



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

Mestrado em Ciências Aplicadas ao Sistema Musculoesquelético

**INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES: ESTRATÉGIA PARA A
MELHORIA DA COMUNICAÇÃO NAS TROCAS DE PLANTÃO ENTRE
ENFERMEIROS**

SANDRA REGINA FERREIRA VASCONCELOS

Rio de Janeiro

2016



INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
Mestrado em Ciências Aplicadas ao Sistema Musculoesquelético

Sandra Regina Ferreira Vasconcelos

**INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES: ESTRATÉGIA PARA A
MELHORIA DA COMUNICAÇÃO NAS TROCAS DE PLANTÃO ENTRE
ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas ao Sistema Musculoesquelético do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Franklin de Miranda

RIO DE JANEIRO
2016



INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
Mestrado em Ciências Aplicadas ao Sistema Musculoesquelético

**INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES: ESTRATÉGIA PARA A
MELHORIA DA COMUNICAÇÃO NAS TROCAS DE PLANTÃO ENTRE
ENFERMEIROS**

AUTORA: SANDRA REGINA FERREIRA VASCONCELOS

ORIENTADOR: Prof. Dr. Ronaldo Franklin de Miranda

Banca Examinadora

Profª. Dra. Cássia Quelho Tavares (INTO)

Prof. Dr. João Antonio Matheus Guimarães (INTO)

Profª. Dra. Angela La Cava (UNIRIO)

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
INTO/BIBLIOTECA SÉRGIO EDUARDO VIANNA

- V331s Vasconcelos, Sandra Regina Ferreira.
Instrumento de classificação de pacientes: estratégia para melhoria da comunicação nas trocas de turnos de plantão entre enfermeiros / Sandra Regina Ferreira Vasconcelos. — 2016.
92 f.
- Orientador: Ronaldo Franklin de Miranda.
Dissertação (Mestrado em Ciências Aplicadas ao Sistema Musculoesquelético) — Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad, Rio de Janeiro, 2016.
1. Comunicação. 2. Segurança do Paciente. 3. Transferência da Responsabilidade Pelo Paciente. 4. Ortopedia. I. Miranda, Ronaldo Franklin de, orient. II. Título.

NLM WX 185

AGRADECIMENTOS

Primeiramente eu gostaria de agradecer a Deus por tudo o que tem me proporcionado até hoje e por ter colocado as pessoas certas em minha vida.

Agradeço também aos meus pais, meu marido e minha filha que tanto me apoiaram e se privaram da minha companhia durante as horas que precisava estudar e trabalhar.

À direção do INTO pelo apoio durante todos estes anos. A cada troca de direção mantive-me apoiada e valorizada, o que me ajudou a construir uma carreira da qual tanto me orgulho.

Tenho imenso prazer em ter participado da primeira turma do mestrado institucional e ter convivido com pessoas tão especiais.

Aos coordenadores da Área de Ensino e Pesquisa pelo pronto atendimento sempre que precisava solucionar alguma dúvida.

À equipe da Assessoria da Qualidade, em especial à Dr^a. Isabela Simões, pois sem ela eu não teria sequer me matriculado no curso; sempre atenta ao crescimento profissional de sua equipe. À Eliane Werneck por ter me ajudado com a formatação da dissertação

Especial agradecimento ao meu orientador Prof. Dr. Ronaldo Franklin de Miranda, à Prof. Dr^a. Cássia Quelho Tavares e enfermeira Alessandra Silveira que muito me ajudaram com a construção desse trabalho, por meio de suas sábias correções.

**“Falar sem aspas, amar sem interrogação,
sonhar com reticências, viver sem ponto final”.**

Charles Chaplin

RESUMO

VASCONCELOS, Sandra Regina Ferreira. Instrumento de Classificação de Pacientes: Estratégia para melhoria da comunicação nas trocas de plantão entre enfermeiros. Rio de Janeiro, 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências Aplicadas ao Sistema Musculoesquelético) – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad, Ministério da Saúde, 2016.

Este estudo busca analisar a efetividade da comunicação nas passagens de plantões entre enfermeiros das unidades de internação a fim de promover melhorias com ênfase na continuidade do cuidado. Os objetivos específicos: identificar a percepção dos enfermeiros acerca da efetividade da comunicação nas passagens de plantão; elencar os critérios adotados pelos enfermeiros para a definição das informações prioritárias nas passagens de plantão; propor a classificação de pacientes, por complexidade e dependência de cuidados, a fim de padronizar o processo de passagem de plantão. Considerando o olhar da Segurança do Paciente, as falhas de comunicação entre profissionais de saúde estão entre as principais causas de incidentes e eventos adversos nos hospitais. A pesquisa é um estudo de caso exploratório com abordagem qualitativa. Os sujeitos foram enfermeiros das unidades de internação de pacientes adultos de um hospital público federal especializado em cirurgias de média e alta complexidade em traumatologia e ortopedia. A coleta de dados incluiu, a observação não participante, de caráter complementar e entrevistas semi-estruturadas. A análise de dados foi realizada a partir de categorias formuladas previamente: comunicação efetiva nas passagens de plantão, informações priorizadas nas passagens de plantão e classificação de pacientes segundo escala de Fugulin, com base na Análise de Conteúdo (BARDIN, 2009). Os achados indicam que existe a necessidade de normatização da passagem de plantão a fim de reduzir variabilidades de estratégias e critérios, e deste modo, sistematizar e hierarquizar as informações acerca dos pacientes para proporcionar um cuidado com mais qualidade e segurança.

Descritores: Comunicação. Segurança do Paciente. Transferência de responsabilidade pelo paciente.

ABSTRACT

VASCONCELOS, Sandra Regina Ferreira. Classification patient instrument: Improving communication strategy in nursing shift changes. Rio de Janeiro, 2016. Master Thesis (Master's Degree in Science Applied to the Musculoskeletal System) – Traumatology and Orthopedics Jamil Haddad National Institute, Ministry of Health, 2016.

This study investigates the effectiveness of communication in nurses' shift changes of inpatient units in order to promote improvements with emphasis on continuity of care. The specific objectives: identify the nurses' perception about the effectiveness of communication in the shift change; list the criteria adopted by the nurses for the prioritization of information in the shift change; propose the classification of patients for complexity and dependency care in order to standardize the change of shift process. Considering the look of Patient Safety, communication failures between health professionals are among the main causes of incidents and adverse events in hospitals. The research is an exploratory case study with a qualitative approach. The subjects were nurses of the inpatient units of adult patients of a federal public hospital specialized in surgery of medium and high complexity in traumatology and orthopedics. Data collection included the non-participant observation, in a complementary character and semi-structured interviews. Data analysis was carried out from previously formulated categories: effective communication at shift change, prioritized information in the call passes and ranking second scale patient Fugulin, based on content analysis (Bardin, 2009). The findings indicate that there is a need for standardization of shift changes to reduce variability strategies and criteria, and thereby organize and prioritize information about patients to provide care with quality and safety.

Descriptors: Communication. Patient Safety. Patient Handoff.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de efetividade da comunicação nas trocas de plantão.	44
Gráfico 2 – Percentual de respostas positivas e negativas quanto à hierarquização de informações nas trocas de plantão.....	55
Gráfico 3 – Percentual de distribuição de pacientes, de acordo com o sistema de classificação de pacientes.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição das unidades de registro por temáticas referentes à comunicação efetiva nas trocas de plantão	47
Tabela 2 –	Distribuição das unidades de registro por temáticas referentes à avaliação de informações que são priorizadas nas passagens de plantão.	56
Tabela 3 -	Distribuição e percentual de pacientes de acordo com grau de complexidade assistencial, de julho-novembro/2014.....	59

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BPM - Batimentos Por Minuto – Unidade de medida de frequência cardíaca.

CAT - Câmara de Apoio Técnico.

°C - Grau Celsius – unidade de medida de temperatura.

CNS - Conselho Nacional de Saúde.

CVA - Cateter Vesical de Alívio.

CVD - Cateter Vesical de Demora.

EPIs - Equipamentos de Proteção Individual.

EUA - Estados Unidos da América.

EV – Endovenosa.

EVA - Escala Visual Analógica.

FC – Frequência Cardíaca.

G-I - Grau I.

G-II - Grau II.

G-III - Grau III.

G-IV - Grau IV.

HV - Hidratação Venosa.

INTO - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia.

IRPM - Incursões Respiratórias Por Minuto – unidade de medida de frequência respiratória.

ISBAR – Identification. Situation. Background. Assessment. Recommendation.

JCI - Joint Commission International.

Mm Hg – Milímetros de mercúrio – unidade de medida de pressão arterial.

NHS - National Patient Safety Agency.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

ONA - Organização Nacional de Acreditação.

PA – Pressão Arterial.

PNH - Política Nacional de Humanização.

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente.

PVP - Punção Venosa Profunda.

PROQUALIS - Portal de colaboração para a Qualidade e Segurança do Paciente.

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada.

SD - Serviço Diurno.

SN - Serviço Noturno.

VAS - Vias Aéreas Superiores.

WHO - World Health Organization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	Segurança do Paciente	18
2.1.1	Breve Histórico	18
2.1.2	Metas Internacionais de Segurança do Paciente	20
2.1.3	Cenário Nacional	22
2.2	Meta Internacional de Segurança do Paciente - Comunicação Efetiva	24
2.2.1	Marco Conceitual.....	24
2.2.2	Comunicação no Ambiente Hospitalar	26
2.2.3	Comunicação nas Trocas de Plantão: transição de cuidados com foco na continuidade da assistência.....	27
2.2.4	Comunicação nas trocas de plantão entre enfermeiros.....	30
2.2.5	Estratégias para a Melhoria da Comunicação nas Instituições de Saúde	32
2.3	Sistema de Classificação de Pacientes.....	35
3	OBJETIVOS	38
3.1	Objetivo Geral	38
3.2	Objetivos Específicos	38
3.2.1	Identificar a Percepção dos Enfermeiros Acerca da Efetividade da Comunicação nas Passagens de Plantão.	38
3.2.2	Elencar os Critérios Adotados pelos Enfermeiros para a Definição das Informações Prioritárias nas Passagens de Plantão.	38
3.2.3	Propor a Classificação de Pacientes, por Complexidade e Dependência de Cuidados, a fim de Padronizar o Processo de Passagem de Plantão.	38
4	METODOLOGIA.....	39
4.1	Delineamento do Estudo	39
4.2	Cenário do Estudo.....	40
4.3	Amostra do Estudo	40

4.4	Coleta de Dados	41
4.5	Análise de Dados	42
4.6	Aspectos Éticos.....	43
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	44
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
7	CONCLUSÃO	65
8	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	81
	APÊNDICE B – ROTEIRO TEMÁTICO DE ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA COM ENFERMEIROS	82
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83
	APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	84
	APÊNDICE E – FORMULÁRIO PROPOSTO PARA A PASSAGEM DE PLANTÃO.....	85
	APÊNDICE F – SISTEMATIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES – PERÍODO DE JULHO A NOVEMBRO DE 2014	86
	ANEXO 1 – FORMULÁRIO DE PASSAGEM DE PLANTÃO	89
	ANEXO 2 – ESCALA DE GRADAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL, FUGULIN (1994)	90

1 INTRODUÇÃO

Questões relacionadas aos riscos e incidentes decorrentes da assistência à saúde são cada vez mais discutidas por lideranças mundias com foco na qualidade e segurança dos serviços prestados. Há anos, vários personagens deram importantes contribuições na história da qualidade e segurança dos serviços de saúde. Todavia, o marco histórico data do ano de 1999, com a publicação do livro relatório intitulado: *To Err is Human: Building a Safe Health System* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde seguro) pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (KOHN *et al*, 2000). A partir daí, a Segurança do Paciente tornou-se internacionalmente reconhecida como uma demanda na agenda de saúde pública e pilar fundamental para a qualidade da assistência (BRANCO FILHO, 2014).

Tal preocupação culminou na criação, em 2004, da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*Patient Safety*) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Posteriormente, em 2005, a OMS e a *Joint Commission International* (JCI) estabeleceram parceria a fim de sistematizar um conjunto de medidas de segurança prioritárias para processos identificados como críticos na assistência à saúde. No ano seguinte, 2006, tal parceria, resultou na elaboração das seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, a saber: identificação correta do paciente, eficácia da comunicação, uso seguro de medicamentos, cirurgia segura, prevenção do risco de infecções e redução do risco de lesão por queda (BRANCO FILHO, 2014).

No Brasil, os ecos dessa discussão levaram a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a fomentar, em 2002, a criação de um projeto criado pelo setor de vigilância em serviços sentinela, integrante da área de vigilância em eventos adversos e queixas técnicas da ANVISA, em parceria com os serviços de saúde brasileiros, representados por hospitais, hemocentros e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico - a “Rede Sentinela”, a qual é

composta por instituições de saúde que trabalham com gerenciamento de risco. Anos mais tarde, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. O objetivo do programa é contribuir para a qualificação da assistência à saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, públicos e privados (BRASIL, 2014).

Dentre os principais processos responsáveis por falhas no cuidado e que podem gerar incidentes com pacientes, encontra-se a comunicação. Segundo Ramos e Bortagarai (2012), comunicação é o processo que envolve a troca de informações. A palavra é originária do latim *communicare*, sendo definida por conceitos como partilhar, participar algo ou tornar comum. A comunicação no ambiente hospitalar define-se como a transferência da autoridade primária e da responsabilidade do cuidado clínico dos cuidadores que saem para os que estão chegando (WACHTER, 2013).

Podemos apontar dois tipos de erros de comunicação: erro de transferência e erro decorrente da troca de informações. O primeiro relaciona-se ao paciente, e ocorre pelo fato do paciente movimentar-se de um lugar para o outro dentro do sistema de saúde ou dentro da mesma instituição. O segundo está relacionado com os profissionais e ocorre mesmo com os pacientes num mesmo lugar. As falhas na comunicação podem ocorrer pela dificuldade de entendimento ou pela omissão de uma informação importante para a transição do cuidado (WACHTER, 2013).

Os processos de transição de cuidados que mais oferecem riscos são representados pela comunicação verbal presencial ou por telefone, as comunicações realizadas nas transferências internas e externas de pacientes, a comunicação na alta hospitalar, passagens de caso e as trocas de turnos de plantão (WHO, 2007). Entende-se por transição de cuidado o processo relacionado à modificação do controle ou responsabilidade nas decisões de atenção à saúde, envolvendo o intercâmbio de informações entre profissionais da saúde sobre um

paciente ou entre profissionais e paciente, familiar ou cuidador na alta hospitalar (WACHTER, 2013).

A passagem de plantão ou troca de turno de plantão é um processo de transição de cuidado, em que a equipe assistencial de um turno transmite as informações relacionadas ao gerenciamento dos casos sob sua responsabilidade, de forma a garantir a continuidade da assistência. Devem estar presentes, nesse processo, as informações referentes ao estado do paciente, o tratamento realizado, as possíveis intercorrências e informações adicionais que se fizerem necessárias (REBRAENSP, 2010). São inúmeras as lacunas relacionadas à comunicação nas passagens de plantão, podendo ser citados: falta de concentração, interrupções frequentes e falta de objetividade daquilo que será transmitido (JOHNSON, 2009).

A comunicação eficaz é uma das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e dentre as ações previstas para a melhoria desses processos, está a abordagem padronizada durante a troca de informações (JCI, 2014). Tal normatização pode ser realizada a partir de um sistema de classificação de pacientes por meio da categorização clínica e da complexidade da assistência de enfermagem, orientando a atenção e os esforços requeridos pela equipe (BARBOSA, 2013).

A partir do exposto, aponta-se como objeto desse estudo a comunicação entre enfermeiros durante a passagem de plantão. A justificativa para o seu desenvolvimento apoiou-se em três argumentos. O primeiro, no pressuposto que as passagens de plantão são atividades complexas e de risco. E ainda, que a importância das informações transmitidas irá impactar na eficácia da assistência (NHS, 2004). O segundo, que há um consenso de que a padronização das melhores práticas é ética e clinicamente apropriada, ou seja, regras e protocolos devem existir para normatizar a assistência com foco na qualidade e segurança dos cuidados prestados (WACHTER, 2013). Por fim, o terceiro e último argumento baseia-se em

estudos que demonstram que o conhecimento do perfil assistencial dos pacientes por meio de um sistema de avaliação é um fator relevante para subsidiar o planejamento e a implementação da assistência (FUGULIN,1994). A princípio, é utilizado para cálculo de dimensionamento do pessoal de enfermagem, mas também pode ser adaptado e ser utilizado como ferramenta para auxiliar a sistematização das informações a serem priorizadas na passagem de plantão para que a mesma seja eficaz.

Algumas questões que motivaram essa investigação incluem:

- As trocas de plantão são consideradas eficazes pelos enfermeiros?
- Quais informações são priorizadas nas trocas de plantão? Essas informações asseguram a continuidade do cuidado?
- A implantação de um protocolo de sistematização qualificaria e tornariam mais seguras as trocas de plantões?

Esse estudo procura contribuir para responder a estes questionamentos, contudo, sem a pretensão de esgotá-los.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Segurança do Paciente

2.1.1 Breve Histórico

Questões relacionadas à assistência à saúde e os diferentes riscos envolvidos são discutidas historicamente por vários personagens que se preocuparam com a qualidade e segurança dos cuidados prestados (COSTA *et al.*, 2009).

