



Protocolo de Atenção à Saúde

Segurança do paciente: comunicação efetiva

Área(s): Gerência de Serviços de Enfermagem na Atenção Hospitalar e nas Urgências/DIENF/COASIS/SAIS e Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente da SES/DF.

Portaria SES-DF Nº 31 de 16.01.2019, publicada no DODF Nº 17 de 24.01.2019.

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Realizou-se uma pesquisa a partir de *Guidelines da Joint Commission* e artigos científicos na base de dados LILACS

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Comunicação efetiva, segurança do paciente, qualidade da assistência à saúde.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Para seleção do material, foi efetuada uma busca *on-line* das publicações amplamente utilizadas no contexto da segurança do paciente, como Ministério da Saúde do Brasil, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, *Guidelines da Joint Commission* e artigos científicos, totalizando 18 publicações entre os anos de 2002 a 2017.

2- Introdução

Segundo o dicionário Aurélio, comunicação é a derivação feminina do verbo comunicar, pôr em comunicação, participar, fazer saber, pegar, transmitir. Estar em comunicação. Corresponder-se. Propagar-se. Transmitir-se.

Um dos desafios para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar é enfatizar a comunicação efetiva como meta a ser atingida pela equipe interdisciplinar, como também, proporcionar um ambiente de trabalho harmonioso com assistência livre de danos. Nesse sentido, a comunicação é fundamental para um bom desenvolvimento do trabalho, pois é o elo de interação que fortalece o vínculo entre a equipe interdisciplinar e o cliente (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Estudos mostram que a comunicação e o trabalho em equipe na saúde são determinantes na qualidade da assistência ao paciente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um em cada dez pacientes no mundo é vítima de erros e eventos adversos relacionados à assistência aos pacientes que a levaram a investigar e propor soluções para prevenção dos danos. No Brasil, a importância da comunicação efetiva como meta de segurança do paciente foi difundida após publicação de Portaria Ministerial 529/2013 (BRASIL, 2013; MARQUES; LIEBER, 2014).

A comunicação entre a equipe interdisciplinar de saúde é determinante na qualidade e segurança da prestação de cuidados aos indivíduos. Falhas de comunicação tem sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados (ARAUJO *et al.*, 2017; DUARTE; BOECK, 2015).

Uma comunicação efetiva, que seja oportuna, precisa, completa, sem ambigüidade e compreendida pelo receptor, reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria de segurança do paciente. A comunicação pode ser eletrônica, verbal ou escrita. O momento da comunicação mais suscetível a erros consiste na informação de resultados de exames críticos, como telefonema do laboratório à unidade de cuidados para relatar os resultados de um teste de urgência (GOMES, *et al.* 2014).

A comunicação é a troca de informação envolvendo emissor e receptor, que decodifica uma determinada mensagem. Vários fatores podem influenciar na comunicação em instituições de saúde: complexidade do cuidado, diversidade na formação profissional, efeito da hierarquia, número inadequado de profissionais, limitações inerentes ao desempenho humano como fadiga, estresse, distrações e capacidade limitada de realizar tarefas múltiplas. Vale ressaltar que erros não devem ser associados à falta de treinamento técnico e falhas pessoais discutidos pontualmente. Mesmo profissionais mais experientes cometem erros (CASTELLS, 2009; FERREIRA, 2010; WOLTON, 2010, FIGARO, 2014).

Alguns serviços de alta confiabilidade, como a aviação, mostraram que a adoção de ferramentas e comportamentos padronizados na busca da comunicação efetiva são estratégias muito eficazes para melhorar o trabalho em equipe e reduzir o risco. Diante disso, percebe-se que é possível adotar comportamentos e habilidades necessárias para

implementar a comunicação e a mudança na cultura organizacional em segurança do paciente nas Unidades de Saúde.

Este Protocolo tem o intuito de auxiliar os profissionais de saúde a reconhecer os momentos críticos existentes na comunicação entre as equipes de saúde e sistematizar as ações para melhoria dos processos comunicacionais entre os profissionais no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal - SES/DF

3- Justificativa

A importância da comunicação e do trabalho da equipe interdisciplinar de saúde é visto como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos (SANTOS *et al* ,2010)

As falhas de comunicação são a principal causa de eventos adversos ao paciente. Estudo aponta que falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais de saúde tem sido um dos principais fatores que contribuem para os erros médicos, eventos adversos (EAs) e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados (BAGNASCO *et al* ,2013).

