Protocolos de Comunicação em Saúde: Estrutura, Evidência e as Condições em que Realmente Funcionam

Communication Protocols in Health Care: Structure, Evidence and the Conditions Under Which They Actually Work

Luiz Alexandre Essinger[1] *e Ana Clara Essinger*[2]

Resumo: Falhas de comunicação entre profissionais de saúde figuram entre as causas mais frequentes de eventos adversos evitáveis, sobretudo em transições de cuidado, prescrições verbais e salas cirúrgicas. Este artigo descreve e discute criticamente os protocolos de comunicação validados e amplamente adotados na assistência à saúde, avaliando o que a literatura sustenta sobre sua eficácia e sob quais condições eles funcionam. Foram consultadas as bases PubMed, SciELO e LILACS, em português, inglês e espanhol, com prioridade para publicações dos últimos quinze anos e para documentos oficiais de órgãos de acreditação. SBAR/ISBAR, read-back, call-out e check-back, comunicação em três vias, I-PASS, time-out, checklist cirúrgico da Organização Mundial da Saúde, CUS, SHARE, SPIKES e o programa TeamSTEPPS reduzem ambiguidade e estruturam trocas críticas quando inseridos em rotinas reais. A evidência sobre redução de eventos adversos é mais consistente para checklists cirúrgicos e transições estruturadas de plantão do que para os demais protocolos, e mesmo esses dois vêm com ressalvas de reprodutibilidade. Conclui-se que os protocolos só produzem segurança quando sustentados por cultura institucional, dever de resposta da liderança e prática deliberada. A ferramenta estrutura o processo, mas o processo só vira segurança quando alguém responde por ele; aplicados como ritual, os protocolos tornam-se documentos decorativos. **Palavras-Chave:** Comunicação em saúde. Segurança do paciente. Passagem de plantão. Equipe multiprofissional. Eventos adversos.

Abstract: Failures in communication among health professionals are among the most frequent causes of preventable adverse events, especially during care transitions, verbal prescriptions and in operating rooms. This article describes and critically discusses validated and

[1] Professor de Cirurgia do Centro Universitário Souza Marques. Mestre em Cirurgia. Especialista em Cirurgia Vascular. E-mail: luiz.essinger@souzamarques.br

[2] Especialista em Cirurgia Vascular e em Ultrassonografia Vascular.

widely adopted communication protocols in health care, assessing what the literature supports about their effectiveness and under which conditions they work. PubMed, SciELO and LILACS were consulted in Portuguese, English and Spanish, prioritising publications from the last fifteen years and official documents from accreditation bodies. SBAR/ISBAR, read-back, call-out and check-back, three-way communication, I-PASS, time-out, the World Health Organization surgical checklist, CUS, SHARE, SPIKES and the TeamSTEPPS programme reduce ambiguity and structure critical exchanges when embedded in real routines. The evidence on reducing adverse events is more consistent for surgical checklists and structured shift handovers than for the remaining protocols, and even those two carry reproducibility caveats. The conclusion is that protocols only produce safety when supported by institutional culture, a leadership duty to respond and deliberate practice. Tools structure the process, but the process only becomes safety when someone answers for it; applied as ritual, protocols become decorative documents. **Keywords:** Health communication. Patient safety. Patient handoff. Multiprofessional team. Adverse events.

Introdução

Grande parte dos eventos adversos evitáveis começa com uma frase dita de forma incompleta, ouvida de forma equivocada ou simplesmente não dita. Falhas de comunicação entre profissionais aparecem de forma recorrente nos estudos de causas-raiz de eventos graves e ganham peso nas chamadas transições de cuidado: mudanças de turno, transferências de setor, encaminhamentos entre especialidades. São momentos em que a informação muda de mãos — e, com ela, muda também a responsabilidade sobre a informação.

A magnitude do problema é difícil de dimensionar com precisão, porque os sistemas de notificação dependem da cultura local de cada serviço. Ainda assim, a convergência é notória: o Sentinel Event Alert 58 da Joint Commission apontou a comunicação inadequada na passagem de plantão como fator contribuinte em parcela substancial dos eventos sentinela analisados [1]. Não se trata de incompetência individual. Trata-se de um sistema que confia em conversas rápidas, barulhentas e hierarquizadas para transmitir decisões que envolvem risco de morte.

