

## Handover de enfermagem em clínicas cirúrgicas: a interface entre a comunicação e a segurança do paciente

*Nursing shift handover in surgical clinics: the interface between communication and patient safety*

*Traspaso de turnos de enfermería en clínicas quirúrgicas: la interfaz entre la comunicación y la seguridad del paciente*

Vanessa Guimarães Telles<sup>1</sup> ; Cintia Silva Fassarella<sup>1</sup> ; Rafael Celestino da Silva<sup>1</sup> ;  
Priscila Francisca Almeida<sup>1</sup> ; Flavia Giron Camerini<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; <sup>2</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

### RESUMO

**Objetivo:** identificar os fatores que interferem na comunicação entre as equipes de enfermagem durante o *handover* de troca de turno em clínicas cirúrgicas, e sua interface com a segurança do paciente. **Método:** estudo quantitativo, observacional, com análise descritiva, realizado de abril a julho de 2019, por meio de um roteiro de observação e um formulário, em nove clínicas cirúrgicas de um hospital universitário. **Resultados:** observou-se 54 *handovers* e participaram 123 profissionais de enfermagem. Dentre os fatores analisados, destaca-se, a ausência de instrumento padronizado de *handover* (85,19%) e presença de ruídos sonoros (77,78%). A maioria dos participantes (86,93%) apontaram a omissão de informações, na transferência de cuidados, como o fator mais prejudicial para assistência. **Conclusão:** os fatores que interferiram na comunicação durante o *handover* foram: ruídos sonoros, omissão de informações, ausência de instrumento padronizado e atrasos dos profissionais. Acredita-se que a identificação desses fatores contribua para o desenvolvimento de melhores estratégias.

**Descritores:** Troca de Informação em Saúde; Transferência da Responsabilidade pelo Paciente; Comunicação; Segurança do Paciente.

### ABSTRACT

**Objective:** to identify factors affecting communication between nursing teams during shift handover on surgical wards, and how it interfaces with patient safety. **Method:** this quantitative, observational study, with descriptive analysis, was conducted on nine surgical wards of a university hospital from April to July 2019, using an observation script and record form. **Results:** 54 nursing shift handovers were observed, and 123 nursing personnel participated. Of particular note among the factors analyzed were absence of a standardized handover instrument (85.19%) and the presence of noise (77.78%). Most of the participants (86.93%) pointed to missing information at handover as the factor most prejudicial to care. **Conclusion:** the factors that interfered with communication during handover were: noise, omission of information, absence of a standardized instrument, and staff lateness. It is believed that identifying these factors will help develop better strategies.

**Descriptors:** Health Information Exchange; Patient Handoff; Communication; Patient Safety.

### RESUMEN

**Objetivo:** identificar los factores que afectan la comunicación entre los equipos de enfermería durante la transferencia de turno en las salas quirúrgicas y cómo interactúa con la seguridad del paciente. **Método:** este estudio cuantitativo, observacional, con análisis descriptivo, se realizó en nueve salas quirúrgicas de un hospital universitario de abril a julio de 2019, utilizando un guión de observación y formulario de registro. **Resultados:** se observaron 54 traspasos de turno de enfermería y participaron 123 personal de enfermería. Entre los factores analizados destacan la ausencia de un instrumento de traspaso estandarizado (85,19%) y la presencia de ruido (77,78%). La mayoría de los participantes (86,93%) señaló la falta de información en la entrega como el factor más perjudicial para la atención. **Conclusión:** los factores que interfirieron en la comunicación durante el traspaso fueron: ruido, omisión de información, ausencia de instrumento estandarizado y tardanza del personal. Se cree que identificar estos factores ayudará a desarrollar mejores estrategias.

**Descriptores:** Intercambio de Información en Salud; Pase de Guardia; Comunicación; Seguridad del Paciente.

## INTRODUÇÃO

No campo da saúde, a comunicação efetiva é um dos fatores essenciais para uma assistência de qualidade ao paciente, pois viabiliza a prestação de cuidados livres de incidentes e eventos adversos com ética e responsabilidade. Por outro lado, a comunicação ineficaz está entre os fatores que geram mais de 70% dos erros na atenção à saúde<sup>1</sup>. Nesse sentido, diferentes estudos nacionais e internacionais apontam evidências de que a comunicação ineficaz pode comprometer a segurança do paciente<sup>2-5</sup>.

Agradecimento à Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa (FAPERJ) - Processos: E-26/010.100932/2018 ("Apoio às Universidades Estaduais - UERJ, UENF e UEZO - 2018") e E-26/010.002691/2019 (AUXÍLIO AO PESQUISADOR RECÉM-CONTRATADO (ARC)).

