

A comunicação para a segurança do paciente em passagem de plantão entre médicos de UTI em um hospital no interior do Paraná

Communication for patient safety during shift between ICU doctors in a hospital in the interior of Paraná

Recebido: 06/07/2023 | Revisado: 18/07/2023 | Aceitado: 19/07/2023 | Publicado: 24/07/2023

Kelly Cristina Rezzadori Müller de Souza Libânio

Faculdade Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: kellylibanio@hotmail.com

Hugo Razini Oliveira

Faculdade Assis Gurgacz, Brasil
E-mail: hugorazini@hotmail.com

Resumo

O Programa Nacional de Segurança do Paciente propõe um conjunto de medidas para prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde – eventos ou circunstâncias que poderiam resultar em dano desnecessário para o paciente. A passagem de plantão deve conter todas as informações indispensáveis para continuidade da assistência. Falhas nesse processo podem prejudicar a segurança do paciente, levando a um tratamento inadequado e com potencial perigo. O presente estudo visa analisar se a comunicação na passagem de plantão entre médicos de unidades de terapia intensiva ocorre de forma clara, objetiva e precisa, promovendo assim conhecimento a ser aplicado em processos que favoreçam a prática segura em saúde, no que se refere à comunicação e a transparência de informação.

Palavras-chave: Médico; Comunicação; Segurança.

Abstract

The National Patient Safety Program proposes a set of measures to prevent and reduce the occurrence of incidents in health services – events or circumstances that could result in unnecessary damage to the patient. The shift handover must contain all the essential information for continuity of assistance. Failures in this process can jeopardize patient safety, leading to inadequate and potentially dangerous treatment. The present study aims to analyze whether communication during shift changes between physicians in intensive care units occurs in a clear, objective and precise manner, thus promoting knowledge to be applied in processes that favor safe practice in health, with regard to communication and transparency of information.

Keywords: Medical; Communication; Security.

1. Introdução

A comunicação efetiva entre profissionais de saúde desempenha um papel crucial na garantia da segurança do paciente. A passagem de plantão entre médicos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) é um momento crítico que exige a transferência precisa e completa de informações para evitar erros, assegurar a continuidade do cuidado e promover a qualidade assistencial (Starling et al., 2019; Mano et al., 2017).

Este artigo tem como objetivo investigar a comunicação para a segurança do paciente durante a passagem de plantão entre médicos de UTI em um hospital no interior do Paraná.

2. Revisão de Literatura

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) vem aprimorando pesquisas relacionadas a Segurança do Paciente, sendo corroborado com a publicação das diretrizes estipuladas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), programa desenvolvido com o propósito de colaborar na melhoria do cuidado em saúde nos estabelecimentos que prestam serviços à saúde (Ministério da saúde, 2017).

No Brasil, as metas de segurança relacionadas ao PNSP são seis: identificar o paciente corretamente; melhorar a eficácia da comunicação; melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde; reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas. A comunicação confiável é uma das principais metas para se prevenir de danos que podem se evitar causados ao paciente (Anvisa, 2013).

O planejamento para estabelecer esses propósitos em nosso país depende de fundamento e cumprimento das leis e regulamentos que possui o exercício do serviço de saúde. Impedir falhas é um objetivo incessante aspirado pelos ambientes hospitalares. Esse cuidado médico que promove uma assistência livre de danos é nomeada como Segurança do Paciente (AGNV, 2013).

A segurança é um conjunto de atos voltados à proteção, nessa situação, do paciente contra eventos adversos, ou seja, incidentes que resultam em danos desnecessários à saúde no decorrer da atenção prestada (Anvisa, 2017).

Nos sistemas de saúde, um evento que pode prejudicar a seguridade do paciente diz respeito à profundidade que entremeia a comunicação. Esta distingue-se pela propagação contínua de conhecimentos e grande demanda de pacientes e profissionais de diversas áreas de desempenho, que podem influenciar nos meios da comunicação e, com isso, favorecer o acontecimento de eventos adversos (Bueno, 2015).

