



Barreiras e estratégias no *Handover* de enfermagem do doente crítico: revisão integrativa

Jéssika Wanessa Soares Costa¹, Fernanda Gomes Dantas¹, Pollyana Maciel Oliveira², Carlos Alexandre de Souza Medeiros², Barnora Theresa Dantas², Gabriela de Sousa Martins Melo de Araujo¹

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, Brasil

² Hospital Universitário Onofre Lopes, RN, Brasil

RESUMO

Objetivo: verificar as principais barreiras e estratégias inerentes ao *handover* de Enfermagem ao paciente crítico na literatura científica. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, abordagem quantitativa, realizada entre 19 de outubro a 02 de novembro de 2018. Com seleção dos artigos publicados entre 2002 a 2018. **Resultados:** 26 (100%) artigos identificados, todos publicados no âmbito internacional, desses 16 (62%) publicados nos últimos cinco anos. Dentre os artigos, 38% abordaram a barreiras e 27% as estratégias de *handover*, sendo 35% relacionados à segurança do paciente. **Conclusão:** com os resultados desta revisão, é latente a necessidade emergente de desenvolver ferramentas e estratégias que auxiliem o *Handover* de Enfermagem no paciente crítico.

Descritores: Enfermagem; Transferência de Pacientes; Barreiras de Comunicação; Cuidados de Enfermagem; Cuidados Críticos; Segurança do Paciente.

INTRODUÇÃO

Com o avanço das iniciativas para a promoção da segurança e da qualidade na assistência à saúde, são recorrentes os investimentos e aperfeiçoamentos com o lançamento de metas e *bundles*, direcionados a pesquisas relacionadas à temática segurança na comunicação, na tentativa de contribuir, principalmente, na redução de danos aos pacientes⁽²⁾. Estudo realizado por Gonçalves (2016) demonstrou entre 263 eventos adversos analisados, 187 (71%) estavam relacionados a algum tipo de falha na comunicação, sendo divididos em 94 (35,7%) eventos com falhas de comunicação verbal e escrita, 53 (20,2%) com falhas de comunicação escrita e 40 (15,2%) com falhas de comunicação verbal. Desses eventos que apresentaram alguma falha de comunicação, 154 (82,3%) foram considerados evitáveis⁽³⁾.

Na Enfermagem, o processo de comunicação é inerente a todas as atividades desenvolvidas na prestação do cuidado e, dentre essas, destaca-se a transferência de plantão (*handover*), ao qual são incorporados alguns determinantes da comunicação que promovem a eficácia, efetivação e continuidade dos cuidados⁽⁴⁾. O *handover* é desenvolvido em cima de três características cruciais: a transferência da informação, da responsabilidade e da autoridade e possui como finalidade repassar informações relevantes para a continuidade e a segurança dos cuidados do paciente⁽⁵⁾.

Dentre as principais barreiras que dificultam os *handover*, segundo Birmingham (2015), estão: a quantidade excessiva ou reduzida de informações; a limitada oportunidade para fazer questionamentos; as informações

inconsistentes; a omissão ou o repasse de informações errôneas; a não utilização de processos padronizados; os registros ilegíveis; falta de trabalho em equipe; as interrupções e as distrações, além das informações perdidas durante o processo *handover*⁽⁴⁾.

Na perspectiva de continuidade dos cuidados, e consequentemente, da segurança do paciente, o *The Joint Commission* destacou, em seu relatório de 2017, a importância da padronização do conteúdo crítico a ser comunicado durante o *handover*, como assegurar cuidado ao paciente em tempo hábil, tendo como base a padronização no uso de ferramentas e métodos, seja eles: formulários, modelos, listas de verificação e/ou protocolos, capazes de alcançar os receptores da comunicação⁽⁶⁾.

Em busca da continuidade dos cuidados de Enfermagem ao paciente crítico, da visibilidade da prática clínica da enfermagem e da participação dos enfermeiros na mudança de paradigmas e anulação de eventos adversos, foram estabelecidas as seguintes questões de pesquisa: quais as principais barreiras que comprometem a segurança do paciente no *handover* de Enfermagem? Quais as estratégias existentes aplicáveis ao *handover* de Enfermagem?

