

Pablo Perez D'Empaire¹, Andre Carlos Kajdacsy-Balla Amaral^{2,3}

1. Department of Anesthesia, University of Toronto - Toronto, Ontário, Canadá.
2. Critical Care Medicine, Sunnybrook Health Sciences Centre - Toronto, Ontário, Canadá.
3. Interdepartmental Division of Critical Care Medicine, University of Toronto - Toronto, Ontário, Canadá.

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 12 de outubro de 2016

Aceito em 11 de novembro de 2016

Autor correspondente:

Andre Carlos Kajdacsy-Balla Amaral
Critical Care Medicine, Sunnybrook Health Sciences Centre
2075 Bayview Avenue, Office D1 08
Toronto, ON
M4N 3M5
Canada
E-mail: andrecarlos.amaral@sunnybrook.ca

Editor responsável: Jorge Ibrain Figueira Salluh

DOI: 10.5935/0103-507X.20170020

O que todo intensivista deveria saber sobre a passagem de plantão na unidade de terapia intensiva

What every intensivist should know about handovers in the intensive care unit

FUNDAMENTAÇÃO

A passagem de plantão, ato de transferir informações e responsabilidade entre os médicos, é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde⁽¹⁾ e pelas sociedades de terapia intensiva⁽²⁾ como um dos elementos chave para qualidade e segurança. Com as modificações no horário de trabalho dos residentes nos últimos anos nos Estados Unidos,⁽³⁾ o número de passagens de plantão aumentou consideravelmente, e hoje existe vasta literatura a respeito deste assunto na terapia intensiva e no pós-operatório.⁽⁴⁾ Erros médicos e eventos adversos são associados à má qualidade de comunicação durante as passagens de plantão⁽⁵⁻⁷⁾ e existem diversas ferramentas e intervenções para melhoria da comunicação e redução dos erros médicos.⁽⁸⁾ As unidades de terapia intensiva e de recuperação pós-operatória são áreas estratégicas, nas quais os pacientes estão mais vulneráveis a quebras na comunicação, considerando sua complexidade e transição entre múltiplas equipes durante seu cuidado.⁽⁵⁾

O QUE É UMA PASSAGEM DE PLANTÃO?

A literatura atual proporciona diferentes definições para as passagens de plantão, dependendo do escopo da área e do tipo de comunicação, mas a definição de Cohen et al. em recente revisão de literatura⁽⁹⁾ (“a troca entre profissionais de saúde de informações a respeito de um paciente acompanhada de transferência do controle ou responsabilidade sobre o paciente”) capta os elementos essenciais da comunicação durante as transições no cuidado dos pacientes. Isto significa que uma passagem de plantão pode ocorrer quando os pacientes são transferidos para os cuidados de outra equipe (por exemplo, quando são transferidos da unidade de terapia intensiva - UTI para a sala de cirurgia), ou quando ocorre mudança de plantão (a responsabilidade muda, por exemplo, quando a equipe noturna assume os pacientes da UTI).

DESAFIOS PARA A PASSAGEM DE PLANTÃO EM PACIENTES CRÍTICOS

Pacientes críticos são vistos por múltiplas equipes durante o seu tratamento, o que gera muitas oportunidades para problemas de comunicação, incluindo admissões do centro cirúrgico,⁽¹⁰⁾ pacientes de longa permanência na UTI,⁽¹¹⁾ transferências da UTI para a enfermaria e transferências entre diferentes UTI.⁽⁷⁾ Estes podem ser erros por omissão ou corrupção da informação,⁽¹²⁾ que têm impacto na tomada de decisão⁽¹³⁾ e planejamento da alta.⁽⁷⁾

Fatores humanos e aspectos organizacionais do ambiente desempenham um papel importante em facilitar ou mitigar estes erros. Por exemplo, erros de omissão podem ocorrer em razão de distrações durante as passagens de plantão (como

outros membros da equipe que solicitam orientações sobre aspectos não urgentes do cuidado), informação desorganizada (como exames sanguíneos críticos ou sinais vitais não disponíveis prontamente para a discussão) e confiança na memória.⁽¹⁴⁾ A corrupção da informação pode ocorrer em razão de má construção da mensagem (por exemplo, utilização de jargões e escolha imprecisa das palavras), ou devido a um viés cognitivo, como quando o paciente tem um diagnóstico obscuro e é descrito durante a passagem de plantão como se tivesse diagnóstico estabelecido.

