

Artigo Original

Santos GRS, Barros FM, Silva RC

Comunicação no handover na terapia intensiva: sentidos e práticas da equipe de enfermagem

Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20180436

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20180436>


## Comunicação no *handover* na terapia intensiva: sentidos e práticas da equipe de enfermagem

Handover communication in intensive therapy: nursing team meanings and practices

Comunicación en el proceso de cambio de turno em terapia intensiva: sentidos y prácticas del equipo de enfermería

Grazielle Rezende da Silva dos Santos<sup>a</sup> 

Fabiana de Mello Barros<sup>a</sup> 

Rafael Celestino da Silva<sup>a</sup> 

### Como citar este artigo:

Santos GRS, Barros FM, Silva RC. Comunicação no handover na terapia intensiva: sentidos e práticas da equipe de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20180436. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20180436>

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar os sentidos construídos pela equipe de enfermagem sobre a comunicação no *handover* na transferência de turnos na Unidade de Terapia Intensiva.

**Método:** Estudo qualitativo alicerçado no suporte teórico de Berlo, desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital do Rio de Janeiro com a equipe de enfermagem participante do *handover* e/ou atuante na assistência ao paciente. Realizou-se observação e entrevistas, com descrição densa dos dados e análise de conteúdo temático.

**Resultados:** Ao tempo em que há o sentido de reconhecimento da importância do *handover* para o cuidado de enfermagem, expresso em comportamentos que buscam evitar a ineficiência ou percepção errônea da comunicação, por outro lado, há pouca participação dos técnicos de enfermagem, com conversas paralelas, desatenção e informações incompletas, comprometendo a sua efetividade.

**Conclusão:** Os profissionais devem compreender o seu papel no processo de comunicação, desempenhando-o com participação ativa para reduzir os ruídos no *handover*.

**Palavras-chave:** Transferência da responsabilidade pelo paciente. Cuidados críticos. Comunicação. Enfermagem.

---

<sup>a</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Escola de Enfermagem Anna Nery, Departamento de Enfermagem Fundamental. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the meanings built by the nursing team regarding communication at shift handover in intensive care units.

**Method:** A qualitative study, grounded on the theoretical framework of Berlo, was developed in the intensive care unit of a hospital in Rio de Janeiro with the nursing team participating in the handover process or working with patient care. Observation and interviews were conducted, with a thorough description of the data and thematic content analysis.

**Results:** There is acknowledgment of the meaning of handover in nursing care, which is expressed in behaviors aimed at avoiding inefficacy or the incorrect perception of communication; on the other hand, there is little participation of nursing technicians, with side talks, lack of attention and incomplete information, which compromises their effectiveness.

**Conclusion:** Professionals should understand their role in the communication process by playing it with active participation to reduce handover noises.

**Keywords:** Patient handoff. Critical care. Communication. Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar los sentidos elaborados por el equipo de enfermería sobre la comunicación en el *handover* de la transferencia de turnos en una Unidad de Cuidados Intensivos.

**Método:** Estudio cualitativo fundamentado en el marco teórico de Berlo, desarrollado en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Rio de Janeiro con el equipo participante del *handover* y/o actuante en la asistencia al paciente. Se realizó una observación y entrevistas, con descripción detallada de datos y análisis de contenido temático.

**Resultados:** A la vez que se reconoce la importancia del *handover* para la atención de enfermería, expresado en comportamientos que buscan evitar la ineficiencia o la percepción errónea de la comunicación, también se registra poca participación de los auxiliares de enfermería, con conversaciones paralelas, desatención e información incompleta, lo que compromete su efectividad.

**Conclusión:** Los profesionales deben comprender su rol en el proceso de la comunicación, desempeñándolo con participación activa para reducir las interferencias en el *handover*.

**Palabras clave:** Pase de guardia. Cuidados críticos. Comunicación. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A promoção da comunicação efetiva nos serviços de saúde constitui-se numa das metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), na qual se vislumbra a criação de protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente<sup>(1)</sup>.

No ambiente hospitalar, em especial, caracterizado pelo alto fluxo de profissionais, atividades e circulação de informações, os processos de comunicação se revestem de complexidade, aumentando a possibilidade de ruídos que, por sua vez, podem ocasionar eventos adversos ao paciente<sup>(1)</sup>. Dentre os eventos adversos associados à comunicação, os que resultam do *handover* entre os profissionais de saúde são considerados ponto crítico no PNSP.

O *handover* envolve três características: a transferência da informação, da responsabilidade e da competência pela tomada de decisões sobre a assistência ao paciente. É

uma atividade clínica que ocorre desde a transferência de informações sobre o paciente entre os profissionais de diferentes turnos, até a transferência de um paciente entre setores do hospital e de um hospital para outro. É uma forma de transferir a responsabilidade pelo paciente à outra equipe no decorrer da assistência, na admissão ou alta hospitalar<sup>(2-3)</sup>.