Tendo como objetivo verificar as principais barreiras e estratégias inerentes ao *handover* de Enfermagem ao paciente crítico na literatura científica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica, de abordagem quantitativa, realizada no período de 19 de outubro a 02 de novembro de 2018. Para tanto, seguiu-se

as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento dos objetivos da revisão e critérios de inclusão e exclusão das publicações; definição das informações a serem extraídas; seleção das publicações na literatura; análise dos resultados; discussão dos achados e apresentação da revisão⁽⁷⁾.

Como critérios de inclusão, foram selecionados os artigos que abordassem a temática, no período de 2002 a 2018, na busca de artigos publicados após a disseminação da temática de segurança do paciente, e os envolvendo a Enfermagem; e como exclusão os artigos que não respondiam a questão norteadora, reflexões, teses, dissertações, editorial, carta ao editor, além de artigos duplicados e excluídos durante o processo de determinação da amostra.

As buscas ocorreram nas bases de dados eletrônicas: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Sci-Verse Scopus* (SCOPUS), PubMed e *Web of Science*. Com consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e ao *Medical Subject Headings* (MeSH), a saber os seguintes: "Patient Handoff", "Critical Care", "Continuity of Patient Care", "Nursing Care", "Patient Sa-

fety", "Communication Barriers" e "Nursing", pesquisados de forma conjunta por meio do operador booleano AND (Figura 1).

Após aplicação dos cruzamentos, os artigos foram selecionados, inicialmente, por relevância com a temática, seguido da leitura do título e resumo, com exclusão dos artigos duplicados, como exposto na Figura 2.

Para a análise e extração dos dados das publicações incluídas nesta revisão, elaborou-se um roteiro com os seguintes dados: identificação da publicação, local de realização do estudo, ano do estudo, objetivo, aspectos metodológicos, resultados (estratégias, barreiras e impactos na segurança do paciente). Para avaliação crítica dos estudos, identificou-se o nível de evidência (NE), ao considerar o delineamento de pesquisa de cada estudo. Foram classificados da seguinte maneira: I - evidências oriundas de revisões sistemáticas ou meta-análise de relevantes ensaios clínicos; II - evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; III - ensaios clínicos bem delineados sem randomização; IV - estudos de coorte e de caso-controle

Bases X Cruzamentos	"Patient Handoff" AND "Critical Care" AND "Patient Safety"	"Continuity of Patient Care" AND "Nursing Care" AND "Patient Safety"	"Communication Barriers" AND "Patient Handoff" AND "Nursing"
CINAHL	2	1	2
Web of Science	0	3	3
PubMed	5	2	0
SCOPUS	4	2	2
Total	11	8	7

Figura 1 - Cruzamentos realizados nas bases de dados, distribuição dos 26 (100%) artigos selecionados. Natal, RN, Brasil, 2018