Autora correspondente: Cintia Silva Fassarella. E-mail: [cintiafassarella@gmail.com](mailto:cintiafassarella@gmail.com)  
Editora responsável: Magda Guimarães de Araújo Faria

No ambiente hospitalar, durante o *handover*, ocorre um dos momentos mais importantes de comunicação entre os profissionais de saúde, definido como o compartilhamento de informações sobre o paciente e transferência de responsabilidade do cuidado entre os profissionais de saúde. Esse compartilhamento dá-se durante a troca de turnos de trabalho dos profissionais, *rounds* clínicos, quando o paciente é transferido de um setor para outro dentro de uma mesma instituição de saúde ou quando há a transferência do paciente para outra instituição. O objetivo principal do *handover* é a garantia da continuidade assistencial através da comunicação efetiva<sup>6-8</sup>.

Todavia, problemas de comunicação também estão presentes durante o *handover*, indicado como desafio a ser enfrentado na perspectiva da segurança<sup>9</sup>. Exemplos desses problemas são visualizados em estudos desenvolvidos em cenários de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)<sup>3-4,10</sup>. Em um deles, realizado na Austrália, identificou-se 459 incidentes relacionados com falhas no processo de comunicação. A principal falha foi denominada como "transferência sem transferência", com 28,8% (132), quando o paciente é transferido entre setores do hospital sem a comunicação adequada. Além disso, foram verificadas 19,2% (88) omissões de informações das condições críticas dos pacientes e omissões sobre o plano de cuidados com 14,2%<sup>3</sup>.

Esses estudos, que integram a análise da produção de conhecimento sobre o tema, indicam que as pesquisas sobre o *handover* centram-se, prioritariamente, na análise da comunicação em unidades complexas, com evidências limitadas quando se refere às unidades de internação, o que mostra a relevância da abordagem do tema na particularidade da clientela cirúrgica.

Isso porque considera-se que no contexto das características do paciente hospitalizado em unidades cirúrgicas, a comunicação também é complexa, em face da circulação de profissionais, rotatividade de pacientes, das inúmeras tecnologias e procedimentos que são aplicadas aos pacientes nos períodos pré e pós-operatórios, na especificidade de cada especialidade cirúrgica, a exemplo da ortopédica, neurocirúrgica, urológica, dentre outras<sup>11</sup>.

Diante do exposto, questionou-se: quais os fatores que interferem na comunicação entre as equipes de enfermagem em clínicas cirúrgicas durante o *handover*? O objetivo foi o de identificar os fatores que interferem na comunicação entre as equipes de enfermagem durante o *handover* de troca de turno em clínicas cirúrgicas, e sua interface com a segurança do paciente.

## REVISÃO DE LITERATURA

Este estudo pauta-se em dois conceitos: de comunicação e de segurança do paciente. O primeiro é entendido como um processo contínuo de troca de informações relevantes em que há a emissão da mensagem, o recebimento e o entendimento desta. Já o segundo, como a redução a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde<sup>1,10</sup>. Acerca da análise da literatura sobre a comunicação no *handover* e os seus nexos com a segurança do paciente, as investigações mostram que os erros de comunicação no *handover* são ocasionados pela falta de padronização e de organização do processo de comunicação; são caracterizados por informações compartilhadas de maneira incompleta, incorreta e até mesmo ausentes; e trazem como consequências atrasos no diagnóstico e tratamento do paciente, bem como na prestação do cuidado<sup>12-13</sup>.

Ademais, têm sido identificadas barreiras que dificultam e influenciam negativamente o processo de comunicação no *handover*, como linguagens e saberes diferentes entre os interlocutores, conversas paralelas de profissionais nos setores, tempo de duração, não participação das equipes, uso de celulares, interrupções por profissionais de outras categorias, entre outras dificuldades que não permitem a transmissão do quadro clínico dos pacientes<sup>14-16</sup>, além do indicador organizacional frágil de cultura institucional<sup>17</sup>.

## MÉTODO

Estudo observacional, descritivo, com abordagem quantitativa, apresentado com o suporte da ferramenta STROBE<sup>18</sup>. A pesquisa foi realizada em enfermarias cirúrgicas de um hospital público situado no município do Rio de Janeiro, durante o período de abril a julho de 2019.

O hospital lócus é de cunho universitário e presta atendimento de média e alta complexidade em diversas especialidades da saúde. As clínicas cirúrgicas totalizam nove unidades, nas quais são atendidos pacientes nos períodos do pré-operatório e pós-operatório das especialidades: cirurgia geral, cirurgia torácica, cirurgia vascular, cirurgia urológica, litíase, neurocirurgia, cirurgia plástica, ortopedia/traumatologia e cirurgias ginecológicas.

