Siglas e Definições

1. Siglário Institucional

AA: Ar ambiente

AAS: Ácido Acetil Salicílico

Abd: Abdomen

ABO: tipo sanguíneo ABO

ACM: a critério médico

AIDS/HIV: síndrome da imunodeficiência adquirida

AD: átrio direito

AE: átrio esquerdo

AGT: Agência Transfusional

AIG: adequado para a idade gestacional

AIH: autorização de internação hospitalar

AIT - acidente isquêmico transitório

amp: ampola

AOE: abertura ocular espontânea

AOP: avaliação dos pacientes

AP: Antecedentes pessoais

ATB: antibiótico

AVC: acesso venoso central

AVD: Atividade de vida diária

AVE: acidente vascular encefálico

AVEI: acidente vascular encefálico isquêmico

AVEH: acidente vascular encefálico hemorrágico

AVP: acesso venoso periférico

BAV: bloqueio atrioventricular

BAVT: bloqueio átrio ventricular total

bcf: batimentos cardio-fetais

BCP: broncopneumonia

BEG: bom estado geral

BE: excesso de base

BH: balanço hídrico

BIC: bomba de infusão contínua

Bic: bicarbonato

BIPAP: Pressão Positiva Binível (Positive Airway Pressure)

BNF: bulhas normo fonéticas

BNRNF: bulhas normorítmicas e normofonéticas

bpm: batimento por minuto

BRD: bloqueio de ramo direito

BRE: bloqueio de ramo esquerdo

BPR: Bom Padrão Respiratório

Ca: cálcio

CA: câncer

CAC: Centro de Alta Complexidade (Unidade de Internação)

CAPD: diálise peritoneal ambulatorial contínua

CAT: cateterismo cardíaco

CAV: comunicação atrioventricular

CC: centro cirúrgico

CCIH: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Cd: conduta

CDI: Cardiodesfibrilador Interno

CEE: comissão de ética em enfermagem

CEM: comissão de ética médica

CEP: comissão de ética em pesquisa

CH: concentrado de hemácias

CIA: comunicação intra atrial

CID: classificação internacional de doenças

CINT-BH: Central de Internação em Belo Horizonte

CIPA: comissão interna de prevenção de acidentes

CIV: comunicação interventricular.

CIVD: coagulação intravascular disseminada

CKMB: fração da enzima CPK

cm: centímetros

CME: Centro de Material Esterelizado

CML: Celso Martins Lage (Unidade de Internação)

CNT: Cinesioterapia

CPAP: pressão positiva continua nas vias aéreas

CPK: creatinina fosfoquinase

CPT: capacidade pulmonar total

Cr: creatinina

CRF: capacidade residual funcional

CRM: conselho regional de medicina

CRP: Comissão de Revisão de Prontuários

CRO: Comissão de Revisão de Óbitos

CVC: cateter venoso central

CVE: cardioversão elétrica

CX: circunflexa

d: dia

DAF: Diretoria Admisnitrativa Financeira

DC: débito cardíaco

DD: decúbito dorsal

DDAVP: desmopressina DepO2: dependência de oxigênio

dg: drágea

DHL: desidrogenase lática

DIH: dia de internação Hospitalar

DI: diabetes insípidos

DG: diretoria geral

DL: duplo lúmen

dl: decilitro

DM: diabete mellitus

DLD: decúbito lateral direito

DLE: decúbito lateral esquerdo

DP: diálise peritoneal

DIP: doença inflamatória pélvica

DM: Dom Mário (Unidade de Internação)