Uma pesquisa realizada em hospitais afiliados à Harvard identificou a comunicação como um fator crítico em 30 % dos casos de negligência examinado pelo *CRICO Strategies*. Os casos, incluindo 1.744 mortes, envolvem histórias graves e falhas na comunicação. Por exemplo, um profissional do hospital recebeu ligações de um paciente diabético no consultório médico, mas não retransmitiu as mensagens para o médico do paciente. O paciente entrou em deterioração clínica e morreu com cetoacidose diabética (BAILEY, 2016). No Brasil, estudo realizado em três hospitais de ensino evidenciou a incidência de eventos adversos de 7,6%, dos quais 66,7% foram considerados evitáveis (OMS, 2008).

Nesse sentido, esse protocolo deverá ser aplicado em todos os serviços de saúde da Rede SES/DF com o objetivo de minimizar a ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à falha de comunicação entre a equipe multiprofissional.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Não se aplica

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal identificou a necessidade de direcionar as ações em segurança do paciente baseada nas 6 (seis) metas internacionais propostas pela Joint Commission Internacional (JCI, 2008).

Identificou-se que cada serviço de saúde, inclusive aqueles que pertenciam à uma mesma região de saúde, continham protocolos de segurança diferentes com ações diversas, porém com o mesmo objetivo: promover a cultura de segurança. Assim, percebeu-se a importância de unificar os protocolos para que ações semelhantes sejam realizadas em rede. Isso facilita a implantação, a implementação e a avaliação em todas as esferas, visto que as ferramentas utilizadas para desenvolver as habilidades profissionais podem e devem ser usadas em diferentes sítios de trabalho.

A confecção dos protocolos foi realizada a partir de oficinas com todos os Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) dos Hospitais Regionais da SES/DF.

6- Critérios de Inclusão

Todos os profissionais que prestam assistência direta ou indiretamente aos pacientes nos serviços de saúde em qualquer nível de atenção na SES/DF.

7- Critérios de Exclusão

Não se aplica.

8- Conduta

A segurança do paciente depende do trabalho em equipe e é melhorada apenas quando a informação é compartilhada (SALAS *et al* 2003).

Sabe-se que alguns fatores podem afetar a qualidade da comunicação. São eles: privação do sono em jornadas de trabalho longas, descontinuidade da assistência, atendimentos que extrapolam a capacidade instalada da Unidade/Setor de Saúde, ausência de protocolos que padronizem a comunicação. No setor saúde, a comunicação não é apenas uma troca de informação e sim a construção de sentidos, o que nos faz repensar, conhecer, compreender o processo comunicacional no cenário da assistência.

A meta da comunicação efetiva tem o objetivo desenvolver de forma colaborativa uma política e/ou procedimentos para as prescrições verbais ou telefônicas e para informar resultados de exames. A recomendação de ouvir e repetir para o interlocutor a informação/ordem/prescrição recebida é considerada uma medida de segurança para garantir uma comunicação clara, precisa, completa e sem ambiguidade para o receptor.

Algumas publicações referenciam a predominância de falhas, incidentes e eventos adversos relacionados à comunicação ineficaz entre os profissionais da saúde, conforme descrição:

- Erros relacionados à suspensão de cirurgias, de procedimentos / exames e o tempo prolongado do jejum;

- Erros relacionados à cadeia medicamentosa (falhas de redação e interpretação da Prescrição Médica, dispensação e preparo dos medicamentos, uso de siglas, abreviaturas, rasuras, entre outros);
- Erros relacionados à emissão das informações nas situações críticas como: passagem de plantão, rounds, ferramentas para troca de equipes e transferências entre unidades, assim como a ausência de displays, painéis e ferramentas para formalização da comunicação entre as equipes.

Dados da Joint Commission têm demonstrado que problemas de comunicação são os mais comumente encontrados nas análises de causa-raiz dos eventos sentinela falhas de comunicação em até 70% dos casos (JCI, 2012).

1. Informação nunca foi transmitida;
2. Informação foi dada, mas recebida de modo impreciso;
3. Informação transmitida, mas nunca recebida.

