

Comunicação na transferência de cuidados para realização de exames de imagem na ótica da enfermagem

Communication in the transfer of care for imaging exams from a nursing perspective

Comunicación en la transferencia de cuidados para exámenes por imágenes desde la perspectiva de enfermería

Francisco, Amanda Ferreira;¹ Santos, Bruna Maiara Passos dos;² de Jesus, Paula Carolina;³ Souza, Luccas Melo⁴

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção de profissionais de enfermagem sobre a comunicação entre equipes na transferência de cuidados de pacientes para a realização de exames de imagem. **Método:** pesquisa exploratório-descritiva, qualitativa, realizada com 43 profissionais de enfermagem de um complexo hospitalar de Porto Alegre, entre junho e agosto de 2021. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada e utilizou-se Análise de Conteúdo de Minayo. **Resultados:** emergiram três temas: como ocorre o processo de comunicação para a transferência do paciente internado ao setor de exames; as potencialidades e fragilidades deste processo e ferramentas para qualificar a comunicação. O enfermeiro atua como articulador da comunicação, que ora ocorre utilizando ferramentas e com etapas verbais/telefônicas. O sistema de notas de transferência, a dupla checagem e o *readback* possuem falhas, por não serem oficializados nem específicos. **Conclusões:** os profissionais consideram a comunicação verbal como a maior fragilidade e sugerem ferramentas formais para torná-la efetiva.

Descritores: Comunicação em saúde; Enfermagem; Diagnóstico por imagem; Cuidado transicional; Segurança do paciente

ABSTRACT

Objective: to analyze the perception of nursing professionals regarding communication between teams in the transfer of patient care for imaging examinations. **Method:** exploratory-descriptive research, qualitative, conducted with 43 nursing professionals from a hospital complex in Porto Alegre, between June and August 2021. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using Minayo's Content Analysis. **Results:** three themes emerged: how the communication process occurs for the transfer of the hospitalized patient to the examination department; the strengths and weaknesses of this process; and tools to enhance communication. The nurse acts as a communication facilitator, sometimes using tools and verbal/phone methods. The transfer note system, double-checking, and read-back have flaws because they are not formalized nor specific. **Conclusions:** professionals consider verbal communication the major weakness and suggest formal tools to make it more effective.

Descriptors: Health communication; Nursing; Diagnostic imaging; Transitional care; Patient safety

¹ Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (SCMPOA). Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS). Brasil (BR). E-mail: ffrancisco.amanda@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6152-9766>

² Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS). Brasil (BR). E-mail: bruna.m.passossantos@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1128-4251>

³ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS). Brasil (BR). E-mail: paula.jesus@ufcspa.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5849-6529>

⁴ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS). Brasil (BR). E-mail: luccasms@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1629-9935>

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción de profesionales de enfermería sobre la comunicación entre equipos al momento de transferir la atención al paciente para la realización de exámenes de imagen. **Método:** investigación realizada con 43 profesionales de enfermería de un complejo hospitalario de Porto Alegre, entre junio y agosto de 2021. Entrevistas semiestructuradas ocurrieron y se utilizó el análisis de contenido. **Resultados:** surgieron tres temas: cómo ocurre el proceso de comunicación para la transferencia del paciente hospitalizado al departamento de exámenes; las potencialidades y debilidades de este proceso y las herramientas para cualificar la comunicación. El enfermero actúa como articulador de la comunicación, que en ocasiones ocurre mediante herramientas y pasos verbales/telefónicos. El sistema de notas de transferencia, la doble verificación y la relectura tienen fallas, pues no son oficiales ni específicos. **Conclusiones:** los profesionales consideran la comunicación verbal como la mayor debilidad y sugieren herramientas formales para hacerla efectiva.

Descriptor: Comunicación en salud; Enfermería; Diagnóstico por imagen; Cuidado de transición; Seguridad del paciente

INTRODUÇÃO

A comunicação efetiva diz respeito às informações compartilhadas acerca do cuidado prestado ao paciente e envolve os diversos profissionais de saúde do contexto hospitalar. A forma como ocorre a comunicação entre os profissionais é fundamental para garantir cuidado em saúde com segurança. Nesse cenário, a falha na comunicação entre a equipe multiprofissional é um dos principais fatores que acarretam erros de profissionais, Eventos Adversos (EAs) e, conseqüentemente, prejuízos ao processo de assistência pela redução da qualidade do cuidado prestado.¹⁻³

Os profissionais de enfermagem são responsáveis por grande parte das ações de cuidado nos diferentes cenários assistenciais. Encontram-se, portanto, em posições privilegiadas para reduzir os erros decorrentes da comunicação, além de detectar as complicações precocemente e realizar ações para minimizar os danos. Dentre os processos de comunicação, a transição de cuidados tem potencial de falha e de ocorrência de EAs, como na troca de plantão entre equipes e nas transferências de pacientes entre unidades e para as áreas de apoio, como o Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI).⁴ Estudo quantitativo, que investigou 263 causas de EAs em um hospital universitário, apontou que em 66,5%, a causa raiz predominante foi a falha profissional, sobretudo no processo de comunicação nas transições do cuidado.⁵