A equipe de enfermagem participa ativamente desses momentos pelo fato de prestar cuidados ao paciente integralmente no decorrer das 24 horas, logo, a comunicação entre a equipe é fundamental para o cuidado de enfermagem<sup>(4)</sup>, o que demanda de grande atenção e investimento desses profissionais na prevenção e redução dos danos ao paciente.

Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), em particular, o processo de comunicação envolve pacientes graves, com risco de morte, e que se utilizam de tecnologias avançadas para o seu cuidado, o que implica muitos profissionais de saúde manejando tais tecnologias<sup>(5)</sup>. Essas características tornam a comunicação difícil e uma potencial causa de eventos adversos na UTI, pelos ruídos que podem ocorrer e diminuir a fidelidade dessa comunicação.

O termo fidelidade da comunicação é utilizado para designar quando a fonte da mensagem consegue expressar de maneira fiel seu objetivo e causar as reações desejadas no receptor. No entanto, existem fatores que prejudicam essa fidelidade, denominados ruídos. Os ruídos são fatores que atrapalham ou impedem que a mensagem chegue de maneira correta ao receptor<sup>(6)</sup>. Sobre isso, os estudos sobre o *handover* de enfermagem na UTI apontam ruídos nesse processo de comunicação, que se configuram desafios à segurança do paciente<sup>(7-8)</sup>.

Exemplo de tais ruídos é visto em pesquisa desenvolvida em hospital na Austrália que analisou o conteúdo do *handover* de enfermagem na UTI envolvendo 40 enfermeiros, na qual se verificou: a ausência de dados sobre a situação clínica atual; a presença em apenas 40% dos *handovers* dos planos de alta e de cuidado de longo prazo; a falha na releitura, que assegura a compreensão do profissional que está recebendo a informação, que aconteceu em 35% dos casos; e o cruzamento das prescrições medicamentosas, com os medicamentos que estavam sendo infundidos e o gráfico de medicações, presente em 40% dos *handovers*<sup>(8)</sup>.

Em outro estudo que analisou 16 *handovers* de enfermeiros na UTI de hospital no Texas, as informações incompletas relacionavam-se às seções: avaliação e plano de cuidados, com 35,1% das informações compartilhadas; sistema cardiovascular presente em 7,4%, sistema neurológico em 7,3%, sistema respiratório em 6,9%, gastrointestinal em 6,7%. Informações relacionadas ao tratamento foram compartilhadas em 16% dos *handovers*<sup>(9)</sup>.

O *handover* é uma prioridade pela Organização Mundial da Saúde para a diminuição dos eventos adversos, pois há evidências de que um *handover* com informações completas e

fidedignas contribuí para um cuidado com maior segurança e, ao contrário, quando há omissão ou informações incorretas, há chances de danos aos pacientes<sup>(7)</sup>.

Na perspectiva teórica da comunicação adotada as atitudes da fonte e do receptor têm influência na fidelidade da comunicação, ou seja, atitudes favoráveis ou desfavoráveis no que tange ao objetivo a ser comunicado, em relação ao assunto, ou à própria fonte ou ao receptor, irão implicar nos comportamentos durante o processo de comunicação e na mensagem que será veiculada. Portanto, pode impactar na segurança da comunicação no *handover* na UTI<sup>(6)</sup>.

Diante disso, levantou-se a questão de pesquisa: Que sentidos os profissionais constroem acerca da comunicação no *handover* que ocorre durante a transferência de turnos entre a equipe de enfermagem na UTI? Objetiva-se analisar os sentidos construídos pela equipe de enfermagem sobre a comunicação no *handover* na transferência de turnos na UTI.

## MÉTODO

Estudo qualitativo, exploratório, que se alicerçou no suporte teórico de Berlo. Para este autor a comunicação é um modo de exprimir ideias através de códigos, sejam eles verbais, como a linguagem, ou não verbais, como as expressões faciais e movimentos do corpo. Essa comunicação se desenvolve num processo, cujos objetivos podem ser informar, persuadir ou divertir aquele que está em posição de receptor da mensagem que está sendo compartilhada pelo emissor. No entanto, “ninguém pode comunicar-se sem alguma tentativa de persuadir, de uma forma ou de outra”<sup>(6)</sup>. Sendo assim, a comunicação pode ser compreendida como um meio de compartilhar ideias e influenciar o outro.

Tal comunicação apresenta elementos que se relacionam entre si: fonte, codificador, mensagem, canal, receptor e decodificador. A fonte tem um objetivo que deseja expressar através da mensagem e utiliza um codificador para tanto. Após a escolha do canal, a mensagem é compartilhada, tendo o receptor que se utilizar de um decodificador para compreender o objetivo da fonte. A relação entre esses elementos pode ser satisfatória ou ineficaz, na dependência do alcance pela fonte do seu objetivo<sup>(6)</sup>.

