

RUÍDOS NA COMUNICAÇÃO DURANTE O HANDOVER DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Grazielle Rezende da Silva dos Santos¹ 

Fabiana de Mello Barros¹ 

Priscilla Valladares Broca¹ 

Rafael Celestino da Silva¹ 

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO

Objetivo: descrever o processo de comunicação entre os profissionais da equipe de enfermagem da terapia intensiva durante o *handover*, analisando-o quanto à existência de ruídos e suas repercussões na segurança do paciente.

Método: estudo qualitativo e exploratório, à luz de Berlo, realizado na unidade de terapia intensiva de hospital federal com 42 profissionais de enfermagem participantes do *handover* e/ou atuantes na assistência direta ao paciente. Foi realizada gravação do áudio do *handover*, bem como sua observação sistemática e das práticas de cuidado da equipe de enfermagem. Os áudios foram transcritos para um instrumento e analisados através de estatística descritiva quanto à presença, completude e correção da informação. Os dados da observação passaram por descrição densa.

Resultados: os ruídos relacionaram-se à ausência/incompletude de informações sobre o paciente, com focalização da comunicação sobre intercorrências e evolução clínica das últimas 24 horas e pouca valorização dos dados sobre avaliação, plano de cuidados e estado clínico do paciente; além de chegadas atrasadas, tom de voz baixo, conversas paralelas e uso de celulares. Tais ruídos geraram procedimentos desnecessários, errados ou a sua não realização.

Conclusão: ruídos no processo de comunicação afetam negativamente o cuidado de enfermagem, prejudicando a assistência prestada na perspectiva da segurança do paciente.

DESCRITORES: Transferência da responsabilidade pelo paciente. Segurança do paciente. Unidades de terapia intensiva. Comunicação em saúde. Enfermagem.

COMO CITAR: Santos GRS, Barros FM, Broca PV, Silva RC. Ruídos na comunicação durante o handover da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [acesso ANO MÊS DIA]; 28:e20180014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0014>

COMMUNICATION NOISE DURING THE NURSING TEAM HANDOVER IN THE INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT

Objective: to describe the communication process among the professionals of the intensive care nursing team during the handover, analyzing the existence of noise and its repercussions on patient safety.

Method: qualitative and exploratory study, in the light of Berlo, carried out at the intensive care unit of a federal hospital with 42 nursing professionals participating in the handover and/or acting in direct patient care. An audio recording of the handover was performed, as well as its systematic observation and the care practices of the nursing team. The audios were transcribed for an instrument and analyzed through descriptive statistics regarding the presence, completeness and correction of the information. The observation data were submitted to thick description.

Results: the noises were related to the absence/incompleteness of information about the patient, with focus on the communication about intercurrents and clinical evolution of the last 24 hours and little valuation of the data on evaluation, care plan and clinical condition of the patient; in addition to late arrivals, speaking with a low tone of voice, parallel conversations, and the use of cell phones. Such noises have caused unnecessary, wrong procedures or prevented procedures from being performed.

Conclusion: noise in the communication process negatively affects nursing and patient safety.

DESCRIPTORS: Patient handoff. Patient safety. Intensive care units. Health communication. Nursing.

RUIDOS EN LA COMUNICACIÓN DURANTE EL *HANDOVER* DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

RESUMEN

Objetivo: describir el proceso de comunicación entre los profesionales del equipo de enfermería de la terapia intensiva durante el *handover*, analizando la existencia del ruido y sus repercusiones en la seguridad del paciente.

Método: estudio cualitativo y exploratorio, a la luz de Berlo, realizado en la unidad de terapia intensiva de hospital federal con 42 profesionales de enfermería participantes del *handover* y/o actuantes en la asistencia directa al paciente. Se realizó grabación del audio del *handover*, así como su observación sistemática y de las prácticas de cuidado del equipo de enfermería. Los audios fueron transcritos a un instrumento y analizados a través de estadística descriptiva en cuanto a la presencia, completitud y corrección de la información. Los datos de la observación pasaron por una descripción densa.

Resultados: los ruidos se relacionaron con la ausencia/incompletud de informaciones sobre el paciente, con focalización de la comunicación sobre intercurrents y evolución clínica de las últimas 24 horas y poca valoración de los datos sobre evaluación, plan de cuidados y estado clínico del paciente; además de llegadas atrasadas, tono de voz bajo, conversaciones paralelas, uso de celulares. Estos ruidos generaron procedimientos innecesarios, errados o su no realización.

Conclusión: los ruidos en el proceso de comunicación afectan negativamente el cuidado de enfermería, perjudicando la asistencia prestada en la perspectiva de la seguridad del paciente.

DESCRIPTORES: Pase de guardia. Seguridad del paciente. Unidades de terapia intensiva. Comunicación en salud. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A comunicação é um processo que consiste em compreender e compartilhar mensagens e, de acordo com o modo como se dá esse compartilhamento de informações, há influências no comportamento das pessoas envolvidas.¹ Neste entendimento, na área da saúde, a comunicação repercute nas relações profissionais e entre estes e os pacientes possibilitando a assistência individualizada, a humanização do cuidado e a qualidade do atendimento.²

Configura-se como uma competência necessária aos profissionais, principalmente os de enfermagem, os quais devem estar atentos aos conteúdos informativos e aos resultados do processo de comunicação.³ Assim, a comunicação entre a equipe de enfermagem deve ser entendida como parte do cuidado para que seja efetiva e leve a bons resultados na assistência.

