

SUMÁRIO:

1	OBJETIVO	01
2	CAMPO DE APLICAÇÃO	01
3	SIGLAS	01
4	MATERIAL	01
5	PROCEDIMENTO	01
6	RESPONSABILIDADE	08
7	FORMULÁRIOS E MODELOS CORRELATOS	08
8	FLUXOGRAMA	08
9	INDICADORES	09

1. OBJETIVO:

Orientar sobre o repasse de informações dentro da instituição, mitigando riscos e propondo forma de comunicação efetiva, a fim de assegurar e/ou garantir a compreensão de todos nos processos de trabalho.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO:

A todos as profissionais da instituição em todos os locais em que seja prestada a assistência/atendimento ao paciente.

3. SIGLAS:

LAI – Lei de Acesso à Informação

SBAR – Situação Background Avaliação Recomendação

PCA – Analgesia Controlada pelo Paciente

4. MATERIAIS:

- Formulários de avaliação da comunicação e relacionamento entre os profissionais.
- Prescrição do paciente

5. PROCEDIMENTO:**Comunicação**

A segurança da assistência depende de um comunicação efetiva entre os profissionais da área hospitalar. Esta comunicação precisa ser completa, sem ambiguidade e compreendida por todos. A efetividade da comunicação nas Instituições de Saúde reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria da segurança do paciente.

A comunicação é um processo-chave nas trocas de plantão entre equipes, nas transferências do paciente entre unidades internas e externas, nas situações de emergências e em todos os registros dos prontuários. A maioria dos erros assistenciais e dos danos evitáveis aos pacientes são frutos de falhas de comunicação entre os responsáveis pela assistência em todos seus níveis e entre estes e os pacientes / familiares ou acompanhantes.

As barreiras de comunicação minam a segurança do paciente, podendo ser a causa de diminuição da qualidade dos cuidados, e erros no tratamento e de danos potenciais para os doentes, além de elevar os custos da assistência e

prolongar desnecessariamente o tempo de permanência do paciente no hospital.

Para uma comunicação efetiva é necessário que a mensagem seja clara e que reúne informações coesas.

5.2 Método de comunicação- SBAR

É uma metodologia lógica de comunicação e informações que consiste no preenchimento de quatro critérios:

Situação= Quem você é. A razão do chamado. O que está acontecendo no presente momento;

Background= Diagnóstico de Admissão / História resumida / Tratamento Atual / Circunstâncias atuais;

Avaliação= O que mudou / Dados do exame Físico / Resultados significativos / A causa Raiz Sugestões;

Recomendação = O que deveríamos fazer para corrigir o problema.

- **EXEMPLO SEM METODOLOGIA**

Olá Doutor, o Sr. Pedro está tendo uma dor torácica. Ele estava andando no corredor e comeu bem no jantar. Não sei o que está acontecendo, mas já pedi um eletrocardiograma. Ele estava um pouco sudoreico quando teve a dor, mas já lhe dei todos os medicamentos, inclusive a insulina e o antibiótico. Ele foi submetido a uma colectomia ontem e está em uso de uma bomba de PCA (analgesia controlada pelo paciente)

- **EXEMPLO UTILIZANDO A METODOLOGIA SBAR**

Olá doutor, aqui é a enfermeira RRR da Enfermaria Cirúrgica e estou acompanhando o paciente Sr. PPP. Ele teve uma dor torácica de forte intensidade há cerca de 5 minutos, acompanhada de dispneia e sudorese (**Situação**). É um homem de 68 anos, com história prévia de doença cardíaca, que sofreu uma colectomia ontem, sem complicações (**História Prévia- Background**). Pedi um eletrocardiograma e minha preocupação é que ele esteja tendo um infarto ou embolia de pulmão (**Avaliação**). Seria muito importante que o Sr. viesse aqui imediatamente (**Recomendação**)

Pontos Críticos de Comunicação.

