

Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e *Modified Early Warning Score*



Effective communication for patient safety: transfer note and Modified Early Warning Score

Comunicación efectiva para la seguridad del paciente: nota de transferencia y Modified Early Warning Score

Luciana Olino^a
 Annelise de Carvalho Gonçalves^a
 Juliana Karine Rodrigues Strada^a
 Letícia Becker Vieira^a
 Maria Luiza Paz Machado^a
 Karine Lorenzen Molina^b
 Ana Luisa Petersen Cogo^a

Como citar este artigo:

Olino L, Gonçalves AC, Strada JKR, Vieira LB, Machado MLP, Molina KL, et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180341. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>.

RESUMO

Objetivo: Analisar o registro da Nota de Transferência (NT) e a emissão do Modified Early Warning Score (MEWS) realizados pelo enfermeiro em pacientes adultos transferidos do Serviço de Emergência como estratégia de comunicação efetiva para a segurança do paciente.

Método: Estudo transversal retrospectivo desenvolvido em um hospital de ensino no Sul do Brasil que avaliou 8028 prontuários eletrônicos no ano de 2017. Procedeu-se a análise descritiva.

Resultados: A realização da NT atingiu a meta institucional de 95% nos meses de janeiro e fevereiro, ficando abaixo da meta nos demais meses. A mensuração do MEWS foi realizada em 85,6% (n=6.870) dos prontuários. Destes pacientes, 96,8% (n=6.652) possuíam MEWS não alterado.

Conclusão: A NT e o MEWS estão inseridos no trabalho do enfermeiro, no entanto, são necessárias ações com vistas a qualificar a segurança do paciente, melhorando a comunicação efetiva e, por conseguinte, diminuindo a possibilidade de ocorrências de eventos adversos.

Palavras-chave: Cuidados críticos. Emergências. Enfermagem. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Segurança do paciente.

ABSTRACT

Objective: To analyze the registry of the Transfer Note (NT) and the emission of the Modified Early Warning Score (MEWS) performed by the nurse in adult patients transferred from the Emergency Service as an effective communication strategy for patient safety.

Method: A cross-sectional retrospective study developed at a teaching hospital in the South of Brazil that evaluated 8028 electronic medical records in the year 2017. A descriptive analysis was performed.

Results: NT reached the institutional target of 95% in January and February, falling below the target in other months. The MEWS measurement was performed in 85.6% (n = 6,870) of the medical records. Of these patients, 96.8% (n = 6,652) had unchanged MEWS.

Conclusion: NT and MEWS are inserted in the work of the nurse, however, actions are needed to qualify patient safety, improving effective communication and therefore reducing the possibility of occurrence of adverse events.

Keywords: Critical care. Emergencies. Nursing. Quality indicators, health care. Patient safety.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el registro, realizado por el enfermero, la Nota de Transferencia (NT) y la emisión del Modified Early Warning Score (MEWS) en pacientes adultos transferidos del Servicio de Emergencia como estrategia de comunicación efectiva para la seguridad del paciente.

Método: Estudio transversal retrospectivo desarrollado en un hospital de enseñanza en el sur de Brasil que evaluó 8028 históricos electrónicos en el año 2017. Se llevó a cabo el análisis descriptivo.

Resultados: La realización de la NT alcanzó la meta institucional del 95% en los meses de enero y febrero, quedando por debajo de la meta en los demás meses. La medición del MEWS se realizó en el 85,6% (n = 6.870) de los históricos. De estos pacientes, el 96,8% (n = 6.652) poseía MEWS no alterado.

Conclusión: La NT y el MEWS están insertos en el trabajo del enfermero, sin embargo es necesario acciones con miras a calificar la seguridad del paciente, para mejor la comunicación efectiva y, por consiguiente, disminuir la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos.

Palabras clave: Cuidados críticos. Urgencias médicas. Enfermería. Indicadores de calidad de la atención de salud. Seguridad del paciente.

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente constitui um dos grandes desafios dos cuidados em saúde do século XXI. É foco de discussão, tanto em âmbito nacional quanto internacional, dada sua importância para o sistema de saúde e as repercussões para a sociedade em geral⁽¹⁻²⁾.

O reconhecimento da ocorrência de incidentes e eventos adversos no cuidado em saúde mobilizou a Organização Mundial da Saúde na elaboração de estratégias que possam servir de recurso para a prevenção dessas situações⁽¹⁻²⁾. No ano de 2004, houve a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com a finalidade de facilitar o desenvolvimento de práticas e políticas de segurança aos pacientes em diversos países. Com o propósito de promover melhorias específicas em áreas que são problemáticas na assistência, elaborou-se algumas metas internacionais, dentre as quais se destaca a meta que se refere à comunicação efetiva. Essa objetiva melhorar a efetividade da comunicação entre os prestadores de cuidado, garantindo que as informações verbais e registradas sejam precisas e completas⁽³⁾.

No contexto brasileiro, a Portaria Nº 529 de 1º de abril 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, traz a comunicação no ambiente dos serviços de saúde e a transferência de pacientes entre pontos de cuidado, como protocolos básicos da assistência em saúde⁽⁴⁾.

