; review of the digital shift tool via software MV2000®; construction of the form to guide the suitability of the digital tool for the ICU. It was intended as a Professional Master's degree nursing product, the suitability of the shift change model for multi-professional use to be used in the ICU via MV2000® system. Five meetings were held during the period of 1 (one) month according to the study proposal and schedule of activities. The work allowed, jointly between future users and instrument builders, the elaboration of a form that will guide the changes of a digital shift change, for multi-professional use in intensive care, in the software MV2000®.

Key-words: Nursing. Patient Safety. Critical Care. Software. Continuity of Patient Care. Communication. Shift Change.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma de Planejamento do Grupo Focal	47
Figura 2 - Acesso restrito ao <i>software</i> MV2000®.....	63
Figura 3 - Perfil geral de pacientes internados no hospital.....	64
Figura 4 - Perfil geral de pacientes internados no setor de Emergência do hospital.....	65
Figura 5 - Passagem de Plantão digital da Emergência.....	66
Figura 6 - Sistema de busca de evoluções por categoria profissional no <i>software</i> MV2000®	76
Figura 7 - Disposição das evoluções no <i>software</i> MV2000®	77
Figura 8 - Disposição das informações assistenciais no <i>software</i> MV2000®.....	79
Figura 9 - Acesso a pastas de documentos disponíveis em área comum.....	82
Figura 10 - Acesso a documentos em área comum	83
Figura 11 - Acesso restrito ao <i>software</i> MV2000®.....	84
Figura 12 - Ferramenta atual usada pela enfermagem para passagem de plantão ..	85
Figura 13 - Ferramenta para guiar Round Multidisciplinar Diário no CTI	88
Figura 14 - Barra de itens 'fixos' na ferramenta na passagem de plantão digital da Emergência	93
Figura 15 - Passagem de Plantão da Emergência impressa	105

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Planejamento das atividades desenvolvidas pela equipe multidisciplinar	51
Quadro 2 - Demonstração de informações assistenciais da ferramenta digital de passagem de plantão utilizada por médicos e enfermeiros na Emergência.....	54
Quadro 3 - Elementos assistenciais das ferramentas de passagem de plantão do CTI por área de conhecimento.....	71
Quadro 4 - <i>Layout</i> final da tela da ferramenta digital para a passagem de plantão multiprofissional do CTI no <i>software</i> MV2000®	109
Quadro 5 - Projeção do tempo de execução da modificação do <i>software</i> MV2000® até a finalização do treinamento da equipe multiprofissional após entrega do impresso com o <i>layout</i> da ferramenta a TI.	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de internações no CTI nos primeiros meses do ano de 2018	38
Tabela 2 - Número de profissionais do CTI Adulto no ano de 2018	39
Tabela 3 - Participantes do estudo	42

LISTA DE SIGLAS

BIA	Balão Intra-Aórtico
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CTI	Centro de Terapia Intensiva
ECMO	Extracorporeal Membrane Oxygenation
IBM	Internacional Business Machines
IMC	Índice de Massa Corporal
JAD	Joint Application Design
MS	Ministério da Saúde
NAS	Nursing Activities Score
NPT	Nutrição Parenteral Total
NR	Norma Regulamentadora
PS	Profissional da Saúde
PTI	Profissional da Tecnologia da Informação
PS	Profissional da Saúde
RASS	Escala de Agitação e de Sedação de Richmond
SNE	Sonda Nasoenteral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Tecnologia da Informação
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VET	Valor Calórico Total
VMNI	Ventilação Mecânica Não Invasiva
VO	Via Oral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Definição do Tema ou Problema	19
1.2 Delimitações do Trabalho	21
1.3 Objetivos	22
1.3.1 Objetivo Geral	22
1.3.2 Objetivos Específicos	22
1.4 Justificativa	23
1.5 Meta	23
2 REVISÃO TEÓRICA	24
2.1 Equipe Multidisciplinar na Terapia Intensiva	24
2.2 Qualidade em Terapia Intensiva	27
2.3 A Comunicação Efetiva e o Uso de Ferramentas para a Transição do Cuidado	32
3 MÉTODO	37
3.1 Cenário do Estudo	37
3.2 Participantes do Estudo	39
3.2.1 Critérios de Inclusão para Profissionais da Saúde	43
3.2.2 Critérios de Exclusão para Profissionais da Saúde.....	43
3.2.3 Critérios de Inclusão para Profissionais da Tecnologia da Informação	44
3.2.4 Critérios de Exclusão para Profissionais da Tecnologia da Informação	44
3.3 Desenvolvimento do Estudo	44
3.3.1 Etapa 1 - Apresentação do Estudo.....	44
3.3.2 Etapa 2 - Aprovação do Estudo.....	44
3.3.3 Etapa 3 - Convite aos Participantes do Estudo	45
3.3.4 Etapa 4 - Revisão da Ferramenta Digital Passagem de Plantão Via <i>Software MV2000®</i>	45
3.3.5 Etapa 5 - Construção do impresso para guiar a adequação da ferramenta digital de passagem de plantão para o CTI.....	55
3.4 Análise dos Dados	55
3.5 Aspectos Éticos	57
4 RESULTADOS	59

4.1 Sensibilização dos participantes e avaliação dos instrumentos de passagem de plantão.....	59
4.2 Avaliação coletiva dos instrumentos	72
4.3 Construção multiprofissional do impresso para adequação do <i>software</i> MV2000®	92
5 O PRODUTO DO MESTRADO: IMPRESSO DE PASSAGEM DE PLANTÃO MULTIPROFISSIONAL DIGITAL EM CTI	107
6 CONCLUSÃO	114
REFERÊNCIAS.....	117
APÊNDICE A - CRONOGRAMA DOS ASSUNTOS E DAS ATIVIDADES REALIZADAS NOS ENCONTROS COM A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE/RS	124
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE	126
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	130
ANEXO A – INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE/RS.....	134
ANEXO B – INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO DO ENFERMEIRO EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE/RS.....	134
ANEXO C – INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO DO MÉDICO EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE/RS	136
ANEXO D – INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO DO NUTRICIONISTA EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE/RS.....	136
ANEXO E – INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO DO FISIOTERAPEUTA EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE/RS.....	138

ANEXO F – INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO DO FONOAUDIÓLOGO EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE/RS.....	139
ANEXO G – INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO DO ENFERMEIRO NA EMERGÊNCIA ADULTO DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE/RS	140
ANEXO H – CARTA DE ANUÊNCIA.....	141

1 INTRODUÇÃO

O Centro de Terapia Intensiva (CTI), conforme definição do Ministério da Saúde é o agrupamento, numa mesma área física, de mais de uma Unidade de Terapia Intensiva (BRASIL, 2010). Ambiente com um fluxo diário grande de profissionais, permeado de rotinas e equipamentos tecnológicos que auxiliam na manutenção da vida.

Analisando a Resolução nº7 do ano de 2010, mais especificamente no artigo 21, traz que todo paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) deverá receber assistência integral e interdisciplinar. Autores como Bolela e Jericó (2006) retratam o CTI como local cuja tecnologia avançada se faz presente no auxílio da manutenção da vida durante o estado crítico de saúde. Entretanto, são necessários também recursos humanos ágeis, habilidosos e em sintonia de decisões frente às situações de risco iminente de morte.

Para uma boa prática assistencial, não basta haver profissionais extremamente habilidosos e que trabalhem e tomem decisões de forma independente. De acordo com Cardoso e Hennington (2011), diversos autores citam sobre a importância do trabalho em equipe, no qual o olhar e o saber dos variados especialistas propiciam uma assistência integral às necessidades de saúde diárias do paciente.

Historicamente, o modelo de organização das instituições de saúde baseava-se no saber médico, cuja atuação estava voltada para o diagnóstico e o tratamento das doenças, nos quais as demais áreas da saúde atuavam de forma “periférica”, tendo seu trabalho conduzido pelo saber biomédico (CARDOSO; HENNINGTON, 2011). Atualmente, o objetivo comum, o tratamento e o conforto do paciente, regem a dinâmica de trabalho na terapia intensiva, onde as diferentes aptidões são necessárias para se alcançar o sucesso (ALVES; MELLO, 2006).

Importante salientar que a obtenção do sucesso nem sempre é a cura de um paciente, mas a contribuição para o conforto enquanto este permanece em tratamento, seja ele curativo ou paliativo. Por isso, a equipe multidisciplinar precisa estar ciente de que, trabalhar em conjunto, a fim de alcançar um objetivo, depende de abertura entre os profissionais para a discussão de casos e a definição de condutas, uma sintonia que permitirá assistência com propósito e com integralidade (BOLELA; JERICÓ, 2006).

Alves e Mello (2006) definem equipe como um sistema social comum, no qual as pessoas que fazem parte não são indivíduos isolados, mas sim cooperadores de uma atividade em comum, adaptáveis às mudanças organizacionais constantes, principalmente nos grandes centros de referência em saúde. O trabalho em equipe é uma estratégia que, quando executada na prática hospitalar, permite remodelar os processos de trabalho, promovendo a qualidade na prestação dos serviços (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Contudo, o trabalho em equipe é um desafio aos profissionais de saúde, já que exige entendimento das atribuições e das práticas de cada um dentro do sistema, bem como do reconhecimento das utilidades e dos limites de cada profissão (CARDOSO; HENNINGTON, 2011). Além desse aprendizado de comunicação entre profissionais, é necessário comunicar-se com os familiares dos pacientes, que muitas vezes se encontram amedrontados com um ambiente tão tecnológico e questionadores quanto às condutas que estão sendo tomadas (BOLELA; JERICÓ, 2006). Neste aspecto, discutir em equipe as condutas, perspectivas de cuidados e a flexibilização das rotinas permite que o paciente e a família se sintam acolhidos durante o período de internação.

As condutas, acerca dos pacientes atendidos, são discutidas em conjunto com a equipe e variam diariamente, dependendo das mudanças no estado de saúde dos mesmos. Os profissionais que atuam no CTI trabalham em turnos específicos e, para tanto, necessitam de outros profissionais para o acompanhamento do estado de saúde nas 24 horas. Portanto, há um envolvimento direto de cada membro da equipe de forma a planejar, em cada turno de trabalho, o plano de cuidados para o dia. Com o objetivo de que tais informações não se percam, as equipes fazem uso de um instrumento específico de cada categoria profissional, o que pode interferir na continuidade das condutas previamente tomadas ao longo dos turnos.

Neste sentido, ressalta-se a passagem de plantão como uma ferramenta de acompanhamento multiprofissional físico, que tem como objetivo auxiliar o trabalho dos profissionais de saúde, pois permite a transmissão de informações pertinentes sobre os pacientes durante o período da troca de equipes (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005). Dessa forma, a comunicação eficaz, verbal e documentada colabora para a prestação do cuidado, adaptada às necessidades de cada paciente, baseada em conhecimentos e condutas já prestadas ou pendentes, repassadas com o auxílio de

um instrumento que visa guiar e qualificar a conversa entre os profissionais (KRUTINSKY *et al.*, 2007).

Importante ressaltar que, atualmente, visando à manutenção da continuidade assistencial eficaz, a Cultura de Segurança do Paciente é um componente estrutural importante dos serviços de saúde, cuja implantação de práticas seguras tem por objetivo a diminuição dos eventos adversos por meio das atitudes, das competências e dos padrões comportamentais e de ferramentas definidos institucionalmente, os quais direcionam os grupos e os indivíduos durante a assistência (ANDRADE *et al.*, 2018). A certeza de que a troca de informações sobre os pacientes, em cada troca de turno profissional, será a mais segura e completa é um desafio entre as equipes que atuam principalmente no cenário do intensivismo, e que, optar por uma ferramenta escrita, além da passagem verbal, para a transferência do cuidado, depende também da eficácia do modelo instrumental para aquilo a que ele se propõe.

Segundo Portal e Magalhães (2008) existem diversos métodos para que as informações sejam passadas entre os turnos de trabalho, podendo utilizar-se de recursos como: gravações, impressos informativos, relatos verbais com toda a equipe ou na beira do leito entre profissionais. Entretanto, todas as modalidades de passagem de plantão apresentam algum tipo de falha, sendo essas as responsáveis pela diminuição da efetividade das ações ao longo da jornada de trabalho.

Não apenas a falha na transmissão das informações, assim como o nível de comprometimento da alta administração e dos colaboradores com a cultura de segurança colaboram para o acontecimento de erros e de falhas durante o processo de trabalho diário, podendo ocasionar algum nível de dano ao paciente durante a internação (ANDRADE *et al.*, 2018). A continuidade da assistência por meio do compartilhamento de informações direciona o trabalho do profissional no início do seu turno de trabalho, entretanto, a falta de processos de comunicações integrados e a estruturação da ferramenta efetiva para o repasse das informações entre as equipes podem contribuir negativamente para a continuidade da assistência qualificada (GONÇALVES *et al.*, 2016).

Atividade típica do cotidiano da enfermagem e passível de problemas, o instrumento de passagem de plantão não segue uma estrutura típica. Portanto, difere em cada instituição e, mesmo não havendo um modelo padrão, tem como

principal objetivo transferir as informações de maneira eficaz entre as equipes (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

As autoras resgatam diferentes formas de realizar a passagem de plantão da enfermagem que existiram no decorrer das últimas décadas. Entre essas dinâmicas estão as seguintes: passagem de plantão por tarefas; em grupo, com toda a equipe do turno anterior e com os profissionais que estão chegando para seu turno; e em subgrupos, os quais a escala de profissionais mantém-se fixa, facilitando a troca de informações, pois os cuidados prestados são sempre dirigidos a um paciente que já é acompanhado por determinado profissional desde o início da internação (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

Outro motivo que mostra a necessidade de as informações diárias serem documentadas está no próprio ambiente hospitalar, cujas interrupções constantes podem interferir negativamente na transmissão verbal efetiva das informações entre as equipes (BARBOSA *et al.*, 2013). Para amenizar essas dificuldades enfrentadas diariamente, é preciso não depender apenas da passagem verbal das informações, mas também por meio de documento claro e objetivo, diferente do prontuário, que mostre a visão geral do paciente durante sua internação, e, no mínimo, os acontecimentos das suas últimas 24 horas na unidade em que permanece internado.

A passagem de plantão verbal e documentada, de um CTI Adulto de um hospital de Porto Alegre/RS acontece no modelo “subgrupo”, separada entre os diversos profissionais que ali atuam (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêutico, técnicos de enfermagem). Entretanto, eles têm por rotina acrescentar manual ou digitalmente, em instrumentos próprios, informações pertinentes de cada paciente, as suas condutas e os seus cuidados diários realizados ou ainda pendentes.

Estes instrumentos, impressos ao final de cada turno de trabalho, são atualizados conforme a dinâmica de cada categoria profissional, visando auxiliar na assistência apenas aos profissionais das suas próprias áreas. Assim, condutas definidas durante os turnos, e de forma multidisciplinar, podem se perder facilmente ao longo das passagens diárias de plantão.

O setor de Emergência do hospital em questão já faz uso de uma ferramenta tecnológica para a passagem de plantão, disponível no *software* da instituição, o MV2000®. Entretanto, apenas os profissionais de enfermagem, mais

especificamente os enfermeiros, e os profissionais de medicina têm a possibilidade de acesso e de uso integrado.

Dessa forma, o estudo tem como foco adequar o *software* que será acessado pela equipe multiprofissional de forma conjunta com usuários e analistas. Será uma ferramenta tecnológica adaptada com informações essenciais, para que contribuam para a continuidade do cuidado dos pacientes críticos, garantindo o acompanhamento em um mesmo instrumento de passagem de plantão integrada em um CTI específico. Portanto, o objetivo geral foi adequar um *software* para o acompanhamento assistencial da equipe multiprofissional em um Centro de Terapia Intensiva Adulto de um hospital do município de Porto Alegre /RS.

Os objetivos específicos foram identificar, inicialmente, na literatura, quais os modelos de passagem de plantão, destacando as principais informações assistenciais que devem conter; relacionar as principais informações assistenciais de cada categoria profissional (enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e farmácia) com a ferramenta de passagem de plantão usada na Emergência que será disponibilizada no CTI após adequações; e por fim, construir um modelo impresso de instrumento de passagem de plantão multiprofissional para guiar a equipe de profissionais da Tecnologia da Informação (TI) na adaptação da ferramenta digital já existente no *software* MV2000®.

O desenvolvimento desta ferramenta, disponível digitalmente para uso, garantirá o rápido acesso e uma maior visibilidade das equipes intensivistas às principais informações assistenciais de cada paciente, indispensáveis à assistência contínua, em um só instrumento.

1.1 Definição do Tema ou Problema

A passagem de plantão verbal e documentada em um Centro de Terapia Intensiva Adulto de um hospital de Porto Alegre/RS acontece de forma totalmente separada entre os diversos profissionais que ali atuam. Mesmo as equipes realizando a assistência de forma integrada ao longo do dia e da noite, utilizam instrumentos específicos e distintos para identificação e acompanhamento da avaliação dos pacientes.

Assim sendo, as informações pertinentes de cada paciente e os cuidados prestados ou ainda pendentes não são visíveis a toda a equipe, já que cada área

profissional preenche seu próprio instrumento de forma única, conforme suas escolhas, a fim de guiar a conversa na troca de turno de seu segmento profissional. Apenas as condutas decididas ao longo dos turnos podem ser visualizadas por toda a equipe, já que é preenchido um instrumento a parte e nomeado Round Multidisciplinar, que permanece disponível no prontuário físico de cada paciente, diariamente.

Devido ao uso de diversos instrumentos, impressos ou não, para a passagem de plantão, o plano de cuidados e a visão geral do paciente apresentam-se diferenciados para os profissionais intensivistas, colaborando para uma prática diária dissociada no que se refere à comunicação entre os profissionais em atendimento assistencial de grande rotatividade. Os instrumentos próprios, de registro de informações pertinentes dos pacientes atendidos são digitados manualmente pelas diferentes equipes, em programa de processador de texto, modificados ao longo dos turnos e, muitas vezes, impressos ao final deles.

Dessa forma, diariamente, após as avaliações serem realizadas pela equipe multiprofissional do turno vigente, a equipe do turno seguinte recebe as condutas assistenciais através de um instrumento de passagem de plantão. Assim, as informações obtidas conforme cada categoria ocorrem de forma fragmentada, o que ocasiona a perda de dados importantes acerca da terapêutica do paciente.

Portanto, em meio a este contexto, surgiram duas questões norteadoras da pesquisa:

- a) Como está sendo realizada a passagem de plantão em um Centro de Terapia Intensiva Adulto de um hospital de Porto Alegre?
- b) Quais os dados de avaliação dos pacientes que deveriam constar na passagem de plantão para que as informações fossem integradas de forma multiprofissional, em um único instrumento de acompanhamento, em um Centro de Terapia Intensiva Adulto?

Para responder a estes questionamentos, pretendeu-se inicialmente disponibilizar um *software* para acompanhamento assistencial da equipe multiprofissional já adequado às necessidades do setor, sendo inicialmente construído um modelo impresso do instrumento com o objetivo de orientar os profissionais da TI nos ajustes necessários. Esta adequação e a possibilidade de acesso dos profissionais do Centro de Terapia Intensiva Adulto em uma mesma ferramenta tecnológica poderá permitir o acompanhamento dos pacientes de forma

mais precisa e completa. A ferramenta será usada durante as passagens de plantão entre os membros da equipe: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos do CTI. Considerando que as informações acerca dos atendimentos são realizadas separadamente entre as áreas de atuação, a adequação do *software* qualificará os registros e a comunicação entre os membros da equipe. Os profissionais da área da psicologia e da farmácia não possuem um instrumento próprio, já que são únicos dentro do setor. Entretanto, a possibilidade que os mesmos possam registrar os atendimentos e cuidados específicos em uma ferramenta de visibilidade de toda a equipe propicia uma assistência qualificada, diminuindo a perda de informações pertinentes a cada paciente nestas esferas.

A ferramenta tecnológica permitirá que toda a equipe tenha acesso às mesmas informações para auxiliar durante o período da troca de profissionais no CTI, colaborando com a continuidade da assistência. Da mesma forma o impresso, arquitetado por todos os futuros usuários do *software* em conjunto com os profissionais que irão modificá-lo, uma forma de permitir uma adequação efetiva do instrumento para o uso, garantindo a viabilidade da construção.

1.2 Delimitações do Trabalho

O trabalho destaca a adequação de um *software* para acompanhamento assistencial da equipe multiprofissional, no qual constam as condutas terapêuticas e os cuidados assistenciais conforme as necessidades individuais dos pacientes atendidos.

A busca de dados se deu por meio da literatura existente na área e por meio de um diagnóstico de determinado Centro de Terapia Intensiva Adulto de um hospital de Porto Alegre/RS. Foram analisados os instrumentos usados atualmente pela equipe multidisciplinar, a fim de integrá-los em uma única ferramenta para a passagem de plantão, além de incluir mais dois segmentos profissionais que não fazem uso de nenhum instrumento (psicologia, farmácia), mas que possuem grande importância para a manutenção da assistência ao paciente crítico.

A proposta de adequação do *software* possibilitará a visualização das especificidades de cada área de conhecimento que compõe a equipe multiprofissional em um único instrumento. A caracterização da ferramenta

aconteceu conforme a demanda da equipe, baseada em um modelo já utilizado por outro setor do hospital e disponível no *software* MV2000®. O uso do método proposto permitirá torná-lo mais completo e específico no preenchimento da equipe, voltado para o paciente crítico.

O período de tempo para o desenvolvimento do estudo se deu conforme o método empregado, sendo finalizado o impresso que guiou a adequação da ferramenta tecnológica multiprofissional para o CTI em maio do ano de 2018, que estará disponível no *software* usado no hospital em janeiro de 2019.

1.3 Objetivos

Os objetivos dividiram-se em geral e específicos.

1.3.1 Objetivo Geral

Adequar um *software* para o acompanhamento assistencial em um Centro de Terapia Intensiva Adulto do município de Porto Alegre /RS.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar na literatura científica os modelos de passagem de plantão, destacando as principais informações assistenciais para o trabalho multiprofissional em Centro de Terapia Intensiva;
- b) Relacionar as principais informações assistenciais de cada categoria profissional (enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e farmácia) com o modelo de passagem de plantão digital da Emergência utilizado no Centro de Terapia Intensiva;
- c) Construir um modelo impresso de instrumento de passagem de plantão multiprofissional de forma conjunta entre os profissionais usuários e analistas, a fim de orientar a equipe de TI na adequação da ferramenta tecnológica já existente no *software* MV2000®.

1.4 Justificativa

O presente estudo é de relevância para a área da Terapia Intensiva, pois foi realizado o levantamento inicial das principais informações que abrangem uma passagem de plantão específica para a assistência na terapia intensiva, baseada não apenas na literatura, mas também na vivência de profissionais desta unidade.

A pesquisa contribui para uma proposta de ferramenta digital de passagem de plantão mais efetiva, unindo informações pertinentes de cunho multiprofissional em um mesmo instrumento, favorecendo a comunicação do grupo para o desenvolvimento do plano assistencial no atendimento ao paciente e qualificando o processo de cuidado promovido pela equipe.

1.5 Meta

Adequar, permitindo o uso multiprofissional e diário no CTI, de uma ferramenta tecnológica já existente no *software* MV2000®. As alterações solicitadas permitiram uma construção coletiva, entre profissionais usuários e analistas, que resultou em um modelo impresso do instrumento para a passagem de plantão que guiará as mudanças no sistema.

Pretende-se, com a adequação desta ferramenta tecnológica, de forma conjunta, baseado em um modelo já disponível no *software* do hospital em questão, garantir o acesso das equipes intensivistas de forma rápida, permitindo a visibilidade de todas as informações indispensáveis à assistência contínua em um único instrumento digital.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 Equipe Multidisciplinar na Terapia Intensiva

Atualmente os autores trazem o conceito de equipe multidisciplinar vinculado ao recente processo de humanização nos centros de terapia intensiva. Desde o lançamento das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) no ano de 2013, foi apresentada uma nova reestruturação das dinâmicas de trabalho, pautadas no compromisso ético, frente à ressignificação das relações entre gestores, usuários e trabalhadores; estético, a fim de atribuir sensibilidade entre os protagonistas; e político, na organização da atenção e da gestão, focadas no sistema de saúde como uma rede (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

Neste contexto, a humanização buscou, e ainda tenta redefinir as atuações dos profissionais de saúde, anteriormente propostas com o surgimento do Sistema Único de Saúde, mencionando a importância de uma atuação multiprofissional para a completa assistência ao paciente (CORREIO; CORREIO, 2018). Alguns autores mencionam que os grandes centros hospitalares foram desafiados a aderir às mudanças propostas pela política de humanização, forçados a alterar as estruturas hierárquicas estáticas prévias e assim diminuir as desigualdades entre os profissionais de uma mesma instituição (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

Conforme Correio e Correio (2018), a proposta da assistência por uma equipe multidisciplinar menciona que os profissionais trabalhem de forma coletiva, baseados no contínuo diálogo, ferramenta que impulsiona a troca de conhecimento entre as diversas áreas de atuação. Essa necessidade de agregar conhecimentos na prática profissional se faz ainda maior nas unidades de terapia intensiva, permeadas pela grande quantidade de tecnologias e de pacientes que exigem um cuidado de alta complexidade, precisando de suporte avançado exercido por profissionais capacitados e em sintonia para a tomada de decisões imediatas (AMARAL *et al.*, 2018).

O conceito de trabalho em equipe é amplo, considerado uma estratégia, um modelo de ferramenta organizacional que permite articular e integrar os principais personagens, repartindo responsabilidades e possibilitando a superação de obstáculos por meio da união durante o período de trabalho (GOULART *et al.*, 2016). Entretanto, o sucesso dessa dinâmica, na prática, depende de muitos fatores

interligados, vulneráveis às diversas interferências que podem ser provenientes do ambiente, das rotinas do local, da carga de trabalho diária e das próprias especificidades pessoais de cada profissional.

A hierarquia com bases históricas entre os profissionais representa um obstáculo para a atuação em equipe, difícil de ser vencido, pois se apresenta como uma defesa dos espaços e dos privilégios adquiridos por lei e na instituição em questão, além de dar espaço para disputas e discussões de interesses (NETO *et al.*, 2016). Os mesmos autores colocam essa situação como uma falta de respeito e de desconhecimento sobre as atribuições com as demais categorias que atuam na terapia intensiva, o que acarreta fragmentação da equipe e distanciamento do objetivo comum da atuação interdisciplinar (NETO *et al.*, 2016).

A comunicação entre os profissionais da equipe é um ponto bastante frágil da relação entre as categorias profissionais que atuam na saúde, impedindo a circulação de saberes e dificultando a articulação de ações entre os profissionais (EVANGELISTA *et al.*, 2016). Barreiras culturais antigas de superioridade do profissional médico em relação aos demais profissionais muitas vezes também impede a comunicação, não sendo esse o único fator desencadeante para o pouco entrosamento entre os profissionais na terapia intensiva durante a assistência.

A falha na comunicação entre a equipe multidisciplinar tem como consequência o surgimento de erros e de eventos adversos os quais acabam resultando em maior tempo de internação dos pacientes da terapia intensiva, o que evidencia uma diminuição da qualidade do cuidado prestado, colocando o grupo em foco sobre as questões de segurança do setor (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). Alguns autores trazem tentativas de melhorar a comunicação entre os profissionais da equipe por meio *Handoff*, que envolve três características: transferência, responsabilidade e autoridade; ou seja, consiste na transmissão de informações relevantes para a continuidade do tratamento, uma forma de transferir o cuidado agregado ao dever de dar continuidade, para os que recebem a informação (SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018).

Embora o *handoff* aconteça principalmente entre profissionais do mesmo segmento profissional, durante a passagem de plantão de um turno para o seguinte, ele também acontece em outros momentos. O *handoff* acontece durante os rounds multidisciplinares, momento nos quais a equipe conversa sobre o caso de cada paciente, o plano diário e as metas de longo prazo; assim como na transferência de

cuidados na beira do leito, o qual o cirurgião passa informações sobre o paciente, o procedimento, os cuidados e as metas a fim de guiar a equipe da terapia intensiva (SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018).

Outro fator que colabora para uma assistência dissociada é o próprio nível de estresse dos profissionais, decorrentes da sobrecarga de trabalho, da rotatividade, da insatisfação profissional, dentre outros. O estresse ocupacional, também conhecido como Síndrome de *Burnout*, permeia a atividade laboral principalmente em áreas como a terapia intensiva, devido às características específicas dela, impactando nos profissionais demandas psicológicas e emocionais diárias que, sem os devidos mecanismos de enfrentamento, acarretam em deterioração do profissional, impactando diretamente nas relações entre a equipe (FOGAÇA *et al.*, 2008).

A Síndrome de *Burnout* se caracteriza por exaustão física, psíquica e emocional, pela diminuição da concentração mental no trabalho e pela despersonalização do profissional, acometendo principalmente os indivíduos que exercem cargos desgastantes por grandes períodos de tempo, com carga horária elevada em ambientes agitados e barulhentos (RODRIGUES, 2012). Essa sobrecarga do profissional transparece na sua assistência diária, já que passa a modificar sua forma de agir em equipe a fim de evitar demonstrar alterações de humor ou fragilidades. Conforme Baasch e Laner (2011), os mecanismos de proteção não resistem por grandes períodos, sendo frágeis conforme o passar do tempo, entretanto, enquanto ativos, causam impactos importantes na relação entre a equipe multiprofissional.

A equipe multiprofissional nada mais é do que permitir a prática colaborativa interprofissional, na qual atuam em parceria, a fim de promover os melhores resultados para a saúde dos pacientes internados nos centros de terapia intensiva (CARAM; REZENDE; BRITO, 2017). A fim de que o grupo de trabalho realmente se transforme em equipe multidisciplinar atuante, é necessário promover o comprometimento e o desenvolvimento entre seus pares e com suas lideranças, promovendo ações que valorizem os profissionais, como a possibilidade de reuniões regulares, a fim de melhorar as relações e abrir um canal para o diálogo fora do período da assistência (NETO *et al.*, 2016).

Promover a integralidade do cuidado na terapia intensiva é um desafio do qual é preciso agrupar a pluralidade de saberes e fazer com que os profissionais

aprendam a lidar com a diversidade da atenção promovida pela diferentes áreas de conhecimento, considerando que essa vivência ocorre em um ambiente complexo, com situações emergenciais, e em meio a pacientes graves, realidade geradora de estresse e abalo emocional para muitos (PIROLO; FERRAZ; GOMES, 2011). Essa fala reflete que a qualidade do cuidado não esta somente relacionada ao conhecimento científico e técnico, mas também a maturidade psicológica e aos mecanismos de enfrentamento pessoal frente a situações de sobrecarga psicológica (RODRIGUES, 2012).

Segundo Camelo (2011), a forma mais democrática, produtiva e humanizada de se realizar o trabalho em saúde é por meio da formação das equipes, visando uma assistência integral às necessidades dos pacientes internados na terapia intensiva. Percebo e ressalto que, nem todos os doentes terão um desfecho favorável, e que muitos, mesmo com o uso de tecnologias avançados e recebendo o cuidado de uma equipe multidisciplinar durante todo o período de internação sobreviverão.

O desfecho desfavorável, ou simplesmente o deixar morrer quando a medicina não tem mais terapias para acrescentar carece de maturidade profissional da equipe intensivista para continuar dando suporte ao paciente e a família, cujo foco passa a ser a oferta de conforto e de assistência emocional. Para uma abordagem integral, a equipe precisa estar tão preparada para a terminalidade, quanto para atender as demandas emergências do setor, se faz necessário uma maior união e entrosamento da equipe para fornecer o suporte paliativo (FARIA *et al*, 2017); um grande desafio ainda nos dias atuais.

2.2 Qualidade em Terapia Intensiva

A terapia intensiva teve um grande progresso a partir de 1950, devido ao avanço da poliomielite e à necessidade de garantir a muitos destes pacientes um suporte ventilatório invasivo (FERNANDES; JÚNIOR; FILHO, 2010). Os autores ainda destacam que as tecnologias utilizadas nestes centros permanecem em um contínuo avanço, entretanto, o perfil da população atendida nos centros de terapia intensiva mudou nas últimas décadas, caracterizado por ser uma população mais envelhecida, acometida por comorbidades crônicas e gradativamente degenerativas da capacidade funcional.

Esta mudança no perfil dos pacientes ao longo dos anos tem refletido na assistência prestada pelos profissionais, em um ambiente tecnológico e altamente intervencionista, o qual necessita de uma equipe capacitada, permeada por tecnologias avançadas e insumos modernos que auxiliam na manutenção e na recuperação da vida (NOVARETTI; QUITÉRIO; SANTOS, 2015). Considero que frente a uma elevada demanda assistencial nos Centros de Terapia Intensiva, faz-se necessário manter, não apenas no CTI, mas em todo o ambiente hospitalar, fluxos de trabalho e rotinas assistenciais que sejam do conhecimento de todos, a fim de garantir a segurança do paciente e a qualidade do cuidado prestado.

Definir e mensurar parâmetros de qualidade em saúde não é algo tão simples, ainda mais em centros de terapia intensiva onde o desafio é melhorar a excelência da prestação do cuidado, mantendo o controle dos custos da unidade (NOVARETTI; QUITÉRIO; SANTOS, 2015). Em meio a esse objetivo, comum aos grandes centros localizados em instituições públicas e privadas, a gestão deve acontecer de forma sistematizada, centrada no cliente, com foco em resultados monitorados constantemente pela equipe administrativa, com uma visão do futuro, para gerir recursos humanos e tecnológicos disponíveis no momento (FERNANDES *et al.*, 2011).

A qualidade na assistência pode ser avaliada por mecanismos internos e externos, como auditorias e processos de acreditação, que buscam avaliar a ausência de defeitos, a conformidade com especificações e protocolos institucionais, o comprometimento com o cliente, a estrutura da instituição, dentre outras especificidades (FERNANDES *et al.*, 2011). As informações obtidas nessas auditorias permitem uma visão do cenário atual da instituição de saúde, o qual avalia, por meio de métodos sistemáticos, a qualidade de setores específicos ou de todo o estabelecimento, bem como seus resultados positivos e negativos nos diversos requisitos relacionados ao cumprimento de normas e padrões, baseados, sobretudo, na segurança da assistência (PADILHA; MATSUDA, 2011).

Como vemos, muitos hospitais destacam suas certificações nacionais e internacionais para destacar a qualidade dos serviços oferecidos e, portanto, passam por avaliações periódicas cujo objetivo é garantir que os mecanismos assistenciais vigentes sejam realmente eficazes. O seguimento das normas nacionais e internacionais de qualidade e de segurança são avaliados, considerando

também o conhecimento dos colaboradores da instituição a respeito do assunto e referente ao cumprimento ou não das especificações.

As auditorias de qualidade, realizadas de forma periódica ou contínua, por profissional da instituição ou profissionais externos, visa avaliar o cumprimento e a eficácia dos processos institucionais, a fim de evitar e corrigir falhas antes que causem algum dano ao paciente (PADILHA; MATSUDA, 2011). Conforma Ayach, Moimaz e Garbin (2013), a auditoria é uma das ferramentas de qualidade mais eficientes para monitorar um sistema de gestão, não apenas indicando problemas e falhas, mas também apontando sugestões de melhorias e soluções dinâmicas, assumindo uma postura educativa frente às avaliações.