Na teoria que busca explicar como as pessoas se comunicam, parte-se da compreensão de que a comunicação ocorre em um processo contínuo em que não se pode identificar o início, nem o fim. Tal processo é composto por elementos que se inter-relacionam, dando sentido aos objetivos das mensagens. São eles: a fonte; o codificador; a mensagem; o canal; o decodificador; e, por fim, o receptor da mensagem.⁴

A relação entre estes elementos fornecerá um resultado final, podendo este ser satisfatório ou não. O termo fidelidade na comunicação é utilizado para se referir às situações em que a fonte alcança o objetivo de que a mensagem seja transmitida de maneira fiel ao receptor. Para tanto, são necessários um codificador que expresse com perfeição o que a fonte deseja transmitir e um decodificador com capacidade de traduzir com clareza a mensagem produzida pela fonte. Quando algo ocorre de maneira errada ou interfere nessa transmissão ou interpretação da mensagem surge o ruído.⁴

O conceito de ruído é oriundo do campo da comunicação eletrônica, sendo referido aos fatores que distorcem a qualidade de um sinal. A contrariedade entre fidelidade e ruído é retratada na afirmação: “ruído e fidelidade são as duas faces da mesma moeda. A eliminação do ruído aumenta a fidelidade; a produção de ruído reduz a fidelidade”.^{4:41}

Sob esta perspectiva teórica, ruídos na comunicação entre a equipe de saúde estão sendo indicados, cada vez mais, como contribuintes para a descontinuidade do cuidado, para o tratamento inadequado, tornando-os uma preocupação atual no que tange à segurança do paciente,⁵⁻⁶ particularmente em unidades de terapia intensiva (UTIs), onde a comunicação é complicada devido ao fluxo de profissionais da saúde, pela instabilidade dos pacientes e pela necessidade de manejar terapias, sistemas de informação e equipamentos complexos.⁷

Um momento importante na prestação da assistência intensiva em que a comunicação se faz intensamente presente é durante o *handover*. O *handover* envolve três características: a transferência da informação, da responsabilidade e da autoridade sobre o paciente. É uma atividade clínica que ocorre em todos os níveis hospitalares, abarcando desde a transferência de informações sobre o paciente entre os profissionais de diferentes turnos até a transferência de um paciente entre setores diferentes do hospital e para outro hospital.⁸⁻⁹

Handovers ocorrem através de conversas entre os profissionais ou pela leitura do prontuário do paciente à beira do seu leito, de modo que o mesmo possa participar. É um momento em que pode existir a descontinuidade do cuidado, quando as informações sobre o estado de saúde do paciente não são compartilhadas de maneira completa e eficiente.¹⁰

Os enfermeiros são reconhecidos como fundamentais para a garantia desta continuidade do cuidado, visto que estão com os pacientes internados durante 24 horas por dia e sete dias da semana. Além disso, são considerados articuladores da comunicação entre todos os profissionais de saúde e coordenadores de cuidados.¹⁰

Estudos indicam que o índice de erros na comunicação é significativo durante o compartilhamento de informações no *handover*, causando danos aos pacientes, o que se constitui em um desafio para a área da saúde em relação à segurança.¹¹⁻¹² Nas pesquisas circunscritas à UTI, evidencia-se que esse processo de transferência de informações também não tem sido algo padronizado, pois constatou-se que em 62% dos *handovers* da UTI para enfermagem continham pelo menos um erro.¹³

No caso da enfermagem, a análise de 54 *handovers* apontou que, na UTI I, 5,5% dos profissionais realizavam cuidados ao paciente durante o compartilhamento de informações e assim não destinavam total atenção à mensagem. Na UTI II, 94,7% dos profissionais chegaram atrasados durante o *handover*, além de também haver realização de procedimentos e conversas paralelas durante esse momento.¹⁴

Estes dados corroboram com a experiência da pesquisadora, que indica a presença de ruídos no processo de comunicação durante o *handover* entre a equipe de enfermagem na UTI que podem gerar erros no momento do cuidado e resultar em eventos adversos na assistência. Logo, a análise do modo como está estruturada essa troca de informações sobre os pacientes conforma-se em uma ferramenta importante para a promoção da comunicação segura.

Promover a comunicação efetiva é uma das metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente, bem como prioridade da Organização Mundial da Saúde. Então, com o intuito de melhor entender como o processo de comunicação pode interferir na segurança do paciente hospitalizado em uma UTI, objetivou-se descrever o processo de comunicação entre os profissionais da equipe de enfermagem da terapia intensiva durante o *handover*, analisando-o quanto à existência de ruídos e suas repercussões na segurança do paciente.

MÉTODO

Estudo qualitativo e de cunho exploratório. A compreensão da problemática está alicerçada pela utilização do suporte teórico de Berlo, para o qual a comunicação é utilizada entre os indivíduos a fim de “influenciar com intenção”.^{4:12} Essa comunicação apresenta uma meta que seria produzir uma reação. Logo, para que a comunicação seja considerada efetiva nesta perspectiva teórica, é necessário que a fonte consiga alcançar seu objetivo em termos de resposta do receptor, indicando uma fidelidade da comunicação. Por outro lado, quando o objetivo da fonte não alcança o receptor de maneira adequada implica na não efetividade da comunicação, o que significa a presença de ruídos no processo de comunicação.⁴

Sob esta ótica, a aplicação de tal referencial de análise na pesquisa em tela possibilita compreender os elementos que integram o processo comunicativo no *handover* de enfermagem na UTI e como estes influenciam no desenvolvimento de tal processo. Assim, permite entender os seus impactos seja na efetividade da comunicação, seja na ocorrência de ruídos entre os profissionais da equipe de enfermagem.

Como a análise desta efetividade da comunicação à luz de Berlo se dá a partir das respostas apresentadas pelo receptor em relação ao objetivo traçado pela fonte, no caso da comunicação que acontece durante o *handover* entre os profissionais de enfermagem na UTI, tal análise coloca em evidência a repercussão desta comunicação no planejamento da assistência de enfermagem pelos profissionais que estão assumindo o novo turno de trabalho e, por conseguinte, no desenvolvimento das suas ações de cuidado posteriores, particularmente quanto à segurança destas ações ao paciente. Em face disso, justifica-se o emprego do referencial teórico de Berlo na pesquisa.

O campo de estudo foi um hospital federal, de cunho universitário, no município do Rio de Janeiro, tendo como lócus a UTI Cirúrgica da referida instituição. Este setor tem capacidade para atender nove pacientes em estado crítico, sendo um dos leitos específico para paciente em isolamento respiratório. Acerca do perfil deste ambiente em relação ao fenômeno em estudo, destaca-se que o processo de comunicação ocorre na beira do leito com a presença dos membros da equipe de

enfermagem e há um instrumento em formato de *checklist* disponibilizado no setor para ser utilizado pela equipe de enfermagem durante o *handover*. O *handover* se inicia com a chegada do enfermeiro do turno seguinte.

Os participantes foram os membros da equipe de enfermagem atuantes na UTI cirúrgica da instituição cenário. Esta equipe é composta em média por dois enfermeiros plantonistas e a enfermeira chefe do setor, além de seis técnicos/auxiliares de enfermagem, os quais se revezam em uma escala de 12 horas de trabalho e 60 horas de descanso.