A comunicação efetiva e o trabalho da equipe multiprofissional são compreendidos como determinantes da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos. As falhas na comunicação entre os profissionais de saúde têm sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados⁽⁵⁾. Os profissionais prestadores de cuidados de saúde têm dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e a continuidade dos cuidados em saúde intra e extra-hospitalar, seja por falta de tempo, escassez de pessoal, ausência de padronização, imperícia ou desconhecimento da importância de tal ação^(1,5).

A instituição de saúde foco desta investigação é um hospital acreditado pela *Joint Commission Internacional* e adota a comunicação efetiva como estratégia em seu rol de ações para implementação de uma cultura organizacional para a segurança do paciente e a qualidade assistencial. Ainda para a melhoria dos processos de trabalho e mudança na cultura de segurança da instituição, instituiu-se a Comissão de Gerenciamento de Risco (GR) que surgiu de uma demanda focada na ampliação da gestão da qualida-

de assistencial e segurança do paciente.

A comunicação efetiva se dá entre os profissionais da saúde e/ou áreas oportunas quando estes transmitem ou recebem uma informação de forma completa e exata, anotando-a e relendo-a para o seu transmissor e este necessita confirmar a precisão dos dados. A comunicação efetiva ocorre na instituição em casos de transferências de pacientes entre setores, de transmissão de informações por telefonemas e relatos verbais diretamente entre profissionais, de formulários e notas de transferência de pacientes, de orientações verbais em situações de emergências ou urgências e de aviso de dados alarmantes laboratoriais por via telefônica ao enfermeiro responsável e/ou à equipe médica assistente.

Considera-se que o cenário da emergência constitui ambiente crítico e de riscos potenciais aos pacientes frente às características do atendimento, gravidade dos casos clínicos e aumento de agravos à saúde por causas externas. Deste modo, o processo de trabalho, nestes ambientes, é atrelado à execução de inúmeros procedimentos - com interrupções contínuas das atividades - e à sobrecarga de trabalho, condições que refletem na qualidade da assistência prestada. Soma-se a isso outros fatores, como por exemplo, insuficiência de recursos materiais, de espaços físicos e de processos operacionais para a assistência que comprometem a segurança dos usuários, podendo incorrer em eventos adversos⁽⁶⁾.

Ações simples e efetivas, por meio do cumprimento de protocolos específicos e da adoção de barreiras de segurança no sistema da assistência, podem prevenir situações de risco e eventos adversos. Nessa direção, no ano de 2015 o hospital de ensino, cenário da investigação, adotou o registro da Nota de Transferência (NT) - roteiro pré-estabelecido realizado pelo enfermeiro prévio às transferências - e o *Modified Early Warning Score* (MEWS) para auxiliar na comunicação e na continuidade nos cuidados entre equipes de saúde de pacientes transferidos do Setor de Emergência Adulto para demais áreas assistenciais da instituição. Ações capazes de assegurar a coordenação e o seguimento do cuidado após a transferência de pacientes contribuem para segurança do usuário, garantem a sequencialidade nos sistemas de saúde, promovem a melhoria dos cuidados prestados, diminuem custos e se mostram uma estratégia eficaz para a diminuição dos eventos adversos⁽⁷⁾.

O MEWS é uma ferramenta aplicada pelos profissionais da saúde para identificação da deterioração clínica de pacientes instáveis, podendo ser considerada uma barreira de segurança no cuidado, além de ser um subsídio para

o julgamento clínico. O escore é composto por cinco parâmetros fisiológicos: pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar e nível de consciência. Qualquer valor acima ou abaixo destes parâmetros é pontuado entre um e três pontos, sendo crescente conforme a gravidade com o total podendo variar de zero a 14 pontos⁽⁸⁾. Tal ferramenta é utilizada para melhorar a comunicação entre as equipes durante a transferência, adequando a reavaliação ou intervenção de acordo com o resultado do escore que indica a gravidade do paciente.

Diante da problemática exposta sobre a comunicação efetiva como estratégia para a segurança do paciente, tem-se o seguinte questionamento: as NT e a emissão do MEWS no Serviço de Emergência Adulto no hospital de ensino estão sendo realizadas de acordo com as diretrizes propostas pela instituição?

Uma cultura organizacional alicerçada em estratégias e ações com efetivas configurações de comunicação refletirá positivamente nos processos assistenciais e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços e segurança do paciente. Deste modo, possibilitará desencadear ações de educação em saúde no âmbito da adesão de utilização das ferramentas, contribuir para a redução da mortalidade associada a eventos adversos graves durante a transferência e melhorar a qualidade assistencial dos pacientes.

Tem-se como objetivo no presente artigo analisar o registro da Nota de Transferência e a emissão do Modified Early Warning Score realizados pelo enfermeiro em pacientes adultos transferidos do Serviço de Emergência como estratégia de comunicação efetiva para a segurança do paciente.

■ MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa oriunda de monografia⁽⁹⁾, com abordagem quantitativa, do tipo transversal e retrospectiva. Procedeu-se a análise descritiva, para tanto, os dados foram coletados dos prontuários eletrônicos de pacientes internados no Serviço de Emergência Adulto de um hospital de ensino da região Sul do Brasil. O Serviço possui 41 leitos destinados às especialidades Clínica, Ginecológica e Cirúrgica. É porta de entrada hospitalar para atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) em situações que acarretam risco de morte imediata ou debilitação, obedecendo à organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A amostra do estudo foi composta por todos os pacientes adultos transferidos do Serviço de Emergência no ano de 2017, totalizando 8028

prontuários. Foram incluídos todos os pacientes que necessitaram de transferência do Serviço de Emergência de 1º de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2017. Foram excluídos os prontuários restritos por estarem indisponíveis à consulta.

Entende-se por transferência a saída do usuário, definitiva ou temporária, do Serviço de Emergência para outras unidades desta mesma instituição. Para a transferência dos pacientes ao Centro Cirúrgico Ambulatorial e à Hemodinâmica, os enfermeiros utilizam um roteiro de NT temporária, que traz como itens básicos a regulação neurológica, presença de acesso vascular, soroterapia, presença de jejum, sinais vitais, incluindo saturação de oxigênio, alergias, MEWS e destino do paciente. Já para a transferência às unidades de internação, à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e ao Bloco Cirúrgico, utiliza-se o roteiro da NT definitiva, acrescentando-se, além dos itens supracitados, a presença de contenção mecânica, oxigenação, alimentação e hidratação, integridade cutânea mucosa, com escala avaliativa, atividade física e segurança, escala de risco de queda, eliminações e presença de germe multirresistente. Quanto ao preenchimento, as NT foram consideradas completas quando todos os campos estavam preenchidos e incompletas quando havia ausência de alguma informação.

Quanto ao MEWS (Quadro 1), o escore é aplicado somente prévio às transferências de cuidado em conjunto com o roteiro da NT em registro eletrônico. Obtendo-se o resultado do MEWS até quatro pontos, classificado não alterado, o paciente precisa apenas de técnicos de enfermagem para acompanhá-lo durante o deslocamento, e no caso de um resultado igual ou superior a cinco pontos, classificado como MEWS alterado, o paciente necessita de uma equipe multidisciplinar formada por médicos e enfermeiros para transportá-lo.

Em junho de 2015, a instituição em estudo criou o Indicador de Segurança e Qualidade Assistencial - Presença da Nota de Transferência e da pontuação do MEWS no prontuário de pacientes adultos transferidos do Serviço de Emergência - a fim de mensurar a utilização do roteiro de NT definitiva e temporária, estabelecendo uma meta de 90% no primeiro ano e de 95% a partir do segundo ano pós-implantação. Já para a emissão do MEWS, as metas foram 85% e 90% respectivamente⁽¹⁰⁾.

Obteve-se aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob CAEE: 74261317.6.0000.5327 e número do parecer 2.316.852. Os aspectos éticos para pesquisas em seres humanos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram observados⁽¹¹⁾.

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

Quadro 1 – Modified Early Warning Score (MEWS)

Fonte:⁽⁸⁾

RESULTADOS

No ano de 2017, o Serviço de Emergência em estudo atendeu 30.721 pacientes, destes, 8028 (26,1%) necessitaram de transferência. Esse serviço manteve média anual de taxa de ocupação de leitos (n=41) em 205,3%, oscilando entre 184,3% (menor valor em janeiro) e 246,3% (maior valor em junho).

Na avaliação da emissão da NT, evidenciou-se que o Serviço de Emergência atingiu a meta Institucional (95%) nos meses de janeiro e fevereiro, ficando abaixo da meta nos demais meses do ano (Figura 1). Quanto ao preenchimento, 98,2% das NT foram classificadas como completas por apresentarem todos os campos preenchidos, e 1,8% foram classificadas como incompletas por apresentarem ausência de alguma informação. A emissão de NT temporárias totalizou 2,6%. O mês de junho apresentou o menor percentual de transferências temporárias (1,65%) e o mês

de novembro obteve o maior percentual (4,1%).

Quanto à emissão do MEWS, não se atingiu a meta institucional, que propunha 90% de realização do escore em pacientes adultos transferidos, sendo janeiro e dezembro os meses em que houve maior aproximação da meta (Figura 2).

Dos 8.021 pacientes transferidos do Serviço de Emergência, 85,6% (n=6.870) tiveram seu escore mensurado. Destes pacientes, 96,8% (n=6.652) possuíam MEWS não alterado.

Quanto ao destino de transferência dos 218 pacientes (3,2%) que obtiveram alteração do MEWS (≥ 5 pontos) (Figura 3), houve predomínio de encaminhamento a leitos que não eram especializados em Cuidados Intensivos na maioria dos meses, exceto em maio, junho e julho. No mês de março, houve igual percentual quanto ao destino dos pacientes com alteração no MEWS, ou seja, 50% dos pacientes foram transferidos para leitos de Cuidados Intensivos e 50% para outros leitos.