A busca por manter a segurança no atendimento, garantindo o mínimo de risco na assistência prestada é uma constante no ambiente hospitalar, já que erros e falhas podem colocar a vida dos pacientes em risco (BARBOSA *et al.*, 2014). A base do modelo de gestão em centros de terapia intensiva é a estratégia multifocal, no qual o gestor necessita ter a visão de que qualidade na assistência também é a promoção da sustentabilidade, é quantificar e aumentar a satisfação dos clientes, retendo talentos profissionais e monitorando mensalmente índices como o de infecção e o de lesões por pressão, além de outros indicadores do setor (FERNANDES *et al.*, 2011).

Assim, os indicadores de saúde são medidas que demonstram, de forma indireta, informações sobre o desempenho do sistema de saúde de determinado local (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Eles quantificam os processos e eventos que acontecem na instituição, por meio de critérios científicos que, posteriormente, permitem análises comparativas a outros serviços de saúde, a fim de auxiliar no planejamento de novas estratégias para melhorar a qualidade da assistência prestada (GARCIA; FUGULIN, 2012).

Proporcionar assistência de qualidade dentre as inovações de produtos e de materiais que permitem intervenções mais eficazes frente à crescente complexidade dos pacientes na terapia intensiva, com o mínimo de riscos, e em meio aos profissionais mais qualificados do mercado, necessitam ser mensurados por indicadores. Os indicadores permitem que gestores hospitalares tenham a visão do nível tecnológico e profissional da instituição, assim como da visão de custos para manter a estrutura ou para melhorá-la em um determinado período de tempo (ROSSANEIS *et al.*, 2014). A aplicação eficiente dos indicadores possibilita o

conhecimento sobre os pontos críticos dos processos em vigor, assim como auxilia na implementação de mudanças embasadas em resultados obtidos e a contínua avaliação após as alterações serem realizadas frente ao diagnóstico inicial (VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA, 2014).

A gestão baseada em indicadores também permite garantir a correta quantificação de cada categoria profissional, em cada setor assistencial. Conforme citam Garcia e Fugulin (2012), a gestão de enfermeiros, quando é baseada em indicadores institucionais, conseguem demonstrar a necessidade ou não da adequação qualitativa e/ou quantitativa dos profissionais que prestam a assistência direta aos pacientes.

Os principais indicadores relacionados à assistência são os de qualidade, desempenho e produtividade (ROSSANEIS *et al.*, 2014). Assim, sabemos que embora a área médica e as áreas que prestam apoio dentro da instituição hospitalar, como a copa e a higienização, tenham indicadores específicos para mensurar a qualidade dos serviços prestados, a enfermagem acaba participando do cuidado durante um período maior de tempo, responsável por uma série de resultados institucionais que, quando mensurados, geram indicadores importantes na tomada de decisões em nível institucional.

Em meio a tantos indicadores existentes, os mais relevantes para a gestão institucional hospitalar são: incidência de lesão por pressão, incidência de flebite, taxa de infecção hospitalar, taxa de mortalidade hospitalar, taxa de ocupação hospitalar, horas de treinamento de profissionais de enfermagem, taxa de satisfação do cliente com a enfermagem, entre outros (ROSSANEIS *et al.*, 2014). Estes indicadores servem de instrumento para a avaliação sistemática e a mensuração da qualidade do cuidado prestado aos pacientes e ao apoio oferecido aos familiares, tanto em enfermarias quanto na terapia intensiva.

A análise institucional, por meio de auditorias e pela verificação de indicadores, permite agregar novas ferramentas para a melhoria da qualidade do cuidado prestado, como mudanças de rotina a partir da flexibilização dos horários de visitas aos pacientes internados nos centros de terapia intensiva, ou implementando o instrumento de sistematização da assistência em enfermagem (SAE), que organiza as demandas de trabalho da enfermagem e assim otimiza o tempo e as prioridades assistenciais (OLIVEIRA; EVANGELISTA, 2010). O foco é sempre o mesmo, assegurar o melhor desempenho e resolubilidade dos serviços de saúde,

considerando também as normas, as leis e as resoluções estabelecidas em caráter nacional e internacional (AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013).

Percebo que qualidade não é apenas a excelência na execução dos processos; é também a manutenção da segurança durante a assistência e a garantia da satisfação dos clientes durante o tratamento e a recuperação na instituição. O alcance do sucesso na assistência, conforme já citado anteriormente, é formado por um conjunto de fatores que devem ser considerados, no qual as técnicas de gestão de recursos e de pessoas interferem diretamente nos resultados alcançados.

Conforme Wallau *et al* (2006), em Centros de Terapia Intensiva, devido ao nível de consciência alterado pela fase aguda da doença, pelas terapias instituídas, ou pela maior gravidade dos pacientes, há uma grande dificuldade em avaliar relatos sobre qualidade na assistência e satisfação durante a internação, transferindo aos familiares essa avaliação. Entretanto, cabe ressaltar que a visão dos familiares fica relacionada com a qualidade do atendimento prestado principalmente a eles, durante os momentos de visita, e quanto ao relacionamento com a equipe, impossibilitando uma avaliação a respeito da qualidade, de forma mais precisa e criteriosa, baseada na experiência apenas do paciente.

O ambiente da terapia intensiva é descrito pelos familiares como um local relacionado à morte, à ansiedade, ao medo e ao isolamento. Em meio a tantos estigmas sociais e culturais, ela deixa de ser um local de tratamento e recuperação da vida e passa a ter um caráter gerador de angústia e sofrimento, sem previsão de término (PROENÇA; DELL AGNOLO, 2011). Assim, em meio a tantos avanços tecnológicos, profissionais capacitados e em número bem dimensionado, acabam sendo desconsiderados em meio a um momento de fragilidade do paciente e da família, demonstrando que qualidade assistencial é muito mais que estratégias eficientes de gestão e indicadores assistências compatíveis com as metas globais de segurança.

Entretanto, para Moerschberger e Zimath (2017), a família considera que uma assistência de qualidade, prestada pela equipe do CTI é também quando recebe informações sobre os tratamentos e sobre a evolução do quadro de saúde do seu familiar. Essa satisfação da família com a equipe acontece quando eles percebem que as necessidades do seu familiar são relevantes, gerando um sentimento de segurança frente aos cuidados e as intervenções realizadas. Mensurando a

qualidade do serviço não pela quantidade de tecnologias que mantém o suporte a vida, mas sim a minimização da impessoalidade da equipe durante o processo de internação.

O conforto emocional que, posteriormente, traz segurança e agrega qualidade ao serviço, também se faz na própria instrução dada pela equipe ao familiar, orientando o que pode fazer ou falar durante a visita, ou mesmo permitindo que converse sobre seus sentimentos frente à internação no CTI (MOERSCHBERGER; ZIMATH, 2017). Neste cenário, o qual envolve a percepção pessoal da família quanto à assistência, humanizar o cuidado é permitir que a família sinta-se acolhida, renovando a esperança no tratamento e na continuidade da vida do seu familiar.

2.3 A Comunicação Efetiva e o Uso de Ferramentas para a Transição do Cuidado

O conceito atual sobre saúde considera uma determinante não apenas biológica, mas também social. Nesse sentido, saúde significa qualidade de vida e não apenas a ausência da doença (GUEDES; CASTRO, 2009). Essa visão sobre saúde foi definida pela Organização Mundial da Saúde em 1948, no qual o bem estar físico, mental e social estariam no mesmo grau de importância que a ausência de enfermidades (ARAÚJO; XAVIER, 2014).

Em meio a essa nova visão sobre indivíduo saudável, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado no Brasil em 1988, o qual, dentre os diversos princípios e diretrizes, o foco curativo deu lugar à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, integrando ações assistenciais e preventivas (CARVALHO, 2013). Assim, um processo de desospitalização se iniciou, no qual a internação hospitalar passou a ser prioridade aos doentes agudos ou com patologias descompensadas (SILVIA; SENA; CASTRO, 2017).

Sendo assim, as internações acontecem não apenas pelo setor de Emergência dos hospitais, mas por meio dos encaminhamentos procedentes de outros recursos assistenciais que o SUS utiliza para articular a rede disponível para a população. A transferência de cuidado entre os setores dispostos de forma hierarquizada é apenas um dos exemplos de como a transição do cuidado acontece, não apenas entre os profissionais em um mesmo ambiente, mas também entre os diferentes níveis organizacionais de assistência.

Segundo Silva *et al* (2017), a passagem de plantão pode acontecer por meio de comunicação verbal e/ou escrita, uma transferência de informações sobre a assistência prestada aos pacientes no turno anterior para aqueles que estão iniciando a nova jornada de trabalho. Estratégia implementada na maioria dos serviços de saúde a fim de ser capaz de assegurar a transferência de informações, entretanto, uma comunicação inadequada entre os profissionais e/ou um ambiente com ruídos e interferências alteram a dinâmica da passagem de plantão, colaborando negativamente na continuidade da assistência (COSTA *et al.*, 2014).

O que se evidencia nas publicações sobre o assunto passagem de plantão é uma maior ênfase dos autores para a importância da comunicação entre os profissionais, independente do uso ou não de instrumento escrito para a transferência do cuidado. Elementos como a concentração durante o diálogo, a pontualidade para o início e término na passagem das informações, assim como a clareza na fala e nos registros interferem diretamente no processo (ELLER; GOMES; RODRIGUES; SOUZA, 2017).

Autores como Siqueira e Kurkgant (2005) relatam modalidades estratégicas de passagem de plantão já utilizadas ao longo das décadas, entretanto, uma comunicação mais efetiva e o melhor uso do tempo durante a troca de informações sempre foi uma busca por parte das equipes assistenciais. A própria Rede Brasileira de Enfermagem e de Segurança do Paciente (Rebraensp) recomenda um sistema padronizado para a passagem das informações assistenciais, além do uso de instrumentos que venham facilitar a comunicação dos profissionais entre os turnos de trabalho (SILVA *et al.*, 2017).

Com isso, pode-se afirmar que a comunicação efetiva, conforme a ótica de diversos autores é considerada uma das ferramentas mais importantes para a transição do cuidado, algo aparentemente simples, mas que se altera conforme o ambiente e os profissionais envolvidos. Além disso, outros fatores como a sobrecarga física e emocional dos profissionais durante a assistência, negligenciada pela instituição e pelo próprio trabalhador alteram a forma como as informações são transmitidas e recebidas, podendo redirecionar o foco do cuidado para outros caminhos (SANTANA *et al.*, 2014).

A transferência do cuidado entre os turnos apresenta falhas não apenas pela falta de um instrumento efetivo e completo nas instituições, um informativo assistencial que permita continuar a conduzir a assistência, mas também pela falta

de sensibilização dos profissionais a fim de que eles tenham a consciência sobre a importância desse momento. Dentre os outros fatores que devem ser considerados para uma boa passagem de plantão estão o uso de uma linguagem clara e adequada, em um ambiente propício para essa conversa qualificada, cujo foco está em manter a objetividade das informações passadas, assim, evitando a desatenção e o desgaste dos profissionais envolvidos frente a conversas longas com a transferência de informações de pouca relevância (COSTA *et al.*, 2014).

A passagem de plantão não acontece apenas entre os profissionais durante a troca de um turno de trabalho para o outro, em um mesmo local. Devemos considerar que a passagem tem um significado mais amplo, o de ser um processo de transferência de informações específico sobre os pacientes, que pode acontecer no momento da admissão dele, no qual o profissional de saúde recebe do atendente da recepção algumas informações sobre o novo cliente; entre as unidades hospitalares, como a transferência de cuidados de um paciente em pós-operatório imediato do Bloco Cirúrgico para o Centro de Terapia Intensiva, ou até mesmo em uma transferência externa, no qual o paciente é deslocado de um hospital para outro (BUENO *et al.*, 2015).

Atualmente, conforme autores como Siqueira e Kurkgant (2005), e Costa *et al.* (2014), um modelo de passagem de plantão mais efetivo se propõe a reorganizar as rotinas de trabalho, cujo foco das informações são as pendências e as intercorrências durante o plantão anterior. Os autores não caracterizam nenhum tipo específico de instrumento para guiar a passagem, apenas citam que as informações devem ser registradas em um plano de passagem de plantão.

As ferramentas que auxiliam na transmissão do cuidado durante a passagem de plantão não seguem uma uniformidade nem um padrão específico são elaboradas conforme as necessidades de cada setor, de cada segmento profissional, e conforme a instituição de saúde em que atuam. Podem seguir estruturas cujas informações são acrescentadas de forma manual ou em um meio eletrônico. Esses instrumentos têm o objetivo de manter a continuidade da assistência. As ferramentas de passagem de plantão, em grande parte das vezes, trazem informações como o estado geral do paciente, o nível de consciência, a dieta, a mobilidade, os curativos, os procedimentos, as orientações e as intercorrências. Entretanto, como citado anteriormente, a disposição e a escolha de

quais informações serão transmitidas na troca dos turnos são variáveis, dependendo de vários fatores (COSTA *et al.*, 2014).

Conforme Barbosa *et al* (2013) a comunicação efetiva, não apenas nos momentos de transferência do cuidado, mas também durante todo o turno de trabalho, entre os diversos profissionais que participam da assistência de cada paciente internado, influenciam na tomada de decisões, proporcionando planejamento e organização da assistência. Essa troca de informações multiprofissional encontra no setor de Terapia Intensiva maiores possibilidades de tomada de decisões em conjunto, já que o ambiente conta com profissionais como enfermeiro, médico e fisioterapeuta durante 24 horas ou ao menos durante uma grande parte do dia.

Organizar a assistência e decidir as condutas em conjunto, de forma multiprofissional não são os únicos aspectos positivos que o ambiente da Terapia Intensiva pode proporcionar, mas também favorecem a discussão sobre questões administrativas, a orientação sobre o melhor uso dos recursos tecnológicos disponíveis e a educação continuada dos profissionais que ali atuam (LIMA; SILVA, 2017). Além disso, a grande demanda de trabalho e a necessidade de tomar decisões de forma rápida exigem que os profissionais dessas áreas estejam em constante comunicação, a fim de evitar, ou ao menos minimizar falhas e erros que podem alterar o desfecho clínico dos pacientes (BECCARIA *et al.*, 2017).

Entretanto, a Terapia Intensiva, assim como apresenta aspectos positivos aos profissionais que nela trabalham, também conta com uma série de aspectos negativos, que dificultam a dinâmica em conjunto e que podem ocasionar danos aos pacientes internados. Assim como o ambiente permite uma maior comunicação entre os profissionais, nem sempre essa é uma realidade. Conforme Duarte *et al.* (2015), afirmam em seu estudo que, uma das menções dos participantes a respeito do erro humano no cotidiano da assistência, foi a falta de comunicação da equipe multiprofissional, principalmente entre médicos e enfermeiros durante a assistência.

Assim, a comunicação entre profissionais, embora pareça ser algo tão simples, ainda é um desafio diário entre profissionais de um mesmo setor e do mesmo segmento profissional, interferindo diretamente na qualidade, na continuidade e na execução do trabalho assistencial. A comunicação é um processo interativo que mantém o sistema multipessoal unido, cuja meta está em alcançar

objetivos como equipe, qualificando ainda mais o cuidado (BROCA; FERREIRA, 2015).

Além disso, cada indivíduo desempenha determinada função dentro do local de trabalho, mantendo relações de autoridade, de hierarquia e de poder, questões que influenciam o agir dos profissionais próximos e interferem no sistema de comunicação (BROCA; FERREIRA, 2015). Além da falta de comunicação, ainda há o desrespeito entre os profissionais da equipe, o excesso da demanda de trabalho, assim como a falta de capacitação cuja somatória restringe a efetividade do trabalho multiprofissional (NETO *et al.*, 2016). Além disso, a falta de comunicação qualificada e de ferramentas efetivas para a transição do cuidado prejudica o processo assistencial, não apenas na Terapia Intensiva, mas em qualquer local em que a transmissão de cuidados seja necessária.

Melhorar as relações interpessoais e a comunicação dos integrantes da equipe, gerenciar as demandas de trabalho e desenvolver ferramentas que auxiliem na melhoria da qualidade do cuidado são desafios, não apenas de gestores, mas de todo o profissional que presta cuidados ao paciente, a fim de qualificar a atenção dispensada, garantindo a continuidade assistencial independente do turno de trabalho e da equipe multiprofissional presente.

3 MÉTODO

O estudo é de caráter qualitativo, descritivo, exploratório, seguindo o método grupo focal com ênfase em JAD (*Joint Application Design*). O pesquisador qualitativo estuda o fato em um cenário natural, por meio da observação de situações reais, buscando significados e a compreensão a partir da experiência vivida (BRAVIDELLI; SERTÓRIO, 2010). Esse tipo de pesquisa estrutura-se, inicialmente, escolhendo o problema e formulando questões norteadoras, então, define-se a população e a forma como serão obtidos os dados que, posteriormente, quando analisados em conjunto, permitirão uma visão geral sobre o assunto, e não uma conclusão, propriamente dita (BRAVIDELLI; SERTÓRIO, 2010).

O caráter descritivo também tem ênfase na observação e na descrição de fatos e fenômenos, caracterizando-os quanto à frequência, as características e as associações entre variáveis (GIL, 2009). Assim como o modelo exploratório, que tem por finalidade proporcionar uma visão geral e abrangente sobre determinado fato, relacionando as dimensões pesquisadas (GIL, 2009).

3.1 Cenário do Estudo

O cenário escolhido para o estudo foi um Centro de Terapia Intensiva Adulto localizado em um hospital e considerado de grande porte na cidade de Porto Alegre/RS.

O hospital conta com um total de 452 leitos, cerca de 3.364 colaboradores, e é considerado referência no Estado do Rio Grande do Sul para gestações de alto risco. Devido ao elevado fluxo de internações e procedimentos, o hospital possui projetos de expansão, em execução, de sua área física, contemplando também o CTI com esse aumento na disponibilidade de leitos.

O CTI em questão presta assistência a pacientes adultos, internados por complicações clínicas ou em período pós-cirúrgico. O fluxo mensal de pacientes produz uma média de internações 173 pacientes por mês, considerando apenas os 5 primeiros meses do ano de 2018. Esses números podem ser visualizados a seguir, na Tabela 1.

Tabela 1 - Número de internações no CTI nos primeiros meses do ano de 2018

Mês	Número de Internações
Janeiro	155 pacientes/mês
Fevereiro	179 pacientes/mês
Março	168 pacientes/mês
Abril	241pacientes/mês
Maio	186 pacientes/mês

Fonte: elaborada pela autora (2018).

A área física é composta por um total de 58 leitos, divididos em 4 (quatro) áreas conforme o perfil das internações, dos quais 10 são destinados à terapia intensiva geral em isolamento (área 3), 10 leitos preferenciais para pacientes portadores de doença coronariana e pós-operatórios complexos (área 2), 11 leitos dedicados a pacientes com doença neurológica clínica ou pós-cirúrgica (área 1), e mais 17 leitos destinados a pacientes com perfil clínico de rápida resolução e/ou pacientes com doenças crônicas em processo de reabilitação (área pertencente a outro bloco).

Embora as áreas sejam destinadas a um perfil específico de pacientes, esta classificação não é seguida exatamente dessa forma na prática diária. Assim, é possível encontrar pacientes com outros perfis em áreas que não se destinariam ao atual motivo da sua internação. Além disso, por questões estruturais, os 17 leitos com perfil clínico e de reabilitação citados anteriormente estão localizados em outro bloco hospitalar, inaugurado recentemente no início do ano de 2018, não anexados fisicamente aos 31 leitos já existentes.

O fluxo de pacientes é intenso, entre admissões e transferências. Diariamente são admitidos pacientes procedentes do Bloco Cirúrgico, da Angiografia, das Unidades de Internação e da Emergência, além das transferências externas (pacientes internados em outros hospitais do Estado e do País). A disposição de aparelhagem moderna, entre elas ECMO (Circulação Extra-Corpórea), Hemodiálise Contínua e Convencional, BIA (Balão Intra-Aórtico), auxiliam nos atendimentos complexos dos pacientes críticos.

3.2 Participantes do Estudo

A equipe que faz parte do CTI Adulto é composta por diversos profissionais; dentre eles estão médicos intensivistas rotineiros e plantonistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos e farmacêuticos. Estes profissionais permanecem no referido local diariamente por 24 horas, prestando assistência aos pacientes, ou permanecem por alguns turnos no CTI. Além destes profissionais, segmentos secundários ao cuidado, como equipe de higienização, de hospedagem, de engenharia clínica, de recepcionistas e de profissionais da tecnologia da informação (TI) também auxiliam na manutenção do ambiente hospitalar.

A tabela 2 tem a finalidade de quantificar e demonstrar o número atual de profissionais que atuam no CTI.

Tabela 2 - Número de profissionais do CTI Adulto no ano de 2018

Categoria Profissional	Número de Profissionais
Coordenador/Supervisor Médico	2
Coordenador Enfermagem	1
Médicos Intensivistas	44
Enfermeiros	44
Técnicos de Enfermagem	162
Fisioterapeutas	10
Nutricionistas	2
Fonoaudiólogos	2
Psicólogos	1
Farmacêuticos	1
Total de Profissionais no CTI	269

Fonte: elaborada pela autora (2018).

Considerando os turnos de trabalho, manhã, tarde e duas noites, cada turno conta com 6 enfermeiros assistenciais, além de técnicos de enfermagem, em um

total que varia de 28 a 32 profissionais que prestam cuidado durante 24 horas, trocando entre profissionais da sua categoria a cada 6 ou 12 horas. Ambos utilizam um instrumento de passagem de plantão. Os técnicos de enfermagem usam um modelo pré-determinado pela instituição, com lacunas e espaços que devem ser preenchidos manualmente ao final de cada turno (ANEXO A). Já os enfermeiros têm seu informativo atualizado e impresso uma vez ao dia, no turno da noite, digitalmente em um processador de texto, no qual cada profissional, ao longo dos turnos, preenche espaços de forma manual, com descrições minuciosas sobre cada paciente e sobre os cuidados prestados ou ainda pendentes do seu turno, e/ou que julguem pertinentes de serem citados durante a transferência de cuidados (ANEXO B).

A equipe de médicos intensivistas permanece na assistência em um total de 5 (cinco) profissionais, durante o período diurno na semana, transferindo os cuidados assistenciais para os médicos intensivistas plantonistas, que assumem a assistência no turno da noite e durante os finais de semana e feriados, também durante o dia. Eles utilizam um instrumento próprio, atualizado digitalmente em um programa de processamento de texto e impresso ao final de cada turno, para auxiliar na transferência assistencial (ANEXO C).

Estão contabilizados também os enfermeiros beira-leito (enfermeiros que prestam o cuidado integral ao paciente), que fazem parte da equipe de enfermagem e que prestam uma assistência integral ao paciente crítico no turno de trabalho de 6 a 12 horas. Os médicos residentes também foram contabilizados mesmo considerando a intensa rotatividade dos mesmos pelos setores do hospital, já que fazem uso do instrumento de passagem de plantão durante sua breve permanência no CTI, para pontuar casos e especificidades dos pacientes que estão acompanhando no período.

A avaliação nutricional é realizada diariamente por 2 (dois) nutricionistas nos dias de semana e por 1 (um) nutricionista aos finais de semana e feriados. O atendimento nutricional acontece no hospital no período das 07 horas às 22 horas. A avaliação e a assistência diária prestadas também são transferidas com o auxílio de um instrumento atualizado digitalmente ao final do período de trabalho dessa categoria profissional (ANEXO D).

Os fisioterapeutas prestam assistência diariamente entre 4 (quatro) profissionais nos turnos da manhã e da tarde, durante a semana, também trocando

entre profissionais da sua categoria a cada 6 ou 12 horas. Aos finais de semana, o número de profissionais reduz para 3 (três) durante o dia, reduzindo apenas para 1 (um) no turno da noite. Utilizam instrumento próprio, também atualizado digitalmente em processador de texto e impresso ao final de cada turno para auxiliar na passagem de plantão (ANEXO E).

A equipe de fonoaudiologia também permanece em atendimento no setor durante o período diurno, atendendo também aos finais de semana e feriados em apenas 1 (um) profissional. O instrumento próprio de transferência de cuidados desta categoria pode ser visualizado no ANEXO F, também atualizado manualmente no computador.

A fonoaudióloga que atende no CTI compartilha a sua passagem de plantão com os demais membros da sua equipe de mesma área profissional a fim de que, em caso de folga ou licença saúde, os cuidados com os pacientes continuem sendo prestados por outro fonoaudiólogo que atua em outra área do hospital, como Emergência e Unidades de Internação.

Em relação à psicologia, o atendimento aos pacientes e familiares no CTI é realizado por 1 (um) profissional no período diurno, em que não há atendimento nos finais de semana e feriados, embora o hospital conte com um plantão da psiquiatria em casos de emergência. Em caso de férias ou de licença saúde, um psicólogo é transferido de outra área do hospital para cobrir as demandas do CTI durante o período.

Já o farmacêutico exclusivo do CTI atende também durante o dia, ao longo da semana. Assim, farmacêuticos de outros setores prestam assistência ao setor durante a noite, finais de semana e feriados, conforme a necessidade.

De todas as categorias profissionais listadas acima, apenas psicólogos e farmacêuticos não utilizam instrumento para a passagem de plantão. Assim como, entre os demais profissionais, todos utilizam instrumento impresso para troca de plantão.

Os participantes do estudo foram escolhidos de forma não probabilística, por conveniência, em um total de 14 (quatorze) profissionais, sendo ao menos 1 (um) profissional de cada segmento que atua na assistência ao paciente no CTI e faz uso ou não de instrumento para a passagem de plantão, e 1 (um) profissional da tecnologia da informação. Estes profissionais foram distribuídos em dois grupos

(Profissionais de Saúde e Profissionais da TI) a fim de delimitar os grupos com relação ao TCLE, conforme a Tabela 3.

Os profissionais que atuam no CTI e na TI foram convidados para participarem do estudo por meio de carta-convite entregue pessoalmente a cada um. A partir da demonstração de interesse dos profissionais após o recebimento da carta-convite, os interessados foram selecionados conforme critérios de inclusão e de exclusão para os dois grupos distintos, a fim de que a amostra final fosse aquela com maior interesse e disponibilidade em participar da pesquisa.

Tabela 3 - Participantes do estudo

Grupo 1 – Profissionais da Saúde (PS)		Grupo 2 - Profissionais da Tecnologia da Informação (PTI)	
Médico Rotineiro	1	Analista de TI	1
Enfermeiro	3		
Técnico de Enfermagem	4		
Fisioterapeuta	1		
Nutricionista	1		
Fonoaudiólogo	1		
Psicólogo	1		
Farmacêutico	1		
Total Participantes Grupo 1	13	Total de Participantes Grupo 2	1
Total de Participantes do Estudo			14

Fonte: elaborada pela autora (2018).

O tipo de amostra não probabilístico, por conveniência, é formada por membros da população que tenham a maior disponibilidade para participar do estudo ou que o pesquisador tenha um fácil acesso a eles (BRAVIDELLI; SERTÓRIO, 2010). A amostragem por conveniência seleciona os participantes, considerando aqueles indivíduos mais disponíveis e não por algum outro tipo específico de preferência, tendo assim a tendência a produzir um grau desconhecido

de incompletude já que as fontes disponíveis podem não ser as mais informativas (YIN, 2016).

Devido ao fluxo intenso de profissionais no local, o tamanho das salas de reunião disponíveis, e visando a participação de todas as áreas de conhecimento que compõe a equipe multiprofissional, esse tipo de amostragem teve preferência quando comparada às demais alternativas. Conforme análise do método grupo focal, a escolha do número de participantes deve variar entre 6 (seis) e 15 (quinze) pessoas, com o objetivo de possibilitar uma atuação mais efetiva dos envolvidos nos objetivos traçados para cada encontro (TRAD, 2009).

A partir da resposta de aceite dos profissionais em participarem do estudo, foram incluídos formalmente, segundo critérios de inclusão e de exclusão, a fim de garantir que as mesmas terão disponibilidade para seguir até o final.

3.2.1 Critérios de Inclusão para Profissionais da Saúde

Os critérios de inclusão dos profissionais da saúde para a participação no estudo são os seguintes:

- a) Ser profissional da área da saúde, que atue na assistência ao paciente crítico de forma direta e/ou indireta ou na coordenação do CTI;
- b) Utilizar ou não instrumento para auxiliar a passagem de plantão;
- c) Ter disponibilidade de participar das reuniões propostas pelo estudo durante o turno de trabalho;
- d) Ter interesse pelo assunto proposto no estudo, concordar e assinar o TCLE (APÊNDICE B).

3.2.2 Critérios de Exclusão para Profissionais da Saúde

Os critérios de exclusão dos profissionais da saúde para a participação no estudo são os seguintes:

- a) Profissionais da área da saúde que estiverem afastados do serviço por motivo de férias ou licença de saúde, no período de início da pesquisa;
- b) Profissionais que estejam em período probatório.

3.2.3 Critérios de Inclusão para Profissionais da Tecnologia da Informação

Os critérios de inclusão dos profissionais da tecnologia da informação para a participação no estudo são os relacionados:

- a) Ser profissional da área da tecnologia da informação, que conheça e trabalhe com o *software* MV2000®;
- b) Ter disponibilidade de participar das reuniões propostas pelo estudo durante o turno de trabalho;
- c) Ter interesse pelo assunto proposto no estudo, concordar e assinar o TCLE (APÊNDICE C).

3.2.4 Critérios de Exclusão para Profissionais da Tecnologia da Informação

O critério de exclusão dos profissionais da tecnologia da informação para a participação no estudo foi o seguinte:

- a) Profissionais da tecnologia da informação que estiverem afastados do serviço por motivo de férias ou licença de saúde, no período de início da pesquisa;

3.3 Desenvolvimento do Estudo

O estudo foi desenvolvido em cinco etapas, em um período de 6 meses, do mês de maio até outubro do ano de 2018.

3.3.1 Etapa 1 - Apresentação do Estudo

Aos coordenadores médico e de enfermagem do CTI.

3.3.2 Etapa 2 - Aprovação do Estudo

Após submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Unisinos e do hospital do estudo.

3.3.3 Etapa 3 - Convite aos Participantes do Estudo

Entrega da carta-convite aos profissionais do Grupo 1 – Profissionais da Saúde e aos do Grupo 2 – Profissionais da TI. Após a demonstração de interesse em participar do estudo, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão já estabelecidos pela autora, conforme o grupo pertencente.

3.3.4 Etapa 4 - Revisão da Ferramenta Digital Passagem de Plantão Via *Software* MV2000®

Para a construção da ferramenta digital foi utilizado grupo focal e a abordagem JAD (*Joint Application Desing*). A escolha destes métodos de coleta de dados possibilitou guiar a adequação de uma ferramenta tecnológica que integre as informações assistenciais multiprofissionais em um Centro de Terapia Intensiva, conforme as demandas dos próprios usuários e a avaliação dos profissionais que realizaram as mudanças no *software*. Assim, a modificação do instrumento de passagem de plantão multiprofissional, baseado em um modelo já existente, tem o objetivo de benificar a assistência de toda equipe intensivista do local em questão.

Os métodos escolhidos permitiram que a equipe multiprofissional do hospital do estudo construísse a adequação do recurso de registro de passagem de plantão no *software* MV2000®, já disponível na Emergência e passível de mudanças, possibilitando assim, a integração de informações assistenciais de todas as categorias profissionais intensivistas em um mesmo recurso digital. Dessa forma, será possível disponibilizar para a equipe um modelo de passagem de plantão integrada, de uso diário no processo de atendimento assistencial por todos, projeção esta para o ano de 2019.

O processo de decisão das adaptações necessárias para a ferramenta ser usada no CTI contou com a presença dos profissionais da saúde e da tecnologia da informação nas reuniões. O comparecimento da TI garantiu previamente uma análise sobre as alterações do instrumento solicitadas pelos Profissionais da Saúde, assim como compartilhou possibilidades de melhorias desconhecidas pelos demais profissionais presentes, sustentando o objetivo de manter a efetividade da ferramenta após as alterações serem decididas em conjunto e o *software* do hospital for alterado e disponibilizado para o uso.

A escolha pelo método grupo focal aconteceu devido a sua ampla utilização em pesquisas sociais, além da possibilidade de combinar outras técnicas de coletas de dados. Considerada técnica importante devido ao baixo custo e pela rapidez com que fornece dados confiáveis e válidos cientificamente (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004).

O grupo focal surgiu em 1940, sendo uma escolha metodológica para pesquisadores da área da saúde a partir da década de 80 (TRAD, 2009). Conforme Kinalski *et al* (2017), o grupo focal é uma opção de escolha quando o pesquisador deseja coletar informações sobre um tema específico a partir da discussão entre os participantes, reunidos em um mesmo local em um determinado período de tempo, seguindo regras específicas para o funcionamento de cada encontro.

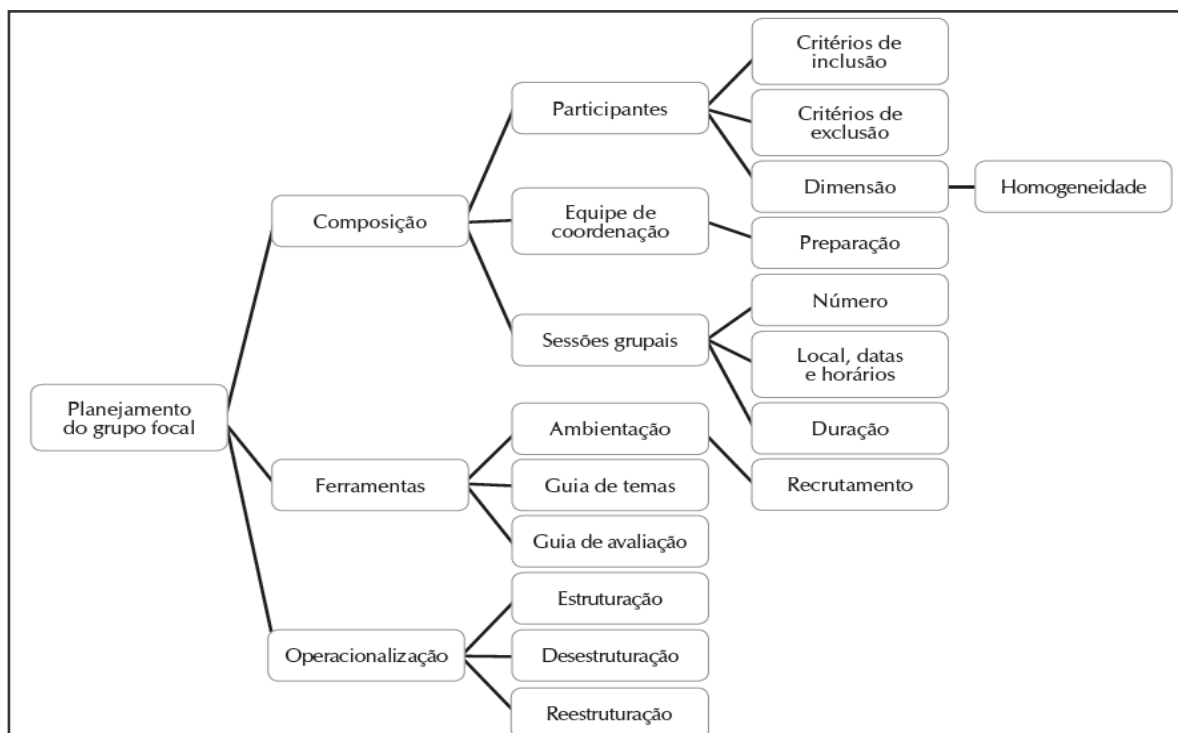
A troca de experiências e de opiniões dos participantes, assim como as discussões entre os protagonistas do grupo focal convergem para a resolução dos problemas já definidos e permite a transformação de situações da realidade em questão (KINALSKI *et al.*, 2017). Conforme Duarte *et al* (2006):

O Grupo Focal apresenta vantagens relacionadas à sinergia gerada pela participação conjunta do grupo de entrevistados; a interação entre os participantes, que enriquece as respostas; a flexibilidade para o moderador na condução do roteiro; a profundidade e a qualidade das verbalizações e expressões (DUARTE *et al.*, 2006, p. 183).

