

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA

MARIA HELIZA OLIVEIRA DE SOUZA

Comunicação da Equipe de Enfermagem na troca de turnos:  
Observação das práticas segundo o método ISBAR e as implicações para a Segurança do  
Paciente

Uberlândia  
2020

MARIA HELIZA OLIVEIRA DE SOUZA

Comunicação da Equipe de Enfermagem na troca de turnos:  
Observação das práticas segundo o método ISBAR e as implicações para a Segurança do  
Paciente

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade de Medicina da Universidade  
Federal de Uberlândia como requisito parcial  
para obtenção do título de bacharel em  
Enfermagem

Área de concentração: Gestão dos Serviços de  
Enfermagem

Orientador: Prof Dra. Andréa Mara Bernardes  
da Silva  
Coorientador: Prof. Dr. Douglas Eulálio  
Antunes

Uberlândia

2020

MARIA HELIZA OLIVEIRA DE SOUZA

Comunicação da Equipe de Enfermagem na troca de turnos:  
Observação das práticas segundo o método ISBAR e as implicações para a Segurança do  
Paciente

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade de Medicina da Universidade  
Federal de Uberlândia como requisito parcial  
para obtenção do título de bacharel em  
Enfermagem

Área de concentração: Gestão dos serviços de  
Enfermagem

Uberlândia, data 02 de outubro de 2020

Banca Examinadora:

---

Prof. Dra. Andréa Mara Bernardes da Silva  
Universidade Federal de Uberlândia

---

Prof. Dra. Cristiane Martins Cunha  
Universidade Federal de Uberlândia

---

Prof. Dra. Luana Araújo Macedo Scalia  
Universidade Federal de Uberlândia

Dedico este trabalho aos profissionais de enfermagem que dele se valerem para agregar conhecimento científico e aperfeiçoar suas competências profissionais.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por ir à frente em todas as batalhas.

Agradeço aos meus pais, por acreditarem que eu poderia ser boa em qualquer coisa a qual eu me dedicasse.

Agradeço ao meu namorado, que surgiu como uma luz na minha vida, por ter certeza absoluta de que eu sou a melhor enfermeira do mundo.

Agradeço aos meus orientadores, por idealizarem este projeto e acreditarem nele.

*“E preciso exigir de cada um o que cada um  
pode dar”*

Antoine de Saint-Exupéry – O Pequeno Príncipe

## RESUMO

**Introdução:** Atualmente, os serviços de saúde têm sido pressionados de diversas formas a utilizar diferentes tecnologias, para garantir a qualidade da assistência e a segurança do paciente desde sua admissão até a alta. Para isso, tornam-se necessários acolhimento adequado, identificação correta do paciente, trabalho em equipe e comunicação eficiente entre profissionais e serviços de saúde. A comunicação efetiva entre equipes é um nó crítico da assistência à saúde que requer mais atenção, por esta razão a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como meta a melhoria da comunicação durante a troca de turnos dada a sua importância. Assim, o objetivo desse estudo foi analisar e descrever a comunicação das equipes de enfermagem durante as trocas de turno num hospital público de alta complexidade. **Metodologia:** Estudo observacional transversal, realizado com a equipe de enfermagem que presta assistência direta ao paciente hospitalizado, nos diferentes turnos de três setores (Unidade de Tratamento Intensivo, Clínica Médica e o Pronto Socorro). Os dados foram coletados nos meses de julho e agosto de 2020, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Primeiramente, utilizou-se uma Lista de Verificação (*Checklist*) para observação da comunicação na troca de turnos, e um Instrumento de coleta de dados referentes as Práticas profissionais realizadas durante a comunicação na troca de turnos “passagem de plantão”, baseado no método *ISBAR*. Ambos construídos, e submetidos a validação aparente e de conteúdo, por três juízes expertises na área. **Resultados:** A primeira etapa de coleta, a amostra foi constituída por 114 “passagens de plantão” e na segunda etapa, um total de 82 profissionais enfermeiros (25.6%; 21/82) e técnicos de enfermagem (74.4%; 61/82) compuseram a amostra. Destes, 41,2% das passagens de plantão aconteceram no corredor ( $p < 0,0001$ ); 36,3% dos dados de situação transmitidos foram sobre procedimentos ( $p < 0,0001$ ). Ruídos (17,6%) e tempo insuficiente (24,9%) foram os dificultadores mais frequentes ( $p < 0,0001$ ). **Discussão:** A comunicação nas unidades deste estudo desempenha a finalidade de garantir a continuidade do cuidado; porém requer aperfeiçoamento nas fragilidades encontradas, especificamente em uma das clínicas, em que a comunicação entre os técnicos e auxiliares foi inexistente. **Conclusão:** O estudo identificou que o perfil assistencial da unidade não interferiu na qualidade da comunicação nas trocas de turno. Instrumentos validados de comunicação para a troca de turnos baseados na metodologia *ISBAR*, podem ser utilizados nos processos de comunicação, mediante treinamento prévio e capacitação profissional. A comunicação eficiente é considerada uma das estratégias promissoras a Segurança do Paciente.

**Palavras-chave:** Equipe de enfermagem; Segurança do Paciente; Comunicação em saúde; Gestão em enfermagem

## ABSTRACT

**Introduction:** Nowadays, health services have been pressured in several ways to use different technologies to ensure the quality of care and patient safety from admission to discharge. For this, adequate reception, correct identification of the patient, teamwork and efficient communication between professionals and health services are required. Effective communication between teams is a critical node of health care that requires more attention, for this reason the World Health Organization (WHO) has set as a goal the improvement of communication during the shift change given its importance. Thus, the objective of this study was to analyze and describe the communication of nursing teams during shift changes in a public hospital of high complexity. **Methodology:** Cross-sectional observational study, performed with the nursing team that provides direct assistance to the hospitalized patient, in the different shifts of three sectors (Intensive Care Unit, Medical Clinic and Emergency Room). The data was collected in July and August 2020, after approval by the Research Ethics Committee. First, a Checklist was used to observe the communication in the shift exchange, and an Instrument to collect data regarding the professional practices performed during the communication in the shift exchange "on duty", based on the ISBAR method. Both built, and submitted to apparent validation and content, by three expert judges in the area. **Results:** The first stage of collection, the sample consisted of 114 "on duty passages" and in the second stage, a total of 82 nurses (25.6%; 21/82) and nursing technicians (74.4%; 61/82) composed the sample. Of these, 41.2% of the on-call passages occurred in the corridor ( $p < 0.0001$ ); 36.3% of the transmitted situation data were about procedures ( $p < 0.0001$ ). Noise (17.6%) and insufficient time (24.9%) were the most frequent difficulties ( $p < 0.0001$ ). **Discussion:** The communication in the units of this study has the purpose of guaranteeing the continuity of the care; however, it requires improvement in the weaknesses found, specifically in one of the clinics, where the communication between the technicians and auxiliaries was non-existent. **Conclusion:** The study identified that the assistance profile of the unit did not interfere with the quality of communication in shift changes. Validated communication tools for shift changes based on ISBAR methodology can be used in communication processes, through previous training and professional qualification. Efficient communication is considered one of the promising strategies for Patient Safety.

**Keywords:** Nursing Team; Patient Safety; Health Communication; Nursing Management

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Objetivos Secundários.....</b>	<b>23</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Tipo de pesquisa e locais da pesquisa .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2 Critérios de Inclusão.....</b>	<b>24</b>
<b>3.3 Critérios de Exclusão .....</b>	<b>24</b>
<b>3.4 Procedimentos e instrumentos para coleta de dados.....</b>	<b>24</b>
<b>3.5 Participantes e Cálculo do tamanho amostral .....</b>	<b>25</b>
<b>3.6 Análises estatísticas .....</b>	<b>26</b>
<b>3.7 Aspectos éticos .....</b>	<b>26</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>27</b>
<b>4.1 Perfil sociodemográfico .....</b>	<b>27</b>
<b>4.2 Observação das práticas de comunicação nas trocas de turno.....</b>	<b>29</b>
<b>4.3 Percepção da prática pelos profissionais .....</b>	<b>33</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>40</b>
<b>5.1 Local de comunicação .....</b>	<b>42</b>
<b>5.2 Dados de Identificação .....</b>	<b>43</b>
<b>5.3 Dados de Situação e Breve Histórico .....</b>	<b>44</b>
<b>5.4 Dados de Avaliação e Recomendações.....</b>	<b>45</b>
<b>5.5 Dificultadores da comunicação efetiva .....</b>	<b>45</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>47</b>
<b>6.1 Contribuições para a área.....</b>	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICE A – CHEK LIST DE OBSERVAÇÃO DAS PASSAGENS DE PLANTÃO</b> .....	<b>52</b>
<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS</b> <b>RELACIONADAS À COMUNICAÇÃO NAS TROCAS DE TURNOS</b> <b>“PASSAGENS DE PLANTÃO”,.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE C – MATERIAL COMPLEMENTAR. TABELAS 5 E 6.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO A – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>61</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente os serviços de saúde têm sido pressionados de diversas formas a utilizar diferentes tecnologias para garantir a qualidade da assistência e a Segurança do Paciente, desde sua admissão até a alta. Por isso, tornam-se necessários acolhimento adequado, identificação correta do paciente, trabalho em equipe e comunicação eficaz entre os profissionais de saúde.

A comunicação efetiva entre equipes é um nó crítico da assistência à saúde, assunto que requer atenção ao se discutir qualidade da prestação de serviços em saúde e segurança dos usuários de tais serviços, conforme apontado pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004, e o Protocolo de Segurança do Paciente instituído em 2014 pelo Ministério da Saúde, no Brasil (ANVISA; OLINO *et al*, 2019).

A OMS definiu como meta, a melhoria da comunicação durante os procedimentos de passagem de plantão e transferências de pacientes, dada a importância da comunicação efetiva entre os profissionais de saúde. Em parceria com a *The Joint Commission* (TJC), também estabeleceu diretrizes visando o cumprimento dessa meta como: a limitação de interrupções, emprego de linguagem clara, realização de comunicação interativa entre os envolvidos, evitar o uso de abreviações não padronizadas internacionalmente, possibilidade do uso de tecnologias e registro das informações em instrumentos padronizados pelas instituições (The Joint Commission, 2018).

A comunicação ineficaz é um importante fator relacionado ao desencadeamento de erros e eventos adversos na assistência. Tem se demonstrado em alguns estudos que há maior probabilidade de mortalidade por eventos adversos na assistência à saúde do que por acidentes automobilísticos. Também se relata que no Brasil, mais da metade de eventos adversos durante as internações hospitalares poderiam ser evitadas se, entre outros aspectos, a comunicação na equipe fosse efetiva (PENA; MELLEIRO, 2018).

Para ser efetiva a comunicação precisa ser assertiva, de linguagem clara e objetiva, não condenatória, de forma a manter aberto o canal de comunicação entre locutor e interlocutor. É também necessário que haja contato visual, escuta reflexiva, clarificação e confirmação da mensagem e discussão em equipe. (MOREIRA *et al*, 2019; NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). Isso, porém, é dificultado nas equipes de saúde pela hierarquização do processo de trabalho, pelo dimensionamento inadequado de profissionais, pela ausência de protocolos, pelo tempo

escasso e pela falta de conhecimento e interesse, entre outros fatores (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015; OLINO *et al*, 2019).

Nesse contexto, tem sido de interesse de várias instituições de saúde implementar protocolos ou ferramentas de comunicação visando a melhoria da comunicação entre as equipes, objetivando a Segurança do Paciente e a humanização do cuidado, principalmente no que se refere à transferência de cuidado (MOREIRA *et al*, 2019).

Um estudo realizado em um hospital de grande porte no Ceará, Brasil, analisou comportamentos destrutivos na comunicação entre profissionais de saúde de diferentes unidades assistenciais e concluiu que é possível promover a Segurança do Paciente por gerenciar os comportamentos destrutivos com estratégias de promoção da comunicação efetiva entre as equipes, tais como reuniões para feedback multidisciplinar e exercícios de liderança (MOREIRA *et al*, 2019).