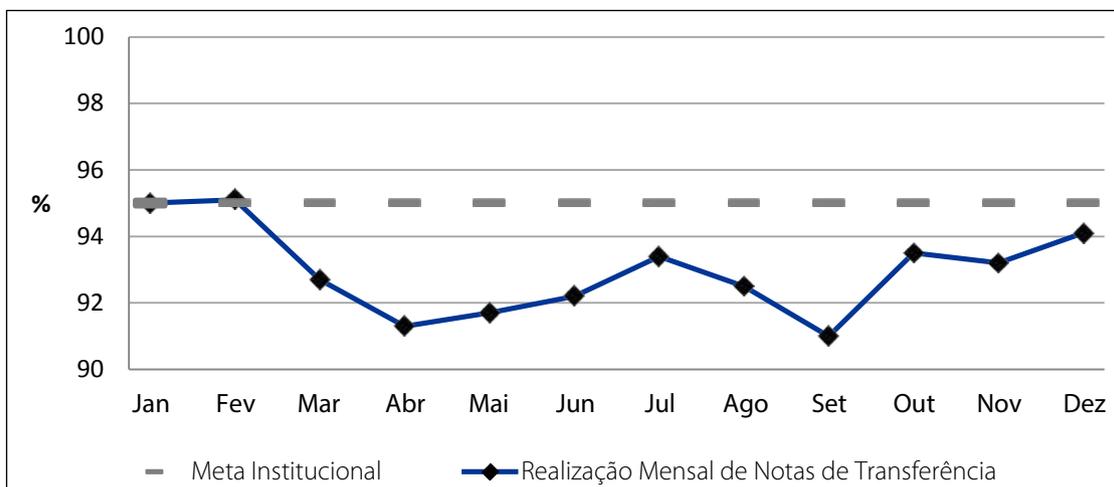


Figura 1 - Realização de Nota de Transferência de acordo com o mês em prontuários de pacientes adultos transferidos (n=8028) do Serviço de Emergência, RS, 2017

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

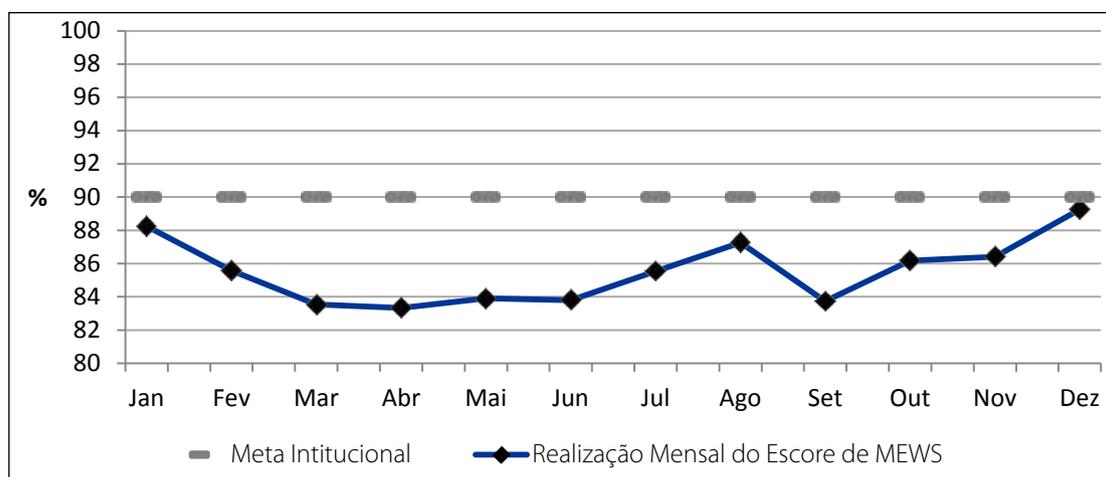


Figura 2 - Realização do MEWS de acordo com o mês, nos prontuários de pacientes adultos transferidos (n=8.021*) do Serviço de Emergência, RS, 2017

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

*Sete prontuários estavam indisponíveis à consulta.