Considerando o referencial teórico, para uma análise aprofundada da comunicação no *handover* na UTI e de suas repercussões, entendeu-se ser necessária a observação das ações de cuidado de enfermagem realizadas a partir da comunicação estabelecida no *handover* para se analisar as respostas do receptor em relação ao objetivo traçado pela fonte.

Com isso, avaliou-se que no turno diurno, pelas suas características quanto ao emprego de técnicas, tecnologias e de cuidados fundamentais, era possível melhor aprofundar a observação do cotidiano das ações de cuidar, optando-se pela sua realização neste turno. Neste sentido, o momento do *handover* escolhido para análise foi o da troca de turnos entre os profissionais de enfermagem que trabalham no período da noite (fontes da comunicação) e a equipe que trabalha no período diurno (considerados receptores da informação).

Fizeram parte da pesquisa os participantes que atenderam aos critérios de inclusão: ser membro da equipe de enfermagem da UTI; participar do momento formal do *handover* e/ou atuar na assistência direta ao cliente internado neste setor após o *handover*. Como critérios de exclusão estabeleceram-se: ser enfermeiro residente; estar afastado por licenças e/ou férias. De 45 profissionais possíveis, participaram da pesquisa 42 que atenderam a tais critérios.

A produção dos dados foi realizada pela pesquisadora principal no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017. Para tanto, houve uma fase exploratória, na qual ocorreu a imersão da pesquisadora no campo para, inicialmente, familiarizar-se com a realidade, aproximar-se dos participantes e convidá-los a participar da pesquisa.

A primeira fase de produção dos dados foi a de levantamento de dados diretos sobre o processo de comunicação entre os membros da equipe de enfermagem no momento do *handover*. Nesta primeira fase ocorreu a gravação de áudio dos momentos formais de *handover* entre os profissionais de enfermagem com o objetivo de registrar os conteúdos da comunicação verbal emitidos pela linguagem falada dos participantes; e a observação sistemática deste *handover* com o objetivo de observar outros elementos que compõem o processo de comunicação que podem gerar ruídos, seguindo os conceitos adotados por Berlo.⁴

Os dados obtidos pela gravação do *handover* foram transcritos e registrados em um instrumento de *handover* elaborado com base nas evidências acerca da prática do *handover*.^{8-9,15} Este instrumento tinha em cinco seções: dados do perfil clínico do paciente; dados subjetivos; dados objetivos; avaliação do estado do paciente; e plano de cuidados.

Para a coleta dos dados de observação do *handover*, utilizou-se um roteiro que orientava para a observação do tom de voz, interrupções, chegadas e saídas dos profissionais, conversas paralelas etc. Assim, além do uso do gravador para o registro do conteúdo do *handover*, a pesquisadora acompanhava o momento formal do *handover* mantendo-se atenta aos aspectos que poderiam interferir no processo de comunicação. Os registros das cenas de *handover* no diário de campo eram feitos de modo a retratar a influência de tais aspectos no processo comunicacional para que fosse possível analisá-los quanto à configuração de ruídos.

A segunda fase da produção dos dados referiu-se ao levantamento de dados diretos sobre as repercussões do processo de comunicação nas práticas de cuidar, que ocorreu a partir da observação

sistemática das ações de cuidar. Para tanto, utilizou-se um roteiro de observação para apreender a dinâmica de cuidado da equipe de enfermagem na UTI.

Nesta observação, buscava-se captar situações de cuidado que retratassem as influências da comunicação no *handover* no desenvolvimento das ações de cuidar para a análise da efetividade desta comunicação com base nas respostas do receptor da informação.

Assim, após realizar a observação direta do *handover*, a pesquisadora permanecia no campo observando a equipe de enfermagem do turno diurno na prestação dos cuidados diários, realização de técnicas de alta complexidade, atuando em momentos de intercorrências clínicas, participando de reuniões da equipe ou promovendo cuidados gerenciais.

Quando se observavam cenas que tinham nexos diretos com a comunicação desenvolvida no *handover*, ocorria o seu registro em um diário de campo cujas anotações descreviam gestos, falas, ações, pensamentos da equipe de enfermagem, bem como referenciavam o lugar, as pessoas envolvidas, o momento da ação, as formas de expressão. Quando se atingiu um total de 105 horas e 35 minutos de observação, a pré-análise indicou um número abrangente de situações observadas, optando-se pelo término da coleta destes dados.

Especificamente aos dados transcritos da gravação do áudio no instrumento de *handover*, foi feita a análise da presença ou ausência das informações, de sua completude ou não e da sua correção em relação aos itens que devem integrar o *handover*. Neste estudo, foi considerada ausência quando nenhum item da seção analisada era mencionado no *handover*, ou seja, quando o profissional não compartilhava nenhuma informação referente a esta seção. A incompletude foi considerada quando apenas alguns itens da seção eram mencionados ou quando a informação sobre algum item estava inacabada. Já o erro foi quando o profissional compartilhava informações equivocadas sobre os dados dos pacientes.

Para subsidiar esta análise, foi feito o cruzamento dos dados registrados neste instrumento com a observação direta do paciente e os dados clínicos presentes no prontuário. Assim, quando cada paciente era incluído no *handover*, era feito um levantamento completo no prontuário de todos os seus dados clínicos relevantes até a data atual, o qual era atualizado diariamente. Para esta caracterização da presença, completude e correção foram aplicados os princípios da estatística descritiva por meio de frequência simples e porcentual.

Para a análise dos dados oriundos da observação, aplicou-se os princípios da descrição densa.¹⁶ Neste sentido, a partir da descrição com profundidade de cenas do *handover* que tratavam dos elementos que integram o processo comunicativo para que haja sua efetividade, bem como de cenas das práticas de cuidado da enfermagem que tinham nexos com ruídos de comunicação ocorridos no âmbito do *handover*, buscou-se explicá-las e interpretá-las de maneira densa, levando-se em conta o referencial sobre comunicação de suporte à pesquisa.

A pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos, tendo sido solicitado o aceite dos participantes mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A confidencialidade dos participantes foi garantida através da identificação alfanumérica, sendo o código “ENF” para enfermeiro e “TEC” para técnico de enfermagem, seguido do número arábico a partir da ordem sequencial em que se organizou a observação. O estudo foi aprovado pela instituição e por comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 42 profissionais de enfermagem, dos quais 15 eram enfermeiros, sete que trabalhavam no período diurno e oito no período noturno, além de 11 técnicos e 15 auxiliares de enfermagem atuantes no período diurno. No período de coleta de dados, foram preenchidos através da transcrição dos áudios gravados dos momentos de *handover* 131 instrumentos. Em relação à

análise geral destes dados, houve ausência e incompletude em todos os instrumentos analisados, e o erro ocorreu em quatro instrumentos.