DNV: declaração de nascido vivo

DO: Declaração de óbito

DPP: deslocamento prematuro da placenta

DPO: dia de pós-operatório

DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica

DRGE: doença do refluxo gastroesofágico

DST: doença sexualmente transmissível

DUM: data da última menstruação

DT: dreno de tórax

DV: decúbito ventral

DVE: derivação ventricular externa

DVP: derivação ventricular peritoneal

EAP: edema agudo de pulmão

ECG: eletrocardiograma

E.coli: Escherichia coli

EDA: endoscopia digestiva alta

EEG: eletroencefalograma

EMTN: Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional

EOT: Extubação Orotraqueal

EPAP: Pressão Positiva Expiratória

EPI: Equipamento de Proteção Individual

ER: Esforço Respiratório

EV: endovenoso

EVA: escala visual analógica

FA: fibrilação atrial

FC: frequência cardíaca

fco: frasco

FIO2: fração inspiratória de oxigênio

F.O.: Ferida operatória

FR: frequência respiratória

FSH: hormônio folículoestimulante

FISIO: Fisioterapia

FV: fibrilação ventricular

FAV: fístula arteriovenosa

g: gramas

G+: gram positivo

G-: gram negativo

GC: glicemia capilar

Gaso: Gasometria

GE: Gerência de Enfermagem

GI: gastrointestinal

GIG: grande para idade gestacional

Gli: glicose

GPA: gesta, paridade, abortos

GO: ginecologia e obstetrícia

Gt(s): gotas

GTT: gastrostomia

h: hora

H2O: água

HAS: hipertensão arterial sistêmica

Hb: hemoglobina

HBV: vírus da hepatite B

HCV: vírus da hepatite C

HDA: história da doença atual

HD: hemodiálise

HF: hemofiltração

HMG: hemograma

HP: hipertensão pulmonar

HTA: histerectomia total abdominal

Htc: hematócrito

HTD: hemitórax direito

HTE: hemitórax esquerdo

HTV: histerectomia total via vaginal

HVD: hipertrofia ventricular direita

HVE: hipertrofia ventricular esquerda

IAM: infarto agudo do miocárdio

IC: insuficiência cardíaca

ICC: insuficiência cardíaca congestiva

ICFER: insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida

ID: intradérmica

IM: intramuscular

IPAP: Pressão Positiva Inspiratória

IRA: insuficiência renal aguda

IRpA: insuficiência respiratória aguda

IRPM: Incursões Respiratórias por Minuto

IRC: insuficiência renal crônica

ITU: infecção do trato urinário

IV: intravenoso

Ig: Imunoglobulina

IgA: Imunoglobulina A

IgM: Imunoglobulina M

IG: idade gestacional

IMC: índice de massa corpórea

ISC: Infecção do Sítio Cirúrgico

IOT: intubação orotraqueal

IVAS: infecção das vias aéreas superiores

K: potássio

KCL: cloreto de potássio

Kg: quilograma

Kcal: quilocaloria

L: litro

LCR: líquido cefalorraquidiano

LES: lúpus eritematoso sistêmico

Leu: leucograma

LFD: Linfadenectomia

LH: hormônio luteinizante

LMP: leite materno pasteurizado

m: metro

MAT/MED: Material e Medicamento

mEq: miliequivalente

MF: Máscara Facial

mg: miligrama

Mg: magnésio

min: minuto

ml: mililitro

MID: membro inferior direito

MIE: membro inferior esquerdo

mm: milímetro

mmHg: milímetros de mercúrio

MMII: membros inferiores

MMSS: membros superiores

MP: marcapasso

MSD: membro superior direito

MSE: membro superior esquerdo

MTQT: Máscara de Traqueostomia

MV+: murmúrio vesicular presente

Na: sódio

NA: não se aplica

N.C: Não Conformidade

Ndn: nada digno de nota

NEP: Núcleo de Educação Permanente

NP: nutrição parenteral

NPH: Insulina isofana

NPP: nutrição parenteral parcial

NPT: nutrição parenteral total

NO: oxido nítrico

OD: olho direito

OE: Olho esquerdo

OPME: Órteses, Próteses e Materiais Especiais

OPO: organização procura de órgãos

P: pulso

PA: pressão arterial

PAO2: pressão alveolar de oxigênio

PaO2: pressão arterial de oxigênio

PAM: pressão arterial média

PAP: pressão da artéria pulmonar

PAD: pressão arterial diastólica

PAS: pressão arterial sistólica

PCI: prevenção e controle de infecções

PCO2: pressão parcial de gás carbônico

PCR: parada cardiorespiratória

PEEP: pressão positiva expiratória final

PICC: Cateter Central de Inserção Periférica

pH: potencial de hidrogênio

PCV: ventilação com pressão controlada

PFE: educação de pacientes e familiares

PFR: direito dos pacientes e familiares

PIA: pressão intra-arterial

PIC: pressão intracraniana

PIG: pequeno para idade gestacional

PIP: pressão de pico inspiratório

PL: punção lombar

Plaq: plaquetas

PNM: pneumonia

pO2: Pressão de oxigênio

POI: pós-operatório imediato

POP: Protocolo Operacional Padrão

POT: pós-operatório tardio

PRS: Protocolo Sistêmico

PS: Pressão de suporte

PSMI: Pronto Socorro Municipal de Itabira

PSAT: antígeno prostático especifico total

PSAL: antígeno prostático especifico livre

PTN: proteína

PSV: ventilação com pressão de suporte

PTV: Prostatectomia suprapúbica

PVC: pressão venosa central

QRS: complexo QRS do eletrocardiograma

QP: queixa principal

QPS: melhoria da qualidade e segurança do paciente

QT: intervalo QT do eletrocardiograma

QT: Quimioterapira

RA: ruídos adventícios

RCI: ritmo cardíaco irregular

RCR: ritmo cardíaco regular

REOP: reoperação

REG: regular estado geral

RHA: ruído hidroaéreo

RJ: ritmo juncional

RL: ringer lactato

RN: recém nascido

RNM: ressonância nuclear magnética

RNMG: ressonância nuclear magnética

RPA: recuperação pós-anestésica

rpm: respiração por minuto

RR: Respiração Regular

RS: ritmo sinusal

RTU: ressecção transuretal

RX: raios X

RX AP: raio X antero-posterior

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAME: serviço de arquivo médico e estatístico

SARA: síndrome da angústia respiratória aguda

SER: Sem Esforço Respiratório

SC: subcutânea

seg: segundo

SF: soro fisiológico

SG: soro glicosado

SIC: segundo informações colhidas.

SIMV: ventilação mandatória intermitente sincronizada

SL: sublingual

SNC: sistema nervoso central

SNG: sonda nasogástrica

s/n: se necessário

SNE: sonda nasoenteral

SRAG: Síndrome respiratória aguda grave

SOG: sonda orogástrica

SpO2: saturação percutânea de oxigênio

SVA: sondagem vesical de alivio

SVD: sondagem vesical de demora

SSVV: sinais vitais

S/AG: seringa sem agulha

Tax: temperatura axilar

TC: tomografia computadorizada

TCC: tomografia computadorizada dom crânio

TI: tempo inspiratório

TOT: tubo oro traqueal

TAP: Tempo de atividade da protrombina

TB: tuberculose

TC: tempo de coagulação

TCE: traumatismo cranioencefálico

TEA: Teanstorno do Espectro Autista

TEV: Tromboembolismo Venoso

TEP: tromboembolismo pulmonar

TDHA: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TGI: trato gastrointestinal

TGO: transaminase glutamicooxalacetica

TGP: transaminase glutamicopiruvica

TQT: Traqueostomia

TNE: Terapia nutricional enteral

TR: toque retal

TS: tempo de sangramento

TSH: hormônio estimulante da tireóide

TTPA: tempo de tromboplastina parcial ativado

TV: taquicardia ventricular

TVP: trombose venosa profunda

Tx: transplante

TU: tumor

T3: triiodotironina

T4: tiroxina

U: unidade

UF: ultrafiltração

UI: unidades internacionais

UI: Unidade de Internação

Ur: uréia

US: ultra-sonografia

UPP: úlcera por pressão

UTI: unidade de terapia intensiva

VAA: Via Aérea Artificial

VAS: vias aéreas superiores

VC: volume corrente

VCV: ventilação controlada a volume

VD: ventrículo direito

VE: ventrículo esquerdo

VET: Valor Energético Total

VJD: veia jugular direita

VJE: veia jugular esquerda

VM: ventilação mecânica

VMI: Ventilação Mecânica Invasiva

Vmin: Volume minuto

VMNI/VNI: Ventilação mecânica não invasiva

VO: via oral

VPP: ventilação com pressão positiva

VR: volume residual

VS: volume sistólico

VSCD: veia subclávia direita

VSCE: veia subclávia esquerda

SPData - Sistema de Gestão Hospitalar

LGBTQIAPN+ Cada letra engloba Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Travestis, Queer, Intersexuais, Assexuais/Arromânticos.

Demais meios de comunicação da enfermagem estão em anexo.

Siglário Agência Transfusional HNSD

01/2025

AGT – Agência transfusional

CHM – Concentrado de hemácias

CHD – Concentrado de hemácias desleucocitado

CHDI – Concentrado de hemácias desleucocitado e irradiado

CP – Concentrado de plaquetas

CRIO – Criprecipitado

ENF - Enfermagem

FEAT – Ficha de notificação e investigação de eventos adversos transfusionais não infecciosos imediatos e tardios

HDF – Concentrado de hemácias fenotipado

PFC – Plasma fresco congelado

PPL – Pool de plaquetas

TS – Tipagem sanguínea

TAE - Tentativa de Auto Extermínio, na política institucional de comunicação devido utilização no protocolo clínico.

NIR - Núcleo Interno de Regulação

Objetivo

•Fortalecer a imagem institucional, garantindo a lisura de sua reputação.

•Intermediar o relacionamento de comunicação entre a empresa, instituição, colaboradores, Irmandade e clientes.

•Padronizar a comunicação institucional.

•Informar o público interno e os diversos stakeholders.

•Criar, gerenciar e analisar os canais de comunicação que efetivem o bom relacionamento com os *stakeholders* (.

•Auxiliar a direção e a provedoria no planejamento de ações estratégicas e políticas da instituição.

•Fornecer informação de credibilidade e com responsabilidade ética, segundo os preceitos do bom jornalismo ao público interno e externo.

•Ser ponte de comunicação e alinhamento com setores estratégicos pontuados pela direção.

•Zelar pela boa imagem e boa reputação da empresa.

Diretrizes

Gestão de Comunicação

1.Criar pautas internas e externas com foco nos públicos de interesse e segundo plano de crescimento, investimentos e serviços destaques.

2.Planejar, desenvolver, monitorar, mensurar e avaliar ações de comunicação online ou offline.

3.Promover integração das ações de comunicação com os públicos pertinentes.

4.Autorizar e cuidar da parte de imagem em campanhas internas e externas.

5.Fazer a cobertura de eventos, cursos e treinamentos solicitados por e-mail pelos setores.

6.Identificar potenciais conflitos e focos de crise de imagem para desenhar, de forma preventiva, soluções de gerenciamento adequado às situações, junto à diretoria e à comissão de crise, caso seja acionada.

7.Responsabilidade da Comunicação

A comunicação é responsabilidade da assessoria de Comunicação em conjunto com a alta direção. O processo de produção de conteúdo se faz em conjunto com a cooperação das demais áreas no que diz respeito a alinhamento e foco nos objetivos da empresa no intuito de zelar pela boa imagem e reputação da instituição.

1. Gestão de Conteúdo

1.1. Objetivos:

1.1.1. Propor conteúdos prioritários e relevantes para veiculação interna e externa, que estejam relacionados ao negócio e às estratégias da instituição;

1.1.2. Definir os canais mais adequados para a veiculação dos conteúdos e formatos, considerando os públicos estratégicos, utilizando linguagens compatíveis e coerentes, estimulando a interação;

1.1.3. Monitorar canais e conteúdos para identificar o grau de satisfação e engajamento;

1.1.4. Adequar e contextualizar os conteúdos e as formas de divulgação, considerando o perfil de cada público e o canal utilizado.

1.1.5. Selecionar o conteúdo para divulgação conforme critérios de noticiabilidade.

1.1.6. Coordenar o trabalho de publicidade e jornalismo zelando sempre pela melhor imagem e reputação do HNSD.

1.1.7. Organização e gestão de eventos internos e externos que envolvam a diretoria executiva e/ou comunidade local ou regional.

2- Gestão da Comunicação com foco no cliente:



2.1. **Comunicação Interna** – Conjunto de ações de comunicação voltadas exclusivamente aos públicos de relacionamento com a instituição diretamente, como Diretoria, Conselho Administrativo, médicos, equipe de enfermagem e colaboradores.