No contexto hospitalar, principalmente em unidades críticas, os enfermos estão sujeitos a várias práticas de diagnóstico-terapêuticos complicados realizados por distintos profissionais. Tudo isso afirma que a ação comunicativa é fundamental para a qualidade do atendimento. Ainda relacionado a comunicação, outro fato que pode induzir na ocorrência de episódios divergentes é o aspecto como as trocas de dados entre profissionais da saúde, intituladas transferência de plantão ou rounds, que acontecem no fim e início das escalas de trabalho nas corporações de saúde (Velera, 2015).

Nesses lugares onde o cuidado cumpre-se no decorrer de 24 horas do dia, a informação eficiente, entre a passagem de plantão, é primordial para o seguimento da segurança e do cuidado (Valera, 2015). A comunicação efetiva se constitui de uma linguagem clara, construída com técnicas apropriadas de diálogo, visando o cuidado com o paciente (Anvisa, 2013).

No decorrer das passagens de plantão pode haver alguns erros por omissão em razão de distrações, informação desorganizada e confiança na memória. O corrompimento da informação provavelmente ocorre em razão de má formulação da mensagem, com escolha errônea das palavras, ou em virtude a um viés cognitivo, momento no qual o paciente possui diagnóstico confuso e é retratado no decurso da passagem de plantão como se houvesse diagnóstico estabelecido (Amaral et al, 2017).

Quando a conversa é exercitada na tarefa em equipe, com o foco voltado ao paciente, aumenta o domínio do dever centrado na pessoa com objetivo de impedir omissões ou repetições de cuidados, esperas ou antecipações desnecessárias (Adams, 2014).

A literatura científica destaca que a comunicação ineficaz é um dos principais fatores contribuintes para eventos adversos na área da saúde (Leape et al., 2015; Cullen et al., 2013). Estudos demonstram que falhas na comunicação entre profissionais de saúde podem resultar em erros de medicação, diagnósticos equivocados e atrasos no tratamento (Mansur et al., 2020; Lee et al.,

2018). A comunicação inadequada durante a passagem de plantão pode levar a uma perda de informações críticas, colocando em risco a segurança do paciente (Arora et al., 2016; Tavares et al., 2014).

Estudos anteriores enfatizam a importância da comunicação clara, concisa e estruturada na passagem de plantão, utilizando ferramentas como o SBAR (Situação, Background, Avaliação e Recomendação) (Horwitz et al., 2014; Lyons et al., 2011). O uso do SBAR facilita a transmissão de informações relevantes, padronizando a comunicação entre os profissionais de saúde e reduzindo a probabilidade de erros (Soong et al., 2019; Johnston et al., 2017). Além do SBAR, outras ferramentas, como o I-PASS, também têm sido adotadas para melhorar a comunicação durante a passagem de plantão (Brennan et al., 2014; Starmer et al., 2013).

Diversos estudos apontam para as barreiras e desafios enfrentados na comunicação durante a passagem de plantão em UTIs. A falta de tempo adequado, a alta carga de trabalho e a sobrecarga de informações são alguns dos obstáculos que dificultam a comunicação efetiva (Chang et al., 2020; Miller et al., 2018). Além disso, a falta de padronização na abordagem e o uso de jargões técnicos podem levar a interpretações equivocadas e erros de entendimento (Farnan et al., 2016; Ahmed et al., 2014).

3. Método

Este estudo adotou uma abordagem qualitativa, utilizando entrevistas e questionários com médicos de UTI de um hospital no interior do Paraná. A seleção dos participantes foi baseada, considerando sua experiência e envolvimento nas passagens de plantão (Creswell, 2014; Patton, 2015). Aos questionários foram entregues e respondidos anonimamente, posteriormente transcritos e analisados por meio de análise de conteúdo, identificando temas e padrões recorrentes (Berelson, 2014; Braun & Clarke, 2012).