Esta análise também foi realizada de acordo com as seções do instrumento, quais sejam: dados de identificação, que caracterizam o perfil clínico do paciente quanto ao tempo de internação, de utilização de dispositivos invasivos, a indicação de precaução e a presença de alergias; dados subjetivos, que se referem aos dados da história clínica do paciente, doenças de base, motivo para estar internado na UTI e últimos eventos ocorridos; dados objetivos, que trazem informações em relação à saúde do paciente por sistemas corporais; avaliação, que contempla a avaliação do estado geral do paciente, contrastando a terapêutica realizada e as respostas apresentadas pelos pacientes; e plano de cuidados, que indica os cuidados e procedimentos a serem realizados e o seu preparo.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das informações ausentes, completas e incompletas segundo as seções do instrumento.

Tabela 1 - Distribuição das informações quanto à presença e completude nas seções dos instrumentos de *handover*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016-2017. (N=131)

| Seção | Informações ausentes | | Informações incompletas | | Informações completas | |
|------------------|----------------------|------|-------------------------|-------|-----------------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| Perfil clínico | 89 | 67,9 | 42 | 32,1 | - | - |
| Dados subjetivos | 4 | 3,0 | 126 | 96,2 | 1 | 0,8 |
| Dados objetivos | - | - | 131 | 100,0 | - | - |
| Avaliação | 130 | 99,2 | - | - | 1 | 0,8 |
| Plano | 120 | 91,6 | - | - | 11 | 8,4 |

Pode-se verificar que somente o tópico sobre os dados objetivos não esteve ausente em nenhum momento, todavia também não se apresentou de maneira completa nos instrumentos analisados. Comparando as seções que tiveram algum tipo de ausência, a seção dos dados subjetivos foi a que apresentou menor porcentagem de ausência dentre as informações compartilhadas pelos profissionais de enfermagem, no entanto se apresentou incompleta na maioria dos instrumentos. O tópico de identificação do perfil dos pacientes esteve ausente em mais da metade dos *handovers* analisados.

Outro aspecto que merece atenção é o fato de que os dados mostram que informações sobre a avaliação e plano de cuidados dos pacientes estiveram ausentes em mais de 90% dos *handovers* analisados. A avaliação do paciente é feita pela equipe de enfermagem que está terminando o turno a partir das informações que recebeu ao iniciar o serviço e com os acontecimentos no decorrer do seu período de trabalho. Dessa maneira, o profissional deve avaliar o estado de saúde do paciente, sua resposta ao tratamento ofertado e a necessidade de mudanças ou manutenção no manejo deste paciente no que tange ao cuidado de enfermagem.

Por conseguinte, o plano de cuidados para o paciente deve ser traçado a partir das necessidades levantadas nessa avaliação feita pelo profissional. Cabe nesse tópico estabelecer os procedimentos a serem realizados no plantão que se inicia, fazendo com que a equipe receptora das informações tenha conhecimento sobre a programação e o preparo do paciente.

Quando existem ruídos na comunicação dessas informações acerca do planejamento da assistência, corre-se o risco, por exemplo, de que o paciente seja submetido a um procedimento já realizado, como é o caso do banho/higiene que se verifica na cena a seguir, o que pode atrasar o desenvolvimento de outras atividades ou trazer prejuízos hemodinâmicos aos pacientes, que se encontram muitas vezes instáveis na sua condição clínica.

Tal cena aconteceu após o término do *handover* e a distribuição das tarefas, por volta das 10 horas, quando a TEC23 depois de realizar o banho no leito dos pacientes sob sua responsabilidade questiona em tom de voz alto.

TEC23: '*quem foi banho no turno da noite?*'; ENF13: '*Leito 14 e 16.*'; TEC23: '*_leito número 14? O 14 foi banho? Então por que a gente deu banho de novo nele?*' (Risos); ENF13: '*Eu avisei, eu avisei!*' (Trecho de diário de campo, Enfermeira 13, Técnico de enfermagem 23).

A ENF13 terminou o diálogo com essa frase, pois após o *handover*, quando estava distribuindo os técnicos em suas funções avisou ao setor quem havia sido submetido ao banho no turno anterior, com base nas informações que foram compartilhadas durante o *handover* pela ENF11. Contudo, nesse dia, no momento do *handover* ocorreram algumas interrupções. O ambiente estava bastante ruidoso, pois outros membros da equipe que não estavam participando do processo de comunicação no *handover* e permaneciam no setor com conversas paralelas durante o período em que estavam presentes.

Outro ruído foi a presença de médicos realizando questionamentos sobre pacientes no momento do *handover*. Esse ruído causou a quebra da continuidade das informações que estavam sendo compartilhadas, pois, depois do questionamento, a enfermeira da noite precisou pensar um pouco para retomar o compartilhamento de informações com a equipe.

Nesse mesmo dia, outro ruído que pode ter influenciado na chegada da mensagem corretamente até o receptor foi o tom de voz muito baixo utilizado pela ENF11 do serviço noturno, que muitas vezes se voltava apenas para a ENF13 do serviço diurno. Isso dificultou a audição de alguns técnicos de enfermagem que participavam do *handover* e que, a todo o momento, mudavam de posição ou inclinavam o corpo tentando chegar mais próximo da enfermeira a fim de entender o que a mesma falava.

A tabela 2 apresenta a distribuição das informações incompletas e incorretas segundo as seções do instrumento.