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

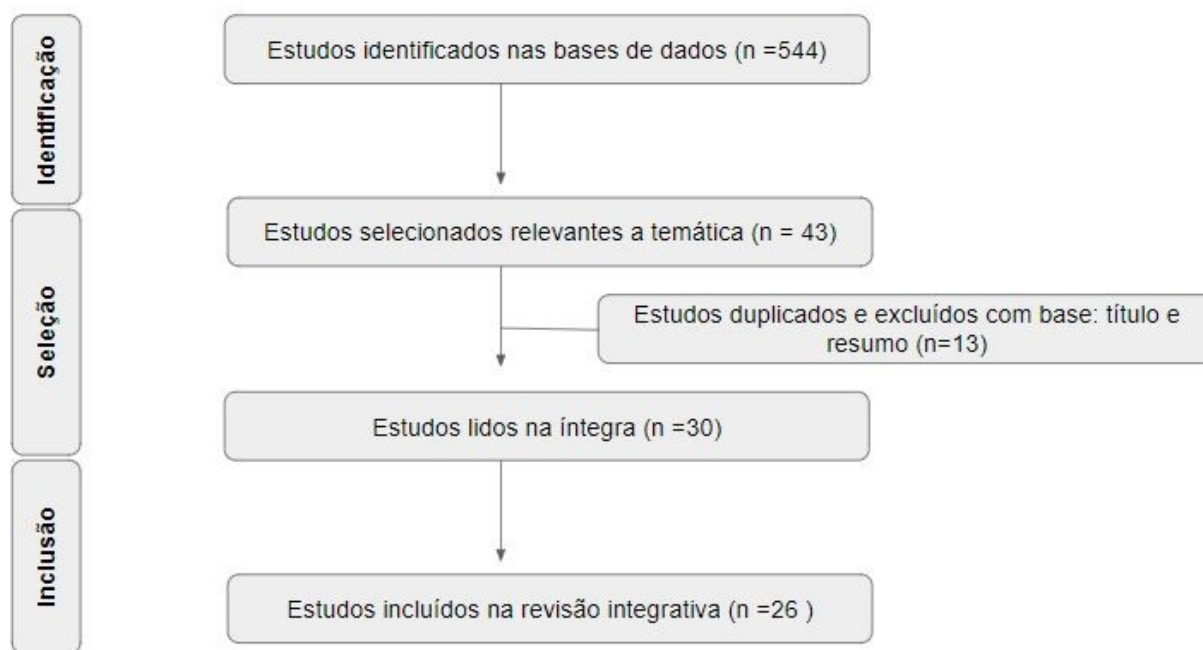


Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos. Natal, RN, Brasil, 2018
 Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

bem delineados; V - revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; VI - evidências derivadas de estudo descritivo ou qualitativo; VII - opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas⁽⁸⁾.

RESULTADOS

Verificou-se que os 26 (100%) artigos foram publicados no âmbito internacional, desses 16 (62%) publicados nos últimos cinco anos. Dentre os trabalhos, 19 (73%) apresentavam abordagem metodológica quantitativa descritiva (nível de evidência VI) e apenas dois (8%) com metodologia de coorte e caso-controle (nível de evidência IV). Metodologicamente, os resultados foram agrupados e relacionados, após a seleção dos artigos, com base em duas ênfases para retratação da temática *handover* de Enfermagem: ênfase 1: barreiras e impactos no *handover* de Enfermagem; ênfase 2: métodos e estratégias que promovem qualidade no *handover*. Den-

tre os artigos selecionados, 73% abordaram a ênfase 1, e 27% à ênfase 2.

Barreiras e impactos envolvidas no *handover* de Enfermagem

Dentre os artigos selecionados, nove (73%) abordaram as barreiras envolvidas no *handover*. As mais citada pelos autores estavam relacionadas aos problemas gerais do processo de comunicação, como: omissões de informações (35%); erros (27%) (afirmações incorretas, irrelevantes ou duplicadas); informações incompreendidas pelo receptor (11%) e relatório desorganizado (29%), envolvendo caligrafia ilegível, ausência de relato de estado atual do paciente, etc⁽⁹⁻¹⁶⁾.

No intuito de interligar os impactos das barreiras existentes nos *handovers* com a segurança do paciente⁽⁴⁾, dispomos esta relação no Diagrama de *Ishikawa*, popularmente conhecido como "diagrama de causa e efeito" (Figura 3).

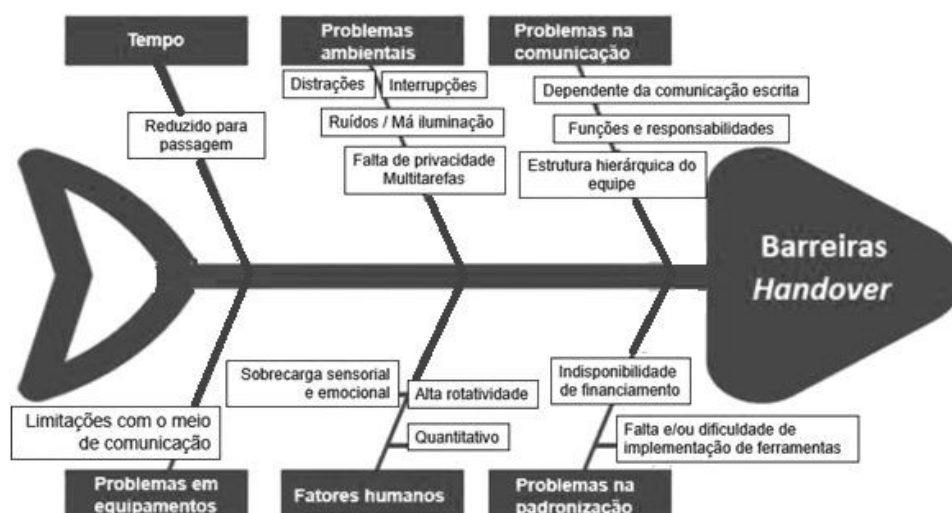


Figura 3 - Diagrama de *Ishikawa*, causa envolvendo as barreiras nos *handovers* do paciente crítico, dados dos artigos levantados^(4,9-25). Natal, RN, Brasil, 2018

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Decorrente das principais causas levantadas pela literatura^(4,9-25), alguns efeitos para segurança do paciente podem ser descritos, como: a descontinuidade dos cuidados; prolongamento da internação; retardo na identificação de agravos no estado clínico; administração de medicamentos de forma errônea; atrasos/suspensão de exames e procedimentos; e equívocos durante a comunicação com familiares/paciente/equipe, além de risco da ocorrência de eventos adversos.

