



Núcleo de Qualidade e  
Segurança do Paciente

HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

# PROTOCOLO DA COMUNICAÇÃO EFETIVA META 02



# Pergunta

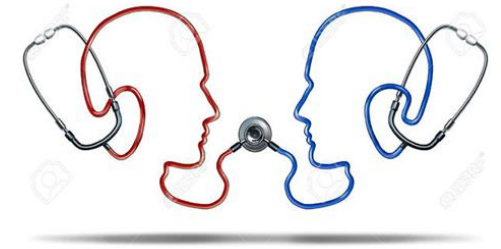
- 1) O que é comunicação efetiva?
- 2) Quais são as ferramentas que auxiliam na comunicação?

# O que é?

- A comunicação no ambiente hospitalar é um processo-chave nas trocas de plantão entre equipes, nas transferências do paciente entre unidades internas ou externas, nas situações de emergências e em todos os registros do prontuário do paciente.
- A comunicação é um processo recíproco, uma força dinâmica capaz de interferir nas relações, facilitar e promover o desenvolvimento e o amadurecimento das pessoas e influenciar comportamentos. Existem diversas formas de comunicação, como verbal, não verbal, escrita, telefônica, eletrônica, entre outras, sendo fundamental que ocorra de forma adequada permitindo o entendimento entre as pessoas.
- Essa rotina se aplica a todos os setores assistenciais do Hospital Regional do Gama onde serão atendidos pacientes internos e externos.
- A segurança do paciente depende do trabalho em equipe e é melhorada apenas quando a informação é compartilhada
- No serviço de saúde, a comunicação não é apenas uma troca de informação e sim a construção de sentidos, o que nos faz repensar, conhecer, compreender o processo comunicacional no cenário da assistência.

# Metas e objetivos da comunicação segura.

- Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais do cuidado;
- Tornar mais eficiente a comunicação nas passagens de plantão;
- Facilitar a comunicação entre profissionais e a família do paciente.
- Dividir informações, pensamentos e sentimentos entre as pessoas de modo que o conteúdo transmitido seja recebido e entendido por alguém da maneira que era pretendido;
- Melhorar a efetividade da comunicação;
- Registro das informações no prontuário de forma adequada para dar continuidade a assistência;
- Fortalecer a passagem de plantão repassando todas as informações importantes e pertinentes;
- Fortalecer a comunicação entre setores ou unidades.



# REGISTRO EM PRONTUÁRIO:

- A resolução CFM 1638/ 2002 define o prontuário como:  
*"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"*.
- Resolução COFEN nº 429/2012 define que:  
*"Art. 1º É responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações relacionadas ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência"*.
- O prontuário eletrônico utilizado pelo SES/DF é o Trak Care, onde estará todas as informações necessárias sobre o paciente.
- Um dos quesitos que mais impacta na segurança do paciente é o registro assertivo, pois informações autênticas são imprescindíveis para uma assistência segura. Portanto fazem-se necessários que os registros em prontuários sejam completos, atualizados, precisos, autênticos, legíveis e com terminologia própria da profissão.

- **RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017**

**Art. 36** Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.

**Art. 37** Documentar formalmente as etapas do processo de Enfermagem, em consonância com sua competência legal.

**Art. 38** Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

**Art. 39** Esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem

# PRESCRIÇÃO VERBAL:

- Segundo o Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, publicado pelo Ministério da Saúde e aprovado pela Portaria MS n.º 2.095/2013, as prescrições verbais devem ser restritas às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente escritas no formulário da prescrição após a administração do medicamento, bem como validadas pelo prescritor assim que possível.
- Também de acordo com o documento, quando a ordem verbal for absolutamente necessária, o prescritor deve falar o nome, a dose e a via de administração do medicamento de forma clara. Quem recebeu a ordem verbal deve repetir o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor antes de administrar a medicação.
- Nessas situações, a prescrição deve ser entregue na farmácia imediatamente após a normalização da situação que gerou a ordem. O profissional da farmácia que ouviu a ordem deve repetir o que escutou para certificar-se da informação, proceder à dispensação e registrar a ocorrência em formulário específico.
- Para melhor comunicação é recomendado a utilização da técnica de SBAR, que é uma estratégia de perguntas rápidas e padronizadas para que a comunicação seja clara, concisa, completa e eficaz.

# RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017

- **Art. 46** Recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica na qual não constem assinatura e número de registro do profissional prescritor, exceto em situação de urgência e emergência.
- **§ 1º** O profissional de Enfermagem deverá recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica em caso de identificação de erro e/ou ilegibilidade da mesma, devendo esclarecer com o prescritor ou outro profissional, registrando no prontuário.
- **§ 2º** É vedado ao profissional de Enfermagem o cumprimento de prescrição à distância, exceto em casos de urgência e emergência e regulação, conforme Resolução vigente.



# SBAR

**Situação:** Quem você é ? A razão do chamado ? O que está acontecendo?

## **Background (História Previa)**

Diagnóstico de Admissão. História resumida. Tratamento Atual

**Avaliação = O que mudou. Dados do ex. Físico. Resultados significativos**

**Recomendação =** Transferir o paciente. Venha ver imediatamente. Sugira exames ou testes adicionais

- Informar data e horário nos registros feitos no prontuário do paciente.
- No prontuário deve conter: o registro efetuado com assinatura do profissional e carimbo com nome legível e número de registro no respectivo conselho profissional.
- Buscar condições adequadas para a passagem de plantão, evitando interrupções e ruído que possam interferir na concentração e na transferências das informações.

# PASSAGEM DE PLANTÃO

A Passagem de Plantão é uma atividade fundamental para a organização da rotina do cuidar. Nela estão inseridas as informações referentes ao estado do paciente, o tratamento realizado, as possíveis intercorrências e o que mais merecer atenção por parte da equipe de saúde.

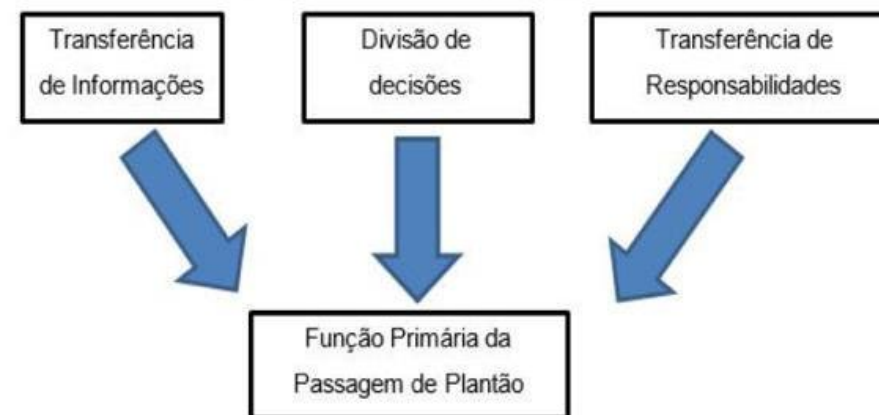
- A passagem de plantão é considerada o momento de alto risco, esse processo deve ocorrer em local determinado, adequado e pré-definido.
- Os profissionais envolvidos na passagem de plantão devem estar disponíveis pelo tempo necessário para transmissão das informações necessárias.
- Além da troca verbal de informações, é importante o registro dos itens mais relevantes ao cuidado.
- Informe os procedimentos realizados.
- Comunique intercorrências no livro Relatório de Enfermagem do Setor e Prontuário Eletrônico.

**Formulário**

HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE  
Passagem de Plantão MÉDICA - Modelo SBAR  
UNIDADE DE QUEIMADOS HIRAN

Data	Situação Nº Internados	Background - História Pré e Pós Operatório	Avaliação		
			MANHÃ	TARDE	NORTE
			Alterações/ Intercorrências	Alterações/ Intercorrências	Alterações/ Intercorrências
	Nº de agudos (recém internados)	Crônicos	Recomendações; PENDÊNCIAS	Recomendações; PENDÊNCIAS	Recomendações; PENDÊNCIAS
Assinatura do profissional / CRM					

Figura 5. A passagem de plantão deve ser.



# TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES ENTRE SERVIÇOS

- O processo de transferência de paciente dentro do Hospital Regional do Gama é direcionado pelo SISREG e SISLEITO.
- **HRG PARA UTI**  
(Este processo só começa quando o paciente recebe alta): Se o paciente estiver em outra UTI que não seja no HRG, a Gestão de Leito recebe a sinalização de alta do complexo regulados (Via e-mail, telefone e WhatsApp). A partir da sinalização a Gestão de Leito, reserva e vaga, preenche um formulário específico do setor para transferência de paciente, informar a equipe que irá receber o paciente acerca do quadro clínico e encaminhar ficha de remoção (formulário) para o NARP.
- **UTI PARA INTERNO:**  
Gestão de Leitos sinaliza a solicitação de alta, verifica disponibilidade na enfermaria do HRG para receber o paciente, comunica a equipe verbalmente e o setor é responsável pela transferência interna do paciente.
- **PACIENTE PARA SAMU:**  
A entrada do paciente é pelo BOX do PSA/PSA ortopédico ou PSA ginecológico. A comunicação é feita via chefia de equipe. Essa equipe que recebe o quadro clínico do paciente e passa para a equipe médica. Essa transição de informações é realizada de forma verbal.
- **HRG PARA HRG:**  
Se o paciente estiver no PSA as vagas para a transferência de setor é realizada pela Gestão de Leito. Internamente na Gestão de Leito é padronizado planilha e para comunicação aos setores é feito via telefone. Neste constato é passado apenas a disponibilidade do setor. A passagem do quadro clínico é feita entre as equipes de forma verbal.
- **HRG PARA OUTRA INSTITUIÇÃO:**  
É solicitado transferência à Gestão de Leito, que entra em contato com a unidade de transferência ao qual o paciente será removido. Neste caso o enfermeiro da Gestão de Leito passa o caso clínico do paciente. Essas informações são abstraídas do prontuário e da solicitação médica onde a descrição do quadro clínico. A Gestão de Leito faz a passagem dessas informações utilizando telefone, e-mail e WhatsApp. Após contato de transferência a Gestão de Leito informa ao setor do HRG onde o paciente está internado e o mesmo providencia a remoção junto ao NARP.

# IMPACTOS DA INFORMAÇÃO REPASSADA DE FORMA INADEQUADA

- Atrasos no Diagnóstico;
- Atividades desnecessárias (repetição de exames e outros);
- Comunicação Redundante;
- Insatisfação do paciente e da família;
- Omissão de dados importantes;
- Elevação do custo e tempo de internação;
- Cultura de baixa expectativa “ é normal”;
- Maior parte das informações não está registrada no prontuário.



# Comunicação

## Se comunique!

- Ouça atentamente, com calma;
- Dê mensagens não verbais de aceitação e respeito;
- Expresse respeito pelas opiniões e pelos valores da pessoa;
- Demonstre sua preocupação, seu cuidado e sua afeição;
- Focalize nos sentimentos da pessoa;
- Não interrompa frequentemente uma comunicação;
- Não faça o problema parecer trivial;
- Não demonstre estar chocado ou muito emocionado;
- Não coloque a outra pessoa numa posição inferior.



## Comunicação com familiares

- Médicos e equipe recebem informações dos familiares que podem auxiliar nas decisões;
- Preferências dos pacientes são identificadas;
- Ocorre redução de ansiedade dos familiares;
- Requer reuniões regulares entre a equipe cuidadora e a família;
- A equipe acessível e disponível, profissionais com papéis definidos, não e ter percepções de contradições, aumentam a satisfação familiar.

# Comunicação Interna

- As ações de comunicação interna devem favorecer o fluxo de informação, com o objetivo de promover a sinergia e a integração de gestores, funcionários, servidores, estagiários, prestadores de serviço e adolescentes aprendizes, buscando o comprometimento de todos com o trabalho da Instituição;
- A atuação administrativa deve pautar-se pela transparência, difundindo-se prontamente as informações de interesse dos públicos internos nos veículos institucionais;
- A comunicação interna deve contribuir para o estabelecimento de boas práticas organizacionais, buscando a humanização dos conteúdos e a aproximação com seu público-alvo.

# Comunicação Externa

A comunicação externa tem como objetivo melhorar a imagem da marca e está vinculada às relações da empresa com o resto dos grupos de interesse: consumidores, fornecedores, acionistas e a sociedade em geral.

No Hospital Regional do Gama podemos ver a comunicação externa por meio da Ouvidoria, que é o setor responsável pelos assuntos externos do hospital.



# Comunicação Digital

A comunicação em saúde é importante para uma vida saudável. Diz respeito ao estudo e uso de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde. Assim, contribui para a prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida.