2.2. Troca de informações confiáveis entre os diversos públicos, visando promover maior integração entre o público interno e a organização, a fim de proporcionar, dessa forma, um melhor ambiente de trabalho.

O público interno também é porta-voz da organização e pode ser um grande aliado, dependendo de como as ações do hospital são realizadas para informá-los. Por outro lado, um processo falho de comunicação pode prejudicar a imagem do Sistema perante seus próprios integrantes.

2.3. A comunicação interna é fundamental para garantir que todos estejam alinhados quanto aos processos, diretrizes e objetivos estratégicos. A participação de todo o corpo funcional na comunicação interna é fundamental. Ela deve acontecer de forma multidirecional, visando tornar os canais de comunicação fontes de conhecimento, interação e fomento à colaboração. A criação de boletins, bem como a manutenção de conteúdo dos comunicados atualizados no site é papel da área de comunicação.

2.4. Coordenar a produção dos manuais relativos às atividades, aos processos de trabalho e aos documentos do HNSD, em parceria com os setores pertinentes.

Informações de caráter sigiloso devem ser alinhadas com a Alta Direção quanto a sua divulgação.

2.5. Toda a comunicação feita pela publicidade deve utilizar os arte seguindo as diretrizes do Manual da Marca, em respeito à identidade visual desenvolvida pela área de Comunicação. Caso exista demanda pela criação de um novo canal de comunicação interna, a solicitação deve ser feita diretamente à área de Comunicação, que fará uma análise prévia. O padrão estético pode ser flexibilizado em caso imprevisto, necessidade urgente de postagem, no caso de atualização de stories das redes sociais e casos de urgência. A produção de arte e padronização de folhetos, panfletos, revistas, ou qualquer outro impresso que exija diagramação deve ser feito exclusivamente pela Comunicação seja para veiculação interna ou externa.

2.6. É obrigatório o uso de slide padrão em apresentações internas ou externas.

2.7. É obrigatório o uso da marca do HNSD respeitando o manual em todas as aplicações de objetos como agenda, garrafinha, caneca, dentre outros. Se o setor tiver uma marca específica, esta não poderá ser aplicada nos brindes em tamanho maior do que a marca institucional, no slide padrão ou em impressos. Esta regra só será analisada em casos de ações ou eventos externos maiores como outubro Rosa, novembro Azul e outras ações específicas.

2.8. As publicações de fotos só serão permitidas com assinatura de autorização de imagem das pessoas, respeitando a LGPD, salvo em casos de eventos.

2.9. Todos os treinamentos precisam ter na lista de assinatura um destaque de que ela representa a autorização também do uso de imagem do colaborador. A lista está disponível na pasta Público.

3.0. Todos os comunicados emitidos pelas diversas áreas devem ser enviados antes à respectiva área de Comunicação, a fim de alinhar a informação institucional. Os textos produzidos para os comunicados devem seguir as recomendações e os padrões estabelecidos pela Assessoria de Comunicação quando precisarem ser encaminhados para o público interno geral.

3.1. Está instituído como grupo oficial da instituição a Comunidade ZapCom, responsável por manter a horizontalidade da Comunicação. Na Comunidade, colaboradores recebem as informações institucionais de forma padronizada e alinhada à coordenação, gerência ou direção, respeitando cada tipo de informação. Fazer parte da Comunidade é uma opção do colaborador.

3.2. É permitida a criação de grupos internos das coordenações com seus colaboradores desde que sejam feitas comunicações específicas e de utilidade exclusivamente para aquele determinado grupo e que tenham a ver com o desenvolvimento das suas atividades especificas.

3.4. Avaliação: A comunicação interna deve ser continuamente avaliada, com a realização de sondagens de opinião e diagnósticos para aferir a adequação e a eficácia dos canais de relacionamento utilizados, seja dentro da pesquisa de clima ou feita pelo setor de comunicação.

3.5. O que deve ser divulgado: Para promover uma eficiente troca de informações com os colaboradores, a comunicação interna deve ser transparente, ter credibilidade e não banalizar seus veículos de comunicação com informações desinteressantes e pouco úteis. A área de Comunicação é responsável pela seleção e divulgação dos assuntos a serem publicados pelos canais institucionais de comunicação interna.

Temas como: Participação em Congressos, Seminários, Workshop; Mudanças Institucionais (Estruturais, Endereço, Ampliação, Criação de Espaços, Projetos ou serviços); Dados de pesquisas internas e externas, treinamentos, visitas estratégicas, ações que valorizem os colaboradores ou equipes. Divulgação de eventos ou ações internas de cuidado com o colaborador, paciente ou campanhas internas.

3.6. Para garantir a inclusão de pacientes e facilitar a compreensão daqueles que tem dificuldade auditiva, a equipe está orientada a usar o aplicativo Rent Talk, que pode der baixado gratuitamente por qualquer pessoa e que está disponível o tablete para uso das equipes. No caso de paciente que não fale a lingua portuguesa, a equipe está orientada a usar o aplicativo google tradutor e na hipótese de um atendimento paciente autista, há orientação de uso do aplicativo gratuito Adapte Board.

4 - Prospecção e visibilidade institucionais

4.1. Articular parcerias institucionais no que tange o relacionamento e publicização do hospital junto à diretoria;

4.2. Propor, apoiar e executar atividades culturais e educativas, com foco na divulgação institucional do HNSD na sociedade;

4.3.Prospectar e apoiar no desenvolvimento de atividades internas e externas para consolidar positivamente a reputação institucional;

4.4.Apoiar a execução dos eventos e solenidades institucionais do HNSD.

4.5. Apoiar e acompanhar a Provedoria, Diretoria e Gerências em compromissos oficiais, viagens, recepção de autoridades, missões estratégicas e reuniões.

5- Canais Oficiais de Comunicação Interna e Externa:

1)Comunidade no whatsapp (interno): para fazer parte o colaborador pede ao seu superior imediato que solicite à Comunicação sua inclusão ou conversa diretamente na comunicação pelo ramal 1403;

2)Mural de avisos (Informe-se): avisos, políticas e QR codes estratégicos que sejam relevantes para os diversos públicos e que estejam de acordo com as metas estratégicas.

3)Display no refeitório (interno): utilizado para comunicações mensais pelo SND e Privacidade de dados.

4)E-mail (interno/externo): meio utilizado no relacionamento interno com os setores e externo com fornecedores, imprensa e empresas.

5)Canal no whatsApp (externo): direcionado ao público externo em atualizações de notícias de interesse do cliente externo no WhatsApp. Acesse em: https://whatsapp.com/channel/0029VaJAx9P3AzNP4FtUel45

6)Desktop (interno): utilizado para campanhas internas e informações internas.

7)Site institucional (interno/externo): utilizado para divulgação de informações, vagas e documentos.

8)TV interna (interno): na Recepção principal e Pronto Atendimento para informar os clientes sobre informações normativas, notícias e regras da instituição.

9)1DOC (interno e fornecedores): utilizado a princípio com entre os setores para informações direcionadas.

10)Relacionamento com o cliente (interno/externo): executa o atendimento ao cliente interno e externo para solicitações, sugestões, reclamações e elogios. Recebe também por e-mail: relacionamentocliente@hnsd.org.br.

Assim que recebe a manifestação, seja presencial, por e-mail, site, as colaboradoras do setor encaminham o relato para as áreas responsáveis que terão até 3 dias para responder. Caso a resposta não satisfaça, ela é devolvida e o setor tem um dia para realinhamento da resposta. A cada manifesto recebido, o cliente aguarda 10 dias úteis para retorno. Além de realizar visitas nos quartos uma vez por semana.

11)Canal de Denúncia (externo): localizado no site www.hnsd.org.br. Este canal de denúncia é destinado aos colaboradores, fornecedores, clientes e terceiros para que comuniquem situações de práticas suspeitas ou não éticas. O sigilo da sua identidade e informações será resguardado na forma da lei. Ao registrar a denúncia, a pessoa pode escolher a forma de acordo com as opções: Identificada: Você se identifica e registra os seus dados.