Passagem de plantão

A passagem de plantão consiste em uma rotina onde a equipe assistencial de um turno transmite ao turno seguinte, de uma forma sistematizada, informações relevantes e pendências relativas ao gerenciamento dos casos sob sua responsabilidade. O resultado esperado é a garantia da continuidade da assistência e com isso, evitar perda de informações relevantes para os membros da equipe assistencial.

Funções da passagem de plantão

- Transferência da informação;
- Divisão de Decisões;
- Transferência de Responsabilidades para a continuidade da assistência.

Características da passagem de plantão

- a) Processo frágil (depende de canais humanos para transmissão e recepção);
- b) Complexo pela ampla inserção de informações;
- c) Alta variabilidade (especialidade, gravidade, número de paciente, etc);
- d) Permeia e norteia assistência direta e indireta, transmite contexto multiprofissional de atuação para e com paciente;
- e) Alto impacto no gerenciamento de recursos humanos;
- f) Garantia de continuidade e veracidade do cuidado;
- g) Possui criticidade em três dimensões: Tempo, Comunicação e Segurança.

Impacto de Passagem de Plantão não efetiva.

- a) Atrasos diagnósticos;
- b) Atividade / Exames / Procedimentos desnecessárias (testes e procedimentos adicionais);
- c) Comunicação redundante;
- d) Elevação de custo e de tempo de internação por problemas causados;
- e) Insatisfação do paciente/família;
- f) Maior parte das informações passadas não é registrada no prontuário do paciente;
- g) Cultura de baixa expectativa falta de concentração;
- h) Ausência de compreensão do que tem relevância para ser transmitido.

Processo de Passagem de Plantão.

A equipe que passará o plantão deverá realizar três atividades antes do início da passagem de plantão:

- a) Realizar o fechamento do plantão (troca de informações finais entre a equipe do mesmo plantão);
- b) Agrupar os prontuários;
- c) Reunir a equipe.

NOTA: A passagem de plantão deve acontecer beira leito e ter como meta o tempo máximo de 20 minutos (sendo iniciados 5 minutos antes do início plantão e 15 minutos após) não deve haver recebimento do plantão antes de 10 minutos que antecedem o início do plantão. A passagem de plantão deverá ser entre profissionais de mesma categoria profissional.

Ao término da passagem de plantão duas atividades deverão ser imediatamente realizada

- a) Distribuição dos pacientes por técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem de acordo com o grau de complexidade;
- b) Troca de informações entre enfermeiro e técnico sobre cada paciente, revisão das prescrições de enfermagem

e médica e de seu aprazamento.

Temas Abordados na passagem de Plantão

- a) Problemas Ativos (diagnósticos);
- b) Breves Comentários sobre cada problema ativo;
- c) Pendência para cada problema ativo;
- d) Resolver pendências;
- e) Checar e descrever as pendências para o problema ativo.

Roteiro para passagem de plantão efetiva

No roteiro pré-estruturado de passagem de plantão estão listada as informações que não podem deixar de ser mencionadas

- a) Nome completo do paciente, data de nascimento e Nome Completo da Mãe do Paciente;
- b) Leito;
- c) Número de dias de internação / Número de dias de Pós- Operatório (se aplicável);
- d) Diagnóstico e motivo da internação;
- e) Evolução Clínica - Cirúrgica - condições do paciente;
- f) Exames / Procedimento Realizados e Pendentes;
- g) Medicamentos Administrado / Não administrado e as causas;
- h) Previsão de tratamento;
- i) Recomendações sobre cuidados;
- j) Informar a presença de acompanhante/cuidador.

Recomendações para a passagem de plantão.

- a) Prepare a passagem de plantão, antes do inicio;
- b) A passagem de plantão deve ser construída por quem passa e quem recebe;
- c) Pense na perspectiva de quem está recebendo a informação;
- d) Entenda a função das perguntas de quem está recebendo o plantão e responda-as de maneira completa;
- e) É requerida a definição de um profissional de enfermagem de referência para o atendimento as chamadas ocorridas em paralelo é passagem de plantão, com o intuito de reduzir as interrupções porém, garantindo o atendimento das necessidades dos pacientes;
- f) O prontuário do paciente deve ser utilizado na passagem de plantão.