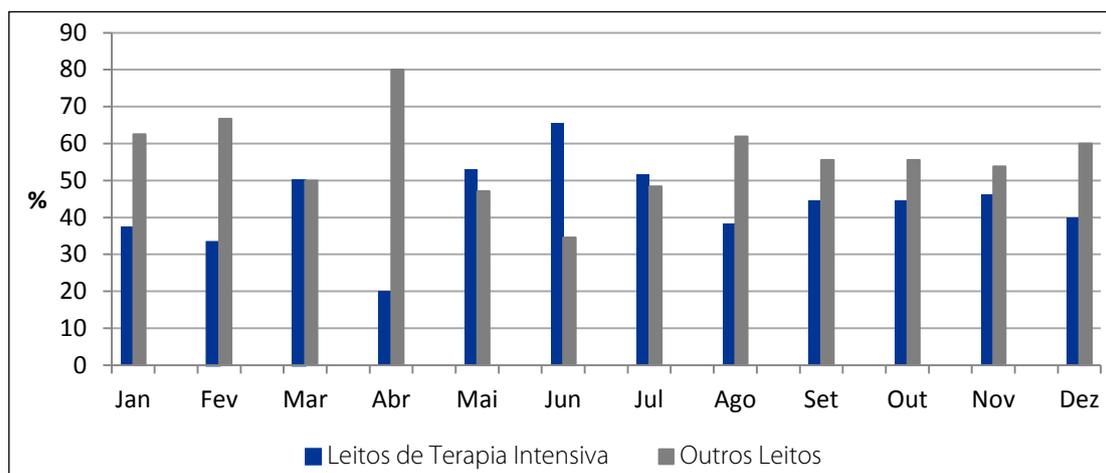


Figura 3 – Destino dos Pacientes (n=218) com MEWS alterado de acordo com o mês, nos prontuários de pacientes adultos transferidos do Serviço de Emergência, RS, 2017

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

■ DISCUSSÃO

Constatou-se que o Serviço de Emergência se manteve superlotado durante todo o ano de 2017, em que a taxa de ocupação mensal média excedeu o dobro da capacidade. Em ambientes de cuidado, a superlotação pode comprometer a assistência, gerar sobrecarga de trabalho, além de impossibilitar que pacientes graves recebam atendimento às suas necessidades imediatas, implicando atrasos nas intervenções e aumento da mortalidade⁽⁸⁾.

A literatura ressalta a existência de risco de eventos adversos durante a transferência de pacientes instáveis, desta forma torna-se imprescindível a criação de estratégias para que o erro do profissional não atinja o paciente, como por

exemplo, a implantação de Protocolos de Transferência de Pacientes⁽³⁾. Um estudo sobre transporte intra-hospitalar revelou diversas alterações clínicas que o paciente pode apresentar durante o transporte, dentre estas, aumento na frequência cardíaca, alteração da pressão arterial, infarto agudo do miocárdio, alterações na frequência respiratória, queda na saturação de oxigênio, obstrução das vias aéreas pelas secreções, agitação, sangramento e inclusive parada cardiorrespiratória⁽¹²⁾.

Observa-se que a meta institucional para emissão de NT foi alcançada apenas nos dois primeiros meses de 2017, que, coincidentemente, são os meses com as menores taxas de ocupação. Entretanto, o Serviço de Emergência da instituição se manteve perto do valor estipulado duran-

te o ano, oscilando de 91% a 94%, o que indica uma boa adesão, tendo em vista a ocupação acima da capacidade e as características desse serviço, embora a meta esperada estivesse em patamar superior.

Quanto às dificuldades da adesão pelo enfermeiro ao roteiro pré-estabelecido e padronizado, é possível que estas estejam relacionadas à falta de informatização da NT na instituição em estudo, tornando o processo moroso e sujeito a informações incompletas.

No entanto, a falta de dados essenciais na chegada à unidade receptora acarreta maiores complicações na admissão, estresse dos profissionais, além de dificultar a continuidade dos cuidados⁽³⁾. Igualmente, a perda ou a falta de informação, durante as atividades diárias, significa uma mobilização inadequada de recursos e de pessoal⁽¹²⁾.

A segunda Meta Internacional de Segurança do Paciente preconiza a melhoria da comunicação entre os profissionais da saúde. O objetivo dessa meta é melhorar a efetividade da comunicação entre os prestadores de cuidado, garantindo que as informações verbais referentes aos pacientes sejam precisas e completas, bem como a forma de registro dessas informações, de maneira que ocorra clara e oportunamente, sem ambiguidades, com a certeza da correta compreensão por parte do receptor da informação, assegurando uma correta comunicação na transferência do cuidado⁽³⁾.

Contar com o auxílio de registros padronizados, claros e objetivos, preferencialmente informatizados, é considerado uma das formas mais efetivas para que a comunicação ocorra de forma eficaz e precisa⁽³⁾. Um estudo sobre transporte de pacientes críticos evidenciou que a maioria dos eventos adversos relacionava-se com a falta de conhecimento do profissional e a falha de comunicação entre a equipe que transfere o usuário e a que irá recebê-lo⁽¹²⁾. No presente estudo, considerando que houve registro na maioria das transferências, apenas um pequeno contingente de pacientes transferidos, durante o ano de 2017, obteve falta de alguma informação em seus registros. Considerando a superlotação do Serviço e a necessidade de haver uma agilidade na transferência dos mesmos, considera-se esse um aspecto a ser melhorado.

No mês de maio, um dos meses com maior taxa de ocupação no Serviço de Emergência, esse percentual dobrou seu valor médio, alcançando 4%. A segurança do paciente fragiliza-se quando informações necessárias do paciente não são transferidas⁽¹³⁾. Técnicas corretas de comunicação, com protocolos pré-estruturados, são a base para a promoção de uma cultura de segurança do paciente. Ainda é importante destacar que a falta de comunicação apresenta o maior número de eventos

adversos associados ao fator humano⁽³⁾. Entretanto, cabe ressaltar que se trata de uma emergência superlotada, onde os profissionais desenvolvem suas atividades ao dobro da capacidade de pacientes, sendo necessário elencar prioridades neste atendimento.