Tabela 2 - Distribuição das informações incompletas e incorretas por seção nos instrumentos de *handover*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016-2017. (N=131)

| Seção | Informações incompletas | | Informações incorretas | |
|-------------------------|-------------------------|------|------------------------|-----|
| | N | % | N | % |
| Perfil Clínico | | | | |
| Internação na UTI | 30 | 71,4 | - | - |
| Internação hospitalar | 37 | 88,1 | - | - |
| Diagnóstico | 14 | 33,3 | - | - |
| Uso de Dispositivos | 40 | 95,2 | - | - |
| Precaução/isolamento | 31 | 73,8 | - | - |
| Dados subjetivos | | | | |
| Histórico médico | 110 | 87,3 | - | - |
| Motivo de admissão | 104 | 82,5 | - | - |
| Últimos eventos 24h | 20 | 15,9 | - | - |
| Situação atual de saúde | 17 | 13,5 | - | - |
| Dados objetivos | | | | |
| Sinais vitais | 131 | 100 | - | - |
| Sist. neurológico | 74 | 56,4 | - | - |
| Integridade cutânea | 63 | 48,0 | - | - |
| Sist. respiratório | 131 | 100 | 1 | 0,8 |

Tabela 2 - Cont.

| Seção | Informações incompletas | | Informações incorretas | |
|----------------------|-------------------------|------|------------------------|-----|
| | N | % | N | % |
| Sist. cardiovascular | 131 | 100 | - | - |
| Sist. digestório | 110 | 83,9 | 2 | 1,5 |
| Sist. geniturinário | 93 | 70,9 | - | - |
| Cateteres vasculares | 34 | 25,9 | - | - |
| Avaliação | - | - | - | - |
| Plano | - | - | 1 | 0,8 |

Nos dados sobre o perfil, em nenhum dos instrumentos analisados foi mencionada a presença de algum tipo de alergia. Outro fator que se destacou foi que a maioria dos itens estava incompleta em mais que 70%. Percebe-se, pela inserção da pesquisadora em campo, que essas informações recebem mais atenção dos profissionais quando o paciente é recém-admitido no setor e estes ainda não conhecem suas características clínicas com profundidade.

Os dados subjetivos foram o segundo tópico mais abordado entre os profissionais de enfermagem. A leitura analítica desta seção mostra que a equipe tem maior preocupação em comunicar informações consideradas mais recentes, como os eventos ocorridos durante o último turno, ou sobre a situação de saúde atual do paciente. Esses itens apresentavam um quantitativo de informações menor, tendo assim maior adesão na comunicação durante o *handover*. Opostamente, os itens que se referiam ao histórico médico e ao motivo de internação apresentaram incompletude um número de vezes maior.

Todavia, mesmo estas informações subjetivas sobre o paciente, especialmente os dados relacionados com a sua admissão e os eventos ocorridos no último turno, estavam incompletas, como se visualiza nesta cena da admissão do paciente na UTI. Às 11 horas, a TEC3 chega ao posto de enfermagem onde estava a ENF2 do serviço diurno e diz:

‘ENF2 você poderia ligar para a copa, minha paciente está pedindo comida?’; ENF2: ‘Tem que esperar o almoço!’; TEC3: ‘mas o registro dela não está aqui, está na emergência, pelo menos ontem estava. Se não ligar para lá, não vai subir comida para ela!’ (Trecho de diário de campo, Enfermeira 02, Técnico de enfermagem 03).

Após 10 minutos, a ENF2 ligou para a copa a fim de solicitar a alimentação para a referida paciente. Nesse momento, descobriu que o registro da paciente não estava no hospital, uma vez que a mesma havia recebido alta da emergência. Essa informação de cunho gerencial sobre o registro no sistema da admissão da paciente na UTI não foi comunicada no *handover*, o que acarretou falta de alimentação da paciente no período da manhã.

Itens objetivos importantes para o cuidado estavam incompletos em todos os instrumentos analisados, como os sinais vitais, dados do sistema respiratório e sistema cardiovascular. Ressalta-se que todos os pacientes internados neste setor estavam com monitoramento cardíaco e a grande maioria utilizava algum tipo de suporte respiratório. Verifica-se que a incompletude ocorreu com maior frequência em itens que se modificam rapidamente, como dados cardíacos e respiratórios, assim como os dados neurológicos e sobre eliminações, que podem indicar alterações hemodinâmicas importantes no paciente crítico.

Os itens que abordavam as infusões e os cateteres podem ser considerados como aqueles aos quais os profissionais de enfermagem davam maior importância, bem como o que tratava dos exames laboratoriais e de imagem, sempre sendo mencionado no *handover* quando o paciente havia sido submetido a um exame no plantão que se encerrava.

As repercussões da incompletude da comunicação dos dados objetivos no cuidado prestado são ilustradas por meio do registro de observação que mostra a realização de um procedimento desnecessário. Após o *handover*, o enfermeiro presente no setor distribuiu as atividades a serem realizadas entre os técnicos de enfermagem e organizou o trabalho. Às 10 horas e 20 minutos, os profissionais de enfermagem estavam atuando diretamente no cuidado.

Após a realização de um procedimento no paciente do leito 16, a TEC1 direcionando-se aos profissionais que estavam no posto de enfermagem, diz em um tom de voz alto:

TEC1: “*Fiz clister, tá!*”. Neste momento, outro técnico de enfermagem indaga com uma expressão de espanto. TEC2: ‘*Noleito16? Você fez clister no leito 16?*’; TEC1: ‘*Fiz. Tem dois dias que ele não evacua.*’; TEC2: ‘*Tem que esperar gente, ele evacuou bastante!*’; TEC1: ‘*Mas tem dois dias.*’; TEC2: ‘*Mas foi muita coisa. As alunas e os alunos estavam aqui e viram.*’ A TEC1 não responde ao comentário feito pelo TEC2 e continuou a realizar o cuidado ao paciente. (Trecho de diário de campo, Técnicos de enfermagem 1 e 2).

Neste caso, em particular, ao analisar o *handover* deste dia sobre o paciente, não foi compartilhado que o paciente havia apresentado dois episódios de evacuação em grande quantidade. Ao verificar o prontuário do referido paciente, constatou-se que o mesmo havia apresentado dois dias antes dois episódios de evacuação em grande quantidade às 8:00 e às 10:00 horas. Durante o *handover* foi mencionado apenas que o paciente não havia apresentado episódios de evacuação no plantão anterior. Outro fator agravante foi a ausência do plano de cuidados deste paciente, visto que em nenhum outro momento do *handover* foi declarada a necessidade de realização de *clister* no referido paciente.

Ademais, pode ter contribuído para a realização deste procedimento desnecessário a ausência durante o *handover* dos técnicos envolvidos na cena. A presença destes profissionais poderia contribuir para uma melhor comunicação e entendimento sobre o estado de saúde do paciente e a elaboração do seu plano de cuidado. Esse relato mostra como a incompletude/ausência de informações importantes podem influenciar no cuidado.