Outra estratégia apontada é a utilização de ferramentas informatizadas de comunicação. A RDC 63/2011 incentiva a utilização de tecnologias de informação (TI) para promover a segurança e a qualidade no cuidado. Ferramentas informatizadas de comunicação possibilitam a implementação de barreiras contra eventos adversos, o planejamento e gerenciamento do cuidado de forma a minimizar a perda de informações e auxiliam a tomada de decisão, especialmente nos serviços de enfermagem, equipe que constitui a maior força de trabalho nos ambientes hospitalares (FERREIRA *et al*, 2019).

No que tange à transferência de cuidados, as chamadas passagens de plantão são comumente realizadas de forma verbal e empírica. Observa-se na prática que a desorganização dos registros pertinentes aos cuidados prestados ao paciente resulta na perda de informações vitais para a continuidade e qualidade da assistência prestada, principalmente no que se refere à assistência de enfermagem (NASCIMENTO *et al*, 2018).

Nesse sentido, ferramentas de comunicação têm sido utilizadas para auxiliar a transferência de cuidados objetivando evitar lacunas de informação. O estudo realizado por Nascimento *et al* (2018) em Minas Gerais, Brasil, identificou os nós críticos da comunicação nas trocas de turnos no contexto da enfermagem, como o local, os ruídos e interrupções e testou uma ferramenta baseada no método *Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation (ISBAR)* para padronizar e qualificar a comunicação nesses momentos.

O método *ISBAR* é recomendado pelo Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente para estruturar a comunicação de forma simples e objetiva. Esse método de comunicação consiste em organizar as informações a serem comunicadas em categorias, conforme indicadas pelas letras do mnemônico: **I**dentificação, **S**ituação, **B**reve histórico, **A**valiação e **R**ecomendações, e

objetiva a transmissão de informações de forma clara, concisa e completa para evitar lacunas e erros. Foram encontradas evidências moderadas sobre a melhoria dos desfechos no processo de comunicação após a implementação da técnica *ISBAR* nos serviços de saúde, conforme apresentado na revisão realizada por Muller *et al* (2018).

Desse modo, em tempos de atenção redobrada à Segurança do Paciente se faz relevante discutir estratégias de comunicação em saúde na gestão em enfermagem, ainda mais tendo visto a escassez de estudos sobre o assunto no Brasil. Por ser a transferência de cuidados um dos momentos críticos da comunicação entre equipes, onde o profissional que está a par das informações mais recentes sobre o paciente não mais o assistirá, é vital que não haja perdas, equívocos e trocas nas informações transmitidas e que seja possível que quaisquer dúvidas sejam prontamente solucionadas de forma correta e completa.

Assim, o presente estudo teve por objetivo analisar e descrever a comunicação das equipes de enfermagem durante as trocas de turno, em setores de diferentes perfis de assistência num hospital público de alta complexidade no interior de Minas Gerais, para diagnosticar as fragilidades do processo de comunicação nesse contexto e propor estratégias gerenciais de melhoria, tendo em foco a Segurança do Paciente.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Analisar como é realizada a comunicação na troca de turnos entre as equipes de enfermagem em setores de diferentes perfis de assistência num hospital público de alta complexidade.

### 2.2 Objetivos Secundários

**Objetivo secundário 1:** Descrever o perfil sociodemográfico da equipe de enfermagem que presta assistência direta ao paciente hospitalizado.

**Objetivo secundário 2:** Analisar se o processo de comunicação entre as equipes de enfermagem nas trocas de turno é baseado em ferramentas ou técnicas de comunicação validados.

**Objetivo secundário 3:** Verificar a existência de fragilidades da comunicação nas trocas de turno entre as equipes de enfermagem.

**Objetivo secundário 4:** Identificar os principais dificultadores entre as equipes de enfermagem durante a comunicação na troca de turnos.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de pesquisa e locais da pesquisa**

Estudo observacional do tipo transversal realizado em um hospital universitário do interior de Minas Gerais, Brasil, contemplando amostra composta pela equipe de enfermagem em assistência direta ao paciente conforme critérios de inclusão/exclusão. A pesquisa foi realizada nos setores: Unidade de Terapia Intensiva; Clínica Médica e Pronto socorro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. A instituição dispõe de 505 leitos, ocupando o terceiro lugar entre os maiores hospitais universitário do país (HCU, 2009).

A coleta de dados foi realizada no mês de julho de 2020 após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

A observação do processo de comunicação nas trocas de turno (passagens de plantão) das equipes de enfermagem nesses setores, ocorreu nas trocas de turno da manhã, tarde e noite, em dias alternados – pares e ímpares, de forma aleatória entre os três setores, levando em consideração a jornada de trabalho dos funcionários de cada setor. As equipes não foram previamente comunicadas que as trocas de turno seriam observadas.

#### **3.2 Critérios de Inclusão**

Foram inclusos nessa pesquisa profissionais de enfermagem de nível superior, técnicos e auxiliares de enfermagem dos setores de Pronto Socorro Geral, Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Enfermaria de Clínica Médica que possuíam vínculo empregatício com a instituição e que estavam na assistência direta ao paciente hospitalizado nos respectivos setores.

#### **3.3 Critérios de Exclusão**

Foram excluídos dessa pesquisa os profissionais das equipes de enfermagem que estiveram afastados ou por qualquer motivo, ou por licença médica, e as equipes que não realizam atividades de assistência direta ao paciente hospitalizado.

#### **3.4 Procedimentos e instrumentos para coleta de dados**

Utilizou-se uma lista de verificação (*check list*) (Apêndice A) baseado no método *ISBAR* (*Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation*) para coletar as informações que eram citadas durante a passagem de plantão. O *check list* continha itens organizados em seis categorias abordando dados de identificação do paciente, situação atual do paciente, breve histórico, avaliação e recomendações individuais do profissional e da equipe de enfermagem, e dificultadores da comunicação efetiva observados durante a passagem de plantão. Os itens de cada categoria eram checados se qualquer informação relacionada a eles fosse mencionada/observada. O mesmo *check list* foi utilizado para a observação da passagem de plantão tanto dos técnicos como dos enfermeiros, sendo cada *check list* identificado quanto a categoria profissional observada.

Na segunda etapa da coleta de dados, os profissionais enfermeiros e técnicos/auxiliares foram convidados a responder o ***Instrumento das Práticas Profissionais relacionadas à Comunicação nas Trocas de Turnos “Passagens de Plantão”***, (Apêndice B), após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A). Ressalta-se que ambos os instrumentos foram construídos e submetidos a validação aparente e de conteúdo, por três juízes expertises na área. O instrumento contém questões de perfil sociodemográfico, sendo idade, etnia, estado civil, município de residência, nível e tempo de formação e setor de atuação os dados mais relevantes para a pesquisa. As outras questões diziam respeito às práticas relacionadas à comunicação nas trocas de turno e à percepção dos profissionais sobre o conceito de comunicação efetiva, a relação entre comunicação efetiva e Segurança do Paciente, e os dificultadores da comunicação efetiva nas trocas de turno. O instrumento continha questões do tipo Likert, questões de múltipla escolha e questões abertas.

### **3.5 Participantes e Cálculo do tamanho amostral**

Foram elegíveis e convidados a participar do presente estudo enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem dos setores de Pronto Socorro Geral, Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Enfermaria de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

O tamanho amostral foi calculado utilizando-se o programa Bioestat versão 5.3, cálculo do tamanho amostral para estimadores de proporção, fundamentado na proporção proposta em Spooner, Aitken, Chaboyer (2018), estudo relacionado a comunicação, considerando tamanho da população de 263 (total da equipe de enfermagem nas 3 unidades citadas nessa pesquisa), erro de 0.05% e confiabilidade de 0,95, cujo valor amostral encontrado foi de 152 participantes.

No entanto, o tamanho amostral foi restrito a 82 participantes por motivos operacionais relacionados ao novo coronavírus.

### **3.6 Análises estatísticas**

Foi utilizado o teste G de independência para avaliar a presença de associação entre as variáveis sócio-demográficas e as categorias profissionais nos diferentes setores incluídos nessa pesquisa. O teste G de independência também foi empregado para verificar a associação entre informações transmitidas durante as trocas de turno e diferentes unidades de saúde (UTI, Clínica médica e pronto socorro).

Para identificar a contribuição de cada valor para as respectivas associações demonstrando quais os valores foram mais expressivos nos resultados, foi realizado a análise de resíduos do qui-quadrado que indicou a real relação entre as variáveis onde as caselas apresentava valores superiores a 1,96.

O software *Bioestat* versão 5.3 (Belém, Para, Brasil) foi utilizado para todas as análises e as hipóteses foram testadas ao nível de significância  $\alpha$  de 5%.

### **3.7 Aspectos éticos**

Essa pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) na Universidade Federal de Uberlândia, aprovado sob o respaldo do parecer número: 4.138.339 e C.A.A.E número 34103920.0.0000.5152 de acordo com as Resoluções N°. 466, de 12 de dezembro de 2012, e N°. 510 de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Perfil sociodemográfico

A tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico da amostra de entrevistados composta por 82 profissionais subdividida entre enfermeiros (25.6%; 21/82) e técnicos de enfermagem (74.4%; 61/82) distribuídos nas unidades de Clínica Médica, Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva.

Em relação ao sexo, predominou na amostra o feminino totalizando 79.3% (65/82) sem associação com nenhuma categoria da enfermagem ( $G: 1; p= 0,3162$ ) (Tabela 1). Assim como o grupo étnico branco (68,3%; 56/82;  $p=$ ); faixa etária entre 30 e 49 anos (62,2%; 51/82;  $p= 0,1637$ ); indivíduos casados (56,1%; 46/82;  $p=0,6971$ ) e com tempo de formação maior que 10 anos (45,1%; 37/82;  $p=0.1545$ ) prevaleceram na amostra, porém não houve associação entre as categorias de enfermagem e essas variáveis.

Entre a categoria técnico/auxiliar de enfermagem, 21,95% (18/61) possuem formação de nível superior na profissão. Destaca-se a associação entre a categoria técnico/auxiliar de enfermagem e tempo na instituição maior que 5 anos ( $G: 13,18; p= 0,0043$ ) com 51.2% (42/82) da amostra compondo esse percentual.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos enfermeiros e técnicos/auxiliares das unidades de terapia intensiva, pronto socorro e clínica médica. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

		Enfermeiro		Técnicos/Auxiliares		Total		G	p-valor
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<b>Sexo</b>	Masculino	6	7,3	11	13,41	17	20,7	1.0044	0.3162
	Feminino	15	18,3	50	60,98	65	79,3		
<b>Grupo Étnico</b>	Branco	17	20,7	39	47,56	56	68,3	7.1556	0.0671
	Pardo	4	4,9	11	13,41	15	18,3		
	Preto	0	0,0	9	10,98	9	11,0		
	Não Declarado	0	0,0	2	2,44	2	2,4		
<b>Faixa Etária</b>	20-29	8	9,8	9	10,98	17	20,7	6,517	0,1637
	30-49	11	13,4	40	48,78	51	62,2		
	50-59	1	1,2	8	9,76	9	11,0		
	>60	0	0,0	2	2,44	2	2,4		
	não declarado	1	1,2	2	2,44	3	3,7		
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	7	8,5	19	23,17	26	31,7	2,21	0,6971
	Casado	13	15,9	33	40,24	46	56,1		
	Divorciado	1	1,2	7	8,54	8	9,8		
	Viúvo	0	0,0	1	1,22	1	1,2		
<b>Formação</b>	não declarado	0	0,0	1	1,22	1	1,2	39,4709	< 0.0001
	Enfermeiro	21	25,6	18	21,95	39	47,6		
	Técnico	0	0,0	39	47,56	39	47,6		
	Auxiliar	0	0,0	4	4,88	4	4,9		
	< 1 ano	4	4,9	3	3,66	7	8,5		
<b>Tempo de Formação</b>	1-5 anos	6	7,3	15	18,29	21	25,6	5.2478	0.1545
	5-10 anos	2	2,4	15	18,29	17	20,7		
	> 10 anos	9	11,0	28	34,15	37	45,1		
	não declarado	1	1,2	2	2,44	3	3,7		
<b>Especialização</b>	Possuem	14	17,1	21	25,61	35	42,7	13.1856	0.0043
	Não possuem	7	8,5	40	48,78	47	57,3		
	< 1 ano	5	6,1	2	2,44	7	8,5		
	1-5 anos	9	11,0	15	18,29	24	29,3		
	> 5 anos	6	7,3	42	51,22	48	58,5		
<b>Tempo de Formação</b>	não declarado	1	1,2	2	2,44	3	3,7		

Fonte: Elaborado pela próprios autora. 2020

## 4.2 Observação das práticas de comunicação nas trocas de turno

Foi realizada observação de 114 processos de comunicação durante as trocas de turno, (passagens de plantão), de enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, nas trocas dos três turnos de trabalho (Manhã, Tarde, Noite pares e ímpares). As tabelas 2 e 3 apresentam os resultados da observação por categoria e setor, sendo a comparação entre profissionais da mesma categoria de diferentes setores. É notório que na enfermagem de clínica médica não foi observada a prática de passagem de plantão entre os técnicos e auxiliares em nenhum dos turnos, em todo o período de coleta de dados.