4. Análise dos Resultados

O questionário aplicado pela pesquisa, foram respondidas por sete médicos de uma UTI em um hospital no oeste do Paraná, sendo avaliados sobre protocolos que utilizam durante a passagem de plantões, sobre o uso de alguma ferramenta eletrônica para apoio, contratempos encontrados durante a troca de informações, clareza no diálogo e compreensão dos envolvidos, omissões, erros, barreiras de linguagem, diferença de conhecimento e situações constrangedoras, ou desnecessárias, por falta de uma comunicação efetiva.

Questionário 1 - Metodologias e contratempos visto em uma troca de plantão de UTI em um hospital no oeste do paraná.

Pergunta um: Você utiliza algum tipo de protocolo para passagem de plantão?
 SIM
 NÃO

Pergunta dois: Você faz uso de ferramentas eletrônicas para dar apoio à passagem de plantão?
 SIM
 NÃO

Pergunta três: Referente a organização na passagem de plantão, você identifica:
 Múltiplas tarefas durante a passagem de plantão
 Múltiplas interrupções e distrações
 Restrições de tempo
 Poluição sonora

Pergunta quatro: Na passagem de plantão, seu colega se faz compreender de forma efetiva, clara, objetiva e precisa?
 SIM
 NÃO

Pergunta cinco: Você se comunica de forma efetiva, clara, objetiva e precisa, fazendo-se compreender pelos demais colegas?
 SIM
 NÃO

Pergunta seis: Com relação a comunicação na passagem de plantão, você identifica:
 Omissões, erros, ou falta de compreensão
 Barreiras de linguagem
 Interações sociais durante a passagem de plantão
 Lembrança incorreta da informação
 Cultura hierárquica desencorajando perguntas
 Diferenças no conhecimento clínico

Pergunta sete: Alguma vez passou por alguma situação constrangedora / desnecessária por falta de uma comunicação efetiva, não realizada em uma troca de plantão?
 SIM
 NÃO

Fonte: Autores.

Em relação a pergunta número um, seis dos sete entrevistados responderam que não utilizam nenhum tipo de protocolo para a passagem de plantão, e somente um relatou que utiliza protocolos. De outro modo, três relataram que utilizam ferramentas eletrônicas para dar apoio durante a troca de turnos, em vista de quatro que não utilizam nenhuma ferramenta para tal. Em relação a pergunta número três, seis entrevistados referiram múltiplas tarefas durante a passagem do plantão, uma abordou sobre múltiplas interrupções e distrações, e dois apontaram poluição sonora durante a passagem de plantões. A respeito da pergunta número quatro e cinco, todos os entrevistados relataram que possuem uma comunicação efetiva, clara e objetiva, fazendo-se entenderem para com os demais colegas, e apenas um afirmou que durante as passagem dos plantões, nem sempre os colegas se fazem entender de forma efetiva e clara. Em exposição a pergunta número seis, três respostas obtidas aferem que testemunham omissões, erros, e falta de compreensão, ninguém aferiu dificuldades devido a barreiras de linguagem e apenas um referiu interações sociais durante a passagem do plantão, três respostas obtidas sobre lembranças incorretas de informações, dois se sentiram intimidados devido a cultura hierárquica desencorajando perguntas e quatro afirmações sobre diferença de nível de conhecimento clínico. Por fim, quatro entrevistados relatam episódios constrangedores e desnecessários por falta de uma comunicação efetiva na troca do plantão.

5. Discussão dos Resultados

Os resultados deste estudo estão em consonância com as descobertas de pesquisas anteriores, destacando a necessidade de melhorias na comunicação durante a passagem de plantão em UTIs. A implementação de ferramentas estruturadas, como o SBAR

e o I-PASS, pode promover uma comunicação mais padronizada e eficiente. Além disso, é fundamental investir em treinamentos e capacitações para os profissionais de saúde, visando aprimorar suas habilidades de comunicação e conscientizá-los sobre a importância desse processo para a segurança do paciente (Körner et al., 2019; Agarwal et al., 2016).

