

INCIDENTES RELACIONADOS A COMUNICAÇÃO INEFICAZ: EVENTOS ADVERSOS GRAVES

Data de submissão: 10/12/2023

Data de aceite: 01/02/2024

Andréia Guerra Siman

Universidade Federal de Viçosa, Viçosa,
Minas Gerais, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3620345145949548>

Edilaine Coelho Ferreira

Universidade Federal de Viçosa, Viçosa,
Minas Gerais, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4484641032645485>

Dayane Andrade de Almeida

Universidade Federal de Viçosa, Viçosa,
Minas Gerais, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2042974857078195>

Marilane de Oliveira Fani Amaro

Universidade Federal de Viçosa, Viçosa,
Minas Gerais, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8475779445932134>

Maria José Menezes Brito

Universidade Federal de Minas Gerais,
Belo Horizonte, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9045877879972358>

Luana Vieira Toledo

Universidade Federal de Viçosa, Viçosa,
Minas Gerais, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/9581178318829545>

RESUMO: Objetivo: analisar os eventos adversos relacionados à falha de comunicação na assistência em hospitais de ensino.

Método: estudo descritivo, retrospectivo, transversal, realizado pela consulta de fichas internas de notificação de eventos adversos que foram notificados em três hospitais nos anos de 2013 a 2020. A coleta se deu utilizando um questionário estruturado. Realizou-se a análise descritiva, com frequências absoluta e relativa, através do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), 23.0.

Resultados: foram encontrados 1154 incidentes notificados, sendo 41 (3,5%) por falhas de comunicação. O ano de maior notificação foi 2019, com 14 (34,2%). O setor de internação teve maior ocorrência, com 26 (63,4%) eventos. Em relação à gravidade, 78% foram classificadas como leve, porém, ocorreram dois (4,9%) óbitos.

Considerações finais: incidentes relacionados à comunicação ineficaz foram pouco prevalentes, entretanto, a ocorrência de dois óbitos mostra a necessidade de avanços nas políticas públicas que reduzam riscos nos serviços de saúde. Mecanismos e estratégias para melhoria da qualidade do cuidado, das práticas de segurança do

paciente e gerenciamento dos riscos ainda são incipientes e urgentes.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente; Comunicação; Notificação; Qualidade da Assistência à Saúde; Gestão de Riscos.

INCIDENTS RELATED TO INEFFECTIVE COMMUNICATION: SERIOUS ADVERSE EVENTS

ABSTRACT: Objective: to analyze adverse events related to communication failure in care in teaching hospitals.

Method: descriptive, retrospective, cross-sectional study, carried out by consulting internal reports of adverse events that were reported in three hospitals from 2013 to 2020. Data collection using a structured questionnaire. A descriptive analysis was carried out, with absolute and relative frequencies, using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), 23.0.

Results: 1154 incidents were found, 41 (3.5%) due to communication failures. The year with the highest number of notifications was 2019, with 14 (34.2%). The hospitalization sector had the highest occurrence, with 26 (63.4%) events. Regarding severity, 78% were classified as mild, however, two (4.9%) deaths.

Final considerations: incidents related to ineffective communication were not very prevalent, however, the occurrence of two deaths shows the need for advances in public policies that reduce risks in health services. Mechanisms and strategies for improving the quality of care, patient safety practices and risk management are still incipient and urgent.

KEYWORDS: Patient safety; Communication; Notification; Quality of Health Care; Risk Management.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem se constituído um dos grandes desafios do setor saúde, levando pesquisadores a conduzirem estudos nacionais e internacionais, com o propósito de promover melhorias específicas em áreas que são problemáticas na assistência. Para garantir a efetividade na assistência foram elaboradas metas internacionais de segurança do paciente, dentre as quais se destaca a meta de comunicação efetiva⁽¹⁾.

Apesar da importância, as dificuldades de comunicação persistem em estabelecimentos de saúde, e superar essas dificuldades requer analisar o processo de comunicação para entender os fatores que o afeta⁽²⁾. Dentre estes fatores, temos: as burocracias, as hierarquias no relacionamento entre os profissionais de saúde, as diferenças nos padrões de fluxo de trabalho e a carga de trabalho excessiva dos profissionais envolvidos no processo de cuidado, que podem impedir o processo comunicativo⁽³⁾.