Os momentos que possuem maior risco de falha na comunicação são os casos de transmissão de informações por telefonemas ou relatos verbais diretamente entre profissionais, de orientações verbais em emergências ou urgências e de aviso de dados alarmantes laboratoriais por via telefônica. Ainda, também ocorrem na falha de preenchimento de formulários e de notas de transferência de pacientes e nas transferências de pacientes entre setores, sobretudo nos serviços de apoio diagnóstico, como o CDI.⁶

A transferência de pacientes entre setores denomina-se *Handoff* e compreende, pelo menos, três características: a transferência da informação, da responsabilidade e da autoridade. Consiste na transmissão de informações relevantes para a continuidade do cuidado ao paciente, devendo conter informações como o estado de saúde atual, as recentes mudanças ocorridas e o tratamento em curso.⁷⁻⁸

A transferência de responsabilidade de cuidado do paciente, como para realização de exames em CDIs, implica na delegação de responsabilidade dos cuidados do paciente entre os diversos profissionais de saúde envolvidos. Durante essa ação, as falhas na comunicação podem resultar em mobilização inadequada de recursos e de pessoal e erros de exame, bem como na alteração da qualidade da assistência prestada ao

paciente. Podem, também, interferir na adesão do paciente ao regime terapêutico e na continuidade do cuidado com qualidade, além de oferecer riscos para a saúde do paciente.

A transferência de cuidados, portanto, tem sido apontada como vulnerável e sujeita a erros na comunicação.⁹ No entanto, mesmo sendo importante e com risco, há escassez de publicações científicas envolvendo os temas comunicação, transição de cuidados e, especialmente, CDI. Salienta-se a orientação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) sobre a necessidade de pesquisas relacionadas às metas de segurança do paciente.¹⁰

O presente estudo foi norteado pelas seguintes questões de pesquisa: como profissionais de enfermagem percebem a comunicação no processo de transferência de cuidado do paciente para a realização de exame de imagem? O que percebem como fragilidades e potencialidades na comunicação entre as equipes? Assim, tem como objetivo analisar a percepção de profissionais de enfermagem sobre a comunicação entre equipes na transferência de cuidados de pacientes para a realização de exames de imagem. Neste estudo, trabalhou-se o conceito de percepção de forma mais simples/coloquial (e não filosófica), considerando-o como o ato de perceber/apreender/compreender ou de tomar consciência, por meio dos sentidos, de algo a ser analisado.¹¹

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, estruturado e conduzido seguindo o guideline *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ).¹² Foi realizado em três hospitais pertencentes a um complexo hospitalar localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. As entrevistas foram realizadas em dois CDIs (um geral e outro especializado em oncologia) e em cinco unidades de internação (UI), sendo duas especializadas em oncologia e três unidades de cuidados gerais. Todos os hospitais são de alta complexidade. As UIs foram escolhidas intencionalmente por

serem as que mais demandam pacientes para os dois CDIs.

Os participantes foram profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) das cinco UIs e dos dois CDIs, de todos os turnos, selecionados intencionalmente a partir de convite com abordagem pessoal e do livre interesse e disponibilidade em participar, totalizando 43 participantes (26 técnicos de enfermagem e 17 enfermeiros) de uma população de 209 profissionais de enfermagem das cinco UIs e dois CDIs. Adotaram-se os seguintes critérios: como inclusão, ter passado pelo contrato de experiência e como exclusão, estar em situação de afastamento do trabalho (licença saúde, licença maternidade, acidente de trabalho etc.) durante a realização do estudo.

O contato surgiu a partir da abordagem às enfermeiras responsáveis pelos setores, que forneceram os nomes dos colaboradores. Esses foram contatados individualmente no local de trabalho e convidados para participar da pesquisa. Os pesquisadores apresentaram-se aos participantes, reforçando o critério acadêmico do estudo e que a participação não influenciaria na sua avaliação laboral. Houve oito negativas em participar da pesquisa, decorrentes da alta demanda de trabalho. Não houve desistências. As entrevistas foram finalizadas considerando o critério de saturação dos dados, ou seja, quando novos elementos não eram mais identificados nas entrevistas.

A coleta das informações ocorreu no período entre junho e agosto de 2021, com entrevistas durante o turno de trabalho do participante, em locais diferenciados dos setores, em espaço reservado para evitar interrupções e manter a individualidade/privacidade dos participantes. O horário para realização da entrevista (individual) foi escolhido pelo participante, conforme disponibilidade nas suas atividades laborais.

Foi empregada a técnica da entrevista semiestruturada, realizada mediante guia pré-elaborado, contendo questões que abordavam a comunicação para a segurança do paciente no processo de transferência de cuidado para a

realização de exames de imagem. Foram conduzidas pelos membros da pesquisa (três graduandas do curso de enfermagem bolsistas de iniciação científica e um doutor em enfermagem), previamente capacitados. O tempo médio de cada entrevista foi de cerca de 7 minutos. Elas foram gravadas em dispositivo de áudio digital e posteriormente, transcritas na íntegra em software editor de texto, no formato *.docx e organizadas sequencialmente. As falas foram ajustadas do ponto de vista ortográfico e gramatical para facilitar a compreensão do leitor, mas sem alterar o sentido do conteúdo. Para realização da análise de dados, foi empregada a análise de conteúdo do tipo temática proposta por Minayo.¹³ Não se buscou, na análise, tecer comparações entre as unidades/serviços, visto que se entende a comunicação como bidirecional e que deve ser institucionalmente padronizada.