Há, porém, uma lacuna mais incômoda do que o desconhecimento. A maior parte dos profissionais conhece o SBAR, reconhece o valor do read-back e já participou de um time-out. O problema está entre conhecer o protocolo e aplicá-lo sob pressão, quando o telefone toca no meio da consulta e o paciente do leito 12 está instável. Ferramentas

de comunicação exigem prática deliberada e suporte institucional. Sem isso, existem no papel — e desaparecem na emergência.

Este artigo resulta de uma revisão narrativa de atualização, com propósito formativo e crítico, não sistemática. Foram consultadas as bases PubMed, SciELO e LILACS, em português, inglês e espanhol, priorizando publicações dos últimos quinze anos e documentos oficiais: materiais do programa TeamSTEPPS da Agency for Healthcare Research and Quality em parceria com o Departamento de Defesa dos Estados Unidos [2], o WHO Surgical Safety Checklist [3] e textos de referência sobre comunicação de más notícias e transições de cuidado. A estratégia de busca é resumida e não houve meta-análise. Incluímos estudos e documentos sobre protocolos validados e amplamente adotados em serviços de saúde; excluímos trabalhos restritos a comunicação em saúde mental sem interface com equipe, materiais puramente promocionais e ferramentas sem uso consolidado. Reconhecemos as limitações do formato: sem busca sistemática e sem dupla leitura, há risco de seleção, e indicamos no texto onde a evidência é forte e onde é extrapolação.

O objetivo é apresentar a estrutura dos principais protocolos de comunicação em uso na assistência à saúde — verbais, escritos e combinados — e discutir criticamente em que condições eles realmente aumentam a segurança. Assumimos um ponto de vista desde o início: a ferramenta não substitui a cultura, mas a cultura sem ferramenta também não se sustenta.

Por que a comunicação falha: o ruído entre a intenção e a execução

A comunicação em saúde falha por razões estruturais antes de falhar por descuido. A hierarquia é a mais citada: o residente que percebe um erro na prescrição do preceptor hesita, suaviza a frase ou a transforma em pergunta retórica que não exige resposta. A assimetria de poder converte um alerta em um murmurinho. O ambiente adiciona ruído literal — monitores apitando, rádios, corredores de emergência — e a pressa faz o resto: entre uma chegada de ambulância e a próxima, a passagem de plantão vira uma lista de nomes.

Há também ruído fonético. Medicamentos com nomes parecidos e números ditos com sotaque ou em linha instável produzem trocas silenciosas. Nenhuma dessas falhas exige má intenção — apenas um sistema que não exige confirmação. Os protocolos revisados a seguir atacam exatamente esses pontos de atrito.

SBAR: a estrutura que transformou a passagem de plantão

O SBAR — Situation, Background, Assessment, Recommendation — nasceu na Marinha dos Estados Unidos, em contexto de passagem de plantão em submarinos nucleares, onde a informação precisava ser transmitida de forma inequívoca e breve sob condições de risco. Foi adaptado para a saúde por Leonard e colaboradores, na Kaiser Permanente do Colorado, como estrutura para comunicação de situações clínicas agudas, sobretudo por telefone [4][5]. A lógica é simples, e é justamente por isso que ela funciona: separa o que está acontecendo agora do que já aconteceu, do que se pensa sobre o quadro e do que se quer que o interlocutor faça.

Cada etapa tem uma função própria e um erro típico associado. A Situação responde à pergunta "o que está acontecendo agora" e deve ser dita em uma ou duas frases objetivas; o erro típico é começar pela história, o que consome os primeiros trinta segundos da ligação e adia a informação que decide a conduta. O Background traz o contexto relevante — diagnóstico de base, comorbidades, o que já foi tentado — e o erro típico é o excesso: relatar a internação inteira quando o interlocutor precisa de três dados. A Avaliação é a etapa mais frequentemente omitida, porque exige que o comunicador assuma uma interpretação e se exponha a ela; dizer "está taquicárdico" é diferente de dizer "avaliou que está em choque séptico inicial". A Recomendação é a etapa que transforma o relato em ação, e o erro típico é a vagueza: "precisa de avaliação" não é recomendação, é transferência de responsabilidade.