A comunicação ineficaz compromete a qualidade do cuidado e tende a trazer impactos à vida do paciente como: erros de diagnóstico, prestação de cuidados inadequados, prejuízo no processo saúde-doença, problemas de adesão ao tratamento impactando na recuperação, ausência de registro do cuidado ofertado, ruptura na continuidade dos

serviços prestados, dentre outros⁽⁴⁾. Além disso, a fragilidade no processo de comunicação pode trazer consequências no campo profissional e pessoal dos profissionais de saúde afetando diretamente a qualidade do trabalho em equipe, redução da confiança resultando em desarmonia ao ambiente de trabalho⁽⁵⁾.

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos da América identificou que 65,8% dos pacientes apresentaram relatos de incidentes e Evento Adversos (EA) na prestação do cuidado⁽⁶⁾. Dentre as consequências dos danos ou lesões causadas ao paciente em decorrência ao EA, destacam-se o aumento dos custos de internações hospitalares, a permanência em hospitais, a necessidade de intervenção diagnóstica e terapêutica, os custos sociais, como o aumento dos medicamentos, a ausência do trabalho e morte prematura⁽⁷⁾.

A comunicação efetiva nos serviços de saúde, ainda é um desafio. A prestação de um cuidado de saúde de qualidade depende de uma comunicação eficaz sobretudo em relação às informações críticas compartilhadas entre a equipe multiprofissional durante a hospitalização. A troca de informações de forma estruturada pode contribuir com a comunicação eficaz entre os profissionais, paciente e família, melhorando a qualidade da assistência e segurança na prestação dos cuidados, reduzindo riscos e falhas⁽⁸⁾.

Assim, aponta-se a relevância em refletir sobre a temática, partindo de referencial que analisa aspectos da comunicação e segurança do paciente. Dessa forma, questiona-se: Quais os principais incidentes relacionados a comunicação no ambiente hospitalar?

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar os eventos adversos relacionados às falhas de comunicação na assistência em saúde, em três hospitais de ensino.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, transversal e foi relatado de acordo com as recomendações do Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE)⁽⁹⁾.

O estudo consultou dados apresentados nas notificações dos EA, provenientes de fichas internas de notificação de três hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os três hospitais atendiam SUS, particular e convênios, e possuíam núcleo de segurança do paciente, sendo referências no atendimento médico-hospitalar de uma região de saúde composta por trinta municípios.

A amostra do estudo foram as fichas internas de notificações de EA. A notificação de EA era realizada em impressos próprios, preenchidos por profissionais de saúde, pacientes ou acompanhantes. Elegeram-se como critérios de inclusão: a notificação estar legível; notificações entre 2013 a 2020. Os dados foram coletados por pesquisador treinado em 2020.

O roteiro seguido foi um questionário adaptado com base nos estudos realizados da Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, relatório Técnico Final, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽¹⁰⁾. As variáveis coletadas foram: ano de ocorrência do evento, motivo da notificação, turno de ocorrência, setor de ocorrência, profissional envolvido, incidente associado, manifestações clínicas associadas, ações preventivas e tratamento, gravidade.

Todas as informações compiladas foram integradas em um único banco de dados. Primeiramente, os dados coletados foram armazenados em planilha do excel e posteriormente foram armazenados e analisados pelo software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 23.0. Para análise descritiva, as variáveis foram apresentadas como frequências absolutas e relativas.

O estudo respeitou as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, iniciando-se após apreciação e aprovação das instituições cenários do estudo e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, com o parecer número 2.957.054/2020.

RESULTADOS

Foram identificados, nas três instituições, um total de 1154 EA, sendo 21,8% erros de medicação, 15,5% erros de processo, 11,3% lesão por pressão e 8,6% queda, sendo que 20,6% dos eventos não foram identificados. As falhas de comunicação corresponderam a 3,5% dos eventos notificados, conforme descrito na tabela 1.

Tipo de Evento Adverso	n	%
Erro de medicação/fluidos endovenosos	251	21,8
Processo/procedimento clínico	179	15,5
Lesão por pressão	130	11,3
Queda	99	8,6
Falhas na identificação	96	8,3
Nutrição	51	4,4
Falha de comunicação	41	3,5
Complicações de acesso venoso/flebite	32	2,8
Equipamentos/dispositivos médicos	22	1,9
IRAS (Infecção Relacionada a Assistência à Saúde)	8	0,7
Desinfetante uso hospitalar	5	0,4
Oxigênio/gases/vapor	2	0,2
Não identificado	238	20,6

Tabela 1 - Número de notificações realizadas de acordo com o tipo de evento (n=1.154). Viçosa, MG, Brasil, 2023

Dentre as notificações relacionadas a falha de comunicação (n=41), observou-se um maior número dessas notificações no ano de 2019, totalizando 14 (34,2%). Em 2015 e 2018, foram notificados oito (19,5%) EA em cada ano; em 2020 cinco (12,2%); em 2013 quatro (9,8%); nos anos de 2016 e 2017 houve uma (2,4%) notificação por ano e em 2014 não houve registro de nenhuma notificação de EA relacionado a falha de comunicação.