Os preceitos éticos foram respeitados, levando em consideração as determinações nacionais para pesquisas com seres humanos. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (parecer 4.838.126) e, também, pelo Comitê de Ética e Pesquisa do local de estudo (parecer 4.634.786), ambos sobre o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 41166620.1.0000.5345.

Para manter o anonimato dos participantes, o nome foi substituído por siglas que identificam a categoria profissional (Enfermeiros = E; Técnicos de Enfermagem = T), seguido de numeração sequencial conforme a realização das entrevistas e do local (CDI ou hospital). Os hospitais foram diferenciados em hospital geral (HG) e hospital especializado (HE). Exemplo: E1-HG; T1-CDI-HG; E1-CDI-HE; T1-HE. Em virtude da repetição de algumas falas entre os participantes de diferentes unidades e considerando as normas editoriais sobre limite textual, selecionaram-se as falas mais abrangentes/completas sobre determinado tema, não se repetindo dizeres de percepções semelhantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade dos participantes variou de 22 a 57 anos (média de 37 anos), sendo 26 técnicos de enfermagem e 17 enfermeiros, 39 (90%) mulheres, com tempo médio de 7,8 anos na profissão (variando entre 1 e 25 anos) e média de 3,8 anos no setor em que estava trabalhando (mínimo 1 mês e máximo 21 anos).

No hospital oncológico, participaram do estudo 16 profissionais de enfermagem, sendo 11 técnicos de enfermagem (9 das UIs e 2 do CDI) e 5 enfermeiros (4 das UIs e 1 do CDI). No hospital geral, participaram do estudo 19 profissionais de enfermagem, destes, 10 eram técnicos de enfermagem e 9 enfermeiros, todos das UIs. No CDI geral, participaram do estudo 8 profissionais, sendo 5 técnicos de enfermagem e 3 enfermeiros.

Após análise das entrevistas, emergiram três categorias temáticas em consonância com os objetivos deste estudo: como ocorre a comunicação; potencialidades e fragilidades para a comunicação efetiva; e ferramentas para qualificar a comunicação. Essas categorias foram derivadas dos dados coletados (pós coleta).

Como ocorre a comunicação

Os profissionais relataram aos pesquisadores como ocorria o processo de comunicação quando um paciente da unidade de internação necessitava realizar exame de imagem no CDI.

A gente recebe o pedido [via sistema] e confere se é com contraste e se é com anestesia. A gente liga para a internação, pergunta se o paciente é lúcido, orientado e se ele tem condições de responder a entrevista. Porque na tomografia é uma pesquisa de alergias e na ressonância é uma entrevista de metais no corpo. Checamos se o paciente é lúcido, orientado, comunicativo e, se não for, a gente tem que chamar o familiar para assinar os termos. Na hora do exame, a gente retorna a ligação para o andar e avisa quando vai ser o exame. Se for uma emergência, a gente já pede para

descer na hora, depois dos papéis assinados. Se os papéis não estiverem assinados, a gente pede para o médico assinar o termo de dispensa. (E1-CDI-HG)

Foi possível observar que o pedido do exame é realizado pelo médico responsável, através do sistema eletrônico adotado pela instituição. O CDI recebe este pedido automaticamente via sistema, então, entra em contato com as unidades para agendamento do exame. Neste momento, as informações são repassadas de maneira verbal, preferencialmente para o enfermeiro da unidade, que seria o profissional responsável por recebê-las.

O CDI passa para o enfermeiro e o enfermeiro nos passa ou então eles [CDI] nos ligam e a gente atende e anota e já põe na pasta [do paciente], caso o enfermeiro não esteja. Mas geralmente eles passam [as informações] e conversam com o enfermeiro e o enfermeiro passa para a gente. Na passagem, aí é verbal. (T7-HE).

Os participantes também foram questionados em relação ao profissional da UI responsável por atender os telefonemas do CDI. No geral, o setor de exames solicita o enfermeiro, porém, ele nem sempre está disponível no posto de enfermagem, sendo a informação transmitida a outros profissionais, que nem sempre são da equipe de saúde.

Normalmente a gente quer falar com o enfermeiro, só que o enfermeiro está ocupado. Então a gente fala com o secretário ou com o técnico, anota nome, horário e o que foi informado, tudo direitinho. (T2-CDI-HE)

Foi possível identificar que o enfermeiro é a referência na equipe para realizar a transferência de cuidado entre a UI e CDI. Sobre isso, estudos demonstram que o enfermeiro atua como núcleo articulador entre os profissionais da equipe multidisciplinar na transição de cuidados, propiciando a centralidade do cuidado ao paciente.^{9,14}

Também foi possível perceber que a comunicação é desenvolvida utilizando-se

o recurso verbal via telefone, tanto para agendamento do exame, quanto para retorno do paciente à UI. Ainda que as estratégias de comunicação verbal sejam reconhecidas e amplamente utilizadas pela enfermagem, elas tornam-se mais efetivas quando amparadas por um registro escrito (físico ou eletrônico), pois essa associação visa a garantir a manutenção das informações indispensáveis sobre o paciente durante a transferência do cuidado. Ademais, estruturaram a comunicação entre os profissionais e garantiram maior segurança na continuidade dos cuidados.¹⁵⁻¹⁶

Estudo realizado em um hospital da região Sul do Brasil identificou que a comunicação entre profissionais de diferentes unidades do hospital pode ser uma barreira para o atendimento seguro. Dessa forma, para que a assistência prestada seja segura, a comunicação necessita ser precisa e efetiva, tanto entre os membros da equipe setorial, quanto da equipe intersetorial.¹⁷

Potencialidades/fragilidades para a comunicação efetiva

A transferência de cuidados é essencial para a continuidade dos cuidados, segurança dos pacientes e sucesso do exame. Considerando isso, nesta categoria serão apresentados os fatores que fortalecem e que fragilizam a transferência de cuidados no que se refere a comunicação para a transferência do paciente internado ao setor de exames.