Entre os enfermeiros, na unidade de terapia intensiva, 32,8% (22/67) das transmissões de informações ocorreram no corredor; no pronto socorro, 17,9% (12/67) transcorreu-se à beira leito; e na clínica médica, 32,8% (24/67) ocorreram em outro local, associando-se tais achados a essas unidades (G: 116,87;  $p < 0,0001$ ). Ainda, no pronto socorro, 1,4% das transmissões aconteceram no corredor, 10,4% no posto de enfermagem e 2,9% em outro local; na clínica médica, 1,4% ocorreu no corredor.

Na tabela 2, pode-se observar que os principais dados referidos sobre identificação foram nome e leito do paciente com percentuais de 38,1% (50/131) e 42,7% (56/131), respectivamente, no total das três unidades avaliadas (G: 16,31;  $p = 0,0908$ ).

Notou-se, quanto aos dados de breve histórico do paciente, a associação entre o resumo terapêutico atual e a unidade de terapia intensiva, devido a elevada referência desse dado na unidade que chegou a 14,78% (17/115;  $p = 0,0271$ ) em relação ao total de informação coletadas na amostra. No pronto socorro, a informação de breve histórico mais mencionada foi procedência, com percentual de 13,04% (15/117;  $p = 0,0271$ ).

Entre os dados de avaliação, os mais mencionados foram exame físico (50,0%; 44/88) e grau de dependência (44,32%; 39/88) considerando o total nas três unidades (G: 10,35;  $p = 0,241$ ). Em dados de recomendações, 80,0% dos dados referidos (20/25) correspondeu a recomendações específicas para o próximo turno (G: 8,77;  $p = 0,1864$ ).

Sobre os dificultadores da comunicação efetiva, destacou-se local inadequado associado à UTI com percentual de 7,94% (22/92); interrupções, intercorrências e falta de material de apoio associadas ao pronto socorro com percentuais de 5,42% (15/115), 2,17% (6/115) e 5,78% (16/115) respectivamente (G: 186,84;  $p < 0,0001$ ).

Entre os técnicos/auxiliares de enfermagem, se destacou a transmissão de dados na troca de turno no corredor e no posto de enfermagem, sendo isso associado à UTI (48,9%; 23/23) e ao pronto socorro (40,43%; 19/24), respectivamente (G: 56,8;  $p < 0,0001$ ).

Na tabela 3 é possível ver que, assim como no caso dos enfermeiros, os dados de identificação mais mencionados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem também foi nome, com percentual total entre as três unidades de 48,4% (20/46) e leito do paciente com percentual total de 52,1% (24/46) (G: 3,04; p= 0,9804).

É também possível observar que 57,6% (30/52) dos dados referentes à situação foram mencionados nas trocas de turno, entre técnicos/auxiliares, do pronto socorro (G:14,4; p: 0,2714) enquanto 57,1% (20/35) dos dados de breve histórico foram mencionados na unidade de terapia intensiva (G:15,8; p:0,1049).

Ainda, 92,3% (12/13) dos dados de avaliação foram referentes a informações sobre o grau de dependência do paciente (G: 7,0; p: 0,5311), e 88,8% (8/9) dos dados de recomendações se referiram a recomendações específicas para o próximo turno (G: 0; p: 1).

Foi possível associar o pronto socorro com os seguintes dificultadores da comunicação efetiva, entre os técnicos/auxiliares: perda ou incerteza das informações (7,02%; 16/123) e ausência ou atraso do profissional chegando ao turno (10,09%; 23/123) (G: 42,0; p: 0,0027).

Tabela 2. Comparação entre enfermeiros das unidades de terapia intensiva, pronto socorro e clínica médica quanto ao percentual de informações transmitidas nas trocas de turno segundo a metodologia ISBAR obtidos pela observação direta. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

Informações transmitidas	UTI		Pronto Socorro		Clínica Médica		Total		G	p-valor	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
<b>Dados de Identificação</b>	Nome	22	16,79	15	11,45	23	17,56	50	38,17	16,3197	0,0908
	Leito	20	15,27	13	9,92	23	17,56	56	42,75		
	Idade	0	0,00	7	5,34	4	3,05	11	8,40		
	Data Admissão	2	1,53	0	0,00	1	0,76	3	2,29		
	Dias Internação	0	0,00	0	0,00	1	0,76	1	0,76		
<b>Dados de Situação</b>	Profissionais responsáveis	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	20,7646	0,0539
	Diagnóstico	7	4,43	13	8,23	4	2,53	24	15,19		
	Quadro clínico atual	9	5,70	6	3,80	8	5,06	23	14,56		
	Informações cirúrgicas	10	6,33	3	1,90	14	8,86	27	17,09		
	Procedimentos	17	10,76	11	6,96	20	12,66	48	30,38		
	Dieta / Jejum	9	5,70	4	2,53	11	6,96	24	15,19		
	Paliativo	0	0,00	0	0,00	2	1,27	2	1,27		
	Programação de alta	5	3,16	1	0,63	4	2,53	10	6,33		
	Procedência	3	2,61	7	6,09	5	4,35	15	13,04		
	Motivo da internação	5	4,35	2	1,74	4	3,48	11	9,57		
<b>Dados de Breve Histórico</b>	Comorbidades	11	9,57	3	2,61	13	11,30	27	23,48	20,2375	0,0271
	Intercorrências	18	15,65	6	5,22	8	6,96	32	27,83		
	Alergias	4	3,48	0	0,00	2	1,74	6	5,22		
	Resumo da terapêutica atual	17	14,78	4	3,48	3	2,61	24	20,87		
	Exame físico	22	25,00	6	6,82	16	18,18	44	50,00		
<b>Dados de Avaliação</b>	Grau de dependência	20	22,73	8	9,09	11	12,50	39	44,32	10,3545	0,241
	Evolução de enfermagem	2	2,27	0	0,00	0	0,00	2	2,27		
	Diagnósticos de enfermagem	0	0,00	0	0,00	1	1,14	1	1,14		
	Riscos diagnosticados	0	0,00	0	0,00	2	2,27	2	2,27		
	Prescrições de enfermagem	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
<b>Dados de Recomendações</b>	Recomendações específicas	1	4,00	9	36,00	10	40,00	20	80,00	8,7796	0,1864
	Solicitações	0	0,00	3	12,00	0	0,00	3	12,00		
	Plano de alta	1	4,00	0	0,00	1	4,00	2	8,00		
	Ruídos	22	7,94	22	7,94	0	0,00	44	15,88		
	Local Inadequado	22	7,94	3	1,08	0	0,00	25	9,03		
<b>Dificultadores da comunicação efetiva observados</b>	Tempo Insuficiente	22	7,94	22	7,94	23	8,30	67	24,19	186,8407	< 0.0001
	Interrupções	2	0,72	15	5,42	1	0,36	18	6,50		
	Intercorrências	0	0,00	6	2,17	0	0,00	6	2,17		
	Perda/incerteza informações	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
	Esquecimento	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
	Ausência ou atraso	2	0,72	14	5,05	23	8,30	39	14,08		
	Ausência material de apoio	0	0,00	16	5,78	0	0,00	16	5,78		
	Fuga do assunto	0	0,00	11	3,97	0	0,00	11	3,97		

Tabela 3. Comparação entre técnicos/ auxiliares das unidades de terapia intensiva, pronto socorro e clínica médica quanto ao percentual de informações transmitidas nas trocas de turno segundo a metodologia ISBAR obtidos pela observação direta. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

Dados transmitidos	UTI		Pronto Socorro		Total		G	p-valor	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
<b>Dados de Identificação</b>	Nome	5	10,87	15	32,61	20	43,48	3,0411	0,9804
	Leito	12	26,09	12	26,09	24	52,17		
	Idade	1	2,17	1	2,17	2	4,35		
	Data Admissão	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
	Dias Internação	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
<b>Dados de Situação</b>	Profissionais responsáveis	0	0,00	0	0,00	0	0,00	14,4755	0,2714
	Diagnóstico	0	0,00	3	5,77	3	5,77		
	Quadro clínico atual	1	1,92	10	19,23	11	21,15		
	Informações cirúrgicas	1	1,92	2	3,85	3	5,77		
	Procedimentos	13	25,00	8	15,38	21	40,38		
	Dieta / Jejum	7	13,46	6	11,54	13	25,00		
	Paliativo	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
	Programação de alta	0	0,00	1	1,92	1	1,92		
	Procedência	0	0,00	1	2,86	1	2,86		
	Motivo da internação	0	0,00	4	11,43	4	11,43		
<b>Dados de Breve Histórico</b>	Comorbidades	0	0,00	2	5,71	2	5,71	15,8201	0,1049
	Intercorrências	10	28,57	6	17,14	16	45,71		
	Alergias	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
	Resumo da terapêutica atual	10	28,57	2	5,71	12	34,29		
	Exame físico	1	7,69	0	0,00	1	7,69		
<b>Dados de Avaliação</b>	Grau de dependência	0	0,00	12	92,31	12	92,31	7,0509	0,5311
	Evolução de enfermagem	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
	Diagnósticos de enfermagem	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
	Riscos diagnosticados	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
	Prescrições de enfermagem	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
<b>Dados de Recomendações</b>	Recomendações específicas	0	0,00	8	88,89	8	88,89	0	1
	Solicitações	0	0,00	1	11,11	1	11,11		
	Plano de alta	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
	Ruídos	23	10,09	13	5,70	36	15,79		
	Local Inadequado	23	10,09	13	5,70	36	15,79		
<b>Dificultadores da comunicação efetiva observados</b>	Tempo Insuficiente	23	10,09	23	10,09	46	20,18	42,0655	0,0027
	Interrupções	1	0,44	0	0,00	1	0,44		
	Intercorrências	0	0,00	1	0,44	1	0,44		
	Perda/incerteza informações	1	0,44	16	7,02	17	7,46		
	Esquecimento	1	0,44	1	0,44	2	0,88		
	Ausência ou atraso	10	4,39	23	10,09	33	14,47		
	Ausência material de apoio	23	10,09	23	10,09	46	20,18		
	Fuga do assunto	0	0,00	10	4,39	10	4,39		

Comparando as categorias da enfermagem ainda no que se diz respeito à observação direta das trocas de turno, houve associação entre a categoria enfermeiros e a transmissão de dados a beira leito (10,5%; 12/65) e em outro local (21,9%; 25/65) (G:41,0; p <0,0001).

Ainda associados à categoria enfermeiros, estão informações de diagnóstico (12,6%; 24/138), informações cirúrgicas (14,2% 27/238) e procedimentos (25,3%; 48/138), no que se refere à dados de situação (G: 31,8; p:<0,0001); comorbidades (18%; 27/115) e intercorrências (21,3%; 32/115), no que se refere à dados de breve histórico (G: 16,61; p:0,0053).

Também é associado a enfermeiros, interrupções (3,96%; 18/226) no que se diz respeito aos dificultadores da comunicação efetiva; enquanto que para os técnicos/auxiliares se associa perda ou incerteza de informações (3,74%; 17/228) e ausência de material de apoio (10,13%; 46/228) (G:71,2; p <0,0001).

### **4.3 Percepção da prática pelos profissionais**

As tabelas 5 e 6 (Apêndice - C) se referem às questões 1 a 13 do instrumento de coleta de dados de percepção das práticas profissionais (Apêndice - B ) em relação à comunicação efetiva aplicados nas unidades de UTI, pronto socorro e clínica médica com 82 participantes.