O erro, elemento analisado neste estudo, ocorreu em quatro instrumentos. Em um deles, durante a comunicação sobre o paciente do leito 12, a ENF09 do serviço noturno disse que a dieta do paciente era de 24h. A ENF16 do serviço diurno, ao adentrar o leito e verificar esta informação, percebeu que a dieta estava parada. Corrigiu o problema e disse:

‘*A dieta estava parada! Ativei aqui!*’ (Trecho de diário de campo, Enfermeira 09 e Enfermeira 16). Não foi possível identificar o tempo de interrupção da dieta.

DISCUSSÃO

A significação dos dados apresentados acerca do processo de comunicação produzido pela equipe de enfermagem da UTI no cenário desta pesquisa é feita a partir de Berlo⁴ e das evidências levantadas pela literatura acerca deste tema na interface com a segurança.

Para haver comunicação é preciso interação entre as partes, quais sejam, fonte e receptor. Para isso, uma pessoa precisa se colocar no lugar da outra com uma adoção de papéis recíproca. Um elevado grau de interação vai interferir na efetividade da comunicação. À medida que as partes interagem e conseguem influenciar e ser influenciadas, os conceitos de fonte e receptor como partes distintas desaparecem e surge a ideia de processo.⁴

Um dos elementos que compõe este processo de comunicação é a mensagem. Essa mensagem é composta por um código, o conteúdo da mensagem e o tratamento da mesma. Sobre o código,

quando a fonte tem um objetivo a ser comunicado ela busca os melhores codificadores para que sua mensagem chegue ao receptor o mais fiel possível.⁴

No cenário que serviu de lócus para a pesquisa, os enfermeiros do turno noturno representaram os codificadores-fonte. Nesse caso, os profissionais tinham a intenção de fazer com que os receptores, a equipe de enfermagem do turno diurno, tivessem conhecimento sobre as informações dos pacientes para os quais eles prestariam o cuidado. Como meio de codificar a mensagem, os profissionais da noite utilizaram a pronúncia das palavras através do idioma português, o tom de voz, os gestos e a interpretação dos questionamentos realizados pela equipe receptora. Nessa pesquisa, evidenciaram-se ruídos nesse momento do processo, uma vez que o tom de voz baixo da enfermeira da noite foi prejudicial para a comunicação.

Em relação ao receptor-decodificador, representado pelo profissional da equipe de enfermagem diurna, este também precisou de algumas habilidades para decodificar a mensagem e entender o que a fonte estava compartilhando. As habilidades comunicativas utilizadas pelo receptor-decodificador foram a audição, para ouvir a mensagem que estava sendo falada pela fonte, e a visão, para acompanhar as informações a partir dos impressos sobre os pacientes e verificá-las à beira leito. Para ouvir, o receptor precisava estar atento ao que a fonte estava falando, para que pudesse compreender sua intenção, no entanto alguns profissionais da equipe não mantiveram a atenção necessária à fonte, o que pode ter comprometido a decodificação por completo da mensagem. Os dados observados durante o período destinado à pesquisa apontam a falta de atenção de alguns profissionais durante o *handover*, conversas paralelas, o uso de celulares, chegadas atrasadas interrupções.

Quanto ao conteúdo da mensagem, era pretendido que os profissionais compartilhassem as informações relevantes sobre o paciente a fim de garantir a continuidade do cuidado pelos profissionais que estavam recebendo a mensagem. Neste aspecto, houve ausência de informações importantes, incompletude de dados e a ocorrência de alguns erros. Em síntese, os dados objetivos foram os mais abordados entre os profissionais de enfermagem, seguidos dos dados subjetivos e das características do paciente. Os dados sobre a avaliação e o plano de cuidados quase não foram mencionados pela equipe de enfermagem. As informações sobre o estado do paciente e o plano de assistência foram menos valorizadas em relação aos eventos ocorridos nas últimas 24 horas.

Quanto ao tratamento da mensagem, decisões tomadas pela fonte para o compartilhamento da mensagem e obtenção das respostas necessárias por parte do receptor, na UTI estudada, a fonte compartilhou as informações prioritariamente na beira do leito do paciente, face a face com a equipe que estava na posição de receptor da mensagem, utilizando a linguagem verbal e auxílio de informações escritas.

Este comportamento é considerado positivo, já que estar próximo ao paciente no momento do compartilhamento de informações sobre ele auxilia o profissional a comparar as informações que estão sendo compartilhadas com as impressões visuais que está adquirindo daquele paciente durante o *handover*, contribuindo para a diminuição de erros ou até mesmo para a correção de situações compartilhadas de maneira equivocada.

O emprego da comunicação verbal e escrita também é um fator que contribui para evitar a perda de informações. No cenário em tela, os profissionais de enfermagem que compartilhavam as informações utilizavam os registros da evolução de enfermagem por eles realizada, enquanto os que recebiam a mensagem anotavam os itens importantes em seu material pessoal e procediam à conferência das pranchetas dos pacientes com as prescrições médicas e o balanço hídrico. Não foi observado o uso do instrumento padronizado no setor.

Esses dados significados à luz do referencial mostram que a comunicação no *handover* de enfermagem desenvolvido na instituição da pesquisa apresentou ruídos. Neste entendimento, quanto mais ruídos um processo de comunicação apresenta, menor será a efetividade da fonte em expressar

seus objetivos e obter o comportamento esperado do receptor, diminuindo, assim, a fidelidade da comunicação.⁴ Com isso, a intenção da comunicação, ou seja, a continuidade do cuidado do paciente foi afetada negativamente. Isso gerou, por vezes, procedimentos duplicados, não implementados e procedimentos inadequados, a exemplo da realização do *clíster* relacionada à comunicação das informações sobre a função gastrointestinal do paciente, colocando em risco a sua segurança.