Quanto ao fenômeno estudado nesta pesquisa, a atividade de *handover* de enfermagem nas clínicas cirúrgicas do hospital não segue um modelo padronizado, pois cada unidade adota um modelo próprio de *handover*, seja com a participação de toda a equipe ou por categoria profissional, à beira leito ou no posto de enfermagem. Os horários do *handover* de troca de turnos em toda as clínicas analisadas ocorrem às 07 e 19 horas. As equipes de enfermagem são compostas por enfermeiros: chefe, plantonista, diarista, residente, além de técnicos de enfermagem. Os enfermeiros

se revezam numa escala de trabalho, que totaliza 30 horas semanais, com exceção dos residentes que possuem carga horária no setor de 40 horas semanais. Há diferenças quanto ao dimensionamento de recursos humanos e de leitos das unidades, mas, em geral, o número médio de profissionais por turno é de 1 enfermeiro assistencial e 4 técnicos de enfermagem plantonistas.

A pesquisa foi realizada nas nove unidades mencionadas em duas etapas. A primeira etapa foi desenvolvida com os profissionais de enfermagem atuantes nestas unidades. Os profissionais foram escolhidos pelos critérios: ser profissional de enfermagem das unidades escolhidas e participar do momento do *handover*. Foram excluídos os profissionais afastados do setor durante o período da pesquisa.

Na segunda etapa, os profissionais de enfermagem inicialmente captados foram observados durante a realização do *handover* de enfermagem das clínicas cirúrgicas durante as trocas de turno entre as equipes. Nesta etapa, a unidade de análise foi o *handover* de enfermagem e a amostra foi constituída de 54 observações, sendo seis observações em cada enfermaria cirúrgica que serviu de lócus à pesquisa. Os critérios de inclusão foram as atividades de *handover* das enfermarias cirúrgicas em troca de turno, desenvolvida por profissionais de enfermagem, durante ambos os turnos (19 horas da noite e 07 horas da manhã). Não houve critério de exclusão.

Tanto na primeira quanto na segunda etapa de coleta de dados, a amostra foi aleatória simples, não sendo feito cálculo amostral. A justificativa para esta estratégia pauta-se no fato de que este é um trabalho oriundo de um programa de residência em enfermagem, logo, em face da limitação do tempo para a sua operacionalização e a rotatividade da atuação do pesquisador principal entre os setores clínicos da instituição, não foi possível ampliar o número da amostra, sendo essa uma limitação metodológica da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas, a primeira por meio do questionário e a segunda através da observação com utilização de um instrumento estruturado. Não houve a validação dos instrumentos aplicados, em razão da justificativa supracitada. Para tanto, houve uma fase exploratória em cada setor estudado, para a captação dos profissionais atuantes no *handover* e realização do convite de participação na pesquisa. Essa fase visava promover a aproximação do pesquisador à realidade de cada cenário e naturalização da sua presença durante o *handover*, de modo que os profissionais desenvolvessem sua comunicação de forma espontânea e autêntica, diminuindo as possíveis implicações da presença da pesquisadora durante a etapa das observações.

O questionário estava subdividido em duas seções, uma composta com sete perguntas fechadas que visavam a caracterização do perfil profissional dos participantes, e outra com duas questões abertas para captação de informações sobre situações clínicas em que os problemas de comunicação entre a equipe de enfermagem no *handover* interferiram na assistência e na segurança do paciente cirúrgico. A segunda etapa se deu mediante a aplicação de um roteiro de observação no formato *checklist*, com o objetivo de identificar, na prática, os fatores que interferem no *handover* entre as equipes de enfermagem. Nessa etapa, foi realizado o teste piloto com vista a identificar problemas em potencial durante a aplicação do instrumento desenhado<sup>18</sup>. O teste ocorreu através de uma amostra aleatória de 5 *handovers* de troca de turno nas clínicas cirúrgicas do estudo. Após aplicação do teste, foi necessária a realização de modificações no instrumento para atender o objetivo do estudo.

O roteiro observacional foi confeccionado pela pesquisadora com 12 variáveis relacionadas aos fatores que interferem na comunicação, levantadas a partir da análise da literatura sobre o tema<sup>15-19</sup>. Cada variável possuía uma definição operacional e o pesquisador deveria escolher uma dentre três marcações possíveis: sim, não e não se aplica. As variáveis analisadas foram: unidade de realização do *handover*; características do local de desenvolvimento do *handover* quanto ao acesso dos participantes; atraso na chegada dos profissionais para o *handover*; presença do enfermeiro; uso de instrumento de *handover*; completude/incompletude de informações clínicas, verificada pela presença do enfermeiro nas subseções do instrumento organizadas com base em adaptação do *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (ISBAR); presença de ruídos sonoros (de conversas paralelas e equipamentos); desatenção do profissional durante o *handover*; comentários desnecessários envolvendo pacientes ou membros da equipe; oportunidade de fazer questionamentos; tempo de duração do *handover*.

