

AVALIAÇÃO DA VISITA MULTIDISCIPLINAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA

MARIA LUIZA PEREIRA BORGES

**Dissertação apresentada à Fundação Antonio Prudente para
obtenção do título de Mestre em Ciências**

Área de Concentração: Oncologia

Orientador: Dr. Antônio Paulo Nassar Junior

Co-orientador: Dr. Pedro Caruso

São Paulo

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Ensino Apoio ao aluno da Fundação Antônio Prudente*

B732 Borges, Maria Luiza Pereira
 Avaliação da visita multidisciplinar em Unidade de Terapia Intensiva oncológica / Maria Luiza Pereira Borges – São Paulo, 2020.
 17p.
 Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.
 Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.
 Orientador: Antônio Paulo Nassar Junior

Descritores: 1. Comunicação Interdisciplinar/Interdisciplinary Communication. 2. Cuidados Críticos/Critical Care. 3. Equipe de Assistência ao Paciente/Patient Care Team. 4. Unidades de Terapia Intensiva/Intensive Care Units. 5. Neoplasias/Neoplasms.

Elaborado por Suely Francisco CRB 8/2207

*Todos os direitos reservados à FAP. A violação dos direitos autorais constitui crime, previsto no art. 184 do Código Penal, sem prejuízo de indenizações cabíveis, nos termos da Lei nº 9.610/08

DEDICATÓRIA

A minha mãe Maria Borges, meus irmãos e sobrinhos por me incentivar e me apoiar.

A minha melhor amiga Dra. Mozania Reis de Matos, por me mostrar que tudo é possível, e ao meu orientador Dr. Antônio Paulo Nassar, por todo apoio, paciência e incentivo.

RESUMO

Borges MLP. **Avaliação da visita multidisciplinar em unidade de terapia intensiva oncológica**. [Dissertação]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2020.

Introdução: A visita multidisciplinar em unidade de terapia intensiva (UTI) é associada a diversos desfechos positivos aos pacientes, como a implementação de protocolos que reduzem sedação excessiva, maiores taxas de mobilização precoce, redução de eventos adversos relacionados a medicações, redução da exposição a dispositivos invasivos, redução de custos e até de mortalidade. Entretanto, a realização destas visitas não é uniforme nas UTIs e cerca de 20-30% não as realizam. **Objetivos:** Avaliar a frequência da realização das visitas multidisciplinares e os fatores associados à sua realização nas UTIs do A.C.Camargo Cancer Center. **Metodologia:** Estudo prospectivo realizado nas quatro UTIs da matriz do A.C.Camargo Cancer Center, no período de 03/10/2017 a 31/08/2018. Em todos os dias, foram coletados os seguintes dados: realização ou não da visita, taxa de ocupação da unidade e carga de trabalho (medida pelo *Nursing Activity Score* - NAS); quando da realização da visita, profissionais participantes da visita; quando da não realização, motivo pelo qual isto aconteceu. Uma regressão logística foi realizada para se avaliar se a carga de trabalho e a taxa de ocupação da unidade estavam independentemente associadas à realização das visitas. **Resultados:** Durante o período, a visita multidisciplinar ocorreu em 585 de 889 dias/unidade (65,8%). A taxa de ocupação média foi de 92,9% nos dias em que a visita não ocorreu e de 93,5% quando ocorreu ($p = 0,45$). O NAS médio foi de 86,2 nos dias de visita e de 84,8 nos dias sem visita ($p < 0,01$). Um NAS maior foi independentemente associado à realização de visitas (OR = 1,07; IC 95%, 1,04-1,10). Enfermeiros, médicos e fisioterapeutas participaram de todas as visitas. Farmacêuticos e o enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar participaram da maioria das visitas (96,9 e 87,0%, respectivamente). Admissão de novo paciente durante a manhã (44,7%) e enfermeiro envolvido em atividades de educação continuada (31,9%) foram os principais motivos para as visitas não ocorrerem. **Conclusões:** A visita multidisciplinar ocorreu em cerca de dois terços dos dias analisados. Uma carga de trabalho assistencial maior associou-se à maior probabilidade de realização da visita. Admissões e ausência do enfermeiro foram os principais motivos para a não realização das visitas.

Descritores: Comunicação interdisciplinar. Cuidados críticos. Equipe de assistência ao paciente. Unidades de Terapia Intensiva. Neoplasias.

ABSTRACT

Borges MLP. [Evaluation of the multidisciplinary visit in an oncology intensive care unit]. [Dissertação]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2020.