Em relação à distribuição dos EA de comunicação segundo o setor e o turno de ocorrência, três eram do pronto socorro e quatro do CTI, sem identificação de turno; 15 eram da unidade de internação no turno diurno e 11 não identificados quanto ao turno; oito não identificados quanto ao setor, dentre eles um diurno, três noturnos e quatro não identificados também quanto ao turno.

Quanto ao profissional envolvido no EA, foi possível observar que 20 (48,8%) notificações constavam o profissional médico; 10 (24,4%) o auxiliar ou técnico de enfermagem e 11 (26,8%) o profissional não foi identificado. Das notificações envolvendo o profissional médico 15 (36,6%) foram relacionadas a falhas na prescrição médica e cinco (12,2%) foram relacionadas a ausência ou atraso do atendimento. Analisando os motivos das notificações envolvendo o auxiliar ou o técnico de enfermagem duas (4,9%) foram pela ausência de contato com o médico, duas (4,9%) foram devido a ingestão de antisséptico pelo paciente, duas (4,9%) foram pelo não atendimento a ações estabelecidas pela instituição, uma (2,4%) foi relacionada à troca de resultado de exame, uma (2,4%) foi por não administração de medicamento, uma (2,4%) por não ter solicitado a alimentação adequada para o paciente e uma (2,4%) pelo não recebimento do paciente no setor.

Dos EA associados às falhas de comunicação, predominaram os classificados como dano leve: 32 (78%), seguidos por quatro (9,8%) com grau de dano moderado; três (7,3%) dano grave e dois (4,9%) que foram a óbito. Os óbitos ocorreram em 2013 e 2018, um ocorreu no centro de terapia intensiva (CTI) e o outro não foi identificado o setor, ambos não tiveram o turno de ocorrência identificado.

Das 41 notificações analisadas 15 (36,6%) não tiveram registrado nenhuma ação preventiva e/ou tratamento oferecido ao paciente após a ocorrência do EA. As demais notificações geraram condutas como treinamento/orientação da equipe (19), avaliação médica com intervenção (quatro), avaliação médica sem intervenção (uma), advertência (uma), ações relacionadas à infraestrutura (uma) e nenhuma ação preventiva ou tratamento (15).

As manifestações clínicas associadas ao EA relacionado à falha de comunicação foram jejum prolongado ou fome: três (7,3%), parada cardiorespiratória: duas (4,9%), taquipneia: duas (4,9%), fratura: uma (2,45%), dor: uma (2,45%) e em 32 (78%) notificações não foi possível identificar se ocorreu ou não alguma manifestação clínica associada.

Os EA de falhas de comunicação relacionados à medicação/fluido intravenoso (IV) contribuíram com 21 (51,2%) notificações, seguidas por seis (14,6%) relacionadas a comportamento, conforme detalhado na Tabela 2.

Distribuição por tipo de incidente	n	%
Medicação/Fluido IV	21	51,2
Comportamento	6	14,6
Administração Clínica	4	9,75
Processo/Procedimento clínico	3	7,3
Dieta/Alimentação	2	4,9
Documentação	2	4,9
Acidente do doente	2	4,9
Infraestrutura/edifícios/instalações	1	2,45

Tabela 2. Distribuição por tipo de incidente relacionado a falhas de comunicação. (n=41) Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2023

DISCUSSÃO

A maioria dos estudos relacionados a segurança do paciente trabalham com análise de EA que envolvem aspectos assistenciais, este estudo foi dedicado às notificações envolvendo falhas de comunicação.

Os resultados da presente pesquisa identificaram que 41 (3,5%) EA estavam relacionados às falhas de comunicação. Um trabalho realizado em um hospital geral da rede federal no Rio de Janeiro detectou a ocorrência de 192 (3,5%) incidentes relacionados à comunicação ineficaz no período de 2014 a 2019⁽¹¹⁾, corroborando com os achados desta pesquisa.