Estratégias que promovem qualidade no *handover* de Enfermagem

Foram encontradas seis^(13,26-31) (100%) estratégias na forma de mnemônico, todas relacionadas e aplicáveis ao paciente crítico. Segundo autores que descreveram estas ferramentas, sua aplicabilidade no cotidiano da prática clínica de Enfermagem foi bastante satisfatória (Figura 4).

A ferramenta destaque na literatura foi a SBAR^(13,26-29) (**S** - Situation; **B** - Background; **A** - Assessment; **R** - Recommendation), dentre os artigos que abordaram

as estratégias, cinco (19%) o abordaram. Outras estratégias foram identificadas, como aplicação de *softwares* e sistemas eletrônicos institucionais de uso exclusivo, não compartilhado com a comunidade científica.

DISCUSSÃO

No contexto da Enfermagem, a comunicação constitui-se num instrumento básico para o cuidado, sendo ferramenta primordial para formação de vínculo, satisfação das necessidades do paciente e da equipe na continuidade dos cuidados. Sendo estes cuidados uma imensa tarefa, em que todas as vertentes devem permear por todo o período de internação em unidades críticas^(32,33).

Neste sentido, o *handover* é considerado como fundamental para o alcance da continuidade do cuidado. Processo complexo que demanda conhecimento acerca das necessidades dos pacientes e atenção à mensagem que está sendo compartilhada, de modo a garantir a qualidade do cuidado⁽³³⁾.

Entretanto, como a comunicação é um processo que envolve relações interpessoais,

Mnemônicos	Descrição
SBAR ^(13,26-29)	S ituation (Situação) B ackground (Histórico) A ssessment (Avaliação) R ecommendation (Recomendação)
I-SBAR-Q ⁽³⁰⁾	I ntroduction S ituation (Situação) B ackground (Histórico) A ssessment (Avaliação) R ecommendation (Recomendação) Q uestions (Questionamentos)
	I ntroduction (Apresentação)
"I pass the baton" (Técnica de "passar o bastão") ^(28,29)	P atient (Paciente) A ssessment (Avaliação) S ituation (Situação) S afety concerns (Precauções de segurança) The B ackground (Antecedentes) A ctions (Ações) T iming (Coordenação) O wnership (Responsabilidade) N ext (Seguimento)
PACE ^(29,31)	P atient / P roblem (Paciente / Problema) A ctions (Ação) C ontinuing care / C hanges (Continuando / Alterações) E valuation (Avaliação)
STICC ⁽²⁹⁾	S ituation (Situação) T ask (Tarefas) I ntent (Intenção) C oncern (Preocupação) C alibrate (Metas)
GRRRR ⁽²⁹⁾	G reeting (Apresentação) R espectful listening (Escuta) R evue (Revisão) R ecommend or request more information (Recomendações) R eward (Recompensa)

Figura 4 - Estratégias no modelo "mnemônico" efetivas no handover de Enfermagem. Natal, RN, Brasil, 2018

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

ambientes estressantes e conturbados, assim como a gravidade do paciente, é comum que ocorram problemas, dificuldades ou restrições que impeçam que a mensagem seja transmitida corretamente⁽³⁴⁾.

Os estudos incluídos^(13,26-31) neste estudo demonstraram algumas das barreiras mais comumente associadas à comunicação, que contribuem para a descontinuidade do cuidado, para o tratamento inadequado, o que vem se tornando uma preocupação atual no que tange à segurança do paciente⁽³³⁾.

Com a disseminação dos efeitos da comunicação na prestação da assistência segura ao paciente, *The Joint Commission* em 2017, por

meio da publicação *Sentinel Event Alert*, relatou sobre os potenciais danos aos paciente relacionados ao processo de comunicação, quando o receptor recebe informações que são imprecisas, incompletas, não oportunas, mal interpretadas ou não necessárias⁽⁶⁾.