Anônima: Você não se identifica, mas se quiser pode fornecer um e-mail para contato caso sejam necessárias informações adicionais.

12)Instagram, Facebook (interno/externo): onde são postadas ações internas e externas do HNSD, notícias em geral selecionadas pela assessoria de comunicação, vagas de emprego e outras informações.

Youtube: divulgação de vídeos institucionais do HNSD.

Linkedin: uso exclusivo para divulgação de vagas e conteúdo de gestão de pessoas gerados pelo RH.

13) Comunicação direta com o cliente: quando o cliente é internado e recebe as informações normativas, direitos e deveres em material impresso documental em que ele assina estar ciente, no modo presencial.

14) Comunicação e avaliação pelo google: o cliente avalia deixa elogios ou críticas públicas aos serviços do HNSD.

15) O uso de e-mail institucional é obrigatório como forma de manter a segurança da informação.

16) Em todos os canais oficiais e na linguagem do colaborador orienta-se o uso exclusivo da língua portuguesa para comunicação interpessoal com público interno e externo, salvo em casos específicos em que o visitante só se comunicar por outra língua. O uso de termos em inglês deve ser evitado no dia a dia, exceto em casos extremamente específicos considerando público alvo e contexto, no intuito de não criar situações de exclusão em linguística. Acrescenta-se a isso que toda palavra que denote expressão em outra língua, sem tradução direta para o português, que faça sentido no contexto precise ser explicada logo após ser usada, garantindo a comunicação fluida e a compreensão das pessoas.

17) Todos os vídeos devem ser legendados antes de publicados, e as fotos devem ter a legenda “pra cego ver”.

18) Em todos os leitos e setores do hospital é disponibilizado o QR code de acesso ao Relacionamento com o cliente além de avaliação do NPS também da mesma forma, facilitando a comunicação do cliente com a instituição.

19) O uso do uniforme institucional é uma forma de comunicação que estabelece a padronização de imagem da instituição.

20) Efetividade da Comunicação por meio de pesquisa anual. A primeira realizada em 2025, encontra-se no Qualiex, plataforma de gestão da Qualidade.

21) O site já contém acessibilidade para alguns tipos de deficiência.

22) Cuidado centrado no cliente e letramento: Alta com a participação do cliente, com identificação nas cores vermelha (atenção! Alta Vencida), verde (Atenção! Tratamento dentro do prazo) e amarelo (Atenção! Previsão de Alta), fixadas no quadro do paciente nos leitos.

23) Guia de escuta ativa com foco no paciente.

6- Comunicação Externa

Meio pelo qual a organização dialoga com a sociedade, seus públicos de interesse e organizações. Ferramenta a ser utilizada para oferecer ao público subsídios e informações que contribuam para construir uma imagem positiva da organização.

O trabalho de comunicação externa tem como objetivo estreitar as relações entre a organização e seus diversos públicos e contribuir para a consolidação de sua imagem e uma boa reputação institucional.

Objetivos

• Divulgar a missão da instituição, estabelecer o correto posicionamento e assegurar uma identidade técnica que possa conferir a o respeito e o reconhecimento da sociedade;

• Destacar os princípios e trabalhar com a promoção e prevenção à saúde;

• Criar uma imagem coerente da instituição, a fim de melhorar sua posição perante a opinião pública;

• Fortalecer, nos públicos externos, o sentimento de que saúde e qualidade de vida são fundamentais;

• Proporcionar maior visibilidade às ações da instituição.

Postura - A Comunicação com seus públicos externos deve respeitar o tripé: transparência, ética e profissionalismo. A Comunicação deve seguir o plano aprovado no ano de 2024 que contempla direcionamento da Comunicação interna e externa.

Orientações - As práticas de comunicação externa do HNSD precisam ser coerentes e integradas, de forma a garantir consistência e uniformidade à imagem do Sistema. Todo material produzido para o público externo deve passar pela revisão e aprovação da área de Comunicação, que avaliará se o conteúdo e a forma estão alinhados aos objetivos estratégicos e à estratégia de comunicação.

A criação de novos meios de comunicação deve ser alinhada previamente com a área de Comunicação. Todas as informações geradas para o público externo devem passar pelo setor de Comunicação para alinhamento.

Informações estratégicas e sigilosas não devem ser comunicadas aos públicos externos.

Ao utilizar a marca do HNSD, é obrigatório consultar a área de comunicação quanto a adequação ao que preconiza o manual de identidade visual. Toda e qualquer parceria realizada com terceiros deve ser estabelecida segundo as regras da Política de Patrocínio da Instituição.

Ao publicar vídeos precisam conter como padrão, a marca da instituição, a legenda com conteúdo escrito e os créditos do vídeo.

Orienta-se para garantir a inclusão de todos, que termos em outras línguas sejam evitados e caso seja imprescindível o uso, que este seja seguido de imediata tradução.

A Política de Comunicação está no site do HNSD em Políticas HNSD: https://hnsd.org.br/politicas-hnsd/

7-Solicitação de Serviços para a Área de Comunicação

7.1. As principais iniciativas de comunicação dirigidas aos públicos estratégicos devem ser alinhadas com a área de Comunicação.

7.2. Aqui, consideram-se: banners, brindes, camisetas, cartazes, catálogos, manuais, sinalização interna e externa, folders, gravações em áudio e vídeo, sites, campanhas, postagens, entre outros.

7.3. As demandas de outros setores devem ser solicitadas por e-mail: ascom@hnsd.org.br. É preciso que a ideia/proposta seja pré-aprovada pelo gestor da respectiva área para que, posteriormente, a área de Comunicação possa desenvolver o material e encaminhar os trâmites de orçamento e compras, caso necessário. Esse fluxo é imprescindível para otimização de atividades e controle dos investimentos previstos no orçamento anual.

7.4. As áreas que desenvolverem materiais próprios deverão gerar o arquivo com as informações no word e repassar a Comunicação por e-mail para padronização. As solicitações devem ser feitas com, no mínimo, 15 a 30 dias de antecedência da data a qual se deseja a entrega do material pronto, a depender do tipo de arte ou impressão, para isso consulte a Comunicação.

7.5. Todo e qualquer material (impresso ou não) a ser produzido que inclua a marca do HNSD deverá passar pela Comunicação para padronização, mesmo em caso de doações pelo colaborador ou por terceiros. O não cumprimento desta diretriz implicará no descarte ou na não validação do uso do produto.

7.6. Não será permito fixar qualquer adesivo com imagem ou escrito no Crachá dos colaboradores a fim de preservar a marca do hospital.

7.7. É vedado o uso da logomarca: para fins particulares, fora dos padrões especificados no Manual de Identidade Visual;

7.8. Em peças ou ações com fins comerciais ou contrários aos princípios e diretrizes institucionais previstos nesta Política de Comunicação Social.

Sobre a produção de artes e prazos estabelecidos para entrega, acesse o POP – Publicidade no qualiex.

8-Assessoria de Imprensa

A assessoria de imprensa atua junto aos meios de comunicação, rádio, televisão, jornais mídias sociais e também na produção de jornal ou revista externa.

As responsabilidades da Assessoria de imprensa são:

8.1. Relacionamento com os veículos de comunicação (rádio, televisão, jornais, blogs);

8.2.Acompanhar a ocorrência de assuntos envolvendo nos meios de comunicação, reportando para a Diretoria que decidirá quanto a ação a ser tomada.

8.3. Elaborar matérias para divulgação;

8.4. Registrar os eventos internos e externos.

8.5. Atendimento a qualquer órgão público, empresa privada ou pessoa pública que queira fazer a divulgação utilizando recursos humanos ligados aos serviços prestados pelo HNSD, para autorização ou não de imagem nas dependências do HNSD e acompanhamento da atividade.

8.6. Todos os eventos de saúde que for participar devem ser informados antes para a Comunicação. Somente o setor poderá liberar a marca e manual de identidade visual .

8.7. Apoio às lideranças em estratégias de Comunicação com as equipes, primarização de serviços, padronização de Comunicação interpessoal.