O grupo focal é planejado em etapas. Dentre elas estão o roteiro flexível, o qual permite guiar o moderador durante os encontros; definição do público-alvo; perfil do moderador; perfil e atribuições do documentador; definição do local das reuniões e a disposição dos participantes na sala (DUARTE; BARROS; NOVELLI *et al*, 2006). Estas etapas servem para direcionar o pesquisador e auxiliam na organização do grupo, desde a elaboração do objetivo até a disposição dos participantes no local dos encontros.

O planejamento do grupo focal varia conforme o autor. Kinalski *et al* (2017) afirma que ele é necessário e que a sua construção interfere nos dados coletados e, conseqüentemente, contribui em resultados mais efetivos e objetivos para a pesquisa. O mesmo autor ainda demonstra esse planejamento por meio de um organograma, apresentando de forma visual as etapas que o pesquisador necessita planejar no momento em que deseja usar o método do grupo focal (KINALSKI *et al.*, 2017).

Figura 1 - Organograma de Planejamento do Grupo Focal



Fonte: Kinalski *et al* (2017).

O grupo focal gerencia a organização de forma criteriosa, assim como padronizada as reuniões, seguindo etapas já estabelecidas pelo próprio método, cujo principal objetivo nesta pesquisa é elaborar um impresso com as principais necessidades assistenciais de cada profissional intensivista, a fim de promover uma passagem de plantão mais efetiva e de uso multiprofissional. Conforme os autores, e seguindo esta perspectiva, a escolha metodológica irá se beneficiar na tendência humana em formar opiniões quando interagem com os demais sujeitos, protagonistas também da adequação de uma ferramenta assistencial para uso (BACKES *et al.*, 2011).

A escolha dos participantes do estudo e a divisão do projeto em duas fases de execução seguiram a abordagem JAD, que tem como objetivo o de complementar o método escolhido. A JAD foi utilizada como uma ferramenta de planejamento de etapas, um método de organização o qual é baseado no trabalho em equipe, pois promove uma interação entre os participantes do estudo, tendo também como referência a realidade do local no qual está se desenvolvendo a pesquisa.

Utilizada inicialmente na produção de *software* para *games*, seu uso se expandiu, permitindo também a criação de instrumentos de trabalho e outros recursos tecnológicos, visando à maior eficácia em menor período de tempo (SANTOS; NETO, 2009). Conforme August (1993):

O JAD posiciona, justamente, os usuários e profissionais da área de sistemas para que projetem, em sessões de grupo, o sistema em conjunto. Essa técnica possui uma abordagem inovadora, mas dentro do senso comum, para a definição dos objetivos e requisitos do *software*, e projeto das interfaces com os usuários (AUGUST, 1993, P. 3).

Os principais benefícios no uso do JAD são a maior produtividade em relação aos métodos tradicionais e a maior qualidade nas decisões, já que ele permite o trabalho em equipe, auxiliando na construção do instrumento por quem irá utilizá-lo e por quem irá projetá-lo (AUGUST, 1993). A estrutura do JAD garante que as pessoas certas, em equipe, alcancem os objetivos em cada fase da construção, primeiramente definindo o “alvo” no chamado JAD PLANO, e, posteriormente, detalhando o produto final no chamado JAD PROJETO (AUGUST, 1993).

O JAD Plano é a fase que inicia o projeto, selecionando os participantes do estudo e reunindo usuários e membros da TI em reuniões para identificar requisitos de alto nível (definição, pelos participantes, dos objetivos, benefícios, limitações, segurança), definir a área de abrangência (definição clara sobre a abrangência do projeto e qual será o centro do alvo), planejar as atividades de Etapa de Projetos (estimativas de tempo, compromisso pessoal, escolha das datas para conclusão das etapas importantes do projeto) e aprovar os documentos de Etapa de Planos (AUGUST, 1993).

Todas as decisões tomadas durante a Fase de Plano precisam ser documentadas, evitando assim o retorno aos tópicos já definidos por motivo de esquecimento dos participantes (AUGUST, 1993). Este relatório produzido ao final de cada fase pode ser composto por textos, figuras, formulários, relatos e deliberações tomadas em grupo, entre outros recursos, permitindo que todos os envolvidos tenham acesso a esse documento, a fim de garantir a continuidade da produção a cada nova fase (AUGUST, 1993).

A fase de JAD Plano, conforme o atual estudo propõe que os participantes relacionem as principais informações assistenciais que cada categoria profissional deseja que a ferramenta digital para passagem de plantão contemple. Ainda sobre o

JAD Plano, a principal autora sobre o assunto demonstra na sua fala sobre a necessidade de um período específico de planejamento, assim como propõe o método grupo focal, fornecendo assim uma base para a etapa seguinte (AUGUST, 1993):

O documento do JAD/Plano serve enfim como uma ferramenta de comunicação e um guia de referência. Aqueles indivíduos escolhidos para participar das próximas etapas de projeto saberão quando serão esperados para participar das reuniões. Eles também estarão capazes de ler mais detalhes sobre as exigências de alto nível e as aplicações do sistema que estão projetando (AUGUST, 1993, P. 25).

O JAD Projeto acontece na sequência ao JAD Plano, nos quais são definidos requisitos, projetados telas e *layout* dos sistemas, requisitos de interface, desenvolvimento de protótipo e, por fim, a aprovação dos documentos da Etapa de Projetos. No estudo, a JAD Projeto será a fase que se propõe a elaborar, ao final das reuniões um impresso, modelo de instrumento de passagem de plantão digital, que servirá de roteiro aos profissionais da TI na adequação da ferramenta tecnológica já disponível no *software* MV2000®.

O JAD possui quatro princípios básicos, que são utilizados durante a construção de um *software/instrumento* e que guiam para o sucesso do produto, já que se baseia em: dinâmicas de grupo (os participantes, usuários e analistas decidem desde os objetivos do produto até os detalhes das telas finais), recursos visuais (permite ter uma visão do instrumento antes de ele ser projetado pelos analistas), processo organizado e racional (por meio da análise *top-down* se consegue examinar do mais abrangente para os detalhes, sequencialmente) e, por fim, a abordagem *wysiwyg* para documentação (na qual cada JAD produz um documento ou relatório de saída, que foi aprovado no grupo e ainda pode ser revisado e modificado novamente pelos participantes, antes da finalização) (AUGUST, 1993).

A abordagem JAD foi desenvolvida, originalmente, pela IBM em 1977, com o objetivo de haver um consenso prévio à construção do *software* entre as demandas dos usuários e as reais possibilidades de construção delas, conforme os analistas (AUGUST, 1993). Dessa forma, o desenvolvimento de um método no qual as pessoas que irão usar o instrumento e as pessoas que irão construí-lo ou modifica-lo tenham a possibilidade de conversar sobre desejos e sobre a viabilidade das alterações solicitadas, permite satisfazer a ambos, evitando perda de tempo e de

investimento, caso cada um tomasse suas decisões sobre o projeto, separadamente.

Para tanto, foram realizadas 5 reuniões, conforme método de grupo focal, com ênfase em JAD, que seguiu um cronograma de reuniões (APÊNDICE A). Estes encontros aconteceram uma vez por semana, no decorrer do período de 1 mês, no turno da manhã, com duração de cerca de 1 hora, em uma das salas de reuniões do CTI.

Os profissionais da saúde participaram dos 5 encontros, enquanto que os profissionais da tecnologia da informação participaram do primeiro, quarto e quinto encontros. As reuniões foram gravadas, conforme mencionado no TCLE, sendo transcritas ao final, para que nenhuma informação discutida em grupo viesse a se perder.

Inicialmente foi apresentado o cronograma aos participantes já no primeiro encontro, não havendo a necessidade de alteração das datas, dos horários e do local já pré-estabelecidos pela autora. As demais reuniões seguiram os assuntos pré-estabelecidos no cronograma. Ao final de cada reunião, conforme a abordagem JAD propõe, foi elaborado um relatório de saída, o qual descreveu os assuntos abordados, as decisões e as alterações propostas, a fim de guiar os participantes para o efetivo andamento da pesquisa, e assim, na reunião seguinte, os temas já abordados e finalizados nos encontros anteriores não foram abordados novamente.

A escolha do método de coleta dos dados, grupo focal com abordagem JAD, possibilitou construir um impresso com o objetivo de guiar a adequação de uma ferramenta tecnológica que integrará as informações assistenciais multiprofissionais em um Centro de Terapia Intensiva, conforme as demandas dos próprios usuários (profissionais de saúde - PS) e a avaliação dos profissionais que irão realizar as mudanças no *software* (profissionais da tecnologia da informação - PTI). Assim, a modificação do instrumento de passagem de plantão multiprofissional, baseado em um modelo já existente, beneficiará a assistência de toda equipe intensivista do local em questão.

No Quadro 1 está especificado, de forma mais objetiva, qual era a proposta de cada reunião, o material de apoio que foi disponibilizado durante cada encontro com a finalidade de auxiliar na adequação do instrumento em questão, e qual o resultado esperado pela pesquisadora ao final de cada encontro.

Quadro 1 - Planejamento das atividades desenvolvidas pela equipe multidisciplinar

	OBJETIVOS	MATERIAL DE APOIO	RESULTADO OBTIDO
REUNIÃO 1	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da proposta do estudo; - Adequação do cronograma; - Sensibilização da equipe multiprofissional e promoção do debate sobre a percepção dos profissionais em relação à mudança do instrumento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação em Power Point (proposta do estudo); - Material impresso (modelos de passagem de plantão usados atualmente no CTI pelos diversos profissionais); - Apresentação em Power Point (para promoção da sensibilização – elaborado pela autora do estudo). 	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração dos participantes no estudo; - Entendimento sobre a importância do estudo para CTI;
REUNIÃO 2	<ul style="list-style-type: none"> - Análise dos modelos de passagem de plantão encontrados na literatura; - Relação das principais informações assistenciais de cada categoria profissional que atua no CTI com o modelo de passagem de plantão da Emergência; - Adequação do instrumento de passagem de plantão baseado em modelo já disponível no <i>software</i> da instituição (setor Emergência). 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador com <i>software</i> MV2000®; - Material impresso (modelos de passagem de plantão usados atualmente no CTI pelos diversos profissionais). 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação dos modelos de passagem de plantão da literatura; - Avaliação do modelo de passagem de plantão já existente no CTI e na Emergência; - Listagem de alterações necessárias para a modificação da ferramenta digital.

	OBJETIVOS	MATERIAL DE APOIO	RESULTADO OBTIDO
REUNIÃO 3	<ul style="list-style-type: none"> - Análise dos modelos de passagem de plantão encontrados na literatura; - Relação das principais informações assistenciais de cada categoria profissional que atua no CTI com o modelo de passagem de plantão da Emergência; - Adequação do instrumento de passagem de plantão baseado em modelo já disponível no <i>software</i> da instituição (setor Emergência). 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador com <i>software</i> MV2000®; - Material impresso (modelos de passagem de plantão usados atualmente no CTI pelos diversos profissionais). 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação dos modelos de passagem de plantão da literatura; - Avaliação do modelo de passagem de plantão já existente no CTI e na Emergência; - Listagem de alterações necessárias para a alteração da ferramenta.
REUNIÃO 4	<ul style="list-style-type: none"> - Análise das alterações e inclusões solicitadas pelos profissionais no instrumento de passagem de plantão multiprofissional baseado em modelo já disponível no <i>software</i> (setor Emergência); - Disponibilização das informações assistenciais em <i>layout</i> inicial de tela para a adequação da passagem de plantão, 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador com <i>software</i> MV2000®; - Modelo impresso da passagem de plantão construído na reunião anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação dos itens escolhidos e disponibilização dos mesmos em <i>layout</i> inicial de tela para a adequação da passagem de plantão, selecionados na reunião anterior; - Adequação do modelo a fim de que sejam viáveis as alterações no <i>software</i>.

	OBJETIVOS	MATERIAL DE APOIO	RESULTADO OBTIDO
REUNIÃO 5	<ul style="list-style-type: none"> - Finalização das adequações do modelo da ferramenta; - Impressão de documento contendo <i>layout</i> da tela final; - Entrega do impresso para a TI; - Definição dos prazos para alterações do <i>software</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador com <i>software</i> MV2000®; - Material impresso (modelo de passagem de plantão construído pelos profissionais da área da saúde e revisado pelos profissionais da área da TI). 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Layout</i> final da tela de passagem de plantão aprovado por ambos os grupos; - Definição dos prazos para alteração do <i>software</i> e início do uso.

Fonte: elaborado pela autora (2018).

A escolha das informações assistenciais foi baseada no sistema de passagem de plantão já disponível no *software* do hospital e em uso pelo setor de Emergência do mesmo, segundo (ANEXO G), que será adaptado para a realidade assistencial do CTI.

Atualmente, para cada paciente internado no setor de Emergência, a ferramenta digital para a passagem de plantão disponível no *software* MV2000® configura-se conforme o quadro 2. Importante ressaltar que algumas informações são atualizadas pelo próprio *software* assim como outras são acrescentadas manualmente no sistema pelos profissionais (médico e enfermeiro), conforme julgarem pertinentes.

Quadro 2 - Demonstração de informações assistenciais da ferramenta digital de passagem de plantão utilizada por médicos e enfermeiros na Emergência

Sistema Operacional/ Segmento Profissional	Informações Assistenciais sobre os Pacientes
Software	<ul style="list-style-type: none"> - Nome do paciente; - Idade; - Número do atendimento; - Data de internação; - Nome do médico assistente; - Alergias; - Escalas (ex.: Braden); - Isolamentos.
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> - Lista de problemas; - Plano.
Enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do paciente; - Informações pertinentes ao cuidado.

Fonte: elaborado pela autora (2018).

O espaço preenchido pelos médicos que atendem no setor de Emergência possui dois campos para a digitação das informações. A área definida como “Lista de Problemas” permite acrescentar o diagnóstico atual, as comorbidades e outras informações pertinentes ao tratamento do paciente como resultados de exames, hipóteses diagnósticas e intervenções já implementadas. Na área definida como “Plano” são acrescentadas as condutas definidas para os próximos turnos e exames pendentes. Nestas duas áreas, apenas a equipe médica tem a possibilidade de

alterar; a equipe de enfermagem consegue apenas visualizar ambos os espaços e as informações contidas.

A área destinada à enfermagem permite aos enfermeiros o preenchimento de todas as informações sobre o paciente que julgarem pertinentes, intercorrências e alterações que acontecerem no seu turno de trabalho, e que auxiliem na passagem de plantão para o turno seguinte. Habitualmente este espaço também conta com a avaliação do paciente de forma céfalopodálico, assim como outros dados pertinentes à enfermagem, ou informações que não foram contemplados pela equipe médica na área titulada como “Plano”.

3.3.5 Etapa 5 - Construção do impresso para guiar a adequação da ferramenta digital de passagem de plantão para o CTI

Fase na qual o Grupo 1 – Profissionais da Saúde definiram as informações assistenciais pertinentes para a nova proposta de passagem de plantão multiprofissional digital, guiados pelo Grupo 2 – Profissionais da TI, que orientaram a viabilidade para implementar as mudanças no *software* do hospital e a disposição das mesmas no *layout* de tela. Por fim, foi elaborado pelo grupo, na última reunião, um documento impresso com o *layout* da tela final de passagem de plantão.

O impresso final, inicialmente elaborado na reunião 4, finalizado e aprovado na reunião 5, foi encaminhado ao setor de TI do hospital, a fim de que as adequações propostas pelo grupo fossem alteradas no *software* MV2000®. O uso pela equipe multiprofissional se dará após a disponibilização do mesmo no sistema, passível de mudanças a partir da demanda dos profissionais na análise da ferramenta e uso.

3.4 Análise dos Dados

Os dados foram tratados conforme a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), dividida em três etapas:

- a) Pré-análise;
- b) Exploração do material;
- c) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise aconteceu à organização das ideias dos documentos reunidos ao longo das etapas anteriores do projeto. Nesta etapa, três fatores, não cronológicos permitem o início da exploração sistemática documental conforme a Bardin (2011, p. 125), o qual “A escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final”.

A fase de pré-análise também se dividiu em etapas: dentre elas aconteceu a leitura fluente, que consistiu em estabelecer contato inicial com todos os documentos, os referenciais teóricos, os relatórios de saída e as transcrições das entrevistas, analisando e conhecendo os textos, e permitindo-se já formular impressões sobre os mesmos; a escolha dos documentos, que seguem as regras da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência; a formulação da hipótese e dos objetivos, que é uma afirmação provisória que será verificada; a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores. Por fim, a preparação do material.

Na fase de exploração do material aconteceu à análise dos documentos, na qual consistiu em abordar os dados de forma qualitativa, seguindo etapas já pré-estabelecidas para cada procedimento. E por fim, na fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os mesmos foram analisados para que tivessem significância e validade, permitindo propor inferências interpretações conforme os objetivos definidos no início do projeto.

A análise dos dados, segundo Bardin (2011), segue três etapas para analisar, explorar e interpretar os dados. Conforme o método empregado, os documentos bibliográficos reunidos ao longo do estudo serviram como base para guiar as discussões, assim como o próprio método (grupo focal com ênfase na abordagem JAD) originou dados por meio das transcrições dos encontros e dos relatórios, elaborados ao final de cada reunião os quais descreveram a dinâmica de cada encontro e os resultados obtidos.

Assim, a fase de pré-análise já aconteceu mesmo antes do término das cinco reuniões, já que ao final de cada um dos encontros foi necessário realizar uma pré-análise e explorar estes relatórios, a fim de que os objetivos não alcançados naquele dia, ou as demandas que por algum motivo não puderam ser tratadas, pudessem entrar novamente na pauta do próximo encontro. Ao final da quinta reunião, e com os relatórios de cada encontro já pré-analisados e explorados, foi possível avaliar

todos os documentos, para analisar o percurso metodológico e o embasamento teórico, a efetividade dos encontros e dos debates entre os participantes, com o objetivo de apresentar um produto final de qualidade acadêmica e efetividade prática.

3.5 Aspectos Éticos

O presente estudo seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas na Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012). Esta resolução estabelece quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos participantes da pesquisa.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisinos, sendo aprovado sob o número: 88317418.7.0000.5344; e ao CEP do hospital do estudo, aprovado sob o número: 88317418.7.3001.5330. A coleta dos dados foi realizada após a aprovação pelos comitês da instituição proponente e da coparticipante.

Os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B e C), em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em sua posse e outra com o pesquisador, conforme a Resolução 466/2012. O termo trazia as principais informações sobre o estudo, além de informar que as reuniões seriam gravadas e transcritas ao final de cada uma delas para que nenhuma informação importante viesse a se perder.

Considerando a participação no estudo de profissionais da área da saúde e da área da tecnologia da informação, dois termos de consentimento foram elaborados, cada um contemplando as especificidades de cada categoria. Ambos os termos seguiram as normas já citadas anteriormente e diferem apenas em pontos específicos de cada segmento, mantendo iguais a apresentação e a proposta do estudo.

No TCLE consta que a participação nesta pesquisa é voluntária e gratuita, portanto, não trará custo algum ao entrevistado, assim como não haverá nenhum tipo de remuneração extra em caso de aceite em participar da pesquisa.

Os riscos aos participantes são mínimos e relacionados com a possibilidade de sentir algum desconforto acerca do tema das reuniões ou da dinâmica das mesmas. O (a) participante poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa e seu nome será retirado do cronograma das reuniões, sem prejuízos para o participante. Sua identidade será preservada e será assegurado seu anonimato.

Os dados coletados serão manipulados apenas pelas pesquisadoras que, em caso de publicação, a confidencialidade possa ser mantida, bem como os créditos aos participantes, se assim desejarem.

A pesquisadora se compromete a utilizar as informações adquiridas apenas para fins científicos e a execução do presente estudo, além de manter os dados da pesquisa em arquivos, por um período de 5 anos após o término do estudo (CNS; 2012).

Os participantes do estudo foram identificados de acordo com a nomenclatura, conforme o grupo de avaliação a que pertenceram, mantendo-se os critérios metodológicos: grupo 1 – Profissionais da Saúde (PS) e grupo 2 - Profissionais da tecnologia da informação (PTI). Os participantes foram identificados com números arábicos conforme o grupo, sendo PS1, PS2, e PTI1. As reuniões foram realizadas em local privado, em uma sala do CTI, com duração média de 1 hora.

O benefício do estudo está na possibilidade de modificar uma ferramenta tecnológica que contemplará as demandas assistenciais de uma equipe multiprofissional, que atua diariamente no CTI, qualificando os registros realizados em um prontuário eletrônico, possibilitando uma visão integral do atendimento realizado ao paciente internado, na tentativa de diminuir, ao máximo, a perda de informações pertinentes ao cuidado e à terapia.

Este trabalho será divulgado na forma de Trabalho de Conclusão de Curso (dissertação de mestrado), de apresentação em eventos científicos e publicado na forma de artigo científico.

4 RESULTADOS

4.1 Sensibilização dos participantes e avaliação dos instrumentos de passagem de plantão

A adequação de um *software* para o acompanhamento assistencial em um CTI do município de Porto Alegre/RS foi um processo de construção coletiva, conforme o método previamente escolhido pela autora, o grupo focal com ênfase em JAD. A proposta do estudo foi a de implementar no CTI uma ferramenta para que a passagem de plantão entre os turnos pudesse ser modificada digitalmente e acessada por toda a equipe multiprofissional, baseada em um instrumento já disponível no *software* do hospital e em uso atualmente pelo setor de Emergência.

Com base no cronograma de reuniões previsto no percurso metodológico, a etapa de reuniões teve por objetivo a construção do impresso em conjunto para adequar o *software* MV2000®. Dessa forma, na Reunião 1, os participantes foram apresentados à proposta do estudo de forma mais detalhada e ao cronograma de reuniões, por meio de uma apresentação digital realizada no programa *Power Point* da *Microsoft*, um editor que permite a exibição gráfica de dados e de informações.

Nesta apresentação inicial, dados como o título do estudo, a motivação da autora para o seu desenvolvimento, os objetivos e o percurso metodológico puderam ser visualizados por todos os participantes que aceitaram e foram para contribuir nas reuniões de modificação da ferramenta. Além de demonstrar tais informações com o uso de um instrumento mais visual, facilitou a compreensão sobre a dimensão e a proposta do trabalho. Fizeram-se também o uso de recursos impressos, mais especificamente instrumentos de passagem de plantão usados pelos profissionais que atuam no CTI diariamente.

Estes instrumentos foram apresentados na reunião de forma impressa, num total de 6 ferramentas, todas elas apresentadas aos participantes, com a intenção de sensibilizar os profissionais, já que além de acessarem o *software* MV2000® diariamente a fim de evoluírem e de prescreverem cuidados e condutas aos pacientes assistidos, ainda preenchem instrumentos, cuja diversidade de informações é encontrada nas demais ferramentas usadas para a troca de informações entre os turnos.

Assim, os participantes conseguiram perceber as fragilidades do uso de diversos instrumentos assistenciais, com relação principalmente à segurança, já que a maior parte deles é editado e armazenado em área de livre acesso da rede de computadores do hospital. Ainda neste momento aproveitou-se para apresentar outro material, elaborado pela própria autora, que demonstrava a importância da comunicação segura no cuidado ao paciente crítico, o desafio da atuação multidisciplinar diária e o valor das ferramentas assistenciais de qualidade para a transferência do cuidado assistencial no ambiente hospitalar.

O termo qualidade indica um valor relativo sobre um produto ou um serviço; no caso do estudo a um momento de transferência de informações em que se faz o uso de um instrumento específico. Mensurar a qualidade da transferência das informações e a qualidade da ferramenta que auxilia essa transmissão é um desafio, no qual precisamos considerar as muitas dimensões que permeiam o termo, dentre elas: ser abrangente, ser atual, ser confiável, ser objetiva, dentre outros requisitos (SENA; PIRES, 2012).

Desta forma, o termo qualidade no CTI, quanto à transferência do cuidado entre os turnos ficou definida como sendo uma passagem de informações de forma clara, ágil e completa, livre de interrupções; destacando intercorrências, condutas e metas multiprofissionais que aconteceram, no mínimo, durante o turno anterior. Assim como ficou definido que um instrumento de qualidade é aquele cujo acesso é restrito à equipe assistencial e o *layout* apresenta as informações de forma objetiva, que permite a fácil edição e uma rápida leitura pelos usuários, destacando as informações de maior relevância para a assistência.

A partir do embasamento teórico sobre o tema, o grupo entendeu o desafio que seria qualificar os processos de passagem de plantão, não apenas verbalmente, mas também por meio dos instrumentos escritos, sendo assim necessário um novo olhar sobre os processos vigentes.

Ao final do primeiro encontro, o cronograma com as datas, os horários, o local e a duração das reuniões foi apresentado para o grupo, de forma que o mesmo pudesse adequar os seus horários de jornada de trabalho e, simultaneamente, os horários programados para os encontros (APÊNDICE A). A participação dos profissionais conforme o grupo inserido e as atividades propostas foram passíveis de mudança nesta reunião inicial, entretanto, não houve a necessidade de alterações após exposição do material.

Por fim, o grupo compreendeu a importância de ter ferramentas assistenciais qualificadas e unificadas para o uso diário, que auxiliam não apenas na transferência de cuidados entre os turnos e na comunicação entre os profissionais, mas que permitiriam um acesso rápido e seguro às informações e às avaliações multiprofissionais, de cada paciente, ao longo do dia e da noite, por todos os profissionais envolvidos no cuidado. O registro e o acesso para a leitura no prontuário eletrônico são de grande importância, porém em momentos de intercorrência e, para uma rápida visualização das principais informações do paciente, o acesso a uma ferramenta multiprofissional auxilia na tomada de decisões.

Essa afirmação é evidenciada pelos depoimentos a seguir, transcritos a partir das reuniões:

“Eles (os profissionais) vão poder olhar direito os registros da fisio, da fono, o que foi feito, o que foi avaliado. São coisas que podem se perder, caso quem avaliou não passar pra ninguém”. (PS 13).

“É preservar não apenas essa informação fixa, mas as peculiaridades diárias. Muitas vezes é escrever aquilo que você acredita ser importante e óbvio, mas que pode não ser óbvio para os demais turnos. E pra mim já começa errado porque, por exemplo, no sistema atual de passagem médica, as informações são atualizadas no turno da manhã, e na enfermagem são atualizadas à noite”. (PS 10).

“Uma forma de confirmar as informações em um mesmo lugar”. (PS 5).

“Acho que vão ficar ótimas as melhorias, porque hoje um dos grandes problemas é a comunicação”. (PS 2).

O momento da passagem de plantão é um exercício de comunicação entre a equipe, realizada para a manutenção da continuidade da assistência, uma transmissão de informações com aspecto administrativo, porém com o objetivo de garantir o processo de trabalho no decorrer dos turnos (SILVA; CAMPOS, 2007). E assim como uma ferramenta completa e padronizada é de grande importância para a transmissão de informações entre profissionais, a comunicação verbal entre os envolvidos também contribui para o êxito do processo (OLIVEIRA; ROCHA, 2016).

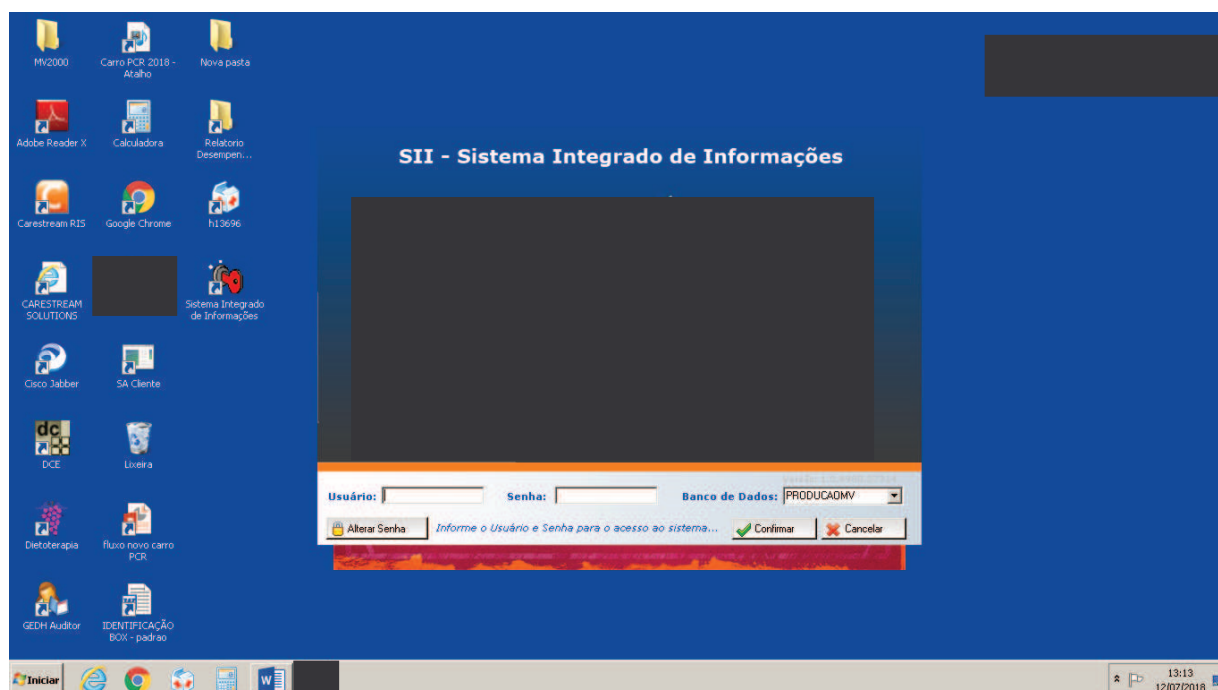
Interessante destacar que, embora a comunicação escrita e a comunicação verbal sejam aspectos importantes durante a passagem de plantão, elas sozinhas

não garantem um processo livre de falhas, erros e omissões de informações pertinentes. Conforme Oliveira e Rocha (2016), o uso de instrumentos que não seguem uma lógica constante para os envolvidos, o barulho excessivo do ambiente de trabalho durante este momento e a falta de compreensão do colega sobre a necessidade de manter a atenção nas informações que estão sendo transmitidas compromete a continuidade do cuidado.

O tempo para a realização da tarefa seria outro ponto a considerar, uma vez que em muitos locais o horário de saída do profissional da unidade de trabalho é rigoroso e insuficiente para a transmissão das informações; as constantes chamadas telefônicas para o enfermeiro durante esse momento, assim como as constantes solicitações dos pacientes e dos familiares (PEREIRA *et al.*, 2011). A transmissão errônea de dados e dos cuidados de cada paciente acaba colaborando para uma assistência inadequada, conduzindo o setor e/ou a equipe a ser penalizada pela própria instituição ou por meios judiciais, mas também conduzindo a erros e danos que alteram as condutas já definidas, atrasando os desfechos positivos dos pacientes internados (SILVA; CAMPOS, 2007).

Considerando os fatores que contribuem para uma passagem de plantão pouco efetiva entre os turnos, um dos pontos motivacionais para o desenvolvimento desse estudo, está no uso de ferramentas exclusivas para cada profissional em meio a uma equipe que atua de forma multiprofissional, em conjunto, na terapia intensiva. Neste contexto, as reuniões foram uma oportunidade de analisar os instrumentos individualizados, tendo em vista que não havia sido realizada esta revisão de forma mais apropriada até o momento. Considerou-se oportuno, essa tarefa uma vez que há uma utilização da ferramenta pelos diferentes profissionais do CTI, assim como a apresentação e a análise da ferramenta digital utilizada pela Emergência para a passagem de plantão.

Seguindo o cronograma, nas Reuniões 2 e 3, os participantes analisaram o modelo para a passagem de plantão disponível no *software* MV2000®. O *software* em questão pode ser acessado em qualquer computador do hospital pelos colaboradores que prestam assistência direta aos pacientes, por meio de um ícone com o título Sistema Integrado de Informações, disponível na tela de trabalho, conforme figura 2:

Figura 2 - Acesso restrito ao *software* MV2000®

Fonte: *print screen* do software MV2000® (2018).

A entrada no prontuário eletrônico pelo *software* MV2000® acontece exclusivamente mediante nome e senha do usuário, solicitação que visa manter o sigilo das informações, monitorando os acessos de cada usuário. O *software* também pode ser acessado por meio de um ícone com o título de MV2000® que, embora não dê acesso ao prontuário, permite o uso de outras ferramentas, como a gestão da agenda do Bloco Cirúrgico, com o mesmo sistema de acesso mediante nome do usuário e senha.

Conforme o acesso do usuário, o sistema abre inicialmente dois perfis de pacientes para pesquisa; o primeiro nomeado de Pesquisar Pacientes, o qual apresenta a listagem de todos os pacientes internados no hospital, exceto os pacientes internados no setor de Emergência. Nesta mesma tela é possível pesquisar pacientes pelo nome completo, caso não saiba o local atual de internação, assim como é possível acessar o prontuário eletrônico de pacientes que já tiveram alta hospitalar.