Nas entrevistas realizadas com os profissionais, foi possível identificar que os profissionais utilizam estratégias para tornar a comunicação efetiva durante a transferência de cuidados. Tal ação visa a tornar o processo mais seguro para o paciente e minimizar a ocorrência de erros.

Os profissionais relataram utilizar *checklists* para a transferência de cuidados ao CDI, mas de maneira pessoal e informal. O *checklist* é realizado de maneira verbal, no contato telefônico entre os profissionais do CDI e o enfermeiro da UI, preferencialmente. Embora os profissionais adotem o termo “*checklist*” nas suas falas, ele não existe documentado de forma física ou eletrônica.

Conforme relatos dos participantes, foi possível observar que o *checklist* relatado/utilizado são perguntas a respeito do histórico de saúde e quadro geral em que paciente se encontra (conforme experiência do profissional), como evidenciado na seguinte fala do profissional T2-CDI-HG.

Quando eles ligam pedindo algum exame, ou quando a gente agenda, a gente [CDI] faz um checklist, com algumas perguntas, por exemplo: se o paciente está em isolamento, se ele tem alergias, se ele faz hemodálises e se ele é lúcido. (T2-CDI-HG)

Uma potencialidade encontrada foi que para tornar as transferências de cuidado ao CDI mais efetivas, o serviço adotou o que os profissionais chamam de “sistema de dupla checagem” para as transferências, o que torna o processo mais seguro para o paciente, evitando a ocorrência de erros. Isso pode ser evidenciado no depoimento do participante T7-HE e T1-CDI-HE.

A gente adotou a dupla checagem. Se tu fazes uma coisa, eles irão te ligar, te passam tudo e tu vai anotando. Depois tu lê tudo pra ele ali, para o colega que te passou, para ver se está correto, para não haver erros. (T7-HE)

A gente dá o nome do paciente, o leito do paciente, confirma o exame, confirma o local, e pede para enfermeira repetir tudo de novo. (T1-CDI-HE)

Diante das falas, foi possível identificar que os profissionais utilizam o método *readback*, que possui o propósito de verificar se a informação foi compreendida de maneira correta pelo receptor. Essa técnica é recomendada para auxiliar a comunicação verbal e consiste em solicitar, a quem está recebendo a mensagem verbalmente, que repita em voz alta a mensagem entendida pelo interlocutor, mediante as próprias palavras.¹⁸ Além das perguntas sobre histórico de saúde, quadro atual do paciente e do *readback*, os participantes relataram que o serviço apresenta a

possibilidade da nota de transferência, realizada pelo enfermeiro através do sistema informatizado utilizado pelo complexo hospitalar. Isto foi evidenciado nas falas do profissional E7-HG.

A gente faz uma nota de transferência. Existe uma nota de transferência no sistema. E aí a gente coloca em avaliações e ela já gera uma nota. Então a gente só coloca nessa nota, vem especificado para tu só preencheres, só completa: paciente tem dreno; paciente deambula; paciente acamado; se o paciente possui acesso, qual o tipo de acesso e qual o local está esse acesso. Então a gente faz tudo via sistema, essa nota de transferência. (E7-HG)

A transferência de cuidados é um ato complexo e que necessita de comunicação eficaz entre as equipes. Para auxiliar e estruturar essa comunicação pode-se utilizar *checklists*, que auxiliam a transmissão de informações.¹⁹ Estudo, realizado em um hospital na cidade de Boston, mostrou que a implementação de um *checklist* eletrônico simples e estruturado melhorou em 75% a qualidade da comunicação nas transferências de cuidado.²⁰ A literatura aponta que um paciente pode ser transferido até 15 vezes durante uma internação de 05 dias e um profissional de saúde pode participar de 300 transferências em um mês.²¹ Isso revela que as transferências de cuidados são rotinas frequentes dentro dos serviços de saúde e para serem seguras elas precisam ser oportunas, precisas, completas, inequívocas e compreendidas pelo destinatário.

A implementação de processos padronizados para comunicação na transição de cuidados reduz a ocorrência de EA, uma vez que esses processos estruturam a comunicação e padronizam as informações principais para a transição de cuidados segura.²² Um exemplo de processo padronizado para comunicação é a nota de transferência, a qual é realizada pelo enfermeiro e concentra as informações principais do paciente. No relato dos participantes, pode-se observar que o hospital adotou a nota de transferência geral como uma

padronização, permitindo a sistematização e informatização do processo de transferência, buscando aumentar a segurança do paciente.