Introduction: Multidisciplinary rounds are associated with numerous positive outcomes for critically ill patients but are not routinely performed in intensive care units (ICUs) worldwide. **Methods:** We performed a cross-sectional study to assess the frequency of multidisciplinary rounds in four ICUs in a cancer center. We also collected data on rates of professional participation, reasons for not performing rounds when they did not occur, daily bed occupancy rates, and assessed nurse workload by measuring the Nursing Activity Score (NAS). **Results:** Rounds were conducted in 595 (65.8%) of 889 surveyed ICU-days. Nurses, physicians, respiratory therapists, pharmacists, and infection control practitioners participated most often. Rounds did not occur due to admission of new patients at the scheduled time (n =136, 44.7%) and involvement of nurses in activities unrelated to patients' care (n= 97, 31.9%). On multivariate analysis, higher NAS scores were associated with greater odds of conducting multidisciplinary rounds (odds ratio = 1.06; CI 95%, 1.04-1.10; p<0.01), but bed occupancy rates were not (OR = 0.99; CI 95%, 0.97-1.00; p = 0.18). **Conclusions:** Multidisciplinary rounds were conducted in less than two thirds of surveyed ICU-days. Many rounds were cancelled due to activities unrelated to patients' care. Unexpectedly, increased workload was associated with higher odds of conducting rounds. Perhaps, workload is a trigger to discuss daily goals to improve patient outcomes and to enhance the effectiveness of multidisciplinary teams.

Keywords: Interdisciplinary Communication. Critical Care. Patient Care Team. Intensive Care Units. Neoplasms

LISTA DE FIGURAS E TABELA

Figura 1	Participação dos profissionais na visita multiprofissional	8
Figura 2	Motivos do cancelamento da visita multidisciplinar	9
Tabela 1	Características dos pacientes internados durante o período de estudo	10

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ECOG P	<i>Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status</i>
NAS	Nursing Activities Score
SAPS 3	<i>Simplified Acute Physiology Score</i>
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	OBJETIVOS	4
2.1	Objetivo Primário	4
2.2	Objetivos Secundários	4
3	MÉTODOS.....	5
3.1	Protocolo de Pesquisa	5
3.2	Desenho do Estudo	5
3.3	Coleta de Dados	6
3.4	Análise dos Dados	7
4	RESULTADOS	8
5	DISCUSSÃO	12
6	CONCLUSÃO.....	14
7	REFERÊNCIAS.....	15

ANEXOS

Anexo 1 Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP

Anexo 2 *NAS - Nursing Activity Score*

APÊNDICE

Apêndice 1 Formulário de realização das Visitas Multidisciplinar

1 INTRODUÇÃO

A unidades de terapia intensiva (UTI) são áreas hospitalares destinadas ao atendimento a doentes que se encontram em estado de saúde crítico e que necessitam de cuidados complexos; são pacientes que dependem de cuidados intensivos e que sejam monitorizados por 24 horas de forma contínua (Leite et al. 2005).

O cuidado ao paciente grave é complexo e exige a presença de uma equipe multidisciplinar. Assim, faz-se necessário ter uma equipe bem treinada e com o quadro de funcionários adequado para que possam desempenhar um serviço de qualidade aos pacientes (Leite et al. 2005). A equipe multidisciplinar é formada por profissionais de várias áreas que trabalham juntos com o objetivo de melhorar o cuidado dos pacientes internados. A equipe multidisciplinar é composta basicamente por médico intensivista, enfermeiro e fisioterapeuta dedicados exclusivamente à unidade de terapia intensiva, conforme recomendado pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 7 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA (Ministério da Saúde 2010). Idealmente, farmacêutico, fonoaudiólogo, psicólogo e o serviço de controle de infecção hospitalar devem também participar do cuidado de pacientes graves internados na UTI. A participação de cada profissional é de extrema importância para o desfecho dos pacientes de UTI, pois cada um irá contribuir com sua área de conhecimento para uma assistência adequada para cada paciente.

O médico intensivista é o especialista nos cuidados de pacientes em estado grave e possui habilidades para o diagnóstico e o tratamento de condições agudas. A presença de intensivistas associa-se a menores mortalidades na UTI e hospitalar, bem como redução do tempo de internação na UTI e no hospital (Pronovost et al. 2003). UTIs com médicos especialistas 24h por dia nos 7 dias da semana têm menores mortalidades ajustadas para a gravidade dos pacientes, bem como menores durações de internação na UTI e de ventilação mecânica (Zampieri et al. 2019).

O enfermeiro na UTI exerce função assistencial, no cuidado do paciente, e ajusta a escala de técnicos de enfermagem de acordo com as demandas dos pacientes internados. O enfermeiro está à frente de uma unidade de terapia intensiva, com o objetivo de direcionar os cuidados ao paciente juntamente com a equipe médica. Segundo Stollings et al. (2020) a participação de um enfermeiro nas visitas é essencial, uma vez que este profissional exerce uma função direta ao paciente. Além disso, os enfermeiros devem ter autonomia para determinadas

condutas, como ajuste da infusão de sedativos e de drogas vasoativas, que trazem benefício ao paciente. UTIs em que os enfermeiros têm mais autonomia têm melhores resultados em termos de mortalidade e de uso de recursos (Zampieri et al. 2019).

A participação de um fisioterapeuta, avaliando e executando os protocolos ventilatórios e a mobilização precoce no leito reduz o tempo de internação na UTI (Costa et al. 2014). Segundo Stollings et al. (2020), estes profissionais contribuem para reduzir a perda de mobilidade dos pacientes e sua atuação permite a identificação e superação de barreiras que possam impedir a mobilização precoce, e ajudam a educar e treinar outros membros da equipe para mobilizar com segurança em sua ausência.