Sob essa ótica, as atitudes da fonte e do receptor da mensagem, ou seja, as suas posições sociais, crenças, valores, aspectos socioculturais influenciam na fidelidade dessa comunicação e/ou na ocorrência de ruídos no momento do *handover* de enfermagem<sup>(6)</sup>. Logo, o referencial em tela possibilita compreender como os elementos que integram o processo comunicativo repercutem no seu desenvolvimento, bem como nos comportamentos subsequentes dos profissionais que assumem a responsabilidade pelo cuidado do paciente.

A pesquisa foi desenvolvida na UTI cirúrgica de um hospital universitário do município do Rio de Janeiro. Nessa UTI há 10 leitos para atendimento a pacientes em estado crítico. O *handover* de enfermagem de transferência de turnos entre as equipes ocorre em dois momentos, às dezenove horas da noite e às sete horas da manhã, ocorrendo a partir da chegada do enfermeiro do turno que se inicia. É disponibilizado no setor um instrumento em formato de *checklist* para ser utilizado pela equipe de enfermagem durante o *handover*.

A equipe de enfermagem do cenário da pesquisa é composta por dois enfermeiros plantonistas e a enfermeira chefe, além de seis técnicos/auxiliares de enfermagem, os quais se revezam numa escala de 12 horas de trabalho e 60 horas de descanso. Fizeram parte da pesquisa os participantes que atenderam aos critérios: ser membro da equipe de enfermagem da UTI cirúrgica; participar do momento formal do *handover* e/ou atuar na assistência direta ao cliente após o *handover*. O critério de exclusão foi ser enfermeiro residente.

A produção dos dados ocorreu de novembro de 2016 a janeiro de 2017. No artigo em tela considerou-se o emprego das técnicas de observação sistemática do *handover* e entrevista semiestruturada. Isto porque o artigo é um recorte de Projeto Integrado de Pesquisa que analisou o processo de comunicação da equipe de enfermagem na UTI durante o *handover* quanto à existência de ruídos, empregando multitécnicas: gravação do áudio do *handover*, observação do *handover* e das práticas de cuidado da equipe após o *handover* e entrevistas.

A observação sistemática do *handover* ocorreu na primeira fase, com o objetivo de observar como os elementos que compõem o processo de comunicação que podem gerar ruídos segundo o referencial adotado<sup>(6)</sup> se expressavam no comportamento assumido pelos profissionais de enfermagem no momento do *handover*. Buscou-se apreender características da prática de comunicação no *handover*, de modo a realizar o aprofundamento analítico dos sentidos atribuídos pelos profissionais à comunicação na segunda fase de produção dos dados.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição lócus, houve uma etapa exploratória em que a pesquisadora permaneceu em campo para conhecer o cotidiano do setor de estudo quanto ao fenômeno de investigação. Essa fase permitiu familiaridade com a realidade, aproximação aos participantes, bem como proceder o convite aos membros da equipe de enfermagem para participar da pesquisa.

Quando se constatou que havia uma naturalização da presença da pesquisadora iniciou-se a observação do *handover* durante a transferência de turnos da equipe da noite para a equipe do dia. A explicação para a escolha desse momento específico é que, no Projeto Integrado de Pesquisa para descrever o processo de comunicação à luz do conceito adotado

era preciso observar as respostas do receptor em relação ao que havia sido comunicado pela fonte, para verificar se essa conseguiu alcançar o seu objetivo. Para tanto, foi feita a observação das ações de cuidado da equipe após o *handover*, optando-se por realizá-la no período do dia, quando há maior frequência de procedimentos de enfermagem. Com isso, a observação ocorreu do *handover* do turno da noite para o dia.

Para a observação do *handover* utilizou-se de um instrumento voltado a apreender o comportamento e atitude da fonte e do receptor em relação à mensagem, abrangendo: conversas paralelas, pressa na comunicação, saída antecipada, chegada atrasada, tom de voz, presença de brincadeiras. Esses dados foram registrados em um diário de campo, com anotações descritivas de cenas em relação ao lugar, pessoas, suas expressões e decursos das ações, no intento de ilustrar o comportamento da equipe de enfermagem. Obteve-se o registro de 105 horas e 35 minutos de observação, consideradas suficientes para atendimento do objetivo. Dessa fase, dos 45 potenciais participantes, 42 aceitaram participar da pesquisa.

Para a análise dos dados da observação aplicou-se os princípios da descrição densa. 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, buscou-se interpretá-las de maneira densa, levando-se em conta o referencial da pesquisa. Tal análise subsidiou a segunda fase de produção dos dados.

Assim, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com participantes previamente observados, utilizando roteiro de questões que contemplava: forma de realização do *handover*, importância da comunicação, dificuldades enfrentadas, formas de lidar, problemas vivenciados, preocupações. As entrevistas ocorreram no próprio setor, em sala reservada, com dispositivo digital de gravação e conforme disponibilidade dos participantes.

Para a análise das entrevistas foi aplicada a técnica de análise de conteúdo temático. Desse modo, o pesquisador realizou um aprofundamento analítico nas explicações dadas pelos participantes. No primeiro momento ocorreu a leitura flutuante do material, fazendo com que a pesquisadora se aproximasse do corpus explorado. Num segundo momento foram realizadas as marcações em todo o material das unidades de registro (UR), as quais eram compostas por temas que retratavam a comunicação e seus elementos.