Em muitas situações a conversa durante as passagens de plantão é unidirecional, quando a pessoa que passa o plantão descreve a situação clínica e os tratamentos atuais. Entretanto, em pacientes complexos com múltiplos diagnósticos e incertezas clínicas, esta comunicação de via única pode não ser suficiente. Mesmo com informação precisa e linguagem apropriada para um processo adequado de passagem de plantão, pode não ser possível proporcionar uma compreensão completa dos aspectos mais importantes e incertos da evolução clínica do paciente. Nestas situações, uma comunicação de duas vias, com ambas as partes discutindo os diagnósticos e tratamentos sob diferentes perspectivas, permite uma nova construção do cenário clínico, que pode ter um impacto positivo no processo de comunicação.⁽¹⁵⁾ Em recente estudo de cobertura de plantão noturno, quando os pacientes foram tratados durante a noite por um médico que não tomou parte de seus cuidados durante o dia, houve maior probabilidade de solicitação de exames diagnósticos e modificação do tratamento durante a noite, além de mortalidade mais baixa. Isto sugere que a perspectiva diferente do médico que entra no plantão pode ter auxiliado na identificação de problemas que passaram despercebidos pelos médicos do turno do dia.⁽¹³⁾ Uma vez que reconhecemos esta função crucial de repensar o paciente durante a passagem de plantão, é claro que precisamos focar não apenas em qual informação é comunicada, mas também nas interações entre os médicos durante a passagem do plantão.

No ambiente da UTI, existe uma série de barreiras com impacto na eficácia e na segurança da passagem de plantão (Tabela 1).

O QUE PODEMOS FAZER PARA MELHORAR AS PASSAGENS DE PLANTÃO?

Auxílios à memória

O nível mais básico e eficiente de melhora é o uso de ferramentas de auxílio à memória. Isto pode ter diferentes formas, como um simples processo de anotação durante a

Tabela 1 - Barreiras a passagens de plantão eficazes e seguras

Padronização	Falta de educação formal para passagem de plantão Equipe resistente a alterações no processo de passagem de plantão Falta de protocolos de passagem de plantão Falta de ferramentas eletrônicas para dar apoio à passagem de plantão
Organizacional	Múltiplas tarefas durante a passagem de plantão Múltiplas interrupções e distrações Restrições de tempo Poluição sonora
Capacidade de comunicação	Omissões, erros, ou falta de compreensão Barreiras de linguagem Interações sociais durante a passagem de plantão Lembrança incorreta da informação Cultura hierárquica desencorajando perguntas Diferenças no conhecimento clínico
Fatores clínicos	Pacientes com múltiplos problemas clínicos Grande quantidade de pacientes Alterações na condição do paciente antes da passagem de plantão

passagem de plantão, soluções de baixa tecnologia, como documentos eletrônicos que existem localmente no computador da UTI, até sistemas mais complexos de passagem de plantão, que integram prontuários eletrônicos. O importante é evitar a confiança apenas na memória. Um método comumente utilizado é desenvolver um formulário específico de passagem de plantão; numa revisão sistemática recente, esta foi a intervenção mais comumente utilizada,⁽¹⁶⁾ porém a qualidade da evidência nestes estudos é limitada.

Passagens de plantão padronizadas

Embora a utilização de estratégias com auxílios à memória tenha demonstrado resultados conflitantes em estudos de baixa qualidade,⁽¹⁵⁾ estes continuam a proliferar na literatura sobre passagens de plantão. Uma revisão sistemática dos auxílios à memória para passagem de plantão resultou na identificação de 24 diferentes tipos de auxílios à memória até 2009.⁽¹⁷⁾ A melhor evidência vem de um recente estudo antes-depois, com uso de um novo sistema de memória (I-PASS), cujo uso padronizado resultou em diminuição em 23% nos erros médicos em uma população pediátrica.⁽⁸⁾ É necessário cuidado com esta abordagem, já que sua implementação foi muito complexa, incluindo diversos componentes tecnológicos, o que limita a possibilidade de generalização desta ferramenta. Apesar da limitada evidência para dar suporte à padronização, as equipes devem ser encorajadas a considerar a padronização de elementos da passagem de plantão, prestando especial atenção a informações comumente esquecidas e importantes em seu próprio ambiente.

Protocolos de passagem de plantão

Muitas instituições se focalizaram no desenvolvimento de protocolos estruturados de passagem de plantão para minimizar erros, emprestando estratégias da indústria automobilística, como Six-Sigma ou da Fórmula Um, para melhorar a passagem de plantão na UTI.⁽¹⁰⁾ Ambas as estratégias tiveram em comum a padronização dos processos, incluindo regras claras para os participantes, sequências de tarefas, antecipação de eventos, listas de verificação e formulários específicos para a passagem de plantão. Estes momentos estruturados de passagem de plantão são diferentes de padronização, já que se focam não apenas em quais elementos devem ser discutidos, mas também em quando ocorrem as passagens de plantão, quem deve estar

presente, qual a sequência de apresentação e, frequentemente, incorporam elementos que permitem duas vias em seu formato de comunicação.