Hipócrates (460 a 370 AC), o pai da medicina, já afirmava que antes de tudo, não poderia ser causado dano: “*Primum Non Nocere*” (BRASIL, 2014). Florence Nightingale (século XIX), enfermeira inglesa, fundadora da primeira escola de enfermagem do mundo, em Londres, ficou famosa por sua contribuição na reforma do sistema de saúde inglês, a partir da experiência conquistada durante a Guerra da Criméia. Nesta ocasião, Florence desenvolveu um trabalho de estruturação dos locais de atendimento após constatação que a falta de higiene e as doenças matavam grande parte de soldados hospitalizados por ferimentos (COSTA *et al.*, 2009).

Ainda no século XIX, Ignaz Semmelweis, médico húngaro, pioneiro no combate à infecção puerperal demonstrou, por meio dos seus estudos, como a higienização das mãos, do material cirúrgico e roupas hospitalares poderiam reduzir drasticamente as taxas de infecção e as mortes ocorridas nas maternidades (FERNANDES, 2000).

No século XIX Ernest Codman (1869-1940), cirurgião ortopédico americano desenvolveu um sistema de acompanhamento para pacientes operados. E assim identificou que danos aos pacientes estavam relacionados à: falha de habilidade técnica, julgamento cirúrgico, falta de habilidade de diagnóstico e defeitos em equipamentos. Codman propôs um sistema de padronização nos hospitais, sendo convidado a participar do Colégio Americano de Cirurgiões para este fim (GASPARY, 2014). Avedis Donabedian (1919 – 2000), médico

especializado em saúde pública, apresentou a trilogia da qualidade em saúde baseada em: estrutura, processo e resultado (BRASIL, 2014).

Já no século XXI, John E. Wennberg, médico pesquisador, constatou que o atendimento recebido pelo paciente era determinado pelo local em que vivia e não necessariamente pelo que era mais adequado, gerando mais custos ao sistema de saúde e, por vezes, ineficácia do tratamento. Seus estudos demonstraram que áreas que gastam mais e oferecem mais serviços, muitas vezes experimentam resultados piores do que aquelas que gastam menos. Um dos seus trabalhos mais recentes se concentrou num programa de remuneração por desempenho para garantir que os pacientes fossem informados e capacitados para escolher tratamentos adequados (*THE JOINT COMMISSION*, 2007).

Outra contribuição importante na área da Qualidade e Segurança do Paciente se deve a Archibald Leman Cochrane, médico escocês, que revolucionou a medicina ao defender o uso do método científico para investigar a eficiência e eficácia de tratamentos e das doenças. Assim, é um dos pioneiros e fundadores da saúde baseada em evidências (COCHRANE, 2015).

Apesar destas inúmeras contribuições, o marco histórico na Segurança do Paciente data de 1999 quando o Instituto de Medicina/EUA publicou o livro-relatório intitulado: “Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro” (*To Err is Human: Building a Safer Health System*). O documento apontava que erros associados à prestação de cuidados causavam entre 44.000 a 98.000 incidentes ao ano, sendo que, cerca de 100 mil desses resultavam em mortes (KOHN *et al.*, 2000).

O estudos de Souza *et al.* (2014) indica que na Europa, um em cada dez pacientes sofrem danos evitáveis e eventos adversos ocasionados durante a assistência recebida. Em Portugal, 53,2% dos eventos foram considerados evitáveis. Em sua maioria, estavam associados a procedimentos cirúrgicos, seguidos de erros com medicamentos e infecções

adquiridas durante a internação, 10,8% estavam relacionados à morte. O estudo também demonstrou a vinculação dos incidentes ao aumento no tempo de internação junto a custos adicionais.

2.1.2 Metas Internacionais de Segurança do Paciente

Em 2004 a Organização Mundial de Saúde lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*Patient Safety*), com objetivo de coordenar, disseminar e promover a melhoria na área em âmbito global. A estratégia inicial consistiu na formulação e na pactuação junto aos países membros dos Desafios Globais para a Segurança do Paciente. O primeiro desafio enfatizou a infecção relacionada à assistência à saúde – “Cuidado Limpo é Cuidado Seguro” - e posteriormente, a Segurança na Assistência Cirúrgica - “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” (BRANCO FILHO, 2014).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente identificou e priorizou os principais problemas de segurança nos hospitais e apontou para a necessidade de adoção de medidas preventivas e corretivas para tornar os processos mais confiáveis para os pacientes. Essas poderiam ser adotadas e difundidas internacionalmente, respeitando-se diferenças culturais e econômicas. Os principais problemas priorizados segundo seu impacto são os seguintes (WHO, 2014):

Diferenciação de medicamentos de aspecto e nome parecidos, os quais possibilitam o erro relacionado à medicação, seja na prescrição, dispensação ou administração do medicamento.

Identificação de pacientes, garantindo o procedimento por nome completo e outro dado identificador como data de nascimento, nome da mãe, número de prontuário ou outro. Não utilizar o número de leito ou enfermaria. Atentar para nomes parecidos ou para homônimos alocados na mesma área de atendimento.

Comunicação durante a transferência de responsabilidades, deste modo, as informações pertinentes ao paciente devem ser transferidas a outro prestador da assistência, o qual deverá aceitar a responsabilidade, pela continuidade do cuidado/tratamento. Confirmação do entendimento das informações por quem as recebeu.

Realização do procedimento correto em local correto. Ações como a checagem prévia de dados antes do procedimento podem evitar eventos adversos relacionados.

Controle de soluções concentradas de eletrólitos, uma vez que a facilidade no acesso a soluções hipertônicas, muitas vezes armazenadas em local próximo a diluentes pode facilitar sua administração inadvertida com sérias consequências para o paciente, podendo culminar no seu óbito. A segregação deste tipo de medicamento, aliada à identificação de alerta de perigo podem ser apontadas como ações de melhoria para o processo.

Assegurar a precisão da medicação nas transições assistenciais, de forma a garantir a continuidade do cuidado e tratamento também engloba todas as informações relacionadas ao uso de medicamentos, atentando para dosagens, horários e cuidados relacionados à administração.

Evitar erros de conexão de cateteres e tubos, considerando que há multiplicidade de cateteres e tubos para a infusão de soluções intravenosas, gastro enterais e administração de gases medicinais. A não diferenciação de conexões de seringas e equipos facilitam a administração de soluções erradas em locais inadequados.

Utilização única de dispositivo estéril, uma vez que é comum observar-se o uso repetido de tais dispositivos, pondo em risco a Segurança do Paciente, no que diz respeito, tanto à integridade do material, quanto à sua total isenção de organismos infecciosos.

Melhorar a higiene das mãos para prevenir as infecções associadas à atenção à saúde. Trata-se de um procedimento altamente negligenciado pelos profissionais da saúde, resultando em taxas e índices de infecção sempre alarmantes. Normalmente, os procedimentos

considerados mais banais são os mais negligenciados. São vários os argumentos para a não adesão como priorização de procedimentos mais complexos e vinculação à grande carga de trabalho, irritação da pele ou mesmo a substituição do procedimento pela utilização de luvas.

Outra iniciativa proposta para a melhoria da Segurança do Paciente em hospitais foi o projeto denominado “*High 5s Project*” em 2006. Essa foi uma ação coordenada do centro colaborador, integrando líderes da área da saúde de diversos países. Propôs o envolvimento, o desenvolvimento e a implementação de protocolos operacionais padronizados para os cinco principais problemas de Segurança do Paciente: manejo seguro de soluções com eletrólitos concentrados, medicação segura nos momentos de transição de cuidado, comunicação adequada na passagem de responsabilidade dos profissionais, realização do procedimento correto no local correto e higienização das mãos (WHO, 2013).

Em 2006, a parceria da OMS e da JCI rendeu numa insígnia fundamental para a área que consistiu no estabelecimento das seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente (WHO, 2013):

Meta 1 - Identificar os pacientes corretamente.

Meta 2 - Melhorar a eficácia da comunicação entre profissionais da assistência.

Meta 3 - Melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância.

Meta 4 - Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto.

Meta 5 - Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde.

Meta 6 – Reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas.

2.1.3 Cenário Nacional

No Brasil, iniciativas no campo da Segurança do Paciente, inclui a adesão de hospitais públicos e privados a programas de Acreditação Hospitalar, os quais tem como foco a

segurança e a qualidade do cuidado, e o trabalho de centros colaboradores que disseminam informações e tecnologias (BRASIL, 2014).

A ocorrência de eventos adversos em hospitais do país é de 7,6%, sendo 66% destes, considerados evitáveis. Com essas taxas, o Brasil lidera a proporção de eventos evitáveis num ranking de seis países: Nova Zelândia, Austrália, Espanha, Dinamarca, Canadá e França (MENDES, 2007). Ainda são poucas as pesquisas sobre o tema Segurança de Pacientes em hospitais brasileiros, ainda que, frequentemente nos deparamos com terríveis manchetes sobre eventos com lesões permanentes ou mortes.

Ressalta-se que muitos incidentes são subnotificados pelo fato de não terem gerado o dano ao paciente ou ainda por terem causado danos considerados leves. Frequentemente, mediante a ocorrência de erros, não é dada a ênfase na educação, mas à punição, levando à subnotificação, por medo e vergonha. Essa cultura patológica traz prejuízos ao conhecimento dos fatores de risco, facilitando a repetição do erro, pois há a manutenção de processos falhos (MENDES, 2007).

Estudo de Teixeira (2014) em cinco hospitais públicos de São Paulo analisou a administração de cerca de cinco mil doses de medicação, demonstrando um resultado preocupante de 30% de erros detectados. A pesquisa comprovou um alto índice de casos nos quais os remédios eram dados na hora e dose incorretas e até para o paciente errado.

A preocupação crescente com a Segurança do Paciente nas instituições de saúde levou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a instituir, no ano de 2002, a “Rede Sentinela” composta de instituições que trabalham com gerenciamento de risco sobre três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde, considerando como áreas de abrangência farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância (BRASIL, 2013).

Posteriormente, o Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em abril de 2013, lançaram o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que visa reduzir a ocorrência de eventos adversos nos serviços de saúde do país. Os eixos do PNSP incluem: (1) estímulo a uma prática assistencial segura; (2) envolvimento do cidadão na sua segurança; (3) inclusão do tema no ensino e; (4) incremento de pesquisa sobre o tema. O eixo assistencial é desdobrado na adoção de protocolos pautados nas metas internacionais de Segurança do Paciente, adequadas à realidade nacional (com inclusão da prevenção às úlceras de pressão na meta 6), a elaboração de Planos de Segurança do Paciente institucionais, criação de núcleos de Segurança do Paciente e estabelecimento de um sistema nacional de notificação (BRASIL, 2014).

A resolução nº 36/2013 da ANVISA instituiu ações para a Segurança do Paciente em serviços de saúde, incluindo a determinação da utilização da taxonomia recomendada pela OMS, a saber: **circunstância notificável:** incidente com potencial dano ou lesão; **incidente:** evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente; **near miss:** incidente que não atingiu o paciente; **incidente sem dano:** incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano; **incidente com dano ou evento adverso:** incidente que resulta em dano ao paciente; **evento sentinela:** ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física grave (perda de membro ou função), psicológica ou risco dos mesmos, assinalando para a necessidade de investigação imediata como sua resposta (BRASIL, 2013).

2.2 Meta Internacional de Segurança do Paciente - Comunicação Efetiva

2.2.1 Marco Conceitual

A comunicação é um processo que envolve a troca de informações. A palavra é originária do latim *communicare*, sendo definida por partilhar, participar algo, tornar comum

(RAMOS; BORTAGARAI, 2012). A comunicação não deve, portanto, ser entendida no momento em que se dissemina a informação e, sim, quando é compreendida por todos que a recebem (SILVA; ARAÚJO, 2012).

É por meio da comunicação que os seres humanos e os animais partilham diferentes informações entre si, tornando o ato de comunicar uma atividade essencial para a vida em sociedade. A partir da compreensão da mensagem emitida podemos dizer que houve comunicação entre emissor e receptor. Trata-se de um processo de intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, com necessidade de reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não-verbal (SILVA; ARAÚJO, 2012).

Denomina-se comunicação verbal aquela realizada por meio da linguagem falada ou escrita; comunicação exclusiva dos seres humanos, sendo considerada a mais importante nas sociedades humanas. A comunicação não verbal é aquela realizada por outras formas de comunicação, por sistemas não-linguísticos como gestos, expressões faciais, imagens, entre outros. Este tipo de comunicação muitas vezes leva a interpretações erradas, daí a importância de se prestar atenção a condutas e posições corporais (RAMOS; BORTAGARAI, 2012).

Os componentes da comunicação são representados pelo emissor, receptor, mensagem, meio, resposta (*feedback*) e o ambiente onde o processo comunicativo se realiza, este, constantemente sofre interferência do ruído e a interpretação e compreensão da mensagem. Cada pessoa entende uma determinada situação de acordo com sua interpretação, por isso é necessário que realmente entendamos e valorizemos as significações do que comunicamos para evitar as barreiras da comunicação (RAMSTHALER, 2009).

A comunicação interpessoal é o método de comunicação que promove a troca de informações entre duas ou mais pessoas. Cada pessoa troca informações, baseada no seu repertório cultural, formação educacional, vivências e emoções e é esta diversidade individual exclusiva que permite que cada um transmita a informação, conforme seu conjunto de

particularidades, assim como também o receptor da informação que processa a mensagem, segundo seu filtro cultural (ROCHA, 2009).

Quando estas variabilidades acontecem entre profissionais da saúde, estes riscos são maiores, por isso devem ser evitadas ou minimizadas por meio da normatização das ações. Essas ações devem ser implementadas em todos os processos que envolvem a comunicação interprofissional dentro dos hospitais para minimizar os ruídos existentes e consequentemente melhorar o nível de qualidade da informação passada pelo emissor, associada à uma atitude receptiva por parte do receptor. Uma vez transmitida a informação, o receptor a processa e, segundo seus objetivos a transforma em conhecimento (SILVA, 2012).

Muitas são as ferramentas utilizadas para minimizar os choques culturais como a fala, a mímica, a escrita, a língua, entre outros. Ressalta-se que a atenção a algumas atitudes que podem tornar as relações mais positivas como o autoconhecimento, o equilíbrio entre razão e emoção, o reconhecimento e o respeito sobre a visão de cada pessoa a respeito das coisas, o estabelecimento de relações de confiança e a oferta e recebimento de retorno de ações, caso estejam envolvidas intensas reações emocionais (ROCHA, 2009). Podemos entender que a comunicação foi feita com êxito, quando a informação transmitida foi compreendida (ROSA; LANDIM, 2009).

2.2.2 Comunicação no Ambiente Hospitalar

Os hospitais são organizações extraordinariamente complexas, com emprego de tecnologia científica e humana, necessitando de departamentos de comunicação organizacional com função estratégica nas organizações hospitalares (BESSA, 2009). A comunicação nos hospitais é um processo de risco que permeia as relações entre os diferentes profissionais de saúde e estas ações articuladas irão apontar para o êxito do tratamento ou para o seu fracasso.

Existem diversos tipos de comunicação dentro dos hospitais. Os públicos são variados, indo desde o paciente internado com seus familiares e visitantes às equipes multiprofissionais de várias áreas trabalhando em escalas e turnos diversos, fornecedores, colaboradores e a própria comunidade. A adequada informação permite, por exemplo, que pacientes conheçam sobre a disponibilidade dos serviços hospitalares e normas existentes (WHO, 2007).

Num estudo envolvendo 28 hospitais australianos, os autores concluíram que a comunicação era a principal causa de eventos adversos e que impactavam em duas vezes mais mortes do que a ineficiência clínica. Referiram ainda, a comunicação entre os profissionais de saúde durante os *handovers* (passagens de plantão/transição de cuidados), como um dos momentos cruciais de articulação (SANTOS *et al.*, 2010).

A OMS refere perturbações e/ou falhas na comunicação entre e intra equipes de saúde como possíveis causas da redução da qualidade dos cuidados, de erros no tratamento e de danos potenciais para os doentes (WHO, 2007). Mesmo em organizações hospitalares acreditadas ou naquelas que buscam a Acreditação Hospitalar, foram observadas falhas importantes na transmissão de dados, no *feedback* e na cultura da informação, resultando em rupturas no processo de trabalho (MANZO *et al.*, 2013).

2.2.3 Comunicação nas Trocas de Plantão: transição de cuidados com foco na continuidade da assistência

Num estudo sobre os riscos que envolvem as passagens de plantão (*handover*) e de caso (*handoff*), a falta de detalhes nos prontuários dos pacientes foi referida como uma das principais causas de falhas, resultando em quebra na continuidade do cuidado e risco para o tratamento (LENZ, 2015).

A passagem de caso é o momento em que um profissional de saúde passa a situação clínica do paciente para outro profissional, transferindo o cuidado. Está associado a um

grande potencial de danos, afetando qualquer tipo de instituição e qualquer tipo de paciente (JOHNSON, 2009).

Processos que envolvem a comunicação na área assistencial devem ser bem desenhados a fim de eliminar ou mitigar riscos e incidentes decorrentes de possíveis falhas. A contínua revisão dos processos internos relacionados a esta questão deve ter como objetivo maior a redução de ruídos da comunicação, proporcionando um atendimento mais seguro (IOM, 2000).