Observa-se a associação entre enfermeiros do pronto socorro e a questão 10 do instrumento, onde 28,5% (6/9) dos respondentes responderam que nunca utilizam algum método de comunicação, como o método ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment e Recommendation) durante a sua comunicação na troca de turnos (G:15,8; p: 0,045) (Tabela 5).

Ainda sobre os enfermeiros respondentes, 42,8% (9/21) responderam que frequentemente a comunicação durante a troca de turnos ocorre de forma organizada, os profissionais apresentam-se concentrados durante a passagem de plantão e há pontualidade no início e término da comunicação – questão 4 (G: 12,7; p:0,1224) e 57,1% (12/21) responderam que raramente a forma de comunicação na troca de turnos induz a erros e troca de informações dos pacientes interferindo sobremaneira na Segurança do Paciente – questão 5 (G: 6,9; p:0,5383).

Sobre as questões 11 e 13 que correlacionam a comunicação efetiva com a Segurança do Paciente, 38,1% (8/21) (G: 12,2; p:0,1403) dos enfermeiros discordaram parcialmente que a comunicação verbal, somente, é suficiente para garantir a continuidade do cuidado após a troca de turno; porém, 52,3 % (11/21) (G: 14,2; p:0,075) discordaram totalmente que utilizar

uma ferramenta exclusiva para auxiliar a comunicação na troca de turnos, pode comprometer a Segurança do Paciente.

Na tabela 6, observa-se a associação entre técnicos/auxiliares do pronto socorro com a questão 3 do instrumento, em que 36% (22/38) dos profissionais responderam que frequentemente as informações transmitidas durante a troca de turnos são claras, objetivas e realizadas no menor tempo possível sem comprometer a qualidade das informações passadas (G: 16,2; p:0,0387).

Destaca-se que 14% das respostas de todas as questões referentes à prática de comunicação nas trocas de turno na categoria técnicos/auxiliares foi da unidade de clínica médica.

Ao contrário dos enfermeiros, 39,3% (24/61) dos técnicos e auxiliares concordaram parcialmente que a comunicação verbal, somente, é suficiente para garantir a continuidade do cuidado após a troca de turno – questão 11 (G:4,6; p:0,724).

As tabelas 7 e 8 se referem aos dados selecionados pelos respondentes do instrumento de coleta de dados como sendo informações relevantes e importantes a serem transmitidas durante as trocas de turno (Questões 14, 15 e 16). Na tabela 7 se observa que mais de 40% das seleções de dados em todas as categorias foi realizada pelos enfermeiros do pronto socorro. Na tabela 6 se observa que técnicos e auxiliares de enfermagem neste mesmo setor selecionaram mais de 60% dos dados em todas as categorias do ISBAR.

Quanto aos enfermeiros, 23,5% (20/85), no total das três unidades, selecionaram nome e 22,35% (19/85) selecionaram idade do paciente em dados de identificação (G: 1,56; p: 0,9987). Em dados de situação, os mais selecionados foram diagnósticos (10,7%; 20/186); dieta e jejum (10,7%; 20/186); procedimentos (10,2%; 19/186); e comportamento do paciente (10,2%; 19/186) (G: 6,8; p: 0,9971).

Sobre dados de breve histórico, alergias foi selecionado em 20 de 126 respostas (15,8%), enquanto religiosidade e espiritualidade foi o menos selecionado como informação relevante (7,9%; 10/126) (G: 2,59; p:0,999). Os enfermeiros selecionaram ainda, em dados de avaliação, informações sobre grau de dependência em 16,2% (18/111) das respostas; evolução médica, exame físico específico e avaliação multiprofissional em percentual de 10,8% cada (12/111) (G:15,9; p:0,5984).

Recomendações específicas para o próximo turno (28,1%; 18/64), outras pendências (25%; 16/64) e plano de alta (21,8%; 14/64) (G: 1,54; p:1) foram os dados de recomendações mais selecionados (Tabela 7). Entre os dificultadores da comunicação efetiva, os enfermeiros selecionaram interrupções em 14,4% (20/138) das vezes (G:1,54; p: 1).

Na tabela 8 pode se observar que nome e idade do paciente também foram os dados de identificação mais selecionados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, com percentual de 28,1% (58/206) e 24,2% (50/206), respectivamente (G:4,45; p: 0,9246). Dieta e jejum, foi o dado mais selecionado como relevante na categoria situação (11,2%; 59/523) (G:3,54; P:1).

Alergias (17,4%; 54/309) também foi a informação considerada de maior relevância pelos técnicos/auxiliares na categoria breve histórico (G: 6,49; p:0,9823). Em dados de avaliação, 16% (52/325) dos dados selecionados foi referente à informações de grau de dependência do paciente e 14,7% (48/325) foi riscos diagnosticados (G:6,16; p:0,976).

25,4% das seleções em dados de recomendações foi sobre recomendações específicas para o próximo turno. Em relação aos dificultadores da comunicação efetiva (Questão 16), os mais selecionados pelos técnicos e auxiliares foram interrupções (15,7%; 57/362) e ausência ou atraso do profissional chegando ao plantão (15,4%; 56/362) (G: 5,74; p:0,9725).

Tabela 7. Comparação entre enfermeiros das unidades de terapia intensiva, pronto socorro e clínica médica quanto ao percentual de informações consideradas relevantes nas trocas de turno segundo a metodologia ISBAR obtidos por instrumento de coleta de dados, em formato de questionário. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

	Dados do paciente	UTI		Pronto Socorro		Clínica Médica		Total		G	p-valor
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<b>Identificação</b>	Nome	7	8,2	9	10,59	4	4,71	20	23,53	1,56	0,9987
	Leito	5	5,9	6	7,06	3	3,53	14	16,47		
	Idade	6	7,1	9	10,59	4	4,71	19	22,35		
	Data Admissão	4	4,7	8	9,41	3	3,53	15	17,65		
	Dias Internação	3	3,5	6	7,06	1	1,18	10	11,76		
	Profissionais responsáveis	2	2,4	4	4,71	1	1,18	7	8,24		
	<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>31,8</b>	<b>42</b>	<b>49,41</b>	<b>16</b>	<b>18,82</b>	<b>85</b>	<b>100,00</b>		
<b>Situação</b>	Diagnóstico	7	3,8	9	4,84	4	2,15	20	10,75	6,8715	0,9971
	Informações cirúrgicas	6	3,2	6	3,23	4	2,15	16	8,60		
	Dieta e jejum	7	3,8	9	4,84	4	2,15	20	10,75		
	Quadro clínico atual	7	3,8	9	4,84	2	1,08	18	9,68		
	Procedimentos	6	3,2	9	4,84	4	2,15	19	10,22		
	Protocolos abertos	5	2,7	4	2,15	0	0,00	9	4,84		
	Comportamento do paciente	7	3,8	9	4,84	3	1,61	19	10,22		
	Programação cirúrgica	5	2,7	9	4,84	3	1,61	17	9,14		
	Exames	6	3,2	9	4,84	3	1,61	18	9,68		
	Paliativo	6	3,2	7	3,76	4	2,15	17	9,14		
	Vigilância infecciosa	4	2,2	6	3,23	3	1,61	13	6,99		
	<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>35,5</b>	<b>86</b>	<b>46,24</b>	<b>34</b>	<b>18,28</b>	<b>186</b>	<b>100,00</b>		
	<b>Breve Histórico</b>	Alergias	7	5,6	9	7,14	4	3,17	20		
Procedência		4	3,2	5	3,97	3	2,38	12	9,52		
Religiosidade e espiritualidade		3	2,4	5	3,97	2	1,59	10	7,94		
Resumo da terapêutica atual		5	4,0	7	5,56	4	3,17	16	12,70		
Histórico clínico e cirúrgico		5	4,0	6	4,76	3	2,38	14	11,11		
Histórico da internação atual		5	4,0	4	3,17	2	1,59	11	8,73		
Intercorrências		7	5,6	8	6,35	3	2,38	18	14,29		
Comorbidades		5	4,0	7	5,56	2	1,59	14	11,11		
Acompanhantes/ familiares		4	3,2	6	4,76	1	0,79	11	8,73		
<b>Total</b>		<b>45</b>	<b>35,7</b>	<b>57</b>	<b>45,24</b>	<b>24</b>	<b>19,05</b>	<b>126</b>	<b>100,00</b>		
<b>Dados de Avaliação</b>	Evolução médica	4	3,6	5	4,50	3	2,70	12	10,81	15,916	0,5984
	Grau de dependência	7	6,3	7	6,31	4	3,60	18	16,22		
	Exame físico específico	3	2,7	6	5,41	3	2,70	12	10,81		
	Relatório de enfermagem	0	0,0	6	5,41	3	2,70	9	8,11		
	Evolução de enfermagem	0	0,0	5	4,50	3	2,70	8	7,21		
	Riscos diagnosticados	7	6,3	7	6,31	2	1,80	16	14,41		
	Exame físico geral	3	2,7	4	3,60	1	0,90	8	7,21		
	SSVV e outros parâmetros	2	1,8	4	3,60	2	1,80	8	7,21		

	Avaliação multiprofissional	4	3,6	5	4,50	3	2,70	12	10,81		
	Informações administrativas	2	1,8	4	3,60	2	1,80	8	7,21		
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>28,8</b>	<b>53</b>	<b>47,75</b>	<b>26</b>	<b>23,42</b>	<b>111</b>	<b>100,00</b>		
<b>Recomendações</b>	Consultas especializadas	2	3,1	2	3,13	2	3,13	6	9,38		
	Plano de alta	5	7,8	7	10,94	2	3,13	14	21,88		
	Prescrição de enfermagem	0	0,0	7	10,94	3	4,69	10	15,63		
	Recomendações específicas	7	10,9	8	12,50	3	4,69	18	28,13	10,3249	0,243
	Outras pendências	7	10,9	7	10,94	2	3,13	16	25,00		
	<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>32,8</b>	<b>31</b>	<b>48,44</b>	<b>12</b>	<b>18,75</b>	<b>64</b>	<b>100,00</b>		
<b>Dificultadores da comunicação efetiva</b>	Interrupções	7	5,1	9	6,52	4	2,90	20	14,49		
	Ruídos	5	3,6	9	6,52	4	2,90	18	13,04		
	Ausência ou atraso	6	4,3	9	6,52	4	2,90	19	13,77		
	Esquecimento	5	3,6	9	6,52	4	2,90	18	13,04		
	Falta de privacidade	3	2,2	8	5,80	3	2,17	14	10,14	1,5414	1
	Falta de método de registro	5	3,6	8	5,80	2	1,45	15	10,87		
	Falta de interesse	5	3,6	9	6,52	4	2,90	18	13,04		
	Emergências/intercorrências	5	3,6	8	5,80	3	2,17	16	11,59		
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>29,7</b>	<b>69</b>	<b>50,00</b>	<b>28</b>	<b>20,29</b>	<b>138</b>	<b>100,00</b>			

Fonte: Elaborado pela própria autora. 2020

Tabela 8. Comparação entre técnicos/auxiliares das unidades de terapia intensiva, pronto socorro e clínica médica quanto ao percentual de informações consideradas relevantes nas trocas de turno segundo a metodologia ISBAR obtidos por instrumento de coleta de dados, em formato de questionário. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