Contudo, foi identificado, pelas entrevistas, que alguns profissionais não utilizam a nota de transferência para tornar a comunicação efetiva. Isso é avaliado, de certa forma, pela não adoção, pela instituição, de um *checklist* documentado ou nota de transferência específica, no prontuário eletrônico, para a realização dos exames. São realizadas perguntas verbais a respeito do histórico de saúde e quadro geral do paciente e a nota de transferência é geral, especialmente quando em situações de transferência entre unidades de internação.

Nesse sentido, salienta-se que o desenvolvimento e crescimento de práticas seguras e a transição de uma organização de confiabilidade precisam ir além do que é prescrito (normas, rotinas, instrumentos e diretrizes). É preciso criar um ambiente com alterações nas condições operacionais, e, principalmente, promover a intersubjetividade na produção da saúde, visto que compreende pessoas e suas interações, comunicações e influências contextuais.²³

Antigamente não tinha, agora tem. A gente tem ali no sistema a parte de avaliações e a gente pode colocar que o paciente foi transferido para o CDI de cadeira, de maca, em qual situação. (E9-HG)

Existir, existe, a gente que não faz né. Nossa unidade é unidade cirúrgica então eu tenho 45 leitos. A gente não faz porque a gente não consegue mesmo. Que nem agora eu estava mandando um para radioterapia, outro eu tinha que transferir, a gente não consegue sentar e evoluir. (E3-HG)

A dupla checagem e a técnica *readback* são ferramentas eficazes para prevenção de erros. No entanto, elas devem ser realizadas de maneira assertiva, a fim de se evitar erros e eventos adversos, como se identifica na

fala do enfermeiro E2-CDI-HG. Outro ponto observado foram os ruídos de comunicação durante a passagem de plantão da equipe, como evidenciado na fala dos profissionais das UIs.

Já aconteceu situações de tu passares ou assim tu perguntas “paciente é lúcido e orientado?” E a enfermeira passa que o paciente é lúcido e orientado. Quando chega para fazer o exame, não é lúcido nem orientado e está com noradrenalina, está com vasopressina e o paciente não pode fazer exame. Na ressonância, paciente não pode entrar com bomba de infusão, então não pode descer com droga sem o enfermeiro. (E2-CDI-HG)

A dificuldade que possa existir é entre a passagem de plantão, entre um enfermeiro e outro, porque de repente, algum colega possa esquecer algum detalhe. (E5-HG)

O SBAR ele não é 100% confiável. A gente não sabe se o enfermeiro da noite vai repassar as informações que a gente escreveu, então a gente sempre deixa evoluído. (E1-HE)

A passagem de plantão é uma ferramenta essencial no cuidado em saúde, sendo possível garantir a continuidade dos cuidados nos diferentes turnos de trabalhos, mesmo com as mudanças de equipes. As informações devem ser passadas ao novo grupo de trabalhadores de forma clara e objetiva sobre os acontecimentos durante determinado turno de trabalho.²⁴ Para tornar a comunicação efetiva e objetiva, há alguns instrumentos padronizados para nortear a passagem de plantão, como a ferramenta SBAR, que é composta por quatro critérios: Situação (S), Breve histórico (B), Avaliação (A) e Recomendação (R).²⁵⁻²⁶

Durante a passagem de plantão, a forma mais utilizada de comunicação é a verbal. Para que a comunicação seja eficaz e acessível a toda equipe de saúde, o registro no prontuário do paciente é fundamental,²⁴ mesmo quando utilizadas outras ferramentas, como a SBAR. Na

enfermagem, a responsabilidade pelo preenchimento do prontuário do paciente é regulamentada pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 564/2017. Ela estabelece que é responsabilidade da enfermagem registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.²⁷

A passagem de plantão é imprescindível para a continuidade dos cuidados de forma segura e a literatura apresenta diversas formas de padronização dessa comunicação. Apesar do auxílio da ferramenta, algumas informações podem não ser transmitidas na troca de plantão, o que mostra a importância do registro dos cuidados no prontuário do paciente, pois, dessa forma, é possível consultar as informações dele e garantir a sistematização da assistência em enfermagem de forma segura e eficaz.

Nesse sentido, a forma como ocorre a comunicação entre os profissionais é fundamental para que se promova um cuidado em saúde com qualidade e segurança.² A equipe de enfermagem tem a comunicação como ferramenta essencial e as falhas nesse processo podem ocasionar prejuízos nas informações vitais do paciente, comprometendo a segurança e a continuidade dos cuidados prestados.²⁸

Existem fatores que podem dificultar o processo de comunicação e um estudo realizado em um hospital do Rio de Janeiro apontou os principais dificultadores do processo de comunicação: a quantidade excessiva ou reduzida de informações; a limitada oportunidade para fazer questionamentos; as informações inconsistentes; a omissão ou repasse de informações erradas; a não utilização de processos padronizados; os registros ilegíveis; a falta de trabalho em equipe; as interrupções e as distrações durante a passagem de plantão.²⁹

Nas falas dos profissionais T2-CDI-HE e E4-HG, pode-se observar que existe uma dificuldade do contato bidirecional via telefone entre o CDI e a UI.