8.9. Gerenciamento de visitas guiadas e benchmarking junto a outros setores. Link no site para solicitação externa.

9-Manifestações publicadas nas páginas oficiais do HNSD

Ao receber manifestações de beneficiários ou usuários nos canais mantidos pela instituição, a área de Comunicação e Marketing avalia a demanda e faz a tratativa da seguinte forma:

a)Manifestação positiva: envia mensagem de agradecimento e reforça compromisso com a missão e valores do negócio, ou apenas curte o comentário ou agradece.

b)Manifestação neutra: emite resposta, reação ou ambos, dependendo do assunto, com base na avaliação da assessoria.

c)Manifestação negativa: envia mensagem solicitando número de contato e encaminha para a área de relacionamento com cliente para apuração, tratativa e retorno. Em algumas situações, também orienta a formalizar a manifestação nos canais de relacionamento da instituição.

Descrição

Esta Política de Comunicação Institucional deverá ser revisada periodicamente.

É incumbência do setor de Comunicação desenvolver, elaborar e implementar planos de comunicação social gestão de crises, com apoio da Provedoria e Diretorias. Esses planos, acompanhados de respectivos manuais, serão aprovados por ato da Diretorias do HNSD.

POP Publicidade com a descrição de trabalho publicitário e tempo de entrega. Na pasta Qualidade POPs.

Manual de uso de redes sociais em 2024 – Qualidade

SERVIÇOS	PRAZOS DE ENTREGA
Card para redes sociais ou site	3 dias úteis
Convites para eventos, palestras etc	4 dias úteis
Divulgação de palestras	5 dias úteis
Banners e panfletos	3 dias úteis
Impressão colorida	4 dias úteis
Livreto	7 dias úteis
Campanha interna completa	Mínimo de 15 dias úteis (dependendo do conteúdo)
Manual	15 dias úteis para o arquivo
Cobertura jornalística	3 dias úteis
Envio de fotos ou material específico	24 horas
Solicitação de fotos	24 horas
Pedido de artes para brindes	5 dias úteis
Solicitação de placas e avisos	24 horas

***** O prazo das entregas poderá ser alterado em detrimento de solicitações realizadas pela diretoria executiva e provedoria, setores prioritários.**

Todas as solicitações ao setor de comunicação devem ser realizadas através do e-mail: comunicacao@hnsd.org.br**.**

AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

AUTORIZO o uso de minha imagem e/ou voz em qualquer meio de divulgação, no formato publicitário ou jornalístico, pelo Hospital Nossa Senhora das Dores, Itabira/MG (CNPJ 20.959.29/001-00) situado à Avenida João Soares da Silva n° 135, no bairro Penha. A presente autorização é concedida de forma gratuita.

Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro assinando a presente autorização.

Itabira, ____ de _____, de 2025

Assinaturas:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

10 Comunicação Efetiva e Registros

As relações interdisciplinares na saúde são estabelecidas através da comunicação, compreendendo vários fatores definidores e determinantes para o sucesso dessas interações.
A comunicação entre os profissionais da saúde e os pacientes é parte fundamental do cuidado humanizado, seguro e centrado no paciente. No Hospital Nossa Senhora das Dores, essa comunicação deve ocorrer de forma clara, empática, respeitosa e adaptada às condições físicas, emocionais e cognitivas de cada paciente.

10.1 Diretrizes para Comunicação Efetiva com pacientes e familiares:

Apresentar-se com nome e função no primeiro contato com o paciente;
Utilizar linguagem acessível, simples e clara evitando termos técnicos ou jargões que possam causar confusão;
Garantir que o paciente compreenda as informações fornecidas sobre seu estado de saúde, plano terapêutico, exames e procedimentos e certificar paciente/família e acompanhantes compreenderam as informações através de perguntas abertas fazendo com que respondam exatamente o que foi explicado anteriormente.
Estabelecer uma escuta ativa, acolhendo dúvidas, receios e sugestões do paciente de forma atenta e sem julgamentos;
Respeitar a autonomia e os direitos do paciente, oferecendo todas as informações necessárias para a tomada de decisões conscientes sobre seu tratamento;
Manter uma postura ética, cordial e empática, contribuindo para a construção de uma relação de confiança;
Atentar-se para a influência do ambiente na comunicação, buscando manter o silêncio, ausência de interrupções e privacidade;
Explicar ao paciente o que será feito, por que será feito e como será realizado durante a realização de qualquer conduta assistencial (coleta de exames, curativos, medicação, etc.)
Atentar para aspectos culturais, religiosos e emocionais que possam influenciar a recepção da informação e a dinâmica familiar conforme estabelecido na Política de Dignidade.
Identificar desde a admissão as particularidades e preferências do paciente e registrar em prontuário.

Documentar no prontuário todas as orientações importantes fornecidas verbalmente ao paciente ou familiares.

10.2 Comunicação Médico-Paciente

A comunicação do estado de saúde é de responsabilidade exclusiva do profissional médico, que pode contar com o apoio de outros membros da equipe assistencial conforme a complexidade do caso e a necessidade de acolhimento. É dever do médico garantir ao paciente o direito à informação clara, verdadeira e compreensível, de acordo com seu nível de entendimento, sobre seu diagnóstico, estado de saúde, exames, opções terapêuticas, riscos e prognóstico.

O paciente deve ser incluído, sempre que possível, nas decisões relacionadas ao seu tratamento, respeitando seu direito ao consentimento informado, conforme PL - DIRHOSP - 003 - Política de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O consentimento deve ser obtido após explicações claras sobre os riscos, benefícios, alternativas e objetivos do procedimento e deve ser preenchido, lido e assinado pelo paciente e pelo profissional responsável.

O boletim médico da UTI é um momento essencial para informar aos familiares/responsáveis sobre o estado de saúde do paciente com informações que contenham dados do paciente, estado clínico atual, intervenções e procedimentos realizados, prognóstico e próximos passos. Ele deve ser feito diariamente durante o horário de visita de forma clara, objetiva e com empatia pelo médico plantonista da UTI que pode contar com acompanhamento da equipe multidisciplinar enfermeiro/ assistente social e psicólogo quando se fizer necessário.

Nas unidades de Internação a comunicação ocorre durante as visitas diárias do médico assistente. Em situações de instabilidade clínica, piora do quadro ou necessidade de tomada de decisões, os familiares devem ser comunicados com agilidade, de forma transparente e acolhedora.

No Centro Cirúrgico e/ou Hemodinâmica os familiares deverão receber informações adequadas sobre o andamento do procedimento e o estado do paciente após o término. Essas informações devem ser repassadas preferencialmente pela equipe médica. Em caso de complicações cirúrgicas ou necessidade de condutas emergenciais, os familiares devem ser comunicados com agilidade, com apoio da equipe multiprofissional e registro formal da comunicação.

No Centro Oncológico de Itabira (COI), Hemodiálise, ambulatório as informações clínicas e condutas médicas devem ser comunicadas pelo médico responsável durante as consultas médicas, com linguagem acessível e respeitosa, reforçando o protagonismo do paciente no cuidado. Sempre que houver alteração no plano de tratamento, o paciente deverá ser comunicado previamente, com explicações sobre os motivos, possíveis efeitos e orientações adicionais e todas as orientações registradas em prontuário.

As informações clínicas dos pacientes deverão ser realizadas pelo médico de forma presencial para o paciente/responsável legal e acompanhante garantindo o sigilo e a privacidade do paciente e deverão respeitar a PL HNSD 017 Política Interna de Proteção de Dados. É vedada a divulgação de informações clínicas por meio de terceiros, redes sociais, aplicativos de mensagens, telefone ou outros canais não oficiais, salvo em situações excepcionais e autorizadas formalmente pela gestão, com registro em prontuário.

10.3 Plano Terapêutico Multiprofissional

O Plano terapêutico trata-se de um plano de cuidado voltado para cada paciente, considerando sua individualidade e integralidade. Tem a finalidade de estabelecer, discutir e gerenciar as diretrizes terapêuticas de todos os membros da equipe assistencial multidisciplinar para o paciente internado. É de suma importância para a programação da internação do paciente, como terapêutica proposta, exames solicitados, agendamento de cirurgias e previsão de alta.