Lenz (2015) cita Mendes que em entrevista ao *PROQUALIS* (portal de qualidade e segurança do paciente, vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICICT/FIOCRUZ), referiu a necessidade de implementação de políticas escritas para os processos que envolvem a comunicação nas instituições de saúde, já que são os que mais contribuem para a ocorrência de incidentes e poderiam ser prevenidos com ações de melhoria. O pesquisador cita haver uma grande parcela de responsabilidade do sistema de atendimento em saúde. O mesmo é baseado em plantões em que os pacientes, além de serem acompanhados por vários profissionais, não contam com uma equipe responsável por eles. Somado a isso, referiu o fato destes, frequentemente, trabalharem em mais de um emprego, causando maior cansaço e com isso, aumentando a probabilidade de ocorrência de falha na assistência.

A comunicação na transição de cuidados, conhecida também como *handover* consiste no processo em que a informação específica sobre o paciente deve ser passada de um profissional a outro para assegurar a continuidade da atenção prestada (REBRAENSP, 2010).

Durante o período de permanência numa instituição de saúde, o paciente pode passar por vários profissionais, ser encaminhado a diferentes áreas de diagnóstico, e pode deparar-se com mais de um turno de profissionais por dia. Toda essa transição de cuidados pode ser considerada um risco para sua segurança em cada intervalo modificado, seja pela supressão de

toda a informação essencial ou interpretação incorreta das informações recebidas. As informações passadas sobre um paciente dentro de um sistema de saúde têm impacto direto sobre sua segurança, por isso devem ser específicas e completas (WHO, 2007).

As transições de cuidados são processos de risco, mais perigosos ainda para pacientes idosos, havendo a necessidade de disparo de “gatilhos” para este tipo de população específica, considerada mais vulnerável. Considerar mudanças repentinas de comportamento como agitação e ansiedade, resistência à atividades e ambientes de cuidados confinados. A detecção precoce destas situações e a continuidade e a troca de informações entre as equipes envolvidas na prestação de cuidados podem assegurar uma assistência melhor (ANDERSON, 2013).

Nas passagens de plantão, é necessário garantir que as mensagens sejam apropriadas ao meio, trabalhadas e apresentadas de maneira que facilitem as práticas profissionais para quem as está recebendo. A comunicação deve ser incluída, em todas as formas: escrita, verbal e não verbal, já que se for inadequada, ineficaz, confusa ou se chegar com atraso, poderá contribuir para um incidente. Estes fatores são relevantes entre indivíduos, dentro e fora de equipes e dentro e fora de organizações (NHS, 2004).

O sistema público nacional do Reino Unido (NHS – National Health Service), em 2004, orientou sete passos a serem seguidos para melhorar a Segurança do Paciente nas instituições de saúde:

Passo 1 – Construir uma cultura de segurança.

Passo 2 – Liderar e apoiar sua equipe.

Passo 3 – Integrar sua atividade de gerenciamento de riscos.

Passo 4 – Promover relatórios.

Passo 5 – Envolver e comunicar-se com pacientes e a comunidade.

Passo 6 – Aprender e compartilhar lições de segurança.

Passo 7 – Implementar soluções para prevenir danos.

Como todo processo que envolve o cuidado ao paciente, as passagens de plantão devem estar incluídas entre as atividades que devem ser planejadas de forma a garantir a qualidade e a Segurança do Paciente. A cultura de segurança dentro do ambiente hospitalar deve ser permanentemente promovida para que os riscos oriundos dos processos assistenciais sejam cada vez menores.

2.2.4 Comunicação nas Trocas de Plantão entre Enfermeiros

Ao longo dos anos, os enfermeiros mostram-se profissionais engajados na qualidade e segurança da assistência à saúde. Para tal, procuraram estratégias de melhorias contínuas de seus processos de cuidado. Assim como, são participantes ativos nas áreas de gestão da qualidade e segurança nos hospitais (SILVA, 2007).

Tal postura não é diferente no que tange ao processo de passagem de plantão entre os profissionais e suas equipes. Os esforços para tornar o processo mais seguro, menos repetitivo e mais eficaz vem sendo estudado ao longo dos tempos, em prol da continuidade da assistência. Informações objetivas, nítidas e concisas sobre os acontecimentos que envolvem a assistência e assuntos de interesse institucional são fundamentais para assegurar tal objetivo (SILVA, 2007).

Quando é dito transmissão de informações objetivas, devemos ter em mente que o enfermeiro é o profissional que se caracteriza pelo processo maior de cuidar do paciente. O excesso de atividades burocráticas muitas vezes o afasta dessa atividade, portanto, para a comunicação efetiva, a normatização de condutas pode tornar o processo mais rápido e produtivo, poupando tempo para sua missão maior que é o de cuidar. É fundamental que a equipe esteja atenta para evitar que alguma informação sobre o paciente seja perdida ou interrompida (COREN-SP, 2010).

De acordo com Silva e Campos (2007), as principais informações da passagem de plantão incluem: condições gerais de saúde e/ou sua alteração e a conduta proposta; exames realizados ou não; se há algum preparo para exame a ser feito, ou em andamento; presença de infusões de soluções venosas, drenos e cateteres; modo de transporte (maca, cadeira ou deambulando); e, informações sobre materiais usados e a serem repostos, bem como condições dos equipamentos.

As informações são transmitidas por meio de comunicação verbal, escrita ou ambas. As passagens de plantão feitas pela enfermagem envolvem dados sobre os pacientes e seus cuidados e informações gerenciais, relacionadas a equipamentos, material e assuntos relacionados à infraestrutura (SIQUEIRA, 2005). O estudo de Siqueira e Kurcgant (2005) sobre paradigmas e estratégias de passagem de plantão, apresenta metodologias distintas, a saber:

- a) Passagem de plantão por tarefas – Foco na divisão da assistência em afazeres. Os enfermeiros passam as informações de todos os pacientes para o enfermeiro do turno subsequente, sem a participação do auxiliar de enfermagem, que tem como atribuição passar as tarefas realizadas e pendentes ao auxiliar de enfermagem do turno seguinte. O método demonstra um gasto de tempo em demasia decorrente do excesso de informações. Outra crítica possível, é que a equipe não tem conhecimento sobre a assistência integral, mas sim, um olhar fragmentado a partir de suas tarefas.
- b) Passagem de plantão em grupo – Ocorre nos postos de enfermagem com todos os profissionais reunidos. Os auxiliares de enfermagem informam sobre cada paciente e os enfermeiros complementam as informações. Este método é demorado, devido ao excesso de informações transmitidas, e ainda, exige que todos os profissionais estejam presentes, o que ocasiona a interrupção dos cuidados aos pacientes.
- c) Passagem de plantão em subgrupos – Pautada na participação, compromisso dos profissionais e na revisão dos processos de trabalho. A escala de prestação da assistência pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem é mantida desde a internação do paciente até sua alta, conhecida como escala fixa. Os auxiliares de enfermagem passam os plantões em duplas e o enfermeiro compartilha todas as informações com papel de

coordenador. A transmissão de informações limita-se à comunicação de intercorrências e pendências.

- d) Passagem de plantão pautada na reorganização das rotinas de trabalho – O enfermeiro reúne-se com cada auxiliar de enfermagem e são realizadas revisões das anotações cerca de 30 minutos antes do início e do término do plantão. Prevalece a escala fixa e são passadas somente as informações referentes às pendências e intercorrências. Neste modelo é utilizado um instrumento semiestruturado, conhecido como plano de passagem de plantão.

2.2.5 Estratégias para a Melhoria da Comunicação nas Instituições de Saúde

As estratégias a seguir são apresentadas por Souza *et al. apud* Barcellos (2014) e a princípio, são simples de serem replicadas e não demandam custos extras, bastando o comprometimento das lideranças e das equipes multidisciplinares.

- ISBAR (*Identification. Situation. Background. Assessment. Recommendation*- Identificação. Situação. Antecedentes. Avaliação. Recomendação) - Técnica de comunicação focada nas principais informações a serem passadas nos momentos de transição de cuidados. Organiza uma conversa sobre os elementos essenciais como dados de identificação, situação atual, antecedentes, avaliação ou impressão diagnóstica e recomendação de atendimento.
- Unidades Geográficas - Locais com limites geográficos definidos, sejam físicos com paredes e portas ou a separação de um grupo de leitos, numa grande enfermaria, para uma determinada equipe de saúde e propósitos específicos. Permite maior interação entre os profissionais, facilitando a pactuação de rotinas e padrões. Barcellos (2014), referiu em seu estudo, que a aplicação dessa técnica reduz o quantitativo de chamadas dos pacientes em 51% e proporciona maior proximidade entre as equipes e os pacientes.

- Protocolos baseados nas recomendações da OMS para a segurança das informações nas passagens de plantão – Indicam diretrizes para qualidade e segurança de procedimentos baseados nas melhores práticas.

A REBRAENSP (Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança do Paciente) e o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN SP (2010) desenvolveram uma campanha , em base a elaboração de uma cartilha com os 10 passos para a Segurança do Paciente, contemplando os principais pontos de impacto direto na prática assistencial de enfermagem. Dentre eles, o passo 07 (sete) se refere à eficácia da comunicação. As medidas orientam:

1. Transmitir informações sobre o paciente em ambiente tranquilo, livre de interrupções e com tempo disponível para esclarecer as dúvidas do outro profissional.
2. Comunicar as condições do paciente, os medicamentos utilizados, os resultados de exames, a previsão do tratamento, as recomendações sobre os cuidados e as alterações significativas em sua evolução.
3. Informar sobre os procedimentos realizados e, no caso de crianças, qual familiar acompanhou sua realização.
4. Registrar as informações em instrumento padronizado na instituição para que a comunicação seja eficaz e segura.

No mesmo item a REBRAENSP e COREN-SP (2010) relacionam a eficácia da comunicação com ações assertivas relacionadas ao registro em prontuário, dentre elas:

1. Verificar se os formulários onde estão sendo realizados os registros são do paciente.
2. Colocar data e horário antes de iniciar o registro da informação.
3. Registrar as informações em local adequado, com letra legível e sem rasuras.

4. Fazer uso apenas de abreviaturas e siglas padronizadas, observando as que não devem ser utilizadas.
5. Realizar o registro de modo completo e objetivo, desprovido de impressões pessoais.
6. Seguir o roteiro de registro da informação estabelecido pela instituição.
7. Colocar a identificação do profissional ao final de cada registro localizado.

Além das recomendações supracitadas, a cartilha REBRAENSP e COREN-SP (2010) no item eficácia da comunicação menciona pontos de atenção que também são demandados na Acreditação Hospitalar pela *Joint Commission International*, como segue:

1. Padronização dos instrumentos para o registro das informações e dos métodos de comunicação entre os profissionais.
2. 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.
3. O paciente tem o direito de conhecer os registros realizados em seu prontuário clínico.
4. As informações referentes às condições clínicas do paciente são restritas a ele próprio, aos profissionais envolvidos e aos que são autorizados pelo paciente ou legalmente estabelecidos.
5. As instituições definem a forma de identificação dos profissionais, que normalmente incluem o nome completo, assinatura, categoria, registro profissional e carimbo.
6. As prescrições verbais ou telefônicas só poderão ocorrer em situações de emergência, cujo procedimento deve ser definido pela instituição.

7. Medidas de segurança devem ser implementadas, como repetir em voz alta, de modo completo, a informação dada pelo emissor, com documentação em formulário, prazo para a validação da prescrição e conferência com outro profissional.

2.3 Sistema de Classificação de Pacientes

Utilizado desde a década de 1960 para cálculo de dimensionamento de pessoal, o sistema de classificação de pacientes visa avaliar o grau de complexidade dos cuidados, a fim de estimar as necessidades diárias em relação à assistência de enfermagem. Deste modo, estima a carga de trabalho da equipe a partir do tempo médio gasto nas diferentes categorias de cuidado. As variáveis utilizadas relacionam-se ao estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica (FUGULIN, 1994).

Além de um instrumento para atividades gerenciais, a escala proposta por Fugulin, (1994) pode ser utilizada como uma ferramenta para promover a qualidade e segurança da assistência, visto que, organiza a equipe a partir da clínica e das demandas de cada paciente. De acordo com a sistematização proposta, os pacientes podem ser classificados em cinco níveis de complexidade:

1. Cuidados intensivos – pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que precisam de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.
2. Cuidados semi-intensivos – pacientes recuperáveis, sem risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que demandam de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

3. Alta dependência - pacientes crônicos que necessitam de avaliações médicas e de enfermagem, estável sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.
4. Cuidados intermediários - pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que exigem avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.
5. Autocuidado - pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que demandam de avaliações médicas e de enfermagem, mas fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Este sistema de classificação de pacientes é referenciado pelo COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) desde 1996, por meio da resolução nº. 189, a fim de regulamentar o dimensionamento de profissionais/leitos para a assistência de enfermagem. Todavia, a resolução foi revogada pela resolução COFEN nº. 293/2004, documento que revisa e reorganiza a classificação de pacientes em quatro tipos de cuidados: mínimo ou autocuidado, intermediário, semi-intensivo e intensivo (COFEN, 2004).

Estudos sobre o sistema de classificação de pacientes demonstram a necessidade de adaptação do instrumento, de acordo com o perfil assistencial. Perroca e Gaidzinski (1998) adaptaram a escala de Fugulin (1994) a partir de 13 (treze) indicadores críticos (estado mental e nível de consciência, oxigenação, sinais vitais, nutrição e hidratação, motilidade, locomoção, cuidado corporal, eliminações, terapêutica, educação à saúde, comportamento, comunicação e integridade cutaneomucosa). Os indicadores possuíam gradação de 1 a 5 em ordem crescente de complexidade e o paciente era classificado em todos os níveis.

Barbosa *et al.* (2013) a partir da escala de Fugulin (1994) avaliou o grau de dependência de cada paciente, e, posteriormente, descreveu os riscos clínico e cirúrgicos, que foram denominados como grau de dependência de enfermagem/alterações clínicas.

A utilização de um escore de dependência e risco clínico demonstrou ser uma importante ferramenta para melhor acompanhamento de pacientes internados, inclusive reduziu a média de permanência hospitalar, devido à melhoria dos padrões de qualidade da assistência (GAIDZINSKI, 1998). Existem inúmeros instrumentos de classificação de pacientes na literatura, porém, conforme referiu Santos *et al.* (2007), há necessidade de elaboração de instrumentos que estejam associados aos aspectos culturais, gerenciais e operacionais de cada Organização.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a efetividade da comunicação nas passagens de plantão entre os enfermeiros das unidades de internação a fim de promover melhorias com ênfase na continuidade do cuidado.

3.2 Objetivos Específicos

- 3.2.1 Identificar a percepção dos enfermeiros acerca da efetividade da comunicação nas passagens de plantão.
- 3.2.2 Elencar os critérios adotados pelos enfermeiros para a definição das informações prioritárias nas passagens de plantão.
- 3.2.3 Propor a classificação de pacientes, por complexidade e dependência de cuidados, a fim de padronizar o processo de passagem de plantão.

4 METODOLOGIA

A metodologia da pesquisa é uma relação dialética estabelecida entre o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Inclui simultaneamente a teoria de abordagem (método), os instrumentos empregados para a sua operacionalização (técnicas) e as habilidades do pesquisador (MINAYO, 2010).

4.1 Delineamento do Estudo

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo exploratório, do tipo estudo de caso com abordagem qualitativa.

O caráter exploratório pode ser explicado pelo fato de ter sido uma abordagem inicial sobre o objeto, o qual poderá ser mais explorado posteriormente para um melhor entendimento sobre suas várias dimensões.

A opção pelo estudo de caso visou o exame detalhado de sujeitos em uma situação particular. Para Godoy (1995) o propósito do estudo de caso é a análise intensiva de uma unidade social como técnica fundamental de pesquisa, a observação não participante e a entrevista.

A abordagem qualitativa visou trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, crenças, valores e atitudes, focalizando a realidade empírica vivenciada pelos sujeitos (MINAYO, 2010). Downey e Ireland (1979) *apud* Neves (1996) acrescentam que, este tipo de abordagem tem um papel importante no campo dos estudos organizacionais.

4.2 Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido nas unidades de internação de pacientes adultos de um hospital público federal especializado em cirurgias de média e alta complexidade em traumatologia e ortopedia, localizado na cidade do Rio de Janeiro. As áreas de internação de pacientes adultos estão localizadas em três andares da unidade, a saber: 6º, 7º e 8º. Cada andar é dividido em três postos de enfermagem (posto 1, 2 e 3), com exceção do 8º andar que conta apenas com um posto de enfermagem. Optou-se por esse recorte de cenário, considerando-se que as unidades escolhidas seguem uma mesma lógica de passagem de informações durante as trocas de turnos de plantão.

As unidades de internação fechadas, especializadas, como é o caso da Pediatria, Hospital Dia e Unidade de Terapia Intensiva tendem a incorporar uma dinâmica assistencial mais padronizada para os diferentes processos, incluindo as passagens de plantão, daí não serem incluídas como objeto do estudo.

4.3 Amostra do Estudo

Compreendida por 32 enfermeiros plantonistas (diurnos e noturnos) das unidades de internação de pacientes adultos do 6º, 7º e 8º andares, os quais possuem, entre suas atividades assistenciais diárias, a rotina das passagens de plantão.