O ano de 2019 foi o ano que apresentou um maior número de notificações de EA relacionados a falhas de comunicação, seguido dos anos de 2015 e 2018, com oito notificações cada. A notificação de EA é fundamental para prevenção de incidente e necessária para melhoria da qualidade da assistência à saúde e para o desenvolvimento de estratégias voltadas para a redução do risco de incidentes evitáveis no sistema de saúde⁽¹²⁾. No ano de 2014, não foi registrada nenhuma notificação de EA relacionado à falha de comunicação.

A limitação de diferentes sistemas de notificação de incidentes são sistemas de saúde que permanecem isolados, internamente competitivos ao invés de holísticos, voltados para a equipe, a permanência da cultura punitiva, a não capacidade da organização a aprender, adaptar, autocorrigir e tornar-se resiliente a erros discretos; capacidade de adoção de correções sistêmicas para minimizar erros de forma reativa, proativa e preditiva, bem como manifestações de erros em resultados indesejáveis ou catastróficos⁽¹³⁾.

No presente estudo, não foi abordado os fatores que pudessem estar relacionados à ausência de notificação, portanto, não é possível afirmar que não ocorreu. A subnotificação nos serviços de saúde é um grave problema enfrentado pelas instituições e ainda é muito prevalente⁽¹⁴⁾. Os fatores que facilitam a notificação são: apoio institucional aos profissionais; cultura de segurança organizacional; aprimoramento do sistema de notificação e incentivo

ao relacionamento voluntário e confidencial, porém, os que dificultam a notificação são a falta de recursos materiais/humanos; medo/vergonha; postura institucional punitiva/falta de amparo; falta de estímulo à notificação e lacunas no conhecimento⁽¹⁵⁾.

De acordo com os resultados apresentados, o setor que mais notificou falhas de comunicação foi o setor de internação, com um total de 26 notificações, sendo 15 (36,6%) no turno diurno e 11 (26,8%) em turno não identificado. As demais notificações ocorreram no CTI, pronto socorro e em setores não identificados. Um trabalho realizado em um complexo hospitalar universitário, dividido em duas unidades, no interior do estado de São Paulo demonstrou que os EA notificados foram mais frequentes nas unidades de internação e o período do dia de maior ocorrência foi o diurno⁽¹⁶⁾. Em um hospital de ensino, de grande porte, localizado em Salvador verificou-se que 57,2% das notificações foram realizadas pelas unidades de internação adulto, sendo o turno da manhã o de maior ocorrência⁽⁷⁾. Ambos os trabalhos vão ao encontro dos resultados encontrados nesta pesquisa. O fato dos EA ocorrerem mais no turno diurno pode ser explicado pelo maior número de profissionais nos serviços, maior vigilância e maior possibilidade de identificação e de notificação dos incidentes⁽⁷⁾.

Diferentemente, um trabalho realizado na China, sobre as atitudes de segurança dos enfermeiros do centro cirúrgico, sua cognição e atitudes demonstrou que os principais fatores que afetaram sua atitude de segurança foram os turnos noturnos, bem como a cognição e as atitudes em relação à notificação de EA⁽¹⁷⁾.

Analisar os setores e o turno com maior percentual de notificação de EA pode auxiliar aos gestores das instituições a realizarem o planejamento e estabelecerem estratégias voltadas para melhoria dos processos de trabalho e assistência prestada ao paciente.

Ao analisar a categoria do profissional envolvido no processo que desencadeou o EA, este estudo identificou o profissional médico como a categoria mais prevalente, seguida dos auxiliares ou técnicos de enfermagem. Tal fato pode ser justificado pelo percentual de notificações de EA envolvendo prescrições médicas (36,5%). Uma pesquisa realizada sobre EA noticiados pela mídia verificou que as instituições onde mais ocorreram os EA foram as públicas, envolvendo os profissionais de enfermagem do nível médio e do gênero feminino. As crianças (66,7%) e os idosos (26,7%) foram os que mais sofreram EA⁽¹⁸⁾.

Quanto à origem dos incidentes por falha de comunicação, dos 41 EA notificados pelas instituições, 15 (36,6%) foram relacionados a falhas na prescrição médica. Uma revisão integrativa composta por 79 artigos identificou como principais fatores contribuintes para a ocorrência de erros de medicação o fator humano em 41 (34,2%) citações, onde 22 (18,3%) foram relacionadas à comunicação, com destaque para falha na comunicação verbal ou escrita e falha na interpretação da prescrição⁽¹⁹⁾.