A presença de um farmacêutico na UTI contribui para a redução de eventos adversos relacionados a medicamentos, custos, tempo de internação e mortalidade dos pacientes internados. A presença de um farmacêutico especializado em cuidados intensivos, ajudam a reduzir uso de terapia medicamentosa mais complexa (Lee et al. 2017).

Assim, a sinergia entre os profissionais, catalisada nas visitas multidisciplinares é essencial para o cuidado dos pacientes gravemente enfermos internados na UTI. As visitas multidisciplinares associam-se a diversos efeitos positivos para os pacientes, tais como:

- Implementação de protocolos de sedação (Ranzani et al. 2014);
- Mobilização precoce (Bakhru et al. 2016);
- Redução do uso de dispositivos invasivos, tais como cateter venoso central e sonda vesical de demora (Arora et al. 2014), e;
- Redução da mortalidade (Kim et al. 2010).

Adicionalmente, visitas multidisciplinares usando *checklists* de objetivos diários associam-se a melhor percepção do clima de trabalho e de segurança do paciente (Cavalcanti et al. 2016). Provavelmente, visitas multidisciplinares são ainda mais importantes em unidades com maior carga de trabalho, pois a reunião entre diferentes profissionais para a discussão dos objetivos de cuidado dos pacientes associa-se a menores taxas de *burnout* entre os profissionais (Poncet et al. 2007).

Entretanto, 20 a 30% das UTIs pesquisadas em diversos estudos não realizam visitas multidisciplinares (Soares et al. 2015; Kohn et al. 2017). Como mencionado anteriormente, profissionais de diferentes formações podem trazer perspectivas alternativas para o cuidado dos pacientes, que podem levar a conclusões diferentes quanto às metas de cuidado em cada paciente (Sakata et al. 2016). Assim, a colaboração multidisciplinar deve ser encorajada. Um motivo adicional para a realização de visitas multidisciplinares, ainda, é que falhas de

comunicação podem ocorrer e levar a eventos adversos e aumento do tempo de internação na UTI (Pronovost et al. 2003). Por todos estes motivos, a implementação da visita multidisciplinar deve ser uma prioridade em programas de melhoria em UTIs.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

- 1 Avaliar a frequência da realização de visitas multidisciplinares nas UTIs do A.C.Camargo Cancer Center;

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- 1 Avaliar a participação de diversos membros da equipe multiprofissional nas visitas multidisciplinares;
- 2 Identificar motivos que levaram ao cancelamento das visitas multidisciplinares;
- 3 Avaliar a associação entre a realização de visitas multidisciplinares, taxa de ocupação e carga de trabalho de enfermagem.

3 MÉTODOS

3.1 PROTOCOLO DE PESQUISA

Foi conduzido um estudo transversal em quatro UTIs do A.C.Camargo Cancer Center no período de outubro de 2017 a agosto de 2018. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa-CEP da Fundação Antônio Prudente-A.C.Camargo Cancer Center (número 2430/17) (Anexo 1). Como tratava-se de estudo foi observacional, não houve exigência para o consentimento.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade Antonio Prudente do A.C.Camargo Cancer Center, que tem quatro UTIs, com 10 leitos cada, que recebem pacientes clínicos e cirúrgicos. Durante o turno da manhã, há um médico e um(a) enfermeiro(a) um para cada cinco leitos, um terapeuta respiratório para os 10 leitos, e um técnico de enfermagem para cada 2 leitos. Há também um farmacêutico para cada 10 leitos que podem ou não estar fisicamente presentes na UTI a depender da escala de plantão deles, pois eles também são responsáveis pela cobertura das enfermarias.

As visitas multidisciplinares são realizadas diariamente às 11h de segunda-feira a sexta-feira. A participação dos intensivistas, enfermeiros(as) e fisioterapeutas é obrigatória. Farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, e os profissionais da SCIH (Serviço de controle de infecção hospitalar) são convidados, mas sua participação é opcional. As visitas são realizadas no posto de enfermagem e não à beira dos leitos dos pacientes. Normalmente, o médico responsável apresenta o caso clínico de cada paciente e propõe um plano diagnóstico e terapêutico. Todos os profissionais discutem e juntos traçam qual será a conduta dos cuidados para cada paciente. Os objetivos das condutas devem ser documentados e verificados nos registros eletrônicos de saúde. As condutas discutidas na visita podem ser resumidas em: Solicitação de exames de imagem e laboratório, reconciliação e alterações de dosagem de medicamentos, retirada de dispositivos invasivos, como cateteres venosos centrais e urinários, mobilização de pacientes e solicitação de parecer para outros especialistas.

Embora as visitas multidisciplinares sejam consideradas parte do turno da manhã, elas podem ser canceladas a pedido dos enfermeiros ou médicos devido a tarefas emergentes que devem ser concluídas durante o mesmo período, como internações de pacientes, transferências ou a realização de procedimentos invasivos.

3.3 COLETA DE DADOS

Diariamente, a pesquisadora, também supervisora de enfermagem da UTI, avaliou se as visitas multidisciplinares foram realizadas em cada uma das quatro UTI. Se as visitas foram realizadas, foi documentado quais profissionais participaram (Apêndice 1).