Em muitas instituições adotou-se a versão ISBAR, em que o I de Identification obriga a abrir a conversa com quem se é, de onde se fala e sobre qual paciente. É a etapa mais banal e a que mais evita o clássico diálogo entre duas pessoas que acham que falam do mesmo doente — erro que, em hospital com leitos numerados de forma semelhante entre andares, não é hipotético. A Joint Commission incorporou a comunicação estruturada em seus padrões de acreditação, e a Organização Mundial da Saúde passou a recomendar abordagens estruturadas em seus materiais de segurança do paciente [1][3].

Um exemplo realista em emergência mostra a diferença. "Sou a Dra. Ana, residente da emergência, e falo sobre o senhor Carlos, leito 12 (Identificação). Ele estava com saturação de 95% com oximetria às 22 horas e agora está com 88% em 4 litros (Situação). Foi internado ontem por pneumonia em lobo inferior direito, sem resposta clínica aparente (Background). Avalio que está deteriorando, com aumento de trabalho respiratório, e

não me acalmo só com oxigênio (Avaliação). Peço que suba à beira-leito agora e avalie indicação de elevação de suporte e reavaliação de antibioticoterapia (Recomendação)." Compare com o habitual: "Doutor, o Carlos do 12 tá ruim" — frase que exige do ouvinte adivinhar o resto e que, em um plantão movimentado, será respondida com o que o ouvinte conseguir inferir, não com o que o emissor sabia.

O SBAR também se aplica fora da emergência, e é aí que ele costuma ser subutilizado. Em enfermaria, estrutura a ligação para o plantonista à noite. Em centro cirúrgico, organiza a passagem do paciente da sala para a recuperação. Entre especialidades, reduz o encaminhamento vago a uma pergunta respondível. A adaptação ao contexto é legítima — a Agency for Healthcare Research and Quality descreve o SBAR como um cardápio, em que as partes usadas e a ordem dependem da necessidade da equipe [2] —, mas a supressão da Avaliação e da Recomendação descaracteriza a ferramenta: sem elas, sobra um relato, não uma comunicação clínica.

A crítica que assumimos: o SBAR organiza a fala, mas não garante que o ouvinte escute. Ele padroniza quem comunica; não cria dever de resposta nem impede que o medico sênior do outro lado da linha despache um "pode ser, reavalie em uma hora". Por isso, o SBAR funciona melhor onde existe cultura de resposta — e é aí que o CUS e o TeamSTEPPS, discutidos adiante, completam a ferramenta.

Read-back, comunicação em alça fechada e comunicação em três vias

O read-back é a regra mais simples de todas e talvez a mais negligenciada: quem recebe a informação crítica repete-a ao emissor, e o emissor confirma a exatidão. A comunicação em alça fechada (closed-loop) é o conceito mais amplo que engloba esse ciclo, acrescentando o reconhecimento explícito de que a mensagem foi recebida e compreendida — não apenas repetida. A distinção importa: repetir sem que o emissor confirme a exatidão não fecha a alça, e é esse detalhe que separa o protocolo do hábito.

O call-out e o check-back operam em outra lógica. O call-out é comunicação em broadcast: durante um evento, o líder anuncia valores e estados em voz alta para toda a equipe, permitindo que todos compartilhem o mesmo quadro situacional. Não é confirmação de recebimento — é difusão. O check-back é a confirmação pelo receptor e pode ocorrer dentro ou fora do ciclo de alça fechada. A comunicação em três vias é uma formalização do read-back aplicada a ordens verbais de alto risco, com uma diferença

operacional relevante: os três participantes são identificados explicitamente e cada etapa é verbalizada em sequência auditável.