Diante do exposto, as unidades de saúde da SES/DF deverão implantar procedimentos operacionais específicos em determinados pontos de atenção da assistência a fim de alcançar a melhoria da efetividade na comunicação. São eles:

▪ TRANSMISSÃO/TRANSFERÊNCIA DE INFORMAÇÃO NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO:

Ocorre principalmente entre profissionais. Pode acontecer em diversos espaços: no mesmo setor de internação, dentro de uma sala cirúrgica, entre setores de internação, entre diferentes unidades de saúde da rede e ainda entre a unidade de saúde e o domicílio para os pacientes em cuidado domiciliar.

Trata-se de um momento crucial do processo assistencial para garantir a continuidade do cuidado e organizar processos assistenciais. Importante ponderar que a relação entre os profissionais proporciona repercussões na cultura de segurança. Trabalhar a comunicação nessas relações implica em rompimento de barreiras de poder, compartilhar conhecimento e decisões, transferir o foco do profissional ao paciente e transformar o saber individual em coletivo. (CASTELLS, 2009).

A transmissão de informações nas Unidades de Saúde da SES/DF deve ser realizada na forma de:

- Passagem de plantão presencial a cada troca de turno para todas as categorias profissionais com preenchimento obrigatório de instrumento conforme modelo. (ANEXO 1);
- Visitas interdisciplinares com o envolvimento da equipe e, quando possível, do paciente e/ou familiares;

- Discussões interdisciplinares para construção de plano de ação pós-evento adverso grave ou *never events*;

- Rondas em setores envolvendo toda a equipe multiprofissional e a alta gestão;

Essas estratégias acima citadas deverão ser realizadas de forma sistemática e em condições adequadas como ambientes livres de ruídos e organizados que minimizem interrupções. Além disso as Unidades de Saúde deverão adotar formulários/instrumentos adequados que deem suporte à transmissão de informações. Os instrumentos devem conter, no mínimo: **nome completo, data de nascimento, número SES, estado atual do paciente, procedimentos realizados, intercorrências e pendências**. Os registros devem ser objetivos, legíveis, sem abreviações e consistentes (SOUSA, PAULO, 2014).

▪ **TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES ENTRE SERVIÇOS:**

Comunicação entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados.

Refere-se a situações de transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares, unidades de diagnóstico, terapêutica ou qualquer outra unidade que funcione como bases de estabilização, mesmo que de caráter privado ou contratualizado.

As Unidades de Saúde devem elaborar procedimentos operacionais de transferência de pacientes e estabelecer a emissão de relatório, além do contato telefônico de forma articulada com os meios de transporte (SAMU ou ambulância sanitária) e Central de Regulação. O relatório deve conter informações como: identificação da unidade de saúde, identificação do paciente, histórico do atendimento prestado na unidade encaminhadora, diagnóstico de entrada, exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas, além do estado atual do paciente com sinais vitais, nome e registro profissional e assinatura do médico responsável. Os registros devem ser objetivos, legíveis, sem abreviações e consistentes.

A solicitação de transferência de pacientes entre serviços deve ser médica e estar registrada no prontuário do paciente. Além disso, o médico deverá realizar as solicitações de transferência à Central de regulação e realizar contato prévio com o serviço potencialmente receptor.

A responsabilidade do paciente transferido é do médico solicitante até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade receptora no caso de transferência em viatura de suporte básico de vida. Em casos de paciente grave, a responsabilidade é do médico solicitante até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte em viaturas com suporte avançado de vida. (Portaria 2048/2002, MS).

Sempre que possível, a transferência deverá ser comunicada aos familiares e ocorrer na presença dos mesmos ou responsável.

▪ **REGISTRO EM PRONTUÁRIO**

Um dos quesitos que mais impacta na segurança do paciente é o registro assertivo, pois informações fidedignas são imprescindíveis para uma assistência segura. Portanto faz-se necessário que os registros em prontuários sejam completos, atualizados, precisos, fidedignos, legíveis e com terminologia própria da profissão. (CREFITO, 2012, COFEN, 2016, CFN, 2005).

As unidades deverão elaborar procedimentos operacionais para estabelecer padrões mínimos de registros relacionados aos cuidados do paciente.

Os registros realizados por uma categoria profissional deverão estar disponíveis para visualização por todas as categorias.

A utilização de siglas e abreviaturas deverá respeitar lista padronizada pela SES/DF

▪ **PRESCRIÇÃO VERBAL**

Deve ser realizada apenas nas situações descritas no “Protocolo de Segurança – prescrição, uso e administração de medicamentos da SES/DF”.