A ausência/incompletude de informações no *handover* pode ser observada também em outras pesquisas. Estudo que ocorreu em um ambiente de terapia intensiva analisou 16 *handovers* realizados por enfermeiros. Os resultados mostraram que apenas 35,1% das informações relacionadas à avaliação e plano de cuidados foram compartilhadas. Informações sobre o sistema cardiovascular estavam presentes em 7,4%, sistema neurológico em 7,3%, sistema respiratório em 6,9%, gastrointestinal em 6,7%. Informações relacionadas ao tratamento e medicações foram compartilhadas em 16% dos *handovers*. A discussão sobre exames laboratoriais e alergias representou, respectivamente, 1,7% e 0,5% da amostra.¹⁷

Em outra pesquisa, verificou-se que as categorias faladas com maior frequência foram sobre a identificação do paciente (31,4%), seguida pelo plano de cuidados (25,2%), história clínica e apresentação (12,7%), estado clínico (12,5%) e, por fim, os resultados e metas para o cuidado, presente em menor quantidade (3,7%).¹⁸ Já na pesquisa que analisou dados de incidentes relacionados com o *handover* de pacientes em ambientes de UTI, evidenciou-se que informações críticas sobre o estado do paciente foram omitidas em 19,2% e informações sobre o plano de cuidados do paciente foram omitidas em 14,2% dos *handovers* analisados.¹⁹

Os resultados supracitados nesses estudos de suporte à discussão apresentam similaridade com o estudo em tela no que tange à frequência das informações contidas no *handover*, tendo em vista que muitas informações sobre os dados objetivos dos pacientes e o plano de cuidados estavam incompletas/ausentes em grande parte dos *handovers* analisados.

Já os ruídos relacionados aos comportamentos dos profissionais vão ao encontro de outros autores, para os quais estes comportamentos podem ser prejudiciais, tornando o processo de comunicação menos eficaz.²⁰⁻²² Distrações como conversas paralelas que não estão relacionadas ao assunto do *handover* e interrupções podem causar problemas no fluxo de informações compartilhadas pela equipe, podendo gerar erros durante a assistência.²⁰

A conversa paralela entre profissionais da equipe de saúde no momento do *handover* também foi relatada em estudo que objetivou medir a frequência das interrupções durante o *handover* em uma UTI. Neste estudo, a maior parte das interrupções correspondeu aos diálogos com outros profissionais no momento do *handover*, equivalendo a 77% da amostra. Esse comportamento entre os profissionais de saúde acaba tornando-se comum e não é visto como um problema, e sim como uma característica do setor.²¹

A pressa dos profissionais em deixar o setor, chegadas atrasadas, impontualidade para o início do *handover*, a falta de clareza durante a comunicação oral, além de interrupções de outros profissionais, são alguns dos fatores que podem interferir negativamente no momento da troca de turnos durante a equipe de enfermagem.²²

Pelo exposto, a ausência e insuficiência de informações sobre os pacientes, as conversas paralelas e interrupções impedem que a mensagem chegue com clareza ao receptor. Esses fatores, ruídos na comunicação entre a equipe de enfermagem, geram, então, a insegurança da assistência ao paciente,²³⁻²⁵ pois as ações exercidas a partir da compreensão equivocada da mensagem podem colocar o paciente em risco quando é submetido a um procedimento desnecessário ou quando este não é realizado pela falta de informações.

Erros técnicos a partir da não comunicação do plano de cuidados no *handover* também são vistos em estudo acerca dos erros de medicação na transição de cuidados. Através da busca

de artigos publicados de 1946 a 2014, os autores afirmam que a maioria dos erros de medicação tem origem na falta de comunicação eficaz entre os prestadores de cuidado durante a transição de cuidados, particularmente no que se refere à conciliação medicamentosa.²⁶

Isto se repetiu quando foram observados os impactos de 200 *handovers*, nos quais em 23 deles havia discrepância entre as doses dos medicamentos, sendo somente metade da dose administrada. Ordens de cuidados atrasadas ou não executadas ocorreram em 52% dos casos. Além disso, em 33% dos *handover* estavam ausentes ordens de realização de exames laboratoriais, mudança na dieta ou fisioterapia.²⁷

Em face desses resultados, a mudança de postura dos profissionais de enfermagem em prol da segurança do paciente ocorre, então, a partir do entendimento e valorização das informações que devem ser compartilhadas durante o *handover*. Para tanto, o desenvolvimento de habilidades e competências é de suma importância para melhorar a qualidade do processo de comunicação e a segurança do cuidado. Uma estratégia é a implementação de um programa de treinamento baseado em simulação, a outra é o gerenciamento da equipe quanto à comunicação, que inclui a discussão conjunta das barreiras que impedem o processo e sobre os ruídos que modificam a mensagem, mostrando a necessidade de um relacionamento interpessoal positivo e que permita a interação da equipe.

As limitações da pesquisa relacionam-se ao estudo da comunicação em um momento específico do *handover*, diminuindo a abrangência dos resultados, o que abre a possibilidade de investigações futuras sobre a comunicação no *handover* que acontece durante a transferência do paciente para outro setor ou outro hospital.

CONCLUSÃO

Com base na problemática apresentada nesta pesquisa e no objetivo delineado para a sua compreensão, verificou-se que o processo de comunicação durante o *handover* apresenta aspectos positivos e negativos à luz do referencial teórico aplicado na investigação. Os elementos evidenciados que fragilizam esse processo foram a ausência/incompletude de informações sobre o paciente, com focalização da comunicação sobre intercorrências, evolução do paciente nas últimas 24 horas, bem como em resultados de exames e pouca valorização dos dados sobre avaliação, plano de cuidados e informações sobre o estado clínico do paciente. Interrupções como chegadas atrasadas ou saídas antecipadas, tom de voz baixo, conversas paralelas e uso de celulares foram ruídos na comunicação entre a equipe de enfermagem, causando, algumas vezes, a descontinuidade da informação e perda de dados.

Tais ruídos são responsáveis pela realização de ações/procedimentos desnecessários, errados ou a sua não realização, trazendo riscos à segurança do paciente. Logo, o exposto nos resultados demonstra que ruídos no processo de comunicação afetam negativamente o cuidado, prejudicando a assistência que está sendo prestada na perspectiva da segurança.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa IA, Silva KCCD, Silva VA, Silva MJP. The communication process in Telenursing: integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 Jul [acesso 2017 Jul 09]; 69(4):718-25. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690421i>
2. Martins CCF, Santos VEP, Pereira MS, Santos NP. The nursing team's interpersonal relationships versus stress: limitations for practice. Cogitare Enferm [Internet]. 2014 Jun [acesso 2017 Jul 10]; 19(2):309-15 Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i2.36985>