O contexto óbvio é a prescrição verbal. Em emergência, um médico pede por telefone: "Administre 10 unidades de insulina regular IV agora". A enfermeira responde: "Entendido: 10 unidades de insulina regular IV, agora, no paciente do leito 12". O médico confirma: "Correto". Sem essa terceira via, um pedido mal ouvido vira erro de dose — e medicamentos de alta vigilância, como insulinas, anticoagulantes e opioides, são justamente aqueles em que a margem entre terapêutico e tóxico é estreita. Resultados críticos de laboratório merecem o mesmo tratamento. O read-back custa dez segundos e evita o tipo de erro que nenhuma auditoria recupera; instituições que o tratam como opção acabam colhendo a versão informal, aquela em que a enfermeira repete baixinho para si mesma e não desafia o emissor equivocado.

I-PASS e a transição de cuidados: o que se perde entre turnos

O I-PASS padroniza a passagem de plantão entre equipes médicas em cinco elementos: Illness severity (gravidade), Patient summary (resumo do quadro), Action list (lista de tarefas pendentes), Situation awareness and contingency planning (consciência situacional e plano de contingência) e Synthesis by receiver (síntese pelo receptor). A sigla é fácil de memorizar, e é justamente essa facilidade que costuma produzir o mal-entendido mais comum: a de que basta preencher os cinco campos. Não basta. O que distingue o I-PASS de uma lista de recados é a estrutura de raciocínio que ele impõe — e a etapa final, que obriga o receptor a devolver o quadro em suas próprias palavras.

Cada elemento responde a uma pergunta que a passagem de plantão tradicional deixa sem resposta. A gravidade diz ao plantonista que assume o turno onde olhar primeiro; sem ela, todos os pacientes parecem igualmente estáveis até que um deles deixe de estar. O resumo do quadro reconstrói o que aconteceu desde a admissão, e não a internação inteira: o erro típico é o excesso de narrativa, que consome o tempo do turno e dilui o que importa. A lista de ações pendentes é o que separa uma passagem útil de uma conversa agradável — sem ela, exames colhidos e não checados, culturas sem resultado e reavaliações prometidas desaparecem na troca de turno. A consciência situacional é a etapa mais difícil e a mais valiosa: exige que quem passa o plantão diga o que teme, não apenas o que sabe. "Este paciente me preocupa" é informação clínica, e a ausência dela é uma das perdas

mais silenciosas da passagem mal feita.

A síntese pelo receptor é a etapa que fecha o ciclo, e a literatura é mais enfática do que a intuição sugere: é justamente ela que se associa à redução de erros. Quando o receptor repete o quadro com suas próprias palavras, três coisas acontecem ao mesmo tempo — a informação é verificada, as lacunas aparecem e a responsabilidade é transferida de forma explícita. Uma passagem em que o receptor apenas acena com a cabeça não transferiu nada; criou a impressão de que transferiu.

O estudo que estabeleceu o programa, conduzido pelo I-PASS Study Group em nove hospitais acadêmicos, acompanhou 10.740 admissões e encontrou redução relativa de 23% na taxa global de erros médicos — de 24,5 para 18,8 erros por 100 admissões — e de 30% na taxa de eventos adversos preveníveis, de 4,7 para 3,3 eventos por 100 admissões [6]. A análise por sítio mostrou redução significativa em apenas seis dos nove hospitais, o que já antecipava a mensagem central deste artigo: o efeito não é uniforme e depende do contexto de implementação. Um estudo prospectivo precursor em duas unidades pediátricas de um único hospital havia mostrado queda de 33,8 para 18,3 erros por 100 admissões [7]. O estudo multicêntrico de implementação em 32 hospitais, com 2.735 residentes, reforça a direção: redução de 47% nos eventos adversos relacionados à passagem de plantão [8].

O conjunto é consistente, mas todos os autores convergem no mesmo ponto — o efeito depende de treinamento, material padronizado e supervisão, não da sigla em si. Há ainda uma limitação prática que a literatura descreve e que a rotina confirma: o I-PASS foi desenhado para passagens entre médicos, e sua transposição para equipes multiprofissionais exige adaptação. Enfermagem, farmácia e fisioterapia têm informações próprias a transmitir, e a passagem conjunta, quando existe, costuma ser a que mais reduz eventos evitáveis — e também a mais difícil de proteger do relógio.