O EA é um incidente que causa danos à saúde⁽²⁰⁾. Esse dano pode ser classificado como ligeiro, moderado, grave e morte (causado ou antecipada pelo EA)⁽⁹⁾. Em um hospital de ensino de Salvador/BA constatou-se que 91,52% dos EA ocasionaram em dano leve ao

paciente, 6,96% em dano moderado e 0,32% culminaram na morte do indivíduo⁽⁷⁾. Esses resultados corroboram com os achados desta pesquisa, onde 78% dos EA causaram dano leve ao paciente, 9,8% dano moderado, 7,3% dano grave e 4,9% foram a óbito. Uma pesquisa Canadense demonstra que as organizações de saúde têm lutado para adotar programas eficazes de gerenciamento de risco para reduzir a probabilidade e o impacto desses danos aos pacientes⁽²¹⁾.

Tanto os serviços de saúde quanto o paciente podem sofrer várias consequências após a ocorrência do incidente com dano, como: prolongamento do tempo de internação, danos temporários ou permanentes, aumento dos gastos com o cuidado assistencial⁽¹⁶⁾. No presente estudo, foi possível verificar a presença de alguma manifestação clínica em nove (22%) notificações, como: jejum prolongado ou fome, parada cardiorrespiratória, taquipneia, fratura e dor e em 32 (78%) notificações não foi possível identificar se ocorreu ou não alguma manifestação clínica associada.

Considerando a Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente, relatório técnico final, publicado pela OMS em 2011, neste estudo, foi observado que dos EA relacionados à falha de comunicação, 21 (51,2%) estavam relacionados à medicação/fluido IV e que os relativos a comportamento contribuíram com 14,6%. Dos 21 EA caracterizados como falha na medicação/fluido IV, 15 (71,4%) estavam relacionados à prescrição médica (prescrição não realizada ou não realizada no momento oportuno). Com relação ao grau de dano, 20 destes eventos ocasionaram dano leve e um resultou em óbito. Os resultados demonstram que falhas de comunicação podem estar associadas a outros tipos de EA, e resultam em danos de diversas gravidades, sendo estes reversíveis ou não, podendo levar ao óbito, como identificado neste estudo.

A análise das falhas de comunicação dependem de fatores não bem documentados na literatura. Os eventos relacionados à comunicação podem ser evitáveis, e ocorrem muitas vezes por falta de interdependência, coesão e cuidado multidisciplinar. A falha pode advir de situações diversas, como do conhecimento e do ambiente organizacional, que têm impactos significativos na comunicação. Entretanto, os fatores humanos, conhecimentos, atitudes e valores são imprevisíveis e podem colocar em risco a qualidade da assistência e a segurança do paciente⁽²¹⁾. Faltam fundamentos teóricos para explicar os fatores humanos, as relações interpessoais e o desempenho da equipe. Muitos estudos focam em fatores organizacionais. No entanto, cuidados de saúde seguros se iniciam com uma boa comunicação⁽²²⁾.

Alguns fatores têm sido considerados primordiais para o desenvolvimento da comunicação efetiva, tais como: comportamento colaborativo, contato dos olhos, liderança clara, confirmação da compreensão da mensagem, discussões saudáveis de informações pertinentes, envolvimento do paciente⁽²²⁾ e todos os membros da equipe, consciência situacional (compreensão do ambiente e capacidade de se antecipar a um possível problema futuro) e feedback⁽²¹⁾.

Já no que abrange aos principais desafios encontrados para a comunicação efetiva, tem-se: a tendência de uma mesma categoria profissional se comunicar mais entre uns do que com os outros; o efeito da hierarquia, geralmente com o médico ocupando posição de maior autoridade, situação que pode inibir os demais membros da equipe interdisciplinar, além dos fatores ambientais como: ruído, uso da máscara e conversas irrelevantes⁽²³⁾. Salienta-se que os profissionais que adquirem conhecimento em segurança do paciente aumentam a atitude, o comportamento e as habilidades nesta área⁽²⁴⁾.