Os sujeitos entrevistados foram escolhidos aleatoriamente, por sorteio, sendo um enfermeiro de cada posto de enfermagem. As observações de passagens de plantão noturnos e diurnos, seguiram o mesmo critério de aleatoriedade.

4.4 Coleta de Dados

Para a coleta dos dados foram utilizadas fontes primárias, observação e entrevistas, e fontes secundárias, pesquisa bibliográfica.

A observação buscou apreender aparências, eventos e/ou comportamentos, na qual o pesquisador atuou como um espectador atento. Baseado nos objetivos do estudo e num roteiro de observação pré-estabelecido (Apêndice A) e teve caráter complementar às entrevistas. No estudo foram observadas as passagens de plantão entre enfermeiros nos diferentes postos de enfermagem no período de julho a novembro de 2014 (cinco meses).

Os objetivos do estudo foram previamente explicitados aos participantes, de forma que eles não confundissem o pesquisador como alguém que estivesse exercendo uma atividade de inspeção, avaliação ou supervisão, já que isso poderia influenciar e dirigir respostas, consequentemente distorcendo os dados obtidos.

Segundo Minayo (2010) existe uma série de fenômenos que não podem ser registrados por meio de perguntas ou em documentos quantitativos e sim, devem ser observados em sua realidade. A autora refere que no campo da pesquisa social não existe transparência, ou seja, mesmo na observação não participante, tanto o pesquisador, como seus interlocutores interferem no conhecimento da realidade, por isso o fato da pesquisa social ser considerada como uma pesquisa neutra.

A entrevista visa a coleta de informações pertinentes ao objeto de pesquisa. O registro dos dados coletados deve ser feito de forma fidedigna, após o consentimento prévio dos interlocutores, respeitando-se seus anonimatos (MINAYO, 2010).

O quantitativo de entrevistados seguiu o critério de saturação, o qual é definido pelo ponto da coleta de dados em que nenhuma informação nova emerge. Ressalta-se que o critério

na pesquisa qualitativa não é numérico (NEVES, 1996). Deste modo, a reincidência de informações foi o limite para se fechar neste número.

Para as entrevistas foi elaborado um roteiro semiestruturado (Apêndice B) a partir de um misto de perguntas fechadas e abertas para que o entrevistado fosse estimulado a pensar e se expressar livremente sobre o objeto de pesquisa.

Para a coleta de dados de fontes secundárias foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados disponíveis para acesso online, como Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), Portal de Periódicos CAPES e BIREME, a partir dos descritores: comunicação, Segurança do Paciente e transferência de responsabilidade pelo paciente (este como descritor inicial no idioma inglês para a palavra *handoff* (passagem de caso; transferência de responsabilidades)).

4.5 Análise de Dados

Os dados coletados foram sistematizados e analisados por meio da *Análise de Conteúdo*, um conjunto de técnicas para análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos o conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas). Assim, buscou-se conhecer aquilo que estava por trás das palavras. A análise de dados seguiu as etapas básicas descritas na *Análise de Conteúdo* (BARDIN, 2009):

1. Fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes das entrevistas, com objetivo de apreender e organizar aspectos importantes para a análise, sem a intenção de sistematização do material.

2. Seleção de unidades de análise, ou seja, a interlocução entre as unidades temáticas percebidas a partir das questões inferidas e dos objetivos do estudo.
3. Categorização, a partir do agrupamento das unidades de análise, às quais se fizeram mais comuns à maioria dos respondentes.

Ressalta-se que já haviam categorias prévias formuladas a partir do interesse e da experiência da pesquisadora, a saber: comunicação efetiva nas passagens de plantão, informações priorizadas nas passagens de plantão e classificação de pacientes segundo escala de Fugulin.

Alguns dados qualitativos foram utilizados para subsidiar (complementar) a análise qualitativa e/ou caracterizar a amostra e/ou cenário de estudo.

4.6 Aspectos Éticos

Conforme Resolução do CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012, a pesquisa cumpriu as determinações no que diz respeito à sua apreciação pelo Comitê de Ética Institucional, sendo aprovada pelo parecer nº 23633313.0.0000.5273 em 30/10/2013. Para garantir respeito ao princípio da autonomia, a participação dos sujeitos na pesquisa foi voluntária, e esteve condicionada à concordância mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C), após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e benefícios previstos.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

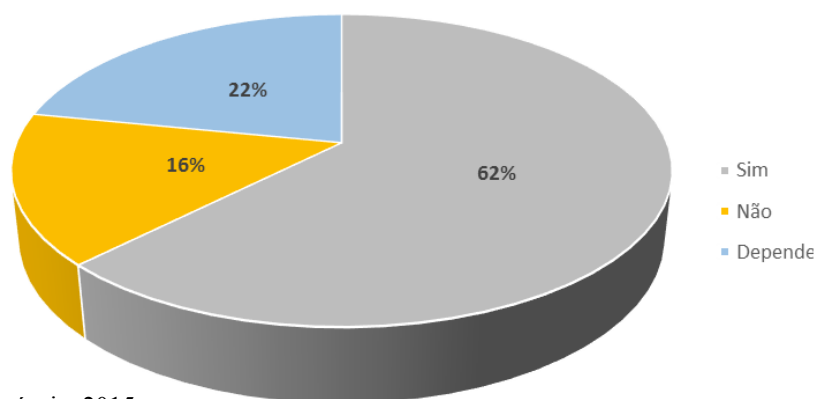
O estudo elencou antecipadamente três categorias: 1) comunicação efetiva nas passagens de plantão; 2) informações priorizadas nas passagens de plantão; 3) classificação de pacientes segundo a escala de Fugulin. A partir dessa sistematização, buscou-se apreender nas entrevistas as unidades de registros recorrentes dentro de cada categoria, para assim, destrinchá-las e formular as temáticas de maior destaque para a análise e discussão de dados.

Categoria 1: Comunicação efetiva nas passagens de plantão

A comunicação na transição de cuidados, conhecida também como *handover* consiste no processo em que a informação específica sobre o paciente deve ser passada de um profissional a outro da equipe subsequente para assegurar a continuidade da atenção prestada (REBRAENSP, 2010).

De acordo com o gráfico 1, do total de 32 enfermeiros entrevistados quando questionados acerca da efetividade da comunicação nas trocas de plantão: 20 (62,5%) consideram efetiva, 07 (21,87%) disseram depender da postura dos profissionais e 05 (15,62%) não efetiva. Atualmente, há um roteiro utilizado para a orientação das passagens de plantão nas unidades de internação (Anexo 1).

Gráfico 1 – Percentual de efetividade da comunicação nas trocas de plantão



Fonte: elaboração própria, 2015

A transcrição de alguns trechos das falas dos enfermeiros entrevistados elucida porque consideram eficazes as passagens de plantão:

“Permite a passagem de todas as informações, tudo o que o paciente apresenta, com mensagem clara, ressaltando os principais problemas” (Enfermeiro 1).

“Acredito que seja eficaz porque algumas especificidades que devem ser passadas são sinalizadas” (Enfermeiro 5).

“Acho que este tipo de passagem de plantão é bem completo; as intercorrências e os procedimentos que foram realizados sempre estão descritos” (Enfermeiro 9).

De acordo com Ramsthaler (2009) cada pessoa processa uma determinada situação e/ou informação de acordo com sua interpretação, por isso é necessário que entendamos e valorizemos as significações do que comunicamos transpondo assim, possíveis barreiras da comunicação.

É essa diversidade individual que, segundo Rocha (2009) permite que cada um transmita a informação, de acordo com seu conjunto de particularidades, baseada em repertórios culturais diferentes, formações educacionais diversas e vivências e emoções próprias de cada indivíduo. Inclusive nas frases supracitadas correlaciona-se diferentes elementos à percepção de efetividade, que engloba desde um conceito de informações completas à priorização das intercorrências.

Devido a esta diversidade cultural, social e subjetiva na mesma instituição, ou melhor, num mesmo setor, divergem as opiniões relacionadas a uma mesma questão, ou seja, enquanto uns profissionais consideram eficaz a comunicação nas passagens de plantão, outros a vêem de forma divergente, expressando demandas diferentes e talvez, atentando a detalhes não percebidos por seus pares. A seguir são transcritas as mensagens dos interlocutores que consideraram a comunicação nas trocas de plantão como não eficaz:

“Como a passagem de plantão não é feita à beira do leito, muitos detalhes deixam de ser passados, por isso não a considero eficaz” (Enfermeiro 13).

“Não acho eficaz porque o espaço onde registramos os dados é muito pequeno e quando precisamos colocar muitas informações, torna-se confuso, falta o item para necessidade de jejum para exame e o espaço para observações é pequeno” (Enfermeiro 31).

“Acho resumida demais; não é muito detalhada. São muitos pacientes e o impresso só ajuda a lembrar. Ficamos presos à uma rotina que é repetitiva. Acredito que se passássemos só o que foi modificado dentro do quadro de cada paciente, ficaria mais efetivo e menos repetitivo” (Enfermeiro 32).

A necessidade de tornar os processos de passagem de plantão menos diversos e mais seguros, menos repetitivos e mais eficazes, com informações explícitas e concisas sobre os acontecimentos que envolvem a assistência, para Silva (2007) é primordial. Deste modo, a normatização de condutas para a enfermagem deve ser pensada como uma medida para a melhoria da qualidade e segurança das informações transmitidas, ao mesmo tempo em que torna o processo mais rápido e produtivo, poupando tempo para sua missão maior que é o de cuidar (COREN-SP, 2010).

A partir da sistematização das unidades de registro (UR) referentes à categoria 1-comunicação efetiva nas passagens de plantão, foram elencadas as temáticas explicitadas na tabela 1, a seguir:

Tabela 1: Distribuição das unidades de registro por temáticas referentes à comunicação efetiva nas trocas de plantão

Tema	Nº ur	% ur
Priorização de informações mais importantes (intercorrências e procedimentos a serem realizados).	26	35,61
Padronização da passagem de plantão.	15	20,54
Postura profissional.	08	10,95
Passagem de plantão à beira do leito como método mais seguro.	07	9,58
Repetição e excesso de informações.	04	5,47
Dimensionamento de pessoal para atendimento às necessidades do perfil assistencial.	04	5,47
Falhas nos registros feitos no instrumento de passagem de plantão utilizado (ilegibilidade e dúvidas).	03	4,10
Efetividade na comunicação.	03	4,10
Prontuário clínico como arcabouço de informações relevantes.	02	2,73
Necessidade de priorização de informações (intercorrências e procedimentos a serem realizados).	01	1,36
Total	73	100

Fonte: Elaboração própria, 2015.

A categoria é composta por 73 unidades de registro. Em seu contexto foram verbalizados pelos sujeitos da pesquisa, os fatores que devem estar presentes para a comunicação eficaz, assim como, os aspectos limitadores/ barreiras e por fim, as sugestões de melhorias necessárias para promover uma comunicação mais eficaz na troca de plantão entre enfermeiros.

Como fatores necessários para a efetividade da comunicação foram descritos os seguintes: priorização de informações mais importantes (intercorrências e procedimentos a serem realizados), padronização da passagem de plantão, postura profissional, a realização da passagem de plantão no leito como método mais seguro e ter o prontuário clínico como arcabouço de informações relevantes.

Silva e Campos (2007) referem que as principais informações da passagem de plantão devem ser: condições gerais de saúde e/ou sua alteração e a conduta proposta; exames realizados ou não; preparo para exame a ser feito, ou em andamento; presença de infusões de soluções venosas, drenos e cateteres; modo de transporte (maca, cadeira ou deambulando); e, informações sobre materiais usados e a serem repostos, bem como condições dos equipamentos.

Uma passagem de plantão pautada na reorganização das rotinas de trabalho preconiza a transmissão de informações referentes às pendências e intercorrências como uma das modalidades para a transferência de informações, descritas por Siqueira e Kurcgant (2005).

A transcrição das falas dos enfermeiros demonstra a preocupação com as informações de maior impacto na assistência, porém revela também a necessidade do cumprimento de uma rotina de passagem leito a leito, como segue:

“A rotina é que sejam passadas todas as informações de todos os pacientes, mas dou ênfase aos pacientes com intercorrências clínicas” (Enfermeiro 06).

“Passo os itens mais importantes” (Enfermeiro 08).

“Na maioria das vezes passo todas as informações, mas preocupo-me em reforçar as mais importantes” (Enfermeiro 17).

O percentual de 10,95% de entrevistados respondeu haver uma associação direta entre a postura do profissional e a comunicação eficaz na transferência de informações sobre o paciente durante as trocas de plantão.

O comprometimento com a Segurança do Paciente deve fazer parte do escopo de atribuições do enfermeiro em todos os processos assistenciais, assim como, é esperado uma atitude proativa e de liderança diante da equipe. Souza *et al. apud* Barcellos (2014) menciona que há várias estratégias com foco na melhoria da comunicação, e por vezes, são simples de serem replicadas e não demandam custos extras, mas que o fator determinante é o

comprometimento e a habilidade de liderar equipes, seja por categoria profissional ou equipes multidisciplinares.

Só existe comunicação quando todos os que a recebem compreendem as informações transmitidas e tratando-se de informações sobre pacientes internados, essa compreensão é crucial, portanto o engajamento tanto do profissional que emite, quanto o que recebe é o que vai definir como um processo seguro e de qualidade. Tal assertiva, é exposta, por alguns enfermeiros que referem que a efetividade da comunicação depende do profissional que estava passando as informações, como segue:

“Acredito que depende muito da postura do profissional que está passando as informações. Recebi informações de 28 pacientes, ou seja, são muitas informações e acabo preferindo focar nas intercorrências. Se eu for me preocupar em passar cada item de cada paciente, perco muito tempo e acabo não priorizando aquilo que é mais importante” (Enfermeiro 15).

“Depende de quem passa. Alguns profissionais passam mais informações, outros menos, mesmo considerando as informações escritas. Não existe um consenso” (Enfermeiro 27).

“Depende, em grande parte, do que você passa e do que está registrado” (Enfermeiro 12).

As falas demonstram que a falta de uma rotina para a passagem de plantão permite as variabilidades de condutas tornando o processo menos focado nos itens de maior relevância, inclusive porque esse acaba por depender do juízo de valor de cada profissional.

Percebe-se que a qualidade das informações passadas, segundo os enfermeiros entrevistados, está vinculada a maior ou menor quantidade de informações e não propriamente ao seu grau de importância, frente aos dados que permitiram a continuidade da assistência.

Outro fator descrito como fundamental para a passagem de plantão eficaz é a utilização do prontuário clínico como arcabouço de informações relevantes. O prontuário é o documento integrador dos dados de avaliação do paciente e deve estar disponível para os profissionais envolvidos nos processos de assistência (JCI, 2014).

No entanto, 2,73% dos profissionais responderam deixar o registro das anotações no prontuário clínico para um momento mais oportuno, ou seja, as anotações na folha de passagem de plantão acabam por substituir o registro em prontuário, o que é um fator em potencial para descontinuidade do cuidado, visto que, o instrumento utilizado não é padronizado, não faz parte da documentação do paciente e possui informações reduzidas. As mensagens transcritas a seguir demonstram essa prática:

“O formulário é um guia onde registro tudo e quando tenho tempo passo as informações para o prontuário” (Enfermeiro 29).

“Passo os dados que são pertinentes para a evolução” (Enfermeiro 19).

“O instrumento (formulário) ajuda bastante, por exemplo: às vezes tenho uma dúvida com relação a um procedimento como medicação ou com o tempo em que foi realizado o último curativo e aí, vou ao prontuário” (Enfermeiro 25).

Quando foi referida a associação entre eficácia da informação na passagem de plantão com o processo realizado à beira do leito, ressalta-se que esta é uma das modalidades de passagem de plantão, descritas por Siqueira e Kurcgant (2005). Contudo, os autores enfatizam que cabe ao enfermeiro, como gestor de todo o processo de cuidado, elencar a melhor estratégia, de acordo com o perfil assistencial de sua clientela e equipe de trabalho.

Entre os fatores limitadores/ barreiras para a boa comunicação foram mencionadas falhas nos registros do instrumento de passagem de plantão por um percentual de 4,10% dos enfermeiros e acrescentam que o instrumento é limitado, inadequado e com espaço insuficiente para o registro, o que por vezes, o torna confuso e até mesmo ilegível,

ocasionando ruídos na comunicação com consequente implicação na qualidade e segurança da assistência ao paciente. A transcrição de alguns trechos das falas dos enfermeiros entrevistados afirmam o que foi referido:

“Não acho eficaz porque o espaço onde registramos os dados é muito pequeno e quando precisamos colocar muitas informações, torna-se confuso, e além disso falta o item para necessidade de jejum para exame e o espaço para observações é pequeno demais” (Enfermeiro 31).

“O impresso é interessante, mas às vezes a letra pode ser difícil e o espaço é muito reduzido” (Enfermeiro 1).

“O processo é bom, mas gasta-se muito tempo. São muitas tarefas e precisamos ser mais objetivos. Passando só intercorrências, permite-se a continuidade da assistência. São informações repetidas em papel e na evolução e às vezes a evolução tem menos informações que o papel” (Enfermeiro 2).