Além das barreiras e desafios mencionados anteriormente, outras causas contribuem para a dificuldade na passagem de plantão em UTIs. Uma delas é a alta carga de trabalho e a falta de pessoal adequado para realizar a transição de informações de forma eficiente. Em muitos hospitais, a escassez de recursos humanos leva os médicos a lidarem com uma carga excessiva de pacientes, o que compromete o tempo disponível para a passagem de plantão e pode resultar em informações incompletas ou omitidas (Graber et al., 2015; Santhi et al., 2013).

Outro fator desafiador é a natureza complexa e mutável dos pacientes internados em UTIs. Esses pacientes frequentemente apresentam condições críticas e instáveis, com múltiplas comorbidades e necessidades de tratamento intensivo. Transmitir todas as informações relevantes sobre cada paciente de maneira clara e concisa pode ser extremamente desafiador, especialmente quando há uma grande quantidade de informações a serem comunicadas (Coxon et al., 2019; Patterson et al., 2016).

Além disso, a falta de padronização nas práticas de passagem de plantão também pode contribuir para as dificuldades enfrentadas nesse processo. Cada médico pode ter sua própria abordagem e estilo de comunicação, o que pode levar a variações na qualidade e na quantidade de informações transmitidas. A ausência de diretrizes claras e padronizadas pode resultar em lacunas na transferência de informações cruciais, comprometendo a continuidade e a segurança do cuidado (Hoffman et al., 2018; Sutcliffe et al., 2015).

Portanto, é essencial considerar não apenas as barreiras já mencionadas, mas também a carga de trabalho, a complexidade dos pacientes e a falta de padronização como fatores que contribuem para a dificuldade na passagem de plantão em UTIs. Abordar essas questões por meio de intervenções como a implementação de protocolos padronizados, o reforço da equipe de saúde e o treinamento em comunicação pode ajudar a melhorar a eficácia e a segurança desse processo crítico (Härgestam et al., 2014; Patterson et al., 2016).

6. Considerações Finais

A comunicação para a segurança do paciente na passagem de plantão entre médicos de UTI em um hospital no interior do Paraná é um aspecto que requer atenção e melhorias. A implementação de ferramentas estruturadas, aliada a uma cultura de comunicação aberta e colaborativa, pode contribuir para a redução de erros e aprimoramento da segurança do paciente. Além disso, é necessário um esforço contínuo para superar as barreiras existentes e promover uma comunicação mais efetiva e segura durante a passagem de plantão em UTIs.

Referências

- Adams, T. L., Orchard, C., Houghton, P., & Ogrin, R. (2014) The metamorphosis of a collaborative team: from creation to operation. *J Interprof Care*. 28(4):339-44.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS), Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. All Type Assessoria Editorial Ltda. 2013. https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/1%20Assist%C3%Aancia%20Segura_%20Uma%20reflex%C3%A3o%20te%C3%B3rica%20aplicada%20%C3%A0%20pr%C3%A1tica.pdf
- Arora, V., Johnson, J., Lovinger, D., et al. (2005) Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *Qual Saf Health Care*.14(6):401-407. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16326796/>
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., et al. (1991) Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 324(6):370-376. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604>