Além disso, para todos os dias de estudo, foi avaliado a taxa de ocupação do leito de cada UTI e o *Nursing Activity Score* (NAS, Anexo 2) de todos os pacientes, este documento é um instrumento que tem como objetivo medir o tempo que o profissional de enfermagem prestou assistência ao paciente na UTI em 24hrs, se a pontuação atingir o valor de 100, significa que o paciente demandou de um profissional de enfermagem 100% nas últimas 24hrs (Queijo et al. 2009).

Um NAS médio diário para cada UTI foi calculado somando-se o NAS de cada paciente e dividindo este valor pelo número de pacientes hospitalizados na UTI específica naquele dia. Caso as visitas não tivessem sido realizadas, a pesquisadora perguntava aos enfermeiros de plantão o porquê das visitas não terem ocorrido e anotava o motivo. Os motivos foram categorizados em:

- 1 Admissão de um novo paciente próximo ao horário em que seria realizada a visita multidisciplinar;
- 2 Realização de procedimentos invasivos, como intubação orotraqueal ou passagem de cateter venoso central, pelo médico de plantão no horário da visita multidisciplinar;
- 3 Os enfermeiros estavam envolvidos em atividades não assistenciais, ou seja, atividades administrativas ou de educação continuada;
- 4 Nenhuma razão específica

Os dados dos pacientes admitidos durante o período de estudo foram coletados do prontuário eletrônico. Os seguintes dados foram coletados: idade, sexo, tipo de câncer (sólido locorregional, sólido metastático, hematológico ou não câncer/remissão há mais de 5 anos), funcionalidade avaliada pela escala *Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status-ECOG P*, (escala avalia como a doença afeta as habilidades diárias do paciente), tipo de

admissão (clínica, cirurgia eletiva ou cirurgia de urgência), motivo da admissão, escore *Simplified Acute Physiology Score-SAPS* (escore para avaliar o estado fisiológico do paciente admitidos em UTI) , desfecho na UTI (vivo, morto ou transferência a outro hospital) e tempo de internação na UTI.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

O desfecho primário do estudo foi a frequência da realização das visitas multidisciplinares por dia por UTI durante o período de estudo.

As variáveis categóricas foram apresentadas como números absolutos e porcentagens e comparadas com os testes de qui-quadrado ou Fisher. As variáveis contínuas (NAS e taxa de ocupação) foram apresentadas como média e desvio-padrão e comparadas com o teste t de *Student* não pareado.

Um modelo de regressão logística, tendo como variável dependente a realização da visita multidisciplinar e variáveis independentes, a taxa de ocupação e o NAS, foi construído para se avaliar se estes fatores se associaram à realização de visita e foram apresentados *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança (IC) de 95% destes fatores. Um p menor ou igual a 0,05 foi considerado significativo. O software SPSS 21.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) foi utilizado para análise.

4 RESULTADOS

Houve 223 dias com visitas multidisciplinares programadas durante o período do estudo. No entanto, uma unidade ficou fechada por três dias para manutenção de equipamentos. Consequentemente, avaliamos a frequência de visitas multidisciplinares transdisciplinares em 889 oportunidades.

As visitas multidisciplinares foram realizadas em 585 (65,8%) destas oportunidades. Enfermeiros, médicos intensivistas e fisioterapeutas participaram de todas as visitas. Farmacêuticos, médicos e enfermeiros do Serviço Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) foram outros participantes frequentes (Figura 1).

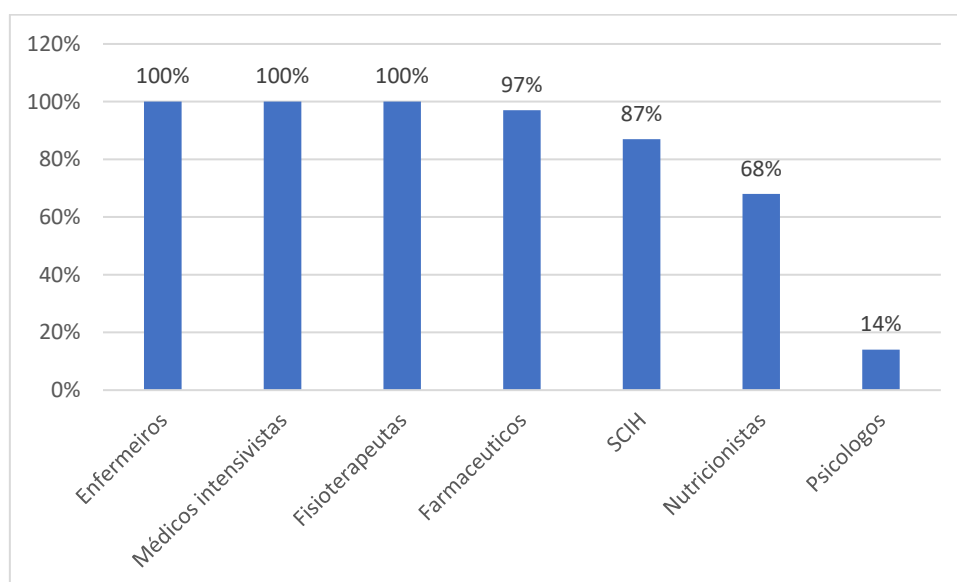


Figura 1 - Participação dos profissionais na visita multiprofissional.