Buscou-se transformar a maior parte do texto em UR. Esse procedimento permitiu identificar o surgimento dos novos temas, que serviu de base para a decisão da finalização das entrevistas. Com a não adição de elementos novos, finalizou-se a etapa das entrevistas com 19 participantes e 362 UR, ponto de saturação teórica<sup>(10)</sup>. As UR definidas formaram 26 unidades

de significação (US), à luz dos sentidos que expressavam. Esses sentidos foram interpretados pelo referencial teórico, que sustentou as inferências quanto ao conteúdo manifesto/latente.

As US foram então submetidas à análise em termos quantitativos e qualitativos, a partir da qual houve a organização das categorias empíricas que exprimem os conteúdos abordados pelos participantes nas entrevistas, quais sejam: “*Handover* de enfermagem na UTI: modelo adotado e avaliação”; Prática da comunicação no *handover*: ruídos e seus potenciais impactos. Os dados das observações estão descritos juntamente com as categorias apresentadas, estabelecendo o contraponto com os depoimentos.

Após a aprovação do estudo pela instituição lócus com CAAE: 56986916.8.3001.5257 e parecer nº: 1.728.672 foi solicitado o aceite dos participantes com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A confidencialidade foi garantida através da identificação alfa-numérica, sendo o código Enf= enfermeiro e Tec= técnico de enfermagem, SN= serviço noturno e SD= serviço diurno, seguido do número arábico a partir da ordem da observação.

## RESULTADOS

### ***Handover* de enfermagem na UTI: modelo adotado e avaliação**

Essa categoria aglutinou 17 US, das quais nove se referiam ao modo como os participantes caracterizavam o modelo de *handover* de enfermagem da UTI da pesquisa, quanto: aos membros participantes, papéis, dinâmica, conteúdo da comunicação, local de realização, instrumentos. Os profissionais relataram que esse compartilhamento de informações sobre o paciente, na maior parte das vezes, acontece à beira do leito do paciente, no entanto, alguns o realizam no posto de enfermagem, sem estar próximo ao paciente.

*Tem enfermeiro que gosta de sentar à mesa com os técnicos ou no balcão mesmo, mas outros preferem ir no box, ver bomba, ver tudo, ver o paciente com os técnicos. (Tec 11 SD)*

*É passado de enfermeiro para enfermeiro, no leito com os técnicos ao redor. (Tec 9 SD)*

Conforme se evidenciou nos trechos apresentados, tal *handover* ocorre com a participação dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem, no entanto, os enfermeiros são mais ativos, sendo responsáveis por compartilhar as informações sobre os pacientes. Isso faz com que alguns técnicos de enfermagem percebam esse momento como uma comunicação de enfermeiro para enfermeiro, e permaneçam apenas acompanhando o momento do *handover*.

*O que eu posso observar, é que o enfermeiro passa o plantão para o outro enfermeiro, e a gente, como técnico, fica só observando, ou quando tem alguma coisa que passou despercebido do enfermeiro, o técnico sinaliza, mas é o que eu percebo. (Tec 07 SD)*

*Durante a passagem de plantão, então, a gente quase não tem voz ativa, os técnicos, é mais de enfermeiro para enfermeiro, a gente fica é, ao em torno, a gente fica mais a frente do recebimento do plantão com o enfermeiro, que questiona, às vezes pergunta. A gente só fica ou caso a gente veja alguma alteração, a gente sinaliza, mas a gente não tem tanta [...] na passagem de plantão a gente fica mais pelas informações que são passadas. (Tec 16 SD)*

Os Tec 07 e Tec 16 sinalizaram que na UTI estudada os receptores podem se colocar em posição de fontes da mensagem quando necessitam compartilhar alguma informação durante o processo de comunicação. Essa inversão dos papéis ocorre sem restrições à participação dos profissionais, particularmente, do técnico de enfermagem que, caso tenha uma informação relevante sobre o paciente pode se colocar livremente.

*Os enfermeiros passam sempre, mas, como eu falei, os técnicos têm liberdade, pois estão aqui há dois ou três dias seguidos [...] está vendo aquele doente todo dia, aí fala: “\_Não sei quando foi a última diálise dele”! Aí: “\_Não, foi tanto, eu estava com ele, perdeu tanto”. Então eu acho legal, a gente tem a liberdade, os técnicos aqui são bem atuantes, são bem ligados e estão sempre acrescentando algo assim. (Tec 06 SD)*

Percebeu-se que a comunicação no *handover* acontece por meio da fala e registros escritos. Os enfermeiros fontes da mensagem utilizam suas evoluções de enfermagem como auxiliar de memória das informações que devem ser compartilhadas, enquanto os receptores acompanham através da prescrição médica do paciente, registrando dados relevantes.