	Dados do paciente	UTI		Pronto Socorro		Clínica Médica		Total		G	p-valor
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<b>Identificação</b>	Nome	12	5,83	37	17,96	9	4,37	58	28,16	4,4533	0,9246
	Leito	5	2,43	19	9,22	5	2,43	29	14,08		
	Idade	7	3,40	35	16,99	8	3,88	50	24,27		
	Data Admissão	5	2,43	20	9,71	4	1,94	29	14,08		
	Dias Internação	5	2,43	11	5,34	1	0,49	17	8,25		
	Profissionais responsáveis	6	2,91	15	7,28	2	0,97	23	11,17		
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>19,42</b>	<b>137</b>	<b>66,50</b>	<b>29</b>	<b>14,08</b>	<b>206</b>	<b>100,00</b>		
<b>Situação</b>	Diagnóstico	13	2,49	35	6,69	9	1,72	57	10,90	3,5449	1
	Informações cirúrgicas	9	1,72	30	5,74	6	1,15	45	8,60		
	Dieta e jejum	13	2,49	38	7,27	8	1,53	59	11,28		
	Quadro clínico atual	13	2,49	31	5,93	7	1,34	51	9,75		
	Procedimentos	11	2,10	30	5,74	9	1,72	50	9,56		
	Protocolos abertos	9	1,72	15	2,87	3	0,57	27	5,16		
	Comportamento do paciente	13	2,49	33	6,31	8	1,53	54	10,33		
	Programação cirúrgica	10	1,91	28	5,35	8	1,53	46	8,80		
	Exames	10	1,91	27	5,16	8	1,53	45	8,60		
	Paliativo	11	2,10	32	6,12	7	1,34	50	9,56		
	Vigilância infecciosa	10	1,91	24	4,59	5	0,96	39	7,46		
		<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>23,33</b>	<b>323</b>	<b>61,76</b>	<b>78</b>	<b>14,91</b>	<b>523</b>		
<b>Breve Histórico</b>	Alergias	13	4,21	34	11,00	7	2,27	54	17,48	6,4595	0,9823
	Procedência	8	2,59	21	6,80	1	0,32	30	9,71		
	Religiosidade e espiritualidade	3	0,97	7	2,27	1	0,32	11	3,56		
	Resumo da terapêutica atual	9	2,91	14	4,53	4	1,29	27	8,74		
	Histórico clínico e cirúrgico	8	2,59	14	4,53	2	0,65	24	7,77		
	Histórico da internação atual	10	3,24	16	5,18	4	1,29	30	9,71		
	Intercorrências	13	4,21	34	11,00	7	2,27	54	17,48		
	Comorbidades	11	3,56	27	8,74	5	1,62	43	13,92		
	Acompanhantes/ familiares	8	2,59	23	7,44	5	1,62	36	11,65		
		<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>26,86</b>	<b>190</b>	<b>61,49</b>	<b>36</b>	<b>11,65</b>	<b>309</b>		
<b>Dados de Avaliação</b>	Evolução médica	7	2,15	19	5,85	3	0,92	29	8,92	8,1691	0,976
	Grau de dependência	9	2,77	35	10,77	8	2,46	52	16,00		
	Exame físico específico	4	1,23	14	4,31	3	0,92	21	6,46		
	Relatório de enfermagem	8	2,46	26	8,00	5	1,54	39	12,00		
	Evolução de enfermagem	7	2,15	21	6,46	6	1,85	34	10,46		
	Riscos diagnosticados	11	3,38	30	9,23	7	2,15	48	14,77		
	Exame físico geral	6	1,85	13	4,00	3	0,92	22	6,77		
SSVV e outros parâmetros	10	3,08	29	8,92	3	0,92	42	12,92			

	Avaliação multiprofissional	6	1,85	17	5,23	2	0,62	25	7,69		
	Informações administrativas	4	1,23	9	2,77	0	0,00	13	4,00		
	<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>22,15</b>	<b>213</b>	<b>65,54</b>	<b>40</b>	<b>12,31</b>	<b>325</b>	<b>100,00</b>		
<b>Recomendações</b>	Consultas especializadas	4	2,55	8	5,10	1	0,64	13	8,28		
	Plano de alta	7	4,46	15	9,55	1	0,64	23	14,65		
	Prescrição de enfermagem	7	4,46	18	11,46	5	3,18	30	19,11		
	Recomendações específicas	12	7,64	23	14,65	5	3,18	40	25,48	2,9625	0,9367
	Outras pendências	13	8,28	31	19,75	7	4,46	51	32,48		
	<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>27,39</b>	<b>95</b>	<b>60,51</b>	<b>19</b>	<b>12,10</b>	<b>157</b>	<b>100,00</b>		
<b>Dificultadores da comunicação efetiva</b>	Interrupções	14	3,87	35	9,67	8	2,21	57	15,75		
	Ruídos	13	3,59	29	8,01	4	1,10	46	12,71		
	Ausência ou atraso	13	3,59	35	9,67	8	2,21	56	15,47		
	Esquecimento	10	2,76	34	9,39	8	2,21	52	14,36		
	Falta de privacidade	4	1,10	23	6,35	3	0,83	30	8,29	5,7477	0,9725
	Falta de método de registro	6	1,66	21	5,80	3	0,83	30	8,29		
	Falta de interesse	10	2,76	32	8,84	9	2,49	51	14,09		
	Emergências/intercorrências	9	2,49	26	7,18	5	1,38	40	11,05		
	<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>21,82</b>	<b>235</b>	<b>64,92</b>	<b>48</b>	<b>13,26</b>	<b>362</b>	<b>100,00</b>		

Fonte: Elaborado pela própria autora. 2020

## 5 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo permitiram identificar como tem sido realizado o processo de comunicação dos profissionais das equipes de enfermagem durante as trocas de turno, quais são as estratégias e ferramentas utilizadas para garantir a troca e/ou continuidade do cuidado, a fim de reduzir também a ocorrência de erros, favorecendo, conseqüentemente, a Segurança do Paciente.

Para Lee JY (2015), as falhas na comunicação, significam distorção ou omissão de dados que podem resultar em erros de avaliação na condução do cuidado e do tratamento. Afirmo que tais falhas podem estar relacionadas à falta de trabalho em equipe, à inexistência de treinamento dos profissionais e à não utilização de instrumentos padronizados para a comunicação, bem como pela hierarquia vertical e conflitos interpessoais.

Os significativos danos causados aos pacientes, são apontados como uma das principais conseqüências advindas das falhas da comunicação, quebrando a continuidade do tratamento e a qualidade da assistência (LEE JY, 2015).

Neste sentido, é possível entender que a cultura organizacional alicerçada em estratégias e ações com efetivas configurações de comunicação refletirá positivamente nos processos assistenciais e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços e Segurança do Paciente (LEE JY, 2015; OLINO et al., 2019).

A comunicação tem sido descrita como fator fortemente ligado ao estabelecimento da cultura de Segurança do Paciente, um sistema complexo, dependente de diversos fatores, entre eles a gestão dos serviços de saúde, a fim de reduzir as iatrogenias associadas à assistência em saúde até um mínimo aceitável, como referido pela Organização mundial da Saúde (OMS, 2009). Estabelecendo assim uma íntima relação entre comunicação e Segurança do Paciente, relação esta endossada pelas metas internacionais de Segurança do Paciente (GASPARINO et al, 2017; TOSO et al, 2016).

Tais metas, preconizam a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde, tornando-a mais efetiva, no sentido de garantir que as informações referentes aos cuidados prestados ao paciente, sejam eles verbais ou escritos, sejam objetivas, claras e mais completas, assim como a forma de registro destas informações, estabelecendo uma das principais estratégias para a Segurança do Paciente (GASPARINO et al, 2017; TOSO et al, 2016).

A comunicação na troca de turnos é um canal que visa garantir a continuidade e planejamento da assistência e facilitar a organização do processo de trabalho (CORPOLATO

*et al*, 2019). Sendo um item essencial para o bom desenvolvimento do trabalho e momento de responsabilidade com o serviço prestado, é preocupante perceber a ausência do firme estabelecimento da cultura de Segurança do Paciente em uma unidade de internação refletida pela ausência da cultura de comunicação de uma inteira categoria profissional, nas trocas de turno (SETTANI *et al*, 2019).

O processo ineficaz de comunicação– e por isso entende-se desde a falha entre emissão e recepção da informação, até a ausência de comunicação – está associado a cerca de 70% dos erros na assistência à saúde, como apontou Nascimento *et al* (2018) (ANVISA, 2017).

A exemplo disso, tem-se o estudo observacional tipo coorte proposto por Shekhter e colaboradores (2009), que identificou em seu estudo graves lacunas na comunicação durante a “passagem de plantão”, implicando diretamente na qualidade do cuidado.

Acresce-se o estudo de Bohrer e colaboradores (2016), cuja análise da comunicação na visão da equipe multiprofissional hospitalar na perspectiva da Segurança do Paciente, apresentou fragilidades e deficiências na passagem de plantão, indicando necessária mudança (BOHRER *et al.*, 2016).

Em pesquisa realizada por Nogueira e Rodrigues (2015) acerca das implicações do processo de comunicação e os reflexos na Segurança do Paciente, os autores referem que as principais barreiras para a comunicação eficaz, incluem: omissão de dados importantes, falta de precisão ou consistência da informação, interrupções e ruídos frequentes, número inadequado de profissionais que gera sobrecarga e fadiga no ambiente de trabalho, provocando distrações e, conseqüentemente, falhas no processo de comunicação; e que as formas efetivas para transpor tais barreiras, relacionam-se aos programas de treinamentos de comunicação, simulações práticas e roteiros de informações padronizados.

No presente estudo, os dificultadores da comunicação efetiva, relacionaram-se ao local inadequado, as interrupções, intercorrências e falta de material de apoio. Corroborando parcialmente com o estudo proposto por Nogueira e Rodrigues (2015).

De fato, neste presente estudo, é sabido que a observação realizada da rotina de trabalho representa um recorte da realidade que demonstra, nesse caso, o descumprimento do dever de promover a continuidade do cuidado e Segurança do Paciente através da prestação de informações completas e fidedignas conforme reza o art. 38 do Código de Ética de Enfermagem. Cabe aqui uma reflexão sobre o papel do enfermeiro como responsável pela organização, direção e coordenação dos serviços de enfermagem conforme a própria lei do exercício profissional (Lei 7.948/1986) no firmamento da cultura de comunicação através de habilidades e ferramentas de gestão.

Quanto à metodologia utilizada para subsidiar a observação da rotina de trabalho e o instrumento de coleta de dados de práticas e percepção profissional, o ISBAR é o mnemônico de uma ferramenta de gestão que contempla em cinco categorias estruturadas (Identificação, Situação, Breve histórico, Avaliação e Recomendações) informações capazes de fornecer um quadro geral do paciente de forma objetiva e precisa, que proporciona a comunicação organizada e reflexiva. Tem apresentado resultados satisfatórios na qualificação da comunicação nos serviços de enfermagem e é um método recomendado pelo Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (MULLER *et al*, 2018; NASCIMENTO *et al*, 2018).

Os dados de identificação esclarecem quem é o paciente; dados de situação, resumem a condição atual deste; dados de breve histórico contextualizam o processo saúde-doença; dados de avaliação descrevem a análise do profissional sobre o paciente e seu estado; e dados de recomendações remetem à necessidade terapêutica do paciente (SPOONER *et al*, 2018; NASCIMENTO *et al*, 2018). Diversos estudos recentes têm demonstrado a eficácia da metodologia ISBAR como facilitador da comunicação efetiva nas trocas de turno, como os estudos de Spooner *et al* (2018), Nascimento *et al* (2018), Yu e Kang (2017) e Muller *et al* (2018).

### **5.1 Local de comunicação**

O estudo proposto por Corpolato e colaboradores (2019) destaca que, transmitir dados à beira leito na troca de turnos é considerada a melhor forma de promover a Segurança do Paciente uma vez que, proporciona uma abordagem centrada no paciente e promove a inclusão dele em seu próprio cuidado; o “olhar para o paciente” reduz a incidência de esquecimento, trocas ou perdas de informações. Porém na prática a maior parte dos profissionais, tanto enfermeiros quanto técnicos, realizam sua comunicação na troca de turnos no corredor, posto de enfermagem ou sala de reuniões.

Tal achado também foi evidenciado no presente estudo quando, durante a observação da comunicação nas trocas de turnos dos profissionais enfermeiros, as trocas de informações a beira leito foram mais frequentes no pronto socorro. Entretanto, para este mesmo setor, entre os técnicos/auxiliares de enfermagem, a comunicação durante a troca de turnos ocorre majoritariamente, no posto de enfermagem.

Já na unidade de clínica médica, existe um processo de comunicação entre enfermeiros, entretanto, o mesmo não acontece entre técnicos e auxiliares. Neste sentido, torna-se necessário destacar que com a Gestão dos Serviços de Enfermagem e a organização dos processos de

trabalho é possível perceber que, apesar de importante, apenas o bom exemplo do enfermeiro não é suficiente para estabelecer a cultura de comunicação efetiva e segura, reforçando a ideia de que para que a comunicação nas trocas de turno alcance o padrão de efetividade e segurança, é vital o planejamento gestorial (ROGRIGUEZ *et al*, 2013).