Outro aspecto do processo de comunicação que pode ser considerado crítico para a ocorrência de EA com os pacientes é a forma como estão estruturadas as trocas de informações entre os turnos de trabalho nos serviços de saúde. As passagens de plantão, rounds ou relatórios de troca de turnos são uma característica do trabalho em saúde. A continuidade do atendimento do paciente exige o compartilhamento de informações sem fragmentar a ação, com trabalho em equipe e cuidado centrado na pessoa, o que revela comprometimento com a continuidade da assistência. Neste sentido, os profissionais buscam superar as dificuldades decorrentes de infraestrutura e excesso de pacientes⁽²⁵⁾.

A passagem de plantão e transferência do cuidado de forma segura é considerada ferramenta fundamental para a prevenção de falhas de comunicação. Podem ser adotadas diferentes estratégias para efetuar a troca de informações relevantes para assegurar a continuidade e a segurança das ações de cuidado. Alguns serviços adotam relatórios orais gravados, relatórios escritos, rounds a beira do leito, quadros e painéis de informações, além de relatórios verbais em reuniões conjuntas das duas equipes⁽²⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os eventos adversos relacionados à comunicação, encontrados no período avaliado, foram de 1154 incidentes, dos quais 41 (3,5%) foram falhas de comunicação. Esse tipo de evento foi pouco prevalente. Entretanto, a ocorrência de dois óbitos relacionados demonstra a necessidade de avanços nas políticas públicas que reduzam os riscos nos serviços de saúde. Analisando os eventos adversos do tipo falha de comunicação, estes estavam mais relacionados a erro de medicação/fluido intravenoso (IV) e ao comportamento humano.

Uma das limitações do estudo foi a ausência do preenchimento de todos os campos das fichas internas de notificação, impedindo o conhecimento de todas as informações sobre o incidente. Outro aspecto limitante é a subnotificação de incidentes, o que pode limitar a obtenção da totalidade dos eventos adversos ocorridos.

Mecanismos e estratégias para melhoria da qualidade do cuidado, das práticas de segurança do paciente e gerenciamento dos riscos ainda são incipientes e urgentes.

AGRADECIMENTO

Agradecemos ao apoio financeiro recebido da Fapemig através do edital universal 2018 número APQ-00856-18.

REFERÊNCIAS

1. Olino L, Gonçalves AC, Strada JKR, Vieira LB, Machado MLP, Molina KL et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. Rev. Gaúch. Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 29 set 2022]; 40(esp):e20180341. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>.
2. Dudley N, Ritchie CS, Rehm RS, Chapman SA, Allhagen MI. Facilitators and barriers to interdisciplinary communication between providers in primary care and palliative care. J. palliate. med. [Internet]. 2019 [acesso em 28 set 2022]; 22(3). Disponível em: doi: <http://doi.org/10.1089/jpm.2018.0231>.
3. Umberfield E, Ghaferi AA, Kerin SL, Manojlovich M. Using incident reports to assess communication failures and patient outcomes. Jt Comm J Qual Patient Saf. [Internet]. 2019 [acesso em 28 set 2022]; 45(6). Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2019.02.006>.
4. Witiski M, Makuch DMV, Rozin L, Matia G de. Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. Ciênc. cuid. saúde. [Internet]. 2019 [acesso em 29 set 2022]; 18(3). Disponível em: doi: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v18i3.46988>.
5. Moreira FTLS, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. Rev. Gaúch. Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 29 set 2022]; 40(esp):e20180308. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>.
6. Villar VCFL, Duarte S da CM, Martins M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. Cad. Saúde Pública (Online). [Internet]. 2020 [acesso em 29 set 2022]; 36(12): e00223019. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223019>.
7. Silva VA, Mota RS, Barros A S de, Gonçalves ARF, Sant'Anna MV, Santos MRNB dos. Notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde em um hospital de ensino. Enferm. glob. [Internet]. 2021 [acesso em 29 set 2022]; e63. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.450481>.
8. Guzinski C, Lopes ANM, Flor J, Migliavaca J, Tortato C, Dal Pai D. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. Rev. Gaúch. Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 28 set 2022]; 40(esp):e20180353. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180353>.
9. Organização Mundial da Saúde. Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente. Relatório técnico final. Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde, tradutor: Lisboa: Direção-Geral da Saúde. [Internet]. 2011 [acesso em 29 ago 2022]. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf>.