Todas as observações foram realizadas pela pesquisadora principal, durante o período de aproximadamente três meses. Após a coleta, os dados numéricos foram organizados em planilhas com o auxílio do programa *Microsoft Excel*® 2010, subdivididas de acordo com o tipo das variáveis, as profissionais e as relacionadas ao objeto de investigação em tela, constituindo assim o banco de dados.

Após essa organização, o banco de dados foi revisado e, posteriormente, os dados foram submetidos à análise, com o emprego de estatística descritiva através da frequência porcentual. Para a quantificação dos dados oriundos da pergunta aberta, as respostas foram categorizadas em uma das variáveis que interferem na comunicação no *handover* e depois analisados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do hospital que serviu de lócus à pesquisa, sob número de parecer 3.081.422 em 13 de dezembro de 2018. Todos os dados colhidos foram tratados de forma quantitativa, sem identificação das atividades de *handover* e dos participantes, logo, com garantia do anonimato. Os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Foram incluídos da primeira etapa do estudo 123 profissionais (não houve exclusão destes), o equivalente a duas equipes de cada unidade ou um terço dos profissionais. Para a segunda etapa foram observadas 54 *handover*, sendo seis observações em cada enfermaria cirúrgica.

Os dados da Tabela 1 referem-se aos 123 profissionais que participam da atividade de *handover*.

**TABELA 1:** Caracterização dos profissionais de enfermagem das clínicas cirúrgicas que participaram da atividade de *handover* (n=123), Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

Características dos profissionais	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	103	83,74
Masculino	20	16,26
<b>Faixa etária</b>		
20-25	9	7,32
26-35	36	29,7
36-45	37	30,08
46-55	31	25,20
≥ 56	10	8,13
<b>Cargo/função</b>		
Técnico de enfermagem	81	65,85
Enfermeiro	42	34,15
<b>Tempo de formação (em anos)</b>		
<1	2	1,63
1-10	51	41,47
11-20	41	33,33
≥ 21	31	25,20
<b>Atuação na clínica cirúrgica</b>		
Técnico de enfermagem	81	65,85
Enfermeiro plantonista	20	16,26
Enfermeiro residente	15	12,20
Enfermeiro chefe	5	4,07
Enfermeiro diarista	2	1,63
<b>Tempo de experiência na unidade cirúrgica</b>		
<1	18	14,63
1-10	80	65,05
11-20	13	10,57
≥ 21	7	5,69
<b>Vínculo com a instituição</b>		
Bolsista	76	61,79
Servidor	47	38,21
<b>Número de vínculos</b>		
1	39	31,71
2	62	50,41
3 ou mais	7	5,69

Dos dados referentes ao cargo/função profissional, os participantes em maior número são técnicos de enfermagem 81 (65,85%). Em relação ao tempo de formação, o predomínio foi de 11 a 20 anos 41 (33,33%) e do vínculo institucional foi bolsista 76 (61,79%). Houve um número expressivo de profissionais que possuem mais de um vínculo empregatício 69 (56,1%).

Na Tabela 2, expõe-se a distribuição de dados dos 123 profissionais sobre a vivência de situações em que ocorreram problemas de comunicação durante as trocas de turno. Os participantes foram indagados se já haviam

vivenciado situações em que os problemas de comunicação durante as trocas de turno poderiam interferir na assistência ao paciente. A omissão de informações relevantes para assistência foi pontuada por 64 (86,93%) dos participantes.

**TABELA 2:** Distribuição de dados referentes a fatores que interferir na comunicação durante o *handover* de enfermagem nas clínicas cirúrgicas, de acordo com os participantes (n=123). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

<b>Handover</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Já vivenciou situações de problemas de comunicação na troca de turno interferiram na assistência?</b>		
Sim	73	59,35
Não	50	40,65
<b>Categorização das situações vivenciadas pelos participantes relacionados à comunicação</b>		
Omissão de informações relevantes para assistência	64	86,93
Troca na identificação correta do paciente	2	2,74
Falha no registro do aprazamento e checagem de medicamentos	2	2,74
Atraso do profissional para assumir o plantão	2	2,74
Desavenças pessoais entre membros da equipe	1	1,37

Nota: Categorização das situações vivenciadas pelos participantes não somam 100,00%, pois os participantes poderiam citar mais de um exemplo.