*Os enfermeiros [...], pelo menos do plantão noturno para o diurno, utilizam métodos para resgatar como, por exemplo, imprimem a evolução ou anotam em algum lugar. (Enf 07 SD)*

*Nós passamos juntamente com a papeleta. Vê cada item que o paciente está. (Enf 10 SN)*

Isso mostrou que os profissionais buscam diminuir as chances de falhas de comunicação em face da quantidade de informações e da qualidade necessária durante o compartilhamento, a exemplo da conferência da prescrição médica com os medicamentos em infusão. Esse comportamento interceptou um erro no *handover*, ilustrado no diário de campo:

*A enfermeira 11 SN comunicou durante o handover que a dieta do paciente estava fluindo a 63 ml/h. Ao entrar no leito, a enfermeira 13 SD que estava recebendo a mensagem percebeu que a dieta estava programada numa velocidade diferente e relatou à enfermeira 11 SN a discrepância. Após a verificação pela Enf 11 SN da prescrição, a Enf 13 SD corrigiu o erro na velocidade de infusão. (Trecho de diário de campo, Enf 11 SN e Enf 13 SD)*

Os dados indicaram também que os profissionais elencam as informações que precisam ser compartilhadas durante o *handover*. Informações sobre intercorrências apareceram em muitas entrevistas, indicativo da sua relevância para a equipe na comunicação.



*[...] E eles vão passando todos os [...] as intercorrências, o que aconteceu com o paciente, os dispositivos que está fazendo uso, os cuidados de forma geral. É [...] principalmente como o paciente passou nas últimas doze horas ou nas últimas vinte e quatro horas, dependendo se você passou as últimas doze horas ou não, [...] para mostrar se houve alguma intercorrência ou não, e partindo de um quadro se o paciente apresentou melhora ou piora daquele quadro dentro das últimas doze horas, relacionado à estabilidade hemodinâmica, ventilatória [...] as drogas que o paciente está fazendo uso, se tem alguma programação para o dia. (Enf 07 SD)*

Ainda nessa primeira categoria, oito US trataram da avaliação dos profissionais em relação ao modelo de *handover* realizado na UTI. Os profissionais reconheceram a importância do *handover* no cuidado, pois entendem que esse processo é necessário para a condução das ações e para a continuidade da assistência, pensamento retratado a seguir:

*Sim [...] se todos os dados são relevantes e você deixar de ter uma informação, você está deixando de prestar atenção em algo importante para o paciente que vai fazer uma diferença no cuidado para ele. Se me passa um paciente que tem úlcera por pressão, sem parâmetros, quando chego para avaliar o dorso, tem uma úlcera por pressão que precisa de determinado curativo, eu não me preparei, não levei o material, eu tenho que me desparamentar, me refazer, pegar o material todo, sair do leito, tem todo tempo de cuidado a que aumenta. Ela pode ser uma aliada, mas também uma vilã, a ausência dela prejudica. (Enf 04 SD)*

Durante a avaliação os entrevistados apresentaram pontos positivos e negativos deste processo. Os que realizaram uma avaliação positiva acreditam que o *handover* no setor apresenta uma boa estrutura, contendo as informações necessárias para se iniciar a assistência.

*A passagem de plantão aqui é bem explicada, pelo que eu vejo. (Tec 11 SD)*

*Eu considero nossa passagem de plantão aqui bem completa. (Enf 07 SD)*

Em contrapartida, também levantaram avaliações negativas sobre o *handover*, particularmente a falta de interesse e a pouca participação dos técnicos de enfermagem, comportamentos apontados como prejudiciais para o *handover*, conforme se vê nos excertos:

*Na passagem de plantão eles podem participar. Eles escutam mais e participam pouco, são menos interessados. Não digo todas, mas a grande maioria. (Enf 16 SD)*

*Vejo falta de interesse de quem está recebendo o plantão por parte técnica. (Enf 11 SN)*

Os enfermeiros ressaltaram a importância da participação dos técnicos para a melhoria da comunicação no *handover*, pois consideram que esses têm muito a contribuir para o compartilhamento de informações, já que permanecem em contato direto com os pacientes.

*Eu gostaria que a passagem de plantão tivesse mais a participação da equipe técnica, porque eles são muito observadores, são bem competentes, então eles têm o que contribuir. Então fica só o enfermeiro, a passagem de plantão fica na mesmice sabe [...] Tem enfermeiro que não gosta quando o técnico fala, se sente ultrapassado, o que eu acho uma besteira, que a gente*

*cuida melhor com mais informações. Eles têm as contribuições e gostaria que participassem mais. Talvez se participassem mais, eles prestariam mais atenção na passagem (Enf 06 SD)*

Além desse fator, outro aspecto negativo ao processo de comunicação foi a falta de objetividade. Para alguns entrevistados, o *handover* contém informações desnecessárias para o cuidado, tornando-o muito longo e cansativo, podendo assim, ser uma fonte de distração.