Outro elemento de barreira é a repetição e o excesso de informações, referido por 5,47% dos entrevistados, com isso, a ciência de fatos importantes para a continuidade da assistência ao paciente podem ser secundarizadas. E mais grave, por vezes quando se opta por evitar o retrabalho, a escolha é minimizar os registros no prontuário. Tal situação, pode ser observada na fala a seguir:

“Passo somente as intercorrências, que é aquilo que permite a continuidade da assistência. São muitas tarefas, precisamos ser mais objetivos” (Enfermeiro 2).

“A comunicação vai até além do que deveria; existe muita repetição...é até demais” (Enfermeiro 18).

“Informações repetidas, no papel e na evolução” (Enfermeiro 2).

Dos entrevistados, 4,10% dos enfermeiros apontam a necessidade de melhorias para o processo de passagem de plantão. Considerando-se que melhorar a eficácia da comunicação

nos processos de comunicação é uma meta internacional de Segurança do Paciente, todos os esforços para minimizar riscos de falhas devem ser priorizados.

Como sugestões de melhorias para promover uma comunicação mais eficaz nas trocas de plantão entre enfermeiros, 20,54% dos enfermeiros propõe inicialmente a padronização das informações a serem transferidas. Dessa forma evita-se que as ações sejam pessoais, conforme pode ser percebido nas falas a seguir:

“Somente passo as intercorrências e os curativos”(Enfermeiro 4).

“Consigo passar tudo, todas as informações, ou seja, vou seguindo o roteiro do formulário” (Enfermeiro 28).

“Deveria ser padronizado para passar só o que mudou, pois fica muito repetitivo” (Enfermeiro 32).

Posteriormente, 9,58% dos enfermeiros referiram a passagem de plantão no leito como método mais seguro, como nas falas que se seguem. No entanto, não existem evidências científicas que comprovem esta teoria.

“A passagem de plantão na instituição é completa. Passamos as intercorrências e todos os procedimentos realizados, mas acho que se a passagem de plantão fosse no leito seria melhor” (Enfermeiro 16).

“Quando recebemos ou passamos o plantão, não estamos vendo o paciente; tem que confiar muito no outro profissional” (Enfermeiro 07).

“A passagem de plantão não é feita à beira do leito. Muitos detalhes não são passados” (Enfermeiro 13).

A REBRAENSP e o COREN-SP (2010) orienta como melhorias a serem implementadas: transmitir informações sobre o paciente em ambiente tranquilo, livre de interrupções e com tempo disponível para esclarecer as dúvidas do outro profissional; comunicar as condições do paciente, os medicamentos utilizados, os resultados de exames, a

previsão do tratamento, as recomendações sobre os cuidados e as alterações significativas em sua evolução; informar sobre os procedimentos realizados e, no caso de crianças, qual familiar acompanhou sua realização e registrar as informações em instrumento padronizado na instituição para que a comunicação seja eficaz e segura.

Algumas melhorias apontam para a necessidade de dimensionamento de pessoal (5,47%), uma vez que, avaliam que os parâmetros regulamentados pelo COFEN não respondem às necessidades do perfil assistencial da instituição.

As falas a seguir reforçam a necessidade de avaliação do dimensionamento de pessoal para a carga de trabalho nas unidades, de forma a tornar os processos mais seguros:

“Temos muitas tarefas e precisamos ser mais objetivos” (Enfermeiro 2).

“São muitos pacientes e o impresso ajuda a lembrar” (Enfermeiro 32).

“São muitas informações; as mais importantes são passadas” (Enfermeiro 17).

Diante do contexto apresentado, acredita-se que o sistema de classificação de pacientes proposto por Fugulin, pode orientar quanto às melhores práticas pautadas no perfil assistencial dos pacientes e ainda, permitir o planejamento do quantitativo de enfermeiros necessários para o atendimento com qualidade e segurança. Wachter (2013) acena que aspectos referentes à força de trabalho, profissionais sobrecarregados e desmoralizados geram condições inseguras, mesmo que haja comunicação adequada, políticas sólidas e eficientes.

Categoria 2: Informações priorizadas nas passagens de plantão

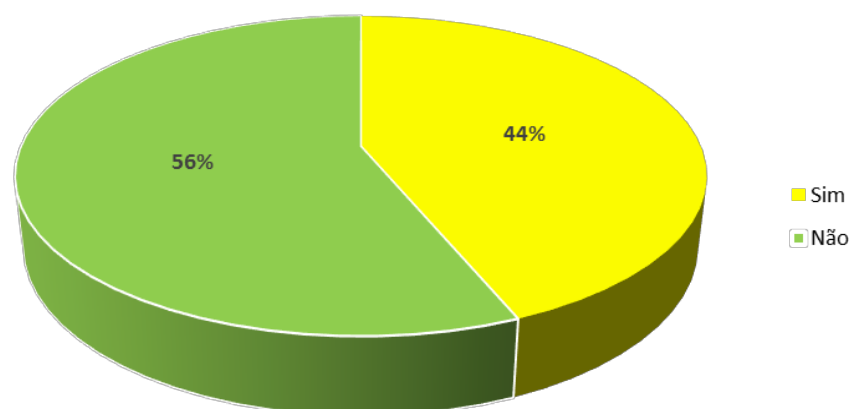
A comunicação eficaz é uma das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e dentre as ações previstas para a melhoria dos processos que envolvem a comunicação nos sistemas de saúde está a abordagem padronizada durante a troca de informações (JCI, 2014). Uma das propostas para tal normatização pode se dar a partir de um sistema de classificação de pacientes por meio da categorização dos riscos clínicos e da complexidade da assistência

de enfermagem demandada, orientando a atenção e os esforços requeridos pela equipe (BARBOSA, 2013).

A OMS (2007) apontou as falhas na comunicação como um dos problemas que requerem soluções para melhorar a Segurança dos Pacientes, destacando que as informações nos processos de transição de cuidado, devem ser específicas e completas. Em outras palavras, as equipes de saúde, incluindo as de enfermagem, devem priorizar informações que podem impactar na continuidade da assistência. São desnecessárias as redundâncias, assim, informações que por exemplo, podem ser acessadas no prontuário clínico não precisam de replicação. E cabe ao enfermeiro, enquanto líder da equipe, ter a habilidade de selecioná-las adequadamente. Ter em mente que informações sobre mudanças de estado clínico do paciente e procedimentos em curso devem ser priorizadas, seja pela necessidade de atuação corretiva da disfunção clínica e/ou pela necessidade de continuidade e finalização do procedimento em curso.

Entre os entrevistados, 14 (43,75%) responderam que durante a passagem de plantão seguem a hierarquização do cuidado aos pacientes, priorizando sinais e sintomas e intercorrências. Entretanto, a maioria, 18 (56,25%) menciona não priorizar, ou melhor, não hierarquizar as informações mais relevantes para a continuidade da assistência. O gráfico 2 expressa os resultados da percepção dos enfermeiros para o item informações priorizadas nas trocas de plantão.

Gráfico 2 - Percentual de respostas positivas e negativas quanto à hierarquização de informações nas trocas de plantão



Fonte: elaboração própria, 2015.

A partir da análise do gráfico 2, observa-se que os enfermeiros tendem a passar as informações de todos os pacientes por leito, independente dos seus estados clínicos e de dependência de cuidados.

Com isso, o risco existente, é tornar a passagem de plantão um processo mecânico e não de interação dinâmica e dialética entre a equipe que deixa o plantão e àquela que o assume. Tal situação, pode contribuir para falhas de planejamento, dimensionamento de pessoal e descontinuidade do cuidado, principalmente para os pacientes que demandam de mais atenção da equipe, e àqueles que destoam do perfil de normalidade da unidade, uma vez que não são consideradas as singularidades. Deste modo, aumentam-se os riscos e possibilidades de incidentes, contribuindo para a insegurança do paciente. A partir da sistematização das unidades de registro referentes à categoria 2 - informações priorizadas nas trocas de plantão foram elencadas as temáticas explicitadas na tabela a seguir:

Tabela 2: Distribuição das unidades de registro por temáticas referentes à avaliação de informações que são priorizadas nas passagens de plantão:

Tema	n° ur	% ur
Ênfase nas intercorrências	19	59,37
Somente as intercorrências	2	6,25
Todas as informações, sem destaque	11	34,37
Total	32	100

Fonte: elaboração própria, 2015.

A categoria é composta por 32 unidades de registro. Para a análise, foram destacados a partir das falas dos interlocutores, sujeitos da pesquisa, seu comportamento relacionado às informações transmitidas ao plantão subsequente, se tinham critérios para a priorização de informações, as consideradas mais relevantes, ou não, se todas as informações eram transmitidas sem hierarquia.

Dos entrevistados, 19 (59,37%) dos enfermeiros, consideram que as informações prioritárias devem ter ênfase nas intercorrências. Assim, mais da metade dos entrevistados percebem que são as informações de maior relevância para assegurar a continuidade à assistência. Algumas falas embasam esse reconhecimento:

“Passo as informações, com ênfase nas intercorrências porque é isso que realmente mais importa” (Enfermeiro 10).

“Priorizo os pacientes que tem mais necessidades, mas sigo o fluxo leito a leito” (Enfermeiro 3).

“Passo por ordem sequencial dos leitos, mas foco nas observações mais importantes” (Enfermeiro 30).

Um percentual mais reduzido, 6,25% dos sujeitos referem que as informações passadas na troca de plantão restringem-se somente às intercorrências. Em suas falas, era

comum associarem tal prática ao excesso de tarefas e à perda de tempo por ações repetitivas, como demonstrado nas falas:

“Existe muita repetição, já conhecemos os pacientes e já está tudo registrado, são muitos pacientes e acaba demorando muito, por isso passo só as intercorrências” (Enfermeiro 18).

“Passo somente as intercorrências, que é aquilo que permite a continuidade da assistência. São muitas tarefas, precisamos ser mais objetivos” (Enfermeiro 2).

“Começo pelos pacientes em pré-operatório, intercorrências e exames (preparo), pois é isso que irá interferir no meu plantão” (Enfermeiro 13).

Percebe-se que na primeira fala, é mencionado o conhecimento prévio do paciente e isso pode levar a erros decorrentes da não inclusão de informações atualizadas acerca do seu quadro clínico. Como referido pelo IOM (2000), os processos de comunicação devem ser bem desenhados a fim de reduzir riscos e mitigar erros decorrentes de possíveis falhas. A contínua revisão dos processos internos relacionados a esta questão deve ter como objetivo maior, minimizar ruídos da comunicação, proporcionando um atendimento mais seguro.

Um percentual representativo dos enfermeiros (34,37%) acreditam que uma passagem de plantão com foco na comunicação eficaz necessita contemplar todas as informações do paciente, ou seja, intercorrências, pendências e sequencial.

Os números indicam que inexiste um padrão para as informações a serem passadas nas trocas de plantão, fica a cargo do enfermeiro agir de acordo com sua avaliação. Tal prática, é inapropriada para um processo que envolve riscos para a Segurança dos Pacientes e que pode determinar o sucesso ou o fracasso do tratamento em curso. Silva (2012) alude que a normatização de ações torna o processo mais seguro, ao evitar variabilidades comuns entre os profissionais da saúde.

Categoria 3: Classificação de pacientes segundo a escala de Fugulin

Após responderem às duas primeiras perguntas, foi apresentado aos sujeitos da pesquisa, o instrumento de avaliação, conforme apêndice D para que avaliassem os pacientes segundo os graus de complexidade em G-I, G-II, G-III e G-IV.

As variáveis de cuidados avaliadas incluem: estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica, identificando os pacientes entre os quatro graus relacionados a níveis de dependência dos cuidados de enfermagem, podendo ser utilizada a pontuação conforme a classificação de referência (FUGULIN, 1994).

O perfil assistencial dos pacientes do INTO varia desde pacientes de baixa complexidade, com exigência mínima de cuidados de enfermagem a outros de alta complexidade com necessidades contínuas para atendimento especializado de enfermagem. Esses últimos, demandam horas de cuidado, às quais muitas vezes, não se adequam ao quantitativo efetivo de pessoal escalado. Nesse universo, incluem-se pacientes com déficit de mobilização, idosos com doenças de base associadas, pacientes colonizados com algum tipo de germe, pacientes com grandes curativos, em uso de terapia endovenosa contínua, entre outros cuidados. De acordo com Fugulin *et al* (2005), para o atendimento às necessidades de cuidados individualizados, há necessidade de adequar o número de profissionais à demanda assistencial para que se obtenha um cuidado mais seguro.

O sistema de classificação para pacientes é referenciado pelo COFEN, por meio da Resolução nº 293/2004 e classifica os cuidados de enfermagem em quatro tipos: mínimo ou autocuidado, intermediário, semi-intensivo e intensivo. No entanto, conforme estudos, nem sempre este cálculo atende às necessidades específicas de cada instituição. Perroca e Gaidzinski (1998), assinalam para a importância da adaptação do instrumento, de acordo com o perfil assistencial dos pacientes.

A tabela 3 expressa a distribuição e o percentual de pacientes classificados de acordo com o sistema de classificação proposto pelos sujeitos da pesquisa, a fim de caracterizar o perfil assistencial das unidades.

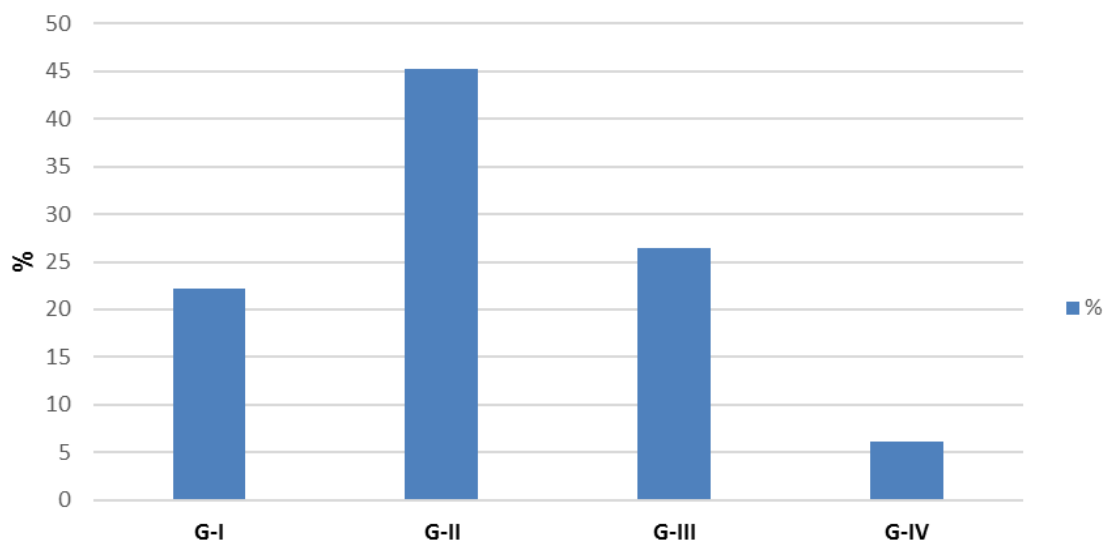
Tabela 3 - Distribuição e percentual de pacientes de acordo com grau de complexidade assistencial, de julho-novembro/2014

Grau	N (pacientes)	%
I	84	22,45
II	168	44,91
III	99	26,47
IV	23	6,14
Total	374	100

Fonte: elaboração própria, 2015.

A partir da leitura da tabela observa-se que de um total de 374 pacientes avaliados pelos enfermeiros entrevistados, a distribuição da classificação foi a seguinte: 84 (22,45%) são pacientes estáveis e sem intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas (GI); 168 (44,91%) são pacientes estáveis, aguardando procedimentos (cirurgia ou exame) ou em pós-operatório imediato sem intercorrências clínicas (GII); 99 (26,47%) apresentaram alguma condição clínica alterada (pico hipertensivo, hipo ou hiperglicemia, entre outros) ou são pacientes com algum tipo de risco para alterações por uma condição pré-existente (uso de medicações que podem alterar a hemodinâmica, risco de hipo ou hipervolemia em idosos, cardíacos, renais e situações como sangramento intenso) (GIII); 23 (6,14%) são instáveis, com alterações clínicas importantes, condição que requer um tratamento mais intensificado. Estão neste grupo os pacientes totalmente dependentes dos cuidados de enfermagem e que demandam mais horas de enfermagem para o atendimento às suas necessidades (GIV). O percentual gráfico desses achados está expresso no gráfico 3.

Gráfico 3 – Percentual de pacientes de acordo com grau de complexidade assistencial, de julho-novembro/2014



Fonte: elaboração própria, 2015.

Algumas leituras possíveis a partir da análise do gráfico 3, compreendem:

A maior proporção de pacientes no segundo grau de classificação (G-II) demonstra o predomínio do perfil institucional cirúrgico, expresso na natureza da instituição – pacientes eletivos para procedimento cirúrgico em traumatologia e ortopedia. Considerar que a comunicação eficaz entre os profissionais nas passagens de plantão destinadas a informações sobre esses pacientes em pré-operatório ou em pós-operatório imediato garantirão o êxito nos fluxos específicos, seja no preparo para a cirurgia ou na avaliação de pacientes recentemente operados.