Na Tabela 3 encontram-se os dados da segunda etapa da pesquisa, relativos aos 54 *handover* observados. Verifica-se a distribuição dos fatores que podem interferir na comunicação durante o *handover* de enfermagem nas clínicas cirúrgicas.

**TABELA 3:** Distribuição dos fatores que interferem na comunicação durante o *handover* de enfermagem nas clínicas cirúrgicas, a partir da observação (n=54). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

<b>Variáveis</b>	<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Privacidade	07	21,96	47	87,04
Atraso de profissionais	39	72,22	15	27,78
Presença do enfermeiro	40	74,07	14	25,93
Instrumento de <i>handover</i>	08	14,81	46	85,19
Incompletude de informações	22	40,74	32	59,26
Ruídos	42	77,78	12	22,22
Desatenção do profissional que recebe o plantão	16	29,63	38	70,37
Desatenção do profissional que passa o plantão	07	12,96	47	87,04
Comentários desnecessários envolvendo pacientes ou membros da equipe	11	20,37	43	79,63
Limitada oportunidade de fazer questionamentos	07	13,46	45	86,54
Duração do <i>handover</i> (em minutos)				
<5	09	16,67	-	-
6-10	19	35,19	-	-
11-15	13	24,07	-	-
16-20	06	11,11	-	-
>21	7	12,96	-	-

## DISCUSSÃO

A análise dos dados obtidos no presente estudo permitiu a caracterização dos profissionais de enfermagem das clínicas cirúrgicas, bem como a obtenção de dados que refletem o cotidiano da prática desses profissionais em relação às atividades de *handover*.

Quanto ao tempo de formação, a maioria possuía até 10 anos (41,47%) e o que sugere um grupo composto por profissionais inexperientes e em fase de transição entre a inexperiência e uma etapa mais avançada de desenvolvimento da competência profissional. Essa análise é complementada pelos dados do tempo de atuação dos profissionais em clínica cirúrgica, no qual também se verificou que houve predomínio de profissionais com 1-10 anos de atuação (65%).

Acerca desse aspecto, destaca-se que os profissionais experientes, com mais de dez anos, têm saber aprofundado na clínica de enfermagem e possuem uma visão ampla, perspicácia, rapidez na ação e definem prioridades com maior competência<sup>19</sup>. Os novatos, em geral, apresentam dificuldades de aplicação do conhecimento teórico na prática de

comunicação e gerenciais<sup>20</sup>. O estudo da variável experiência e os seus efeitos na segurança do paciente têm se aprofundado na comunidade científica com resultados que apontam um impacto na ocorrência de erros e eventos adversos<sup>21</sup>.

Com relação ao número de vínculos empregatícios, identificou-se que 56,1% dos participantes apresentavam mais de um vínculo empregatício. Esse dado é relevante, pois pode ter influência direta na realização do *handover*. Isso porque, o deslocamento de um serviço para o outro pode propiciar o atraso e, conseqüentemente, a baixa participação efetiva no *handover*. Assim, a necessidade de assumir mais de um emprego para complementação da renda pode ser um fator para impontualidade para o início do plantão<sup>22</sup>.

No que concerne aos fatores que interferem na comunicação durante o *handover* nas clínicas cirúrgicas, observou-se que 75,92% ocorreram nos postos de enfermagem e, do total, 24,07% foram desenvolvidos à beira leito.

O *handover* que ocorre no posto de enfermagem é categorizado na literatura como o modelo de *handover* verbal, de modo que os profissionais compartilham as informações sobre os pacientes de maneira verbal em outro local do setor que não seja à beira do leito. Normalmente ocorre no posto de enfermagem sem que os profissionais possam ter uma boa visualização dos pacientes sobre os quais conversam<sup>8</sup>, além da possibilidade de interrupções durante a sua realização.

Por outro lado, o modelo de *handover* à beira leito é considerado como o mais completo e com a possibilidade de diminuir as falhas relacionadas à comunicação. Esse modelo propicia o envolvimento do paciente, podendo, desta maneira, gerar mais segurança e satisfação dos pacientes<sup>8</sup>.

Existe um crescente corpo de evidência que apoia o modelo de *handover* com a participação do paciente pelo seu impacto positivo na segurança do paciente. Um exemplo é a pesquisa que comparou o *handover* centrado no paciente com a transferência no posto de enfermagem em um centro oncológico no que diz respeito à satisfação do paciente. Foram encontradas diferenças sutis entre a satisfação dos pacientes em relação aos dois modelos de *handover*, sendo que o *handover* com a participação do paciente se mostrou mais satisfatório<sup>23</sup>.