Time-out e checklist cirúrgico: a comunicação como barreira física

O time-out é uma pausa verbal e obrigatória, imediatamente antes da incisão, em que toda a equipe confirma paciente, procedimento e lateralidade, além de itens críticos como antibiótico profilático e imagens. O WHO Surgical Safety Checklist organiza essa lógica em três momentos: Sign In, Time Out e Sign Out [3]. A adoção do checklist foi associada, no estudo multicêntrico clássico de Haynes e colaboradores, à redução da mortalidade intra-

hospitalar de 1,5% para 0,8% e de complicações cirúrgicas de 11% para 7% [9]. É o desfecho mais robusto de toda a literatura sobre protocolos de comunicação em saúde — e também o mais contestado, porque estudos posteriores de implementação em larga escala mostraram resultados heterogêneos, com efeito atenuado fora do contexto controlado do estudo original. A leitura honesta é que o checklist funciona, mas não de forma automática nem uniforme.

Posição autoral assumida: o risco contemporâneo do checklist não é sua ausência, é sua burocratização. Quando o time-out vira leitura mecânica, ele mantém o papel e perde a função. Um checklist recitado sem comunicação real é pior que nenhum, porque induz a falsa sensação de que a checagem ocorreu.

CUS e a quebra da hierarquia: o dever de falar e o dever de responder

O CUS dá uma linguagem escalonada para o desafio hierárquico: Concerned ("estou preocupado com..."), Uncomfortable ("estou desconfortável com esta decisão") e Safety/Stop ("isto é uma questão de segurança; pare"). A lógica é dar ao subordinado uma frase que exige resposta e ao líder uma pista clara de que a conversa saiu da zona de conforto [2][4].

O programa TeamSTEPPS, desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality em parceria com o Departamento de Defesa dos Estados Unidos, integra o CUS a um conjunto de competências de trabalho em equipe e organiza-se em quatro competências — liderança, monitoramento mútuo, consciência situacional e comunicação — e três ferramentas coletivas: Brief, Huddle e Debrief [2]. Nosso argumento central: o CUS só funciona se o profissional sênior tiver o dever de responder. Se o alerta é ignorado, a ferramenta torna-se decorativa.

Vale reconhecer o limite dessa lógica. O CUS transfere ao profissional hierarquicamente inferior o ônus de escalonar a objeção, e essa transferência tem custo real: quem usa a ferramenta se expõe. Em serviços onde o alerta prévio já foi recebido com impaciência, a frase de segurança deixa de ser dita não por desconhecimento do protocolo, mas por cálculo de risco pessoal. É por isso que o CUS, isolado, produz menos do que promete. Ele funciona onde a liderança já sinalizou, em atos e não em cartazes, que a interrupção é bem-vinda — e fracassa onde o único incentivo visível continua sendo não incomodar o plantonista.

SPIKES e SHARE: comunicar más notícias e decidir em conjunto

O SPIKES foi proposto por Baile, Buckman e colaboradores como protocolo para comunicação de más notícias em oncologia e organiza a conversa em seis etapas: Setting (ambiente), Perception (percepção do paciente), Invitation (convite para saber), Knowledge (transmissão de conhecimento), Emotions (resposta à emoção com empatia) e Strategy and Summary (estratégia e resumo) [10]. No contexto cirúrgico, a relevância é direta: comunicar a perda de um membro ou complicações graves exige empatia para evitar a sensação de abandono do paciente.

O SHARE é o modelo de cinco passos da Agency for Healthcare Research and Quality para decisão compartilhada: Seek (buscar a participação do paciente), Help (ajudar a explorar e comparar opções), Assess (avaliar valores e preferências), Reach (chegar a uma decisão conjunta) e Evaluate (avaliar a decisão implementada) [11]. Vale distinguir: o modelo de Elwyn e colaboradores organiza a decisão compartilhada em três movimentos — choice talk, option talk e decision talk — e não usa a sigla SHARE [12].