O que evitar na passagem de plantão:

- a) Falta de pontualidade;
- b) Ter pressa para passar o plantão;
- c) Falta de objetividade que favorece a perda da atenção dos sujeitos que estão envolvidos na ação;
- d) Fazer outras atividades enquanto o plantão está sendo passado;
- e) Ficar procurando erros;
- f) Utilizar símbolos que não são conhecidos por todos;
- g) Não esclarecer dúvidas;
- h) Interrupções frequentes;
- i) Situação que favoreçam distrações, comunicações inadequadas, fadiga e estresse, pressão de tempo;
- j) Que passagem escrita não consiga ser lida por ninguém.

Registro em prontuário

Prontuário é o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Como registrar

- a) Conferir a identificação do paciente - Nome completo, Data de nascimento e Nome da mãe, antes do registros;
- b) A anotação deverá ser incisiva/decisiva;
- c) Direta, certa e isenta de erros, rasuras, uso de corretivos, risco, papel colado;
- d) Registar de forma clara e legível;
- e) Fácil de compreensão resumida e sucinta;
- f) O profissional que fez o procedimento;
- g) Utilize a verdade;
- h) A anotação deve ser realizado pelo profissional que fez o procedimento;
- i) O registro deverá ser realizado em locais padronizados;
- j) Não deixar linhas em branco;
- k) Registrar o fato tão logo seja possível, após a execução da ação. Não confie na memória;
- l) Registrar de forma cronológica e sequencial;
- m) Proceder todas as anotações com data e hora;

- n) Terminar com assinatura e número de registro profissional;
- o) Registrar as variações de normalidade dos procedimentos e do paciente;
- p) Determinar tamanhos (cm, mm) centímetros, volumes (ml, L) coloração e forma;
- q) Utilizar apenas as abreviaturas padronizadas pela instituição;
- r) Dados subjetivos deverão ser realizados entre aspas - Exemplo paciente “aparentemente depressivo”;

O que registrar

- a) Tudo o que seja relacionado com o paciente;
- b) Todos os cuidados prestados;
- c) Registar as recusas de tratamento e suas causas;
- d) Observações percebidas, vistas, ouvidas, durante a assistência devem ser incluídas;
- e) As respostas dos pacientes frente aos cuidados prescritos;
- f) Exames solicitados e seus resultados;
- g) Intercorrências, sinais e sintomas observados;
- h) Orientações fornecidas aos pacientes, famílias e acompanhantes;
- i) Encaminhamentos realizados;
- j) Anotar todas as chamadas médicas/ intercorrências.

O que não escrever

- a) Não usar termos que deem conotações de valor como: “Bem, Mal, Muito, Pouco, Razoável e outros;
- b) Evitar termos vagos;
- c) O que não está relacionado ao tratamento do paciente. NOTA: É proibido repetir as anotações anteriores.

Pontos de Atenção

- a) As anotações devem seguir a padronização dos instrumentos para o registro das informações e dos métodos de comunicação entre as profissionais;
- b) A gravidade do paciente e a complexidade dos cuidados favorecem a ocorrência de erros de omissão ou de distorção da comunicação entre os profissionais, comprometendo, assim a segurança do paciente;
- c) O paciente tem o direito de conhecer os registros realizados em seu prontuário clínico;
- d) A identificação do profissional responsável pela assistência e por consequência o registro em prontuário incluem o uso de carrinho profissional (nome completo, função, número do conselho de classe) assinatura;
- e) A prescrição médica tem a validade de 24 horas;

Comunicação entre a equipe de saúde e o paciente, familiares e acompanhantes.

O paciente pode e deve contribuir para qualidade dos cuidados à sua saúde, fornecendo informações importantes a respeito de si mesmo e interagindo com os profissionais da saúde. Ele deve ser estimulado a participar da assistência prestada e encorajado a fazer questionamento, uma vez que é ele que tem o conhecimento de seu histórico de saúde, da progressão de sua doença e dos sintomas e experiências com os tratamentos aos quais já foi submetido.