Um exemplo claro é a omissão de informações durante o *handover*, e que traz um efeito impactante na segurança do paciente e o expõe a riscos e prolongamento da interação. Estudo⁽³⁹⁾ realizado em uma unidade de Terapia Intensiva, falhas na comunicação prolongaram a internação do paciente em média de 10 dias, e na instituição hospitalar até 20 dias, com ocorrência de 45 eventos

adversos em uma mostra de 81 incidentes. Dentre as ações sugeridas no processo de *handover* pela *The Joint Commission*, destaca-se a padronização do conteúdo crítico a ser comunicado pelo remetente, certificar-se de cuidar com segurança do paciente em tempo hábil, tendo como base a padronização no uso de ferramentas e métodos (formulários, modelos, listas de verificação, protocolos, mnemônicos, etc.) capazes de alcançar os receptores da comunicação⁽⁶⁾.

Como ocorre em alguns casos, os *handovers* são conduzidos casualmente, quando deveriam ser estruturados e centrados para garantir a continuidade da assistência e a segurança do paciente. Durante uma situação de doença ou período de internação, um paciente passa por uma série de profissionais e setores de atendimento, deslocando-se entre áreas de diagnóstico e de tratamento, segue por uma rede de profissionais, em diferentes turnos, o que o deixa vulnerável a danos⁽³⁵⁾. Essas condições atreladas ao paciente crítico na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) corroboram a ocorrência de EA, dada instabilidade, dependência e necessidade de intervenções destes indivíduos⁽³⁶⁾. Uma das estratégias evidenciadas pelos estudos está em padronizar o *handover* do paciente crítico, seja com a aplicação de mnemônicos ou ferramentas informatizadas que auxiliem na organização do conteúdo a ser comunicado⁽¹⁷⁾.

Em estudo realizado em um hospital universitário na Bélgica utilizando o mnemônico SBAR, amostra significativa nesse estudo, demonstrou que após a implementação dessa ferramenta houve uma maior frequência nos registros de Enfermagem de 4% para 35% ($p < 0,001$) propiciando maior continuidade

de da assistência, além de redução de eventos adversos graves, com a diminuição dos óbitos inesperados de 0,99 para 0,34 a cada 1.000 pacientes internados⁽³⁷⁾.

Tal prática permite que os profissionais envolvidos no processo compartilhem de um mesmo modelo mental e não esqueçam nenhum item relevante⁽³⁸⁾. Assim, melhora o entendimento dos profissionais acerca das condições de saúde do paciente e proporciona diminuição do tempo de compartilhamento⁽³⁵⁾.

Em estudo sobre a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da comunicação na passagem de plantão, a equipe reconhece os pontos necessários para uma boa comunicação, qual seja: uma dinâmica organizada e sistematizada, com a participação de todos os membros da equipe complementando as informações; fatores apontados pelos profissionais que diminuem a chance de perda de informações⁽³⁵⁾.

A ausência de informações sobre os pacientes, a incongruência nos prontuários, insuficiência de informações, ruídos e interrupções impedem que a mensagem chegue com clareza ao receptor, gerando a riscos a segurança do paciente durante a assistência⁽³⁹⁾. Conclui-se que, quando se trata da assistência ao paciente crítico, o profissional de Enfermagem tem papel crucial na condução e continuidade da assistência ao longo da internação, bem como, na ocorrência de eventos indesejáveis aos pacientes provenientes ao *handover*⁽³⁴⁾.

CONCLUSÃO

Essa revisão integrativa identificou, nos artigos selecionados, seis situações princi-

país como barreiras durante a realização do *handover*, sendo elas: problemas na comunicação, ausência de padronização, fatores humanos e ambientais, tempo e equipamentos utilizados na transição. Dentre as estratégias envolvendo mnemônicos, a SBAR foi a mais citada, quando direcionada ao paciente crítico. Corroborando com o objetivo inicial desta pesquisa de verificar as principais barreiras e estratégias inerentes ao *handover* de Enfermagem ao paciente crítico na literatura científica.