Profissionais de saúde também podem se comunicar mais com seus clientes por meio de telefone, vídeos, aplicativos para *smartphones*, e-mail, redes sociais. Estas intervenções podem contribuir para que pacientes com doenças crônicas como câncer, diabetes, problemas cardíacos, HIV e insuficiência renal melhorem a alimentação ou a adesão ao uso de medicamentos.



# Comunicação Visual

A Comunicação visual é toda forma de se comunicar utilizando elementos visuais.

No ambiente hospitalar pode-se entender como comunicação visual todos os tipos de placas e sinalizações que auxiliem ou informe as pessoas sobre algo.

Exemplos são: Placas de notificação de risco, pulseiras coloridas de classificação de risco, dentre outras coisas.

# Protocolo Spikes

- O protocolo Spikes descreve seis passos de maneira didática para comunicar más notícias. O primeiro passo (*Setting up*) se refere à preparação do médico e do espaço físico para o evento. O segundo (*Perception*) verifica até que ponto o paciente tem consciência de seu estado. O terceiro (*Invitation*) procura entender quanto o paciente deseja saber sobre sua doença. O quarto (*Knowledge*) será a transmissão da informação propriamente dita. Neste ponto, são ressaltadas algumas recomendações, como: utilizar frases introdutórias que indiquem ao paciente que más notícias virão; não fazê-lo de forma brusca ou usar palavras técnicas em excesso; checar a compreensão do paciente. O quinto passo (*Emotions*) é reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente. O sexto (*Strategy and Summary*) diminui a ansiedade do paciente ao lhe revelar o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer.

# Protocolo Spikes

QUADRO 1  
O protocolo Spikes<sup>8</sup>

S	<i>Setting up</i>	Preparando-se para o encontro
P	<i>Perception</i>	Percebendo o paciente
I	<i>Invitation</i>	Convidando para o diálogo
K	<i>Knowledge</i>	Transmitindo as informações
E	<i>Emotions</i>	Expressando emoções
S	<i>Strategy and Summary</i>	Resumindo e organizando estratégias

# Protocolo Disclosure

- Por que aplicar o protocolo de “DISCLOSURE” quando da ocorrência de eventos adversos?
  - ✓ Nós somos os advogados dos nossos pacientes;
  - ✓ A transparência reconstrói e fortalece a confiança;
  - ✓ É fundamental manter um bom relacionamento entre PROFISSIONAL – PACIENTE.

# Protocolo Disclosure



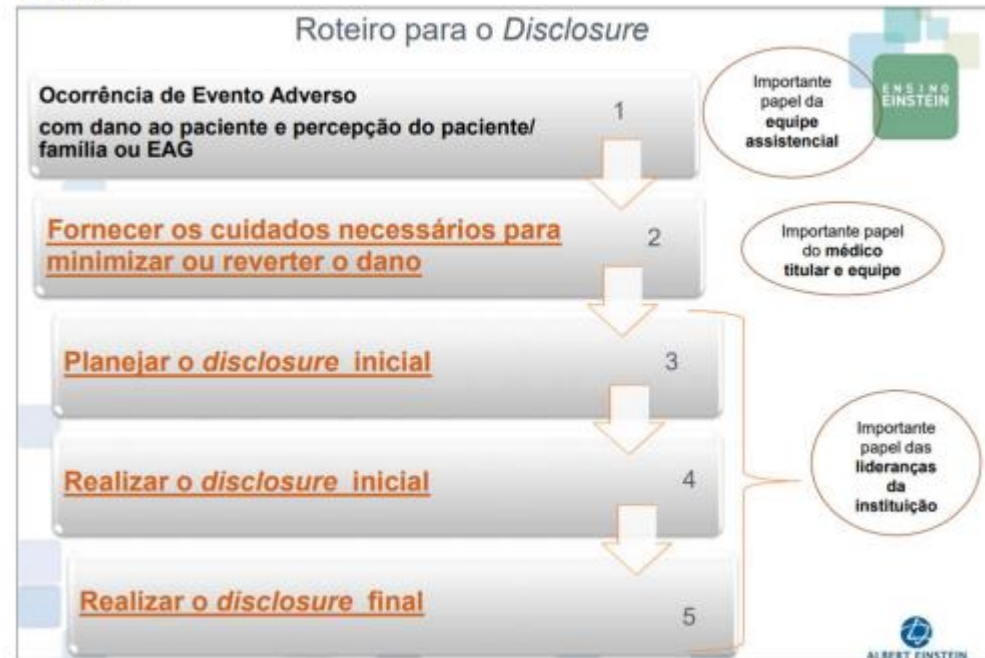
- Comunicação aberta, honesta e transparente entre os serviços de saúde e seus pacientes;
- É um direito dos pacientes receber informações sobre sua saúde, enfermidades bem como os riscos inerentes ao tratamento de saúde;
- A comunicação com o paciente se torna um desafio a medida que ocorre um dano a sua saúde;