*Achamos que os enfermeiros passam detalhes demais, desnecessários, tipo assim, o que está correndo em via, desnecessário. Você pode está passando o que está correndo, uma Nora, se isso e aquilo, mas é desnecessário e eles acabam falando em voz baixa e acaba ficando chato, monótono e aí você dispersa. Às vezes você está parado até sem conversar, mas aí está com cabeça [...] que está perdendo a noção de necessidade, acaba sendo uma chatice. (Tec 02 SD)*

### **Prática da comunicação no *handover*: ruídos e seus potenciais impactos**

A segunda categoria originou-se do agrupamento de nove US e evidenciou a presença de ruídos que ocorrem durante o processo de comunicação e que podem afetar negativamente o cuidado realizado. Esses ruídos interferem diretamente na comunicação no *handover*, impedindo que a mensagem chegue ao receptor da maneira desejada pela fonte.

*O técnico recebendo plantão e mexendo no celular, conversando com o colega. (Tec 11 SD)*

*Dificuldade, enfermeiros que falam baixo, a equipe conversando, no celular. (Enf 10 SN)*

Nos dados registrados no diário de campo a ocorrência de tais ruídos foram ilustrados. O relato de chegada atrasada da Enf 12 SD e não participação por completo do *handover* também ganhou destaque na fala da Enf 07 SD e em outras observações de campo.

*Enquanto a Enf 09 SN falava, alguns técnicos de enfermagem foram advertidos verbalmente pela Enf 15 SD que estava na posição de receptora, pois conversavam e não davam atenção ao *handover*. Em seguida, a Enf 12 SD aumentou o tom de voz dizendo: “Prestem atenção, essas informações são importantes!” (Trecho de diário de campo, Enf 09 SN, Enf 12 e 15 SD)*

*O *handover* começou com a Enf 9 SN, a Enf 16 SD e as Tec 6 e 13. A outra enfermeira 12 SD chegou 20 minutos atrasada e não conseguiu ouvir as informações de todos os pacientes. Em alguns momentos, a Tec 6 se inclinava ou chegava mais próximo da Enf 9 SN, pois a mesma falava muito baixo e a técnica apresentava dificuldade de ouvi-la para entender a mensagem compartilhada. (Trecho de diário de campo, Enf 9 SN, Enf 12 e 16 SD; Tec Enf 6 e 13)*

*Às vezes o enfermeiro está indo para outro emprego, nessa correria, não consegue acompanhar toda essa passagem de plantão, então pode ser que isso seja um ruído realmente, porque alguma coisa pode ter acontecido nesse meio tempo e poderia contribuir um pouco mais. Agora, chegar atrasado, com certeza! (Enf 07 SD)*

*Estavam presentes no *handover* a Enf 12 SN, Enf 17 SN e a Enf 13 SD. A Enf 12 SN começou compartilhando informações sobre os pacientes que ficaram sob sua responsabilidade no turno anterior e, após sua fala, se retirou do setor. A Enf 17 SN continuou no *handover*, compartilhando as informações sobre os outros pacientes internados. A Enf 02 SD chegou 15*

*minutos atrasada e não participou do handover, permanecendo no posto de enfermagem até o fim da comunicação.* (Trecho de diário de campo, Enf 12 e 17 SN; Enf 02 e 13 SD)

Por fim, os depoentes se remeteram aos ruídos na comunicação oriundos de uma mensagem compartilhada de maneira incompleta ou até mesmo equivocada sobre os dados do paciente, o que também interfere negativamente na qualidade do *handover*, podendo gerar consequências negativas para a prática do cuidado e para a segurança do paciente.

*Complicado, uma coisa comum, um exame que foi feito, passado uma sonda nasoenteral, estamos aguardando o Raio-X e às vezes a gente recebe esse paciente e foi passado a sonda no plantão anterior. Teve o Raio-X e a informação não chega no outro dia. Essa informação de está parado porque estava aguardando o Raio-x que estava pronto.* (Enf 11 SN)

*Já observei problemas, tanto do enfermeiro que está passando o plantão, como dar uma informação que não se confirmou, nem no prontuário, ele se confundiu. Uma informação inverídica, e isso compromete porque a nossa demanda de trabalho, a leitura do prontuário vai acontecer geralmente a tarde, depois que se faz a maioria dos cuidados de manhã, e se dá alguma informação comprometida e se trabalha com essa informação por quatro ou cinco horas, isso é bem ruim e perigoso.* (Enf 6 SD)

*A enfermeira 09 SN no momento do handover relatou que um paciente traqueostomizado apresentava uma quantidade de secreção pequena. No entanto, somente no decorrer do plantão e ao analisar os registros anteriores do referido paciente percebeu-se que o paciente produzia uma grande quantidade de secreção.* (Trecho de diário de campo, Enf 09 SN)

As informações ausentes, incompletas ou equivocadas podem ocasionar procedimentos não realizados, atrasados ou desnecessários, com risco de danos aos pacientes. Além disso, o tempo destinado a realização de atividades desnecessárias poderá comprometer a realização da assistência a outros pacientes e, dessa maneira, também é um risco.