A principal razão para a visita multidisciplinar não ter acontecido foi a admissão de um paciente em horário próximo ao programado para a visita ($n = 136$; 44,7%). Em seis ocasiões (2,6%), as visitas não ocorreram por “nenhuma razão específica” de acordo com os enfermeiros de plantão. Participação dos enfermeiros em atividades não assistenciais levou ao cancelamento da visita multidisciplinar em 98 (31,9%) ocasiões (Figura 2).

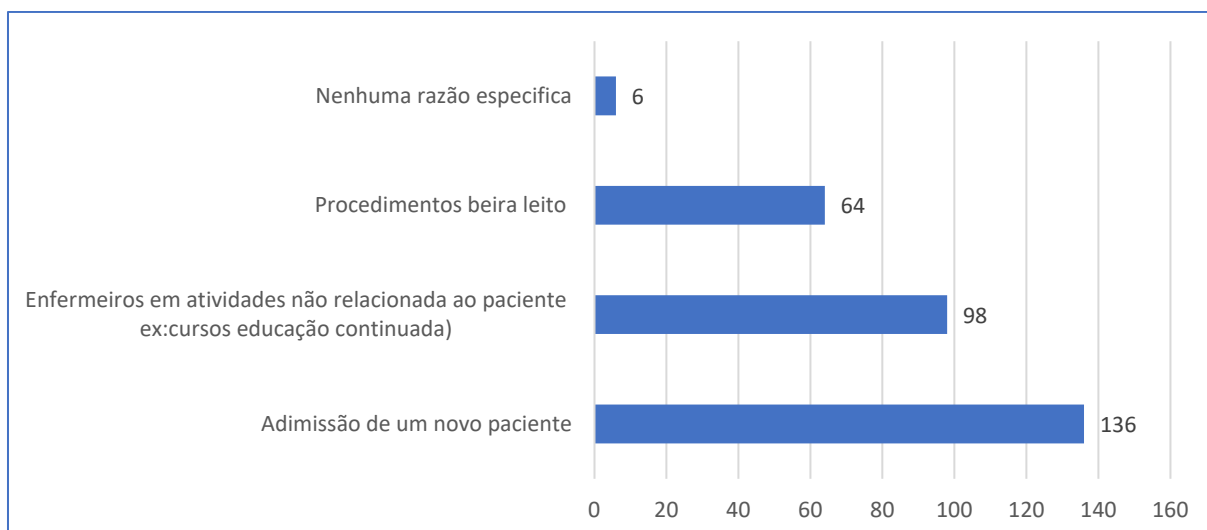


Figura 2 - Motivos do cancelamento da visita multidisciplinar

Um total de 3096 pacientes foram admitidos durante o período do estudo. Eles eram predominantemente do sexo masculino ($n = 1629$; 52,6%), com idade média de 61 (± 15.1) anos e tinha predominantemente tumores sólidos ($N = 2790$; 90,1%). Admissões clínicas ($n = 1608$; 51,9%) foram mais comuns do que admissões cirúrgicas. Informações sobre a funcionalidade estavam disponíveis para 2298 (74,2%) pacientes, dos quais 1494 (65,0%) não tinham comprometimento funcional ou tinham mínimo comprometimento funcional (isto é, ECOG 0 ou 1). Um total de 275 pacientes (8,9%) haviam morrido à alta da UTI (Tabela 1).

Tabela 1 - Características dos pacientes internados durante o período de estudo

Variável	N = 3096
Idade, média (DP)	61,0 (15,1)
Sexo feminino, N (%)	1467 (47,4)
Tipo de admissão, N (%)	
Clínica	1608 (51,9)
Cirurgia eletiva	1310 (42,3)
Cirurgia urgente	176 (5,7)
Local de origem, N (%)	
Centro cirúrgico	1476 (47,7)
Pronto socorro	818 (26,4)
Enfermarias	775 (25,0)
Outro hospital	25 (0,8)
Motivo de internação, N (%)	
Monitoramento pós-operatório	1450 (46,8)
Choque sepse/séptico	466 (15,1)
Distúrbios neurológicos	163 (5,3)
Doenças cardiovasculares	148 (4,8)
Distúrbios renais e metabólicos	78 (2,6)
Tipo de tumor, N (%)	
Loco sólido regional	1384 (44,7)
Metastático sólido	1406 (45,4)
Hematológicas	206 (6,7)
Sem câncer ou remissão > 5 anos	98 (3,2)
SAPS 3 pontos, média (DP)	54,9 (16,6)
Funcionalidade, N (%) *	
Sem comprometimento ou comprometimento mínimo (ECOG 0 ou 1)	1494 (65,0)
Comprometimento moderado (ECOG 2)	442 (19,2)
Comprometimento grave ou acamado (ECOG 3 ou 4)	362 (15,8)
Status à alta da UTI, N (%)	275 (8,9)
Vivo	2818 (90,0)
Morto	275 (8,9)
Transferido para outro hospital	3 (0,1)
Tempo de permanência na UTI, dias, média (DP)	3,0 (4,0)

*Os dados sobre o estado de desempenho foram ausentes para 798 (25,8%) pacientes.