- O processo de disclosure proporciona:
  - ✓ Confiança e confiabilidade no sistema de saúde;
- O disclosure inclui:
  - ✓ Uma explicação honesta, transparente e o comprometimento com a continuidade do cuidado;
  - ✓ Suporte para o paciente, familiares e profissionais de saúde;

“Não fornecer explicações após um resultado adverso é uma causa relevante de processo e uma fonte de insegurança para o paciente.”

- O que os pacientes esperam após a ocorrência de um evento?
  - ✓ Reconhecimento da organização sobre o que aconteceu – preocupação e desculpas pelo ocorrido;
  - ✓ A revelação dos fatos sobre o evento;
  - ✓ As etapas do que foi e do que será feito para minimizar o dano;
  - ✓ Quais medidas adotadas para evitar a ocorrência de eventos semelhantes.
  - ✓ Ocorrência de Evento Adverso com dano ao paciente

**ETAPAS :**



Quando o disclosure deve ser realizado?

Em toda ocorrência de Incidente com dano grave ao paciente.



## DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

### 1. Ocorrência de Evento Adverso Grave:

- Identificar prontamente
- Comunicar ao líder imediato
- Envolver a liderança da área em que ocorreu o evento
- Não levantar expectativas do paciente e família
- Procurar não dar respostas imediatas

*É importante que se estabeleça de imediato a comunicação entre as pessoas que poderão levar a cabo as medidas necessárias, tanto para o manejo da complicação como para o possível disclosure*

## 2. Fornecer os cuidados necessários para minimizar ou reverter o dano

- Atender às necessidades clínicas
- Resolver as situações de emergência
- Fornecer apoio emocional
- Realizar registro do evento e das condutas adotadas para minimizar ou reverter o dano

*A participação, envolvimento e compromisso do médico titular e sua equipe é essencial nesta etapa do processo*

### 3. Planejar o disclosure inicial

- Identificar quais são os fatos inicialmente conhecidos
- Identificar quais são os fatos ou impressões do paciente e família
- Definir as pessoas que participarão do disclosure inicial
- Planejar o que será dito
- Definir quando e onde será o disclosure inicial

#### 4. Disclosure inicial:

- Fornecimento de informações sobre os fatos do evento,
- impacto para o paciente e medidas adotadas para minimizar ou reverter o dano
- Fornecer informações confiáveis em até 24h após o evento
- Dizer apenas o que ocorreu, não os motivos pelos quais ocorreram (investigação posterior)
- Não fornecer informações cujo conhecimento seja superficial, por exemplo, relacionados a causas do evento e fatores contribuintes
- Não utilizar a palavra ERRO
- Explicar as medidas adotadas para minimizar o dano e os próximos passos (terapêutica, prognóstico)
- Verificar a necessidade de suporte ao paciente e familiares
- Acordar nova reunião para detalhamento dos fatos em 45 dias

## 5. Disclosure final:

- fornecimento de informações complementares com exposição das causas e lições aprendidas
- envolver a diretoria e gerência
- Pedir desculpas quando uma falha estiver associada
- Assumir responsabilidades
- Explicar ao paciente e a família o que aconteceu, considerando as causas e fatores contribuintes
- Explicar o que será feito para evitar futuros eventos adversos (lições aprendidas e as oportunidades de melhoria)
- Verificar a necessidade de fornecer suporte psicológico.

## OBSERVAÇÕES RELEVANTES:


- Não postergar a comunicação dos fatos (aumento de estresse e ansiedade);
- O disclosure deve ocorrer em local reservado com horário definido;
- Garantir que a conversa final contará com a presença de todas as pessoas importantes para a tomada de decisão imediata;
- Comunicação deve transcorrer de forma clara, simples, sensível e compreensiva;
- Reações emocionais devem ser esperadas;
- Dê tempo ao paciente e seus familiares para que eles possam pensar sobre o que aconteceu;
- Expressar genuína preocupação;
- Apoio e orientação.