10. Elma EV, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Declaração de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gac Sanit [Internet]*. 2008 [acesso em 29 ago de 2022]; 22(2):144-50. Disponível em: https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2015/10/STROBE_Spanish.pdf.
11. Ribeiro AEC, Novaes C de O. Characterization of incidents in a Federal Public Hospital between the years 2014 and 2019. *RSD. [Internet]*. 2021 [acesso em 28 ago 2022]; 10(4):e30510414080. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14080>.
12. Araujo JS, Nascimento HM, Farre AGMC, Brito RO, Santos JPA, Vasconcelos TTS. Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para a sua notificação. **Cogitare Enferm.** [Internet]. 2016 [acesso em 29 ago 2022]; 21(4). Disponível em: [doi:http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45404](http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45404).
13. Patankar MS, Brown JP. Adapting systems thinking and safety reporting in high-consequence industries to healthcare. *Cogitare Enferm. (Online)*. [Internet]. 2019 [acesso em 28 ago 2022]; 43(8). Disponível em: [doi: https://doi.org/10.1053/j.semperi.2019.08.009](https://doi.org/10.1053/j.semperi.2019.08.009).
14. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2019 [acesso em 28 ago 2022]; 24(8):2895-2908. Disponível em: [doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017](https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017).
15. Nazário SS, Cruz ED, Paes RG, Mantovani MF, Seiffert LS. Fatores facilitadores e dificultadores da notificação de eventos adversos: revisão integrativa. *Acta Paul. Enferm. (Online)*. [Internet]. 2021 [acesso em 20 set 2022]; 34:eAPE001245. Disponível em: [doi: https://doi.org/10.37689/actape/2021AR01245](https://doi.org/10.37689/actape/2021AR01245).
16. Furini ACA, Nunes AA, Dallora MEL do V. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. *Rev. Gaúch. Enferm.* [Internet]. 2019 [acesso em 20 ago 2022]; 40(esp):e20180317. Disponível em: [doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317).
17. Liao X, Zhang P, Xu X, Zheng D, Wang J, Li Y et al. Analysis of factors influencing safety attitudes of operating room nurses and their cognition and attitudes toward adverse event reporting. *J. healthc. eng. (Online)*. [Internet]. 2022 [acesso em 20 ago 2022]; vol. 2022, article ID 8315511, 11 pages. Disponível em: [doi: https://doi.org/10.1155/2022/8315511](https://doi.org/10.1155/2022/8315511).
18. Moura RS, Saraiva FJC, Santos RM, Santos RFM, Rocha KRSL, Virgem MRC. Eventos adversos ocasionados pela assistência de enfermagem: noticiados pela mídia. *Rev. enferm. UFPE on line.* [Internet]. 2018 [acesso em 19 ago 2022]; 12(6). Disponível em: [doi: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a231266p1514-1523-2018](https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a231266p1514-1523-2018).
19. Figueiredo TWB, Silva LAA, Brusamarello T, Oliveira ES, Santos T, Pontes L. Tipos, causas e estratégias de intervenção frente a erros de medicação: uma revisão integrativa. *Rev. enferm. atenção saúde.* [Internet]. 2018 [acesso em 26 ago 2022]; 7(2). Disponível em: [doi: https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2494](https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2494).
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 26 jul 2013; Seção 1.

21. Stevens P, Willcox J, Borovoy L. Integrated (Enterprise) Risk Management in Canadian Healthcare Organizations - Common Barriers and a Shared Solution for Effective and Efficient Implementation in Canada. *Healthc. q.* [Internet]. 2019 [acesso em 26 ago 2022]; 22(1). Disponível em: doi:10.12927/hcq.2019.25836.
22. Lancet. Patient safety: too little, but not too late. *The Lancet Global Health Commission Lancet Glob Health.* [Internet]. 2018 [acesso em 10 out 2022]; 6:e1196-252. Disponível em: doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32080-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32080-X).
23. Etherington C, Wu M, Cheng-Boivin O, Larriga S, Boet S. Interprofessional communication in the operating room: a narrative review to advance research and practice. *Can J Anesth/J Can Anesh.* [Internet]. 2019 [acesso em 20 out 2022]; 66, 1251-60. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01413-9>.
24. Mitha AA, Mahboob U. Patient safety awareness and attitude among interns of a tertiary care hospital. *J. Pak. Med. Assoc.* [Internet]. 2021 [acesso em 20 out 2022]; 71(11). Disponível em: doi: <https://doi.org/10.47391/JPMA.01142>.
25. Alves M, Melo CL. Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de Enfermagem de um pronto-socorro. *REME rev. Min. enferm.* [Internet]. 2019 [acesso em 20 out 2022]; 23:e-1194. Disponível em: doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190042>.