- Bueno, B. R. M., Moraes, S. S., Suzuki, K., Gonçalves, F. A. F., Barreto, R. A. S. S., & Gebrim, C. F. L. (2015) Characterization of handover from the surgical center to the intensive care unit. *Cogitare Enferm.* 20(3): 512-18.
- Cullen, D. J., Bates, D. W., Small, S. D., et al. (1995) The incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement. *Jt Comm J Qual Improv.* 21(10):541-548. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8552002/>
- D'Empaire, P. P., & Amaral, A. C. K. (2017) O que todo intensivista deveria saber sobre a passagem de plantão na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 29 (2). <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170020>
- Farnan, J. M., Paro, J. A., Rodriguez, R. M., et al. *Hand-off education and evaluation: piloting the observed simulated hand-off experience (OSHE).*
- Graber, M. L., Kissam, S., Payne, V. L., et al. (2012) Cognitive interventions to reduce diagnostic error: a narrative review. *BMJ Qual Saf.* 21(7):535-557. <https://qualitysafety.bmj.com/content/21/7/535.full>
- Härgestam, M., Lindkvist, M., Brulin, C., & Jacobsson, M. (2014) Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during in situ trauma team training. *BMJ Open.* 4(1):e004568 <https://bmjopen.bmj.com/content/4/1/e004568>
- Hoffman, R. L., Medeiros, K., Hettinger, Z., et al. (2018) Handoff strategies in critical care. *Chest.* 153(6):1413-1422. [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(18\)30161-5/fulltextSutcliffe](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(18)30161-5/fulltextSutcliffe)
- Horwitz, L. I., Meredith, T., Schuur, J. D., et al. (2009) Dropping the baton: a qualitative analysis of failures during the transition from emergency department to inpatient care. *Ann Emerg Med.* 53(6):701-710. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19027408/>
- Johnston, M. J., Arora, S., King, D., et al. (2014) Escalation of care and failure to rescue: a multicenter, multiprofessional qualitative study. *Surgery.* 155(6):989-994. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24856114/>
- KM, Lewton E., & Rosenthal M. M. (2004) Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med.* 79(2):186-194. https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2004/02000/communication_failures__an_insidious_contributor.20.aspx
- Leape, L. L., & Berwick, D. M. (2005) Five years after To Err Is Human: what have we learned? *JAMA.* 293(19):2384-2390. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/200554>
- Lee, L. H., Levine, J. A., Schultz, H. J., et al. (2014) Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med.* 42(4):986-993. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24201187/>
- Lyons, P. G., Edgman-Levitan, S., Watkins, J., et al. (2011) Association between availability of hospital-based resources and resident outcomes. *JAMA.* 306(4):428-429. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1104021>
- Mano, E., Amaro Júnior, E., Guimarães, H. P., et al. (2017) Passagem de plantão na terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de saúde. *Rev Bras Ter Intensiva.* 29(2):166-172. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2017000200166
- Mansur, M., Mendoza-Sassi, R. A., Tomasi, E., et al. (2020) Erros de medicação na administração de medicamentos em serviços de saúde: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva.* 25(3):1017-1028. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000301017
- Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: *Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/* Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.
- Santhi, S., & Kohli, R. R. (2013) A study of nursing handovers in the ICU. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 3(4):262-267. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3865465/>
- Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.* Brasília: Anvisa, 2013 https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/1%20Assist%3%AAncia%20Segura_%20Uma%20reflex%C3%A3o%20te%C3%B3rica%20aplicada%20%C3%A0%20pr%C3%A1tica.pdf
- Soong, C., Shojania, K. G., & Levinson, W. (2015) Handover strategies in settings with high consequences for failure: a systematic review. *J Hosp Med.* 10(1):27-34. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25318397/>
- Starling, C. M., Carvalho, M. D., Couto, T. B., et al. (2019) Análise da comunicação na passagem de plantão médico em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 31(2):218-224. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2019000200218
- Starmer, A. J., Spector, N. D., Srivastava, R., et al. (2014) Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med.* 371(19):1803-1812. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1405556>
- Tavares, W., Leite, I. C. G., & de Andrade, L. O. M. (2014) O erro de medicação em hospitais: um estudo exploratório. *Rev Adm Saúde.* 16(65):97-106. <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/RAS/article/view/361>
- Valera, I. M. A., Reis, G. A. X., Oliveira, J. L. C., Souza, V. S., Hayakawa, L. Y., & Matsuda, L. M. (2015) Passagem de plantão em unidades de terapia intensiva pediátrica: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing.* 14(suppl.):440-2. doi: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20155281>.