Abaixo, é possível visualizar na figura 3 o perfil mencionado acima:

Figura 3 - Perfil geral de pacientes internados no hospital

Paciente	Prontuário	Quarto/Leito	Internação	Médico Assistente	Unidade de Internação
		1002/01	10/07/2018		MATERNIDADE 10ª
		1003/01	10/07/2018		MATERNIDADE 10ª
		1004/01	09/07/2018		MATERNIDADE 10ª
		1005/01	09/07/2018		MATERNIDADE 10ª
		1006/01	10/07/2018		MATERNIDADE 10ª
		1007/01	09/07/2018		MATERNIDADE 10ª
		1008/01	19/06/2018		MATERNIDADE 10ª
		1009/01	11/07/2018		MATERNIDADE 10ª
		101/01	09/07/2018		A1 - UNIDADE INTERNACAO
		101/02	26/06/2018		A1 - UNIDADE INTERNACAO
		1011/01	11/07/2018		MATERNIDADE 10ª
		1011/02	07/07/2018		MATERNIDADE 10ª
		1012/01	10/07/2018		MATERNIDADE 10ª
		1013/01	10/07/2018		MATERNIDADE 10ª
		1014/01	10/07/2018		MATERNIDADE 10ª
		1015/01	09/07/2018		MATERNIDADE 10ª
		1016/01	10/07/2018		MATERNIDADE 10ª
		102/01	01/07/2018		A1 - UNIDADE INTERNACAO
		103/01	10/07/2018		A1 - UNIDADE INTERNACAO
		104/01	15/06/2018		A1 - UNIDADE INTERNACAO
		104/02	06/06/2018		A1 - UNIDADE INTERNACAO
		105/01	18/06/2018		A1 - UNIDADE INTERNACAO
		106/02	01/07/2018		A1 - UNIDADE INTERNACAO

Fonte: *print screen* do software MV2000® (2018).

Quando selecionado o perfil Emergência no *software*, uma tela com todos os pacientes internados no setor é visualizada, havendo a possibilidade de busca também pelo nome do paciente, assim como a busca por meio dos filtros: pacientes internados na Emergência adulta, na Emergência pediátrica e na Emergência obstétrica, separadamente.

Entretanto, o perfil Emergência, quando realizado o acesso, apresenta na parte inferior da tela um botão fixo chamado Passagem de Plantão Emergência. Quando acessado, permite que os usuários (médicos e enfermeiros) do setor possam utilizar para o preenchimento exclusivo de seus respectivos espaços em branco com informações pertinentes a respeito de cada paciente. Considerando esse acesso, a modificação desta aba permitiria registrar em uma mesma ferramenta informações que irão guiar a dinâmica das atividades e do cuidado durante o seu turno de trabalho e na transferência da assistência entre profissionais de diferentes turnos e setores.

Na figura 4 é possível visualizar o perfil Emergência e o botão de acesso à Passagem de Plantão da Emergência:

Figura 4 - Perfil geral de pacientes internados no setor de Emergência do hospital

Prontuário Eletrônico Paciente [Versão: 1.1.6745.26545]

Boa tarde, Enf(a): ROBERTA MANFRO LOPES

Emergência Adulto | Emergência Pediátrica | Emergência Obstétrica

Filtros: Classificados Aguardando Consulta Em Atendimento Internados Alta

Nome Paciente: Pesquisar

Pacientes: 25

Paciente	Idade	Dt/Hr Classificação	Classificação	Prontuário	Data de Admissão	Hora Início	Hora Fim	Admissão	Localização
	76	12/07/2018 09:33			12/07/2018	09:54	21:54		
	55	12/07/2018 09:38			12/07/2018	09:47	21:47		
	37	12/07/2018 10:39			12/07/2018	10:44	22:44		
	38	12/07/2018 10:46			12/07/2018	11:04	23:04		
	75	12/07/2018 10:50			12/07/2018	11:13	23:13		
	39	12/07/2018 10:52			12/07/2018	10:13	22:13		
	60	12/07/2018 11:12			12/07/2018	11:19	23:19		
	84	12/07/2018 11:21			12/07/2018	11:26	23:26		
	79	12/07/2018 12:07			12/07/2018	12:17	00:17		
	80	12/07/2018 12:18			12/07/2018	12:27	00:27		
	68	12/07/2018 12:26			12/07/2018	12:41	00:41		
	46	12/07/2018 06:38			12/07/2018	06:44	18:44		
	39	12/07/2018 06:44			12/07/2018	06:58	18:58		
	37	12/07/2018 08:30			12/07/2018	08:39	20:39		
	31	12/07/2018 08:33			12/07/2018	08:21	20:21		
	35	12/07/2018 08:52			12/07/2018	08:42	20:42		
	53	12/07/2018 09:22			12/07/2018	09:33	21:33		
	73	12/07/2018 10:12			12/07/2018	10:19	22:19		
	36	12/07/2018 10:18			12/07/2018	10:22	22:22		

Selecionar Outro Paciente | Passagem de Plantão Emergência | Painéis

Entrar no Prontuário | Fechar

13:16 12/07/2018

Fonte: *print screen* do software MV2000® (2018).

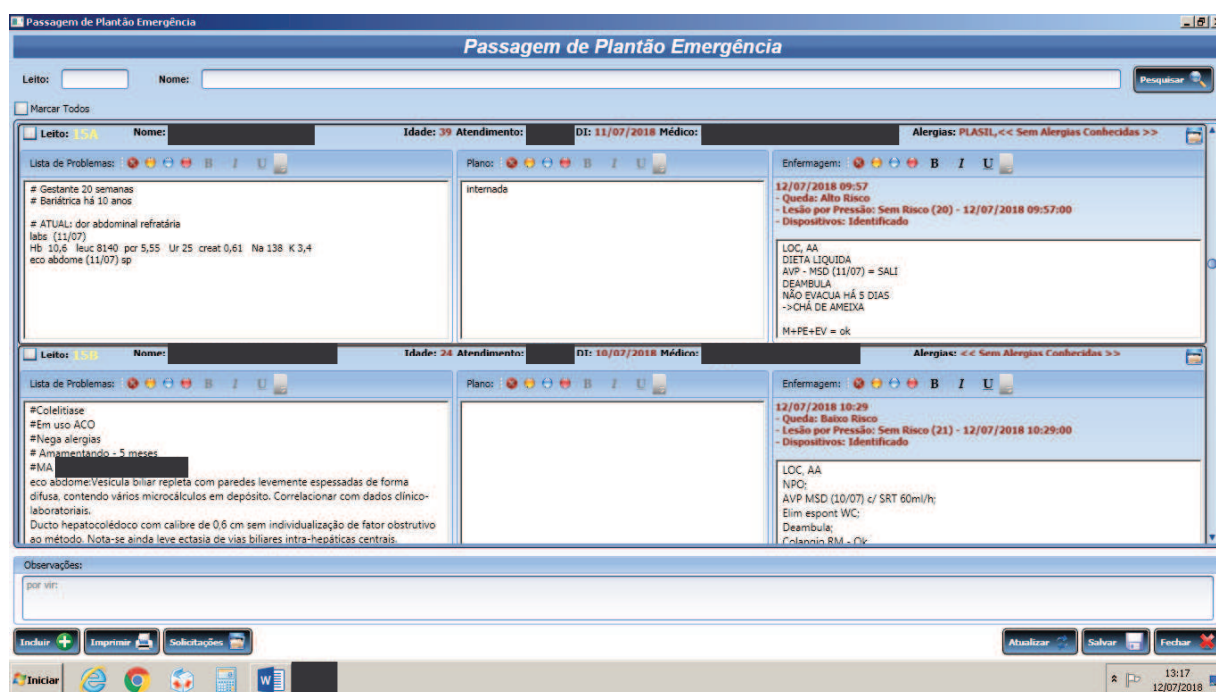
Para cada paciente internado e visível na tela de passagem de plantão, o *software* consegue importar do sistema de prontuários informações sobre cada um, em uma espécie de cabeçalho que não permite edição. Dentre elas, estão dados como: nome completo, idade, número do atendimento no hospital, data da internação, nome do médico assistente, alergias, escalas de enfermagem (risco de queda, Braden), tipo de isolamento (conforme o caso). Essas informações permitem identificar o paciente na instituição, assim como visualizar informações pertinentes ao cuidado de forma rápida, sem necessariamente ter que acessar novamente o *software*, já que esta ferramenta costuma ser editada no sistema e impressa pelos profissionais que utilizam o formato físico durante o turno de trabalho.

Além do cabeçalho, na parte inferior, o *software* disponibiliza na tela de passagem de plantão três espaços em branco divididos, nos quais os médicos têm a possibilidade de acrescentar a lista de problemas do paciente e os planos em dois destes espaços, cuja edição é realizada apenas pela equipe médica. O terceiro espaço em branco é destinado à enfermagem, mais especificamente ao enfermeiro, onde o mesmo pode adicionar anamnese, exame físico e demais informações que julgar pertinentes ao cuidado de cada paciente.

Ao final de cada alteração escrita na passagem de plantão, o profissional pode salva-las no *software*, sendo que esses textos editáveis somente serão apagados ou modificados conforme novo acesso e novas modificações do mesmo usuário ou por outro profissional que acesse o sistema.

A figura 5 demonstra a tela de passagem de plantão acessada por botão específico no perfil Emergência do *software*. Nela é possível visualizar a disposição dos pacientes no sistema, as informações fixas e as informações editáveis pela equipe médica e de enfermagem.

Figura 5 - Passagem de Plantão digital da Emergência



Fonte: *print screen* do *software* MV2000® (2018).

A impressão da ferramenta acima pode ser realizada a qualquer momento, de acordo com a seleção de pacientes que o usuário deseja ter o impresso, entretanto, a equipe médica, ao imprimir o seu instrumento, o *software* permite apenas a impressão do cabeçalho e dos dois espaços destinados ao preenchimento médico. A impressão, quando realizada pelo enfermeiro é completa, contendo cabeçalho, os dois espaços destinados às alterações médicas e o espaço único de preenchimento do enfermeiro.

Após a avaliação criteriosa dos itens que compõem a tela de passagem de plantão na Emergência, procedeu-se ao foco do estudo para o setor do CTI.

Analisaram-se as características dos instrumentos utilizados no setor do CTI para a passagem de plantão pelas diversas categorias profissionais.

O acesso para o registro de passagem de plantão no CTI, pelos diversos profissionais é, em grande maioria, produzido em sistema de editor de texto *Word*. Ressalta-se que o CTI não foi contemplado com o acesso à passagem de plantão no sistema MV2000® como o setor de Emergência. O sistema MV no CTI é utilizado pela equipe multiprofissional de saúde para acesso a registros em prontuário eletrônico, realização de prescrições, acesso a resultados de exames laboratoriais e de imagem.

Os participantes do estudo analisaram os instrumentos de cada profissional de saúde que realiza o atendimento assistencial no CTI de forma diária. Assim, eles conseguiram identificar que os instrumentos são de construção própria, ou seja, cada profissional possui um modelo de passagem de plantão, alterados e impressos conforme rotina de cada área de conhecimento ou conforme a necessidade em cada turno, em processador de texto, com exceção das nutricionistas, que utilizam outro *software* para a produção e edição da ferramenta assistencial.

Os demais profissionais que atuam no CTI, dentre eles: enfermeiro, médico, fisioterapeuta e fonoaudiólogo usam um instrumento que auxilia na passagem de plantão entre os turnos, todos modificados ao menos uma vez por dia em processador de texto. O instrumento utilizado pelo enfermeiro é atualizado e impresso uma vez ao dia, rotineiramente no turno da noite (ANEXO B). Consiste em uma folha na horizontal para cada paciente internado no CTI, dividida em cinco lacunas onde as informações são acrescentadas nas áreas já pré-estabelecidas pelo próprio arquivo para fins organizacionais.

Nestas lacunas, da esquerda para a direita, na primeira consta um cabeçalho, com informações sobre a identificação do paciente (nome, data de nascimento), o nome do médico assistente e a lista de problemas; já na segunda lacuna, há uma listagem de uma série de informações pertinentes para o cuidado assistencial, como o tipo de isolamento, a data de inserção da sonda vesical de demora, o valor da escala de Braden realizada no dia. Todas estas informações são digitadas no turno noturno, porém já podem ser atualizadas, manualmente, no momento da internação do paciente, a fim de facilitar o preenchimento no turno da noite.

As lacunas em branco acerca da anamnese, do exame físico e, pertinentes ao cuidado sobre o paciente, são para o preenchimento dos enfermeiros da noite, da

manhã e da tarde, respectivamente. Informações referentes principalmente as condutas e as intercorrências que aconteceram no seu turno de trabalho costumam ser acrescentadas.

Cada espaço para o preenchimento dos enfermeiros também possui uma espécie de cabeçalho na parte superior, que apresenta o valor do balanço hídrico cumulativo somado no turno da noite, se os alarmes do monitor multiparâmetros foram revisados e se houve tentativa de extubação durante o seu turno. Os itens já estão digitados ao lado de lacunas para um preenchimento manual rápido e fácil.

O instrumento de passagem de plantão utilizado pela equipe médica do CTI é impresso ao final de cada turno (ANEXO C). Apenas uma folha na vertical que contempla todos os pacientes da área do CTI de responsabilidade do plantonista, o qual dispõe os pacientes um abaixo do outro, conforme a ordem crescente do leito de internação dos mesmos.

A ferramenta possui seis lacunas, da esquerda para direita está a primeira o qual consta apenas o número do leito de internação; na segunda consta o nome do paciente, a idade, o nome do médico assistente e a data da internação no CTI; a terceira lacuna é preenchida conforme o uso de antibiótico pelo paciente, acrescido do número de doses já recebidas e o total de doses que irá receber. As últimas três lacunas trazem, respectivamente, informações sobre cateteres em uso e a data de inserção dos mesmos, a lista de problemas e diagnósticos, e, por fim, uma lacuna chamada de conduta, o qual é acrescido as decisões tomadas ao longo do turno de trabalho, informações relevantes e/ou exames pendentes, assim como intercorrências e planos.

O instrumento utilizado pela equipe de fisioterapia do CTI é impresso ao final do turno da manhã e da tarde apenas, já que o turno da noite, em função de um número menor de profissionais, prioriza os atendimentos de higiene brônquica e de instalação de Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI). A mobilização e os exercícios com os pacientes são preconizados durante o dia, com a finalidade de preservar o ciclo circadiano e evitar os casos de *Delirium* (ANEXO D).

Utilizam apenas uma folha na vertical que contempla todos os pacientes da área do CTI de responsabilidade do profissional, o qual dispõe os internados um abaixo do outro, conforme a ordem crescente do leito de internação dos mesmos. A ferramenta possui seis lacunas. Observando-se da esquerda para a direita está a primeira que consta o número do leito de internação, o nome do paciente, a idade, e

a data da internação no CTI; a segunda lacuna contém a lista de problemas; a terceira traz os planos em relação à atuação da fisioterapia para cada paciente; a quarta e quinta lacunas são espaços preenchidos pelo fisioterapeuta da manhã e tarde, respectivamente, que acrescentam se houve ou não atendimento. Em caso afirmativo, o que e como foi realizado; e, por fim, a última lacuna é de livre escrita para que os profissionais possam citar alguma observação que julgarem pertinente para a manutenção da assistência.

Por fim, o instrumento de passagem de plantão, utilizado pela equipe de fonoaudiólogos que atendem no CTI é impresso ao final de cada turno, exceto no turno da noite, pois os atendimentos acontecem apenas durante o dia (ANEXO F). A ferramenta possui diversas divisões o qual o profissional em atendimento preenche com o número do leito, o número do atendimento, o nome do paciente, a data de nascimento, a principal patologia, o convênio e a situação atual do mesmo, a conduta da nutricionista e do médico em relação à dieta liberada. As demais lacunas são informações mais específicas da fonoaudiologia, como o monitoramento da deglutição e da comunicação, além da possibilidade de preenchimento de escalas específicas e observações pertinentes à avaliação e ao tratamento.

A única passagem de plantão dentre estas quatro que trazem informações acrescentadas manualmente, à caneta, é a de enfermagem, já que as demais ferramentas são atualizadas e impressas em poucas folhas, uma vez ao turno, ou conforme a necessidade de alteração da mesma. Este modelo de instrumento já é utilizado a vários anos, sem grandes modificações, os quais os enfermeiros podem atualizá-la rapidamente na beira do leito dos pacientes, sem a necessidade de alterar digitalmente cada modificação de conduta ao final do turno.

Os técnicos de enfermagem usam um instrumento já impresso, conforme padrão institucional, cujo preenchimento se dá apenas por meio da marcação de lacunas, ou ainda pela descrição manual de algumas poucas linhas, todas com assuntos já pré-determinados, manualmente, ao final do turno de trabalho (ANEXO A). Impresso em uma folha na horizontal dividida em três colunas, sendo uma folha para cada paciente e uma lacuna para cada turno, respectivamente (manhã, tarde, noite).

As informações solicitadas na folha correspondem a itens de identificação do paciente como o nome, o motivo da internação, a data de internação, o isolamento, as alergias. Assim sendo, há também a presença ou não de outros dispositivos no

paciente, como: o uso ou não da pulseira de identificação, a presença de drenos ou de ferida operatória, além do uso de contenções. Cada uma das opções permite que o técnico marque a que se enquadra no seu paciente sob seus cuidados, ocorrendo antes da troca de turno, ainda podendo descrever resumidamente as velocidades das infusões, os exames realizados no turno, as pendências, assim como observações relevantes para o segmento do cuidado.

Diferentemente dos demais profissionais do CTI, as nutricionistas do hospital do estudo utilizam uma ferramenta para passagem de plantão e, para auxiliar nas avaliações diárias, disponível para edição em um *software* chamado Brand Brasil® (ANEXO D). Utilizada por toda a equipe de nutricionistas que atendem no hospital, o instrumento é impresso ao final do turno de trabalho de cada uma das profissionais. Os pacientes ficam dispostos conforme a ordem crescente do número do leito de internação, podendo ocupar uma folha inteira ou apenas uma parte dela, conforme a quantidade de texto escrita nas colunas dispostas.

O modelo é composto na parte superior por duas linhas que descrevem o setor da internação e a data do dia, e mais abaixo uma série de colunas que trazem a área de internação do paciente no CTI, o leito, as informações de identificação do internado e as pertinentes à avaliação nutricional do mesmo (nome, registro de internação, data de nascimento, peso, altura, índice de massa corporal – IMC, entre outras informações). As demais lacunas trazem informações referentes ao tipo de dieta em prescrição médica, o que o paciente está recebendo (ex.: dieta enteral por sonda, hidratação, suplemento proteico), alguma observação com relação à alimentação (ex.: intolerância alimentar), a descrição específica da dieta, no caso de fórmulas enterais (marca, velocidade de infusão, período de pausa diária de acordo com as interações medicamentosas, porcentagem de proteína, valor do aporte calórico), se está em avaliação com a fonoaudiologia e, por fim, a lista de problemas do paciente e o valor de algumas escalas aplicadas na triagem nutricional, dentre elas a de risco de desnutrição.

O quadro 3 apresenta as diferenças de informações das ferramentas utilizadas por cada área de conhecimento, sendo possível também identificar os elementos de registro assistencial comum.

Quadro 3 - Elementos assistenciais das ferramentas de passagem de plantão do CTI por área de conhecimento

	ENFERMAGEM	MEDICINA	NUTRI	FISIO	FONO
Nome	X	X	X	X	X
Data Nascimento	X		X		X
Idade	X	X	X	X	
Data Internação	X	X	X	X	
Médico Assistente	X	X			X
Convênio					X
Número Atendimento					X
Lista de Problemas	X	X	X	X	X
Peso	X		X		
Altura			X		
IMC			X		
Isolamento	X	X			
Alergias	X		X		
Riscos	X				
Escalas (Glasgow, RASS, Braden, CAM-ICU)	X				
Avaliações			X		
Pulseiras	X				
Antibióticos	X	X			
Data Cateteres	X	X			
Data Ventilação/ Traqueostomia	X	X		X	

	ENFERMAGEM	MEDICINA	NUTRI	FISIO	FONO
Tipo Ventilação	X	X		X	
Tipo Dieta (VO, SNE, NPT)	X		X		X
Proteína e Hidratação			X		
Infusões	X	X			
Hemodiálise (data, modo, perdas)	X	X			
Lesão por Pressão	X				
Profilaxias	X	X			
Drenos	X				
Diurese	X				
Evacuação	X				
Balanço Hídrico	X				
Avaliação Deglutição					X
Avaliação Comunicação					X
Mobilização				X	
Contenção Mecânica	X				
Exames Realizados	X	X			
Exames Pendentes	X	X			

Fonte: elaborado pela autora (2018).

4.2 Avaliação coletiva dos instrumentos

Considerando o percurso de coleta de dados proposto, nas reuniões 2 e 3, os profissionais da saúde que atuam no CTI analisaram as próprias ferramentas que

utilizam diariamente, como auxílio na transmissão das informações durante a troca entre profissionais e as utilizadas pelas demais áreas de conhecimento.

Durante a reunião foi trazido, conforme a fala abaixo que, a passagem de plantão serve como um acesso rápido as particularidades sobre condutas, acordos ou mesmo medicações. Assim, mesmo registrando as informações e comunicando os envolvidos sobre questões específicas, essas combinações se perdem facilmente ao longo das trocas de turno, mesmo evoluídas em prontuário eletrônico, como é o caso de diluições de antibióticos, que muitas vezes não são prescritas pela equipe médica, sendo necessária a avaliação farmacêutica.

“Pra mim, o que o pessoal mais me questiona, e às vezes a informação se perde de um plantão pra outro, a informação que eu dou não chega em todos os turnos. Sobre diluição por exemplo. Eu costumo evoluir no sistema quando eu oriento a diluição mas as vezes as outras evoluções ficam por cima e não tem a ideia de voltar e ver”. (PS 4).

Permitir o acesso para a leitura e a possibilidade de inclusão das informações relevantes para a continuidade assistencial, por todos os profissionais que atuam na terapia intensiva, aos registros que guiam a transferência do cuidado dos pacientes, qualifica ainda mais o trabalho prestado em equipe. Esse compartilhamento de informações multiprofissionais contribui para a continuidade assistencial, minimizando erros e falhas, assim como a perda de informações relevantes para o cuidado, corresponsabilizando toda equipe para o sucesso do tratamento durante a internação no CTI.

Autores como Bueno *et al.* (2015) reforçam que negligência de informações pela equipe, durante a passagem de plantão, potencializa a ocorrência de eventos adversos, comprometendo a segurança do paciente. Muitas vezes as omissões ocorrem pela falta de conhecimento dos profissionais sobre informações definidas dentro da própria equipe multidisciplinar da qual faz parte, ao longo do seu turno de trabalho. Assim, pode ocorrer a negligência de informações que se perdem nas diversas ferramentas para a transferência do cuidado, com o passar dos dias e com a elevada rotatividade dos profissionais no setor.

Conforme relato do participante PS 4, a farmácia e a psicologia utilizam um instrumento próprio, informal, não compartilhado com os demais profissionais, apenas para fins de organização do próprio processo de trabalho dos mesmos. As informações, mesmo registradas em prontuário e passadas diretamente aos

profissionais da equipe, acabam sendo esquecidas, permanecendo em um registro de fácil acesso apenas para uso particular destes profissionais, segundo o depoimento:

“Eu tenho uma folha com algumas informações importantes, mas não passo plantão para ninguém, é apenas para me organizar”. (PS 4).

Muitas vezes, informações desta natureza, especificidades sobre medicamentos e acordos entre visitas são passadas diretamente aos técnicos de enfermagem, profissionais que na instituição em questão não acessam diretamente o prontuário eletrônico dos seus pacientes a fim de visualizar registros realizados pelo corpo clínico. A informação inicialmente é transmitida para o turno seguinte, mas em algum momento, devido à uma falha na passagem de plantão entre técnicos de enfermagem e/ou com a rotatividade de profissionais no cuidado diário, ocorre a perda de questões já abordadas e definidas pelos demais profissionais.

Conforme Bueno *et al.* (2015), para que a comunicação seja efetiva durante uma passagem de plantão, deve conter todas as informações indispensáveis para a continuidade da assistência, passadas de forma clara e eficaz. As lacunas representam um perigo em potencial para o paciente. Essa comunicação se torna efetiva por meio de uma série de fatores, dentre eles: ambiente silencioso (com mínimo de interrupções), compartilhamento de informações entre os diversos profissionais envolvidos na assistência diária, especificidades assistenciais das áreas, para que a assistência prestada seja a mais completa possível.

No hospital do estudo, o prontuário eletrônico é utilizado há mais de 5 anos, e, embora seja considerado um sistema seguro para os registros, apresenta algumas fragilidades. Um destes aspectos frágeis quanto ao *software* está no acesso ao prontuário eletrônico não ser uma constante para todos os profissionais que prestam o cuidado intensivo, na disposição das evoluções, que em meio à grande quantidade de informações, acrescidas pelos diversos profissionais que avaliam cada paciente, diariamente, nem sempre são consideradas relevantes para a leitura dos demais membros da equipe.

A próxima fala relata exatamente a dificuldade de encontrar as informações em meio a um elevado número de registros no prontuário eletrônico.

“Outro problema que temos com as evoluções é que cada paciente possui diversos médicos. No caso, então, até encontrar a informação que eu quero entre todas as informações se perde. São informações objetivas e importantes que deveriam estar mais visíveis e se perdem. Então ter um documento único com as informações realmente importantes pode salvar vidas”. (PS 10).

“Eu vejo muito essa dificuldade, quando existem cuidados muito específicos que a equipe me questiona, eu evoluo, mas a informação se perde já que fica evolução sobre evolução”. (PS 4).

O prontuário eletrônico é muito mais que uma simples ferramenta digital. É considerado um documento legal que contém informações e dados sigilosos sobre diagnósticos e condutas; que contribui na decisão assistencial dos profissionais envolvidos durante o cuidado ao paciente (MARTINS; LIMA, 2014). Ele permite um controle ágil e confiável das informações de cunho pessoal e administrativo, servindo não apenas para melhorar processos na assistência, mas como ferramenta de gestão e de pesquisa dentro da instituição, de modo que contribua para a qualificação dos serviços e proponha melhorias embasadas em dados atualizados e consistentes (PEREIRA *et al.*, 2017).

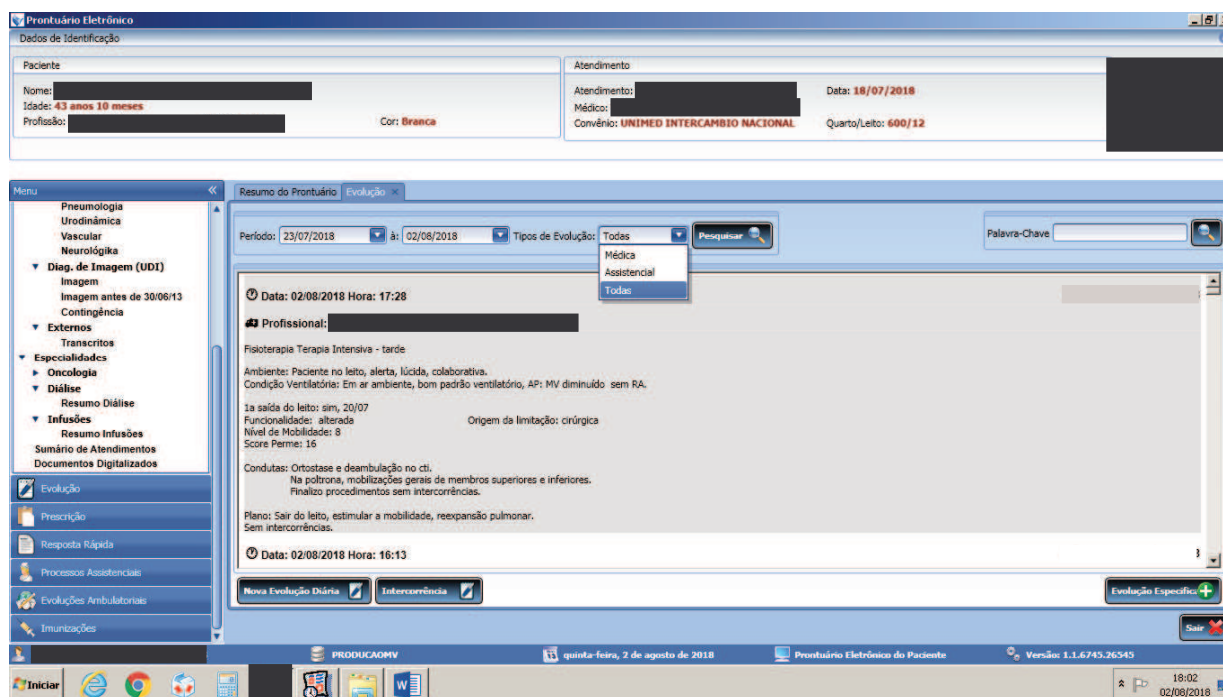
Embora o prontuário eletrônico seja uma ferramenta com o propósito de facilitar a assistência, conforme evidenciado na literatura, e pelos depoimentos dos participantes do estudo, foi possível perceber que o sistema apresenta algumas fragilidades. O *software* utilizado no hospital permite que o profissional busque informações específicas sobre cada paciente, que nem sempre são de fácil acesso, necessitando de um caminho mais elaborado para encontrá-las. Essa busca não fica restrita apenas as evoluções, mas abrange também aos registros dos dispositivos médicos e os valores das escalas avaliativas.

“O que eu vejo, trabalhando em outros lugares, há muita diferença entre sistemas, porque o software não permite um fácil acesso, ao menos da equipe médica, como as datas de cateteres, planos de dieta, já no instrumento atual da enfermagem isso fica muito mais organizado, mais objetivo, inclusive ver o volume de infusões”. (PS 10).

Em relação à funcionalidade do *software* quanto aos registros assistenciais, mais especificamente a disposição das evoluções, os textos ficam dispostos na tela um após o outro, com a possibilidade de busca ao pesquisador, o qual pode optar por ler apenas evoluções da equipe médica ou as evoluções dos demais

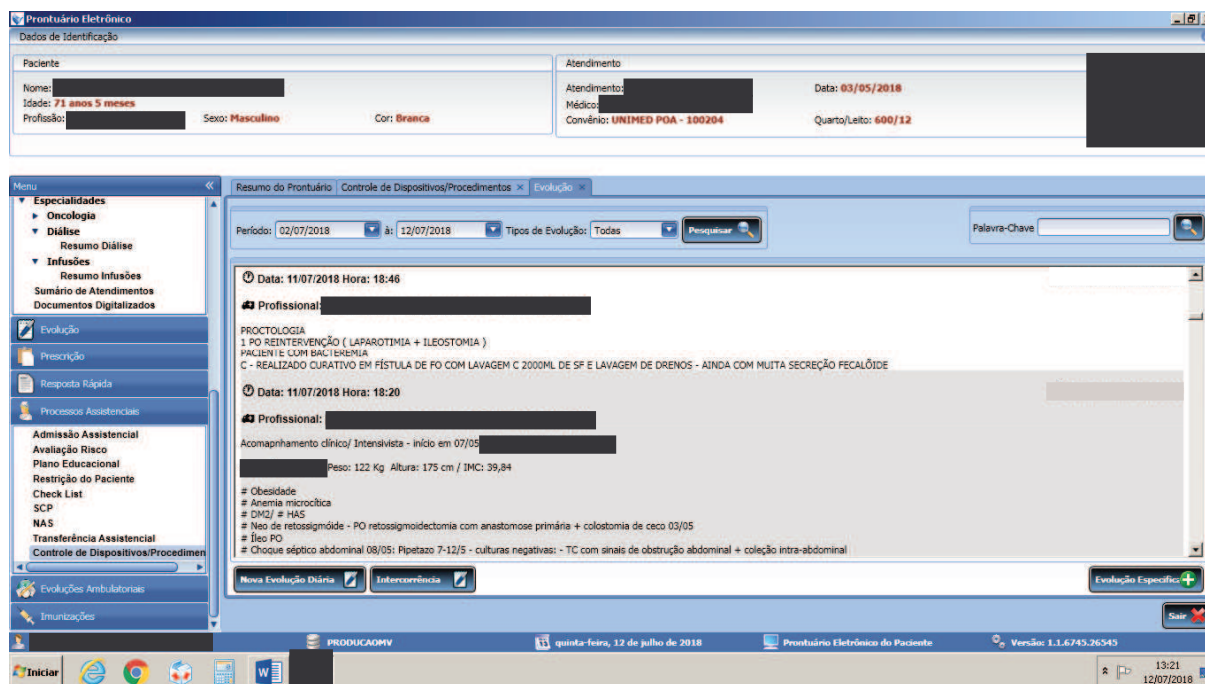
profissionais. Dessa forma, a busca se torna mais difícil visualmente, em particular nos pacientes internados há mais tempo no hospital, já que os registros de todos os profissionais que o evoluíram desde a data inicial permanecem acessíveis para a leitura em ordem decrescente. Esta dificuldade nas buscas é visível na figura 6:

Figura 6 - Sistema de busca de evoluções por categoria profissional no *software* MV2000®



Fonte: *print screen* do *software* MV2000® (2018).

Além disso, em detrimento aos inúmeros registros no prontuário eletrônico do paciente, identificados por um cabeçalho com: a data, o horário, a categoria profissional e o nome, destacados apenas por letras em negrito, muitos profissionais acabam não lendo todas as evoluções de todos os profissionais. Ocorre assim, a perda de informações importantes registradas pelos demais profissionais que realizaram atendimento e em constante assistência ao paciente. Na figura 7 é possível visualizar esse destaque sutil dos autores dos registros no prontuário eletrônico:

Figura 7 - Disposição das evoluções no *software* MV2000®

Fonte: *print screen* do *software* MV2000® (2018).

Essa dificuldade de encontrar os registros é evidenciada na fala do profissional abaixo (PS 3), não poucas vezes em que o prontuário eletrônico não fora suficiente para garantir a melhor assistência, principalmente em momentos de urgência durante o atendimento às intercorrências:

“Acho que a dieta (para incluir na ferramenta de passagem de plantão), qual o tipo de dieta, porque às vezes isso se perde. Eu combino uma dieta e o médico não viu a avaliação da fono”. (PS 3).

A passagem de plantão a ser desenvolvida tem o propósito de diminuir este percurso, já que muitas das informações assistenciais e avaliações dos profissionais, assim como condutas e dados assistenciais ficarão em um local de fácil acesso dentro do *software*, de forma mais objetiva à equipe multiprofissional durante a assistência na beira do leito. Essa ferramenta não exclui a necessidade e a importância de se registrar e de acessar as evoluções no prontuário eletrônico, mas facilita a assistência e norteia as condutas diárias de forma mais ágil.

O prontuário eletrônico surgiu na década de 60, cujo objetivo não era apenas manter a segurança das informações do paciente, já que o prontuário impresso deveria ser mantido arquivado por um período não inferior a 20 anos, mas sim com a

intenção de estabelecer a comunicação entre diferentes setores de um mesmo estabelecimento de saúde (RONDINA *et al.*, 2017). Embora nesta época a informática ainda fosse uma novidade, principalmente no meio hospitalar, hoje em dia ela tem se mostrado uma ferramenta de amplo uso, que permite maior agilidade nos processos. Entretanto, importante ressaltar que ainda é uma tecnologia cara e passível de falhas.

Os *softwares* usados atualmente para fins de prontuário eletrônico podem apresentar problemas de ordem técnica, como vemos diariamente, assim como necessitar de ajustes dos fornecedores quanto ao acréscimo ou suspensão de itens e perfis para uso dos usuários, o que foi necessário no hospital em questão. Um exemplo é o próprio *software* MV2000®, que no momento de implementação no hospital em questão não disponibilizou a ferramenta para passagem de plantão para o setor de Terapia Intensiva.