3. Oliveira AM, Soares E. Communication in the interpersonal relationship nurse/patient with an indication for kidney transplant. *Cienc Cuid Saude*. [Internet]. 2016 Out-Dez [acesso 2017 Jul 10]; 15(4):647-54. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v15i4.29365>.
4. Berlo DK. *O processo da comunicação*. Rio de Janeiro (RJ): Fundo da Cultura; 2003.
5. Oliveira M, Rocha R. Reflection on the shift changes: implications in the continuity of nursing care. *Enf Rev* [Internet]. 2016 Out [acesso 2017 Jul 10]; 19(2):226-34. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13154>
6. Bueno BRM, Moraes SS, Suzuki K, Gonçalves FAF, Barreto RASS, Gebrim CFL. Characterization of handover from the surgical center to the intensive care unit. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 Jul-Set [acesso 2017 Jun 14]; 20(3):511-7. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40274/26257>.
7. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH, Amante LN, Matos E. Contributions of health care staff to promote patient safety in intensive care. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 Mar [acesso 2017 Out 03]; 20(1):121-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160017>
8. Ilan R, Le Baron CD, Christianson MK, Heyland DK, Day A, Cohen MD. Handover patterns: on a observational study of critical care physicians. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2012 Jan [acesso 2017 Mai 05]; 12(1):11. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-11>
9. Abraham J, Kannampallil T, Patel B, Almoosa K, Patel VL. Ensuring patient safety in care transitions: an empirical evaluation of a handoff intervention tool. *AMIA Annu Symp Proc* [Internet]. 2012 Nov [acesso 2016 Jan 31]; 2012:17-26. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3540511/>
10. Smeulders M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalized patients. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 Jun [acesso 2017 Mai 06]; 6:CD009979. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009979.pub2>
11. Maughan BC, Lei L, Cydulka RK. ED handoffs: observed practices and communication errors. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2011 Jun [acesso 2016 Out 02]; 29(5):502-11. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2009.12.004>
12. Venkatesh AK, Curley D, Chang Y, Liu SW. Communication of vital signs at emergency department handoff: opportunities for improvement. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2015 Ago [acesso 2016 Out 02]; 66(2):125-30. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.02.025>
13. Spooner AJ, Chaboyer W, Corley A, Hammond N, Fraser JF. Understanding current intensive care unit nursing handover practices. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2013 Abr [acesso 2017 Jul 09]; 19(2):214-20. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/ijn.12058>
14. Valera IMA, Reis GAX, Oliveira JLC, Souza VS, Hayakawa LY, Matsuda LM. Shift changes in pediatric intensive care units: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* [Internet] 2015 Dec [acesso 2017 Jul 05]; 14(0):440-2. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20155281>
15. Blouin AS. Improving hand-off communications: new solutions for nurses. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2011 Abr-Jun [acesso 2017 Ago 15]; 26(2):97-100. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31820d4f57>
16. Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1989.
17. Abraham J, Kannampallil T, Brenner C, Lopez KD, Almoosa KF, Patel B, et al. Characterizing the structure and content of nurse handoffs: a sequential conversational analysis approach. *J Biomed Inform* [Internet]. 2016 Fev [acesso 2017 Mai 29]; 59:76-88. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jbi.2015.11.009>

18. Johnson M, Sanchez P, Suominen H, Basilakis J, Dawson L, Kelly B, et al. Comparing nursing handover and documentation: forming one set of patient information. *Int Nurs Rev* [Internet] 2014 [acesso 2017 Aug 06]; 61(1):73-81. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/inr.12072>
19. Thomas MJ, Schultz TJ, Hannaford N, Runciman WB. Failures in transition: learning from incidents relating to clinical handover in acute care. *J Health Qual* [Internet] 2013 Mai-Jun [acesso 2017 Jul 01]; 35(3):49-56. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22268639>.
20. McMullan A, Parush A, Momtahan K. Transferring patient care: patterns of synchronous bidisciplinary communication between physicians and nurses during handoffs in a critical care unit. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2015 Abr [acesso 2016 Jan 25]; 30(2):92-104. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2014.05.009>
21. Spooner AJ, Corley A, Chaboyer W, Hammond NE, Fraser JF. Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: an observational study. *Aust Crit Care* [Internet] 2015 Fev [acesso 2017 Ago 06]; 28(1):19-23. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2014.04.002>
22. Rodriguez EOL, Oliveira CS, França TRS, Andrade JS, Campos MPA, Silva FJCP. Mapeamento da passagem de plantão sob a ótica dos profissionais de enfermagem. *Enferm Glob* [Internet]. 2013 [acesso 2017 Jun 06]; 12(3):206-18. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.12.3.157441>
23. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. Nursing actions for patient safety in hospitals: integrative review. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet] 2017 Fev [acesso 2017 Jun 29]; 11(suppl. 2):1016-24. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v11i2a13472p1016-1024-2017>
24. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Effective communication in teamwork in health: a challenge for patient safety. *Cogitare Enferm* [Internet] 2015 Jul-Set [acesso 2017 Ago 06]; 20(3):636-40. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>
25. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Esc Anna Nery* [Internet] 2014 Jan-Mar [acesso 2017 Ago 05]; 18(1):122-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>
26. Johnson A, Guirguis E, Grace Y. Preventing medication errors in transitions of care: a patient case approach. *J Am Pharm Assoc* [Internet]. 2015 Mar-Abr [acesso 2016 Out 02]; 55(2):e264-74. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1331/JAPhA.2015.15509>
27. Drach-Zahavy A, Goldblatt H, Maizel A. Between standardization and resilience: nurses' emergente risk management strategies during handovers. *J Clin Nurs* [Internet]. 2015 Fev [acesso 2017 Jul 07]; 24(3-4):592-601. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.12725>

NOTES

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da Dissertação - Comunicação na clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: o caso do *handover*, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 2017.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Santos GRS, Barros FM, Silva RC.

Coleta de dados: Santos GRS, Barros FM.

Análise e interpretação dos dados: Santos GRS, Barros FM, Broca PV, Silva RC.

Discussão dos resultados Santos GRS, Barros FM, Broca PV, Silva RC.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Santos GRS, Barros FM, Broca PV, Silva RC.

Revisão e aprovação final da versão final: Santos GRS, Barros FM, Broca PV, Silva RC.

FINANCIAMENTO

Projeto financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq Edital Universal 01/2016, Processo Nº: 431845/2016-6.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, parecer nº 1.728.672, CAAE: 56986916.8.3001.5257.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 01 de fevereiro de 2018.

Aprovado: 12 de junho de 2018.

AUTOR CORRESPONDENTE

Rafael Celestino da Silva

rafaenfer@yahoo.com.br