Com essa pesquisa, os resultados alertam para a necessidade emergente de desenvolver ferramentas de comunicação e padronização de informações a serem transmitidas, fornecendo uma atualização contínua sobre o tema nas instituições de saúde, trabalhar e permitir que escolas e universidades forneçam um suporte teórico e prático sobre a questão da segurança do paciente e habilidades de comunicação. Desta forma, tornando os cuidados de saúde mais seguros tanto para pacientes como para profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Ahad AMA, Pina SCT. Comunicação: uma indispensável ferramenta de dominação e poder. *Ciência et Praxis* [Internet]. 2013 [cited 2018 Oct 2];6(11):51-54. Available from: <http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/viewFile/2122/1114>
2. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Effective communication in teamwork in health: a challenge for patient safety. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 Jul-Sep [cited 2018 Oct 2];20(3):636-40. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40016>
3. Gonçalves MI, Rocha PK, Anders JC, Kusahara DM, Tomazoni A. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 2];25(1).
4. Birmingham P, Buffum MD, Blegen MA, Lyndon A. Handoffs and patient safety: grasping the story and painting a full picture. *West J Nurs Res* [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 2];37(11):1458-78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24951369/>
5. The Joint Commission Center for Transforming Healthcare. Improving transitions of care: hand-off communications. Oakbrook Terrace, Illinois: The Joint Commission; 2014.
6. The Joint Commission. A complimentary publication of The Joint Commission. Sentinel Event Alert: The Joint Commission; 2017.
7. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura TS, Silva DRAD. Integrative review: concepts and methods used in nursing. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jul 09];48(2):335-45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200335
8. Melnyk BM, Fineout-overholt E, Stillwell SB, Williamson KM. Evidence-based practice: step by step. *Am J Nurs*. [Internet]. 2010 [cited 2018 Oct 09];110(5):51-3. Available from: https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2010/01000/Evidence_Based_PracticeStep_by_Step-The_Seven.30.aspx
9. Kilic SP, Ovayolu N, Ovayolu O, Ozturk MH. The approaches and attitudes of nurses on clinical handover. *Intern J of Caring Scienc*. [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 19];10(1):136-145. Available from: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/15_parlarkilik_original_101.pdf
10. Riesenber LA, Leisch J, Cunningham JM. Nursing Handoffs: a systematic review

- of the literature. *Am J Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2018 Nov 19];110(4):24–34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20335686>
11. Thomson H, Tourangeau A, Jeffs L, Puts M. Factors affecting quality of nurse shift handover in the emergency department. *J Adv Nurs*. [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 19];74(4):876–886. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29117454>
12. Foster-Hunt T, Parush A, Ellis J, Thomas M, Rashotte J. Information structure and organisation in change of shift reports: an observational study of nursing hand-offs in a Paediatric Intensive Care Unit. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 19];31(3):155–164. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25456856>
13. Daniel L, N-Wilfong D. Empowering inter-professional teams to perform effective handoffs through online hybrid simulation education. *Crit Care Nurs Q* [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 19];37(2):225–229. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24595260>
14. Tobiano G, Whitty JA, Bucknall T, Chaboyer W. Nurses' perceived barriers to bedside handover and their implication for clinical practice. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 19];14(5):343–349. Available from: <https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:690179>
15. Kowitlawakul Y, Leong BSH, Lua A, Aroos R, Wong JJ, Koh N, Mukhopadhyay A. Observation of handover process in an intensive care unit (ICU): barriers and quality improvement strategy. *Int J Qual Health Care*. [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 19];27(2):99–104. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25644706>
16. Welsh CA, Flanagan ME, Ebright P. Barriers and facilitators to nursing handoffs: recommendations for redesign. *Nurs Outlook* [Internet]. 2010 [cited 2018 Nov 19];58(3):148–154. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20494690>
17. Halm MA. Nursing Handoffs: ensuring safe passage for patients. *Am J Crit Care* [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 19];22(2):158–162. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/22/2/158.full>
18. Salzmänn-Erikson M. Using focused ethnography to explore and describe the process of nurses' shift reports in a psychiatric intensive care unit. *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 19];27(15–16):3104–3114. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.14502>
19. Lee SH, Phan PH, Dorman T, Weaver SJ, Pronovost PJ. Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 19];16(1). Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1502-7>
20. Tam P, Nijjar AP, Fok M, Little C, Shingina A, Bittman J et al. Structured patient handoff on an internal medicine ward: a cluster randomized control trial. *PLoS One*. [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 19];19(13(4)):e0195216. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29672526>
21. Ridelberg M, Roback K, Nilsen P. Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: a qualitative study of nurses' perceptions. *BMC Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 19];13:13–23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25132805>
22. Tanja M. Fragmentation of patient safety research: a critical reflection of current human factors approaches to patient handover. *J Public Health Res* [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 19];2(3):e33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4147745/>