CONCLUSÕES

As passagens de plantão são um momento importante para a segurança do paciente, com potencial para melhorar a qualidade e a eficiência do cuidado. Compreender que as passagens de plantão não devem ser uma comunicação de via única é crucial quando se cuida de pacientes complexos, como os pacientes críticos. Os médicos e responsáveis pela unidade de terapia intensiva devem considerar diversas estratégias simples, que podem melhorar a comunicação e que têm baixa probabilidade de piorar a qualidade, apesar da limitação da evidência disponível.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Patient safety. Action on Patient Safety: High 5s. [cited 2016 Jun 17, update 2007 Nov 1]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/events/07/01_11_2007/en/index.html
- Rhodes A, Moreno RP, Azoulay E, Capuzzo M, Chiche JD, Eddleston J, Endacott R, Ferdinande P, Flaatten H, Guidet B, Kuhlen R, León-Gil C, Martin Delgado MC, Metnitz PG, Soares M, Sprung CL, Timsit JF, Valentin A; Task Force on Safety and Quality of European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Prospectively defined indicators to improve the safety and quality of care for critically ill patients: a report from the Task Force on Safety and Quality of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Intensive Care Med.* 2012;38(4):598-605.
- Nasca TJ, Day SH, Amis ES Jr, ACGME Duty Hour Task Force. The new recommendations on duty hours from the ACGME Task Force. *N Engl J Med.* 2010; 363(2):e3.
- Segall N, Bonifacio AS, Schroeder RA, Barbeito A, Rogers D, Thornlow DK, Emery J, Kellum S, Wright MC, Mark JB; Durham VA Patient Safety Center of Inquiry. Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesth Analg.* 2012;115(1):102-15.
- Naggal K, Arora S, Abboudi M, Vats A, Wong HW, Manchanda C, et al. Postoperative handover: problems, pitfalls, and prevention of error. *Ann Surg.* 2010;252(1):171-6.
- Siddiqui N, Arzola C, Iqbal M, Sritharan K, Guerina L, Chung F, et al. Deficits in information transfer between anaesthesiologist and postanesthesia care unit staff: an analysis of patient handover. *Eur J Anaesthesiol.* 2012;29(9):438-45.
- Li P, Stelfox HT, Ghali WA. A prospective observational study of physician handoff for intensive-care-unit-to-ward patient transfers. *Am J Med.* 2011;124(9):860-7.
- Stamer AJ, Spector ND, Srivastava R, West DC, Rosenbluth G, Allen AD, Noble EL, Tse LL, Dalal AK, Keohane CA, Lipsitz SR, Rothschild JM, Wien MF, Yoon CS, Zigmont KR, Wilson KM, O'Toole JK, Solan LG, Aylor M, Bismilla Z, Coffey M, Mahant S, Blankenburg RL, Destino LA, Everhart JL, Patel SJ, Bale JF Jr, Spackman JB, Stevenson AT, Calaman S, Cole FS, Balmer DF, Hepps JH, Lopreiato JO, Yu CE, Sectish TC, Landrigan CP; I-PASS Study Group. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med.* 2014;371(19):1803-12.
- Cohen MD, Hilligoss PB. The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in an extensive review. *Qual Saf Health Care.* 2010;19(6):493-7.
- Catchpole KR, de Leval MR, McEwan A, Pigott N, Elliott MJ, McQuillan A, et al. Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Paediatr Anaesth.* 2007;17(5):470-8.
- Lane-Fall MB, Collard ML, Turnbull AE, Halpern SD, Shea JA. ICU Attending Handoff Practices: Results From a National Survey of Academic Intensivists. *Crit Care Med.* 2016;44(4):690-8.
- Brannen ML, Cameron KA, Adler M, Goodman D, Holl JL. Admission handoff communications: clinician's shared understanding of patient severity of illness and problems. *J Patient Saf.* 2009;5(4):237-42.
- Kajdacsy-Balla Amaral AC, Barros BS, Barros CC, Innes C, Pinto R, Rubinfeld GD. Nighttime cross-coverage is associated with decreased intensive care unit mortality. A single-center study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014;189(11):1395-401.
- Bhabra G, Mackeith S, Monteiro P, Pothier DD. An experimental comparison of handover methods. *Ann R Coll Surg Engl.* 2007;89(3):298-300.
- Cohen MD, Hilligoss B, Kajdacsy-Balla Amaral AC. A handoff is not a telegram: an understanding of the patient is co-constructed. *Crit Care.* 2012;16(1):303.
- Pucher PH, Johnston MJ, Aggarwal R, Arora S, Darzi A. Effectiveness of interventions to improve patient handover in surgery: A systematic review. *Surgery.* 2015;158(1):85-95.
- Riesenberg LA, Leitzsch J, Little BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. *Am J Med Qual.* 2009;24(3):196-204.