Outra dificuldade encontrada no *software* MV2000® é a dificuldade para localizar escalas e datas de inserção e retirada dos dispositivos médicos. Essa ação é necessária não apenas para a equipe médica que monitora o tempo de permanência de cada dispositivo, mas também para profissionais como a farmacêutica, que precisa saber quais os cateteres disponíveis para o recebimento de determinadas infusões prescritas. Profissionais como técnicos de enfermagem pouco acessam o *software* para ler evoluções e encontrar as datas de inserção dos dispositivos, entretanto, mesmo profissionais habituados com o sistema também relatam dificuldade em encontrar essas informações, demonstrando a possibilidade de se ter um local de acesso mais fácil dentro do sistema a estas informações:

“Uma dificuldade que eu tenho é encontrar os dispositivos. Até porque muitas vezes eu dependo de acessos pra ver diluição ou compatibilidade” (PS 4).

“Onde eu busco a data de inserção do cateter?” (PS 7).

A partir dos depoimentos PS 4 e PS 7, percebe-se que no sistema atual, o MV2000®, o técnico de enfermagem, embora possa acessar o *software*, não tem como rotina na sua prática diária de assistência. Devido aos acessos mais frequentes para realizar a checagem das prescrições, em outro *software*, muitos

desconheciam a possibilidade de ler evoluções da equipe assistencial, acessar datas de dispositivos médicos, bem como resultados de escalas avaliativas.

Na figura 8 é possível identificar a grande quantidade de informações disponíveis para visualização, quando o sistema é acessado, sem mencionar que há diversos botões que permitem o acesso a mais uma série de opções de informações assistenciais cada. Para muitos profissionais, essa elevada quantidade de informações atrapalha a busca por algum determinado dado, principalmente em momentos de urgência ou durante as discussões multiprofissionais diárias na beira do leito.

Figura 8 - Disposição das informações assistenciais no *software* MV2000®

The screenshot displays the MV2000® software interface for a patient's electronic medical record. The top section shows patient identification and attendance details. Below this, there are sections for 'Lista de Problemas' (Active and Inactive), 'Alergias' (Allergies), and 'Medicamentos Habituais' (Habitual Medications). The interface is complex with many buttons and data tables.

Dados de Identificação

Paciente: Nome: [redacted], Idade: 71 anos 5 meses, Profissão: [redacted], Cor: Branca

Atendimento: Atendimentos: [redacted], Médicos: [redacted], Convênio: UNIMED POA - 100204, Data: 03/05/2018, Quarto/Leito: 600/12

Lista de Problemas:

Ativos

CID	Problema	Data Início
C20	NEURASIA MALTINA DO PÉTIMO	03/05/2018
E119	DIABETES MELLITUS NAO-INSULINO-DEPENDENTE - - SEM COM...	20/04/2012
E66.0	OBESIDADE - DEVIDA A EXCESSO DE CALORIAS	20/04/2012
I10	HIPERTENSAO ESSENCIAL (PRIMARIA) -	20/04/2012

Inativos (Problemas passados resolvidos)

CID	Problema	Data Início	Resolução
K80.3	PROLAPSO - CALCULOSO DE VIA BILIAR	14/03/2015	18/03/2015
R10.1	DOR ABDOMINAL E PELVICA - DOR LOCALI...	15/03/2015	19/03/2015
R10.4	DOR ABDOMINAL E PELVICA - OUTRAS DOR...	15/03/2015	19/03/2015
M54.4	DORSALGIA - LUMBAGO COM CIATICA	04/01/2013	19/03/2015
M51.1	OUTROS TRANSTORNOS DE DISCOS INTRC...	20/04/2012	19/03/2015

Alergias:

Agente	Data Inclusão
contraste iodado	03/05/2018
CLORANFENICOL	04/01/2013

Medicamentos Habituais:

Medicamento	Data Início	Dose	Via	Frequência
GLECLAZIDA	03/05/2018	60MG	VIA ORAL	1x dia
HIDROCLOROTIAZIDA	15/03/2015	12,5 MG	VIA ORAL	1x dia
ANLIDIFINO 10MG CP	15/03/2015	5mg	VIA ORAL	2x dia
METFORMINA	15/03/2015	500mg 2CP	VIA ORAL	1x dia

Procedimentos Invasivos realizados no HMV

Atendimento	Procedimento	Data Procedimento	Profissional	Desc. Cirúrgicas
				Descrições Cirúrgicas

Fonte: *print screen* do *software* MV2000® (2018).

O *software*, que conta com perfis diferenciados conforme a categoria profissional, permite ao profissional: evoluir ou não, prescrever, acessar escalas e exames laboratoriais e de imagem de cada paciente internado. Os técnicos de enfermagem possuem perfis mais simples para acesso dentro do MV2000®, que permitem visualizar evoluções e resultados de exames.

A dinâmica diária e as diversas atribuições do técnico de enfermagem, no que se refere ao cuidado direto com o paciente, acaba por distanciar o profissional do prontuário eletrônico, ainda mais quando o mesmo não possui obrigação em acessá-lo diariamente. Treinar e qualificar a equipe para que também acessem o sistema,

ênfatizando a facilidade de visualizar informações pertinentes ao cuidado, principalmente pela nova ferramenta de passagem de plantão, incentiva os profissionais a terem uma visão integral do paciente, baseados nos registros mais atuais da equipe multiprofissional.

Os demais profissionais da equipe também percebem que o profissional que trabalha mais próximo ao paciente, por maior período de tempo, é também aquele que menos sabe sobre o caso clínico e as condutas dos demais profissionais planejadas para cada dia. Evidenciou-se que a própria equipe mantém um distanciamento dos técnicos de enfermagem do sistema utilizado pela equipe assistencial, conforme depoimento:

“Eu acho muito legal a possibilidade deles terem acesso as evoluções. Muitas vezes eles solicitam pra gente dar uma olhada nas evoluções”. (PS 05).

Atualmente, devido à multiplicidade de ferramentas usadas para a transferência do cuidado dentro do CTI, somada à rotatividade da equipe e dos pacientes, faz com que os profissionais tenham a necessidade de rever condutas e planos específicos, registrados no prontuário, antes de prestar o atendimento. Essa dinâmica de trabalho escolhida qualifica a assistência prestada; entretanto, devido a grande demanda de trabalho e frente a uma pequena disponibilidade de tempo, nem sempre é possível, e mesmo quando realizada não garante um trabalho isento de falhas, conforme evidenciado na fala a seguir:

“Sim, eu olho a última (evolução) do médico, da fisioterapia e da enfermagem, sempre, pra atender algum paciente. Mas o que acontece é que a gente olha e esquece alguma coisa, já que são 10 pacientes. Anoto aqui (instrumento) sempre as informações antes de atender. Tem colegas que não imprimem, que deixam no sistema após alterar, mas na passagem de plantão, a gente menciona que a planilha está atualizada no sistema, ou planilha atualizada e impressa”. (PS 05).

As condutas variam muito em pacientes internados na Terapia Intensiva, modificando cuidados e necessidades a cada dia. ou mesmo diversas vezes em um mesmo turno. Os registros em prontuário e nas ferramentas para a passagem de plantão nem sempre conseguem ser atualizados na mesma velocidade com que as intercorrências e as condutas assistenciais acontecem, o que pode propiciar a um cuidado menos preciso dos profissionais da equipe com relação ao solicitado para

cada paciente. Além disso, mesmo havendo registros em prontuário eletrônico, muitas vezes são pouco específicos e claros, colaborando para ações equivocadas da equipe conforme expressado na fala abaixo:

“É ruim porque muitas vezes você procura certas informações na evolução e não tem escrito, tem que perguntar mesmo, já que as próprias evoluções não contemplam as informações”. (PS 05)

A velocidade com que ocorrem as alterações na prescrição médica e simultaneamente as condutas assistenciais realizadas pela equipe multiprofissional do CTI no prontuário eletrônico nem sempre estão em conformidade com as ferramentas que auxiliam a passagem de plantão. Assim sendo, o atual modelo de instrumento utilizado pela enfermagem tem se mostrado muito vulnerável às alterações diárias realizadas nele, principalmente pelas anotações feitas manualmente. Por serem acrescentadas manualmente, estas informações ficam registradas em folha impressa, apresentando diversos padrões: letras diferentes, canetas coloridas que são utilizadas conforme o grau de importância dada pelo enfermeiro do turno dificultando, muitas vezes, a transferência do cuidado devido à poluição visual na ferramenta.

“Mas eu mesmo, quantas vezes acesso a passagem de plantão de vocês (enfermagem) pra ver as informações e não entendo nada”. (PS 05)

Outra fragilidade seria referente ao livre acesso para leitura e inclusive edição das ferramentas por profissionais de outras áreas, ou mesmo a exclusão dos arquivos. Como descrito anteriormente, os instrumentos para a passagem de plantão dos profissionais que atuam no CTI, exceto a nutrição, são feitos em arquivo confeccionado em um processador de texto.

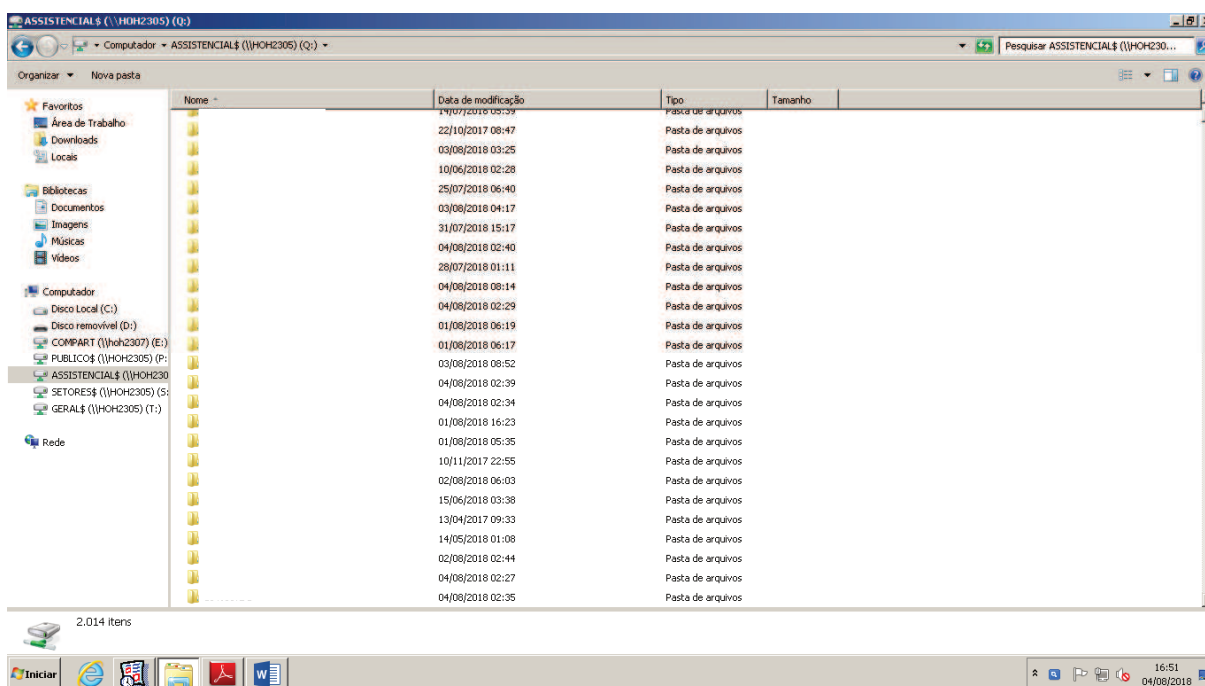
Estes arquivos ficam dispostos dentro de pastas virtuais, em uma área de acesso comum a todos os profissionais do hospital em questão. Esse fácil acesso aos arquivos agiliza o encontro dos mesmos no momento de realizar alterações diárias, porém é de livre entrada, podendo ser lido, alterado e inclusive excluído por outros profissionais, comprometendo o sigilo das informações.

Conforme o Conselho Federal de Medicina (CFM), o prontuário pertence ao paciente e é amparado pelo sigilo profissional, portanto, é um documento privado e confidencial, cujas informações somente poderão ser passadas a terceiros em

algumas situações especiais (TONELLO; NUNES; PANARO, 2013). Embora a passagem de plantão seja um documento à parte, usado para a assistência diária do paciente, possui diversas informações que também estão disponíveis no prontuário eletrônico e de cunho sigiloso.

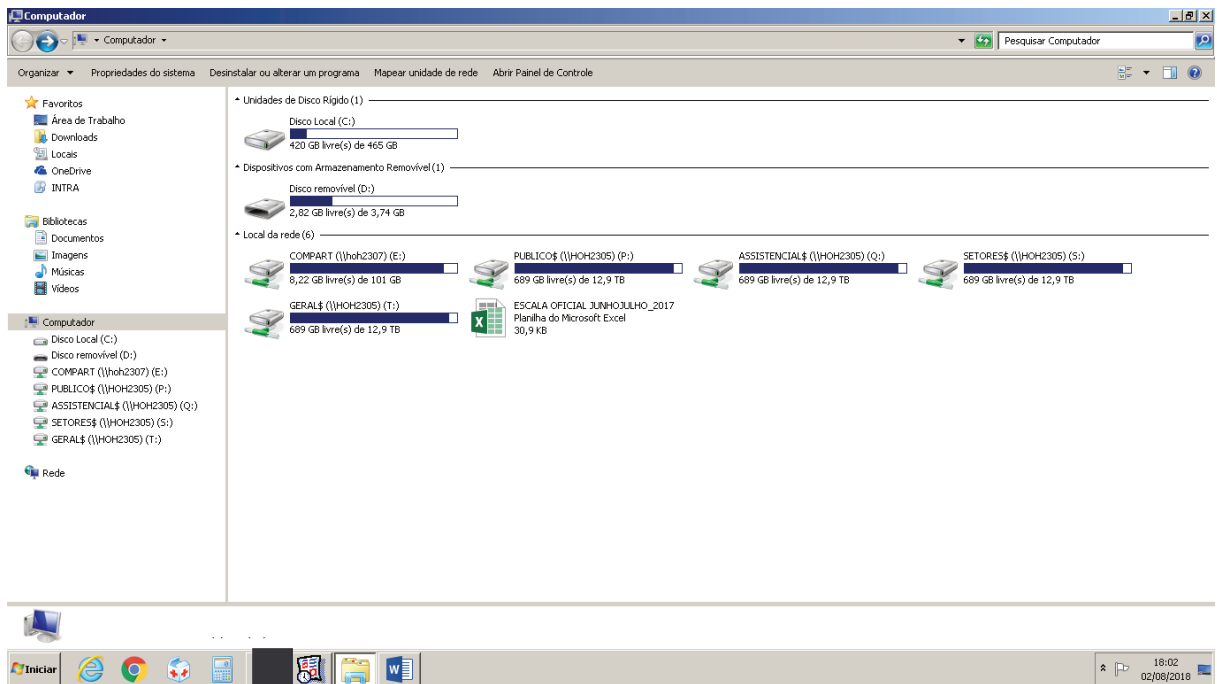
A figura 9 e a figura 10 demonstram o fácil acesso dos profissionais do hospital às pastas e aos documentos que contêm os instrumentos de passagem de plantão, os quais conseguem visualizar nomes, diagnósticos e intervenções dos pacientes. Esses acessos não são controlados, portanto, não necessitam de senha, apenas de uma busca simples para encontrar estas informações sigilosas. O colaborador, ao acessar a rede assistencial, encontra uma série de pastas de profissionais e de setores do hospital, contendo documentos particulares, porém de livre acesso.

Figura 9 - Acesso a pastas de documentos disponíveis em área comum



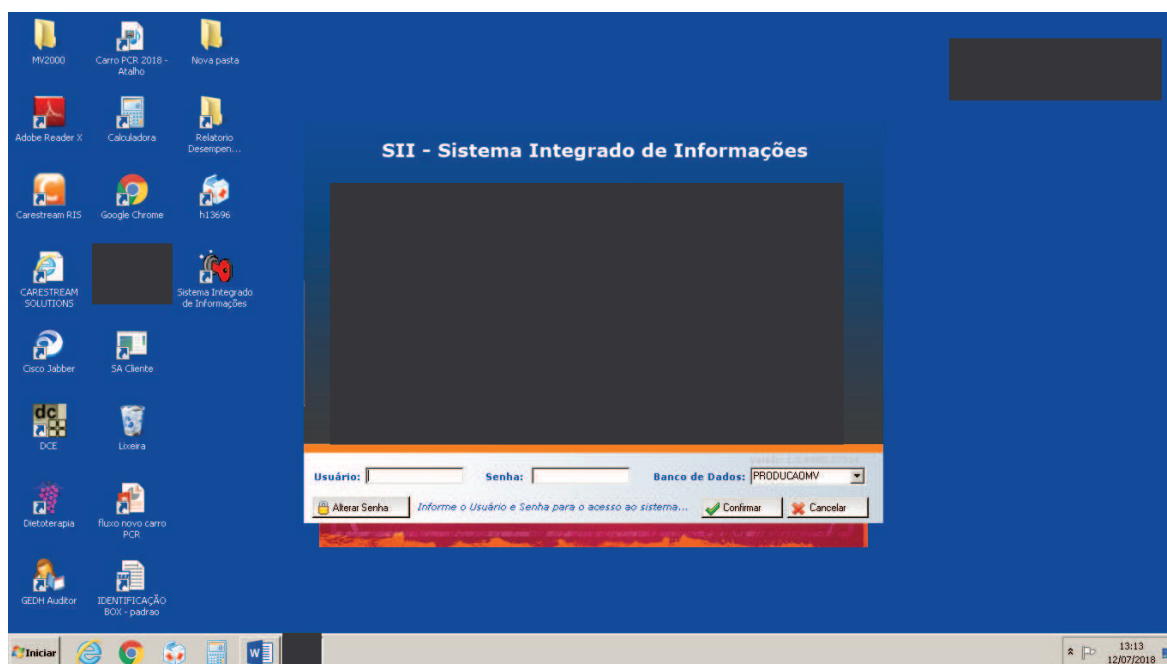
Fonte: registro da autora na rede de computadores do hospital (2018).

Figura 10 - Acesso a documentos em área comum



Fonte: registro da autora na rede de computadores do hospital (2018).

Importante ressaltar novamente que o acesso a estas ferramentas é livre para qualquer profissional nos computadores do hospital, diferente da entrada no sistema MV2000® para a visualização das evoluções e dos resultados de exames no prontuário eletrônico, em que é necessário o número do usuário e a sua senha, restrito aos profissionais da saúde, conforme figura 11. Assim, o sistema registra o número de entradas de cada usuário, em cada prontuário, solicitando um motivo para a visualização do mesmo (prestação de assistência consulta as informações, busca de dados para fins de pesquisa).

Figura 11 - Acesso restrito ao *software* MV2000®

Fonte: *print screen* do *software* MV2000® (2018).

Nesse aspecto, o instrumento para a passagem de plantão do setor de Emergência consegue manter um maior sigilo das informações, já que o acesso acontece dentro do *software* MV2000®, apenas pela equipe assistencial que tem permissão para uso do prontuário eletrônico. As visualizações internas de cada usuário são controladas, reportando aos coordenadores assistenciais os acessos indevidos dos usuários, caso eles aconteçam.

Além da vulnerabilidade dos acessos aos instrumentos, identificou-se também a perda de informações em virtude das anotações informais nos instrumentos, já que a maior parte das condutas são acordadas e modificadas durante o dia e anotadas, ao longo dos turnos, para realizar a transferência dos cuidados assistenciais de cada paciente para o profissional do próximo turno.

Entretanto, esse documento somente será atualizado, no caso da enfermagem, pelo enfermeiro do turno da noite, assim, passível de interpretações, livre julgamento do que considera indispensável para manter na nova ferramenta impressa, assim como dependente da interpretação dos múltiplos registros manuais das últimas 24 horas.

A figura 12 apresenta como fica desorganizada a ferramenta atual usada pela enfermagem para realizar a passagem de plantão ao final das 24 horas. Este instrumento serve de base para a enfermeira do turno da noite editar o instrumento

que será usado novamente ao longo do próximo dia de trabalho. Entretanto, o excesso de informações, letras ilegíveis e destaques de informações já irrelevantes atrapalham o processo, contando ainda com a interpretação pessoal do editor sobre informações que devem ou não ser acrescentadas digitalmente no impresso.

Figura 12 - Ferramenta atual usada pela enfermagem para passagem de plantão

PASSAGEM DE PLANTÃO 10/07/2018
Manhã: 12/16/19 Tarde: 14/17/20 Noite: 21/13/15/18
KIT BOX DIÁRIO

THINIKHOU YULIV U
 SUSPENDER IV

<p>15</p> <p>DNI: 0310512551</p> <p># SCA - CAT mamãe</p> <p># TU mamãe - ultra quimio</p> <p># Radios - Intx hepática e cerebral</p> <p># Neoplasia de mama</p> <p># Dor abdominal + distensão</p> <p># PNM 14/04/17</p> <p># Mastectomia radical com anexo: ornento 02/2009</p> <p># Retirada de lópus silicone para reanexa 03/2018</p> <p># Descombrece alergia</p> <p>* Preservar MSD.</p> <p># De 200 → 2018</p> <p>atendendo às KKK</p> <p>Família</p>	<p>Peso: _____</p> <p>TOT: _____</p> <p>VM: _____</p> <p>TQT: _____</p> <p>Dieta: VO</p> <p>AVC: Teste de SCE 03</p> <p>AP: agulha 306</p> <p>PAM: 03/07</p> <p>LP: densa imbuja</p> <p>Evacuações: 07/07</p> <p>SVD: _____</p> <p>ATC: hemagab</p> <p>Prof. US: _____</p> <p>DI: 30/07</p> <p>No Box desde: 30/07</p> <p>Isolamento:</p> <p>NAS: 90/2</p> <p>Braden: 16+</p> <p>Queda: 16</p> <p>Respiratório: OK</p> <p>ATB: _____</p> <p>HD: 8</p> <p>Exames: OK</p> <p>Exames: OK</p> <p>Exames: OK</p>	<p>BHC: _____ BHT: _____</p> <p>VM: 01/17/20 Peep: _____</p> <p>FI02: 30 Sat: 96+</p> <p>Higiene oral () C/ Clorex ()</p> <p>Tent. Ext (S) (N) P. Sed (S) (N)</p> <p>Cuff (22): _____ (06)</p> <p>CL: _____</p> <p>DOR/SED/GW: PASSO</p> <p>CAB: ALARMES: _____</p> <p>Enf: Tamo CAM: _____</p> <p>Téc: Tamo</p> <p>Cosmo, LOC</p> <p>Vendo exp. 02/07</p> <p>Dieta VO -</p> <p>CAT RD - 4:30</p> <p>Posto cat em agulha 0 E</p> <p>↳ SGF 20</p> <p>Jersei tenon</p> <p>MSD preservado -</p> <p>abd. distendida, flácida</p> <p>Diurese exp. 1 370</p> <p>MSIS, pennis, densa imbuja</p> <p>TDR = 35</p> <p>HT = 159</p>	<p>VM: 01/17/20 Peep: 99</p> <p>FI02: _____ Sat: _____</p> <p>Higiene oral () C/ Clorex ()</p> <p>Tent. Ext (S) (N) P. Sed (S) (N)</p> <p>Cuff (08): _____</p> <p>(12) CL: _____</p> <p>DOR/SED/GW: _____</p> <p>CAB: ALARMES: _____</p> <p>Enf: _____</p> <p>Téc: _____</p> <p>Round: _____</p> <p>Diurese 24hs: _____</p> <p>... hipocorada</p> <p>frustrada</p> <p>sita VO</p> <p>Boa cutiaças</p> <p>P. cath SCE</p> <p>SGF 20</p> <p>Rel. 09/07</p> <p>Ass. quimio, disten-</p> <p>didia</p> <p>Saca: 01/410</p> <p>DE: 500 + 150</p> <p>Principio RD sem</p> <p>aspecto.</p> <p>HT: 151</p> <p>TA: 36</p> <p>→ Tamo</p>	<p>VM: 01/17/20 Peep: _____</p> <p>FI02: _____ Sat: _____</p> <p>Higiene oral () C/ Clorex ()</p> <p>Tent. Ext (S) (N) P. Sed (S) (N)</p> <p>Cuff (14): _____</p> <p>(18) CL: _____</p> <p>DOR/SED/GW: _____</p> <p>CAB: ALARMES: _____</p> <p>Enf: _____</p> <p>Téc: Tamo</p> <p># OBVO</p> <p># POCOPH</p> <p># SCAU</p> <p># LUNAR (P)</p> <p># POCOPH</p> <p>SCE</p> <p>SGF 200ml</p> <p># DOP 3mg</p> <p>multina</p> <p># DOP</p> <p># EO</p> <p># BP (+) 500ml</p>
---	---	--	---	--

Fonte: registro da autora (2018).

Esta possibilidade de perda de informações, de cuidados e de acordos aumenta com o sistema de atualização manual, centrado no profissional de apenas um turno, já que os demais acrescentam de forma manual e em uma ferramenta que já possui as considerações dos turnos anteriores. A dificuldade que a enfermagem possui com relação à atual ferramenta assistencial, segundo o depoimento:

“Ai o que vai ficar então muitas vezes é a atualização da manhã. A gente vê isso quando é fixa de uma área e vai passar novamente pro colega da outra noite, muitas vezes ele não sabe o que aconteceu e você rebate, mas eu escrevi na passagem, mas talvez o colega da noite anterior não considerou pertinente a informação e não deu continuidade”. (PS 13).

Essa fragilidade é observada não apenas na ferramenta para passagem de plantão da enfermagem, mas também nos instrumentos dos demais profissionais que atuam na terapia intensiva do hospital em questão. A equipe da fisioterapia usa uma ferramenta que auxilia na transmissão do cuidado diário que, assim como a da enfermagem, é editada em um processador de texto, armazenada em uma pasta de livre acesso aos colaboradores da instituição.

A vulnerabilidade do processo de passagem das informações assistenciais de cada turno é constante, e, embora a atualização do instrumento aconteça no turno da manhã e da tarde, a noite não costuma utilizar a ferramenta e, portanto, também não a mantém atualizada com as intercorrências e atendimentos da noite. É possível ver o descontentamento de alguns profissionais na fala abaixo:

“Nesta daqui a gente coloca o que foi feito, mesmo que seja o tipo de transferência, se deambulou, o número de voltas, que eu acredito não ser importante para toda a equipe. Mas algumas coisas como foi pra poltrona em tal turno, porque muitas vezes a informação se perde após a troca de plantão. Já que ninguém anotou, e não vai revisar no sistema de evoluções”. (PS 05).

A ferramenta usada pela equipe médica também sofre das mesmas vulnerabilidades que os instrumentos utilizados pela enfermagem e pela fisioterapia, entretanto, é modificada ao longo dos turnos, digitalmente, também em processador de texto. Não muito diferente deste cenário, a ferramenta usada pela equipe de fonoaudiologia do hospital, que acredita que o instrumento é de grande importância para a continuidade do atendimento, contudo, especificações passadas pessoalmente pelo profissional aos demais integrantes da equipe podem se perder facialmente devido à grande rotatividade de colaboradores e a vulnerabilidade das informações, acrescidas à passagem de plantão, conforme julgamento próprio e pessoal:

“Além disso, informações específicas como a forma de usar uma válvula fonatória de traqueostomia quando o paciente tem dieta via oral. Um cuidado que você já espera que toda a equipe conheça, mas que se troca a equipe pode acontecer confusão”. (PS 03).

Um exemplo desta dificuldade é citada pela fonoaudiologia. A alteração do tipo de dieta não é prescrita pela equipe médica, após o atendimento. Muitas vezes o profissional realiza a avaliação, comunica a equipe de enfermagem das condições

de dieta e de fala, evolui no prontuário eletrônico e não avisa a equipe médica, que muitas vezes solicitou o acompanhamento. O processo de falha na comunicação existe, sendo falho também mesmo quando é utilizado recurso visível para toda a equipe multiprofissional.

A proposta de uma nova ferramenta de passagem de plantão, multiprofissional permite, não apenas o uso para a transferência de cuidados entre os turnos de trabalho de um mesmo local, mas também tem como objetivo de facilitar a comunicação entre os profissionais presentes no 'Round Multidisciplinar', uma conversa qualificada que acontece diariamente, no turno da manhã, no CTI. Esse momento de troca de informações e de contribuições acontece na beira do leito de cada paciente internado, a fim de discutir quais as metas diárias de cada um, de forma interdisciplinar.

Durante o Round, cada profissional que está participando tem a oportunidade de expor avaliações prévias, comentar sobre possibilidade de novas condutas, definir cuidados, além de entender melhor o caso e traçar metas para o dia e para o tempo de internação. Um instrumento específico é preenchido pelo enfermeiro durante essa conversa, uma forma de guiar a atividade, sem correr o risco de esquecer pontos importantes para o tratamento do paciente, ficando disponível no prontuário físico de cada um, permitindo assim a visualização por todos os profissionais que prestam atendimento no CTI.

Os principais itens abordados pela equipe são referentes à segurança, aos cuidados e as pendências, tendo a oportunidade de acrescentar outras informações pertinentes e necessárias para a assistência e reabilitação do paciente.

As conversas interdisciplinares são um desafio diário para a equipe. Mesmo o Round já acontecendo há vários anos, ainda encontra resistência de alguns profissionais em discutir os casos e definir metas em conjunto. São necessários sentimentos de cooperação, de comprometimento e de conhecimento sobre os benefícios ao paciente quando as decisões acontecem em conjunto. Dessa forma, o grupo de profissionais pode tornar-se uma equipe multidisciplinar, tendo a consciência de que todos têm o mesmo propósito, em benefício do paciente e pela melhor assistência (NETO *et al.*, 2016).

A figura 13 apresenta a ferramenta usada pela equipe multidisciplinar para guiar o Rond diário de cada paciente internado no CTI, preenchido manualmente pela enfermeira e disponibilizado para leitura no prontuário físico.

Figura 13 - Ferramenta para guiar Round Multidisciplinar Diário no CTI

		Metas Diárias	Observação
Segurança	Se possível, resumir plano de alta:		
	Algum risco deve ser lembrado? Qual? (Como podemos diminuir este risco)		
	Existe algum evento a ser reportado?		
Cuidado do Paciente	Sedação e analgesia adequadas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Pausa sedação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Sistema cardiovascular	Alvo de pressão arterial: _____ Vasopressor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Meta de balanço hídrico	<input type="checkbox"/> Negativar BH <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Ressuscitar conforme metas	
	Mobilização	<input type="checkbox"/> Sair do leito <input type="checkbox"/> Deambulação	
	Pulmonar/Ventilatório	<input type="checkbox"/> Cabeceira 30° VM invasiva: <input type="checkbox"/> Controlada protetora <input type="checkbox"/> P. Suporte <input type="checkbox"/> Desmame	
	Sepse	<input type="checkbox"/> Sem infecção/sepse Higienização HUB: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Foco: _____ ATB / dia / tempo de tratamento _____	
	Sondas e cateteres podem ser removidos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Gastrointestinal/Nutrição	<input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Progredir <input type="checkbox"/> Parar <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Progredir <input type="checkbox"/> Parar <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Progredir <input type="checkbox"/> Parar Data da última evacuação: _____	
	Paciente em profilaxia para TEV?	<input type="checkbox"/> Heparina Baixo peso molecular / Heparina não fracionada <input type="checkbox"/> Bota retorno venoso <input type="checkbox"/> Contra-indicação	
	Lesão por pressão	Risco: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Protocolo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Algum medicamento pode ser descontinuado, utilizado por VO ou ajustado?	<input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não	
A Fazer	Exames/Procedimentos	<input type="checkbox"/> Não se aplica	
	Laboratório	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Avaliações	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Necessidade de apoio social/psicológico?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Participantes	Profissionais que participaram do round: <input type="checkbox"/> Médico Plantonista <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Serviço Pastoral <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Médico Residente <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> Fonoaudióloga <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Psicologia <input type="checkbox"/> Farmacêutica		
	Data: _____		Hora: _____
Round Diário Centro de Terapia Intensiva		Etiqueta	

Fonte: registro da autora da ferramenta 'Round Diário' (2018).

Como alguns dos profissionais que atuam no CTIA são únicos, eles não conseguem participar de todos os 'Rounds'. A proposta de um novo instrumento, já com as informações mais importantes dos muitos profissionais que atuam no CTI serve como ferramenta para facilitar essa definição das novas metas do dia, baseada em registros específicos dos próprios profissionais que acessaram o

software MV2000® anteriormente e contribuíram com informações pertinentes à continuidade assistencial e assim como avaliações e condutas prestadas.

As atuais ferramentas para a passagem de plantão, múltiplas entre os diversos segmentos, não contemplam na íntegra os profissionais que não podem estar presentes durante o Round, diminuindo a efetividade de um momento de diálogo interdisciplinar. O processo é passível de falhas, assim como evidencia a necessidade de se ter uma nova ferramenta mais efetiva para uso na terapia intensiva, conforme o depoimento:

“Como eu sou a única fono do CTIA eu não consigo participar de todos os rounds, eu acabo indo atrás de todos os plantonistas ou enfermeiras do turno pra saber se foi solicitado alguma avaliação para a fono. Assim como aquelas dúvidas que surgem como: já esta com avaliação, o que foi avaliado? Com o instrumento já da pra ver na hora do ‘Round’ da manhã”.
(PS 03).

O Round, além de contar com a participação da equipe multidisciplinar que atua diariamente no CTI, também convida os familiares dos pacientes internados, já que muitas vezes acontece após o horário do início da visita. Essa dinâmica faz com que tanto o paciente quanto o familiar conheçam os profissionais do setor, tracem junto à equipe as metas diárias e discutam o caso, diminuindo dúvidas sobre a internação e sobre a dinâmica da unidade.

A possibilidade de acolher o familiar por meio de um modelo de visita estendida na Terapia Intensiva do hospital em questão demonstra o nível de importância que o familiar tem no tratamento do paciente internado. Conforme autores, o familiar não deve apenas cumprir determinações e regras rígidas impostas pelo setor, no momento em que é incluído no plano terapêutico do seu familiar necessita ser ouvido e cuidado tanto quanto o paciente em tratamento (MARTINS *et al.*, 2008).

Diferentemente dos instrumentos já citados pelos demais profissionais que atuam no CTI, a ferramenta usada pelos técnicos de enfermagem fica disponibilizada de forma impressa. Esse instrumento serve como um roteiro que permite aos técnicos da manhã, da tarde e da noite completarem manualmente as informações sobre o seu paciente, ao longo do seu turno de trabalho, para guiar a conversa entre o colaborador do turno atual com o que está chegando. A ferramenta

permite uma visão do paciente ao longo dos dias, por turnos, de forma objetiva, permanecendo disponível para visualização no prontuário físico.