O Plano terapêutico deve ser elaborado logo após a admissão do paciente e discutido periodicamente nas visitas multidisciplinares e rounds para revisão das diretrizes traçadas, bem como definição de novas diretrizes e planejamento de alta segura. Também deve ser avaliado se as diretrizes traçadas foram efetivadas ou não e, em caso negativo, listar as causas prováveis do não cumprimento ao plano terapêutico.

Explicar ao paciente e ou à família os resultados da avaliação ou reavaliação e quais são os objetivos propostos a serem alcançados, com a finalidade de recuperar a saúde além de discutir as dúvidas e envolver ativamente o paciente na sua assistência.

Cada profissional deverá preencher as metas e condutas estabelecidas colocando-o no prontuário para que todos tenham ciência da programação do paciente. O plano terapêutico é uma ferramenta híbrida, com função tanto na comunicação entre profissionais e pacientes quanto na parte administrativa do gerenciamento de leitos.

10.4 Comunicação de Más notícias/óbitos

A comunicação de más notícias, como o agravamento do quadro clínico, diagnósticos graves ou a confirmação de óbito é um momento extremamente delicado e crítico no ambiente hospitalar. Essa comunicação deve ser conduzida de forma empática, ética e estruturada, respeitando o sofrimento dos pacientes e seus familiares, e preservando a dignidade humana.

No Hospital Nossa Senhora das Dores, a comunicação é realizada presencialmente pelo médico, com acompanhamento da equipe multidisciplinar enfermeiro/ assistente social e psicólogo para oferecer suporte emocional e orientar sobre os procedimentos administrativos. A abordagem para esse tipo de comunicação deve seguir os princípios do **Protocolo *SPIKES*:**

S – Setting (Preparar o ambiente)

O profissional deve garantir que a conversa aconteça em um local reservado, silencioso e adequado, assegurando privacidade e ausência de interrupções. Nas UTI's a comunicação deverá ocorrer nas salas de reunião de boletim médico, no Pronto Atendimento a comunicação deverá ocorrer no consultório médico e nos demais setores deverá ser providenciado um local reservado que respeite a privacidade e que não ocorra interrupções (sala da psicologia/assistente social).

P – Perception (Avaliar a percepção do paciente ou familiar)

É importante compreender o que o paciente ou familiar já sabe ou percebe sobre a situação clínica. Isso permite ajustar a abordagem e evitar informações desconectadas da realidade que a pessoa já compreende.

I – Invitation (Obter permissão para compartilhar informações)

Antes de fornecer a notícia, o profissional deve verificar se o paciente ou familiar está pronto ou deseja receber informações detalhadas naquele momento, respeitando seus limites emocionais e culturais.

K – Knowledge (Transmitir a informação)

A informação deve ser transmitida com clareza, em linguagem acessível, evitando termos técnicos e explicando os fatos com empatia. É recomendável transmitir a informação de forma gradual e com pausas, dando espaço para a assimilação.

E – Emotions (Reconhecer e acolher emoções)

O profissional deverá acolher as reações emocionais intensas, como choro, negação, raiva ou silêncio. É fundamental manter uma postura empática, acolhedora e respeitosa, oferecendo suporte e escuta ativa.

S – Strategy and Summary (Planejar os próximos passos e resumir informações)

Ao final da conversa, o profissional (assistente social ou enfermeiro) deverá reforçar as principais informações e orientar os próximos passos, como encaminhamentos, documentos necessários, suporte psicológico e procedimentos pós-óbito, se for o caso.

Toda a comunicação envolvendo más notícias deve ser registrada no prontuário do paciente, incluindo data, horário, conteúdo da informação, responsáveis pela comunicação e reações observadas.

A equipe deve estar preparada para oferecer acolhimento humanizado aos familiares, respeitando as individualidades culturais e religiosas seguindo a Política de Dignidade. Totas as interações com os pacientes são registradas no Prontuário.

10.5 Comunicação de Doação de Órgãos e autópsias

A comunicação relacionada à doação de órgãos e realização de autópsias deve ser conduzida com sensibilidade, respeito e observância das normas legais vigentes, garantindo o acolhimento às famílias e a transparência dos processos.

10.5.1 Doação de Órgãos

A equipe assistencial deve identificar pacientes potenciais doadores de órgãos conforme critérios clínicos e legais estabelecidos pelo Ministério da Saúde e órgãos reguladores.

A comunicação com a família sobre a possibilidade de doação deve ser feita por profissionais treinados, preferencialmente da equipe multiprofissional da comissão de doação de orgaõs

(CIDOTT) ou pela equipe médica, respeitando o momento de luto e proporcionando informações claras e humanizadas.
É fundamental garantir o consentimento informado, respeitando a legislação vigente sobre doação e os direitos da família e do paciente.

Toda comunicação sobre doação de órgãos deve ser registrada no prontuário do paciente, incluindo a data, os profissionais envolvidos e as decisões tomadas
O hospital deve seguir protocolos internos e legais para encaminhamento da doação e comunicação com os órgãos de controle e captação.

10.5.2 Autópsia
A autópsia, quando indicada por critérios médicos, legais ou familiares, deve ser comunicada de forma clara e respeitosa à família, explicando sua finalidade e procedimentos envolvidos.

A equipe responsável pela comunicação deve garantir que a família compreenda o motivo da autópsia e esclareça dúvidas, oferecendo suporte psicológico quando necessário.

A realização da autópsia está sujeita às normas legais, devendo ser respeitado o consentimento da família, salvo em casos obrigatórios previstos em lei (ex.: investigação de morte suspeita).

O registro da comunicação sobre autópsia deve constar no prontuário, com detalhamento da conversa, autorizações e encaminhamentos.

10.5 Comunicação de Cuidados Paliativos
Equipe multiprofissional deve assegurar que o paciente e sua família recebam informações claras e compreensíveis sobre o diagnóstico, prognóstico, opções de tratamento, objetivos do cuidado paliativo e possíveis desdobramentos clínicos.

A comunicação deve ser empática e individualizada, considerando o contexto emocional, cultural e social do paciente e seus familiares
Em situações de final de vida, a comunicação deve priorizar o conforto, o suporte emocional e a dignidade do paciente, promovendo também o suporte aos familiares.

Promover a tomada de decisão compartilhada, respeitando a autonomia e as preferências do paciente.

Envolver os familiares no processo e identificar os principais familiares ou cuidadores;
No caso das situações de Final de Vida utilizar a ferramenta *SPIKES (acrónimo em inglês, composto por **6 etapas,*** **citadas no decorrer do texto**.

Toda comunicação relevante deve ser registrada no prontuário, incluindo orientações dadas, decisões compartilhadas e encaminhamentos realizados.

10. 7 Orientações na ocasião de alta

A alta hospitalar assim como o plano terapêutico de um paciente deve contar com a multidisciplinaridade.

Ela deve ser considerada ainda dentro do plano terapêutico de cada paciente para que possa ser trabalhada diariamente através de um plano de alta, evitando, portanto, que o processo seja trabalhado somente no dia da alta.

Considera-se que o planejamento da alta hospitalar é um processo de responsabilidade interdisciplinar, entretanto, o enfermeiro tem papel fundamental na identificação das necessidades do paciente, na orientação aos familiares e, portanto, na coordenação do planejamento de alta. O envolvimento da família é imprescindível, uma vez que o planejamento da alta tem a finalidade de dar continuidade à assistência no domicílio.

As orientações multiprofissionais para a alta do paciente são fundamentais para garantir a continuidade do cuidado após a saída do hospital, prevenindo complicações e readmissões, garantindo que o paciente e sua família compreendam os cuidados necessários após a saída do hospital, reduzindo o risco de complicações e promovendo a recuperação segura em casa.
O planejamento de alta nas demais Unidades de Internação ocorrem com o processo de desospitalização conforme PRS ENF 017 - Desospitalização e Planejamento de Alta

10.8 Registros prontuário do Paciente

O prontuário é um documento de fundamental importância para garantir a continuidade e a qualidade da assistência prestada ao paciente internado. O cumprimento das questões referentes ao conteúdo completo e de qualidade, aos prazos de armazenamento e, principalmente, ao sigilo, privacidade e segurança das informações dos prontuários, é um compromisso legal e ético assumido por todos os profissionais de saúde e é o principal argumento de defesa quando necessário.