Estudos que identificaram fragilidades no processo de comunicação realçaram a importância de sistematizar todos os momentos de transferência de cuidados, inclusive na troca de turnos para facilitar a continuidade da assistência. A comunicação e trabalho em equipe são complexos e exigem conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais para ser eficaz (ALVES; MELO, 2019).

Entre um rol enorme de dados, é um desafio para os profissionais decidir o que falar ou não nas transferências de cuidado, comumente deixando de transmitir informações importantes quando o processo não é sistematizado. Nesse sentido, a metodologia ISBAR pode ser utilizada eficazmente para proporcionar o desenvolvimento de competências e habilidades em comunicação, uma vez que auxilia a estruturação concisa, porém completa das informações a serem transmitidas (UHM; KO; KIM, 2019; SPOONER *et al*, 2016)

## 5. 2 Dados de Identificação

Parece ser uma preocupação comum entre os profissionais de todos os setores, em ambas as categorias profissionais, que o paciente deve ser identificado pelo nome na troca de turnos. Todavia, é comum que a identificação ocorra apenas pelo número do leito, principalmente pelos enfermeiros, embora eles mesmos não tenham selecionado essa informação como uma das mais relevantes a serem transmitidas.

Informações como data de admissão na unidade e tempo de internação, foram selecionadas como relevantes principalmente pelos técnicos/auxiliares, porém quase nunca foi mencionada por eles nas trocas de turno. Um possível motivo pelo qual isso acontece é o prolongado tempo de permanência dos pacientes nas unidades, mesmo as de alta rotatividade como o pronto socorro, o que leva a equipe, na prática, a ignorar tais informações; assim como a idade que, seguindo a mesma lógica, não é transmitida em todas as trocas de turno devido ao conhecimento prévio da informação pela equipe, nas internações prolongadas (SETTANI *et al*, 2019).

Tal evento pode ser evidência de uma melhor compreensão do paciente em seu todo por parte da equipe, como pontua Settani *et al* (2019). Porém ao passo que esse autor afirma que os

setores de maior rotatividade têm mais dificuldades na comunicação na troca de turnos, a pesquisa neste hospital de estudo, não conseguiu relacionar o perfil de alta rotatividade nas unidades com prejuízo na comunicação nas trocas de turno.

Destaca-se que a identificação correta é o primeiro passo na Segurança do Paciente, que permite a identificação precoce de fatores que podem induzir eventos adversos, como os relacionados à administração de medicamentos e hemocomponentes, realização de procedimentos e exames (TASE *et al*, 2013).

### **5.3 Dados de Situação e Breve Histórico**

Entre toda a equipe de enfermagem, a maior preocupação na troca de turnos parece ser transmitir informações sobre os procedimentos realizados e intercorrências que acometeram o paciente no turno que se encerra ou nos turnos anteriores, bem como fornecer um resumo da terapêutica atual.

Na unidade de terapia intensiva, a comunicação na troca de turnos é realizada em conjunto, enfermeiros e técnicos/auxiliares. Assim, informações nunca mencionadas pelos técnicos, como diagnóstico, procedência e comorbidades, por exemplo, não foram ignoradas como poderia parecer na observação crua dos dados, antes, foram mencionadas para a equipe pela enfermeira que transmitiu as informações antes da técnica/ auxiliar. Essa prática de comunicação em equipe permite, como argumenta Schorr *et al* (2019) que haja diálogo entre as diferentes perspectivas de cuidado e mais, oportuniza a gestão compartilhada do serviço de enfermagem.

E considerando o dever dos profissionais de enfermagem de proporcionar condições seguras para a continuidade do cuidado, a transmissão de dados que esclareça a condição atual do paciente e clarifique suas condições prévias de saúde, de religiosidade e espiritualidade, familiares e sociais que podem interferir na assistência, cumpre o que deve ser o objetivo da comunicação na troca de turnos: garantir um acervo de informações que justifiquem e embasem o cuidado oferecido, não importa se é transmitida entre um ou mais profissionais, numa troca particular ou em equipe (SILVA *et al*, 2016).

Cabe comentar ainda, que informações de religiosidade e espiritualidade foram as consideradas menos relevantes para transmissão de dados do paciente nas trocas de turno, possivelmente revelando a falta de conhecimento e despreparo dos profissionais de enfermagem para entender seu papel atuante na promoção do bem estar biopsicossocial, espiritual e mental do paciente (TAVARES *et al*, 2018).

Destaca-se que os mesmos autores relataram que o profissional de enfermagem deve colocar-se no papel de facilitador do processo de cura, utilizando de todas as ferramentas disponíveis e aplicáveis, incluindo o conceito do paciente sobre religiosidade e espiritualidade (TAVARES *et al*, 2018).

#### **5. 4 Dados de Avaliação e Recomendações**

Assim como o achado do estudo de Spooner *et al* (2016), sobre comunicação na troca de turnos baseado no método ISBAR, as informações de avaliação mais mencionados nas trocas de turno foram aquelas referentes ao grau de dependência do paciente e informações de exame físico. Os enfermeiros transmitiram mais informações sobre exame físico geral e específico, enquanto técnicos e auxiliares transmitiram mais informações sobre o grau de dependência; Destaca-se que a dada importância ao exame físico pelos enfermeiros deve-se ao fato deste ser um dos passos para avaliação dos pacientes, dentro do processo de enfermagem (TONEY-BUTLER; UNISON-PACE, 2020).

Embora os profissionais tenham selecionado as informações de risco como relevantes para transmissão na troca de turnos, tais dados não foram comumente mencionados no presente estudo, diferentemente dos achados de Spooner *et al* (2016). Informações de risco são essenciais na tomada de decisão compartilhada e baseada em evidências o que as tornam essenciais no processo de comunicação (THORNTON; EDWARDS; ELWYN, 2003).

Recomendações específicas de ações de cuidado para o próximo turno, foi o dado de recomendações mais mencionado e mais selecionado por toda a equipe de enfermagem nas três unidades. Corroborando com esse resultado um estudo prévio mostrou que indicadores associados ao cuidado de enfermagem têm impactado no uso de tecnologias da informação e comunicação tornando-a eficaz (ROULEAU, 2017).

Logo, é possível perceber que a comunicação nessas unidades desempenha a finalidade de garantir a continuidade do cuidado; porém ao considerar que a troca de turnos implica na Segurança do Paciente uma vez que há negligência de informações, pode-se inferir que a qualidade da comunicação nas trocas de turno das três unidade e em ambas as categorias precisa ser aperfeiçoada (NASCIMENTO *et al*, 2018).

#### **5.5 Dificultadores da comunicação efetiva**

Os ruídos e interrupções, local inadequado, tempo insuficiente e ausência ou atraso dos profissionais foram reportados como os maiores dificultadores da comunicação nas trocas de turno, tanto neste estudo, como em outros estudos da temática (NASCIMENTO, 2018; SETTANI, 2019; CORPOLATO, 2019). Esses mesmos autores também pontuaram a falta de método de registro e padronização do método de comunicação como fatores que influenciam negativamente a comunicação.

Estudos anteriores estão em consonância com os achados do presente estudo ao apontarem que o ruído foi uma das principais barreiras no processo de transmissão de informações entre profissionais de saúde e pacientes dificultando a comunicação terapêutica (NEWTON; SHAH, 2013; AMOAH ET AL., 2019).

Ainda que o local mais adequado para a comunicação na troca de turnos seja a beira leito, foi possível observar a associação entre a passagem de plantão a beira leito e maior índice de interrupções, no caso dos enfermeiros. É também um local que sofre com excesso de ruídos e falta de privacidade tanto quanto o posto de enfermagem. Embora esses dificultadores sejam diminuídos ao se utilizar uma sala de reuniões, aumenta-se a chance de perda e esquecimento de informações (CORPOLATO *et al*, 2019).

A falta de interesse e o atraso também foram dificultadores que se destacaram na percepção dos próprios profissionais. Apesar de que os enfermeiros em todas as unidades utilizam um instrumento padrão da unidade como material de apoio, esse item também foi percebido como dificultador da comunicação entre enfermeiros e majoritariamente pelos técnicos e auxiliares que não utilizam nenhum tipo de instrumento. Equipes efetivas se destacam pelo respeito e colaboração conduzindo a uma melhoria contínua na tomada decisão (O'DANIEL; ROSENSTEIN, 2008).

Assim como relatado por Johnson (2015) e Spooner (2018), a comunicação na troca de turnos é realizada de forma empírica, os enfermeiros utilizam instrumentos impressos para se orientar e a qualidade da comunicação, e conseqüentemente sua eficácia, depende das habilidades e competências do profissional que se comunica.

Embora um número significativo dos profissionais técnicos em enfermagem também tenham formação em nível superior, como observado nos dados sociodemográficos, isso não interferiu nos resultados encontrados na categoria. Foi evidente que no geral enfermeiros transmitem mais informações que os técnicos e auxiliares nas suas trocas de turno, sendo possível relacionar a prática profissional ao cargo ocupado na instituição e não ao nível de formação profissional, assim como não foi possível relacionar a prática de comunicação ao tempo de formação ou de atuação na instituição.

## **6 CONCLUSÃO**

O perfil assistencial da unidade hospitalar não interferiu na qualidade da comunicação nas trocas de turno, embora diferentes unidades foquem em variados dados para transmissão. Embora a comunicação nas trocas de turno sirva ao objetivo de garantir a continuidade do cuidado, é necessário que um trabalho de gestão dos serviços de enfermagem seja realizado para estabelecer a cultura da Segurança do Paciente, para que a comunicação seja, primeiramente, realizada por todas as categorias e de maneira eficiente.

Instrumentos validados de comunicação baseados na metodologia ISBAR, como os utilizados nesse estudo, assim como treinamentos para desenvolver competências e habilidades técnicas em comunicação, podem ser avaliados quanto à sua capacidade de facilitar e aprimorar a comunicação nas trocas de turno em pesquisas futuras. Também é necessário que programas de educação permanente sejam realizados para conscientizar os profissionais sobre a forte relação entre comunicação efetiva e Segurança do Paciente.

### **6.1 Contribuições para a área**

A utilização de uma ferramenta de observação baseada no método ISBAR evidencia que o mesmo pode ser utilizado para promover a qualificação da comunicação das equipes de enfermagem nas trocas de turno. Compreende-se a necessidade de estudos que trabalhem a gestão dos serviços de enfermagem na qualificação da comunicação.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, M.; MELO, C. L. **Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de enfermagem de um pronto-socorro.** Reme Revista Mineira de Enfermagem, [S.L.], v. 23, p. e-1194, 2019. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190042>
- AMOAHA, V. M. K. *et al.* **A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients.** BMC Nurs, [S.L.], v. 18, p. 4, 2019. . eCollection 2019.ISSN 1472-6955 doi: 10.1186 / s12912-019-0328-0.
- BOHRER, C. D. *et al.* **Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional.** Revista de Enfermagem da Ufsm, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 50-60, 30 mar. 2016. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769219260>.
- FERREIRA, A. M. D. *et al.* **Percepções dos profissionais de enfermagem acerca do uso da informatização para segurança do paciente.** Rev. Gaúcha Enferm. [S.L.], v. 40, n. , p. 0-0, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180140>.
- HEMESATH, M. P. *et al.* **Comunicação eficaz nas transferências temporárias do cuidado de pacientes hospitalizados.** Rev. Gaúcha Enferm. [S.L.], v. 40, n. , p. 0-0, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180325>.
- LEE JY. **Effective communication for patient safety.** J Korean Med Assoc. [S.L.], v. 58, n. 2, p. 100-4, 2015. Korean Medical Association (KAMJE). <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2015.58.2.100>.
- MOREIRA, F. T. L. S. *et al.* **Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente.** Rev. Gaúcha Enferm., [S.L.], v. 40, n. , p. 0-0, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>.
- MULLER M, *et al.* **Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review.** Bmj Open, [S.L.], v. 8, n. 8, p.e 022202, ago. 2018. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>.
- NASCIMENTO, J.S.G *et al.* **Passagem de Plantão como Ferramenta de Gestão para Segurança do Paciente.** Rev Enferm UFSM [S.L.], v. 8, n. 3, p. 544-559, 28 set. 2018. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769229412>.
- NEWTON, V. E.; SHAH, S. R. **Improving communication with patients with a hearing impairment.** Community Eye Health, v. 26, n. 81, p. 6-7, 2013. ISSN 0953-6833 (Print) 0953-6833 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23840079> >.