Às vezes a gente liga para o andar e tem andar que às vezes esquece, daí fica e atrasa tudo. Quando vem o paciente a gente tem que tentar encaixar ele porque o horário dele já foi. Então seria mais isso, a falta de comunicação, porque às vezes tu pede, liga várias vezes, reforça para vir buscar o paciente. Tem andar que a gente deixa o paciente aqui, deixa na SR e a gente liga duas, três, quatro, já liguei sete vezes, oito, dez e ficou o paciente 1h20 esperando. (T2-CDI-HE)

É difícil a comunicação acontecer às vezes, porque a gente liga e eles não atendem. Então a questão de atender o telefone é bem complicada, muito difícil. Mas eu acho que é isso, a falta deles atenderem o telefone. Já tive relatos de pacientes mesmo dizendo “ah eu vi o telefone tocar e ninguém atendia”. Aí isso demora, demora para eles avisarem que o paciente está pronto para a gente ir buscar, para chegar o transporte, então isso impacta no paciente. (E4-HG)

O contato telefônico durante a transferência de cuidados pode dificultar a compreensão dos dados e comprometer o preparo da equipe que receberá o paciente, tanto em questões de recursos materiais quanto humanos.⁶ Devido a dinâmica hospitalar e distância entre os serviços/unidades, nem sempre o repasse das informações do paciente é possível de ser realizado face a face e utilizam-se das tecnologias para auxiliar, como o contato via telefone. No entanto, é necessário que exista uma organização das equipes para atender os telefonemas.

Em relação à demora do transporte do paciente entre as unidades, considera-se que pode ser classificado como um evento adverso sem danos. Isso porque o paciente permanece fora do ambiente em que deveria estar, sem o atendimento especializado. Se a demora para transporte é antes do exame, pode implicar em maior tempo de jejum, por exemplo. Quando o atraso é no retorno à unidade de internação, pode resultar em atraso de medicamentos e diminuição do conforto do paciente.

Ferramentas para qualificar a comunicação

Esta categoria aborda as sugestões dos profissionais entrevistados sobre as ferramentas que poderiam ser implementadas para auxiliar a comunicação entre as equipes e torná-la mais efetiva.

Uma maneira de tornar a comunicação entre as equipes mais efetiva seria com inclusão de formulários (checklists) e dos laudos dos exames (imediatamente) no prontuário do paciente.

Seria um item ali no sistema, por exemplo de completar. Quando o paciente vai fazer tomografia com punção, eles colocam ali um checklist que é só completar. Para paracentese seria conveniente também criar esse checklist. Eu acho que é mais em relação a evolução [registro] dos procedimentos, porque a gente quer falar ou procurar e a gente não sabe a pessoa que fez. Então acho que evoluir (registrar) os procedimentos seriam mais convenientes. (E1-HE)

Conforme relatos dos profissionais, foi possível identificar que nem todos os exames realizados no CDI são registrados no prontuário do paciente. Dessa forma, os profissionais possuem dificuldades em encontrar os registros dos exames. Como citado pela E1-HE, a paracentese é um procedimento realizado no CDI que não possui registro imediato da quantidade de volume drenado, o que dificulta a continuidade dos cuidados quando o paciente retorna à UI.

O checklist é feito diretamente com o enfermeiro, o técnico não recebe nem repassa essa informação de agendamento do procedimento, é só o enfermeiro que faz. Às vezes eles ligam para nós e pedem para retornarmos a ligação para poder agendar, porque é o enfermeiro que faz o checklist. (E1-HE)

A adoção de estratégias de comunicação verbal juntamente com o registro escrito é essencial nos momentos de transição de cuidados, pois por ela é

possível minimizar a ocorrência de EAs e padronizar as informações relevantes para o momento da transferência.¹⁵ As estratégias de comunicação verbal são valiosas, úteis e amplamente utilizadas pela equipe de enfermagem, no entanto elas são mais frágeis, tornando-se mais efetivas quando apoiadas por registros escritos.

Outra ferramenta para qualificar a comunicação sugerida pelos participantes foi a existência de um profissional responsável para atender o telefone da unidade, em todo o complexo.

Alguns andares já têm secretário de posto durante o dia, o que ajuda muito. Quando vai chamar o paciente, se o checklist já está pronto, a gente só vai pedir para descer o paciente e o secretário avisa e ajuda. Nos horários que não têm, poderia ter, que ajudaria, e de noite ter um secretário também ajudaria um pouquinho, porque aí ele ficaria naquela função de atender o telefone e direcionar, mesmo que seja para o checklist. Aí a enfermeira não está, mas não tem problema, eu vou anotar o nome do paciente e assim que der ela te liga. Então a nossa comunicação teria que ser melhorada a questão de quem atende o telefone. (E3-CDI-HG)

Nesse sentido, salienta-se que o complexo hospitalar investigado possui um sistema para transporte de pacientes, o qual pode ser solicitado pelo enfermeiro na unidade. No entanto, este transporte é o mesmo para todo o complexo, o que o torna demorado, devido à alta demanda de pacientes, por vezes não conseguindo atender a todos setores.

A transferência de cuidados para a realização de exames e o transporte do paciente ao setor de exames são processos complexos, que dependem de organização das equipes, dispondo de recursos humanos e materiais para que o transporte seja realizado com segurança.³⁰ A sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, pela alta demanda de cuidados associada ao número reduzido de profissionais, impacta negativamente na qualidade e segurança do cuidado

prestado, com piores resultados assistenciais e insatisfação do paciente.³¹

A realização de treinamentos sobre o funcionamento dos exames para as equipes da unidade de internação foi uma recomendação apresentada.