Considerando-se o perfil assistencial e o quantitativo expressivo de pacientes classificados como G-I + G-II (67,36 %), o planejamento de ações voltadas para admissão e alta hospitalar melhora rotatividade de leitos hospitalares, com isso as taxas de produção institucional que colaboram para a redução das filas de espera de pacientes ortopédicos, cumprindo o papel institucional enquanto unidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Existe uma parcela expressiva de pacientes classificados como G-III que encontram-se em risco de alterações clínicas ou que apresentam alterações clínicas que devem ser melhor

acompanhadas para um desfecho satisfatório. A comunicação das intercorrências clínicas durante as passagens de plantão devem estar acompanhadas de ações adjuvantes relacionadas a intervenções já em curso ou para necessidades de pareceres técnicos específicos de outros profissionais.

Apesar do menor percentual, 6,14% foi classificado na categoria G-IV. São pacientes que demandam uma série de cuidados e consequentemente maior contingente profissional, sendo necessária atenção redobrada nos momentos de transição de cuidado.

Em suma, para prestar um cuidado seguro e de qualidade é necessário planejamento das unidades geográficas específicas, que Barcellos (2014) define como locais dentro das instituições com propósitos específicos, o que permite maior interação entre os profissionais, facilitando a pactuação de rotinas e padrões. Da mesma forma, há muito tempo atrás (século XIX) Florence Nightingale implantou um sistema de atendimento nas unidades de internação, proporcionando uma maior aproximação de pacientes que requerem mais cuidados de enfermagem para assim melhorar a assistência. Deste modo, a adoção de um sistema padronizado de classificação de pacientes para a transição de cuidados (passagem de plantão) pode significar uma prática de melhoria.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da publicação do livro-relatório: “Errar é humano: construindo um sistema de saúde seguro”, em 1999 houve o reconhecimento da existência de riscos e incidentes decorrentes dos processos de prestação de cuidados nos hospitais. Assim, o tema Segurança do Paciente tornou-se pauta na agenda internacional da Saúde Pública. Sequencialmente foram relacionados os principais processos de cuidado que podem causar danos, e a prioridade para a implementação de soluções que os tornassem mais seguros. Neste contexto, surgiram as Metas Internacionais de Segurança do Paciente.

No Brasil, reflexos dessa discussão se deram inicialmente, com a formação da Rede Sentinela (2002), e posteriormente, em 2013, com o Programa Nacional de Segurança do Paciente, por iniciativa do Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária a fim de promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à qualidade e segurança na rede pública e privada.

A melhoria da eficácia da comunicação é uma Meta Internacional de Segurança do Paciente e para seu alcance requer medidas proativas para a melhoria dos processos envolvidos. Em geral, falhas na comunicação ocorrem por dificuldade de entendimento ou pela omissão de uma informação importante para a continuidade do cuidado ao paciente.

Dentre os processos de transição de cuidado, incluem-se as trocas de turnos de plantão. Tal procedimento, envolve a comunicação entre cuidadores, sendo considerado um momento crítico da assistência, pois qualquer falha nas informações passadas repercutirão diretamente no tratamento/cuidado do paciente.

Considerando-se que existem variabilidades entre pessoas, principalmente, causadas por diversidade de fatores como repertório cultural, formação educacional, vivências e emoções, e quando se tratam de profissionais de saúde, transmitindo informações sobre

pacientes, essa diversidade é um fator de risco e tende a um desfecho insatisfatório. Portanto, a unificação, sistematização e padronização das informações sob a forma de documento institucionalizado é de suma importância, para que assim se evitem as lacunas existentes nesse processo. A compreensão da informação recebida é a chave para a continuidade de uma assistência eficaz.

O estudo demonstrou que os enfermeiros consideram a comunicação feita na instituição como um processo essencialmente eficaz, mas fizeram observações importantes, relacionadas à necessidade de ações que tornem o processo menos repetitivo e mais direcionado à transmissão das informações relevantes como mudança de quadro clínico do paciente e pendência de cuidados. A importância dada a informações objetivas e concisas sobre os acontecimentos que envolvem a assistência foram considerados como elementos fundamentais para assegurar este objetivo.

A assistência especializada requer o conhecimento do perfil de complexidade assistencial para que o planejamento de cuidado seja direcionado às necessidades levantadas e com o intuito de priorizar a informação para os pacientes com maiores necessidades de cuidados. Para tal, foi proposta a utilização de um sistema de classificação de pacientes, apoiado na escala de Fugulin.

O sistema baseou-se no perfil assistencial e na hierarquização de indicadores clínicos, como as intercorrências, a serem priorizados nas passagens de plantão. Caso haja a necessidade de informações mais completas, essas poderão ser encontradas nos prontuários clínicos, daí a necessidade de se concentrarem esforços para a manutenção de registros atualizados e legíveis neste documento.

Por fim, ações de melhoria para processos críticos na assistência, como a comunicação entre enfermeiros nas passagens de plantão, são cada vez mais necessárias, mediante a gama de procedimentos e riscos que envolvem as intrincadas relações entre pessoas dentro das

instituições de saúde. Destaca-se a importância de melhorar tais processos, em especial, entre os profissionais enfermeiros uma vez que é a categoria que maior tempo passa na assistência direta ao paciente.

Pensar em processos padronizados é uma forma de criar barreiras para minimizar riscos. Uma rotina de passagem de plantão entre enfermeiros utilizando-se de um sistema de classificação de pacientes pode ser utilizada como uma ferramenta para fomentar a qualidade e a segurança na assistência à saúde ao definir critérios para o mesmo, contribuindo assim, para a continuidade do cuidado.

7 CONCLUSÃO

Como produto deste estudo, apresenta-se a proposta de uma rotina para a troca de plantão entre enfermeiros.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD				AENFE-00	
	ROTINA PARA A TROCA DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS	PROCESSO	REVISÃO		FOLHA	
		Assistencial	Nº	MÊS/ANO	1 / 1	
		00	DEZ/15			

RESUMO DE REVISÕES		
MÊS/ANO	DESCRIÇÃO	PRÓX. REV.
DEZ/15	Emissão inicial	DEZ/18

SUMÁRIO

- 1 OBJETIVO
- 2 APLICAÇÃO
- 3 REFERÊNCIAS
- 4 DEFINIÇÕES E SIGLAS
- 5 EXIGÊNCIAS
- 6 RESPONSABILIDADES
- 7 DESCRIÇÃO DA ROTINA
- 8 ANEXOS

CONTROLE DE EMISSÃO			
ELABORADO/VERIFICADO POR	VERIFICADO POR		APROVADO POR

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			 INTO INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	AENFE-00
ROTINA PARA A TROCA DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS	PROCESSO		REVISÃO		FOLHA
	Assistencial		Nº	MÊS/ANO	2 / 2
			00	DEZ/15	

1 OBJETIVOS

- Padronizar as informações passadas durante as trocas de turnos de plantão entre enfermeiros das unidades de internação, de forma a priorizar características clínicas do paciente, que indiquem intercorrências e graus de dependência dos cuidados de enfermagem.
- Priorizar as intercorrências clínicas ocorridas durante o plantão em curso e as pendências de cuidados para o plantão subsequente, focando na continuidade do cuidado prestado com impacto positivo no tratamento proposto.

2 APLICAÇÃO

Esta rotina se aplica aos setores de internação de pacientes adultos, incluindo áreas de internação do 6º, 7º e 8º andares do INTO.

3 REFERÊNCIAS

- EMBER, E.B. et al.. The effects of Active Warming on Patient Temperature and pain after total knee arthroplasty. *AJN, American Journal of Nursing*. May 2012, vol 112; number 5, p.26 -33.
- EVA – Escala visual analógica – escala de 0 a 10, adaptada para a instituição para escala de 0 a 4.
- GUYTON, A.C., HALL, J.E. Tratado de Fisiologia Médica. 11. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- IDA – Infectious Diseases Society of America.
- Institute for Health Care Improvement. How-to-Guide: Prevent Pressure Ulcers. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2011. Disponível em <http://www.ihc.org>. Acessado em 26 de março de 2013.
- SANTOS, F.D., et al.. Sistema de classificação de Pacientes: Proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al.. *Rev. Latino am Enfermagem* 2007; setembro-outubro; 15(5).
- Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD		 INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	AENFE-00	
ROTINA PARA A TROCA DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS	PROCESSO	REVISÃO		FOLHA	
	Assistencial	Nº	MÊS/ANO		3 / 3
		00	DEZ/15		

4 DEFINIÇÕES E SIGLAS

- SD – Serviço diurno.
- SN – Serviço noturno.

5 EXIGÊNCIAS

- 5.1 Que todos os enfermeiros conheçam a rotina de passagem de plantão, seguindo as diretrizes por ela determinadas.
- 5.2 Que todas as informações sobre o paciente, passadas nas trocas de plantão, estejam registradas nos seus prontuários.
- 5.3 Que todos os itens das prescrições médicas e de enfermagem estejam checados ou justificados quando não realizados.
- 5.4 Que todas as prescrições médicas e de enfermagem estejam datadas, assinadas e carimbadas.
- 5.5 Que as pendências de cuidados sejam sinalizadas em local visível.
- 5.6 Que as intercorrências clínicas sejam sinalizadas e priorizadas.

6 RESPONSABILIDADE

- 6.1 Liderar a equipe de enfermagem sob sua coordenação, fazendo cumprir horários de recebimento e passagem de plantão, considerando plantões de 12 horas.
- 6.2 Escalar profissionais de enfermagem para o atendimento às demandas durante o período de passagem de plantão (atendimento a outros profissionais, acompanhantes, campanhas, entre outros), de forma a permitir que o processo de troca de turno ocorra sem interrupções.
- 6.3 Reunir-se com toda a equipe de enfermagem no início do turno de plantão para a coordenação dos cuidados a serem prestados aos pacientes, priorizando pendências do plantão anterior e intercorrências clínicas.
- 6.4 Comunicar-se com toda a equipe liderada, 30 minutos antes do término do plantão para a finalização de registros e coordenação das informações a serem passadas para o turno subsequente.

PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO – INTO

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			 INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	AENFE-00	
ROTINA PARA A TROCA DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS		PROCESSO		REVISÃO		FOLHA
		Assistencial		Nº	MÊS/ANO	4 / 4
				00	DEZ/15	

6.5 Determinar a necessidade de passagem de plantão dos pacientes mais graves à beira do leito, priorizando cuidados preventivos, medicações e procedimentos em curso.

7 DESCRIÇÃO DA ROTINA

- Receber o plantão às 7:00h (SD) ou 19:00h (SN), tomando ciência das pendências do plantão anterior e intercorrências clínicas.
- Realizar escala de serviço, considerando número de pacientes internados, níveis de dependência (anexo 1), intercorrências clínicas (anexo 2) e número de profissionais de enfermagem.
- Considerar o sistema de classificação de pacientes, a partir de características de dependência e características clínicas, conforme tabela de classificação de pacientes (anexo 3).
- Utilizar-se de formulário de passagem de plantão, registrando apenas as pendências e intercorrências (anexo 4). As demais informações deverão ser registradas na evolução do paciente, a qual está inserida no prontuário.

Obs.: Os registros podem ser feitos de forma objetiva com a marcação dos campos, conforme a intercorrência apresentada. O único registro manuscrito é o nome completo e nº do prontuário, garantindo a identificação segura do paciente.

- Orientar e monitorar a equipe de enfermagem quanto aos registros de enfermagem, os quais devem estar em formulário próprio, também no prontuário do paciente.
- Ao classificar o paciente como grau II, III ou IV, sinalizar o motivo da classificação, seja por intercorrência clínica, pendências de procedimentos ou níveis de dependência, seguindo a escala própria.
- As informações sobre pacientes classificados como G-I podem ser passadas apenas utilizando-se desta classificação, não havendo a necessidade de serem passadas todas as informações, já que o paciente é estável, sem intercorrência clínica e com seu autocuidado preservado (considerando-se que os registros já foram feitos no prontuário).
- Certificar-se do entendimento da informação passada ao profissional do turno subsequente, o que caracteriza a aceitabilidade da responsabilidade pelos cuidados com o paciente.
- Considerar pendências relacionadas às atividades administrativas que tenham impacto direto na assistência como previsão e provisão de material e medicamentos, controle de equipamentos, entre outros processos de apoio assistencial.
- Considerar a escala simplificada para a classificação de pacientes, utilizando-se o sistema de cores, considerando:

VERDE – G-I

AMARELO – G-II e G-III

VERMELHO – G-IV

PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO – INTO

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD		AENFE-00		
ROTINA PARA A TROCA DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS	PROCESSO	REVISÃO		FOLHA	
	Assistencial	Nº	MÊS/ANO	5 / 5	
		00	DEZ/15		

8 ANEXOS

Anexo 1 – Níveis de dependência dos cuidados de enfermagem

Anexo 2 – Características clínicas

Anexo 3 – Tabela de classificação de pacientes

Anexo 4 – Formulário de passagem de plantão

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD		AENFE-00		
ROTINA PARA A TROCA DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS		PROCESSO	REVISÃO		FOLHA
		Assistencial	Nº	MÊS/ANO	6 / 6
			00	DEZ/15	

ANEXO 1 – NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

1. Estado Mental

G-I, G-II e G-III – Orientação no tempo e no espaço.
 G-IV – Períodos de desorientação no tempo e no espaço.

2. Oxigenação

G-I, G-II – Não depende de O₂.
 G-III – Uso intermitente de O₂.
 G-IV – Uso contínuo de O₂.

3. Sinais vitais

G-I, G-II e G-III – Controle de sinais vitais de rotina – 6/6 horas.
 G-IV – Controle de sinais vitais de 4/4 horas ou em menor tempo.

4. Motilidade

G-I – Movimenta todos os segmentos corporais.
 G-II – Limitação de movimentos.
 G-III e G-IV – Incapacidade ou dificuldade de movimentar-se.

5. Deambulação

G-I – Deambulante e pacientes com órteses, porém sem necessidade de auxílio.
 G-II e G-III – Necessidade de auxílio para deambulação.
 G-IV – Restrito ao leito.

6. Alimentação

G-I – Autossuficiente.
 G-II e G-III – Oral, com auxílio.
 G-IV – Alimentação por cateter.

7. Cuidado corporal

G-I – Autossuficiente.
 G-II e G-III – Com necessidade de ajuda na higienização (banho, higiene oral, outras).
 G-IV – Banho no leito ou no chuveiro em cadeira de rodas.

8. Eliminação

G-I e G-II – Autossuficiente.
 G-III – Uso de vaso sanitário com auxílio.
 G-IV – Uso de comadre ou eliminação no leito.

9. Terapêutica

G-I – Medicação oral ou sem medicação.
 G-II e G-III – Medicação endovenosa intermitente, intramuscular ou oral.
 G-IV – Medicação endovenosa contínua e através de cateter.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			 INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	AENFE-00	
	ROTINA PARA A TROCA DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS	PROCESSO	REVISÃO		FOLHA	
		Assistencial	Nº 00		MÊS/ANO DEZ/15	7/7

ANEXO 2 – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (INTERCORRÊNCIAS)

1. Sinais Vitais

Temperatura:
Febre - Temperatura superior a 38,3°C.
Hipotermia – Temperatura inferior a 36°C

Frequência Cardíaca:
Taquicardia – FC > 100 bpm
Bradycardia – FC < 60 bpm

Respiração:
Dispneia – Dificuldade respiratória.
Taquipnéia – FC > 20 irpm
Hipopnéia – FC < 08 irpm

Pressão Arterial:
Hipertensão - PA ≥ 140 /90 mm Hg.
Hipotensão – PA ≤ 90/60 mm Hg.

2. Dor

Considerando a escala EVA, utilizada na instituição para avaliação da dor em adultos, considerar a escala de 0 a 4, onde 0 é ausência da dor, 1 como dor leve, 2 como dor moderada, 3 como dor forte e 4 como dor intensa. Importante ressaltar o registro, além da intensidade, da qualidade da dor como localização, tipo, características e frequência.

3. Curativos

Considerar os curativos como P (pequeno), M (médio) ou G (grande).
P – Curativo simples com troca uma vez ao dia.
M – Curativo médio em uma ou mais lesões com troca duas vezes ao dia.
G – Curativo grande em uma ou mais lesões com troca três vezes ao dia ou mais.

4. Sangramento

Presença de sangramento no local do curativo cirúrgico e/ou inserção do dreno.
Secreção – Presença de secreção no local do curativo cirúrgico.
Sinais flogísticos – Aumento da temperatura, dor, rubor e edema no local da incisão cirúrgica, sugerindo sinais inflamatórios.

5. UPP (Úlcera Por Pressão)

Localização da (s) úlcera (s) e Estágios, considerando:
Estágio I – Eritema não branqueável.
Estágio II – Perda parcial da espessura da pele.
Estágio III – Perda total da espessura da pele.
Estágio IV – Perda total da espessura dos tecidos.

6. Nível de consciência

Confuso, desorientado, agitado ou torporoso.

PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO – INTO

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD		AENFE-00		
ROTINA PARA A TROCA DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS	PROCESSO	REVISÃO		FOLHA	
	Assistencial	Nº	MÊS/ANO	8 / 8	
		00	DEZ/15		

7. Membros Inferiores

Paresia – Disfunção ou interrupção de movimentos

Parestesia – Sensação de formigamento, pressão, frio ou calor.

Sinais de trombose – Dor, queimação, mudança de cor e edema.

8. Trato Gastrointestinal

Diarréia – Informação sobre o número de episódios diarreicos.

Constipação – Informação sobre o número de dias sem evacuações.

Episódios eméticos - Informação sobre o número de episódios eméticos, caracterizados por náuseas e/ou vômitos.