SUGESTÃO DE ESTRATÉGIAS PARA ESTRUTURAR A COMUNICAÇÃO:

A comunicação deve ser: clara concisa, completa e uniforme.

▪ **Estratégias para COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL:**

- ✓ Atentar para o uso de gestos, expressões visuais, imposição da voz e sinais paralinguísticos, pois são determinantes para uma relação.

▪ **Estratégias para COMUNICAÇÃO ASSERTIVA:**

- ✓ Promover a comunicação assertiva de forma direta, clara, aberta, sincera, objetiva, transparente, respeitosa e efetiva para a transmissão da informação e, principalmente, sem provocar constrangimentos às outras pessoas.

▪ **Estratégias para a COMUNICAÇÃO ESCRITA**

- ✓ Registrar todas as atividades assistenciais prestadas ao paciente no Sistema de Prontuário Eletrônico, nas contingências, registrar as informações nos formulários manuais;
- ✓ Utilizar os recursos de comunicação visual / escrita para identificação do paciente de acordo com “Protocolo Segurança do paciente: identificação do usuário da SES/DF”.
- ✓ Manter os registros coesos e claros, evitando uso de siglas desconhecidas e abreviaturas não permitidas;

- ✓ Preencher os formulários institucionais padronizados para: Passagem de Plantão, durante as transferências, no recebimento dos resultados críticos, durante as visitas transdisciplinares / rounds, SBAR, controle das unidades, livros de ocorrência das unidades, formulários de notificação de eventos adversos e demais formulários utilizados para composição do Prontuário do Paciente;

NOTA 1: As Unidades de saúde deverão providenciar o arquivamento seguro dos documentos impressos de prontuário respeitando os prazos de guarda e medidas de conservação.

NOTA 2: Em hipótese alguma o profissional poderá fornecer a sua senha dos sistemas eletrônicos de informação a outro usuário conforme norma ABNT ISO/IEC nº 17799 Resolução CFM 1638/2002.

- **Ferramenta SBAR:**

Trata-se de uma técnica utilizada para a comunicação de informação crítica permitindo compartilhar informações do paciente de forma concisa.

É um modelo estruturado e particularmente útil para a comunicação entre os membros da equipe de saúde sobre alterações e condição de um paciente e/ou a deterioração dos sinais clínicos do paciente com linguagem crítica e conscientização.

É uma ferramenta de comunicação, dando início a uma estratégia de segurança do paciente com o intuito de melhorar a comunicação da equipe. Visa a evitar falhas na comunicação verbal e escrita, criando um modelo mental compartilhado em torno de todo o quadro clínico do paciente e situações que requerem avaliação rápida ou troca de informação crítica (WACHTER 2010; CHASSIN e BECHER, 2002).

S – SITUAÇÃO – O que está acontecendo com o paciente? – Identifique-se/ Identifique a unidade do paciente/ Explique resumidamente o problema/ Qual é, quando aconteceu ou iniciou e qual a sua gravidade/ Determine a causa da sua preocupação.

B – BACKGROUND/ HISTÓRIA PRÉVIA – Qual é o contexto e histórico clínico? – Forneça informações pertinentes dos antecedentes relacionados com a situação que podem incluir: diagnóstico de internação, data de admissão, lista das medicações em uso, alergias, sinais vitais mais recentes, data e hora em que foi realizado qualquer exame laboratorial e os resultados dos exames anteriores para comparação, resumo do tratamento até o momento

A – AVALIAÇÃO – O que mudou? – Diga o que você considera que seja o problema: mudanças que ocorrem em relação à avaliação anterior, a condição do paciente instável ou se agravando.

R – RECOMENDAÇÃO – O que eu faria para corrigi-lo? – Diga qual a sua recomendação ou solicitação: tratamentos específicos, exames necessários, o paciente precisa ser avaliado agora?

EXEMPLO SEM METODOLOGIA

Olá Doutor, o Sr. Pedro está tendo uma dor torácica. Ele estava andando no corredor e comeu bem no jantar.

Não sei o que está acontecendo, mas já pedi um eletrocardiograma.

Ele estava um pouco sudoreico quando teve a dor, mas já lhe dei todos os medicamentos inclusive a insulina e o antibiótico.

Ele foi submetido a uma colectomia ontem e está em uso de uma bomba de PCA (analgesia controlada pelo paciente).