A seguir, a opinião de alguns membros da equipe sobre o instrumento atualmente disponibilizado aos técnicos de enfermagem para guiar a passagem de plantão, segundo os depoimentos:

“Acho que é uma passagem de plantão inteligente, porque têm os três turnos, é uma folha que te permite controle, a manhã inicia, mas a noite tem acesso a todos os turnos, eu acredito que ela possui coisas que hoje em dia não são tão necessárias, que poderiam ser substituídas, principalmente agora que será necessário o controle do material de box. Essa folha não contempla essas informações, que poderiam ser acrescentadas na mesma, para não ter mais um papel para completar e guardar. Tiraria algumas coisas desnecessárias talvez e acrescentaria outras. Até poderia ser uma opção o técnico que está com aquele box abrir o sistema passar o plantão na frente da tela”. (PS 06).

“Essa passagem de plantão é uma forma de segurança pra nós, talvez ela até deva continuar, mas trazendo essa questão de materiais e de meio comprimido, meia dose. Ela não tem muito espaço para escrever essas pendências Equipe por vencer. Urgentes já realizados como alguma medicação. São informações que às vezes, no sistema, não são importantes pros outros profissionais, mas para o colega técnico sim”. (PS 07).

Embora seja um instrumento já em circulação há algum tempo e conhecido pelos colaboradores, muitos deles ainda têm resistência com o preenchimento e uso diário. Afirmam ser uma ferramenta desnecessária, já que durante as trocas de turno as mesmas informações assistenciais preenchidas manualmente também são passadas de forma verbal, bem como intercorrências e condutas, descritas em forma de evolução na folha de sinais vitais, disponíveis no prontuário físico do paciente. A baixa adesão de uso da ferramenta está relacionada, principalmente, ao desconhecimento dos profissionais sobre a sua importância para auxiliar na manutenção dos cuidados, assim como a resistência em preencher mais um documento que serve também para a própria segurança de cada profissional.

Assim como alguns técnicos de enfermagem não entendem a necessidade do uso durante a troca entre os turnos, outros já o consideram um instrumento que facilita a transferência do cuidado, permitindo acrescentar informações relevantes para a assistência, que muitas vezes não estão presentes na evolução manual da folha de sinais, conforme depoimento:

“Funciona também como uma forma de segurança. É um local para passar informações pertinentes sobre os cuidados, pendências, coisas que não são pertinentes de descrever na folha de evolução mas importantes para o cuidado de alguma forma. É uma garantia, só marcar um xis. Mas depende um pouco da seriedade da pessoa também” (PS 07).

O técnico de enfermagem é o profissional que passa a maior parte do seu tempo de trabalho na beira do leito, junto ao paciente e à família, estabelecendo relações de confiança por meio de comunicação verbal, não verbal e do toque terapêutico (SALOMÉ; ESPÓSITO; SILVA, 2008). Agregar também este profissional nos processos decisórios quanto às condutas terapêuticas durante o Round, assim como permitir o acesso à ferramenta que os demais integrantes da equipe utilizam para a passagem de plantão é uma forma de valorizar o seu trabalho e promover o conhecimento a fim de que todos prestem uma assistência qualificada e em concordância.

Por fim, a ferramenta utilizada pela equipe de nutricionistas do hospital é o único instrumento informatizado, editado em outro *software*, o Brandt Brasil®. A ferramenta auxilia na transferência das informações conforme as trocas de profissionais, assim como orienta o processo diário de trabalho, um ‘mapa’ da saúde nutricional dos pacientes internados não apenas no CTIA, mas em todo o hospital.

A atualização é manual ao longo das avaliações, mas são acrescentadas no sistema conforme o final dos turnos, pela própria nutricionista que recebeu alguma solicitação verbal ou alteração de prescrição médica, a fim de que as informações não se percam, sendo transmitidas para os turnos posteriores de forma correta, segundo os depoimentos:

“É uma (ferramenta) interna nossa. A nossa, na verdade, pra assistência não tem muita utilidade, é mais para o serviço mesmo, uso interno pras nutricionistas, do que fica registrado” (PS 02).

“O nosso informativo é gerado pelo sistema Brandt Brasil, outro software exclusivo para dieta. A impressão acontece no final do turno das nutricionistas da manhã, no caso às 16 horas. Daí outro informativo somente será impresso novamente às 16 horas do outro dia. Mas ele é atualizado o dia todo. Depois das 16 horas que ele é impresso, o que for atualizado no sistema é atualizado manualmente no impresso em uso. Pra não ter que imprimir novamente e aumentar o gasto de papel” (PS 02).

A princípio é a única ferramenta dentre os profissionais que atuam na terapia intensiva, cujo acesso às informações é feito unicamente por meio de um *software* restrito, preservando assim a confidencialidade das informações dos pacientes internados na instituição. Entretanto, por não ser um sistema usual de acesso aos demais profissionais da equipe assistencial, seu uso fica restrito aos profissionais da nutrição.

4.3 Construção multiprofissional do impresso para adequação do *software* MV2000®

Seguindo o cronograma e as pautas do estudo, os participantes discutiram na Reunião 4 sobre como adequar o modelo de passagem de plantão usado na Emergência, definindo quais itens agregar em uma ferramenta centralizada para uso da equipe multidisciplinar na terapia intensiva.

O grupo de participantes compreendeu que a nova ferramenta para a passagem de plantão entre os turnos será baseada no instrumento já disponível no *software* MV2000®, passível de alterações conforme as demandas dos profissionais da saúde do CTI e a avaliação de viabilidade de modificar o *software* de acordo com o profissional da tecnologia da informação, que participou ativamente nessa parte do estudo.

A equipe médica trouxe inicialmente dúvidas com relação ao próprio *software*, em atualizar informações já disponíveis para a tela de passagem de plantão, como, por exemplo, a listagem dos antibióticos em uso por cada paciente, a data de início da terapia e quais os antimicrobianos que já fez uso na internação atual ou mesmo nas anteriores. Esta dúvida é expressa na fala abaixo:

“A gente não consegue agregar uma aba para os antibióticos? O tempo de uso de cada antibiótico e quais o paciente já fez uso? Porque às vezes o paciente tem uma internação já de dois meses, e é muito difícil pesquisar todos os antibióticos com o qual o paciente já usou. Tem que ficar revisando as evoluções e as prescrições” (PS 10).

A mesma demanda surgiu também com relação aos pacientes que utilizaram ou ainda fazem uso de Nutrição Parenteral Total (NPT), assim como em relação aos quimioterápicos, conforme expresso na fala abaixo.

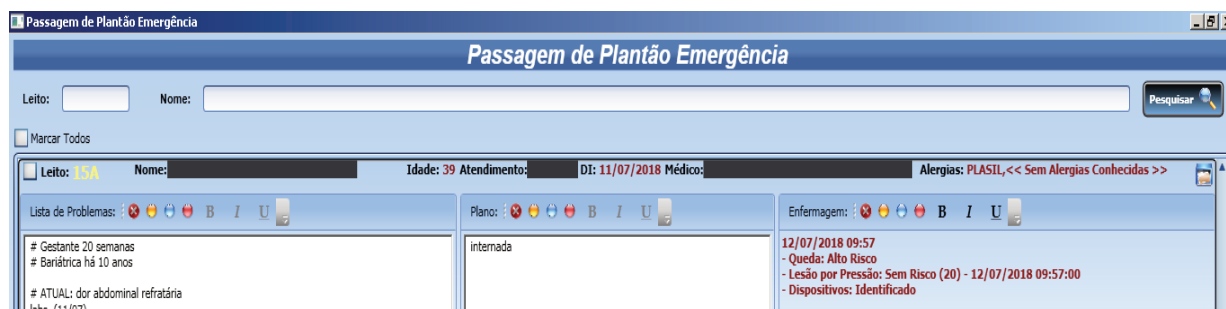
“Seria interessante ter um lugar para atualizar NPT, quimioterápicos, antibióticos” (PS 10).

O profissional da tecnologia da informação expôs que, em um primeiro momento, esta modificação sugerida não poderia ser atendida, pois ela tornaria o sistema de abertura da tela de passagem de plantão mais lento. O processo de busca para cada informação ‘fixa’ que o *software* necessita resgatar no prontuário eletrônico de cada paciente leva um determinado período de tempo, e, conforme for maior a demanda de solicitações, mais lento o mesmo ficará.

Uma solução encontrada para esta necessidade seria a de criar dentro do *software*, no prontuário eletrônico, um local que permita acrescentar este tipo de informações, porém esse processo aconteceria de forma manual dentro do sistema.

Atualmente, a ferramenta usada na Emergência já busca dentro do *software* MV2000® o nome completo, a idade, o atendimento, o nome do médico assistente, as alergias, os isolamentos e as escalas de enfermagem, dentre elas, Braden e Risco de Queda, apresentando o valor, a data e o horário que foi realizada na parte destinada à edição pela enfermagem.

Figura 14 - Barra de itens ‘fixos’ na ferramenta na passagem de plantão digital da Emergência



Fonte: print screen do *software* MV2000® (2018).

Outra demanda da equipe médica para tornar a passagem de plantão mais completa seria a de acrescentar um espaço com informações passadas pelas equipes cirúrgicas acerca das especificidades sobre o tratamento, que costumam ser informadas na chegada do paciente do Bloco Cirúrgico ao CTI e que muitas vezes não são prescritas ou evoluídas no prontuário eletrônico.

Informações estas que nem sempre são passadas diretamente à enfermagem, mas sim apenas entre os médicos. Dessa forma, estando digitada na ferramenta para passagem de plantão multiprofissional, não apenas a enfermagem,

mas também os demais profissionais saberiam sobre determinadas condutas e solicitações da equipe cirúrgica durante o período de pós-operatório. Tais informações não serão acrescentadas no cabeçalho 'fixo' de cada paciente, mas estarão presentes na área de texto livre de uso dos médicos, acrescentados por eles próprios.

“Seria interessante agregar as observações das equipes cirúrgicas. Tem peculiaridades de cada cirurgião, tipo a sonda fique por tanto tempo, que o cateter fique por tanto tempo, e isso costuma se perder. Se tivesse alguma forma de deixar evidente, grifar essas informações. Estamos tentando deixar isso em cuidados específicos na prescrição, mas eu acho ruim porque a gente faz o ‘Round’, mas nesse momento você não fica pegando a prescrição pra saber tudo. Então as vezes se decide de se retirar uma sonda que não poderia ser retirada. Onde essas sondas estão posicionadas, se foi no transoperatório. Seria algo importante de ter visível” (PS 10).

As duas áreas de texto livre, usadas pela equipe médica, não terão opções para guiar o preenchimento; conforme decisão do representante, será um local de livre escrita. Entretanto, os médicos costumam seguir uma ordem das informações, acrescentando a lista de problemas e o plano, assim como outras informações relevantes para manutenção do cuidado para guiar toda a equipe.

A área de texto livre destinada à enfermagem terá o objetivo de não repetir informações já acrescentadas pela equipe médica, para otimizar o espaço e atender-se às demais informações, avaliações e acordos que irão guiar o segmento assistencial. Assim, decidiu-se entre os participantes que a área de texto livre designada para uso da enfermagem será, inicialmente, usada também pelos demais integrantes da equipe interdisciplinar, de forma organizada, o qual cada profissional poderá acrescentar informações indispensáveis ao cuidado nesse instrumento multiprofissional, indo de encontro ao que a fala abaixo afirma:

“A questão de ser multiprofissional, se algum profissional esquecer de alguma informação o outro pode completar quando lembrar” (PS 07).

Assim, a fim de guiar os enfermeiros e os demais profissionais da equipe multiprofissional, a área de texto livre destinada à enfermagem passará a ser de uso coletivo. O grupo definiu que cada segmento profissional poderá acrescentar informações assistenciais seguindo uma ordem já utilizada para organização das prescrições no prontuário físico do paciente, o qual inicia pela enfermagem, seguido

da fisioterapia e da nutrição. Após estes profissionais, o espaço pode ser preenchido por profissionais da fonoaudiologia, farmácia e psicologia.

Essa disposição do espaço foi aprovada durante a reunião, assim como a necessidade de registrar o nome e o horário em que o profissional modificou o seu local de preenchimento assistencial. Este controle serve para que os demais membros da equipe saibam quem fez a última avaliação e quando ela foi considerada pertinente para ser transmitida durante a passagem de plantão ou no momento do Round Multidisciplinar.

“Podemos seguir a ordem das prescrições: enfermagem, fonoaudiologia, nutrição...” (PS 07).

“Eu acho interessante atualizar com o nome e o horário de quem alterou pela última vez, pois o médico pode perguntar algo que já se sabe, mas só não foi alterado na passagem” (PS 06).

Esta necessidade de colocar o nome e o horário de acesso de cada profissional auxilia, principalmente, durante as conversas interdisciplinares, momento em que muitos profissionais não conseguem participar, mas podem ser representados por outros profissionais, baseados nas informações que foram anteriormente acrescentadas no instrumento de passagem de plantão.

Assim como o grupo decidiu que seria mais organizado visualmente seguir uma ordem de escrita para cada profissional dentro do espaço, também foi solicitado que, além das divisões para cada segmento profissional, também estivessem disponíveis alguns tópicos em cada espaço que irão guiar a escrita. Esses tópicos foram definidos durante esta reunião, conforme a necessidade de cada profissional.

“De repente a gente faz os tópicos, pra ninguém ficar aumentando algo que é pra ser simples” (PS 13).

“Acho legal já ter algo para basear quem vai escrever pra que a pessoa não fique perdida. Pra que a pessoa não escreva uma evolução de cada paciente. A ideia é ótima porque muitas vezes os familiares nos questionam coisas que nem sabemos que aconteceram com aquele paciente se não temos uma continuidade na assistência diariamente. Principalmente quando você não participa do ‘round’ que acontece diariamente no turno da manhã, não acessa todas as evoluções pra saber de tudo” (PS 06).

Importante ressaltar que, embora os tópicos sejam disponibilizados pelo *software* conforme a escolha dos participantes do estudo e tenham como objetivo guiar o preenchimento de cada profissional, o acréscimo de outras informações diferentes das pré-estabelecidas também são permitidas, já que o sistema expande o seu espaço de escrita conforme o uso.

Durante a reunião e mediante as decisões tomadas pelo grupo, o profissional da tecnologia da informação foi esclarecendo algumas dúvidas e orientando os participantes sobre o *software* MV2000®. No momento em que o paciente é transferido no sistema para o CTI, o mesmo é incluído no instrumento de passagem de plantão, liberando a edição para a equipe.

As duas áreas de texto livre para médicos permanecem restritas para uso deles por motivos estruturais do sistema e por uma solicitação da equipe médica em um primeiro momento de uso da ferramenta. A área de acesso da enfermagem, será de livre acesso para os demais membros da equipe multiprofissional, cujo espaço seguirá uma ordem para a escrita de cada membro da equipe multidisciplinar, cada um com os tópicos definidos em reunião e com a possibilidade de escrita livre, conforme a demanda.

Caso algum profissional não tenha a necessidade de fazer uso da ferramenta, isso acontecerá principalmente com os profissionais da fonoaudiologia, farmácia e psicologia, os demais membros da equipe podem apagar os tópicos desses profissionais que são acrescentados digitalmente pelo *software* após a transferência do paciente. Todos os membros da equipe ainda poderão acessar o instrumento da mesma maneira, assim como atualizá-lo em qualquer momento da internação no CTI, entretanto, sem ter os tópicos para guiar a sua escrita.

A enfermagem demonstrou durante a reunião que tem a necessidade de escrever, mesmo que de forma breve, o exame físico do paciente, assim como outras informações pertinentes ao cuidado como, por exemplo, datas de curativos, tipo de secreção em ferida operatória, aceitação da dieta. O uso de siglas será mais intenso, porém seguindo aquelas já aprovadas em siglário próprio da instituição. Os tópicos escolhidos guiam a escrita, mas também permitem acrescentar informações além das já preestabelecidas.

Outra demanda dos enfermeiros foi a de acrescentar ao cabeçalho fixo da enfermagem a escala de NAS (*Nursing Activities Score*) e a data de inserção dos dispositivos ativos de cada paciente, atualizada conforme a inserção e a retirada de

drenos, tubos e cateteres, de acordo com as alterações dos mesmos. Importante ressaltar que estas duas solicitações do grupo, o próprio *software* consegue atualizar, por meio do registro realizado pelo enfermeiro no prontuário eletrônico. Esta demanda tem a finalidade de tornar mais completo o modelo de instrumento da Emergência, que atualmente contempla as escalas de Braden e de Risco de Queda, além do tipo de isolamento.

Dentre os tópicos escolhidos pela enfermagem, mais especificamente os enfermeiros, devem constar itens tais como na ferramenta para passagem de plantão:

- Nível de consciência Escala RASS, Escala Glasgow
- Ventilação
- Nutrição
- Cateteres e Curativos
- Infusões
- Tórax
- Abdômen
- Drenos e Curativos
- Dorso e Sacra
- Eliminações
- Extremidades
- Mobilização
- Intercorrências
- Pendências
- Metas/Alvos

Dando sequência à reunião, os técnicos de enfermagem optaram por continuar utilizando a ferramenta que usam atualmente para a passagem de plantão entre os turnos, principalmente por terem um local para descrever pendências ou informações pertinentes apenas aos técnicos de enfermagem do turno seguinte. Entretanto, poderão acessar o instrumento digital, assim como acrescentar informações aos tópicos destinados à enfermagem, conforme julgarem pertinentes de serem mencionados durante a transferência do cuidado.

Esta solicitação foi aprovada pelo grupo, uma vez que o instrumento do técnico de enfermagem já é impresso, de fácil preenchimento, permitindo uma visão

do paciente ao longo das 24 horas em um mesmo instrumento. Demandas como a passagem de meio comprimido para o próximo turno, meio frasco de medicamento em geladeira, equipo por vencer, são algumas das informações escritas nesta ferramenta própria, que são de menor interesse para a enfermagem e os demais membros da equipe, mas necessárias para a continuidade do cuidado entre eles.

A fisioterapia acredita que o uso do instrumento modificado facilitará a assistência aos pacientes, não apenas entre os profissionais da sua área de atuação, mas também de toda a equipe. A continuidade do cuidado e as especificidades de cada paciente permanecerão em um instrumento único e interdisciplinar, indiferente da rotatividade dos profissionais dentro do CTI, com a intenção de qualificar a assistência diária, conforme os depoimentos:

“E temos muitos pacientes crônicos que praticamente não haverá alterações no tipo de mobilização ou exercícios realizados ao longo dos dias, sempre passivos, a menos que aconteça alguma mudança. Acredito que seja viável a participação, com informações mais objetivas. Acrescentar coisas que modificaram e que sejam relevantes, como alteração no aspirado traqueal” (PS 05).

“Outra coisa legal é colocar o desmame, que nem sempre segue o protocolo. Desmame da ventilação e da VMNI. Algo que se perde” (PS 05).

Embora a jornada de trabalho seja conturbada em muitos dias, as informações que a fisioterapia não conseguir atualizar no instrumento de passagem de plantão podem ser acrescentadas por outro profissional, pois mesmo que a área de texto livre contenha divisões e tópicos entre as categorias profissionais, o *software* não impede a escrita de nenhum profissional em qualquer destes locais.

“Muitas vezes não dá tempo de atualizar tudo, mas como já vai ser no mesmo sistema facilita, porque a nossa passagem ninguém nos cobra, mas já estando no mesmo sistema fica fácil” (PS 05).

Assim, dentre os tópicos escolhidos pela fisioterapia que devem constar na ferramenta para passagem de plantão, seguem os abaixo:

- Ventilação
- Protocolo Ayre/Desmame
- Secreção

- Mobilização
- Intercorrências
- Frequência Atendimento Fisioterapia
- Pendências
- Metas/Alvos

A nutrição também não tem interesse em abandonar a sua ferramenta assistencial editada no *software* Brandt Brasil®, já que a mesma possui muitas informações específicas e importantes para área nutricional, não sendo de tanto interesse para a equipe assistencial. Entretanto, é considerado viável que as nutricionistas participem do novo instrumento de passagem de plantão multidisciplinar do CTI, colaborando com algumas informações que são necessárias também para a equipe assistencial.

“Sim, ali ela consegue acrescentar as informações da parte nutricional, tipo se é um paciente com sonda, se está no pleno, se está em progressão, qual é o VET que ela estimou, qual é a proteína que ela estimou, a conduta dela” (PS 02).

Essa contribuição com informações assistenciais de cunho nutricional auxiliam principalmente nos momentos de Round Multidisciplinar quando a nutricionista não está presente, mas suas últimas avaliações e contribuições podem ser observadas no instrumento. Outro momento é durante a própria conversa com algum dos médicos assistentes, ou mesmo com os familiares dos pacientes, pois tendo as informações impressas diminui o tempo de busca no sistema de prontuário eletrônico, assim como a necessidade de contatar o profissional para esclarecer dúvidas.

Primeiramente, a nutricionista participante do estudo citou, conforme as falas abaixo, alguns itens que julga pertinentes de serem preenchidos pelas nutricionistas na nova ferramenta de passagem de plantão do CTI, servindo como base para a escolha dos tópicos de preenchimento, segundo depoimentos:

“Acho que então acrescentar o peso, a conduta, a via de alimentação, as necessidades estimadas de caloria e de proteína. Quando for via oral não precisa, mas enteral sim. Pode por então a via, e se está em progressão (VET pleno ou progressão), fica visível. A progressão pode ser visualizada em porcentagem” (PS 02).

“Especificar a via, tipo oral, enteral e NPT. Se for via oral, pode ter também a aceitação. Da pra ver que a nutricionista esta acompanhando, já estimou as necessidades, a via se é exclusiva ou combinada, a aceitação. NPO também, até para a transferência” (PS 02).

Assim, dentre os tópicos escolhidos pela nutrição que devem constar na ferramenta para passagem de plantão, estão os seguintes:

- Peso
- Altura
- Via de Alimentação (NPO, oral, enteral, endovenosa)
- Aceitação /Progressão
- Valor Calórico Total (VET)
- Proteína (PTN)
- Suplemento/Hidratação
- Pausas/Restrições
- Metas/Alvos

Possibilitar que a equipe multidisciplinar do CTI tenha acesso a uma mesma ferramenta assistencial, mesmo para aqueles que não necessitam de um instrumento para realizar a transferência do cuidado entre os turnos traz novos significados para a atuação interdisciplinar diária. A permissão para contribuir com o preenchimento de dados, bem como o acesso apenas para a leitura das informações permitirá que cada profissional, principalmente entre aqueles que realizam a assistência mais próxima do paciente, seguir de forma mais rigorosa as condutas previamente acordadas, questionar intervenções com maior propriedade e planejar a melhor assistência para cada cliente de forma mais rápida e objetiva.

A farmacêutica citou, durante a reunião, sobre a importância de se ter em um local de fácil acesso as informações e orientações que ela passa para a equipe a respeito de algum medicamento específico. O uso da ferramenta não irá substituir a necessidade de registrar e ler as condutas no prontuário eletrônico, mas tem a finalidade de manter informações pertinentes ao cuidado em um local de rápida visualização para a equipe da terapia intensiva, mesmo com a inevitável rotatividade do grupo.

Dessa forma, dentre os tópicos escolhidos pela farmácia que devem constar na ferramenta para passagem de plantão são:

- Diluição e Administração Específica

- Compatibilidade
- Restrição Hídrica
- Validação de Medicamento
- Nutrição Parenteral Total
- Quimioterápico
- Validação e Orientação ao Familiar
- Orientação à Equipe

Uma das demandas mencionadas pela farmacêutica é a de que, no hospital, assim como no CTI, alguns medicamentos específicos de uso contínuo pelo cliente não são disponíveis por questão de compra ou padronização da droga na instituição, sendo necessário que o familiar do paciente traga a medicação de casa para dar continuidade no tratamento, quando em prescrição médica. Estes medicamentos procedentes externamente necessitam ser validados por um farmacêutico, com o objetivo de se ter um controle da apresentação, do lote e da validade destes itens que permanecerão dentro da instituição.

Validar um medicamento externo é muito mais que avaliar sua forma física; trata-se de um processo que envolve orientação à família do paciente internado acerca do procedimento adotado pelo hospital. Ressalta-se a necessidade desta informação no momento da transferência do paciente do CTI, onde o cuidado é mais dependente da enfermagem para a Unidade de Internação, segundo o depoimento:

“Orientação ao paciente, ao invés de pensar em apenas validação. A gente pensa em orientação ao paciente porque no momento que eu validar um medicamento eu vou automaticamente orientar, e no momento que eu orientar sobre determinado medicamento ele já está pronto também pra ir pra unidade de internação” (PS 04).

O item **orientação à equipe** surgiu principalmente para casos mais específicos, como medicamentos com potencial risco para o paciente ou para o profissional que está preparando- o e/ou administrando. Na fala abaixo é possível entender a necessidade que este tipo de orientação esteja visível á todos os profissionais do setor, em contato com o paciente em questão, principalmente por motivos de segurança.

“Até na aba farmácia dava pra por um item quimioterapia, ou só QT. Embora a gente não tenha muito no CTI, quando tem precisa ter atenção

com isso. Assim como o paciente imunossupresso que vem do TMO, que requer cuidados com diluições, com compatibilidades e com preparo de medicamentos, pois muitos são de risco ocupacional” (PS 04)

Por fim a psicologia também compartilhou com o grupo os itens que considera importantes para serem de conhecimento da equipe multiprofissional na nova ferramenta. No CTI a psicóloga de referência é responsável não apenas pelos atendimentos dos pacientes internados, mas também é responsável por organizar o fluxo das visitas.

No CTI do hospital em questão, a visitação aos pacientes acontece em dois horários com meia hora de duração cada, a chamada de visita social, mas também é permitida a entrada de dois acompanhantes que podem permanecer das 9 horas da manhã até às 21 horas, junto ao seu familiar. Antes da autorização destes acompanhantes, eles necessitam realizar uma reunião onde são passadas informações sobre o funcionamento da unidade para que tenham uma noção sobre as rotinas e regras do CTI.

As reuniões acontecem uma vez ao dia e são realizadas pela psicóloga e por um enfermeiro do CTI. Embora o número de acompanhantes seja restrito a dois, muitos pacientes e familiares têm algumas exceções e solicitações, como, por exemplo, a necessidade de mais acompanhantes neste período de 12 horas, a necessidade de ter alguém para passar a noite no CTI junto ao paciente, assim como alguma visita que virá fora do horário determinado.

Todas estas demandas costumam ser repassadas para a psicóloga a fim de realizar os acordos com o objetivo de beneficiar o paciente e não comprometer a assistência. Entretanto, aos finais de semana e feriados, assim como no período que ela não se encontra no setor, são os próprios enfermeiros que gerenciam essas demandas e firmam acordos com pacientes e familiares com relação às visitas. Dessa forma, uma solicitação da psicóloga e de pleno aceite da enfermagem, foi de incluir em tópicos separados os itens acompanhamento psicológico do item visitas, já que no segundo, o próprio enfermeiro pode gerenciar estas questões.

“Da minha parte seria sinalizar aquele paciente ou familiar que já está em acompanhamento, que foi pedido avaliação, aqueles casos mais específicos; aqueles que têm risco psicológico sinalizado, principalmente os com risco de fuga e suicídio, pois gera todo um protocolo; e combinações das visitas (quando tem criança menor de 12 anos para alinhar como será a visita e avaliar a possibilidade dela); quando

organizamos para o familiar ficar a noite, essa informação pode se perder” (PS 01).

“De repente incluir um item também para quando há outras combinações com as visitas, que não tem a necessidade de passar por mim. De repente esse item pode ser preenchido até por algum outro profissional” (PS 01).

Portanto, seguindo as solicitações expressas na fala acima, os tópicos escolhidos pela psicologia que devem constar na ferramenta para passagem de plantão, são os seguintes:

- Risco do Paciente (fuga/suicídio)
- Visitas

Ao final desta penúltima reunião, algumas outras dúvidas surgiram com relação a esse novo instrumento, porém em um momento oportuno, já que o profissional da tecnologia da informação pode estar presente para explicar melhor o funcionamento da ferramenta e as peculiaridades do *software*. No questionamento do depoente, percebe-se o quanto a equipe fará uso da ferramenta:

“Quando o médico esta completando a dele, ele consegue ver o espaço da enfermagem? Por que mesmo que ele não imprima, é importante que ele veja também” (PS 13).

O profissional da tecnologia da informação explicou ao grupo que durante a edição da passagem de plantão no *software* os profissionais poderão visualizar os três espaços de texto livre para preenchimento médico e de enfermagem. Entretanto, a impressão realizada pela equipe médica contemplará apenas os dois espaços de edição exclusiva para médicos, diferente de quando for realizada pelo enfermeiro ou outro profissional da equipe, que será de forma completa.

O grupo definiu que após a disponibilização da passagem de plantão no *software*, a inclusão de cada membro da equipe multiprofissional ao sistema será gradativa, um por vez. Esta dinâmica tem o objetivo de fazer com que o profissional da TI consiga orientar cada um da equipe do CTI sobre como usar a ferramenta durante o período da assistência e para o benefício do paciente.

Como a ferramenta será multiprofissional, com alterações constantes ao longo do turno de trabalho pela equipe do CTI, a impressão, inicialmente, será realizada individualmente, por cada segmento profissional, ao menos uma vez ao

turno, principalmente no momento que antecede à troca de profissionais no setor. Importante ressaltar novamente que os técnicos de enfermagem continuaram a usar o instrumento de que já faziam uso anteriormente, assim como a nutrição com a ferramenta própria que já utiliza no *software* específico, o Brandt Brasil®, entretanto, ambos com a possibilidade de ler, imprimir e acrescentar informações no instrumento conjunto.

Essa frequência de impressões realizadas principalmente pelas equipes médica, de fisioterapia, de enfermagem e de fonoaudiologia poderá ser revista durante a fase inicial de uso da ferramenta, com o objetivo de dimensionar o desperdício de papel. A impressão da ferramenta para a psicóloga e farmacêutica, profissionais únicas no setor durante o dia, fica conforme o critério delas próprias, a fim de acompanhar o caso de algum paciente mais de perto, como informações e avaliações em instrumento impresso.

A figura 15 apresenta a Passagem de Plantão da Emergência impressa, como forma de compreender melhor a disposição dos pacientes dispostos de forma sequencial, a divisão dos locais de texto livre dos profissionais, a disposição das informações importadas do sistema de prontuário eletrônico e o *layout* simples, bastante diferente da ferramenta digital editada no *software*.

Figura 15 - Passagem de Plantão da Emergência impressa

Passagem de Plantão - Emergência			
Leito: U3	Local:	Nome: [REDACTED]	Atendimento: [REDACTED]
Data de Nascimento: [REDACTED]	Idade: 40 anos 7 meses	Médico: Dr(a): PLANTONISTA HMV	
Alergias:			
Lista de Problemas	Plano	Enfermagem	
DM tipo 1. Encaminhado para a sala com dor torácica, ECG com AIRV	labs pode sair da monitorizada.	LOC AA AVP - MSE (21/08) = SALI DEAMBULA	
atual: Dor lombar . sem sinais de pielonefrite ou colica nefretica I: mialgia		*SO	
Leito: U4	Local:	Nome: [REDACTED]	Atendimento: [REDACTED]
Data de Nascimento: [REDACTED]	Idade: 24 anos 2 meses	Médico: Dr(a) [REDACTED]	
Alergias:			
Lista de Problemas	Plano	Enfermagem	
# ASMA atual: exacerbação sem sinais de infecção sem melhora com resgate	VNI pier 9sobreaviso) pres:crever metilpred 60 mg TID Seretide TID NBZ 3/3	21/08/2018 09:52 - Lesão por Pressão: Sem Risco (20) 21/08/2018 09:52:00 - - Dispositivos: Identificado - Queda: Baixo Risco # ASMA LOC VNI AVP - MSE (21/08) = SALI DEAMBULA M+PE+NI = ok	
Leito: CN1	Local:	Nome: [REDACTED]	Atendimento: [REDACTED]
Data de Nascimento: [REDACTED]	Idade: 86 anos 4 meses	Médico: Dr(a) [REDACTED]	
Alergias: TODOS OS BETA-LACTAMICOS,,PENICILINA,AAS,penicilina			
Lista de Problemas	Plano	Enfermagem	
# HAS # FA - CHADsVasc=4 - em uso de ACO # CAT 2015: Coronárias livre de lesões; # ICC - ECGCARDIO Março/2018: AO:42 AE:57 VE:55/45 FE:37% Septo/PP:11/11. Aneurisma de Ao ascendente e insuficiência moderada. Prótese biológica OK. ATUAL: Cansaço progressivo com piora nos últimos dias. Trauma em joelho D com hematoma ECG: FA c/ ARV	PODE LEITO COM TELE	21/08/2018 09:16 - Queda: Alto Risco - Lesão por Pressão: Sem Risco (17) 21/08/2018 09:16:00 - Dispositivos: Identificado - Paciente Vulnerável LOC AA ABVO AVP AVP MSD 20/08 SAL. *DESRIDAMENTO PREVIO: CURATIVO 2X/DIA - DERSANI JOELHO D - HEMATOMA/EQUIMOSE E CIANOSE EM MID *DORSO INTEGRO MULETAS-MAS ESTA REST.LEITO	

Fonte: *print screen* do software MV2000® (2018).

No momento da impressão da ferramenta, o *software* permite selecionar quais os pacientes o usuário tem interesse, podendo selecionar todos do CTI ou apenas algum em específico. As cópias são impressas em uma folha de papel vertical, os dados de cada paciente não ficam restritos a apenas uma folha, mas sim dispostas no papel de acordo com a quantidade de informações que o instrumento contenha, ocupando meia folha, ou mesmo duas folhas.

Os espaços de texto livre médico e de enfermagem não são separados por linhas divisórias quando impressos, mas sim com colunas verticais, uma disposta ao lado da outra, nomeadas em negrito pelos títulos: lista de problemas, plano, enfermagem. O grupo definiu que o único título que será alterado é o da enfermagem, passando a se chamar equipe multidisciplinar.

Assim, ao final da quarta reunião, o grupo já havia esclarecido dúvidas e definido as alterações necessárias no instrumento de passagem de plantão da Emergência para o uso no CTI.

5 O PRODUTO DO MESTRADO: IMPRESSO DE PASSAGEM DE PLANTÃO MULTIPROFISSIONAL DIGITAL EM CTI

A Reunião 5 foi o último encontro entre os participantes do estudo, conforme o cronograma. Os objetivos foram definir e aprovar o *layout* da tela da ferramenta digital para a passagem de plantão do CTI no *software* MV2000®, incluindo as alterações solicitadas e aprovadas pela equipe multiprofissional na reunião anterior. Após a finalização do *layout*, o documento foi impresso e, posteriormente, entregue aos responsáveis pelo setor da tecnologia da informação do hospital, definindo prazos para alterar o *software*.

O *layout* da tela final seguiu o modelo da passagem de plantão da Emergência. O grupo definiu em reunião manter os mesmos itens do instrumento original no cabeçalho fixo comum à equipe médica e de enfermagem, que contém: número do leito, nome do paciente, idade, atendimento, data de nascimento, nome do médico assistente e alergias. Entretanto, no cabeçalho fixo da área de texto livre renomeada Equipe Multidisciplinar foi acrescida à escala NAS e a data de inserção dos dispositivos ativos, complementando os itens que o *software* já importava anteriormente do prontuário eletrônico, dentre eles a escala de Braden, a escala de risco de queda e os isolamentos.