Em cirurgia vascular, as situações que mais se beneficiam dessa estrutura são aquelas em que a escolha não se resolve por superioridade técnica evidente: revascularização versus amputação primária em isquemia crítica com leito distal ruim, conduta expectante versus reparo eletivo em aneurisma de aorta abdominal de crescimento limítrofe em paciente de alto risco, e acesso vascular em paciente dialítico com rede venosa esgotada. A literatura vascular já testou a hipótese. No aneurisma de aorta, o ensaio PROVE-AAA avaliou 235 pacientes candidatos a reparo aberto e endovascular e mostrou que a ferramenta de decisão elevou a concordância entre preferência e reparo recebido de 86% para 95% [13]. O ensaio OVIDIUS, em 13 hospitais holandeses, mostrou aumento da pontuação observada de decisão compartilhada de 28,7% para 37,8% e crescimento das escolhas não cirúrgicas [14]. Uma revisão sistemática de métodos mistos com 52 estudos, no entanto, encontrou melhora no conhecimento e nos escores observados, mas não em conflito decisório, satisfação ou qualidade de vida [15]. Assumimos posição intermediária: a ferramenta melhora o processo da conversa e a tradução da preferência em conduta, e é isso que a evidência sustenta.

Discussão

A leitura conjunta dos protocolos revela três pontos centrais.
O primeiro é a distância entre adoção formal e prática real. Protocolos frequentemente viram documentos

de conformidade burocrática em vez de práticas vivas. A assinatura na folha de time-out não prova que alguém olhou para o paciente; prova que alguém olhou para o papel. Auditorias institucionais deveriam medir comportamento observável — quantas vezes o receptor repetiu a ordem, quantas vezes o sênior respondeu ao CUS, quantas sínteses pelo receptor ocorreram na passagem de plantão — em vez de apenas taxas de preenchimento de formulários.

O segundo é a assimetria da evidência. Os desfechos mais robustos permanecem associados ao checklist cirúrgico e às transições estruturadas de plantão, e mesmo esses dois vêm com ressalvas de reprodutibilidade [8][9]. Para os demais instrumentos, o ganho primário comprovado reside na clareza da transmissão informacional e na redução de ambiguidades — desfechos intermediários, relevantes, mas não equivalentes a redução de mortalidade. Reconhecer essa hierarquia não enfraquece os protocolos; protege o argumento de quem os defende.

O terceiro é que existe diferença entre melhorar a conversa e melhorar o desfecho. As ferramentas de decisão compartilhada aumentam o conhecimento do paciente e a concordância entre preferência e conduta recebida [13][14], mas as revisões mais abrangentes não confirmam ganho em conflito decisório autorrelatado ou qualidade de vida [15]. É a mesma conclusão a que chegamos com o SBAR e com o CUS: a ferramenta estrutura o processo, e o processo só vira segurança quando alguém responde por ele.

Conclusão

A leitura conjunta dos protocolos revisados deixa uma conclusão que não é confortável para nenhum dos lados. Os protocolos de comunicação estruturada reduzem a ambiguidade nas trocas clínicas críticas e aumentam a segurança quando inseridos na rotina com tempo, treinamento e dever de resposta. A comunicação segura não é um talento individual, mas uma estrutura organizacional sustentada por rotina, liderança e consequência.

O que a literatura efetivamente sustenta é mais estreito do que a propaganda institucional sugere. Há desfecho duro para o checklist cirúrgico e para as transições estruturadas de plantão, e mesmo esses dois vêm com ressalvas de reprodutibilidade. Para os demais instrumentos, o ganho comprovado está na clareza da transmissão e na redução de ambiguidade — desfechos intermediários, relevantes, mas que não se traduzem automaticamente em menos mortes. Reconhecer essa hierarquia não enfraquece a defesa dos protocolos; ao contrário, prote-

ge o argumento de quem os defende, porque evita que a ferramenta seja descartada na primeira auditoria que não encontrar redução de mortalidade.

A implicação prática para gestores e para quem responde por programas de segurança é que a pergunta de auditoria precisa mudar. Medir taxa de preenchimento de formulário mede adesão ao ritual, não segurança. O que interessa é comportamento observável: quantas vezes o receptor repetiu a ordem crítica, quantas vezes o medico mais experiente respondeu a um CUS, quantas sínteses pelo receptor ocorreram na passagem de plantão, quantas vezes o time-out foi interrompido porque alguém percebeu uma divergência. Indicadores de comportamento são mais difíceis de coletar e menos fotogênicos em relatório, e é exatamente por isso que costumam ser substituídos por indicadores de processo.