EXEMPLO UTILIZANDO A METODOLOGIA SBAR

Olá doutor, aqui é a enfermeira RRR da Enfermaria Cirúrgica e estou acompanhando o paciente Sr. PPP. Ele teve uma dor torácica de forte intensidade há cerca de 5 minutos, acompanhada de dispneia e sudorese (**Situação**).

É um homem de 68 anos, com história prévia de doença cardíaca, que sofreu uma colectomia ontem, sem complicações (**História Prévia- Background**).

Pedi um eletrocardiograma e minha preocupação é que ele esteja tendo um infarto ou embolia de pulmão (**Avaliação**).

Seria muito importante que o Sr. viesse aqui imediatamente (**Recomendação**).

A proposta desta Ferramenta é realizar uma comunicação breve e concisa com informações de importância crítica transmitidas em uma estrutura previsível. A estrutura SBAR ajuda a desenvolver as habilidades de pensamento crítico. Logo, a pessoa que inicia a comunicação sabe o que deve dizer antes mesmo de pegar o telefone. Sua conclusão pode não ser a resposta, mas há claramente um valor na definição da situação.

S	<p>Situação Estou telefonando sobre <nome e localização do paciente> A situação de código do paciente é <situação de código> A razão de meu telefonema é _____ (p. ex., Receio que o paciente tenha uma parada.)</p> <p>Acabo de avaliar pessoalmente o paciente:</p> <p>Os sinais vitais são: pressão sanguínea ____/____, pulso ____, respiração ____, e temperatura ____</p> <p>Estou preocupado com:</p> <p>A pressão sanguínea, porque está acima de 200 ou abaixo de 100, ou 30 mmHg abaixo da normal O pulso, porque está acima de 140 ou abaixo de 50 bpm. A respiração, porque é menor que 5 ou maior que 40 rpm. A temperatura, porque é menor que 35 ou maior que 38 °C.</p>
B	<p>Background O estado mental do paciente é:</p> <p>Alerta e orientado para pessoa, lugar e tempo Confuso e cooperativo ou não cooperativo Agitado ou combativo Letárgico, embora converse e consiga deglutir Em estupor e sem conversar com clareza e, possivelmente, sem conseguir deglutir Em coma, com olhos fechados e não reage a estímulos</p> <p>A pele está:</p> <p>Quente e seca Pálida Com manchas Diafórica Extremidades estão frias</p> <p>O paciente não está ou está em oxigênio.</p> <p>O paciente está em _____ (l/min) ou (%) de oxigênio há _____ (minutos ou horas) O oxímetro está marcando _____% O oxímetro não detecta um bom pulso e está fornecendo dados errados</p>
A	<p>avaliação Eis o que penso ser o problema: <dizer o que você acha que é o problema>. O problema parece ser cardíaco infeccioso neurológico respiratório _____. Não tenho certeza do problema, mas o paciente está piorando. O paciente parece estar instável e pode piorar, precisamos fazer alguma coisa.</p>
R	<p>Recomendação Sugiro ou solicito que você < diga o que gostaria que fosse feito>.</p> <p>Transfira o paciente para a unidade de cuidados críticos. Venha ver o paciente agora. Converse com o paciente ou com a família sobre a situação de código. Peça ao residente de prática familiar de plantão para visitar o paciente agora. Peça a um consultor que veja o paciente agora.</p> <p>Há necessidade de algum exame:</p> <p>Você precisa de exames como CXR (raio X de tórax), ABG (gasometria arterial), EKG (eletrocardiograma), CBC (hemograma completo) ou BMP (conjunto de glicose, eletrólitos, ureia e creatinina)? Outros?</p> <p>Se ordenada uma mudança no tratamento, perguntar:</p> <p>Com que frequência deseja os sinais vitais? Quanto tempo você espera que persista o problema? Se o paciente não melhorar, quando quer que telefonemos novamente?</p>

O instrumento SBAR foi desenvolvido pelo Kaiser Permanente. Sinta-se à vontade, por favor, para usar e reproduzir esses materiais, pensando na segurança do paciente; e, por favor, guarde essa nota pensando em um reconhecimento adequado.

■ **CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA:** Vide “Protocolo de Segurança – prescrição, uso e administração de medicamentos da SES/DF”.