As áreas para texto livre continuaram em um total de três; as duas primeiras com os títulos Lista de Problemas e Plano, restritas para edição da equipe médica, sem itens preestabelecidos para guiar à escrita, conforme acordado na reunião anterior. A última lacuna de texto livre foi destinada para uso não apenas da enfermagem, como no instrumento da Emergência, mas de toda a equipe multiprofissional, ganhando assim um novo título.

Após o cabeçalho fixo específico na parte mais superior e com o novo título logo abaixo, essa última lacuna de texto livre foi dividida sem linhas, apenas por subtítulos que nomeiam os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar do CTI e que terão acesso à ferramenta de passagem de plantão. Dentre eles estão a enfermagem, a fisioterapia, a nutrição, a fonoaudiologia, a farmácia e, por fim, a psicologia.

Em cada umas destas divisões por categoria profissional foram listados abaixo uma série de itens, acrescentados ao instrumento conforme a demanda de cada integrante da equipe na reunião anterior. O principal objetivo dos itens específicos

de cada segmento profissional é guiar o que registrar no *software*, considerando que é um instrumento de uso multiprofissional, para livre acesso da equipe do CTI com o objetivo de auxiliar a assistência dos pacientes durante a interação.

Importante ressaltar que, no momento em que o paciente é transferido para o setor de terapia intensiva, o *software* incluirá na ferramenta o nome dele, assim como já serão preenchidos os itens do cabeçalho fixo geral e específico com as informações que encontrar no prontuário eletrônico. Isso significa que, caso as escalas ainda não tenham sido preenchidas pela enfermagem, elas não apresentarão valor nem nomenclatura sobre o significado do valor para aquela escala. Da mesma forma, caso o paciente não apresente nenhum isolamento, o item não estará no cabeçalho, assim como se não houver nenhum dispositivo ativo acrescentado pelo enfermeiro, o item não apresentará nenhuma informação.

As divisões e subdivisões serão também acrescentadas pelo *software* MV2000® à ferramenta apenas em um primeiro momento, logo após a transferência do paciente no sistema. Ou seja, quando algum profissional realizar o primeiro registro e caso ele venha a apagar algum dos itens disponíveis no *layout* editável pela equipe multidisciplinar, o mesmo não irá retornar para essa tela quando houver um segundo acesso.

Assim, conforme o profissional, os itens disponibilizados pelo sistema podem ser excluídos ou modificados, já que são editáveis por todos os usuários. E como a área de edição de texto aumenta de tamanho conforme a necessidade de acrescentar outras informações não contempladas pelos itens ou por espaço insuficiente no *layout* inicial, não fica restrita aos pequenos espaços iniciais dispensados ao lado de cada palavra.

O quadro 4 apresenta o *layout* final, aprovado pelos participantes do estudo durante a última reunião do grupo, contendo as alterações necessárias para tornar o modelo do instrumento de passagem de plantão já usado na Emergência, disponível no *software* MV2000®, acessível à toda a equipe multiprofissional da Terapia Intensiva.

Quadro 4 - *Layout* final da tela da ferramenta digital para a passagem de plantão multiprofissional do CTI no *software* MV2000®

Leito; Nome; Idade; Atendimento; Data de Nascimento; Médico; Alergias		
<u>Lista de Problemas</u>	<u>Plano</u>	<p>-Escala Braden</p> <p>-Escala Risco de Queda</p> <p>-Escala NAS</p> <p>-Data de Inserção dos Dispositivos</p> <p>-Isolamentos</p> <hr/> <p><u>Equipe Multidisciplinar</u></p> <p>Enfermagem</p> <p>Nível Consciência, RASS, Glasgow:</p> <p>Ventilação:</p> <p>Nutrição:</p> <p>Cateteres e Curativos/Infusões:</p> <p>Tórax/Abdômen:</p> <p>Drenos e Curativos:</p> <p>Dorso e Sacra/ Extremidades:</p> <p>Eliminações:</p> <p>Mobilização:</p> <p>Intercorrências:</p> <p>Pendências:</p> <p>(Nome Profissional/Data/Hora)</p> <p>Fisioterapia</p> <p>Ventilação:</p> <p>Protocolo Ayre/Desmame:</p> <p>Secreção:</p> <p>Mobilização:</p> <p>Frequência Atendimento Fisioterapia:</p> <p>Pendências:</p> <p>(Nome Profissional/Data/Hora)</p> <p>Nutrição</p> <p>Peso/Altura:</p> <p>Via de Alimentação:</p> <p>Aceitação/Progressão:</p> <p>Valor Calórico Total (VET):</p>

		<p>Proteína (PTN): Suplemento/Hidratação: Pausas/Restrições: (Nome Profissional/Data/Hora)</p> <p>Fonoaudiologia Dieta Via Enteral/Oral: Deglutição: Comunicação: (Nome Profissional/Data/Hora)</p> <p>Farmácia Diluição e Administração Específica: Compatibilidade: Restrição Hídrica: Validação de Medicamento: Nutrição Parenteral Total/ Químico: Validação e Orientação ao Familiar: Orientação à Equipe: (Nome Profissional/Data/Hora)</p> <p>Psicologia Risco do Paciente (fuga/suicídio): Visitas: (Nome Profissional/Data/Hora)</p> <p>Metas/Alvos do paciente para o dia:</p>
--	--	--

Fonte: elaborado pela autora e pelos participantes do estudo (2018).

O Quadro 4 foi impresso e entregue em forma de documento ao setor da tecnologia da informação, com a finalidade de guiar as alterações solicitadas pelos participantes do estudo a fim de permitir que a nova ferramenta a ser disponibilizada ao CTI garanta o acesso pela equipe multiprofissional. Como as alterações solicitadas já haviam sido aprovadas pelo participante do estudo responsável pela TI, o processo de organização do *layout* foi ágil e objetivo.

Conforme a equipe da TI, os prazos para alteração do *software* e disponibilização da passagem de plantão digital e multiprofissional para a CTI demoram cerca de dois meses. No momento em que estiver disponível para o uso, a equipe da TI irá ao CTI para orientar inicialmente a equipe médica e de enfermagem sobre o uso da ferramenta, esclarecendo dúvidas sobre o uso e ouvindo demandas de alterações necessárias nos itens fixos e/ou nos específicos.

Em um segundo momento, os demais membros da equipe multiprofissional do CTI terão a possibilidade de uso da ferramenta digital, um por vez, com o intuito de o profissional da TI orientar o máximo possível de profissionais de cada segmento que atua na terapia intensiva. Esse processo gradual de uso da ferramenta pela equipe se dará ao longo de seis meses, considerando que cada equipe profissional será treinada, por no mínimo um mês, com o objetivo de esclarecer dúvidas e adequar-se com a nova ferramenta.

Assim, em relação ao tempo para a adequação do *software* pela TI e o início do uso da ferramenta por cada profissional da equipe após treinamento, optou-se por não divulgar datas definidas, em função de possíveis atrasos que podem acontecer durante o processo, principalmente durante a fase de alteração do *software*. Entretanto, é possível visualizar no Quadro 5 uma projeção do período de entrega do impresso à TI, o tempo estimado da adequação do sistema até o treinamento do último membro da equipe multidisciplinar do CTI pela equipe da tecnologia da informação, para uso da passagem de plantão digital.

Conforme solicitação da equipe da TI e dos profissionais da saúde, após o treinamento de todos os profissionais do CTI sobre o uso da ferramenta digital, os dois meses subsequentes aos treinamentos serão de avaliação do instrumento, passível de mudanças e de inclusões no *layout*, a fim de facilitar o uso da equipe. As demandas deverão ser reportadas diretamente a TI ou à autora do trabalho, referência no CTI para dúvidas e auxílio no uso.

Quadro 5 - Projeção do tempo de execução da modificação do *software* MV2000® até a finalização do treinamento da equipe multiprofissional após entrega do impresso com o *layout* da ferramenta a TI.

ATIVIDADE	INÍCIO	CONCLUSÃO	ANO
Entrega para a equipe da TI o impresso com o <i>layout</i> final da tela da ferramenta digital, para a passagem de plantão multiprofissional do CTI, no <i>software</i> MV2000®.	OUTUBRO	OUTUBRO	2018
Alterações do <i>layout</i> da passagem de plantão que será disponibilizada para o CTI, pela equipe da TI.	OUTUBRO	DEZEMBRO	2018
Disponibilização da nova ferramenta multidisciplinar no <i>software</i> MV2000®, CTI.	JANEIRO	JANEIRO	2019
Treinamento da equipe de enfermagem e da medicina do CTI, pela equipe da TI, quanto ao manuseio da ferramenta disponível no <i>software</i> .	JANEIRO	JANEIRO	2019
Treinamento da equipe de fisioterapia do CTI, pela equipe da TI, quanto ao manuseio da ferramenta disponível no <i>software</i> .	FEVEREIRO	FEVEREIRO	2019
Treinamento da equipe de nutrição do CTI, pela equipe da TI, quanto ao manuseio da ferramenta disponível no <i>software</i> .	MARÇO	MARÇO	2019
Treinamento da equipe de fonoaudiologia do CTI, pela equipe da TI, quanto ao manuseio da ferramenta disponível no <i>software</i> .	ABRIL	ABRIL	2019
Treinamento da equipe de farmácia do CTI, pela equipe da TI, quanto ao manuseio da ferramenta disponível no <i>software</i> .	MAIO	MAIO	2019
Treinamento da equipe de psicologia do CTI, pela equipe da TI, quanto ao manuseio da ferramenta disponível no <i>software</i> .	JUNHO	JUNHO	2019
Avaliação dos profissionais da saúde quanto à ferramenta disponível no <i>software</i> para passagem de plantão no CTI.	AGOSTO	OUTUBRO	2019

Fonte: elaborado pela autora (2018).

Dessa forma, conforme o uso da ferramenta digital, os demais instrumentos editados em processador de texto e disponíveis em área comum de acesso nos computadores do hospital para passagem de plantão começam a ser substituídos e retirados de uso. Os únicos instrumentos que continuarão em uso é o dos técnicos de enfermagem, atualizado manualmente a cada turno e disponível no prontuário físico do paciente; assim como o da equipe de nutrição, extremamente específico aos nutricionistas e cujo acesso já é restrito pelo *software* Brandt Brasil®.

6 CONCLUSÃO

Considerando a dimensão e complexidade assistencial, o Centro de Terapia Intensiva é um local que requer o uso de tecnologias avançadas, que permitem manter e promover a saúde dos pacientes. Neste sentido, necessita também munir-se de uma equipe altamente capacitada e em sintonia para atender as elevadas demandas assistenciais dos pacientes internados no local.

Além disso, o cenário assistencial deve garantir a segurança do cuidado e o sigilo das informações que foram processadas e armazenadas ao longo do período de internação. Para tanto, os dados de avaliações e acompanhamento dos pacientes internados em um CTI, pela equipe, são significativos para que a instituição adeque o espaço de atendimento via informática, de forma que haja uma integralidade para a promoção do cuidado.

O estudo demonstrou que segurança do paciente e continuidade da assistência também dependem de como as informações são acessadas e transmitidas entre os turnos de trabalho, por meio da qualidade dos instrumentos de passagem de plantão. O CTI do hospital do estudo possui uma diversidade de ferramentas exclusivas, uma para cada segmento profissional, a fim de promover a transferência dos cuidados entre os turnos, porém de forma dissociada.

Além dessa pluralidade de instrumentos, o acesso é bastante frágil, disponível facilmente para leitura e passível de descarte por profissionais que não estavam prestando atendimento aos pacientes. Estes pontos foram significativos para a motivação da autora, e posteriormente da equipe participante do estudo, na busca por mudanças das ferramentas assistenciais.

O setor de Emergência do hospital em questão já fazia uso de uma ferramenta tecnológica para a passagem de plantão, disponível no *software* da instituição, o MV2000®. Entretanto, apenas os enfermeiros e os médicos daquele setor tinham a possibilidade de acesso e uso de forma integrada. Dessa forma, o estudo teve como foco adequar esse mesmo *software* para ser acessado por toda a equipe multiprofissional da terapia intensiva. Uma construção conjunta entre usuários e analistas da tecnologia da informação a fim de garantir a viabilidade na execução das alterações solicitadas no sistema, mantendo a segurança e a privacidade das informações.

A sensibilização da equipe multiprofissional do CTI sobre a necessidade de garantir um acesso restrito e em uma ferramenta única foi um passo inicial do estudo, assim como a possibilidade de acesso rápido a um instrumento cuja toda a equipe multiprofissional terá a liberdade de edição e de leitura. Assim, permaneceu o entendimento sobre a relevância dos registros dos pacientes em prontuário eletrônico, realizados até o momento, entretanto, entendeu-se também que ter disponível uma ferramenta facilitadora do cuidado na beira do leito, com as informações da equipe multiprofissional, seria de grande valor.

O método escolhido permitiu que, ao menos um representante de cada categoria profissional e que atua no CTI, pudesse participar da adequação do *software* MV2000®, analisando seu atual instrumento usado para a transferência do cuidado e quais as alterações que gostaria que tivessem no modelo já em uso pela Emergência. A proposta de adequar e de implementar na terapia intensiva um instrumento único e, já disponível no sistema, usado no hospital do estudo, refletiu a boa resposta que o mesmo tem no setor de uso inicial, pois preserva o sigilo das informações devido o acesso restrito e possibilidade do uso multiprofissional.

A participação dos futuros usuários da ferramenta, decidindo nas alterações em conjunto com os profissionais da tecnologia da informação, que irão realizar as modificações solicitadas, permitiu que guiassem o grupo nas decisões, a fim de que apenas as solicitações executáveis fossem aprovadas. Mesmo os profissionais que não utilizam nenhum tipo de ferramenta para a transferência do cuidado, em função de serem únicos no setor também foram convidados a contribuir com o instrumento, qualificando ainda mais a assistência do paciente na terapia intensiva.

A necessidade de adequação da ferramenta assistencial para passagem de plantão multiprofissional foi evidenciada pelos participantes como sendo um instrumento representativo para a dinâmica de trabalho em terapia intensiva. A oportunidade de construção coletiva da equipe do CTI demonstrou que as informações assistenciais devem ser operacionalizadas de forma integral, bem como estabelecer ações assistenciais mais efetivas das áreas de conhecimento que estiverem envolvidas no processo de saúde-doença.

O estudo foi um desafio, já que teve o objetivo de unir em um mesmo local para discutir sobre uma ferramenta de uso único, profissionais de diferentes categorias profissionais, com suas diferenças e particularidades. As principais limitações encontradas foram com relação às alterações que a equipe da TI poderia

realizar no *software*, a fim de entregar as solicitações em um menor espaço de tempo para o uso da equipe, além da limitação em agregar um maior número de informações importadas do próprio sistema de prontuário eletrônico do paciente na ferramenta.

O produto final do mestrado profissional foi o impresso para guiar as alterações em um *software*, mais especificamente uma ferramenta para passagem de plantão, que permitirá o acesso de toda a equipe multidisciplinar da terapia intensiva. A proposta teve o intuito de diminuir custos com a criação de um novo sistema específico para a transferência do cuidado e em um modelo virtual já de uso pela equipe, o MV2000®.

Assim, foi criado a partir deste estudo um guia com informações a serem acrescentadas no *software* já existente no hospital em questão, que passará por alterações que foram propostas pelo trabalho coletivo. As alterações se constituem em uma ferramenta impressa para a passagem de plantão, acessível para o uso da equipe multidisciplinar em uma unidade de terapia intensiva adulto.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Marília; MELLO, Renata Avelar. **Trabalho em equipe entre profissionais da enfermagem em um centro de terapia intensiva.** Ciência, Cuidado e Saúde, São Paulo, v. 5, n. 3, p.: 299-308, 2006.
- AMARAL, Thatiana Lameira Maciel; CACIANO, Kelly Regina Pires da Silva; CARVALHO, Bruna Martins; ISRAEL, Jakeline de Lima; MEDEIROS, Irla Maiara Silva; RIBEIRO, Manuela Albuquerque Lima; RITTER, Celso Gustavo. **Construção e validação de conteúdo do plano multiprofissional de alta em terapia intensiva.** Revista Saúde e Pesquisa, Paraná, v. 11, n. 1, p.: 39-48, 2018.
- ANDRADE, Luiz Eduardo Lima; LOPES, Johnnatas Mikael; FILHO, Marlon César Melo Souza; JÚNIOR, Romero Fonseca Vieira; FARIAS, Luiz Paulo Costa; SANTOS, Carla Caroline Medeiros; GAMA, Zenewton André da Silva. **Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p.: 161-172, 2018.
- ARAÚJO, Juliana Sampaio; XAVIER, Monalisa Pontes. **O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança.** Revista Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 1, p.: 137-149, 2014.
- ASCHIDAMINI, Ione Maria; SAUPE, Rosita. **Grupo Focal – Estratégia Metodológica Qualitativa: um ensaio teórico.** Cogitare Enfermagem, Paraná, v. 9, n.1, p.: 9-14, 2004.
- AUGUST, Judy H. **JAD: Joint Application Design.** 2. Ed. São Paulo: Makron Books, 1993.
- AYACH, Carlos; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; GARBIN, Cléa Adas Saliba. **Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico.** Saúde Social, São Paulo, v. 22, n. 1, p.: 237-248, 2013.
- BAASCH, Davi; LANER, Aline dos Santos. **Os significados do trabalho em unidades de terapia intensiva de dois hospitais brasileiros.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 16, n. 1, p.: 1097-1105, 2011.
- BACKES, Dirce Stein; COLOMÉ, Juliana Silveira; ERDMANN, Rolf Herdmann; LUNARDI, Valéria Lerch. **Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas.** O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 4, n. 35, p.: 438-442, 2011.
- BARBOSA, Pedro Marco Karan; BARBOSA, Vanessa Baliego Andrade; SORES Francisco Vendito; SALES, Patrícia Regina Souza; BARBOSA, Fernanda Karan; SILVA, Luis Carlos Paula. **Organização do processo de trabalho para passagem de plantão utilizando score para dependência e risco clínico.** RAS, v. 15, n. 58, p.: 19-26, 2013.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** 1. ed. São Paulo: 70, 2011.

BECCARIA, Lúcia Marinilza; MENEGUESSO, Bruna; BARBOSA, Tais Pagliuco; PEREIRA, Roseli Aparecida Matheus. **Interferências na Passagem de Plantão de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. Revista Cuidarte Enfermagem, v. 11, n. 1, p.: 86-92, 2017.

BOLELA, Fabiana; JERICÓ, Marli de Carvalho. **Unidades de Terapia Intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização**. Revista Escola Anna Nery, São Paulo, v. 10, n. 2, p.: 301-308, 2006.

BRASIL. **Resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva e da outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 23 ago. 2016.

BRAVIDELLI, Maria Meimei; SERTÓRIO, Sonia Cristina Masson. **TCC-Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde**. 4. ed. São Paulo: Iátria, 2010.

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. **Processo de Comunicação na Equipe de Enfermagem Fundamentado no Diálogo entre Berlo e King**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, n. 19, v. 3, p.: 467-474, 2015.

BUENO, Bárbara Ribeiro Miquelin; MORAES, Suzana Soares; SUZUKI, Karina; GONÇALVES, Fernanda Alves Ferreira; BARRETO, Regiane Aparecida dos Santos Soares; GEBRIM, Cyanéa Ferreira de Lima. **Caracterização da passagem de plantão entre o centro cirúrgico e a unidade de terapia intensiva**. Cogitare Enfermagem, Paraná, v. 20, n. 3, p.: 512-518, 2015.

CAMELO, Silvia Helena Henriques. **O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa**. Cogitare Enfermagem, v. 16, n. 4, p.: 734-740, 2011.

CARAM, Carolina da Silva; REZENDE, Lilian Cristina; BRITO, Maria José Menezes. **Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar**. Revista Mineira de Enfermagem – REME, v. 21, p.: 01-09, 2017.

CARDOSO, Cíntia Garcia; HENNINGTON, Élide Azevedo. **Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança**. Trabalho Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p.: 85-112, 2011.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. Estudos Avançados, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre a aprovação de diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 03 setembro 2016.

CORREIO, Natalia Gonçalves Mateus; CORREIO, Daniel Aragão Machado. **A formação multiprofissional em saúde sob a ótica do residente.** Revista Online de Pesquisa, v. 10, n. 2, p.: 593-598, 2018.

COSTA, Carissa Menezes; PAES, Fernanda Scarano; MUNOZ, Lucila Guardia; SILVA, Andressa Farias Ferreira; SOUZA, Maria Santos; MACHADO, Davi Alves; MACHADO, Valéria Bertonha. **Modelo para passagem de plantão no HUB.** Revista Eletrônica Gestão e Saúde, v. 5, n. 3, 2014.

DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (Org.); NOVELLI, Ana Lucia Coelho Romero *et al.* **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado; QUEIROZ, Ana Beatriz Azevedo; BUSCHER, Andreas; STIPP, Marlucci Andrade Conceição. **O Erro no Cotidiano da Assistência de Enfermagem em Terapia Intensiva.** Revista Latino Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 23, n. 6, 1074-1081, 2015.

ELLER, Karen Evelin Alves; GOMES, Denise Mary Costa; RODRIGUES, Camila Cristina; SOUZA, Michelle Cristina Castillo. **Revisão Bibliográfica: identificação das falhas na comunicação da passagem de plantão de enfermagem.** Pesquisa e Ação, São Paulo, v. 3, n.1, 2017.

EVANGELISTA, Viviane Canhizares; DOMINGOS, Thiago da Silva; SIQUEIRA, Fernanda Paula Cerântola; BRAGA, Eliana Mara. **Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, n. 6, p.: 1099-1107, 2016.

FARIA, Thais Nayara Tavares; CARBOGIM, Fábio Costa; ALVES, Katiussé Resende; TOLEDO, Luana Vieira; MARQUES, Dionasson Altivo. **Cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva: percepção dos profissionais de enfermagem.** Revista de Enfermagem UFPE online, Recife, v. 11, n. 5, p.: 1996-2002, 2017.

FERNANDES, Haggéas da Silveira; JÚNIOR, Sérgio Antônio Pulzi; FILHO, Rubens Costa. **Qualidade em Terapia Intensiva.** Revista Brasileira Clínica Médica, São Paulo, v. 8, p.: 37-45, 2010.

FERNANDES, Haggéas da Silveira; SILVA, Eliezer; NETO, Antonio Capone; PIMENTA, Luis Antonio; KNOBEL, Elias. **Gestão em Terapia Intensiva: conceitos e inovações.** Revista Brasileira Clínica Médica, São Paulo, v. 9, n. 2, p.: 129-137, 2011.

FOGAÇA, Monalisa de Cássia; CARVALHO, Werther Brunow; CÍTERO, Vanessa de Albuquerque; NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. **Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 20, n. 3, p.: 261-266, 2008.

GARCIA, Paulo Carlos; FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro. **Tempo de Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Indicadores de**

Qualidade Assistencial: análise correlacional. Revista Latino-Americana Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 4, p.: 01-09, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GONÇALVES, Mariana Itamaro; ROCHA, Patrícia Kuerten; ANDERS, Jane Cristina; KUSAHARA, Denise Miyuki; TOMAZONI, Andréia. **Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais.** Texto Contexto Enfermagem, Santa Catarina, v. 25, n.1, p.: 1-8, 2016.

GOULART, Bethania Ferreira; CAMELO, Silvia Helena Henriques; SIMÕES, Ana Lúcia de Assis; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi. **Trabalho em equipe em unidade coronariana: facilidades e dificuldades.** Revista Escola de Enfermagem da USP, v. 50, n. 3, p.: 482-489, 2016.

GUEDES, Heloísa Helena da Silva; CASTRO, Marina Monteiro de Casto. **Atenção Hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde.** Serviço Social em Revista, Paraná, v. 12, n. 1, p.: 4-26, 2009.

KINALSKI, Daniela Dal Forno; PAULA, Cristiane Cardoso; PADOIN, Stela Maris de Mello; NEVES, Eliane Tatsch; KLEINUBING, Raquel Einloft; CORTES, Laura Ferreira. **Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência.** Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 70, n. 2, p.: 443-448, 2017.

KRUTINSKY, Daniela Cristina; CORNACCHIA, Haradyane; LEITÃO Isabel Cristina; SOUZA, Juliana Conrado; ANANIAS, Juliane Cristina; COUTINHO, Raquel Machado Cavalca. **O significado da passagem de plantão por trabalhadores de enfermagem.** Rev. Inst Ciências Saúde, São Paulo, v. 25, n. 2, p.: 105-111, 2007.

LIMA, Angela Maria; SILVA, Elaine Reda. **Sistematização da passagem de Plantão em UTI: proposta de instrumento de registro.** Revista Científica de Enfermagem, São Paulo, v. 7, n.20, p.: 48-57, 2017.

MARTINS, Celso; LIMA, Sania Maria. **Vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico para instituição de saúde.** Revista de Administração em Saúde - RAS, São Paulo, v. 16, n. 63, p.: 61-66, 2014.

MARTINS, Josiane de Jesus; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira; GEREMIAS, Cláudia Koch; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni; SCHWEITZER, Gabriela; MATTIOLI NETO, Hilário. **O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional.** Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. v. 10, n. 4, p.: 1091-101, 2008.

MOERSCHBERGER, Mayara Schirmer; ZIMATH, Sofia Cieslak. **Necessidades e estressores vivenciados por familiares de pacientes politraumatizados internados em Unidade de Terapia Intensiva.** Revista SBPH, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2017.

NETO, João Dutra de Araújo; SILVA, Isabella Suanne Pereira; ZANIN, Loise Elena; ANDRADE, Abigail de Paulo; MORAES, Kesia Marques. **Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação**

multiprofissional. Revista Brasileira de Promoção em Saúde, Fortaleza, v. 29, n. 1, p.: 43-50, 2016.

NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. **Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente.** Cogitare Enfermagem, v. 20, n. 3, p.: 636-640, 2015.

NOVARETTI, Marcia Cristina Zago; QUITÉRIO, Ligia Maria; SANTOS, Edzangela Vasconcelos. **Gestão em Unidades de Terapia Intensiva Brasileiras: estudo bibliométrico dos últimos 10 anos.** Revista da Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, p.: 01-18, 2015.

OLIVEIRA, Carlos Ariel Souza; PINTO, Francisco Cid Coelho; VASCONCELOS, Thiago Brasileiro; BASTOS, Vasco Pinheiro Diógenes. **Análise de Indicadores Assistenciais em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica na Cidade de Fortaleza/CE.** Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 25, v. 1, p.: 99-105, 2017.

OLIVEIRA, Leila Maria; EVANGELISTA, Renata Alessandra. **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): excelência no cuidado.** Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNIPAM, Minas Gerais, v. 1, n. 7, p.: 83-88, 2010.

OLIVEIRA, Maria Cristina; ROCHA, Renata Guimarães Moreira. **Reflexões acerca da passagem de plantão: implicações na continuidade da assistência de enfermagem.** Revista Enfermagem, São Paulo, v. 10, n. 1, p.: 191-198, 2016.

PADILHA, Elaine Fátima; MATSUDA, Laura Misue. **Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Terapia Intensiva: Avaliação por meio de auditoria operacional.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 64, n. 4, p.: 684-691, 2011.

PEREIRA, Bruna Tinoco; BRITO, Camila Alessandra; PONTES, Gabriela Corrêa; GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares. **A Passagem de Plantão e a Corrida de Leitos como Instrumentos Norteadores para o Planejamento da Assistência de Enfermagem.** Reme – Revista Mineira de Enfermagem, Minas Gerais, v. 15, n. 2, p.: 283-289, 2011.

PEREIRA, Francisco Neves; ALMARIO, Alan; SOARES, Camila; SOUZA, Ana Rosa Lins; UZAM, Camilla de Paula Pereira. **Prontuário eletrônico do paciente (PEP) sua aplicabilidade e contribuição como instrumento de integração segura da informação nas redes de atendimento à saúde.** Revista Ibirapuera, São Paulo, n. 14, p.: 18-26, 2017.

PIROLO, Sueli Moreira; FERRAZ, Clarice Aparecida; GOMES, Romeu. **A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva.** Revista Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 45, n. 6, 2011.

PORTAL, Kelly Magnus; MAGALHÃES, Ana Maria Muller. **Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem.** Rev. Gaúcha Enfermagem, Rio Grande do Sul, v. 29, n. 2, p.: 246-253, 2008.

PROENÇA, Michele de Oliveira; DELL AGNOLO, Cátia Millene. **Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 32, n. 2, 2011.

RODRIGUES, Tician Daltri Felix. **Fatores estressores para a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva.** Revista Mineira de Enfermagem – REME, v. 16, n. 3, p.: 454-462, 2012.

RONDINA, João Marcelo; CANÊO, Paula Krauter; CAMPOS, Mariana Santos; RODRIGUES, Yasmin Poltronieri. **Prontuário eletrônico do paciente: comparação de um hospital de ensino com outras instituições de saúde.** Revista Saúde Digital, v. 2, n.3, p.: 41-50, 2017.

ROSSANEIS, Mariana Angela; GABRIEL, Carmen Silva; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço; MELO, Marcia Regina Antonietto da Costa; BERNARDES, Andrea. **Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 16, n. 4, p.: 769-776, 2014.

SALOMÉ, Geraldo Magela; ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha; SILVA, Gilberto Tadeu Reis. **O ser profissional de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.** Revista Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 21, n. 2, p.: 294-299, 2014.

SANTANA, Viviane Santos; FEITOSA, Alexandre Gomes; GUEDES, Lorena Barreto Arruda; SALES, Noely Bastos Brito. **Qualidade de vida dos profissionais de saúde em ambiente hospitalar.** Revista Pesquisa em Fisioterapia, Bahia, v. 4, n. 1, p.: 35-46, 2014.

SANTOS, Grazielle Rezende da Silva dos Santos; CAMPOS, Juliana Faria; SILVA, Rafael Celestino. **Comunicação no *handoff* na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente.** Revista Escola Anna Nery, v. 22, n. 2, p.: 01-12, 2018.

SANTOS, Victon Malcolm Rodrigues; NETO, Jorge da Silva Correa. **Adaptação da metodologia JAD para o desenvolvimento de *games*.** In: IX Jornada de Ensino Pesquisa e Extensão (JEPEX). Pernambuco: UFRPE, 2009.

SENA, Alexandre; PIERS, Erik André de Nazaré. **Qualidade da Informação: uma breve abordagem sobre a contribuição do periódico científico para a ciência.** Revista Múltiplos Olhares em Ciência da Informação, v. 2, n. 1, p.: 01-19, 2012.

SILVA, Débora Alves; ROCHA, Izabella Mendes de Souza; DIAS, Fernanda de Andrade; MOREIRA, Danielle de Araújo; AFONSO, Lívia Napoli; BRITO, Maria José Menezes. **Otimização da ferramenta utilizada durante a passagem de plantão em uma unidade de pronto atendimento.** Sonare, Sobral, v. 16, n. 1, 2017.

SILVA, Évena Emiliana; CAMPOS, Luciana de Freitas. **Passagem de plantão na enfermagem: revisão da literatura.** Cogitare Enfermagem, Paraná, v. 12, n. 4, p.: 502-507, 2007.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela; CASTRO, Wesley Souza. **A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e**

possibilidades. Revista Gaúcha de Enfermagem, Rio Grande do Sul, v. 38, n. 4, 2017.

SIQUEIRA, Ivana Lucia Correa Pimentel; KURCGANT, Paulina. **Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias.** Acta Paul. Enfermagem, São Paulo, v. 18, n. 4, p.: 446-451, 2005.

TONELLO, Izângela Maria Sansoni; NUNES, Risia Meressa da Silva; PANARO, Aline Peres. **Prontuário do Paciente: a questão do sigilo e a lei de acesso à informação.** Inf. Inf, São Paulo, v. 18, n. 2, p.: 193-210, 2013.

TRAD, Leny A. Bomfim. **Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.: 777-796, 2009.

VIGNOCHI, Luciano; GONÇALO, Claudio; LEZANA, Álvaro Guillermo. **Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho?** Revista Administração de Empresas, São Paulo, v. 54, n. 5, p.: 496-509, 2014.

WALLAU, Rodrigo Ambros; GUIMARÃES, Hélio Penna; FALCÃO, Fernando dos Reis; LOPES, Renato Delascio; LEAL, Helena da Rocha; SENNA, Ana Paula Resque; ALHEIRA, Rosa Goldstein; MACHADO, Flávia Ribeiro; AMARAL, José Luiz Gomes. **Qualidade e humanização do atendimento em medicina intensiva. Qual a visão dos familiares?** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 18, n. 1, 2006.

YIN, Robert. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim.** E-Pub. Porto Alegre: Penso, 2016.

**APÊNDICE A - CRONOGRAMA DOS ASSUNTOS E DAS ATIVIDADES
REALIZADAS NOS ENCONTROS COM A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE UM
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL DE PORTO
ALEGRE/RS**

	DATA/ HORÁRIO	LOCAL/ DURAÇÃO	GRUPOS	ATIVIDADE PROPOSTA
REUNIÃO 1	01/05/2018 - 10:30	Sala reuniões no CTIA - 1 hora.	- Grupo 1 - Grupo 2	- Apresentação da proposta do estudo; - Adequação do cronograma; - Sensibilização da equipe multiprofissional e debate sobre a percepção dos profissionais em relação à mudança do instrumento.
REUNIÃO 2	08/05/2018 - 10:30	Sala de reuniões no CTIA - 1 hora.	- Grupo 1	- Avaliação dos modelos de passagem de plantão da literatura; - Avaliação do modelo de passagem de plantão já existente no CTI e na Emergência; - Listagem de alterações necessárias para a nova ferramenta. - Adequação da ferramenta de passagem de plantão multiprofissional.
REUNIÃO 3	15/05/2018 - 10:30	Sala de reuniões no CTIA - 1 hora.	- Grupo 1	- Avaliação dos modelos de passagem de plantão da literatura; - Avaliação do modelo de passagem de plantão já existente no CTI e na Emergência; - Listagem de alterações necessárias para a nova ferramenta. - Adequação da ferramenta de passagem de plantão

				multiprofissional.
	DATA/ HORÁRIO	LOCAL/ DURAÇÃO	GRUPOS	ATIVIDADE PROPOSTA
REUNIÃO 4	22/05/2018 - 10:30	Sala de reuniões no CTIA - 1 hora.	- Grupo 1 - Grupo 2	- Análise do impresso pela TI sobre a possibilidade de alterações da ferramenta digital para a passagem de plantão multiprofissional baseado em modelo já existente na instituição (setor Emergência). - Adequação da ferramenta digital de passagem de plantão multiprofissional.
REUNIÃO 5	29/05/2018 - 10:30	Sala de reuniões no CTIA - 1 hora.	- Grupo 1 - Grupo 2	- Finalização das adequações do modelo de ferramenta tecnológica; - Impressão de documento contendo <i>layout</i> da tela final e entrega para a TI; - Definição dos prazos para alterações do <i>software</i> e início do uso da ferramenta no CTI.

Fonte: elaborado pela autora (2018).