Em relação às transferências temporárias, observou-se um baixo percentual anual, em que menos de 3% foram transferências ao Centro Cirúrgico Ambulatorial e à Hemodinâmica para exames especializados ou procedimentos e retornaram ao Serviço de Emergência. Já a transferência definitiva da Emergência aconteceu na maioria das situações, o que é considerado positivo e condiz com a característica de atendimento imediato e temporário, esperado de unidades de emergência. Assim sendo, o Serviço de Emergência funcionou, de forma geral, como porta de entrada de nível terciário da Rede de Atenção à Saúde, onde os usuários são estabilizados e seguem o fluxo assistencial à área específica da qual necessitam para continuar seu tratamento.

Além de transmitir as informações corretamente, é importante avaliar se o usuário tem condições clínicas de realizar a transferência. Para isso, além do indicador supracitado, a instituição instituiu o Protocolo Operacional Padrão (POP) de Transferência do Cuidado do Serviço de Emergência, que especifica detalhadamente como cada profissional deve agir durante a transferência do cuidado, abrangendo a equipe de enfermagem, médica e administrativa. Este contém ainda um fluxograma capaz de ordenar o cuidado ao usuário, no caso deste apresentar MEWS alterado⁽¹⁰⁾.

Mediante o uso do MEWS, é possível identificar prontamente a piora fisiológica. Seu propósito principal é intermediar a comunicação entre as equipes de enfermagem e médica para intervenção precoce, quando o agravamento do estado do paciente se torna aparente no quadro de pontuações desse escore. A utilização dessa ferramenta, antes do deslocamento intra-hospitalar, permite a identificação do agravamento do estado de saúde do paciente, bem como auxilia na tomada de decisão clínica por parte da equipe quanto à necessidade de estabilização antes da transferência. Quando a transferência for necessária, mesmo nos casos de MEWS alterado, esta deverá ser condicionada ao acompanhamento de equipe multidisciplinar capacitada⁽¹⁴⁾.

O percentual médio mensal de realização do MEWS prévio às transferências manteve-se em patamar alto, acima de 80%, e pode-se observar que nos meses de janeiro e dezembro obteve-se aproximação da meta institucional. Apesar de ter ocorrido diminuição da taxa de ocupação no mês de janeiro, ainda assim não foi possível alcançar a meta estipulada pelo indicador institucional, que era de 90%. Esse fato pode estar relacionado a uma subvaloriza-

ção da importância da mensuração como barreira para reduzir os eventos adversos relacionados à descompensação fisiológica durante o transporte.

Um estudo realizado em cinco enfermarias de um Hospital Geral na Holanda mostrou uma adesão semelhante ao protocolo de MEWS, aproximando-se de 89%, sendo que o escore era mensurado em todas as manhãs. Os motivos mais recorrentes para a não realização eram relacionados a sinais vitais não mensurados, pacientes que não estavam na unidade no momento da mensuração ou estavam em cuidados paliativos⁽¹⁵⁾. Ademais, a realidade de outros hospitais fora do Brasil onde o cálculo é automático e informatizado se mostra como uma estratégia para a adesão de uso nas instituições de saúde, nas quais os sinais vitais do paciente são verificados rotineiramente e um resultado do MEWS é gerado automaticamente quando os sinais vitais são inseridos no sistema⁽¹⁶⁾. Além disso, a medição sequencial de MEWS mostra-se mais útil do que um único corte transversal, visto que o quadro do doente pode agravar rapidamente, mudando os parâmetros e o somatório do referido Escore⁽¹⁷⁾.

O MEWS igual a quatro pode ser preditor de gravidade clínica, de mortalidade, do tipo de transporte de que o paciente necessita e a utilização de recursos de UTI⁽⁸⁻¹⁶⁾. Sabe-se que, cotidianamente, a enfermagem encontra-se em maior proximidade do paciente, sendo capaz de observar pequenas mudanças em seu quadro clínico. Estando em posições de linha de frente, os enfermeiros são desafiados por situações clínicas complexas que requerem aplicação hábil de conhecimento para a tomada de decisão e limites de ação apropriados a fim de evitar eventos adversos graves.

Estudo realizado com enfermeiros, em um hospital na Noruega, demonstrou que após um programa de educação sobre o MEWS, a ferramenta melhorou sua capacidade de distinguir mudanças na condição do paciente e os ajudou na sua tomada de decisão clínica, e que, ao constatarem escore alterado e a necessidade de intervenção, conquistaram maior credibilidade junto à equipe médica⁽¹⁸⁾.

Uma maior pontuação de MEWS correlaciona-se com maior risco de morte intra-hospitalar, de Parada Cardiorrespiratória (PCR), de deterioração fisiológica, que também se correlaciona com a crescente necessidade de internação em unidade de cuidados intensivos e de estadias mais prolongadas no hospital⁽⁸⁻¹⁶⁾, além da sobrevivência após uma parada cardíaca associar-se a baixos valores de MEWS na internação hospitalar⁽¹⁵⁾.