DP: Desvio-Padrão. ECOG: *Eastern Cooperative Oncology Group*. SAPS: *Simplified Acute Physiology Score*.

A média do NAS foi maior em dias que houve visita multidisciplinar ($86,2 \pm 5$ vs. $84,8 \pm 4,3$, $p < 0,01$). Por outro lado, a taxa de ocupação não diferiu em dias com ou sem visitas (93 ± 97 vs. $93,5 \pm 9,8\%$, $p = 0,45$). Na regressão logística, NAS médios mais altos foram independentemente associados à realização da visita ($OR = 1,07$; IC 95%, 1,04-1,10; $p < 0,01$), mas a taxa de ocupação de leitos não foi ($OR = 0,99$; IC 95%, 0,97-1,00; $p = 0,18$).

5 DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que as visitas multidisciplinares nas UTI foram realizadas em menos de 2/3 da UTI-dias. Como esperado, enfermeiros, médicos e fisioterapeutas participaram de todas as visitas enquanto farmacêuticos e profissionais de controle de infecção hospitalar também participaram frequentemente das visitas multidisciplinares. As vistas foram mais frequentes em dias de maior carga de trabalho dos enfermeiros. Admissões de novos pacientes e o envolvimento de enfermeiros em atividades não relacionadas à assistência foram os principais motivos para que as visitas não fossem realizadas.

As visitas interdisciplinares são essenciais para o atendimento de pacientes críticos, pois profissionais de diversas disciplinas têm percepções variadas e reconhecem diferentes aspectos da paciente grave (Sakata et al. 2016). As visitas multidisciplinares estão associadas a resultados positivos para os pacientes (Kim et al. 2010; Ranzani et al. 2014; Bakhru et al. 2016) e equipes, facilitar o compartilhamento de insights semelhantes e complementares, permitir a tomada de decisão baseada em consenso, e reduzir os conflitos, com informações pertinentes ao tratamento de cada paciente dentro da equipes (Pronovost et al. 2003).

O fato de que as visitas multidisciplinares não foram realizadas em mais de um terço dos dias programados é motivo de preocupação. Uma estratégia para a redução das tarefas concorrentes durante as vistas deve ser abordada como prioridade máxima (Rehder et al. 2012).

No presente estudo, houve maior chance de se realizar vistas multidisciplinares nos dias de maior carga de trabalho dos enfermeiros. Este foi um resultado inesperado. Como diversas tarefas podem ocorrer no horário em que a visita estaria programada, nós acreditávamos haveria uma maior chance de não se realizarem visitas nos dias em que houvesse uma maior carga de trabalho dos enfermeiros. A maior ocorrência de visitas em dias com maior carga de trabalho pode ser devida à percepção de que o cuidado de pacientes mais graves gera maior carga de trabalho e, conseqüentemente, demanda mais discussões multidisciplinares para que se estabeleçam as metas de cuidado dos pacientes. A carga de trabalho da enfermagem é um indicador de estresse no trabalho na UTI (Rewa et al. 2018) e está associada a maiores taxas de burnout (Chuang et al. 2016). Adicionalmente, uma carga de trabalho maior em relação ao número de enfermeiros associa-se a maior mortalidade dos pacientes em UTI (Lee et al. 2017). Assim, nós acreditamos que a carga de trabalho pode ser um gatilho para discutir metas de

cuidado que levem à melhora dos desfechos dos pacientes, reduzam o risco de eventos adversos e melhorem a efetividade da comunicação de equipes multidisciplinares.

Este estudo tem pontos fortes e limitações. Foi um estudo pragmático que teve como objetivo avaliar a frequência de visitas multidisciplinares e sua associação com a taxa de ocupação de leitos e a carga de trabalho dos enfermeiros. Para atingir esses objetivos, nosso estudo abrangeu quase 9.000 pacientes-dia em 889 possíveis encontros. Por outro lado, ele foi um único estudo realizado em centro único, e nosso modelo de equipe multiprofissional pode não refletir o que ocorre em outros centros. Além disso, não estudamos o impacto da realização ou não das visitas multidisciplinares nos desfechos dos pacientes, na realização de metas diárias de cuidado dos pacientes ou no bem-estar da equipe multidisciplinar.

6 CONCLUSÃO

Podemos concluir que a visita multidisciplinar ocorreu em cerca de dois terços dos dias avaliados.

Enfermeiros, médicos e fisioterapeutas participaram de todas as visitas multidisciplinares. Farmacêuticos participaram de 97% das visitas;

Admissão de um paciente em horário próximo ao programado para a visita e a participação dos enfermeiros em atividades não assistenciais foram as principais causas do cancelamento da visita multidisciplinar;

A maior carga de trabalho, medida pelo NAS, associou-se à maiores chances de realização da visita multidisciplinar, mas a taxa de ocupação não se associou à realização das visitas.

Futuros estudos devem focar em estratégias para identificar e reduzir tarefas que levam à redução da realização e/ou participação em visitas multidisciplinares e avaliar se as metas estabelecidas nas visitas são efetivamente realizadas.