Princípios da participação do paciente família e ou acompanhantes.

O profissional de saúde deve entender as expectativas dos pacientes, que geralmente estão em torno de:

- a)** Saber o papel de cada membro;
- b)** Não ter a percepção de contradições entre as informações fornecidas pelos vários profissionais;
- c)** Envolvimentos do médico responsável pelo caso;
- d)** Médico e equipe acessíveis;
- e)** Tempo suficiente para obter as informações;
- f)** Equipe que ouve e encoraja perguntas;
- g)** Transparência, honestidade, clareza e consistência na informação;

Quando se reunir com o paciente, família e ou acompanhante?

- a)** Na admissão do paciente;
- b)** Sempre que possível, após um resultado de exame, permanência na UTI, após procedimentos invasivos como cirurgias;
- c)** Quando existe mudança no estado clínico do paciente;
- d)** Quando existir conflito;
- e)** Quando necessitar trocar o tipo de conduta, transferências, novos exames, inclusão de procedimentos invasivos;

Nota: Utilize meios adequados e linguagem compreensível para disponibilizar as informações aos diferentes grupos de pessoas. Uma das falhas decorrente da má comunicação na relação profissional de saúde e paciente é a utilização de termos técnicos.

Avaliação das dificuldades de comunicação, barreiras de linguagem, falta de entendimento das orientações:

- Na admissão do paciente, os fatores sociais, deficiência visual, auditiva ou de fala que possam prejudicar a comunicação e tomada de decisão adequada devem ser analisados e registrados em prontuário. Deve-se proceder à resolução desses aspectos por meio de definição de fluxos entre as áreas e envolvimento da família. Para tanto:
- Utilize recursos que de adaptem aos pacientes que tenham barreiras visuais, auditivas e de fala;
- Respeite o tempo de cada paciente para compreender as informações fornecidas;
- Crie estratégias para verificar se o paciente compreendeu as informações, repetindo-as, caso os objetivos não tenham sido alcançados;
- Leve em consideração perguntas, queixas e observações do paciente, pois ele é a última barreira para impedir que eventos adversos ocorram;

- Eduque o paciente para a cidadania, estimulando-o conhecer seus direitos e responsabilidades.

Processos de notificação de incidente

Todas as notificações deveram ser registradas em ficha de notificação de incidente, encaminhar para o Núcleo de Segurança do Paciente, as quais serão analisadas e monitoradas.

O envolvimento dos profissionais é de suma importância, pois a subnotificação pode retardar a identificação de sinais, impedindo a adoção de medidas preventivas. O sucesso de qualquer sistema de notificação espontânea depende da participação ativa dos notificantes.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

- Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto;
- A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no hospital, a fim de manter a sua segurança;
- SOLICITE ao paciente que declare (e, quando possível, soletre) seu nome completo e data de nascimento;
- SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontram-se legíveis;
Lembrar que deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas;
- NUNCA pergunte ao paciente “você é o Sr. Silva?” porque o paciente pode não compreender e concordar por engano;
- NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

6. RESPONSABILIDADE:

A todo profissional da instituição.

7. FORMULÁRIOS E MODELOS CORRELATOS:

Ficha de Notificação de Incidente – Padronização – Hospital do Centro – Formulários

8. FLUXOGRAMA:

Não se aplica

9. INDICADORES:

- Número de eventos adversos devido a falhas na comunicação.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/ANVISA. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 2013, 168p.
2. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
 3. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.
 4. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.
 5. Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do cliente em serviços de saúde e dá outras providências.
 6. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – série Segurança do Cliente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: ANVISA, 2014.
 7. Diretriz para implantação dos Núcleos e Planos de Segurança do Paciente nas filiais EBSERH.

11. HISTÓRICO DE REVISÕES:

20/02/2024 - Atualizado e revisado