- NOGUEIRA, J.W.S.; RODRIGUES M.C.S. **Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente.** Cogitare Enferm. [S.L.], v. 20, n. 3, p. 630-4, 23 set. 2015. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>.
- O'DANIEL, M.; ROSENSTEIN, A. H. **Professional Communication and Team Collaboration.** In: HUGHES, R. G. (Ed.). **Patient Safety and Quality: an evidence-based handbook for nurses.** Rockville, Md: Ahrq, 2008.
- OLINO, L *et al.* **Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score.** Rev. Gaúcha Enferm., [S.L.], v. 40, n. , p. 0-0, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>.
- PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. **Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: Reflexões sobre um modelo para transição do cuidado.** Rev Enferm UFSM., [S.L.], v. 8, n. 3, p. 616-625, 28 set. 2018. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769225432>.
- ROULEAU, G. *et al.* **Impact of Information and Communication Technologies on Nursing Care: Results of an Overview of Systematic Reviews.** J Med Internet Res, v. 19, n. 4, p. e122, Apr 25 2017. ISSN 1438-8871 (Electronic)1438-8871 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28442454> >.
- SHEKHTER, I. *et al.* **Creating a Common Patient Safety Denominator: The Interns' Course.** Journal Of Graduate Medical Education, Chicago, v. 1, n. 2, p. 269-272, dec. 2009. doi: 10.4300 / JGME-D-09-00028.1
- SPOONER, A. J. *et al.* **Developing a minimum dataset for nursing team leader handover in the intensive care unit: A focus group study.** Aust Crit Care., [S.L.], v. 1, n. 31, p. 47-52, 2018. Doi : 10.1016 / j.aucc.2017.01.005.
- SPOONER, A. J. *et al.* **Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study.** International Journal of Nursing Studies. [S.L.], n. 61, p. 165-72, 2016. Doi 10.1016 / j.ijnurstu.2016.05.006
- TASE, T. H. *et al.* **Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente.** Rev. Gaúcha Enferm., [S.L.], v. 34, n. 3, p. 196-200, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472013000300025>.
- TONEY-BUTLER, T. J.; UNISON-PACE, W. J. **Nursing Admission Assessment and Examination.** In: (Ed.). StatPearls. Treasure Island (FL), 2020.
- UHM, J.; KO, Y.; KIM. S. **Implementation of an SBAR communication program based on experiential learning theory in a pediatric nursing practicum: A quasi-experimental**

**study.** Nurse Education Today Enfermeira Educ hoje., [S.L.],80: 78-84. Set 2019. Doi: 10.1016/j.nedt.2019.05.034.





<b>Recomendações específicas para o próximo turno</b>																				
<b>Solicitações (avaliação especializada, exames, abertura de protocolos etc)</b>																				
<b>Plano de alta</b>																				
<b>Outras informações:</b>																				

<b>DIFICULTADORES E FRAGILIDADES</b>																				
<b>Ruídos</b>																				
<b>Local inadequado</b>																				
<b>Tempo insuficiente</b>																				
<b>Interrupções</b>																				
<b>Intercorrências</b>																				
<b>Perda ou incerteza das informações</b>																				
<b>Esquecimento</b>																				
<b>Ausência/ Atraso do profissional que receberá o turno</b>																				
<b>Ausência de material de apoio</b>																				
<b>Fuga de assunto</b>																				
<b>Outros dificultadores e Fragilidades observados:</b>																				
<b>A comunicação na troca de turnos é baseada em algum instrumento/ método padronizado?</b>																				
<b>X = sim</b>																				
<b>Se sim, qual?</b>																				

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS  
RELACIONADAS À COMUNICAÇÃO NAS TROCAS DE TURNOS  
“PASSAGENS DE PLANTÃO”,**

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS  
RELACIONADAS A COMUNICAÇÃO NA TROCA DE TURNOS “PASSAGEM DE  
PLANTÃO”**

**II - Práticas profissionais relacionadas a comunicação na troca de turnos**

1. A passagem de informações na troca de turno, no setor onde atuou, é realizada a beira-leito.

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Com muita frequênc

2. Utilizo um instrumento (impresso ou eletrônico), padronizado e baseado em evidências científicas, que me guia na troca de turno quanto às informações que devem ser passadas.

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Com muita frequênc

3. As informações transmitidas durante a troca de turnos são claras, objetivas e realizadas no menor tempo possível sem comprometer a qualidade das informações passadas.

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Com muita frequênc

4. A comunicação durante a troca de turnos ocorre de forma organizada, os profissionais apresentam-se concentrados durante a passagem de plantão, há pontualidade no início e término da comunicação.

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Com muita frequênc

5. A forma de comunicação na troca de turnos induz a erros e troca de informações dos pacientes interferindo sobremaneira na segurança do paciente.

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Com muita frequênc

6. A comunicação na troca de turnos permite aos profissionais ter uma visão geral do setor, assim como a evolução dos pacientes, facilitando o planejamento e a organização de suas atividades.

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Com muita frequênci

7. Para uma adequada comunicação na troca de turnos entre os profissionais e entre profissionais/pacientes e familiares, utiliza-se estratégias e técnicas que facilitem a compreensão das mensagens.

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Com muita frequênci

8. Utiliza-se um instrumento padronizado e baseado em evidências para guiar a comunicação na troca de turno melhora a qualidade da comunicação entre quem recebe e quem passa o turno.

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Com muita frequênci

9. Utilizo alguma tecnologia eletrônica, como prontuário eletrônico, aplicativo para smartphone ou base de dados eletrônica, durante a comunicação na troca de turnos.

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Com muita frequênci

10. Utilizo algum método de comunicação, como a Técnica ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment e Recommendation) durante a sua comunicação na troca de turnos.

Nunca Raramente Ocasionalmente Frequentemente Com muita frequência

11. A comunicação verbal, somente, é suficiente para garantir a continuidade do cuidado após a troca de turno.

Discordo Totalmente    Discordo parcialmente    Não concordo nem discordo    Concordo parcialmente    Concordo totalmente

12. A comunicação na troca de turno pode ser qualificada pelo uso associado de ferramentas, como quadros e whiteboards, anotações em prontuário, gravações, dispositivos eletrônicos entre outros.

Discordo Totalmente    Discordo parcialmente    Não concordo nem discordo    Concordo parcialmente    Concordo totalment

13. Utilizar uma ferramenta exclusiva para auxiliar a comunicação na troca de turnos, pode comprometer a segurança do paciente.

Discordo Totalmente    Discordo parcialmente    Não concordo nem discordo    Concordo parcialmente    Concord totalment

14. Assinale os dados que você considera essenciais na passagem de plantão e importantes de serem contempladas em um instrumento para guiar a comunicação efetiva durante a troca de turno.

- 01.( ) Nome do paciente  
 02.( ) Dias de internação  
 03.( ) Diagnóstico  
 04.( ) Dados cirúrgicos  
 05.( ) Dieta/ Jejum  
 06.( ) Evolução médica  
 07.( ) Grau de dependência  
 08.( ) Exame físico específico  
 09.( ) Relatório de enfermagem  
 10.( ) Consultas especializadas  
 11.( ) Alergias  
 12.( ) Procedência  
 13.( ) Religiosidade/espiritualidade  
 14.( ) Resumo da terapêutica atual

- 15.( ) Número do leito  
 16.( ) Idade  
 17.( ) Quadro clínico atual  
 18.( ) Procedimentos  
 19.( ) Plano de alta  
 20.( ) Evolução de enfermagem  
 21.( ) Prescrições de enfermagem  
 22.( ) Recomendações específicas  
 23.( ) Protocolos abertos  
 24.( ) Histórico clínico e cirúrgico  
 25.( ) Comportamento do paciente  
 26.( ) Histórico da internação atual  
 27.( ) Intercorrências  
 28.( ) Pendências  
 29.( ) Data de admissão  
 30.( ) Profissionais envolvidos no cuidado  
 31.( ) Programação cirúrgica  
 32.( ) Exames  
 33.( ) Paliativo/ Não ressuscitar  
 34.( ) Riscos (queda, infecção entre outros)  
 35.( ) Exame físico geral  
 36.( ) Prescrição médica  
 37.( ) Sinais vitais e outros parâmetros  
 38.( ) Comorbidades  
 39.( ) Informações sobre a família/ acompanhantes  
 40.( ) Vigilância infecciosa  
 41.( ) Avaliação multiprofissional  
 42.( ) Informações administrativas  
 15. Que outros dados você gostaria que estivessem contemplados por um instrumento para guiar a comunicação na troca de turnos?

16. Assinale os fatores que você considera que interferem negativamente na passagem de plantão:

- 01 ( ) Interrupções  
 02 ( ) Ruídos externos  
 03 ( ) Atraso dos colegas  
 04 ( ) Esquecimento de informações  
 05 ( ) Falta de privacidade  
 06 ( ) Falta de método de registro  
 07 ( ) Falta de interesse  
 08 ( ) Emergências ou intercorrências  
 09 ( ) Todos listados acima  
 10 ( ) Outros: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – MATERIAL COMPLEMENTAR. TABELAS 5 E 6

Tabela 5. Comparação entre os enfermeiros respondentes do instrumento de coleta de dados de percepção profissional das unidades de UTI, pronto socorro e clínica médica segundo a metodologia ISBAR. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

Questões*	UTI		Pronto Socorro		Clínica Médica		Total		G	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<b>Questão 1</b>										
Nunca	3	14,3	2	9,52	4	19,05	9	42,86	12,5076	0,1300
Raramente	0	0,0	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
Ocasionalmente	0	0,0	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
Frequentemente	0	0,0	5	23,81	0	0,00	5	23,81		
Com muita frequência	4	19,0	2	9,52	1	4,76	7	33,33		
<b>Questão 2</b>										
Nunca	0	0,0	2	9,52	4	19,05	6	28,57	13,21	0,1048
Raramente	0	0,0	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
Ocasionalmente	1	4,8	1	4,76	0	0,00	2	9,52		
Frequentemente	1	4,8	3	14,29	0	0,00	4	19,05		
Com muita frequência	5	23,8	3	14,29	1	4,76	9	42,86		
<b>Questão 3</b>										
Nunca	0	0,0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	7,642	0,47
Raramente	1	4,8	0	0,00	2	9,52	3	14,29		
Ocasionalmente	1	4,8	1	4,76	0	0,00	2	9,52		
Frequentemente	1	4,8	4	19,05	2	9,52	7	33,33		
Com muita frequência	4	19,0	4	19,05	1	4,76	9	42,86		
<b>Questão 4</b>										
Nunca	1	4,8	0	0,00	1	4,76	2	9,52	12,70	0,1224
Raramente	1	4,8	0	0,00	0	0,00	1	4,76		
Ocasionalmente	1	4,8	4	19,05	1	4,76	6	28,57		
Frequentemente	4	19,0	2	9,52	3	14,29	9	42,86		
Com muita frequência	0	0,0	3	14,29	0	0,00	3	14,29		
<b>Questão 5</b>										
Nunca	2	9,5	2	9,52	0	0,00	4	19,05	6,98	0,5383
Raramente	3	14,3	5	23,81	4	19,05	12	57,14		
Ocasionalmente	1	4,8	2	9,52	0	0,00	3	14,29		
Frequentemente	0	0,0	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
Com muita frequência	1	4,8	0	0,00	1	4,76	2	9,52		
<b>Questão 6</b>										
Nunca	0	0,0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3,53	0,8967
Raramente	0	0,0	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
Ocasionalmente	0	0,0	0	0,00	1	4,76	1	4,76		
Frequentemente	4	19,0	5	23,81	3	14,29	12	57,14		
Com muita frequência	3	14,3	4	19,05	1	4,76	8	38,10		
<b>Questão 7</b>										
Nunca	0	0,0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	7,43	0,4907
Raramente	1	4,8	0	0,00	1	4,76	2	9,52		
Ocasionalmente	1	4,8	0	0,00	1	4,76	2	9,52		
Frequentemente	4	19,0	6	28,57	3	14,29	13	61,90		
Com muita frequência	1	4,8	3	14,29	0	0,00	4	19,05		
<b>Questão 8</b>										
Nunca	0	0,0	1	4,76	2	9,52	3	14,29	14,48	0,07
Raramente	0	0,0	2	9,52	1	4,76	3	14,29		
Ocasionalmente	1	4,8	0	0,00	1	4,76	2	9,52		