9. Trato Geniturinário

Alterações na diurese relacionadas à frequência, volume e aspecto e alterações em pele e mucosas, relacionadas a edema, sangramentos e dor.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			 INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	AENFE-00	
	ROTINA PARA A TROCA DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS	PROCESSO	REVISÃO		FOLHA	
		Assistencial	Nº		MÊS/ANO	9 / 9
		00	DEZ/15			

ANEXO 3 – TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES

Classificação	Características Clínicas	Características de Dependência
Grav-I: Verde	Estável, sem intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas.	Deambula sem auxílio.
	Possibilidade de alta ou já em alta, aguardando transporte.	Toma banho e alimenta-se sozinho.
		Sem desvios de comportamento.
		Necessita apenas de orientação e supervisão do autocuidado.
Grav- II: Amarelo	Estável, aguardando procedimentos (cirurgia ou exames).	Necessidade ou não de auxílio na deambulação, no banho e na alimentação.
	Estável, em pós-operatório imediato.	Quantidade moderada de medicação EV – medicação de rotina.
	Necessidade apenas de medicação para controle (dor, náuseas, febre – episódios ocasionais).	Sem desvios de comportamento.
	Requer observação e controle das eliminações.	Necessita de orientação e auxílio no autocuidado.
	Restrição alimentar (jejum para exames e cirurgias).	
	Restrição à mobilização (pós-operatório imediato ou restrições por outros motivos).	
	Curativos de pequeno porte (1 x dia).	
	Cuidados pós-operatórios de pequeno porte (ex.: cirurgias da mão e do pé).	
	Pacientes em tração.	
	Aparelhos gessados fechados (recentemente realizados).	
Grav- III: Amarelo	Pacientes com medicações que podem alterar a hemodinâmica e a glicemia: antiarrítmicos, anticoagulantes, digitálicos, anti-hipertensivos, insulina, entre outros.	Necessidade de auxílio na deambulação, no banho e na alimentação.
	Risco de hipo ou hipervolemia – pacientes vulneráveis como idosos, cardíacos, renais e situações como sangramento intenso e uso de diuréticos.	Grande quantidade de medicação EV – medicação de rotina.
	Pacientes em controle de volemia e	Com ou sem desvios de comportamento.

PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO – INTO

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD		AENFE-00
ROTINA PARA A TROCA DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>	<i>FOLHA</i>
	Assistencial	<i>Nº</i>	<i>MÊS/ANO</i>
		00	DEZ/15

alimentação.

Curativos de médio porte (2 x dia).

Cuidados pós-operatórios de médio porte.

Riscos de distúrbios ácido-básico e eletrolítico.

Risco de alteração da consciência (idosos confinados em ambiente fechado, por exemplo).

Desconforto respiratório com oxigenioterapia não-invasiva.

Episódios constantes de dor, controlados com a medicação.

Cuidados pré e pós-operatórios complexos (coluna, quadril, joelho, drenagens especiais).

Requer observações frequentes das condições gerais.

	Alterações de hemodinâmica e de glicemia.	Acamado continuamente.
	Sinais de lipo ou hipervolemia – necessidade de controle rigoroso dos sinais vitais e da volemia.	Higiene no leito.
	Curativos de grande porte (trocas mais de 2 vezes).	Terapia EV contínua.
	Sangramento intenso.	Desvios de padrões de comportamento.
Gran- IV: Vermelho	Necessidade de monitorização cardíaca para avaliação contínua.	Alimentação por cateteres ou nutrição parenteral total.
	Distúrbios ácido-básico e/ou eletrolítico.	Complicações pós-operatórias.
	Variação do nível de consciência e desorientação.	
	Complicações respiratórias e necessidade de aspiração de vias aéreas frequentes.	
	Paresia e parestesia de membros inferiores em cirurgia de coluna.	

PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO – INTO

 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD	 INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA		AENFE-00			
			ROTINA PARA A TROCA DE PLANTÃO ENTRE ENFERMEIROS		PROCESSO	
			Assistencial		REVISÃO Nº 00 MÊS/ANO DEZ/15	FOLHA 11 / 11

ANEXO 4 – FORMULÁRIO DE PASSAGEM DE PLANTÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

Passagem de Plantão

Enfermeiro(a):		Auxiliar:										Data:	
Nome Completo	Nome	Grupo	Shifts	Curitiba	Matrícula	Matrícula	Matrícula	Matrícula	Matrícula	Matrícula	Matrícula	Matrícula	Matrícula
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33
34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41
42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49
50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54
55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55
56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57
58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59
60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61
62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66
67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67	67
68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69
70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71
72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73	73
74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74
75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
81	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81
82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82
83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86
87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87
88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88
89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89
90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91	91
92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92
93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93
94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94	94
95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97	97
98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98
99	99	99	99	99	9								

8 REFERÊNCIAS

ANDERSON, K.A. The adverse reactions to care scale: identifying and measuring triggers during transitions in care. *JGerontol Nurs* 2013. Sep 4:1-5.

BARBOSA, P.M.K., et al.. Organização do processo de trabalho para passagem de plantão utilizando escore para dependência e rico clínico. FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília – Marília – SP, Brasil, 2013.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa; edições 70, LDA, 2009.

BESSA, S.C.A. A Comunicação nos hospitais públicos portugueses – uma questão de excelência. Dissertação de Mestrado em Gestão Estratégica das Relações Públicas. Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Comunicação Social – 2007-2009.

BRANCO FILHO, J.R. Segurança do Paciente no cenário mundial e no Brasil: uma breve revisão histórica. In: FONSECA, A.; PETERLINI, F.; COSTA, D. (Org.). A Segurança do Paciente. São Paulo: Martinari, 2014. P.01-10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 08 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a Segurança do Paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em 08 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Política Nacional de Humanização (PNH). 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 08 jun. 2015.

BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Assunto: Passagem de Plantão. Parecer COREN-SP CAT Nº 009/2010, de 03 de fevereiro de 2010. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_9.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2015.

COCHRANE LIBRARY. Archie Cochrane: the name behind Cochrane. Disponível em: community.cochrane.org. Acessado em 29/11/2015.

COSTA, R.; PADILHA, M.I.; AMANTE, L.N.; BOCK, L.F. O Legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto Contexto Enferm.* 18(4): 661-9. Florianópolis. Out-Dez, 2009.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, n.260, p. 1743-1748, 1988.

EMBER, E.B. et al.. The effects of Active Warming on Patient Temperature and pain after total knee arthroplasty. *AJN, American Journal of Nursing.* May 2012, vol 112; number 5, p.26 -33.

FERNANDES, A.T. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. Editora Atheneu. RJ, 2000.

FUGULIN, F.M.T., et al.. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário de São Paulo. *Rev. Med. HU-SP*, v.4., n.1/2, p. 63-8, jan/dez. 1994.

FUGULIN, F.M.T., GAIDZINSKI, R.R., KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 janeiro-fevereiro; 13(1): 72-8.

GAIDZINSKI, R.R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares (livre docência). São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP. 1998.

GASPARY, L.V. Processo de acreditação hospitalar internacional de um hospital público da Grande São Paulo. Artigo disponível em: cqh.org.br. RAS – Vol.16, nº 62 – Jan-Mar, 2014.

GODOY, A.S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*; vol. 35 nº 3. São Paulo. May/June 1995.

GUYTON, A.C., HALL, J.E. Tratado de Fisiologia Médica. 11. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

JOHNSON, J.K., ARORA, V.M. Improving clinical handovers: creating local solutions for a global problem. *BMJ Quality and Safety. Qual. Saf. Health Care* – 18: 244-245, 2009.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 5ª edição, 2014. Meta 2 – Meta Internacional de Segurança do Paciente. www.jointcommissioninternational.org.

KOHN, L.T., CORRIGAN, J.M., DONALDSON, M.S. To err is human: building a safer health system: a report of The Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. Washington, DC: National Press; 2000.

LENZ, F. Passagens de plantão (handover) e de caso (handoff) envolvem risco para o paciente: Atuação do médico hospitalista pode ser alternativa para um cuidado de saúde mais seguro e efetivo no hospital. *Proqualis; conteúdo: notícias.* Disponível

em: <<http://proqualis.net/noticias/passagens-de-plant%C3%A3o-handover-e-de-caso-handoff-envolvem-risco-para-o-paciente>>. Acesso em: 17 jun. 2015.

MANZO, B.F., BRITO, M.J.M., ALVES, M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol.66 nº1 Brasília, 2013.

MENDES, J.W.V. Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Rio de Janeiro, 2007.

MINAYO, M.C.D.S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Coleção temas sociais. Resenha. 29. Ed, Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

_____. Entrevista ao ProQualis – Passagens de plantão (handover) e de caso (handoff) envolvem risco para o paciente - proqualis.net, 2014.

NATIONAL PATIENTY SAFETY AGENCY – NHS. Seven steps to patienty safety: the full reference guide. 2004. Disponível em: www.npsa.nhs.uk/sevensteps. Acesso em: 09 jun. 2015.

NEVES, J.L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. Caderno de pesquisas em Administração, São Paulo, v.1, nº3, 2º sem., 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and TechnicalAnnexes, 2009. Disponível em: www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/. Acesso em: 09 jun. 2015.

PERROCA, MG, GAIDZINSKI, RR. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. Rev. Esc. Enf. USP, v. 32, n.2, p. 153-68, ago. 1998.

PINCUS, K. Transitional care management services: Optimizing medication reconciliation to improve the care of older adults. Journal of gerontological nursing (journal articles from Pubmed). J Gerontol Nurs 2013 Oct;39(10):10-5.

RAMOS, A.P., BORTAGARAI, F.M. A comunicação não-verbal na área da saúde. Rev. CEFAC. 2012- 14(1);164-170. Jan-Fev, 2012.

RAMSTHALER, A.L. Comunicação e Relação Interpessoal. CESPE/UnB. Apostila comunicação e relações interpessoais, Brasília, 2009.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO – REBRAENSP. COREN SP. 10 Passos para a Segurança do Paciente – REBRAENSP – Polo São Paulo, 2010.

REIS, I.B., et al.. Cuidado progressivo ao paciente: implantação e sistematização. 1982.

RIBEIRO, C.M. Sistema de classificação de pacientes como subsídio para provimento de pessoal de enfermagem. São Paul, 1972.98 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.

ROCHA, E.R. Comunicação interpessoal. FAATESP – Faculdade de Tecnologia Ávares de Azevedo – São Paulo, 2009.

RODRIGUES, A.C. 13 soluções para melhorar a comunicação. Disponível em: exame.com, São Paulo, 2014. Acesso em 04/06/2015.

ROSA, A.S., LANDIM, D.D.C.B. Comunicação: a ferramenta do profissional. Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensãoda UNIPAM – Minas Gerais, 2009.

ROSS, M.C.L.W., et al.. The Quality in Australian Health Care Study. The Medical Journal of Australia. Vol 163: 458-471, 1995.

SANTOS, F.D., et al.. Sistema de classificação de Pacientes: Proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al.. Rev. Latino am Enfermagem 2007; setembro-outubro; 15(5).

SANTOS, M.C.D., et al.. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. Revista portuguesa de saúde pública, Vol Temat(10) 47-57, 2010.

SILVA, E.E., CAMPOS, L.F. Passagem de plantão na Enfermagem: revisão de literatura. Cogitare Enferm., 2007- Out/Dez; 12(4): 502-7.

SILVA, M.J.P., ARAÚJO, M.M.T. Estratégias da Comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos. Rev. Esc. Enferm. USP – 46(3): 626-32; 2012.

SIQUEIRA, I.L.C.P.D., KURCGANT, P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. Acta Paulista Enferm. 2005; 18(4); 446-51.

SOUSA, P., et al.. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. BMC Health Services Research 2014, 14:311. National school of public health. Universidade Nova de Lisboa.

SOUZA, P., MENDES, W. Segurança do Paciente: Criando Organizações de Saúde Seguras. In: Barcellos GB. Comunicação entre os profissionais de saúde e a Segurança do Paciente. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. Cap. 7, p. 139-158.

TEIXEIRA, R. Os erros de medicação nos hospitais. Revista Isto é: Medicina e bem-estar;nº edição: 2139/ 05, 2014.

THE JOINT COMMISSION. National Health Care award for performance measurement, 2007. Disponível em: jointcommission.org. Acessado em 29/11/2015.

WACHTER, R.M. Compreendendo a Segurança do Paciente. 2ª Edição. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2013

WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE JOINT COMMISSION, JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente, Mayo de 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The High 5s Project – Interim Report. WHO library cataloguing in publication, December, 2013.

APÊNDICE A – Roteiro de Observação

ELEMENTOS A SEREM OBSERVADOS	FOCO DE INTERESSE
1. Nº de profissionais.	Nº de profissionais envolvidos.
2. Local.	Onde são realizadas as passagens de plantão.
	O local influencia na atenção do profissional para a compreensão das mensagens emitidas.
	Presença de ruídos.
3. Método de comunicação.	Verbal ou escrita ou ambas.
	Uso de quadro, livro, formulário de passagem de plantão.
4. Informações.	Informações priorizadas: pendências e intercorrências.
5. Sinalização escrita para os pacientes que requerem mais cuidados.	Existe sistematização das informações a serem passadas.
	Passa todos os pacientes e todas as informações.
	Passa leito a leito com observações para pendências e intercorrências.
	As informações passadas seguem o prontuário (folha de prescrição como parâmetro).
6. Integração da equipe no início e término e plantão.	Há ou não profissional escalado para atender as demandas durante a passagem de plantão.
	As informações são compartilhadas pelos componentes da equipe.
	Trabalho em equipe com foco nas informações a serem passadas.
7. Respeito ao horário de troca de plantão.	Tempo necessário para perguntas e esclarecimento de dúvidas sobre o cuidado/tratamento.

APÊNDICE B – Roteiro Temático de Entrevista Semi-estruturada com Enfermeiros

Questão Norteadora: Comunicação na passagem de plantão entre Enfermeiros

1) Você considera efetiva a comunicação feita durante a passagem de plantão, considerando que as informações passadas permitem a continuidade do cuidado?

() Sim. Por que ?

() Não. Por que ?

2) A passagem de plantão obedece a algum padrão de hierarquização de pacientes (priorização e sinais e sintomas, intercorrências, níveis de dependência)?

() Sim

() Não

3) Se você tivesse que classificar os pacientes, considerando características clínicas e de dependência, como você classificaria os pacientes internados, considerando a classificação apresentada?

GI —VERDE

GII > AMARELO

GIII >

GIV —VERMELHO

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

De acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012, você está sendo convidado a participar da pesquisa – Instrumento de classificação de pacientes: estratégia para melhoria da comunicação nas trocas de plantão entre enfermeiros. A escolha para sua participação foi motivada por seu trabalho em unidade de internação de pacientes adultos e por você ter entre seus processos de trabalho, a passagem de informações sobre os pacientes durante as trocas de turnos de plantão. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, além disso, sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo geral deste estudo é o de analisar a efetividade da comunicação nas passagens de plantão entre enfermeiros das unidades de internação a fim de promover melhorias com ênfase na continuidade do cuidado e como objetivos específicos: identificar a percepção dos enfermeiros acerca da efetividade da comunicação nas passagens de plantão, elencar os critérios adotados pelos enfermeiros para a definição das informações prioritárias nas passagens de plantão e propor a classificação de pacientes, por complexidade e dependência de cuidados, a fim de padronizar o processo de passagem de plantão.

Sua participação na pesquisa consistirá em informar os dados relacionados às informações passadas, se considera eficaz a comunicação feita e se prioriza informações relevantes e, por fim, você será convidado a classificar seus pacientes de acordo com o sistema de classificação proposto.

Não existem riscos relacionados com sua participação na pesquisa e os benefícios são: minimizar riscos relacionados à falha na continuidade dos cuidados prestados ao paciente e otimizar o tempo da passagem de plantão, priorizando as informações mais importantes a serem passadas para o turno subsequente.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e os questionários respondidos serão destruídos.

Uma cópia deste termo lhe será entregue, constando o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Rio de Janeiro ----, de -----de -----

Assinatura do voluntário

Pesquisador responsável – Sandra Regina Ferreira Vasconcelos.