Estudos evidenciam um aumento de internações em UTI, por precoce identificação dessa necessidade, bem como a diminuição de óbitos por PCR após adesão ao

protocolo em serviços de saúde, assim como evidenciam benefícios na identificação de mau prognóstico⁽⁸⁻¹⁶⁾. Para a equipe médica, o MEWS calculado mostra em tempo real, através do gráfico de observações, o declínio clínico do usuário, mesmo quando esta não se encontra à beira do leito. Para a equipe de enfermagem, traz autonomia em suas decisões, quando o protocolo para atendimento ao MEWS alterado encontra-se atualizado e implantado⁽¹⁸⁾.

Apesar dos benefícios supracitados sobre a utilização do MEWS, 14,4% dos pacientes transferidos no ano de 2017, na instituição em estudo, foram expostos à não identificação de degradação fisiológica, havendo maior risco de PCR e de não identificação de necessidade de leito de terapia intensiva, apenas por não terem seus Escores de MEWS verificados antes de sua saída do Serviço de Emergência.

O paciente grave apresenta-se ameaçado a ter seu quadro clínico agravado a qualquer instante, precisando de assistência especializada, ambiente organizado, com tecnologia e recursos apropriados. O uso do MEWS é um incentivo objetivo e rápido para identificação de pacientes instáveis na emergência que requerem celeridade de admissão em UTI, pois foi originalmente criado para detecção de pacientes graves em risco de deterioração catastrófica⁽¹⁴⁾. Foi demonstrado, ainda, que o tempo de permanência nesta Unidade e tempo de hospitalização foi menor nos pacientes críticos transferidos diretamente à UTI quando comparados aos que ficaram em leitos de enfermaria. Um estudo sobre pacientes críticos revelou que o valor do MEWS era maior que três no decorrer de 72h antes da admissão na unidade de cuidados críticos e que esse valor se elevou 24 horas antes do óbito⁽⁸⁾.

Desta forma, preconiza-se que o usuário com MEWS maior ou igual a cinco não seja transferido, com o risco de não resistir ao transporte, exceto quando a transferência for para leitos de cuidados intensivos. No presente estudo, o percentual médio mensal de transferência de pacientes com MEWS alterado foi de apenas 3,2%, e no mês de junho houve o maior percentual do ano (4,7%), sendo que neste mês ocorreu a maior taxa de ocupação no Serviço de Emergência. Tal fato pode ser indicativo de que houve a necessidade de transferência de um maior número de pacientes para leitos comuns de internação em função da superlotação, mesmo estes estando com o Escore alterado, o que acabou acontecendo para a maioria dos usuários nestas condições. A falta de leitos na Unidade de Terapia Intensiva, ou até mesmo quando o traslado é compulsório, como, por exemplo, nos casos em que o usuário necessita de um procedimento ou cirurgia de urgência ou ainda quando está em cuidados paliativos, requer uma transferência condicionada a acompanhamento e/ou li-

beração de equipe médica especializada e acionamento do Time de Resposta Rápida (TRR). Todavia, é possível que essa instabilidade clínica cause um evento adverso durante o transporte, o que reforça a necessidade de estabilização clínica mínima do paciente antes de sua transferência, visando resguardar sua segurança.

CONCLUSÃO

Este estudo analisou a utilização da NT e do MEWS pelo Serviço de Emergência de uma instituição de ensino da região sul do Brasil no ano de 2017. Os resultados de adesão maior que 80% quanto à realização da NT e do MEWS, apesar do não alcance das metas institucionais, mostram que essas ferramentas estão inseridas no trabalho do enfermeiro e encontram-se em fase de sistematização do seu uso.

Vislumbra-se a oportunidade de melhorias a partir do momento que houver maior adesão à aplicação da NT e do MEWS, com vistas a qualificar a segurança do paciente no que tange à melhoria da comunicação efetiva e, por conseguinte, diminuindo a possibilidade de ocorrências de eventos adversos. Também se observa uma piora dos resultados nos meses com maiores taxas de ocupação, mostrando que a superlotação é um fator capaz de fragilizar a segurança do paciente e qualidade assistencial.

Os resultados encontrados fomentam a necessidade de discussões dos gestores do Serviço de Emergência com a equipe de enfermagem e a Comissão de Gerenciamento de Risco da instituição do presente estudo, a fim de planejar ações de melhoria contínua, com foco na educação em serviço, que possam reverter em maior adesão e também na reformulação de protocolos assistenciais, de forma a estarem mais condizentes à realidade institucional numa perspectiva de envolvimento da equipe assistencial.

Algumas limitações neste estudo merecem ser consideradas quanto da interpretação dos seus resultados. Entre elas, destaca-se a natureza intrínseca de dados secundários, e, ademais, houve alguns casos de transferências que não foi possível computá-los e analisá-los devido a prontuários indisponíveis à consulta.