## **DISCUSSÃO**

Com base nos resultados, percebe-se que os sentidos construídos pelos profissionais sobre o processo de comunicação no *handover* na UTI revelam duas compreensões, quais sejam: ao tempo em que se observa um discurso que valoriza a relevância do *handover* para o cuidado de enfermagem, por outro lado, evidenciam-se pensamentos e ações que trazem repercussões negativas para a assistência e a sua segurança, o que demanda reflexão.

Acerca da primeira compreensão, os profissionais da equipe de enfermagem investigados ressaltam em seus depoimentos a importância do *handover* para a assistência partindo do entendimento de que é necessário o compartilhamento de informações completas e verídicas sobre os pacientes para que, com essas informações, possam planejar e organizar o cuidado, otimizando o tempo e atendendo as necessidades dos pacientes com segurança.

Essas informações compartilhadas de maneira completa e sem erros são de grande valia para a segurança do cuidado no contexto da UTI, pois, do contrário, ruídos neste processo geram insegurança aos pacientes e trazem prejuízos à assistência, como menciona a Enf 04 SD, segundo a qual a comunicação pode ser uma aliada, mas também uma vilã.

À luz da teoria da comunicação utilizada nesta pesquisa, as situações em que a comunicação é vista como vilã são definidas por Berlo como de “colapso na comunicação”, quando o objetivo da comunicação de influenciar o outro é esquecido. O colapso faz com que o receptor da mensagem não seja afetado da maneira que pretendia o emissor, seja pela “ineficiência” ou a “percepção errônea”. A ineficiência se dá, geralmente, por conta da rotina. Isto porque a comunicação se torna algo habitual e é realizada no cotidiano sem que haja grandes esforços. Nesse sentido, as pessoas têm ideia dos seus objetivos, porém, não os especifica. Já a percepção errônea se manifesta quando não ocorre a interpretação correta pelo receptor da mensagem, ou seja, quando sua resposta não é a mesma que a fonte pretendia<sup>(6)</sup>.

Na pesquisa em tela, o sentido de reconhecimento da importância do *handover* é expresso em comportamentos que buscam evitar essa ineficiência ou percepção errônea da comunicação, particularmente quando os participantes se reportam ao modelo de *handover*, realizado na beira do leito e com a utilização de estratégias de recuperação da informação.

Esses pontos positivos na realização do *handover* vão ao encontro da literatura, que mostra que a adoção de determinados comportamentos garante que a mensagem chegue fiel ao receptor<sup>(11-12)</sup>. O compartilhamento de informações face-a-face e à beira do leito são favoráveis para a ocorrência do processo de comunicação, pois a chance de erros diminui<sup>(11)</sup>.

Com essa estratégia o profissional tem a possibilidade de comparar as informações que estão sendo compartilhadas com as impressões visuais que está adquirindo daquele paciente durante o *handover*, o que pode auxiliar na diminuição de erros ou até mesmo na sua correção<sup>(12)</sup>. Uma das cenas observadas na produção dos dados ilustra essa correção dos erros do *handover*, quando a enfermeira corrigiu a discrepância na velocidade de infusão da dieta. Nos depoimentos esse aspecto também foi visualizado, quando a Tec 11 SD disse que a enfermeira entra no box para ver o paciente, ver bomba, ver tudo.

Esses dados ilustram dois elementos do processo de comunicação proposto por Berlo, o canal, meio por onde a mensagem passa, e o decodificador, habilidades sensoriais do receptor que são capazes de decifrar a mensagem e assim entendê-la<sup>(6)</sup>. A equipe de enfermagem utiliza mais de um canal de comunicação durante o *handover*, ou seja, para

decodificar a mensagem com exatidão o profissional, além da audição, lança mão da visão para verificar os parâmetros dos pacientes, o que é positivo para a fidelidade da comunicação.

A utilização da comunicação verbal e escrita pelos profissionais de enfermagem no cenário do estudo, com o auxílio de prescrições e registros, é outro fator positivo que contribui para evitar a perda de informações. Sobre isso, evidências vêm mostrando que num *handover* sem estruturação, sem uma regra a seguir, ocorre muita perda de informação<sup>(8,13-14)</sup>.

A padronização auxilia a enfermeira a organizar a grande quantidade de informações, evitando, por vezes, redundâncias<sup>(14)</sup>. Logo, permite que os profissionais envolvidos no processo compartilhem de um mesmo modelo mental e não esqueçam nenhum item relevante<sup>(13)</sup>, aspecto que melhora o entendimento dos profissionais acerca das condições do paciente e proporciona diminuição do tempo de compartilhamento das informações<sup>(15)</sup>.