Grupo 1: Profissionais de Saúde (PS)

Grupo 2: Profissionais da Tecnologia da Informação (PTI)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

PASSAGEM DE PLANTÃO MULTIPROFISSIONAL:

Adequação de um *software* para o acompanhamento assistencial em um Centro de Terapia Intensiva Adulto do município de Porto Alegre/RS

A comunicação multiprofissional e os registros das informações diárias sobre cada enfermo são significativas para o bom andamento do processo e do trabalho assistencial. O uso de instrumentos coletivos viabiliza a integração dos dados nas suas trocas de plantão entre os turnos.

O compartilhamento deste instrumento por todos os profissionais favorece a assistência, visto que as condutas definidas diariamente devem ser planejadas de forma que os turnos seguintes possam dar continuidade aos cuidados com os pacientes. Neste sentido, há a necessidade de que as informações não se percam ao longo das passagens de plantão, operacionalizando-se uma harmonia de informações individualizadas entre os diversos profissionais.

O interesse em abordar este tema surgiu a partir da observação do instrumento impresso usado para auxiliar a passagem de plantão dos profissionais de um Centro de Terapia Intensiva (CTI) específico, na qual acontece de forma separada e com instrumentos diversos modificados por cada área profissional que atua no CTI (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico). Assim, muitas vezes, condutas definidas durante os turnos, e de forma multidisciplinar, se perdem facilmente ao longo das passagens de plantão diárias devido à alta rotatividade de profissionais e principalmente pela documentação pouco efetiva.

Desta forma, você está sendo convidado a participar do estudo intitulado “Passagem de Plantão Multiprofissional: Adequação de um *software* para o acompanhamento assistencial em um Centro de Terapia Intensiva Adulto do município de Porto Alegre /RS”. A pesquisa será desenvolvida pela enfermeira mestranda Roberta Manfro Lopes, aluna do curso de Mestrado Profissional de Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS.

O(a) Sr.(a) fará parte de um grupo de profissionais que trabalham no setor do hospital em questão, o Centro de Terapia Intensiva, sendo usuário de algum tipo de

instrumento para a passagem de plantão ou não. O grupo contará também com a participação de profissionais da área da tecnologia da informação, a fim de adequar, em conjunto, uma ferramenta digital que contemplará as demandas assistências dos profissionais do CTIA.

O estudo é focado na modificação de um *software* que disponibilizará para a equipe uma ferramenta tecnológica adaptada com informações essenciais que contribuirão para a continuidade do cuidado dos pacientes críticos, garantindo o acompanhamento multiprofissional em um mesmo instrumento digital de passagem de plantão integrada em um Centro de Terapia Intensiva específico. O objetivo geral será adequar um *software* para acompanhamento assistencial da equipe multiprofissional em um Centro de Terapia Intensiva Adulto de um hospital do município de Porto Alegre /RS.

Dentre os objetivos específicos, identificar na literatura científica os modelos de passagem de plantão; relacionar as principais informações assistenciais de cada categoria profissional (enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e farmácia) com o modelo de passagem de plantão da Emergência utilizado no Centro de Terapia Intensiva; e construir inicialmente um modelo impresso de instrumento de passagem de plantão multiprofissional a fim de orientar a equipe de TI na adequação da ferramenta digital já existente no *software* MV2000®.

Sua relevância está em ser um estudo que irá inicialmente apontar quais as principais informações que um instrumento de passagem de plantão deve ter, específica na terapia intensiva, baseada não apenas na literatura, mas também na vivência de profissionais intensivistas. Ele irá contribuir para a adequação de uma ferramenta digital, de uso multiprofissional, que garantirá o rápido acesso e uma maior visibilidade pela equipe do CTI das principais informações assistenciais de cada paciente, indispensáveis à assistência contínua, favorecendo a comunicação do grupo e qualificando a assistência prestada.

O estudo utilizará como método de coleta de dados o grupo focal a fim de elaborar o impresso durante as reuniões, e a abordagem JAD (*Joint Application Design*) a fim de organizar as etapas do estudo e, por fim, adequar o *software*. Este método visa à construção em equipe, no qual os participantes selecionados serão os futuros usuários e construtores do instrumento em questão.

Serão realizadas 5 reuniões que acontecerão uma vez por semana, no decorrer do período de 1 (um) mês, no turno da manhã, com duração prevista de 1 (uma) hora e 30 (trinta) minutos, na sala de reuniões do CTI. Os profissionais de saúde participarão de 5 encontros, enquanto que os profissionais da tecnologia da informação participarão da primeira, quarta e quinta reuniões. As datas e os horários poderão ser alterados conforme a disponibilidade dos profissionais e conforme a aceitação do grupo, assim como o local de realização e o tempo de duração delas.

As reuniões serão gravadas e transcritas ao final de cada encontro a fim de que nenhuma informação importante se perca, usadas apenas para a elaboração deste estudo. Os dados, em caso de publicação, a confidencialidade será mantida, bem como os créditos aos participantes, se assim desejarem.

A participação nesta pesquisa é voluntária e gratuita, portanto não trará custo algum ao entrevistado, assim como não haverá nenhum tipo de remuneração extra em caso de aceite em participar da pesquisa.

Os riscos aos participantes são mínimos e relacionados com a possibilidade de sentir algum desconforto acerca do tema das reuniões ou da dinâmica das mesmas. O(a) participante poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa e seu nome será retirado do cronograma das reuniões, sem prejuízos para o participante. Sua identidade será preservada e será assegurado seu anonimato.

O benefício do estudo está na possibilidade de modificar uma ferramenta tecnológica que contemplará as demandas assistências de uma equipe multiprofissional, que atua diariamente no CTI, qualificando os registros realizados em um prontuário eletrônico, possibilitando uma visão integral do atendimento realizado ao paciente internado, na tentativa de diminuir ao máximo a perda de informações pertinentes ao cuidado e a terapia.

A pesquisadora se compromete a utilizar as informações adquiridas apenas para fins científicos para a execução do presente estudo, além de manter dos dados da pesquisa em arquivos, por um período de 5 anos após o término do estudo.

Os dados coletados serão confidenciais e manipulados apenas pela Mestranda Roberta Manfro Lopes, podendo ser encontrada no telefone (51)99520.1015, em caso de dúvidas ou desistência, em qualquer fase da pesquisa. Ao final das reuniões, uma cópia do relatório da pauta será entregue aos participantes. E em caso de publicação de resultados, a confidencialidade dos participantes será mantida.

Após ter recebido todas as informações relacionadas à pesquisa, estando de acordo com as ações descritas e concordando espontaneamente com a participação, eu, _____ portador da carteira de identidade _____ certifico que a responsável pela pesquisa, a Mestranda Roberta Manfro Lopes, sob orientação da Profa. Dra. Rosália Figueiró Borges, respondeu as minhas dúvidas, e eu, voluntariamente, aceito participar dela. Declaro ainda que recebi cópia do presente Termo de Consentimento e a outra será arquivada pela pesquisadora.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Roberta Manfro Lopes - Pesquisadora Responsável (em caso de dúvidas)
Email: roberta.manfro@yahoo.com / Telefone: (51) 99520.1015

Assinatura da Pesquisadora

Rosália Figueiró Borges - Orientadora Responsável
Email: rosaliafb@unisinós.br / Telefone: (51) 99983.3814

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

PASSAGEM DE PLANTÃO MULTIPROFISSIONAL:

Adequação de um *software* para o acompanhamento assistencial em um Centro de Terapia Intensiva Adulto do município de Porto Alegre/RS

A comunicação multiprofissional e os registros das informações diárias sobre cada enfermo são significativas para o bom andamento do processo e do trabalho assistencial. O uso de instrumentos coletivos viabiliza a integração dos dados nas suas trocas de plantão entre os turnos.

O compartilhamento deste instrumento por todos os profissionais favorece a assistência, visto que as condutas definidas diariamente devem ser planejadas de forma que os turnos seguintes possam dar continuidade aos cuidados com os pacientes. Neste sentido, há a necessidade de que as informações não se percam ao longo das passagens de plantão, operacionalizando-se uma harmonia de informações individualizadas entre os diversos profissionais.

O interesse em abordar este tema surgiu a partir da observação do instrumento impresso usado para auxiliar a passagem de plantão dos profissionais de um Centro de Terapia Intensiva (CTI) específico, na qual acontece de forma separada e com instrumentos diversos modificados por cada área profissional que atua no CTI (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico). Assim, muitas vezes, condutas definidas durante os turnos, e de forma multidisciplinar, se perdem facilmente ao longo das passagens de plantão diárias devido à alta rotatividade de profissionais e principalmente pela documentação pouco efetiva.

Desta forma, você está sendo convidado a participar do estudo intitulado “Passagem de Plantão Multiprofissional: Adequação de um *software* para o acompanhamento assistencial em um Centro de Terapia Intensiva Adulto do município de Porto Alegre /RS”. A pesquisa será desenvolvida pela enfermeira mestrandia Roberta Manfro Lopes, aluna do curso de Mestrado Profissional de Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS.

O(a) Sr.(a) fará parte de um grupo de profissionais que trabalham com a tecnologia da informação. O grupo contará também com a participação de

profissionais da área da saúde, a fim de adequar, em conjunto, uma ferramenta digital que contemplará as demandas assistências dos profissionais do CTIA.

O estudo é focado na modificação de um *software* que disponibilizará para a equipe uma ferramenta tecnológica adaptada com informações essenciais que contribuirão para a continuidade do cuidado dos pacientes críticos, garantindo o acompanhamento multiprofissional em um mesmo instrumento digital de passagem de plantão integrada em um Centro de Terapia Intensiva específico. O objetivo geral será adequar um *software* para acompanhamento assistencial da equipe multiprofissional em um Centro de Terapia Intensiva Adulto de um hospital do município de Porto Alegre /RS.

Dentre os objetivos específicos, identificar na literatura científica os modelos de passagem de plantão; relacionar as principais informações assistenciais de cada categoria profissional (enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e farmácia) com o modelo de passagem de plantão da Emergência utilizado no Centro de Terapia Intensiva; e construir inicialmente um modelo impresso de instrumento de passagem de plantão multiprofissional a fim de orientar a equipe de TI na adequação da ferramenta digital já existente no *software* MV2000®.

Sua relevância está em ser um estudo que irá inicialmente apontar quais as principais informações que um instrumento de passagem de plantão deve ter, específica na terapia intensiva, baseada não apenas na literatura, mas também na vivência de profissionais intensivistas. Ele irá contribuir para a adequação de uma ferramenta digital, de uso multiprofissional, que garantirá o rápido acesso e uma maior visibilidade pela equipe do CTI das principais informações assistenciais de cada paciente, indispensáveis à assistência contínua, favorecendo a comunicação do grupo e qualificando a assistência prestada.

O estudo utilizará como método de coleta de dados o grupo focal a fim de elaborar o impresso durante as reuniões, e a abordagem JAD (*Joint Application Design*) a fim de organizar as etapas do estudo e, por fim, adequar o *software*. Este método visa à construção em equipe, no qual os participantes selecionados serão os futuros usuários e construtores do instrumento em questão.

Serão realizadas 5 reuniões que acontecerão uma vez por semana, no decorrer do período de 1 (um) mês, no turno da manhã, com duração prevista de 1 (uma) hora e 30 (trinta) minutos, na sala de reuniões do CTI. Os profissionais de

saúde participarão de 5 encontros, enquanto que os profissionais da tecnologia da informação participarão da primeira, quarta e quinta reuniões. As datas e os horários poderão ser alteradas conforme a disponibilidade dos profissionais e conforme a aceitação do grupo, assim como o local de realização e o tempo de duração delas.

As reuniões serão gravadas e transcritas ao final de cada encontro a fim de que nenhuma informação importante se perca, usadas apenas para a elaboração deste estudo. Os dados, em caso de publicação, a confidencialidade será mantida, bem como os créditos aos participantes, se assim desejarem.

A participação nesta pesquisa é voluntária e gratuita, portanto não trará custo algum ao entrevistado, assim como não haverá nenhum tipo de remuneração extra em caso de aceite em participar da pesquisa.

Os riscos aos participantes são mínimos e relacionados com a possibilidade de sentir algum desconforto acerca do tema das reuniões ou da dinâmica das mesmas. O(a) participante poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa e seu nome será retirado do cronograma das reuniões, sem prejuízos para o participante. Sua identidade será preservada e será assegurado seu anonimato.

O benefício do estudo está na possibilidade de modificar uma ferramenta tecnológica que contemplará as demandas assistências de uma equipe multiprofissional, que atua diariamente no CTI, qualificando os registros realizados em um prontuário eletrônico, possibilitando uma visão integral do atendimento realizado ao paciente internado, na tentativa de diminuir ao máximo a perda de informações pertinentes ao cuidado e a terapia.

A pesquisadora se compromete a utilizar as informações adquiridas apenas para fins científicos para a execução do presente estudo, além de manter dos dados da pesquisa em arquivos, por um período de 5 anos após o término do estudo.

Os dados coletados serão confidenciais e manipulados apenas pela Mestranda Roberta Manfro Lopes, podendo ser encontrada no telefone (51)99520.1015, em caso de dúvidas ou desistência, em qualquer fase da pesquisa. Ao final das reuniões, uma cópia do relatório da pauta será entregue aos participantes. E em caso de publicação de resultados, a confidencialidade dos participantes será mantida.

Após ter recebido todas as informações relacionadas à pesquisa, estando de acordo com as ações descritas e concordando espontaneamente com a participação, eu, _____

portador da carteira de identidade _____
certifico que a responsável pela pesquisa, a Mestranda Roberta Manfro Lopes, sob orientação da Profa. Dra. Rosália Figueiró Borges, respondeu as minhas dúvidas, e eu, voluntariamente, aceito participar dela. Declaro ainda que recebi cópia do presente Termo de Consentimento e a outra será arquivada pela pesquisadora.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Roberta Manfro Lopes - Pesquisadora Responsável (em caso de dúvidas)
Email: roberta.manfro@yahoo.com / Telefone: (51) 99520.1015

Assinatura da Pesquisadora

Rosália Figueiró Borges - Orientadora Responsável
Email: rosaliafb@unisinós.br / Telefone: (51) 99983.3814

ANEXO A – INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE/RS

Passagem de Plantão Técnico de Enfermagem - Check-List

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Etiqueta do paciente </div>	<p>Diagnósticos:</p> <p>Data da Internação no CTIA: _____ Isolamento <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____</p> <p>Data: _____ Alergias: _____</p> <p><small>Deve-se utilizar o informativo como guia para passagem de plantão. Lembre-se que o registro deve ser realizado de acordo com as condições do paciente no momento da passagem de plantão. Quando item não for aplicável, marcar (-).</small></p>	
<p>Manhã</p> <p>Pulseira: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não local: ____ Cor: <input type="checkbox"/> Verm <input type="checkbox"/> Branca</p> <p>Cabeceira: <input type="checkbox"/> 30º ____º Motivo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sedado - RASS ____ <input type="checkbox"/> Glasgow: ____ Repiques _____</p> <p>Pausa na sedação <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Início Pausa: _____</p> <p>Ventilação: <input type="checkbox"/> Ar Amb. <input type="checkbox"/> O₂ _L/min ____ <input type="checkbox"/> VMNI <input type="checkbox"/> VM</p> <p><input type="checkbox"/> TOT Comissura ____ <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> Trachcare <input type="checkbox"/> Ayre</p> <p><input type="checkbox"/> Hig. oral clorex.</p> <p>Dieta: <input type="checkbox"/> VO 0% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%</p> <p><input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Gastro <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> Aberta</p> <p>Vol. inf. ____ Hidrat. ____ NPT _____</p> <p><input type="checkbox"/> CVC ____ <input type="checkbox"/> CVP ____ Data: ____ <input type="checkbox"/> Shilley ____</p> <p><input type="checkbox"/> Permicath <input type="checkbox"/> Portocath <input type="checkbox"/> Swan-Ganz ____ <input type="checkbox"/> PICC ____</p> <p>Heparinização: _____ PAM _____</p> <p>HD: <input type="checkbox"/> prisma <input type="checkbox"/> Convencional <input type="checkbox"/> Heparina <input type="checkbox"/> Citrato</p> <p><input type="checkbox"/> Dreno ____ <input type="checkbox"/> FO ____</p> <p>Evacuação: ____ Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD</p> <p><input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> Irrigação ____ mL/h <input type="checkbox"/> outros: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Contenção <input type="checkbox"/> Lesão de pele Decúbito _____</p> <p>Infusões: _____</p> <p>_____</p> <p>Exames realizados</p> <p>_____</p> <p>Pendências:</p> <p>OBS:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> kit box completo Checagem <input type="checkbox"/> papel <input type="checkbox"/> eletrônica</p> <p>Assinatura/carimbo: _____</p>	<p>Tarde</p> <p>Pulseira: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não local: ____ Cor: <input type="checkbox"/> Verm <input type="checkbox"/> Branca</p> <p>Cabeceira: <input type="checkbox"/> 30º ____º Motivo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sedado - RASS ____ <input type="checkbox"/> Glasgow: ____ Repiques _____</p> <p>Pausa na sedação <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Início Pausa: _____</p> <p>Ventilação: <input type="checkbox"/> Ar Amb. <input type="checkbox"/> O₂ _L/min ____ <input type="checkbox"/> VMNI <input type="checkbox"/> VM</p> <p><input type="checkbox"/> TOT Comissura ____ <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> Trachcare <input type="checkbox"/> Ayre</p> <p><input type="checkbox"/> Hig. oral clorex.</p> <p>Dieta: <input type="checkbox"/> VO 0% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%</p> <p><input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Gastro <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> Aberta</p> <p>Vol. inf. ____ Hidrat. ____ NPT _____</p> <p><input type="checkbox"/> CVC ____ <input type="checkbox"/> CVP ____ Data: ____ <input type="checkbox"/> Shilley ____</p> <p><input type="checkbox"/> Permicath <input type="checkbox"/> Portocath <input type="checkbox"/> Swan-Ganz ____ <input type="checkbox"/> PICC ____</p> <p>Heparinização: _____ PAM _____</p> <p>HD: <input type="checkbox"/> prisma <input type="checkbox"/> Convencional <input type="checkbox"/> Heparina <input type="checkbox"/> Citrato</p> <p><input type="checkbox"/> Dreno ____ <input type="checkbox"/> FO ____</p> <p>Evacuação: ____ Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD</p> <p><input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> Irrigação ____ mL/h <input type="checkbox"/> outros: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Contenção <input type="checkbox"/> Lesão de pele Decúbito _____</p> <p>Infusões: _____</p> <p>_____</p> <p>Exames realizados</p> <p>_____</p> <p>Pendências:</p> <p>OBS:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> kit box completo Checagem <input type="checkbox"/> papel <input type="checkbox"/> eletrônica</p> <p>Assinatura/carimbo: _____</p>	<p>Noite</p> <p>Pulseira: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não local: ____ Cor: <input type="checkbox"/> Verm <input type="checkbox"/> Branca</p> <p>Cabeceira: <input type="checkbox"/> 30º ____º Motivo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sedado - RASS ____ <input type="checkbox"/> Glasgow: ____ Repiques _____</p> <p>Pausa na sedação <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Início Pausa: _____</p> <p>Ventilação: <input type="checkbox"/> Ar Amb. <input type="checkbox"/> O₂ _L/min ____ <input type="checkbox"/> VMNI <input type="checkbox"/> VM</p> <p><input type="checkbox"/> TOT Comissura ____ <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> Trachcare <input type="checkbox"/> Ayre</p> <p><input type="checkbox"/> Hig. oral clorex.</p> <p>Dieta: <input type="checkbox"/> VO 0% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%</p> <p><input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Gastro <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> Aberta</p> <p>Vol. inf. ____ Hidrat. ____ NPT _____</p> <p><input type="checkbox"/> CVC ____ <input type="checkbox"/> CVP ____ Data: ____ <input type="checkbox"/> Shilley ____</p> <p><input type="checkbox"/> Permicath <input type="checkbox"/> Portocath <input type="checkbox"/> Swan-Ganz ____ <input type="checkbox"/> PICC ____</p> <p>Heparinização: _____ PAM _____</p> <p>HD: <input type="checkbox"/> prisma <input type="checkbox"/> Convencional <input type="checkbox"/> Heparina <input type="checkbox"/> Citrato</p> <p><input type="checkbox"/> Dreno ____ <input type="checkbox"/> FO ____</p> <p>Evacuação: ____ Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD</p> <p><input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> Irrigação ____ mL/h <input type="checkbox"/> outros: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Contenção <input type="checkbox"/> Lesão de pele Decúbito _____</p> <p>Infusões: _____</p> <p>_____</p> <p>Exames realizados</p> <p>_____</p> <p>Pendências:</p> <p>OBS:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> kit box completo Checagem <input type="checkbox"/> papel <input type="checkbox"/> eletrônica</p> <p>Assinatura/carimbo: _____</p>

ANEXO C – INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO DO MÉDICO EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE/RS

	NOME	ATB		LISTA PROBLEMAS	CONDUTA
41	Nome, Idade Médico Assistente Data Internação		AVP	# HSA – HH 1/ FISCHER 3 DI: 20/06 ANGIOTC E ARTERIO SEM LOCALIZAR ANEURISMA	CEFALÉIA, RIGIDEZ DE NUCA E NÁUSEAS - melhor TC de Controle (23/6) ok PAS 145/ 148
42	Nome, Idade Médico Assistente Data Internação	ANIDULA 07/06 Ate 26/06 AMPI MERO /POLI B 23/06	SCHILLEY 23/06	# HAS/ DM2 # TBC NO PASSADO # IRC DIALÍTICA # 2 AVCs ISQ PRÉVIOS - AMBOS C/ TRANSFORMAÇÃO HEMORRÁGICA # MOTIVO DESTA INTERNAÇÃO: AVC ISQ - NIHSS 5 (HEMIPARESIA E / DISARTRIA) # IMPLANTE DE CATETER PERITONEAL 01/06 # CHOQUE SÉPTICO 02/06 – FUNGEMIA # VMI 03 – 10/06 – EXTUBADA # FEBRE – HMC – anteposco – tratado # BACTEREMIA (22/6) - hmc - BGN em identificação	TROMBOSE JUGULARES – HNF 16ml/h – kttp ok HDFVVC- uf 250ml/h Hr 6,6 – 01 CH
43	Nome, Idade Médico Assistente Data Internação	Cefepime 12/06 (Klebsiella MS UCA) Mero 17/06	CVC SVD PAM SCHILLEY 13/06	# HAS # hepatic C # Herpes Zoster # ARTRODESE DE COLUNA EM MARÇO # ACFA # BACTEREMIA # CHOQUE SEPTICO – URINÁRIO - TC – sem complicações (trombose venosa?) # VIA AEREA DIFÍCIL – troca de tot 16/06 # Plaquetopenia – AV. HEMATO: SEPSE	PAUSA SEDAÇÃO 16/06, ABERTURA OCULAR TAQUIPNÉIA – MORFINA -> A/C-P NORA EM REDUÇÃO HDFVVC – 150 RNM – s/ descrição de discite. PLANO DE TRAQUEO SEGUNDA - FEIRA
44	Nome, Idade Médico Assistente Data Internação			# Alergias: AAS, Dipirona, AINE, Codeína, Morfina, Sulfa # Politrauma – queda da escada - Fratura de ossos da face - Fratura rádio d - TCE leve	Estável Melhora da dor. Ainda vertigem Conduta conservadora qto punho Flebite MSE HAS – sem história prévia Alta manhã
45	Nome, Idade Médico Assistente Data Internação		CVC 21/06	# HAS # FA # Alteração cognitiva leve vs demência leve Atual (21/06/2017): # AVCI - TC de controle: presença de infarto divisional antero inferior da ACMD, com transformação hemorrágica tipo I. Sem evidencia de infarto na divisão posterior. # VMI por vômitos 21/06-> Extubado 23/03 # Bradicardia com glicedex	Extubado manhã (23/6) RISCO RE-TOT, tosse ruim/ DISFAGIA Parético – BRAQ. E Ecocardi: ok TC DE CONTROLE – DELIMITADA ÁREA ISQ, POUCO AUMENTO DE DESVIO – AG. LAUDO

**ANEXO D – INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO DO NUTRICIONISTA
EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL DE
PORTO ALEGRE/RS**

DND														OO1	
CONTROLE DE ALIMENTAÇÃO – 3															
NDI DT. 01/08/99															
Ala: 9 – CTIA – CTI ADULTO															
Data: 24/06/2017															
ENF	NA	LEITO	PACIENTE	PRESCRIÇÃO	DIETA	OBSERVAÇÃO	DESJ EJUM	COL OCAÇÃO	ALM OÇO	LANC HE	JANT AR	CEIA	MEIA	INFORMAÇÃO	DOENÇAS
600	3	18	REGISTRO: 00000000 NOME: IDADE: DATA NASCIM.: DATA INTERNAÇÃO: CONTA CONTÁBIL.: PROXIMA VISITA EM: P.A: ALT.: IMC: (CLASSIFIC) [INTERVALO] VCT: KCal	PM: DIETA POR Sonda CONFORME SUPORTE NUTRICI (DATA)	SNE (1) ÁGUA MINERAL	*ALERGIA: AMENDOIM, LARANJA*							SNE: NOVASS OURCE SENIOR 70ML/H (20H PAUSA 2H PARA IDN PROLOP A – 100% + 15G PTN (15H) - SNE	VET: 1680 KCAL/DIA (26 KCAL/KG) PTN: 106G/DIA (1,6G/KG)/ ASG B (15/05... 13/06, 20/06) / *FONO*	{*Parkinson/*de rrame pleural/ *pneumotórax/ *disfunção resp} [SUBJETIVA Triagem Nutricional MUST: 15/05 – 2 – Maior ou Iguala 2: Alto Risco de Desnutrição]

**ANEXO E – INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO DO
FISIOTERAPEUTA EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM
HOSPITAL DE PORTO ALEGRE/RS**

PASSAGEM DE PLANTÃO FISIOTERAPIA CTIA

ÁREA 3 – Data: / /17

PACIENTE	QUADRO	PLANO	MANHA	TARDE	OBSERVAÇÕES
600/22 NOME, IDADE DI: 22/06/2017	# Hipertensão arterial pulmonar moderada # cardiopatia isquêmica # Pós PCR domicilio - 15 min # Aspiração # CAT: 22/6; ACD pequena difusamente doente	HB Grave Nora dose alta Dobuta Sedada BIA	<u>Não atendida</u>		
600/23 NOME, IDADE 3x DI: 15/06/17	# ICC descompensada # EA grave # TVP / Filtro de cava prévio # DP bilateral	Manejo de VMNI – se D&C HB Poltrona – difícil ortostase	Poltrona por pivô Exercícios ativos e resistidos EsVs, secreção deglutida		
600/24 NOME, IDADE	# CI – IAM # FA # PNM # Disfunção ventilatória	HB Mobilização VNI	HB MQS VAS VNI 2hrs Poltrona passiva		Curativo TQT
600/25	VAGO				
600/26 NOME, IDADE 3x DI: 15/06/17	# AVC ACME (15/6) # FA # IAM há 4 anos # TQT 23/06	HB Extub/reTQT em 21/06	HB GQS Mobilizações Fez TQT		TQT bj
600/27 NOME, IDADE DI: 22/06/17	# PC cistectomia # Bexiga neurogênica # ITU de repetição	Mobilizar	Mobilizações no leito EsVs		

**ANEXO F – INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO DO
FONOAUDIÓLOGO EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM
HOSPITAL DE PORTO ALEGRE/RS**

Unidade A1

Profissional que prestará o atendimento:						
Leito	Atendimento	Paciente	DN	Patologia	Convênio	Situação
Conduta Nutri:				Médico:		
Dia 1 ()		Dia 2 ()	Dia 3 ()	Dia 4 ()	Dia 5 ()	
Monitoramento da Deglutição ()		Terapia da Deglutição ()		Terapia de Comunicação ()		
Observações:						
Data VFD:		Resultado VFD:				
FOIS Data:	T0:	GPL (0 A 6): Data:	-	ASHA FACS (0 A 7): Data:	T0:	
	T1:		T0:		T1:	
	T2:		T1:		T2:	
Data:	T3:	Data:	T2:	Data:	T2:	

ANEXO G – INSTRUMENTO DE PASSAGEM DE PLANTÃO DO ENFERMEIRO NA EMERGÊNCIA ADULTO DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE/RS

Passagem de Plantão Emergência			
Leito: <input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>		Pesquisar
<input type="checkbox"/> Marcar Todos			
Leito: 22 Nome: Idade: 71 Atendimento: DI: 23/06/2017 Médico: Alergias: << Sem Alergias Conhecidas >>			
Lista de Problemas: B I U # Ca Reto com MTX hepática com carcinomatose peritoneal # HAS # DM 2 não insulino dependente # Atual: piora do estado geral, dor abdominal, icterícia - Labs 23/06: Hb 9,8 LT 12 000 PCR 25 Cr 3,3 (basal 1,6) uR 162 Na 126 K 6,2 EQU leucocitúria 30 000 TGO 108 BT 28 (BD 26) INR 2,2 FA 817 - Progressão da doença de base - IRC agudizada + Hipercalemia + TP alargado - SF + Glico insulina + NBZ + Sorcal + Cipro + Vitamina K - Labs 24/06: K: 6,3	Plano: B I U Paracenteze guiada por US	Enfermagem: B I U 24/06/2017 03:02 - Úlcera de Pressão: Sem Risco (21) - 24/06/2017 03:02:00 - Queda: Alto Risco LOC - ICTÉRICO AA ABVO AVP - MSE 23/06 SAL PORTOCATH SCD NÃO AGULHADO RESTRITO LEITO DIURESE = PAPAGAIO ABDOMEN GLOBOSO PARACENTESE OK M/P/NI TERMO OK	
Leito: 23 Nome: Idade: 60 Atendimento: DI: 20/06/2017 Médico: Alergias: CONTRASTE			
Lista de Problemas: B I U Hepatite A aguda, sem sinais de insuficiência hepática HAV IgG e UGM reagentes sorologias: NR	Plano: B I U	Enfermagem: B I U 24/06/2017 08:47 - Úlcera de Pressão: Sem Risco (17) - 24/06/2017 08:47:00 - Queda: Baixo Risco - ISOLAMENTO DE CONTATO UI ISOLAMENTO DE GOTÍCULA UI ISOLAMENTO DE CONTATO LOC AA DIETA VO SEM ACESSO VENOSO DEAMBULA M=P+EV+ ok	
Leito: 24 Nome: Idade: 95 Atendimento: DI: 22/06/2017 Médico: Alergias: ASS			
Lista de Problemas: B I U # HAS # CI # IC # FA crônica (Apixaban)	Plano: B I U	Enfermagem: B I U 23/06/2017 02:20 - Úlcera de Pressão: Alto Risco (12) - 23/06/2017 02:20:00 - Queda: Alto Risco - Paciente Vulnerável	
Observações: <input style="width: 100%;" type="text" value="Por vir"/>			
<input type="button" value="Imprimir"/> <input type="button" value="Atualizar"/> <input type="button" value="Solicitações"/>		<input type="button" value="Salvar"/> <input type="button" value="Fechar"/>	

ANEXO H – CARTA DE ANUÊNCIA






FORMULÁRIO

AUTORIZAÇÃO PARA SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E PESQUISA DO HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

Preencha abaixo os dados gerais sobre o seu projeto, utilizando somente os campos azuis.
Após aprovação do seu projeto de pesquisa, uma cópia deste arquivo será enviada para o seu e-mail.

PROJETO DE PESQUISA				
Título	PASSAGEM DE PLANTÃO MULTIPROFISSIONAL: Adequação de um software para o acompanhamento assistencial em um Centro de Terapia Intensiva do município de Porto Alegre/RS.			
Finalidade do projeto	Dissertação de Mestrado.			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
Nome	Roberta Manfro Lopes			
Telefone	(51)99520.1015	Ramal	3385	
E-mail	roberta.manfro@yahoo.com			
Vínculo e setor HMV	Enfermeira Assistencial HMV – CTI Adulto			
Assinatura				
EQUIPE DO ESTUDO				
Nome	Telefone	E-mail	Vínculo HMV	Assinatura
LOCAL DE ORIGEM E DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO				
Instituição ou local de origem	Universidade da Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.			
Instituição ou local de realização	Hospital Moinhos de Vento – HMV/CTI Adulto.			
RESUMO DO PROJETO DE PESQUISA				
<p>O compartilhamento de instrumento para a passagem de plantão por todos os profissionais de um mesmo setor favorece a assistência. A fim de que as informações não se percam ao longo das passagens de plantão e com o propósito de dar continuidade ao atendimento, se faz necessário a utilização de um instrumento específico para os diferentes setores, principalmente na Terapia Intensiva, devido a maior complexidade de dados assistenciais de cada enfermo. O estudo possui como objetivo adequar um software para acompanhamento assistencial em um Centro de Terapia Intensiva do município de Porto Alegre /RS. Tem como objetivos específicos: identificar na literatura científica os modelos de passagem de plantão; relacionar as principais informações assistenciais de cada categoria profissional com o modelo digital de passagem de plantão da Emergência a ser utilizado no Centro de Terapia Intensiva; construir um modelo impresso de instrumento de passagem de plantão multiprofissional a fim de orientar a equipe de TI na adequação da ferramenta tecnológica já existente no software MV2000. O estudo é de caráter qualitativo, descritivo, exploratório, do tipo grupo focal e com ênfase na abordagem JAD (Joint Application Design). O cenário escolhido é um Centro de Terapia Intensiva de um hospital privado da cidade de Porto Alegre/RS. Os participantes serão escolhidos de forma não probabilística, por conveniência, por carta-convite e selecionados conforme critérios de inclusão e exclusão, a fim de reunir um total de 10 (dez) profissionais, aos quais haverá 1 (um) profissional de cada segmento que atua na assistência ao paciente no CTI e 1 (um) profissional da tecnologia de informação. O projeto será desenvolvido em 4 meses. Serão realizadas 5 reuniões, seguindo um cronograma específico. Estes encontros acontecerão uma vez por semana, no decorrer do período de 1 (um) mês; no turno da manhã, com duração prevista de 1 (uma) hora e 30 (trinta) minutos. O projeto será financiado pela pesquisadora. Por fim, será utilizado pela equipe assistencial do hospital em forma de ferramenta digital específica para passagem de plantão, será divulgado na forma de Trabalho de Conclusão de Curso (dissertação de mestrado), de apresentação em eventos científicos e de artigo científico.</p>				

[não preencher – uso interno] - Fluxograma de autorizações institucionais

Recebimento Secretaria CEP	Data:	Assinatura:
	10/03/18	
Gerência ou Chefe de Serviço	<input checked="" type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Não aprovado <input type="checkbox"/> Delegar para	
	Data: 10/03/2018	
	Carimbo/identificação e assinatura:	
Superintendência Médica e/ou Assistencial	<input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Não aprovado <input type="checkbox"/> Delegar para	
	Data:	
	Carimbo/identificação e assinatura:	
Superintendência de Educação, Pesquisa e Responsabilidade Social	<input checked="" type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Não aprovado <input type="checkbox"/> Delegar para	
	Data: 14/3/18	
	Carimbo/identificação e assinatura:	