Outro estudo explorou a eficácia de uma intervenção no sentido de facilitar o *handover* de enfermagem à beira leito e reforçar a segurança ao paciente nas enfermarias geriátricas e de reabilitação. Os resultados mostraram melhores práticas em relação ao *handover* à beira leito, aumento da satisfação dos pacientes e redução do número e da gravidade dos eventos adversos<sup>24</sup>.

Portanto, apesar de que à beira leito não haja garantia da privacidade, na medida em que o paciente ouve o que está sendo falado sobre ele, torna-se mais uma barreira para sua segurança, possibilitando assim possíveis correções de alguma informação incorreta comunicada e oportunidade para esclarecimentos de dúvidas sobre seu tratamento. Porém, mesmo os profissionais de enfermagem tendo conhecimento sobre os benefícios do *handover* à beira leito com a participação do paciente, muitas vezes não adotam esse comportamento<sup>25</sup>.

Outro fator interveniente observado foi o atraso dos profissionais com 72,22%, o que resulta na necessidade frequente de repetição das informações que já haviam sido transmitidas. Essa afirmativa é corroborada pelo estudo realizado em 2017, segundo o qual, a equipe incompleta e atrasos são fatores que dificultam o *handover* e criam possíveis lacunas na assistência, uma vez que as informações terão que ser repetidas para quem não está presente e que, muitas vezes, pela falta de tempo, deixam de ser transmitidas<sup>26</sup>. Com isso, estima-se que atrasos podem gerar repercussões nos cuidados de enfermagem a serem realizados, como ilustra pesquisa que avaliou os ruídos de comunicação no *handover* e os seus impactos na segurança do paciente. Foram identificadas situações de procedimentos duplicados e desnecessários, um deles pela ausência de um dos membros da equipe no momento do *handover*<sup>4</sup>.

Entretanto, um fator positivo verificado a partir da análise dos dados foi a presença do enfermeiro durante o *handover* (74,07%). Estudos destacam o papel do enfermeiro nesse contexto, pois além de sua representação profissional diante da própria equipe, ele possui a função de coordenar o *handover* através da gerência e organização do trabalho, articulando a comunicação e coordenação dos cuidados prestados, o que contribui no compartilhamento de informações relevantes<sup>26-27</sup>.

Dentre os 54 *handover* observados, 85,19% apresentaram ausência na utilização de algum instrumento de padronização dessa atividade. Essa ausência pode acarretar repercussões negativas em relação à comunicação, uma vez que informações relevantes foram esquecidas e motivo de questionamentos pelo profissional que estava assumindo o plantão, tais como: diagnóstico, motivo da internação e tipo de procedimento cirúrgico. Tal dado é complementado pelo resultado oriundo do questionamento efetuado aos profissionais sobre os problemas vivenciados no *handover* que interferiram na assistência e na segurança do paciente cirúrgico. Dos participantes, 59,35% afirmaram que já vivenciaram falhas de comunicação durante a troca de turnos, dos quais 86,93% alegaram problemas relacionados à omissão de informações relevantes para assistência.



Dessarte, tais dados evidenciam que a omissão de informações sobre o quadro clínico do paciente e o seu plano de cuidados é também um problema nas unidades cirúrgicas. As informações sobre a história do paciente, seu estado clínico, além de dados específicos sobre os sistemas orgânicos subsidiam o profissional na elaboração de um plano de cuidados específico para a necessidade de cada paciente, o que traz qualidade ao cuidado. Logo, o compartilhamento de informações no *handover* é uma atividade que sustenta a continuidade do cuidado e a tomada de decisão clínica, sendo de suma importância que tais informações estejam corretas e completas.

Sendo assim, quando as informações estão ausentes, incompletas e/ou equivocadas, ampliam-se os riscos de incidentes com danos, conforme indicam estudos que colocam em destaque as repercussões das falhas no processo de comunicação no *handover* na clínica do cuidado. Essas repercussões na segurança do paciente perpassam os seguintes impactos clínicos: suspensão de cirurgias, procedimentos e exames; atrasos na dietoterapia, com pacientes ficando longos períodos sem receber alimentação; erros de medicação, quedas, flebites, lesão por pressão<sup>4,9,28</sup>.

Por isso, a literatura recomenda que o *handover* seja um processo padronizado, para que todos os envolvidos possam entender e desempenhar seus papéis com o objetivo de melhorar a assistência ao paciente. Essa padronização tem sido feita, na maior parte das vezes, com a utilização de instrumentos, os quais funcionam como auxiliares da memória para que o profissional contemple todas as informações relevantes para o cuidado<sup>29-31</sup>.