23. Manias E, Geddes F, Watson B, Jones D, Della P. Perspectives of clinical handover processes: a multi-site survey across different health professionals. [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 19];25(1-2):80-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26415923>
24. Taylor JS. Improving patient safety and satisfaction with standardized bedside handoff and walking rounds. Clin J Oncol Nurs. [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 19];19(4):414-416. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26207705>
25. Siemsen IM, Madsen MD, Pedersen LF, Michaelsen L, Pedersen AV, Andersen HB. Factors that impact on the safety of patient handovers: an interview study. Scand J Public Health [Internet]. 2012 [cited 2018 Nov 19];40(5):439-448. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22798283>
26. Kathryn RS, Kelli AH. SBAR, communication, and patient safety: an integrated literature review. Medsurg Nurs [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 19];26(5):297-305. Available from: https://go.gale.com/ps/retrieve.do?tabID=T002&resultListType=RESULT_LIST&searchResultsType=SingleTab&hitCount=17&searchType=AdvancedSearchForm¤tPosition=8&docId=GALE%7CA514512708&docType=Article&sort=Relevance&contentSegment=ZONE-Exclude-FT&prodId=AONE&pageNum=1&contentSet=GALE%7CA514512708&searchId=R1&userGroupName=anon%7E34452deb&inPS=true
27. Flemming D, Hübner U. How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role does the electronic patient record system play? Results of a systematic literature review. Int J Med Inform [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 19];82(7):580-92. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23628146>
28. Sandlin D. Improving patient safety by implementing a standardized and consistent approach to hand-off communication. J Perianesth Nurs [Internet]. 2007 [cited 2018 Nov 19];22(4):289-392. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17666301>
29. Riesenberger LA, Leitzsch J, Little BW. Systematic review of handoff mnemonics literature. Am J Med Qual [Internet]. 2009 [cited 2018 Nov 19];24(3):196-204. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19269930>
30. Runy LA. Patient handoffs. Hosp Health Netw [Internet]. 2008 [cited 2018 Nov 19];82(5):7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18557338>
31. Schroeder SJ. Picking up the PACE: A new template for shift report. Nursing [Internet]. 2006 [cited 2018 Nov 19];36(10):22-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17019325>
32. Quitério LM, Santos EV, Gallotti RDM, Novaretti MCV. Eventos adversos por falhas de comunicação em unidades de terapia intensiva. Espacios [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 29];37(30):19. Available from: <http://www.revistaespacios.com/a16v37n30/16373020.html>
33. Bueno BRM, Moraes SS, Suzuki K, Gonçalves FAF, Barreto RASS, Gebrim CFL. Caracterização da passagem de plantão entre o centro cirúrgico e a unidade de terapia intensiva. Cogit Enferm [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 29];20(3). Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40274/26257>
34. Oliveira MC, Rocha RGM. Reflexão acerca da passagem de plantão: implicações na continuidade da assistência de enfermagem. Enferm rev [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 29];19(2):226-234. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13154>

35. Silva MF, Anders JC, Rocha PK, Souza AIJ, Burciaga VB. Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 29];25(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003600015>
36. Sousa MRG, Silva AEBC, Bezerra ALQ, Freitas JS, Miaso AI. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 29];47(1):76-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100010
37. De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, Van Bogaert P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. Resuscitation [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 19];84(9):1192-1196. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300957213001688>
38. Lane-Fall MB, Speck RM, Ibrahim SA, Shea JA, McCunn M, Bosk CL. Are attendings different? Intensivists explain their handoff ideals, perceptions, and practices. Ann Am Thorac Soc [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 29];11(3):360-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028740/>
39. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. Ações de enfermagem para segurança do paciente em hospitais: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line. [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 29];11(2):1016-24. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10203/pdf_228

Recebido: 08/04/2019

Revisado: 04/04/2020

Aprovado: 19/06/2020

Copyright © 2020 Online
Brazilian Journal of Nursing



This article is under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY-NC-ND, which only permits to download and share it as long the original work is properly cited.