7 REFERÊNCIAS

Arora N, Patel K, Engell CA, LaRosa JA. The effect of interdisciplinary team rounds on urinary catheter and central venous catheter days and rates of infection. *Am J Med Qual.* 2014;29(4):329-34.

Bakhru RN, McWilliams DJ, Wiebe DJ, Spuhler VJ, Schweickert WD. Intensive care unit structure variation and implications for early mobilization practices. an international survey. *Ann Am Thorac Soc.* 2016;13(9):1527-37.

Cavalcanti AB, Bozza FA, Machado FR, Salluh JJ, Campagnucci VP, Vendramim P, et al. Effect of a quality improvement intervention with daily round checklists, goal setting, and clinician prompting on mortality of critically ill patients: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2016;315(14):1480-90.

Chuang CH, Tseng PC, Lin CY, Lin KH, Chen YY. Burnout in the intensive care unit professionals: a systematic review. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(50):e5629.

Costa DK, Barg FK, Asch DA, Kahn JM. Facilitators of an interprofessional approach to care in Medical and Mixed Medical/Surgical ICUs: a multicenter qualitative study. *Nurs Health.* 2014;37(4):326–35.

Kim MM, Barnato AE, Angus DC, Fleisher LA, Kahn JM. The effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. *Arch Intern Med.* 2010;170(4):369-76.

Kohn R, Madden V, Kahn JM, Asch DA, Barnato AE, Halpern SD, et al. Diffusion of evidence-based intensive care unit organizational practices. a state-wide analysis. *Ann Am Thorac Soc.* 2017;14(2):254-61.

Lee A, Cheung YSL, Joynt GM, Leung CCH, Wong WT, Gomersall CD. Are high nurse workload/staffing ratios associated with decreased survival in critically ill patients? A cohort study. *Ann Intensive Care.* 2017;7:46.

Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-am Enferm*. 2005;13(2):145-50.

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Disponível em: <https://bit.ly/2QmCPAH>. [2020 ago 15]

Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;175(7):698-704.

Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T, Lipsett PA, Simmonds T, Haraden C. Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care*. 2003;18(2):71-5.

Queijo AF, Padilha KG. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp):1018-25.

Ranzani OT, Simpson ES, Augusto TB, Cappi SB, Noritomi DT. Evaluation of a minimal sedation protocol using ICU sedative consumption as a monitoring tool: a quality improvement multicenter project. *Crit Care*. 2014;18(5):580.

Rehder KJ, Uhl TL, Meliones JN, Turner DA, Smith PB, Mistry KP. Targeted interventions improve shared agreement of daily goals in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med*. 2012;13(1):6-10.

Rewa OG, Stelfox HT, Ingolfsson A, Zygun DA, Featherstone R, Opgenorth D, et al. Indicators of intensive care unit capacity strain: a systematic review. *Crit Care*. 2018;22(1):86.

Sakata KK, Stephenson LS, Mulanax A, Bierman J, Mcgrath K, Scholl G, et al. Professional and interprofessional differences in electronic health records use and recognition of safety issues in critically ill patients. *J Interprof Care*. 2016;30(5):636-42.

Soares M, Bozza FA, Angus DC, Japiassu AM, Viana WN, Costa R, et al. Organizational characteristics, outcomes, and resource use in 78 Brazilian intensive care units: the ORCHESTRA study. *Intensive Care Med*. 2015;41(12):2149-60.

Stollings JL, Devlin JW, Lin JC, Pun BT, Byrum D, Barr J. Best Practices for Conducting Interprofessional Team Rounds to Facilitate Performance of the ICU Liberation (ABCDEF) Bundle. Crit Care Med. 2020;48(4):562-570.

Zampieri FG, Salluh JIF, Azevedo LCP, Kahn JM, Damiani LP, Borges LP, et al. Study Investigators. ICU staffing feature phenotypes and their relationship with patients' outcomes: an unsupervised machine learning analysis. Intensive Care Med. 2019;45(11):1599-607.

Anexo 1 - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP



A.C. Camargo Cancer Center
Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa

**COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA - CEP**

APROVAÇÃO

Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antonio Prudente – A.C. Camargo Cancer Center, em sua última reunião de **19/09/2017**, aprovaram a realização do projeto nº **2430/17** intitulado: **"Avaliação da execução de metas planejadas na visita multidisciplinar na unidade de terapia intensiva."**

Pesquisador responsável: Antonio Paulo Nassar Junior

Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas ao CEP dentro de 06 meses em relatório (modelo CEP).

São Paulo, 22 de setembro de 2017.