Além disso, os estudos sobre MEWS prévio às transferências envolvem essa modalidade inter-hospitalares, e usualmente o Escore não é aplicado como indicador para que haja uma comparação fidedigna com este estudo. No hospital em questão, o Escore não é utilizado em todo o seu potencial, sendo que se fosse aplicado rotineiramente poderia ser capaz de melhorar a comunicação, diminuir os índices de mortalidade, aumentar as internações precoces em terapia intensiva, aumentar os acionamentos do TRR,

facilitar a identificação de deterioração clínica e reduzir os eventos adversos.

Assim, sugere-se a utilização diária do MEWS, juntamente com a mensuração dos sinais vitais e do cálculo automático sistematizado. Igualmente, a padronização e informatização no prontuário eletrônico do roteiro da NT poderá ser um facilitador da adesão à ferramenta por parte dos enfermeiros.

Para que haja impacto sobre a segurança do paciente, no que tange à qualidade assistencial, à comunicação efetiva e à diminuição de eventos não esperados na transferência do cuidado, a NT e o MEWS necessitam ser amplamente implementados e utilizados de forma sistemática pelas equipes a partir de protocolos assistenciais.

Recomenda-se a incorporação dessas ferramentas para boas práticas no que tange favorecer a efetividade da comunicação e o gerenciamento da transferência do paciente de modo seguro em outros cenários assistenciais. No que tange o ensino em saúde, reforça-se a importância do enfoque em estratégias para promoção da segurança do paciente vislumbrando o potencial da comunicação efetiva para a garantia de um cuidado seguro e de qualidade ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Silva MF, Anders JC, Rocha PK, Souza AIJ, Burciaga VB. Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(3):e3600015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003600015>.
2. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Effective communication in teamwork in health: a challenge for patient safety. *Cogitare Enferm.* 2015;20(3):630-4. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.* 2. ed. Brasília, DF: Anvisa, 2017 [citado 2018 jul 10]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+--+Assist%C3%Aancia+Segura+--+Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*; Brasília, DF; 2013 [citado 2018 jul 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
5. Bagnasco A, Tubino B, Piccotti E, Rosa F, Aleo G, Pietro PD, et al. Identifying and correcting communication failure among health professional working in the emergency department. *Int Emerg Nurs.* 2013;21(3):168-72. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.07.005>.
6. Paixão DPSS, Batista J, Maziero ECS, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz EDA. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. *Rev Bras Enferm.* 2018;71 Suppl 1:577-84. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>.

7. Mendes FRP, Gemitto MLGP, Caldeira EC, Serra IC, Casas-Novas MV. A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(3):841-53. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>.
8. Tavares RCF, Vieira AS, Uchoa LV, Peixoto Júnior AA, Meneses FA. Validation of an early warning score in pre-intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008; 20(2):124-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000200002>.
9. Olino L. Nota de Transferência e escore de MEWS no setor de emergência em um hospital universitário: um olhar fenomenológico [monografia]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018.
10. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (BR). Indicador de segurança e qualidade assistencial - presença da nota de transferência e da pontuação do Modified Early Warning Score (MEWS) no prontuário de pacientes adultos transferidos do Serviço de Emergência [Indicador]. Porto Alegre; 2016. 5 f.
11. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2013 jun 13 [citado 2018 jul 10];150(112 Seção 1):59-62. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
12. Pires AF, Santos BN, Santos PN, Brasil VR, Luna AA. Transporte seguro de pacientes críticos. *Rev Rede Cuidados Saúde*. 2015 [citado 2018 jun 20];9(2):1-4. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2531/1313>.
13. Silva AS, Avelar ABA, Farina MC. Transferência de responsabilidade de pacientes: uma aplicação da análise de redes sociais. *Rev Gest Sist Saúde*. 2013 [citado 2018 jun 25];2(2):103-23. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/79/107>.
14. Rocha TF, Neves JG, Viegas K. Escore de alerta precoce modificado: avaliação de pacientes traumáticos. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(5):906-11. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0145>.
15. van Galen LS, Dijkstra CC, Ludikhuije J, Kramer MHH, Nanayakkara PWB. A protocolised once a day Modified Early Warning Score (MEWS) measurement is an appropriate screening tool for major adverse events in a general hospital population. *PLoS One*. 2016;11(8):e0160811. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160811>.
16. Leung SC, Leung LP, Fan KL, Yip WL. Can prehospital Modified Early Warning Score identify non-trauma patients requiring life-saving intervention in the emergency department? *Emerg Med Australas*. 2015;28(1):84-9. doi: <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12501>.
17. Salottolo K, Carrick M, Johnson J, Gamber M, Bar-Or D. A retrospective cohort study of the utility of the Modified Early Warning Score for interfacility transfer of patients with traumatic injury. *BMJ Open*. 2017;7(5):e016143. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016143>.
18. Stafseth SK, Grønbeck S, Lien T, Randen I, Lerdal A. The experiences of nurses implementing the Modified Early Warning Score and a 24-hour on-call Mobile Intensive Care Nurse: an exploratory study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016;34:36-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.008>.

■ Autor correspondente:

Letícia Becker Vieira

E-mail: lebvieira@hotmail.com

Recebido: 31.08.2018

Aprovado: 08.11.2018