Um estudo desenvolvido em hospital da região Sul do Brasil, implantou um processo de comunicação padronizado durante a transferência temporária do cuidado de pacientes hospitalizados entre as unidades de internação e áreas de procedimentos diagnóstico-terapêuticos. Houve a construção do formulário de transição do cuidado com a participação e capacitação das equipes, o que promoveu a sensibilização para a importância da continuidade da assistência e padronizou os itens de segurança a serem verificados antes, durante e após as transferências, favorecendo a segurança dos pacientes durante o transporte<sup>30</sup>.

Por fim, pontua-se a presença expressiva de ruídos sonoros no decorrer do *handover* (77,78%), dentre os quais destacam-se, as conversas paralelas (61,11%), o som do televisor (31,48%) e o toque do telefone (18,52%). Esses fatores são considerados dificultadores do *handover*, pois além de provocarem ruídos no ambiente, geram interrupções que prejudicam o fluxo de compartilhamento da mensagem pelo emissor e a sua compreensão pelo receptor, logo, comprometem a efetividade da comunicação que, por sua vez, pode ser razão de erros durante a assistência. Desse modo, as distrações por conversas paralelas e a falta de atenção ao assunto do *handover* pelo uso do celular são fatores comportamentais que se tornam comuns entre os profissionais e requerem ações de sensibilização para a melhoria na qualidade de comunicação no *handover*<sup>4,10,32</sup>.

Quanto à duração do *handover*, observou-se equilíbrio na sua distribuição quando se considerou o número dos *handover* com duração de até 10 minutos e aqueles com mais de 10 minutos. Sobre isso, cabe destacar que o tempo utilizado para a realização do *handover* precisa ser suficiente para permitir a transmissão das informações necessárias acerca dos pacientes, não estendendo-se demais para não implicar no distanciamento prolongado dos pacientes<sup>26</sup>.

A principal limitação do estudo foi metodológica, em face do curto tempo para coleta de dados que impactou no número de observações do *handover* e maior abrangência dos dados.

## CONCLUSÃO

À luz dos conceitos aplicados na pesquisa e considerando o objetivo proposto, os fatores identificados que interferem na comunicação no *handover* de troca de turnos foram: ruídos sonoros, omissão de informações, ausência de instrumento padronizado e atrasos dos profissionais. Todos esses fatores são considerados ruídos na comunicação, pois interferem na emissão e/ou compreensão da mensagem, comprometendo a fidelidade da comunicação e podendo ocasionar ações de cuidado com o potencial de repercutir negativamente na segurança do paciente.

Diante disso, recomenda-se a padronização do *handover* com a utilização de um instrumento para este fim. Além de uma normatização, é preciso intervenções que promovam a sensibilização e participação mais efetiva da equipe, partindo-se da premissa de que ao compreender os fatores que ocasionam os erros de comunicação, minimizando ruídos sonoros, é preciso implementar ações que funcionem como barreiras que evitem a recorrência de tais erros para melhorar a segurança do paciente cirúrgico.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP). Comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde [Internet]. São Paulo. 2017. [cited 2018 May 15] Available from: <https://www.segurancaopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/comunicacao-ineficaz-esta-entre-as-causas-raizes-de-mais-de-70-dos-erros-na-atencao-a-saude/>.