# NOTIFICAÇÃO

- A notificação é uma comunicação feita por profissionais de saúde, a fim de relatar o aparecimento de queixas técnicas e/ou eventos adversos relacionados a todas as metas de segurança do paciente. No Hospital Regional do Gama a notificação deverá ser realizada em formulário próprio e encaminhado ao NQSP/HRG.
- O formulário está disponível impresso nos setores e também poderá ser acessado na pasta compartilhada – (\\hrg-nti-01) - Link NQSP, na pasta EVENTOS ADVERSOS.
- Formulário web:
  - <https://goo.gl/forms/eFToErwtaApeyQdD2> (Eventos adversos)
  - <https://goo.gl/forms/sS5ibmScotTHs8ft2> (Tecnovigilância)

# Notificação

- Formulário de notificação

 NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS – NQSP/HRG			
Esse formulário é sigiloso e não tem caráter punitivo.			
NOTIFICAÇÃO			
SETOR NOTIFICANTE:		SETOR NOTIFICADO:	
NOME COMPLETO DO PACIENTE:			
HOMEM ( )	MULHER ( )	COR/RAÇA:	IDADE:
DATA DE NASCIMENTO:		NR DA SES:	
DATA DE INTERNAÇÃO:		DIAGNÓSTICO:	
DATA DO EVENTO:		HORA DO EVENTO:	
SERVIDOR(ES) NOTIFICANTE:			
EVENTO			
( ) FLEBITE		( ) EXTUBAÇÃO ACIDENTAL	
( ) QUEIMADURAS		( ) FALHAS NA DOCUMENTAÇÃO	
( ) FALHAS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		( ) FALHAS NA ASSISTÊNCIA RADIOLÓGICA	
( ) FALHAS NA ADMINISTRAÇÃO DE O <sup>2</sup> OU GASES MEDICINAIS		( ) FALHAS NA DURANTE A ASSISTÊNCIA À SAÚDE	
( ) FALHAS NO CUIDADO / PROTEÇÃO DO PACIENTE		( ) FALHAS NAS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
( ) FALHAS OCORRIDAS EM LABORATÓRIOS DIVERSOS OU PATOLÓGICO		( ) FALHAS NA ADMINISTRAÇÃO DE DIETAS	
( ) FALHAS NO PROCESSO CIRÚRGICO (CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA		( ) FALHAS NA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
( ) PERDA DE DISPOSITIVOS, QUAIS:			
( ) QUEDA	( ) QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA	( ) PERDA DO EQUILÍBRIO	( ) ESCORREGOU
( ) LPP (LESSÃO POR PRESSÃO)	( ) ESTÁGIO I	( ) ESTÁGIO II	( ) TROPEÇOS
			( ) DESMAIO
			( ) OUTROS:
			( ) STICK TEAR
CLASSIFICAÇÃO (CAMPO EXCLUSIVO DO NQSP)			
( ) NENHUM	( ) DANO LEVE	( ) DANO MODERADO	( ) DANO GRAVE
			( ) ÓBITO

AÇÕES IMEDIATAS NO SETOR APÓS O EVENTO ADVERSO
QUEM DETECTOU O INCIDENTE/EVENTO ADVERSO:
QUAIS AÇÕES DE MELHORIA IMEDIATAS:
ANÁLISE IMEDIATA DO EVENTO (SUPERVISOR)
EXISTE RELATO DO QUADRO CLÍNICO? ( ) SIM ( ) NÃO EXISTE RELATO DO EVENTO ADVERSO? ( ) SIM ( ) NÃO EXISTE RELATO APÓS A OCORRÊNCIA DO EVENTO ADVERSO? ( ) SIM ( ) NÃO
CASO QUEIRA RETORNO DAS AÇÕES TOMADAS PELO NQSP, IDENTIFIQUE E-MAIL OU TELEFONE
E-mail: <a href="mailto:qualidade.segurancadopaciente@gmail.com">qualidade.segurancadopaciente@gmail.com</a>



# Pergunta

- O que é comunicação efetiva?
- Quais são as ferramentas que auxiliam na comunicação?