Para o profissional que está na ponta, a mensagem é mais simples e não depende de política institucional. O SBAR, o read-back e o CUS não exigem software, verba ou comitê: exigem dez segundos e a decisão de não aceitar uma informação ambígua sobre um paciente grave. A ferramenta estrutura o processo, e o processo só vira segurança quando alguém responde por ele. Enquanto a cultura institucional não acompanhar, é essa decisão individual e repetida que sustenta o que os protocolos prometem no papel.

Tabela 1 – Protocolos de comunicação e segurança em saúde: objetivo e estrutura

Protocolo	Objetivo principal	Passos / estrutura
SBAR/ISBAR	Estruturar a comunicação de situações clínicas agudas	Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation
Read-back	Confirmar informações críticas recebidas	Emissor diz; receptor repete; emissor confirma a exatidão
Alça fechada (closed-loop)	Garantir recebimento e compreensão	Emissão; repetição; confirmação; reconhecimento explícito
Call-out	Difundir informações urgentes para a equipe	Anúncio em voz alta de valores e estados
Check-back	Confirmar recebimento pelo receptor	Receptor confirma o que ouviu
Comunicação em três vias	Fechar a alça em ordens verbais de alto risco	Emissor identificado transmite; receptor identificado repete; emissor confirma
I-PASS	Padronizar a passagem de plantão	Illness severity, Patient summary, Action list, Situation awareness, Synthesis by receiver
Time-out	Confirmar dados críticos antes da incisão	Paciente, procedimento, lateralidade, antibiótico, imagens
Checklist Cirúrgico OMS	Reduzir complicações e mortalidade cirúrgica	Sign In, Time Out, Sign Out
CUS	Dar linguagem escalonada para desafiar decisões	Concerned, Uncomfortable, Safety/Stop
SHARE	Estruturar a decisão compartilhada	Seek, Help, Assess, Reach, Evaluate
SPIKES	Organizar a comunicação de más notícias	Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary
Brief / Huddle / Debrief	Sustentar consciência situacional	Brief, Huddle, Debrief

Referências Bibliográficas

[1] The Joint Commission. Sentinel Event Alert, Issue 58: inadequate handoff communication. Oak Brook: The Joint Commission; 2017.

[2] Agency for Healthcare Research and Quality; Department of Defense. TeamSTEPPS 3.0: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. Rockville: AHRQ; 2023.

[3] World Health Organization. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives. Geneva: World Health Organization; 2009.

[4] Starmer AJ, Sectish TC, Simon DW, et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. N Engl J Med. 2014;371(19):1803-1812.

[5] Starmer AJ, Sectish TC, Simon DW, et al. Rates of medical errors and preventable adverse events among hospitalized children following implementation of a resident handoff bundle. JAMA. 2013;310(21):2262-2270.

[6] Starmer AJ, Spector ND, O'Toole JK, et al. Implementation of the I-PASS handoff program in diverse clinical environments: a multicenter prospective effectiveness implementation study. J Hosp Med. 2023;18(1):5-14.

[7] Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009;360(5):491-499.

[8] Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES — a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-311.

[9] Agency for Healthcare Research and Quality. The SHARE Approach: essential steps of shared decision making. Rockville: AHRQ; 2014. (AHRQ Pub. No. 14-0026-EF)

[10] Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med. 2012;27(10):1361-1367.

[11] Eid MA, Barry MJ, Tang GL, et al. Effect of a decision aid on agreement between patient preferences and repair type for abdominal aortic aneurysm: a randomized clinical trial. JAMA Surg. 2022;157(9):e222935.

[12] Stubenrouch FE, Peters LJ, de Mik SML, et al. Improving shared decision making in vascular surgery: a stepped wedge cluster randomised trial. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2022;64(1):73-81.

[13] Inal E, Farres H, Polania-Sandoval C, Brigham TJ, Erben Y. Shared decision-making in vascular surgery: a mixed-methods systematic review. Ann Vasc Surg. 2026;130:390-414.

[14] Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care. 2004;13(Suppl 1):i85-i90.

[15] Müller M, Jürgens J, Redaèlli M, et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. BMJ Open. 2018;8(8):e022202.