■ **UTILIZAR SOMENTE ABREVIATURAS E SIGLAS PADRONIZADAS:** respeitar lista de abreviaturas padronizadas pela SES/DF. Vide “Protocolo de Segurança – prescrição, uso e administração de medicamentos da SES/DF

8.1 Conduta Preventiva

Não se aplica

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica

8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica

8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica

9- Benefícios Esperados

Reduzir a ocorrência de erros relacionados à falha de comunicação entre a equipe de saúde. Espera-se que todo o processo de troca de informação entre pessoas deverá resultar em compreensão sobre o que está sendo comunicado em todas as Unidades de Saúde da Rede SES/DF.

10- Monitorização

Todos os incidentes envolvendo falhas na comunicação devem ser notificados pelos pacientes e/ou profissionais de saúde na Ficha de Notificação de Eventos Adversos do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e/ou sistema NOTIVISA (aba cidadão).

Indicadores mínimos – periodicidade MENSAL:

- 1) Taxa de eventos adversos relacionados à falha no processo de comunicação:

$$\frac{\text{Número de eventos adversos relacionados à falha no processo de comunicação}}{\text{Número de total de eventos adversos}}$$

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Não se aplica

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Os dados coletados anualmente pelas Superintendências Regionais de Saúde, através dos indicadores pactuados neste protocolo, servirão para o planejamento das ações dos gestores de cada localidade e das áreas técnicas responsáveis.

14- Referências Bibliográficas

1. AGUIAR L.L.A.; GUEDES M.V.C.; OLIVEIRA R.M; LEITÃO I.M.T.A; PENNAFORT V.P.S.; BARROS A.A. Enfermagem e Metas Internacionais de Segurança: avaliação em hemodiálise. Cogitare Enfermagem, 2017; v.22, n.3 [acesso em 19 dez 2017]. Disponível: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875388/45609-212390-1-pb.pdf>
2. ARAÚJO, M.A.N. et al. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. Enferm. Foco, v.8, n.1, p.52-56, 2017.
3. BAGNASCO A., TUBINO B., PICCOTTI E., ROSA F., ALEO G., PIETRO P.D., et al. Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department. Int Emerg Nurs. 2013; 21(3):168-72.
4. BAILEY, M. Communication failures linked to 1.744 deaths in five years, US malpractice study finds. STAT, 01 Fev 2016.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002.
6. BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. Escola Anna Nery. Rev. Enfermagem, v.19, n.3, jul-set, 2015.
7. CHASSIN, M. R; BECHER, E. C.The wrong patient.An Intern Med. 2002. v. 136, p. 826-833.
8. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.638 de 10 de julho de 2002.
9. FERREIRA, A.B.H. Dicionário Aurélio. Editora Positivo, 2010. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/comunicacao>>. Acesso em: 23 May. 2018
10. JCI. Joint Commission Resources. Temas e estratégias para a liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais. Porto Alegre: Artmed, 2008.
11. JC. The Joint Commission (US). Sentinel event data root causes by event type 2004-2012. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2012. Acesso: maio de 2018. Disponível em: http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/.

12. NOGUEIRA J. W. S.; RODRIGUES M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, 2015; v.20, n.3. [acesso em 19 dez 2017]. Disponível: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016/26245>.
13. MARQUES, F.L.G.; LIEBER, N.S.L. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. *Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.401-420, 2014.
14. JCI. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde, 4ª edição. Rio de Janeiro, 2011.
15. SALAS E., SIMS D., KLEIN C., BURKE C.S. Can teamwork enhance patient safety? *Forum Risk Manag.* 2003; 23(3):5-9.
16. SANTOS M.C., GRILO A., ANDRADE G., GUIMARÃES T., GOMES A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Rev. Port. Saúde Pública*. [Internet] 2010; (10):47-57 [acesso em 01 jun 2018]. Disponível: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volumetematico-seguranca-do-doente/6-Comunicacao%20em%20saude%20e%20a%20seguranca%20do%20doente.pdf>
17. SOUSA, Paulo (Org.) Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. / organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. — Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014. 208 p.: il. tab.; graf. ISBN: 978-85-8432-015-8
18. WACHTER, R. M. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed, 2010. 320p.

ANEXO 1

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL REGIONAL _____

PASSAGEM DE PLANTÃO DO SETOR _____

DATA: ___/___/___ TURNO: _____

EQUIPE: _____

Leito	Nome do paciente (SES _____)	Data de admissão	Diagnóstico médico ou motivo da internação	Breve evolução clínica/cirúrgica	Exames realizados e/ou exames pendentes	Intercorrências	Pendências (preparo para exames, dispositivos a serem instalados, curativo..)