Endereço e telefone – Avenida Brasil, 500 – CEP: 20940-070 – Rio de Janeiro

Telefone: (21) 2134-5407

APÊNDICE D – Instrumento de Avaliação

Classificação	Características Clínicas	Características de Dependência
Grau-I : Verde	Estável, sem intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas.	Deambula sem auxílio.
	Possibilidade de alta ou já em alta, aguardando transporte.	Toma banho e alimenta-se sozinho. Sem desvios de comportamento. Necessita apenas de orientação e supervisão do autocuidado.
Grau- II: Amarelo	Estável, aguardando procedimentos (cirurgia ou exames),	Necessidade ou não de auxílio na deambulação, no banho e na alimentação.
	Estável, em pós-operatório imediato. Necessidade apenas de medicação para controle (dor, náuseas, febre – episódios ocasionais). Requer observação e controle das eliminações. Restrição alimentar (jejum para exames e cirurgias). Restrição à mobilização (pós-operatório imediato ou restrições por outros motivos). Curativos de pequeno porte (1 x dia). Cuidados pós-operatórios de pequeno porte (ex.: cirurgias da mão e do pé). Pacientes em tração. Aparelhos gessados fechados (recentemente realizados).	Quantidade moderada de medicação EV – medicação de rotina. Sem desvios de comportamento. Necessita de orientação e auxílio no autocuidado.
Grau- III: Amarelo	Pacientes com medicações que podem alterar a hemodinâmica e a glicemia: antiarrítmicos, anticoagulantes, digitálicos, anti-hipertensivos, insulina, entre outros.	Necessidade de auxílio na deambulação, no banho e na alimentação.
	Risco de hipo ou hipervolemia – pacientes vulneráveis como idosos, cardíacos, renais e situações como sangramento intenso e uso de diuréticos. Pacientes em controle de volemia e alimentação. Curativos de médio porte (2 x dia). Cuidados pós-operatórios de médio porte. Riscos de distúrbios ácido-básico e eletrolítico. Risco de alteração da consciência (idosos confinados em ambiente fechado, por exemplo). Desconforto respiratório com oxigenioterapia não-invasiva. Episódios constantes de dor, controlados com a medicação.	Grande quantidade de medicação EV – medicação de rotina. Com ou sem desvios de comportamento. Cuidados pré e pós-operatórios complexos (coluna, quadril, joelho, drenagens especiais). Requer observações frequentes das condições gerais.
Grau- IV: Vermelho	Alterações de hemodinâmica e de glicemia.	Acamado continuamente.
	Sinais de hipo ou hipervolemia – necessidade de controle rigoroso dos sinais vitais e da volemia. Curativoa de grande porte (trocas mais de 2 vezes). Sangramento intenso. Necessidade de monitorização cardíaca para avaliação contínua. Distúrbios ácido-básico e/ou eletrolítico. Variação do nível de consciência e desorientação. Complicações respiratórias e necessidade de aspiração de vias aéreas frequentes. Paresia e parestesia de membros inferiores em cirurgia de coluna.	Higiene no leito. Terapia EV contínua. Desvios de padrões de comportamento. Alimentação por cateteres ou nutrição parenteral total. Complicações pós-operatórias.

APÊNDICE E – Formulário Proposto para a Passagem de Plantão



Passagem de Plantão

INSTITUTO NACIONAL DE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Enfermeiro(a):		Auxiliares:										Data:	
Leito + Prontuário Nome Completo	Grau	Sinais vitais	Curativos	Nível de Consciência	Membros Inferiores	Trato Gastrointestinal	Trato Geniturário	Pendências	Pendências	Cuidados Específicos			
1 () 2 () 3 () 4 ()	Temperatura Sem Alterações () Hipotermia () Febre () Horários _____ Pulso Sem Alterações () Bradicardia () Taquicardia () Respiração Sem Alterações () Hipopnéia () Dispnéia () Pressão Arterial Sem Alterações () Hipotensão () Hipertensão () Dor EVA: () 1 () 2 () 3 () 4 Local () Cirúrgica () Outros ()	Cirúrgico: P () M () G () Sangramento () Secreção () Sinais Flogísticos UPP: Local(s) _____ Grau(s) _____	Confuso () Desorientado () Agitado () Torporoso () Sem Alterações ()	Parestia () Parestesia () Sinais Trombose () Sem Alterações ()	Diarreia () Número de Vezes _____ Não se Aplica () Constipação () Número de dias _____ Não se Aplica () Episódios Eméticos () Número de Vezes _____ Não se Aplica ()	Alterações na Diurese () Frequência () Volume () Aspecto () Alterações em Pele e Mucosas: Edemas () Sangramentos () Dor ()	Curativos () Higienização () Preparo para Exames () Preparo para Cirurgias: Sítio Cirúrgico () Jejum () TCLE () Exames () Suspensão de medicação () Administração de medicação () Alimentação: Fornecer () Solicitar ()	Mensuração de drenagens: Diurese () Torácica () Hemovac () Outras () _____ Acesso venoso: Puncionar () Solicitar PVP () Cateterismos: () NE Vesical () Exames: Encaminhar () Solicitar ()	Tração () Contenção () Decúbito () Precaução de contato () Risco de queda () Alergias ()				
1 () 2 () 3 () 4 ()	Temperatura Sem Alterações () Hipotermia () Febre () Horários _____ Pulso Sem Alterações () Bradicardia () Taquicardia () Respiração Sem Alterações () Hipopnéia () Dispnéia () Pressão Arterial Sem Alterações () Hipotensão () Hipertensão () Dor EVA: () 1 () 2 () 3 () 4 Local () Cirúrgica () Outros ()	Cirúrgico: P () M () G () Sangramento () Secreção () Sinais Flogísticos UPP: Local(s) _____ Grau(s) _____	Confuso () Desorientado () Agitado () Torporoso () Sem Alterações ()	Parestia () Parestesia () Sinais Trombose () Sem Alterações ()	Diarreia () Número de Vezes _____ Não se Aplica () Constipação () Número de dias _____ Não se Aplica () Episódios Eméticos () Número de Vezes _____ Não se Aplica ()	Alterações na Diurese () Frequência () Volume () Aspecto () Alterações em Pele e Mucosas: Edemas () Sangramentos () Dor ()	Curativos () Higienização () Preparo para Exames () Preparo para Cirurgias: Sítio Cirúrgico () Jejum () TCLE () Exames () Suspensão de medicação () Administração de medicação () Alimentação: Fornecer () Solicitar ()	Mensuração de drenagens: Diurese () Torácica () Hemovac () Outras () _____ Acesso venoso: Puncionar () Solicitar PVP () Cateterismos: () NE Vesical () Exames: Encaminhar () Solicitar ()	Tração () Contenção () Decúbito () Precaução de contato () Risco de queda () Alergias ()				

MOD. INTO - RASCUNHO (Pág. 1/2)
Criado em 13/03/15

APÊNDICE F – Sistematização da Classificação de Pacientes – Período de julho a novembro de 2014

Nº	Leito	Classificação	42	6026	G-II	84	6055	G-I
1	6001	G-II	43	6027	G-I	85	6055	G-II
2	6001	G-III	44	6028	G-I	86	6056	G-II
3	6002	G-III	45	6028	G-I	87	6056	G-II
4	6002	G-III	46	6028	G-II	88	6057	G-IV
5	6003	G-III	47	6029	G-IV	90	6057	G-III
6	6003	G-II	48	6029	G-II	91	6058	G-III
7	6004	G-II	49	6029	G-II	92	6058	G-II
8	6004	G-III	50	6030	G-IV	93	6059	G-II
9	6005	G-II	51	6031	G-III	94	6059	G-I
10	6005	G-III	52	6031	G-II	95	6060	G-I
11	6006	G-II	53	6031	G-II	96	6060	G-II
12	6006	G-III	54	6032	G-IV	97	6060	G-II
13	6007	G-II	55	6032	G-IV	98	6061	G-II
14	6007	G-III	56	6033	G-III	99	6062	G-III
15	6012	G-I	57	6033	G-IV	100	6062	G-II
16	6012	G-II	58	6033	G-IV	101	6063	G-II
17	6013	G-II	59	6033	G-IV	102	6063	G-II
18	6014	G-II	60	6034	G-IV	103	6064	G-II
19	6014	G-II	61	6034	G-IV	104	6064	G-I
20	6015	G-III	62	6035	G-I	105	6065	G-III
21	6018	G-I	63	6036	G-II	106	6066	G-II
22	6019	G-II	64	6037	G-III	107	6066	G-III
23	6019	G-II	65	6038	G-III	108	6067	G-II
24	6019	G-III	66	6039	G-II	109	6068	G-III
25	6020	G-II	67	6040	G-II	110	6069	G-II
26	6020	G-I	68	6041	G-II	111	6069	G-II
27	6020	G-IV	69	6042	G-III	112	6070	G-II
28	6020	G-III	70	6043	G-III	113	6070	G-I
29	6021	G-III	71	6045	G-II	114	6071	G-I
30	6021	G-IV	72	6045	G-II	115	6071	G-I
31	6022	G-III	73	6046	G-III	116	6072	G-II
32	6022	G-II	74	6047	G-II	117	6072	G-I
33	6022	G-III	75	6048	G-II	118	6072	G-II
34	6023	G-II	76	6049	G-II	119	6073	G-II
35	6023	G-I	77	6051	G-I	120	6073	G-I
36	6024	G-I	78	6051	G-II	121	6073	G-III
37	6024	G-I	79	6052	G-I	122	6074	G-III
38	6024	G-I	80	6053	G-II	123	6074	G-II
39	6025	G-IV	81	6053	G-II	124	6074	G-III
40	6026	G-II	82	6054	G-II	125	6075	G-IV
41	6026	G-I	83	6054	G-II	126	6075	G-II

APÊNDICE F – Sistematização da Classificação de Pacientes – Período de julho a novembro de 2014 (continuação)

127	6075	G-I
128	6076	G-IV
129	6076	G-II
130	6076	G-II
131	6077	G-I
132	6078	G-II
133	6079	G-IV
134	6079	G-II
135	6079	G-III
136	6080	G-II
137	6080	G-II
138	6080	G-II
139	6081	G-II
140	6081	G-I
141	6082	G-II
142	6082	G-III
143	6082	G-III
144	6087	G-II
145	6087	G-I
146	6088	G-III
147	6088	G-III
148	6089	G-II
149	6089	G-I
150	6090	G-III
151	6091	G-III
152	6092	G-II
153	6093	G-II
154	6093	G-III
155	6094	G-III
156	6095	G-III
157	6096	G-I
158	6097	G-II
159	6097	G-II
160	6098	G-II
161	6098	G-II
162	6099	G-III
163	6099	G-III
164	6100	G-III
165	6101	G-II
166	6102	G-III
167	6102	G-III
168	7001	G-I
169	7001	G-III
170	7001	G-I
171	7002	G-II
172	7002	G-II
173	7003	G-I
174	7003	G-II
175	7004	G-I
176	7004	G-II
177	7007	G-III
178	7007	G-III
179	7007	G-III
180	7008	G-II
181	7009	G-III
182	7009	G-I
183	7010	G-I
184	7010	G-II
185	7011	G-II
186	7012	G-I
187	7012	G-II
188	7013	G-II
189	7013	G-I
190	7013	G-I
191	7014	G-I
192	7015	G-II
193	7015	G-I
194	7016	G-I
195	7016	G-II
196	7017	G-II
197	7017	G-III
198	7018	G-III
199	7018	G-I
200	7019	G-III
201	7019	G-I
202	7020	G-II
203	7022	G-III
204	7022	G-II
206	7023	G-III
207	7025	G-II
208	7025	G-I
209	7026	G-III
210	7026	G-II
211	7027	G-III
212	7028	G-III
213	7028	G-II
214	7029	G-II
215	7029	G-II
216	7030	G-III
217	7030	G-I
218	7031	G-II
219	7032	G-IV
220	7032	G-II
221	7033	G-I
222	7034	G-III
223	7035	G-III
224	7036	G-II
225	7038	G-II
226	7039	G-II
227	7040	G-II
228	7041	G-III
229	7050	G-III
230	7051	G-III
231	7068	G-III
232	7069	G-II
233	7070	G-III
234	7071	G-II
235	7071	G-III
236	7071	G-III
237	7072	G-II
238	7072	G-III
239	7072	G-III
240	7073	G-II
241	7073	G-III
242	7073	G-II
243	7074	G-II
244	7074	G-III
245	7074	G-II
246	7075	G-I
247	7075	G-I
248	7075	G-II
249	7076	G-III
250	7076	G-I
251	7076	G-III
252	7077	G-I
253	7077	G-II
254	7078	G-III
255	7079	G-II
256	7079	G-III
257	7080	G-IV
258	7080	G-III
259	7081	G-II
260	7081	G-III
261	7082	G-III
262	7082	G-IV

APÊNDICE F – Sistematização da Classificação de Pacientes – Período de julho a novembro de 2014 (continuação)

263	7083	G-II	308	8031	G-I	353	8044	G-IV
264	7084	G-II	309	8031	G-II	354	8044	G-II
265	7084	G-II	310	8031	G-II	355	8044	G-III
266	7085	G-III	311	8032	G-II	356	8045	G-IV
267	7085	G-IV	312	8032	G-II	357	8045	G-II
268	7086	G-II	313	8033	G-I	358	8045	G-III
269	7087	G-II	314	8033	G-II	359	8046	G-I
270	7088	G-III	315	8033	G-II	360	8046	G-II
271	7089	G-I	316	8033	G-II	361	8047	G-I
272	7090	G-III	317	8033	G-II	362	8047	G-I
273	7091	G-II	318	8033	G-II	363	8047	G-I
274	7092	G-II	319	8034	G-II	364	8047	G-II
275	7093	G-I	320	8034	G-I	365	8048	G-I
276	7094	G-I	321	8035	G-I	366	8048	G-II
277	7095	G-I	322	8036	G-I	367	8049	G-II
278	7096	G-II	323	8036	G-II	368	8050	G-II
279	7097	G-II	324	8036	G-II	369	8050	G-I
280	7098	G-II	325	8036	G-I	370	8050	G-II
281	7098	G-II	326	8036	G-I	371	8050	G-II
282	7099	G-II	327	8037	G-II	372	8051	G-I
283	7100	G-II	328	8037	G-IV	373	8051	G-I
284	8024	G-II	329	8037	G-I	374	8051	G-II
285	8024	G-II	330	8037	G-II			
286	8024	G-II	331	8037	G-II			
287	8024	G-III	332	8038	G-II			
288	8025	G-II	333	8038	G-I			
289	8025	G-III	334	8038	G-III			
290	8025	G-III	335	8039	G-I			
291	8026	G-I	336	8039	G-III			
292	8026	G-I	337	8039	G-II			
293	8026	G-II	338	8039	G-III			
294	8026	G-I	339	8040	G-II			
295	8027	G-III	340	8040	G-II			
296	8027	G-II	341	8040	G-I			
297	8027	G-I	342	8040	G-II			
298	8027	G-III	343	8041	G-I			
299	8028	G-II	344	8041	G-I			
300	8028	G-II	345	8041	G-II			
301	8029	G-II	346	8042	G-I			
302	8029	G-III	347	8042	G-I			
303	8029	G-III	348	8042	G-II			
304	8030	G-I	349	8042	G-II			
305	8030	G-III	350	8043	G-I			
306	8030	G-III	351	8043	G-II			
307	8030	G-I	352	8044	G-III			

ANEXO 1 – Formulário de Passagem de Plantão



PASSAGEM DE PLANTÃO ENFERMEIRO (A):

AUXILIARES:

DATA:

Nome + Leito	Crurgia	Pulseira	Acesso venoso	Mobilidade	Medicação	Dor	Dieta	Diurese	Evacuação	Curativo	Drenos	Presc.	Observações
		☐ branca ☐ azul ☐ verm.		☐ livre ☐ mul./and. ☐ restrito	Antibiótico Eritropoetina			☐ espontânea ☐ CVD ☐ CVA Vol:			Tipo Vol	☐ Med. ☐ Enf. ☐ Evol.	
		☐ branca ☐ azul ☐ verm.	Data:	☐ cadeira ☐ livre ☐ mul./and. ☐ restrito	Antibiótico Eritropoetina			☐ espontânea ☐ CVD ☐ CVA Vol:			Tipo Vol	☐ Med. ☐ Enf. ☐ Evol.	
		☐ branca ☐ azul ☐ verm.	Data:	☐ cadeira ☐ livre ☐ mul./and. ☐ restrito	Antibiótico Eritropoetina			☐ espontânea ☐ CVD ☐ CVA Vol:			Tipo Vol	☐ Med. ☐ Enf. ☐ Evol.	
		☐ branca ☐ azul ☐ verm.	Data:	☐ cadeira ☐ livre ☐ mul./and. ☐ restrito	Antibiótico Eritropoetina			☐ espontânea ☐ CVD ☐ CVA Vol:			Tipo Vol	☐ Med. ☐ Enf. ☐ Evol.	
		☐ branca ☐ azul ☐ verm.	Data:	☐ cadeira ☐ livre ☐ mul./and. ☐ restrito	Antibiótico Eritropoetina			☐ espontânea ☐ CVD ☐ CVA Vol:			Tipo Vol	☐ Med. ☐ Enf. ☐ Evol.	
		☐ branca ☐ azul ☐ verm.	Data:	☐ cadeira ☐ livre ☐ mul./and. ☐ restrito	Antibiótico Eritropoetina			☐ espontânea ☐ CVD ☐ CVA Vol:			Tipo Vol	☐ Med. ☐ Enf. ☐ Evol.	
		☐ branca ☐ azul ☐ verm.	Data:	☐ cadeira ☐ livre ☐ mul./and. ☐ restrito	Antibiótico Eritropoetina			☐ espontânea ☐ CVD ☐ CVA Vol:			Tipo Vol	☐ Med. ☐ Enf. ☐ Evol.	

ANEXO 2 – Escala de Gradação de Complexidade Assistencial, FUGULIN (1994)

ÁREA DE CUIDADO	GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL			
	4	3	2	1
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação no tempo e no espaço	Orientação no tempo e no espaço
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador)	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas	Controle de rotina (8 horas)
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer Segmento corporal Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem	Dificuldade para movimentar segmentos corporais Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante
Alimentação	Através de cateter central	Através de sonda nasogástrica	Por boca com auxílio	Auto-suficiente
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral	Auto-suficiente
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Auto-suficiente
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA	EV contínua ou através de sonda nasogástrica	EV intermitente	IM ou VO