Atenciosamente,


Dr. Jefferson Luiz Gross

1º Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

1/1

Anexo 2 – NAS - Nursing Activity Score

Escore de Atividades de Enfermagem

ATIVIDADES BÁSICAS	Postuação
1. MONITORIZAÇÃO E CONTROLES	
1a. Sinais vitais horários, cálculo e registro do balanço hídrico.	4,5
1b. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 2 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: ventilação mecânica não invasiva, desmame, agitação, confusão mental, posição prona, procedimentos de doação de órgãos, preparo e administração de fluidos ou medicação, auxílio em procedimentos específicos.	12,1
1c. Presença à beira do leito e observação ou atividade contínua por 4 horas ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como os exemplos acima.	19,6
2. INVESTIGAÇÕES LABORATORIAIS: bioquímicas e microbiológicas.	4,3
3. MEDICAÇÃO, exceto drogas vasoativas.	5,6
4. PROCEDIMENTOS DE HIGIENE	
4a. Realização de procedimentos de higiene tais como: curativo de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente em situações especiais (incontinência, vômito, ¹ queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos complexos com irrigação), procedimentos especiais (ex. isolamento), etc.	4,1
4b. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 2 horas, em algum plantão.	16,5
4c. Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 4 horas em algum plantão.	20,0
5. CUIDADO COM DRENOS - Todos (exceto sonda gástrica)	1,8
6. MOBILIZAÇÃO E POSICIONAMENTO incluindo procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização do paciente; transferência da cama para a cadeira; mobilização do paciente em equipe (ex. paciente imóvel, tração, posição prona).	
6a. Realização do(s) procedimento(s) até 3 vezes em 24 horas.	5,5
6b. Realização do(s) procedimento(s) mais do que 3 vezes em 24 horas ou com 2 enfermeiros em qualquer frequência.	12,4
6c. Realização do(s) procedimento(s) com 3 ou mais enfermeiros em qualquer frequência.	17,0
7. SUPORTE E CUIDADOS AOS FAMILIARES E PACIENTES incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, aconselhamento. Frequentemente, o suporte e cuidado, sejam aos familiares ou aos pacientes permitem a equipe continuar com outras atividades de enfermagem (ex: a comunicação com o paciente durante procedimentos de higiene, comunicação com os familiares enquanto presente à beira do leito observando o paciente).	
7a. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por cerca de uma hora em algum plantão, tais como: explicar condições clínicas, lidar com a dor e angústia, lidar com circunstâncias familiares difíceis.	4,0
7b. Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem dedicação exclusiva por 3 horas ou mais em algum plantão, tais como: morte, circunstâncias trabalhosas (ex. grande número de familiares, problemas de linguagem, familiares hostis).	32,0
8. TAREFAS ADMINISTRATIVAS E GERENCIAIS	
8a. Realização de tarefas de rotina tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames, troca de informações profissionais (ex. passagem de plantão, visitas clínicas).	4,2
8b. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 2 horas em algum plantão, tais como: atividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta.	23,2
8c. Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem dedicação integral por cerca de 4 horas ou mais de tempo em algum plantão, tais como: morte e procedimentos de doação de órgãos, coordenação com outras disciplinas.	30,0

continuação...

ATIVIDADES BÁSICAS	Pontuação
SUORTE VENTILATÓRIO	
9. Suporte respiratório: Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (ex. CPAP ou BiPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigênio suplementar por qualquer método.	1,4
10. Cuidado com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.	1,8
11. Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal.	4,4
SUORTE CARDIOVASCULAR	
12. Medicação vasodilatadora independente do tipo e dose.	1,2
13. Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos >31/ml/dia, independente do tipo de fluido administrado.	2,5
14. Monitorização do átrio esquerdo. Cateter da artéria pulmonar com ou sem medida de débito cardíaco.	1,7
15. Reanimação cardiopulmonar nas últimas 24 horas (excluído soco précordial).	7,1
SUORTE RENAL	
16. Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas.	7,7
17. Medida quantitativa do débito urinário (ex. Sonda vesical de demora).	7,0
SUORTE NEUROLÓGICO	
18. Medida da pressão intracraniana	1,6
SUORTE METABÓLICO	
19. Tratamento da acidose/alcalose metabólica complicada.	1,3
20. Hiperalimentação intravenosa.	2,8
21. Alimentação enteral. Através de tubo gástrico ou outra via gastrointestinal (ex: jejunostomia).	1,3
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS	
22. Intervenções específicas na unidade de terapia intensiva. Intubação endotraqueal, inserção de marca-passo, cardioversão, endoscopia, cirurgia de emergência no último período de 24 horas, lavagem gástrica. Intervenções de rotina sem consequências diretas para as condições clínicas do paciente, tais como: Raio X, ecografia, eletrocardiograma, curativos ou inserção de cateteres venosos ou arteriais não estão incluídos.	2,8
23. Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.	1,9

Os sub-ítem dos itens 1, 4, 6, 7 e 8 são mutuamente exclusivos.

Apêndice 1 - Formulário de realização das Visitas Multidisciplinar

Visita multidisciplinar

Dia: __/__/__

UTI-1

() Não realizada

() Realizada

Participantes

() Médico () Enfermeiro () Farmacêutico () Fisioterapeuta () CCIH () Psicologia

() Outro. Quem? _____

UTI-2

() Não realizada

() Realizada

Participantes

() Médico () Enfermeiro () Farmacêutico () Fisioterapeuta () CCIH () Psicologia

() Outro. Quem? _____

UTI-4

() Não realizada

() Realizada

Participantes

() Médico () Enfermeiro () Farmacêutico () Fisioterapeuta () CCIH () Psicologia

() Outro. Quem? _____

UTI-Hilda

() Não realizada

() Realizada

Participantes

() Médico () Enfermeiro () Farmacêutico () Fisioterapeuta () CCIH () Psicologia

() Outro. Quem? _____