Obrigatoriedade: O registro de qualquer atendimento prestado ao paciente por profissional de saúde deve ser feito em prontuário.

Conteúdo: Devem constar obrigatoriamente no prontuário os dados de identificação do paciente, anamnese, exame físico, resultados de exames, hipóteses diagnósticas, diagnóstico(s) definitivo(s), tratamento realizado, evoluções da equipe multiprofissional, procedimentos realizados, prescrição médica e de enfermagem, termos de consentimento, plano terapêutico e outros documentos relativos ao cuidado prestado ao paciente.

Qualidade do registro: Nos prontuários em papel, todas as anotações devem ser precedidas pela data e hora, sendo obrigatória a identificação de todos os profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número do Conselho. Todos os registros no prontuário devem ser feitos de forma legível, com caneta esferográfica de tinta azul-escura ou preta (plantão diurno) e caneta vermelha (plantão noturno). Não é permitido o uso de carbono, de canetas com tinta de outras cores, com ponta porosa ou marcadores, pois os registros feitos com essas não são legíveis em cópias solicitadas por pacientes ou por autoridades legais.

Somente deverão ser utilizadas siglas que sejam de conhecimento coletivo e padronizadas conforme Siglário (Manual do Prontuário).

Se forem verificados erros ou enganos, esses devem ser apontados e corrigidos em um registro posterior, que faça referência aos problemas encontrados uma vez que rasuras invalidam os documentos. Não é permitido o uso de corretivos ou borrachas.

Os registros em prontuário devem conter apenas informações inerentes ao paciente. As informações administrativas devem estar registradas na passagem de plantão e/ou livros de ocorrência.

As prescrições medicamentosas e de assistência de enfermagem devem ser checadas com nome do profissional que prestou o cuidado, não sendo permitida rubrica.

Sigilo: O sigilo quanto ao conteúdo do prontuário é garantido pela legislação: Código Penal, artigo 154: criminaliza a ação de revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que teve ciência em razão da função de ministério, ofício ou profissão e cuja revelação possa produzir dano a outrem.

Manuseio do Prontuário: As informações constantes no prontuário possuem amparo constitucional, pois se ligam à ideia de preservação da intimidade, de viabilização do exercício profissional, bem como do sigilo profissional e integram um conjunto de documentos que servem para aferir a prestação do serviço multiprofissional. Em função do sigilo profissional, o acesso ao prontuário e às informações a respeito da saúde de pacientes é restrito e regido por diversas leis.

11 Comunicação Interprofissional/Intersetorial

11.1 Passagem de plantão

É um processo que garante a continuidade da assistência prestada ao paciente pela sistematização e organização das informações a serem transmitidas entre os plantões. É importante a sistematização de sua dinâmica a fim de poder ser realizada no menor tempo possível, mas sem comprometer a qualidade das informações transmitidas.

Esse é um momento crucial, pois ocorrerá a transmissão das informações do estado de cada paciente, as pendências do tratamento, como exames, cirurgia a ser realizada ou cancelada e situações do próprio setor a serem resolvidas administrativamente. É nesse momento que a atenção e o saber ouvir são cruciais ao entendimento e processamento das informações, pois uma mensagem transmitida e recebida distorcida pode causar um dano irreversível.

O que deve ser evitado na Passagem de plantão:

Ter pressa para passar o plantão;

Fazer outras atividades enquanto o plantão estiver sendo passado;

Ficar procurando erros;
Utilizar símbolos que não são conhecidos por todos;
Não esclarecer dúvidas;
Interromper o profissional que está passando o plantão a todo momento;
Registrar a passagem de plantão com letra ilegível.

Elementos Importantes na Passagem de Plantão:
Comunicação direta, clara, concisa, completa e uniforme;
Documentação necessária;
Clareza nos registros;
Pontualidade na chegada ao Plantão;

Técnica Read-back:
Para garantir a compreensão correta das informações, utilizar a técnica ***Read-back***, em que o profissional receptor repete as informações essenciais recebidas para confirmação e correção imediata de possíveis falhas.

Médico
A passagem do plantão entre a equipe médica é de suma importância para a manutenção da qualidade da assistência prestada ao paciente internado. Deve sempre ser realizada a cada troca de plantão, todos os dias da semana. Devem ser priorizados os pacientes que estão com pendências clínicas ou cirúrgicas a serem resolvidas, pacientes com intercorrências e quadro clínico instável para reavaliações clínicas e pacientes regulados de outros serviços de saúde a serem admitidos.

Enfermagem

A passagem de plantão da equipe de enfermagem é um instrumento utilizado para assegurar a continuidade da assistência prestada. No momento da passagem de plantão que deverá ser realizada de forma presencial, as informações entre os profissionais que estão encerrando a sua jornada de trabalho e os que estão iniciando são transmitidas de forma sistemática e seguindo um roteiro pré-estabelecido para que todas as situações possam ser contempladas.

Fisioterapia

A passagem de plantão da equipe de fisioterapia na UTI é realizada por meio do instrumento passômetro da fisioterapia UTI é deve conter as seguintes informações do paciente: Identificação do paciente, parâmetros ventilatórios, nível de mobilidade, nível de consciência, exames laboratoriais, conduta e assinatura do profissional.

Nos pacientes atendidos nas unidades de internação a equipe de fisioterapia deverá registrar no caderno diário de pacientes da fisioterapia o nome do paciente atendido, idade, leito e a necessidade de reabilitação (motora, respiratória, traqueostomia, ventilação mecânica não invasiva e oxigenoterapia) devendo ter a assinatura do profissional responsável.

Nutrição

Passagem realizada por planilha contendo nome, leito, tipo de dieta, observações e assinatura, utilizando checklist padronizado para a unidade.

11.2 Livro de Ocorrência Setorial

O livro de ocorrências é um documento de registro de eventos e intercorrências podendo ser utilizado por todos os colaboradores e é um canal de comunicação entre os profissionais e as lideranças. O caderno pode ser utilizado também como ferramenta de repasse de informação das lideranças para os colaboradores.

11.3 Safety Diário

Reunião diária entre as coordenações dos setores assistenciais, NIR e equipe assistencial para repasse dos leitos disponíveis, previsões de alta ou transferências, processos em andamento relacionados ao paciente com o objetivo de melhoria do giro de leito e gestão de leitos conforme POP - GT- 001- Safety Diário

11.4 Comunicação de Resultados Críticos de exames

A comunicação de resultado crítico do laboratório ou serviços de imagem com enfermagem/médico, ocorre da seguinte forma: ao identificar algum exame com resultado crítico, o setor realiza o informe ao supervisor de enfermagem da ala onde o paciente está internado contendo um protocolo de comunicação e este profissional realiza a comunicação imediata ao médico assistente do paciente se este estiver ainda na instituição ou para médico horizontal de plantão para conduta. A comunicação ao médico sobre o resultado crítico deverá ser registrada no prontuário do paciente descrevendo o exame alterado na evolução de RESULTADO CRÍTICO no sistema SPDATA.

Para pacientes em acompanhamento ambulatorial, o enfermeiro responsável pelo serviço deverá comunicar imediatamente o médico do paciente e posteriormente realizar contato com o paciente com as orientações (agendamento de consulta, encaminhamento para internação no PSMI) do profissional médico. As informações deverão ser registradas no prontuário do paciente.

Técnica Read-back:

Recomenda-se a confirmação verbal do recebimento e entendimento do resultado crítico pelo profissional receptor, utilizando a técnica Read-back para evitar falhas na comunicação.

11.5 Notificação de Incidentes

A comunicação eficaz e transparente de eventos adversos, quase-erros, falhas e situações de risco é fundamental para a prevenção de novos incidentes e para a construção de uma cultura institucional justa e de aprendizado.

Todo colaborador que identificar ou estiver envolvido em um incidente deve realizar a notificação imediata conforme PRS NSP 006- Incidentes e Eventos não infecciosos

Situações de risco iminente ou eventos graves devem ser comunicadas imediatamente à liderança da unidade e o Núcleo de segurança do paciente, além do registro formal no sistema.