Eu acho que fazer um treinamento. Às vezes o pessoal do andar eles não sabem o que é uma tomografia, uma ressonância então às vezes o paciente pode vir com marca-passo fazer uma ressonância e não pode se um técnico não estiver aqui para ajustar o marca-passo. Então, às vezes, eles não sabem o que é uma ressonância, o que pode, o que não pode, porque é igual eu chegar em uma CTI e pedirem para fazer uma coisa que eu nunca fiz, eu não tenho nem noção o que seja. (T5-CDI-HG)

As sugestões apresentadas pelos participantes do estudo estão de acordo com o que a literatura apresenta de ferramentas para auxiliar a comunicação entre os profissionais de saúde. Foram feitas recomendações a respeito de registros nos prontuários eletrônicos para que as unidades consigam ter acesso aos exames realizados no CDI e desta forma, planejar os cuidados aos pacientes. Também foram apresentadas propostas para aumentar o quantitativo de profissionais disponíveis, para que as funções sejam delegadas e facilite o trabalho de enfermagem, tornando-o menos exaustivo para os profissionais e mais efetivo. Além disso, apareceram sugestões em relação ao treinamento das equipes, a fim de tornar a comunicação mais efetiva através da educação permanente dos profissionais envolvidos nas transferências de cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunicação, para a realização de exames de imagem, inicia pela solicitação médica, via sistema eletrônico, enviada para o CDI. A continuidade da comunicação ocorre verbalmente, via contato telefônico (verbal) do CDI, preferencialmente buscando o enfermeiro da unidade em que o paciente está internado.

Foi possível identificar que o processo de transferência de cuidados apresenta potencialidades, já que alguns profissionais, por iniciativa própria, utilizam ferramentas recomendadas pela literatura para tornar a comunicação eficaz, como *checklist* e *readback*. A instituição fornece a nota de transferência, realizada pelo enfermeiro através do sistema informatizado, mas não utilizada por todos, por ser geral.

No entanto, por outro lado, há fragilidades no processo de comunicação durante a transferência de cuidados ao CDI. Através das entrevistas pode-se perceber que o sistema de dupla checagem e *readback* possuem falhas, por não serem padronizados/formalizados. Além disso, foi identificado a presença de ruídos de comunicação durante a passagem de plantão, quando informações importantes não são repassadas, por vezes, para a equipe que assumirá os cuidados naquele turno.

Ademais, identificou-se que o enfermeiro, centro das informações sobre o paciente, nem sempre está disponível para os telefonemas, o que faz com que outros profissionais fiquem responsáveis por atender, podendo gerar ruídos. Assim, há uma dificuldade no contato bidirecional telefônico entre o CDI e a UI, principalmente no momento pós realização do exame, em que o paciente fica aguardando o contato com a UI para o transporte e retorno à unidade. Portanto, é necessário um planejamento de materiais e de recursos humanos para o deslocamento do paciente até o CDI.

O estudo apresenta como limitações a coleta de dados durante o turno de trabalho dos profissionais, o que pode ter levado a falas curtas e com receio de exposição do hospital. Os resultados desta pesquisa fornecem subsídios para intervenções de melhoria no processo de comunicação para a transferência de cuidados a serviços de apoio, como os de diagnóstico por imagem. Avança na produção de conhecimento na área, especialmente envolvendo as temáticas comunicação segura, transferência de cuidados e centro de diagnóstico por imagens, em que há escassa literatura disponível.

REFERÊNCIAS

- 1 Castro JVR, Amaro MOF, Mendonça ET, Siman AG, Zanelli FP, Carvalho CA. Effective communication in the reach of safe practices: conceptions and practices of the nursing team. *Rev. enferm. atenção saúde.* 2023;12(1):e202359. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v12i1.5153>
- 2 Guzinski C, Lopes ANM, Flor J, Migliavaca J, Rortato C, Pai DP. Good practices for effective communication: the experience of the interdisciplinary round in orthopedic surgery. *Rev. gaúch. enferm.* 2019;40(spe):e20180353. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180353>
- 3 Marques JM, Alves LHP, Olveira NS, Marta CB, Silva RCL. Safety culture and the communication process among nursing team members. *Rev. Enferm. Atual In Derme.* 2019;87(25):e219 DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.219>
- 4 Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2019. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575416426>
- 5 Morais Penna M, Melleiro MM. The root cause analysis method for the investigation of adverse events. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2017;11(Suppl12):5297-304. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a25092p5297-5304-2017>
- 6 Olino L, Gonçalves AC, Strada JKR, Vieira LB, Machado MLP, Molina KL, et al. Effective communication for patient safety: transfer note and Modified Early Warning Score. *Rev. gaúch. enferm.* 2019;40(esp):e20180341. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>
- 7 Santos GRS, Campos JF, Silva RC. Handoff communication in intensive care: links with patient safety. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2018;22(2):e20170268. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0268>
- 8 Abraham J, Kannampallil T, Patel B, Almoosa K, Patel VL. Ensuring patient safety in care transitions: an empirical evaluation of a handoff intervention tool. *AMIA Annual Symposium Proceedings Archive.* 2012:17-26. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3540511/pdf/amia_2012_symp_017.pdf
- 9 Alves M, Melo CL. Handoff of care in the perspective of the nursing professionals of an emergency unit. *REME rev. min. enferm.* 2019;23:e-1194. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190042>
- 10 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União.* 02 abr 2013;Seção1:43-4. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/52582397/dou-secao-1-02-04-2013-pg-43>
- 11 Michaelis. *Michaelis Dicionário Escolar Língua Portuguesa.* 5ed. São Paulo: Editora Melhoramentos; 2023.
- 12 Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul. Enferm. (Online).* 2021;34:eAPE02631. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/actape/2021A002631>
- 13 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 14ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- 14 Amarante CMRT, Burg MR. O enfermeiro frente à gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa. *Recima21.* 2022;3(8):e381756. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i8.1756>
- 15 Hemesath MP, Kovalski AV, Echer IC, Lucena AF, Rosa NG. Effective communication on temporary transfers of inpatient care. *Rev. gaúch. enferm.* 2019;40:e20180325. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180325>
- 16 Petry L, Diniz MBC. Communication between teams and the care transfer of critical patients. *Rev Rene (Online).* 2020;21e43080. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143080>