Frequentemente	3	14,3	5	23,81	0	0,00	8	38,10		
Com muita frequência	3	14,3	1	4,76	1	4,76	5	23,81		
<b>Questão 9</b>										
Nunca	4	19,0	2	9,52	1	4,76	7	33,33		
Raramente	3	14,3	5	23,81	0	0,00	8	38,10		
Ocasionalmente	0	0,0	2	9,52	3	14,29	5	23,81	14,29	0,0746
Frequentemente	0	0,0	0	0,00	1	4,76	1	4,76		
Com muita frequência	0	0,0	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
<b>Questão 10</b>										
Nunca	1	4,8	6	28,57	4	19,05	11	52,38		
Raramente	0	0,0	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
Ocasionalmente	0	0,0	2	9,52	0	0,00	2	9,52	15,82	0,045
Frequentemente	3	14,3	0	0,00	1	4,76	4	19,05		
Com muita frequência	3	14,3	1	4,76	0	0,00	4	19,05		
<b>Questão 11</b>										
Discordo totalmente	0	0,0	4	19,05	1	4,76	5	23,81		
Discordo parcialmente	4	19,0	2	9,52	2	9,52	8	38,10		
Não concordo e nem discordo	0	0,0	1	4,76	1	4,76	2	9,52	12,25	0,1403
Concordo parcialmente	1	4,8	2	9,52	1	4,76	4	19,05		
Concordo totalmente	2	9,5	0	0,00	0	0,00	2	9,52		
<b>Questão 12</b>										
Discordo totalmente	0	0,0	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
Discordo parcialmente	1	4,8	0	0,00	0	0,00	1	4,76		
Não concordo e nem discordo	0	0,0	1	4,76	0	0,00	1	4,76	5,29	0,7257
Concordo parcialmente	4	19,0	3	14,29	3	14,29	10	47,62		
Concordo totalmente	2	9,5	5	23,81	2	9,52	9	42,86		
<b>Questão 13</b>										
Discordo totalmente	4	19,0	6	28,57	1	4,76	11	52,38		
Discordo parcialmente	2	9,5	0	0,00	0	0,00	2	9,52		
Não concordo e nem discordo	0	0,0	1	4,76	0	0,00	1	4,76	14,27	0,075
Concordo parcialmente	1	4,8	2	9,52	2	9,52	5	23,81		
Concordo totalmente	0	0,0	0	0,00	2	9,52	2	9,52		

\*Questões descritas no apêndice B

Fonte: Elaborado pela própria autora. 2020

Tabela 6. Comparação entre os técnicos/auxiliares respondentes do instrumento de coleta de dados de percepção profissional das unidades de UTI, pronto socorro e clínica médica segundo a metodologia ISBAR. Uberlândia (MG), Brasil, 2020.

Questões*	UTI		Pronto Socorro		Clínica Médica		Total		G	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<b>Questão 1</b>										
Nunca	4	6,6	13	21,31	4	6,56	21	34,43	14,1499	0,0779
Raramente	0	0,0	7	11,48	3	4,92	10	16,39		
Ocasionalmente	1	1,6	3	4,92	0	0,00	4	6,56		
Frequentemente	5	8,2	13	21,31	2	3,28	20	32,79		
Com muita frequência	4	6,6	2	3,28	0	0,00	6	9,84		
<b>Questão 2</b>										
Nunca	7	11,5	10	16,39	4	6,56	21	34,43	6,3263	0,6107
Raramente	2	3,3	8	13,11	1	1,64	11	18,03		
Ocasionalmente	2	3,3	6	9,84	0	0,00	8	13,11		
Frequentemente	2	3,3	11	18,03	3	4,92	16	26,23		
Com muita Frequência	1	1,6	3	4,92	1	1,64	5	8,20		
<b>Questão 3</b>										
Nunca	0	0,0	0	0,00	2	3,28	2	3,28	16,269	0,0387
Raramente	5	8,2	3	4,92	1	1,64	9	14,75		
Ocasionalmente	3	4,9	6	9,84	1	1,64	10	16,39		
Frequentemente	3	4,9	22	36,07	4	6,56	29	47,54		
Com muita frequência	3	4,9	7	11,48	1	1,64	11	18,03		
<b>Questão 4</b>										
Nunca	0	0,0	2	3,28	2	3,28	4	6,56	8,5914	0,3779
Raramente	5	8,2	11	18,03	1	1,64	17	27,87		
Ocasionalmente	6	9,8	9	14,75	3	4,92	18	29,51		
Frequentemente	2	3,3	13	21,31	2	3,28	17	27,87		
Com muita frequência	1	1,6	3	4,92	1	1,64	5	8,20		
<b>Questão 5</b>										
Nunca	3	4,9	9	14,75	6	9,84	18	29,51	12,6734	0,1236
Raramente	6	9,8	15	24,59	2	3,28	23	37,70		
Ocasionalmente	4	6,6	9	14,75	0	0,00	13	21,31		
Frequentemente	0	0,0	4	6,56	1	1,64	5	8,20		
Com muita frequência	1	1,6	1	1,64	0	0,00	2	3,28		
<b>Questão 6</b>										
Nunca	0	0,0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5,6239	0,6893
Raramente	1	1,6	2	3,28	0	0,00	3	4,92		
Ocasionalmente	1	1,6	1	1,64	2	3,28	4	6,56		
Frequentemente	9	14,8	31	50,82	6	9,84	46	75,41		
Com muita frequência	3	4,9	4	6,56	1	1,64	8	13,11		
<b>Questão 7</b>										
Nunca	0	0,0	3	4,92	1	1,64	4	6,56	10,3474	0,2415
Raramente	2	3,3	7	11,48	1	1,64	10	16,39		
Ocasionalmente	4	6,6	5	8,20	3	4,92	12	19,67		
Frequentemente	5	8,2	22	36,07	3	4,92	30	49,18		
Com muita frequência	3	4,9	1	1,64	1	1,64	5	8,20		
<b>Questão 8</b>										
Nunca	5	8,2	8	13,11	2	3,28	15	24,59	11,79	0,1608
Raramente	3	4,9	5	8,20	1	1,64	9	14,75		
Ocasionalmente	2	3,3	6	9,84	2	3,28	10	16,39		
Frequentemente	1	1,6	18	29,51	3	4,92	22	36,07		
Com muita frequência	3	4,9	1	1,64	1	1,64	5	8,20		
<b>Questão 9</b>										
Nunca	9	14,8	15	24,59	3	4,92	27	44,26	9,8326	0,277

Raramente	1	1,6	5	8,20	0	0,00	6	9,84		
Ocasionalmente	2	3,3	3	4,92	3	4,92	8	13,11		
Frequentemente	1	1,6	9	14,75	1	1,64	11	18,03		
Com muita frequência	1	1,6	6	9,84	2	3,28	9	14,75		
<b>Questão 10</b>										
Nunca	11	18,0	28	45,90	5	8,20	44	72,13		
Raramente	2	3,3	3	4,92	2	3,28	7	11,48		
Ocasionalmente	0	0,0	2	3,28	0	0,00	2	3,28	8,4142	0,5885
Frequentemente	1	1,6	2	3,28	0	0,00	3	4,92		
Com muita frequência	0	0,0	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
Não responderam	0	0,0	3	4,92	2	3,28	5	8,20		
<b>Questão 11</b>										
Discordo totalmente	1	1,6	5	8,20	1	1,64	7	11,48		
Discordo parcialmente	3	4,9	9	14,75	1	1,64	13	21,31		
Não concordo e nem discordo	1	1,6	4	6,56	2	3,28	7	11,48	4,6685	0,7924
Concordo parcialmente	7	11,5	15	24,59	2	3,28	24	39,34		
Concordo totalmente	2	3,3	5	8,20	3	4,92	10	16,39		
<b>Questão 12</b>										
Discordo totalmente	1	1,6	2	3,28	0	0,00	3	4,92		
Discordo parcialmente	2	3,3	4	6,56	0	0,00	6	9,84		
Não concordo e nem discordo	2	3,3	3	4,92	3	4,92	8	13,11	7,8454	0,4487
Concordo parcialmente	6	9,8	16	26,23	2	3,28	24	39,34		
Concordo totalmente	3	4,9	13	21,31	4	6,56	20	32,79		
<b>Questão 13</b>										
Discordo totalmente	4	6,6	11	18,03	2	3,28	17	27,87		
Discordo parcialmente	5	8,2	5	8,20	1	1,64	11	18,03		
Não concordo e nem discordo	0	0,0	8	13,11	3	4,92	11	18,03	9,7849	0,2805
Concordo parcialmente	2	3,3	8	13,11	2	3,28	12	19,67		
Concordo totalmente	3	4,9	6	9,84	1	1,64	10	16,39		

\*Questões descritas no apêndice B

Fonte: Elaborado pela própria autora. 2020

## ANEXO A – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **COMUNICAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA TROCA DE TURNOS: A utilização de ferramentas para a Segurança do Paciente**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof. Dra. Andrea Mara Bernardes da Silva (Curso de Graduação em Enfermagem - Famed - UFU), Prof. Dr. Douglas Eulálio (Curso de Graduação em Enfermagem - Famed - UFU) e Maria Heliza Oliveira de Souza (Discente do Curso de Graduação em Enfermagem - Famed - UFU).

Nesta pesquisa nós estamos buscando analisar como são realizadas as trocas de turno entre as equipes de enfermagem em setores de diferentes perfis de assistência no Hospital de Clínicas de Uberlândia e verificar a existência de fragilidades da comunicação nesses momentos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Maria Heliza Oliveira de Souza antes das trocas de turno entre os profissionais envolvidos na passagem de informações sobre o plantão que se encerra. De acordo com o item IV da Resolução CNS 466/12, você poderá dispor de tempo para decidir sobre participar da pesquisa, após esclarecer suas dúvidas com a pesquisadora.

Na sua participação, você será observado durante a troca de turnos pela pesquisadora, que coletará os dados referentes à comunicação entre você e o profissional que receberá o plantão que se inicia. A pesquisadora não intervirá no processo de troca de informações entre turnos; os dados serão coletados através de observação passiva com auxílio de um instrumento de coleta de dados. Você também será solicitado a responder um questionário que tem como objetivo verificar sua perspectiva sobre a troca de informações entre turnos na equipe de enfermagem. É esperado que o (a) senhor (a) leve em torno de 45 minutos para responder todas as perguntas.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Na presente pesquisa os riscos estarão associados à coleta de dados primários, o que poderá acarretar: discriminação, invasão de privacidade, e divulgação de dados confidenciais.

---

Assinatura do (s) pesquisador

---

Assinatura do participante da pesquisa

As medidas de cautela perante aos riscos serão: assegurar a confidencialidade e a privacidade e a não discriminação, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. Destaca-se que toda a divulgação de resultados será feita de modo coletivo, sem qualquer menção que possa resultar em risco de identificação pessoal dos participantes.

Os principais benefícios diretos e indiretos que serão obtidos por meio dessa pesquisa, serão aqueles que incidirão no processo de trabalho envolvendo a otimização das habilidades gerenciais, técnicas e humanas, por meio da identificação e eliminação de fragilidades da comunicação nas passagens de plantão com a implantação de um instrumento/aplicativo visando comunicação eficiente entre profissionais.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: : Andrea Mara Bernardes da Silva; Telefone: (34) 9 8801-3312; E-mail: [andrea-bernardes@ufu.br](mailto:andrea-bernardes@ufu.br) Sala:15 Bloco 2U - Campus Umuarama

Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ..... de ..... de 20.....

---

Assinatura do (s) pesquisador (es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Assinatura do participante da pesquisa