As equipes médica e multiprofissional devem ser rapidamente acionadas para avaliar o paciente, conter os efeitos do dano e registrar a ocorrência no prontuário com clareza, precisão e isenção de julgamento.
Quando um evento adverso resultar em dano ao paciente, a instituição deve assegurar que a comunicação com o paciente e/ou família seja feita com clareza, empatia e responsabilidade, oferecendo apoio e acolhimento.

Essa comunicação deve ser realizada pelas coordenações de enfermagem e médico e deverá ser transparente incluindo uma explicação do ocorrido, medidas adotadas para controle da situação, o impacto sobre o tratamento e ações futuras para evitar reincidência, sempre respeitando os princípios éticos e legais da instituição.
Toda comunicação deve ser documentada no prontuário, incluindo data, conteúdo abordado, nome dos profissionais presentes e reações do paciente ou familiar.

11.6 Transferência Interna

A transição do cuidado intra-hospitalar é a transferência entre unidades da mesma instituição. É considerada temporária quando o paciente é transferido para a realização de um procedimento e retorna para a unidade de origem, e definitiva quando não retorna. A transferência do paciente entre clínicas deve ser acompanhada de um relatório clínico de transferência interna para garantir a comunicação entre os membros da equipe sobre a condição do paciente reduzindo a chance de erros ou omissões de informações durante a transferência.

A ferramenta consiste no preenchimento do SBAR (Situação, Breve História, Avaliação, Ações, Recomendações) pelo enfermeiro do setor de origem, conforme POP ENF 028 Transporte de Paciente e deve compor o prontuário do paciente.

A transferência do paciente só deve ocorrer após a validação de leito e condições clínicas. A equipe que está transferindo o paciente é responsável por comunicar verbalmente todas as informações assistenciais relevantes à nova unidade e garantir que a equipe recebedora compreendeu as informações e está apta a dar continuidade segura ao cuidado.

O Enfermeiro e/ou médico devem fornecer as informações da transferência aos pacientes, familiares ou responsáveis;

No caso de exames ou procedimentos em clínicas externas ao hospital o profissional que acompanhar o paciente para exames deverá permanecer com o mesmo até o término do procedimento e consequente retorno a unidade de origem, realizando o recebimento e passagem das informações sobre o paciente nos momentos da transição do cuidado.

11.7 Transferência Externa

A transferência externa do paciente deve ser acompanhada de um relatório clínico de transferência, preenchido pelo próprio médico e no caso do paciente SUS a AIH de transferência deve ser preenchida previamente para cadastro no SUS FÁCIL;

O médico deve orientar o paciente e/ou responsável sobre as razões que motivaram a transferência;

O médico deverá realizar o repasse das informações do estado clínico do paciente que justifiquem a transferência. Se necessário, promover o contato de médico do HNSD com o médico da instituição de transferência;

Após a transferência a equipe da Gestão de Leitos/NIR realiza contato com a instituição de destino do paciente para avaliar como foi o processo de transferência.

12 Quadro Gestão de Risco - Beira Leito

Os quadros de Gestão de risco beira leito devem ser preenchidos pelo profissionais de enfermagem na admissão e atualizados diariamente conforme atualização do quadro do paciente. Durante o preenchimento a equipe deverá orientar o paciente sobre o quadro, sua importância e sobre as orientações de prevenção de risco. Deverá explicar ao paciente sobre a pulseira de identiicação e das sinalizações de alergia e risco de queda. O paciente deverá ser estimulado a informar suas preferências e registrar no quadro beira leito. O profissional deverá utilizar linguagem clara e acessível e utilizar da técnica Read-back para confirmação em voz alta se o paciente entendeu as orientações recebidas sobre sua assistência e as barreiras dos riscos assistenciais.

13 Quadro de gestão à vista

Os quadros de gestão à vista contribuem para a comunicação visual por meio de gráficos e indicadores que contemplam o modelo gerencial e o perfil assistencial, permitindo que colaboradores, pacientes e acompanhantes visualizem os resultados das atividades desenvolvidas, reflitam sobre suas ações e proponham melhorias para o alcance das metas definidas com base nos indicadores-chave de desempenho dos processos internos.

Além disso, os quadros contemplam informações institucionais relevantes, tais como o Manual de Direitos e Deveres, políticas institucionais, canais de acesso ao paciente (Relacionamento com o Cliente), mapa estratégico da instituição e demais comunicados.

Os quadros de gestão à vista são instalados em locais de fácil acesso e atualizados periodicamente pelas lideranças ou pelo setor de comunicação, garantindo a transparência e o engajamento contínuo de todos os envolvidos.

14 Comunicação em situação de Crise

As crises deverão ser avaliadas de acordo com a sua gravidade para então definir as estratégias de ação. No Hospital Nossa Senhora das Dores já existe o Gabinete de Crise que é composto pelas Diretorias, gerências, assessoria de comunicação e representantes de setores estratégicos que realizam ações que visam organizar e racionalizar os recursos disponíveis através de um planejamento estratégico nas situações de crise.

Em casos de atendimento a situações de Catástrofes/Atendimento a múltiplas vítimas:

A equipe deverá proceder com o atendimento conforme Plano de Contigência de Atendimento a múltiplas vítimas. Identificação dos profissionais necessários para atendimentos – médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros. Para as unidades – PA/Emergência, Bloco Cirúrgico, UTI Adulto, UTI Pediátrica. Identificação dos pacientes e liberação de informação aos familiares.

Acolhida aos familiares em local adequado e equipe preparada para recebê-los e inclusive para acomodá-los durante sua permanência no hospital.

Depois de identificados e comunicados às vítimas e respetivos familiares, será liberado um boletim com a identificação e informação das vítimas à imprensa.

Em casos de atendimento a situações de epidemia de Arboviroses

A equipe deverá proceder com o atendimento conforme Plano de Contigência para Manejo de Arboviroses, promovendo ações de enfrentamento da Dengue e outras arboviroses fornecendo ao cliente da saúde suplementar o acesso a assistência e informação. Todas as ações serão traçadas pelo gabinete de crise além da definição de comunicação interna e externa.

Em caso de vazamento de informação e gerenciamento de crise documento POP Vazamento de Informação da ASCOM e POP gerenciamento de crise ASCOM.

15 Relacionamento com o Cliente

O setor de Relacionamento com o cliente é um setor onde o paciente ou acompanhante pode fazer denúncias, reclamações, sugestões, elogios e demais manifestações quanto aos serviços e atendimentos prestados pela Instituição. Tem como objetivo criar um canal permanente de comunicação entre o paciente e a instituição. Todas as manifestações são encaminhadas às Diretorias/Setores competentes para o tratamento e/ou apuração do caso e o retorno repassado ao cliente em até 05 dias.

Formas de comunicação com o relacionamento com o Cliente:

Pela internet: site institucional www.hnsd.org.br ou pelo QR CODE NPS disponível nas áreas assistenciais

Presencialmente de segunda a quinta feira, das 7h às 17h e às sextas feiras das 7h às 16h.

Por telefone (31) 38391400, de segunda a sexta-feira, das 7h às 16h

Por e-mail: ouvidoria@hnsd.org.br

Avaliação e Monitoramento

Realização de auditorias internas de prontuário

Monitoramento de eventos adversos por falha de comunicação

Treinamento e Educação Permanente

Capacitações obrigatórias sobre comunicação efetiva na saúde

Atualização da equipe sobre protocolos institucionais de comunicação

Referências

Manual de identidade visual da marca

Manual de uso de redes sociais da Secretaria Especial de Comunicação Social - Federal

Indicadores de Efetividade

Saudabilidade da marca

Engajamento de vídeos

Visualizações de site

Controle Histórico				
Revisão	**Data**	**Elaboração / Revisão**	**Verificação**	**Aprovação**
1	29/01/26	Pauline Campos Assessoria de Comunicação Ana Paula Duarte - Diretoria Hospitalar	Pauline Campos Assessoria de Comunicação	Alexandre Coelho - CEO

Controle De Revisão			
Revisão	**Data**	**Item**	**Natureza das Alterações**
1	NA	NA	NA