- 17 Bohrer CD, Marques LGS, Vasconcelos RO, Oliveira JLC, Nicola AL, Kawamoto AM. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. *Rev. enferm. UFSM*. 2016;6(1):50-60. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/articled/view/19260/pdf_1
- 18 Nascimento PSCM, Silva VC, Limeira JBR, Lacerda ARB, Silva VRH, Alexandre ACS, et al. Experiência na implantação de medidas de segurança do paciente em ambiente hospitalar: interação ensino serviço. *Brazilian Journal of Development*. 2020;6(4):17477-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n4-063>
- 19 Agarwala A, Firth PG, Albrecht MA, Warren L, Musch G. An Electronic Checklist Improves Transfer and Retention of Critical Information. *Anesth. analg.* 2015;120(1):96-104. DOI: <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000000506>
- 20 Talley D, Dunlap E, Silverman D, Katzer S, Huffines M, Dove C, et al. Improving Postoperative Handoff in a Surgical Intensive Care Unit. *Crit. care nurse*. 2019;39(5):e13-e21. DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2019523>
- 21 Vidyarthi AR, Arora V, Schnipper JL, Wall SD, Wachter RM. Managing discontinuity in academic medical centers: strategies for a safe and effective resident sign-out. *J. hosp med (Online)*. 2006;1(4):257-66. DOI: <https://doi.org/10.1002/jhm.103>
- 22 Tacchini-Jacquier N, Waele E, Urben P, Turini P, Verloo H. Developing an evidence-based nursing handover standard for a multi-site public hospital in Switzerland: protocol for a web-based, modified Delphi study. *JMIR Research Protocol*. 2020;9(1):e15910. DOI: <https://doi.org/10.2196/15910>
- 23 Siman AG, Braga LM, Amaro MOF, Brito MJM. Practice challenges in patient safety. *Rev. bras. enferm.* 2019;72(6):1581-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0441>.
- 24 Omizzolo JE, Ramos KS. Registros de Enfermagem: Um Instrumento para a Qualidade da Assistência. *Revista Inova Saúde*. 2021;11(1). Disponível em: <https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasaude/article/view/5254/5622>
- 25 Felipe TRL, Spiri WC, Juliani CMCM, Mutro MEG. Nursing staff's instrument for change-of-shift reporting - SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation): validation and application. *Rev. bras. enferm.* 2022;75(6):e202110608. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0608pt>
- 26 Lee J. Situation, Background, Assessment, and Recommendation Stepwise Education Program: a quasi-experimental study. *Nurse educ. today*. 2021;100:104847. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104847>
- 27 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 564, de 06 de novembro de 2017. Aprova o novo código de ética dos profissionais de enfermagem. *Diário Oficial da União*. 6 dez 2017;Seção1:157. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/171328849/dou-secao-1-06-12-2017-pg-157>
- 28 Firmino JSC, Amante LN, Anders JC, Girondi JBR, Trombeta AP, Oliveira MC, et al. Shift handover, effective communication, and the sbar method, in the perception of nurses in a coronary care unit. *REME rev. min. enferm.* 2022;26:e1435. DOI: <http://dx.doi.org/10.35699/2316-9389.2022.39241>
- 29 Santos GRS. Communication noise during the nursing team handover in the intensive care unit. *Texto & contexto enferm.* 2019;28:e20180014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0014>
- 30 Oliveira AS, Barbosa MBT, Silva GAS, Silva JCB, Oliveira HLAB, Oliveira DAL, et al. As implicações do transporte intra-hospitalar na segurança do paciente: revisão integrativa. *Rev. Ciênc. Plur.* 2019;5(3):102-19. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18252/12236>
- 31 Souza VS, Oliveira JLC, Costa MAR, Vicente G, Mendonça RR, Matsuda, LM. Association between safety climate and nursing workload. *Cogitare Enferm.*

(Online). 2019;24:e58976. DOI:
<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58976>
6

Recebido em: 29/11/2023
Aceito em: 24/05/2024
Publicado em: 31/05/2024

JOURNAL