2. 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 [cited 2017 May 29]; 59:76-88. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2015.11.009>.
3. 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 [cited 2017 Jul 01]; 35(3):49-56. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2011.00189.x>.
4. Santos GRS, Barros FM, Broca PV, Silva RC. Communication noise during the nursing team handover in the intensive care unit. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2019. [cited 2019 Aug 15]; 28:e20180014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0014>.
5. Biasibetti C, Hoffmann LM, Rodrigues FA, Wegner W, Rocha PK. Communication for patient safety in pediatric hospitalizations. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 31]; 40(esp):e20180337. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>.
6. World Health Organization (WHO). World alliance for patient safety: who draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. 2005. [cited in 2018 Jul 22]; Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
7. Streeter AR, Harrington NG. Nurse handoff communication. *Semin. oncol. nurs.* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 10]; 33(5):536-43. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.10.002>.
8. Bakon S, Wirihana L, Christensen M, Craft J. Nursing handovers: an integrative review of the different models and processes. Available. *Int. J. Nurs. Pract.* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 31]; 23(2):10.1111/ijn.12520. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12520>.
9. Pena MM, Melleiro MM. Adverse events caused by communication failure: considerations about a model for care handover. *Rev. Enferm. UFSM* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 31]; 8(3): 616-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769225432>.
10. Santos GR, Barros FM, Silva RC. Handover communication in intensive therapy: nursing team meanings and practices. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 31]; 41:e20180436. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20180436>.
11. Santos JLG, Menegon FHA, Schneider DG, Higashi GDC, Copelli FHC, Erdmann AL. Work environment of the nurse in clinical and surgical units. *Rev. Enferm. UFSM* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 26]; 8(1):72-87. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769229506>.
12. 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 [cited 2020 Jul 31]; 6:CD009979. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009979.pub2>.
13. Santos GRS, Campos JF, Silva RC. Handoff communication in intensive care: links with patient safety. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 31]; 22(2):e20170268. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0268>.
14. 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 [cited 2020 Jul 31]; 30(2):92-104. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.05.009>.
15. 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 [cited 2020 Jul 31]; 28(1):19-23. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2014.04.002>.
16. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Effective communication in teamwork in health: a challenge for patient safety. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 31]; 20(3):636-40. DOI: <http://doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>.
17. Fassarella CS, Silva LD, Camerini FG, Barbieri-Figueiredo MC. Organizational indicator of safety culture in a university hospital. *Rev. Enferm. UERJ.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Ago 29]; 27:e34073 DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.34073>.
18. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2020 Aug 03]; 44(3): 559-65. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>.
19. Queirós PJP. The knowledge of expert nurses and the practical-reflective rationality. *Invest. educ. Enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 31]; 33(1): 83-91. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n1/v33n1a10.pdf>.
20. Delgoulet C. Novice: a homogeneous category? *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 31]; 11(2):99-103. Available from: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-52372015000200011](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-52372015000200011).
21. Faisy C, Davagnar C, Ladiray D, Djadi-Prat J, Esvan M, Lenain E, et al. Nurse workload and inexperienced medical staff members are associated with seasonal peaks in severe adverse events in the adult medical intensive care unit: a seven-year prospective study. *Int. J. Nurs. Stud.* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jul 31]; 62(1): 60-70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.013>.
22. Oliveira MC, Rocha RGM. Reflection on the shift changes: implications in the continuity of nursing care. *Enferm. rev.* 2016. [cited 2019 Aug 15]. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13154>.
23. Hada A, Coyer F, Jack L. Nursing bedside clinical handover: a pilot study testing a ward-based education intervention to improve patient outcomes. *JARNA* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 31]; 21(1):9-18. Available from: <https://search.informit.org/documentSummary;dn=673816897645749;res=IELHEA>.
24. Kullberg A, Sharp L, Dahl O, Brandberg Y, Bergenmar M. Nurse perceptions of person-centered handovers in the oncological inpatient setting – A qualitative study. *Int. J. Nurs. Stud.* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 31]; 86:44–51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.001>.



25. Spinks J, Chaboyer W, Bucknall T, Tobiano G, Whitty JA. Patient and nurse preferences for nurse handover—using preferences to inform policy: a discrete choice experiment protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 29]; 5(11). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4654394/>.
26. Silva RM, Rodovalho APN, Alves LR, Camelo SHH, Laus, AM, Chaves LDP. Duty shift change in hospital nursing: an integrative review. *CuidArte Enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 29]; 11(1): 122-30. Available from: [http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v1/17%20Artigo\\_Passagem%20de%20plant%C3%A3o%20em%20enfermagem%20hospitalar.pdf](http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v1/17%20Artigo_Passagem%20de%20plant%C3%A3o%20em%20enfermagem%20hospitalar.pdf).
27. Broca PV, Ferreira MA. Communication process in the nursing team a based on the dialogue between Berlo and King. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 15]; 19(3): 467-74. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000300467&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000300467&script=sci_arttext&tlng=en).
28. Pena MM, Melleiro MM. The root cause analysis method for the investigation of adverse events. *Rev. Enferm. UFPE on line* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 26]; 11(Supl. 12):5297-304. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a25092p5297-5304-2017>.
29. Vergales J, Addison N, Vendittelli A, Nicholson E, Carver DJ, Stemland C, et al. Face-to-face handoff: improving transfer to the pediatric intensive care unit after cardiac surgery. *Am. J. Med. Qual.* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 31]; 30(2):119-25. DOI: <https://doi.org/10.1177/1062860613518419>.
30. Hemesath MP, Kovalski AV, Echer IC, Lucena AF, Rosa NG. Effective communication on temporary transfers of inpatient care. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 31]; 40(esp):e20180325. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180325>.
31. Guzinski, C, Lopes ANM, Flor J, Migliavaca J, Tortato C, Dal Pai D. Good practices for effective communication: the experience of the interdisciplinary round in orthopedic surgery. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 31]; 40(esp):e20180353. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180353>.
32. Oliveira JGAD, Almeida LF, Hirabae LFA, Andrade KBS, Sá CMS, Paula VG. Interruptions in intensive care nursing shift handovers: patient safety implications. *Rev. Enferm. UERJ.* [Internet]. 2018 [cited 2020 Ago 29]; 26:e33877. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.33877>.