A outra evidência sobre a comunicação no *handover* expressa nos resultados é ilustrada pelo pensamento do Tec 16, quando afirma que os técnicos quase não têm voz ativa. No referencial teórico adotado, a comunicação é vista como algo móvel e que depende da ação de todos os elementos, uns influenciando os outros. Essa movimentação dos elementos é o que possibilita o processo de comunicação, pois se permanecem estáticos a comunicação não ocorre. Sobre isso, Berlo alude-se ao preparo dos alimentos, em que os ingredientes são necessários, mas não bastam, é essencial a fusão entre eles para um bom resultado<sup>(6)</sup>.

Nas entrevistas, quando os técnicos de enfermagem tratam da sua participação no *handover*, essa ideia de processo ganha realce. Isto porque quando referem que se sentem livres para participar e complementar as informações emitidas pelos enfermeiros, saindo da posição de receptor e tornando-se fonte, o processo efetivamente acontece. Por outro lado, quando se mantêm passivos, por entenderem que não é o seu papel serem ativos nessa comunicação, ocorre a comunicação unidirecional, comprometendo o processo.

Tal compreensão é vista nos depoimentos dos técnicos que não conseguem ver a importância de sua presença no *handover* e acabam por classificá-lo como uma comunicação entre enfermeiros, perdendo o interesse nesta atividade. Segundo Berlo, o posicionamento do receptor frente à fonte da mensagem pode influenciar no objetivo final. Tal posicionamento/juízo diz muito sobre a realidade social a qual o indivíduo está inserido<sup>(6)</sup>.

A pouca participação dos técnicos de enfermagem mostra que, pelo sistema social ao qual estão inseridos, não se julgam pertencentes ao mesmo grupo dos enfermeiros. Assim, o julgamento sobre o *handover* realizado pelos técnicos de enfermagem a partir da sua presença neste sistema social, ajuda a explicar os seus comportamentos. Um deles, por exemplo, diz

que os técnicos ficam ao em torno, só observando, o que é complementado pelo relato que diz que tem alguns enfermeiros que não gostam que o técnico de enfermagem se pronuncie.

Logo, à luz dos dados, verifica-se que no *handover* os enfermeiros assumem a posição de protagonistas e os técnicos de coadjuvantes, com isso, esses julgam sua participação nesse momento como de menor valor, assumindo comportamentos diante da informação que refletem sua falta de interesse. Tomando como referência o suporte teórico aplicado, a baixa participação dos técnicos também pode ser considerada como um ruído<sup>(6)</sup>, pois ao não absorver as informações necessárias para que se organize o cuidado pode não desenvolver as ações esperadas e pensadas pela fonte da mensagem quando a estava emitindo.

Dentre os comportamentos encontrados que repercutem na efetividade do processo de comunicação estão as chegadas atrasadas, saídas antecipadas, bem como as conversas paralelas. A conversa resultou, algumas vezes, no pedido de silêncio dos profissionais que estavam compartilhando ou recebendo a mensagem para que a equipe conseguisse entender as informações. O técnico de enfermagem 11 exemplifica esse ruído, segundo o qual o técnico mexe no celular ou conversa com o colega do lado quando está recebendo o plantão.

Diferentes investigações têm apontado que conversas paralelas sobre assuntos que não dizem respeito ao cuidado do paciente e interrupções são prejudiciais ao processo de comunicação, pois interferem negativamente no fluxo de informações compartilhadas e podem ser causadoras de uma assistência insegura<sup>(16)</sup>. Além dessas interrupções, outros fatores prejudiciais são a falta de clareza no momento de compartilhar mensagens e profissionais chegando atrasados ao setor ou com pressa de deixar a unidade<sup>(17)</sup>.

As conversas paralelas corresponderam à maior parte das interrupções na comunicação entre a equipe de saúde de uma UTI em outro estudo, comportamentos que continuam a acontecer pela falta de percepção do seu impacto negativo, tornando-se comum do setor<sup>(18)</sup>.

Berlo aponta quatro fatores em relação à fonte e ao receptor que podem aumentar ou diminuir a fidelidade da mensagem transmitida. Dois destes fatores aparecem nos dados. O primeiro tem nexos com as atitudes da fonte e do receptor quanto ao assunto. Nos dados, a equipe de enfermagem destacou alguns itens que são priorizados no *handover*, como o estado geral do paciente, as intercorrências ocorridas e informações sobre dispositivos invasivos, o que reflete o sentido construído pelos profissionais que influencia no conteúdo comunicado.

Tal realidade é abordada em estudos que mostram a insuficiência de informações compartilhadas sobre os pacientes<sup>(9,19)</sup>, principalmente quanto às informações sobre avaliação do estado de saúde e plano de cuidados. O segundo fator relaciona-se com o nível de

conhecimento. Isto porque se a fonte conhece sobre o assunto que irá compartilhar a comunicação certamente será mais efetiva. Se o receptor não tiver conhecimento sobre o conteúdo da mensagem pode fazer uma interpretação inadequada do objetivo da fonte<sup>(6)</sup>.

Nas entrevistas e na observação foi identificado o compartilhamento de dados equivocados. Os erros fazem com que os profissionais se esforcem mais para entenderem o estado do paciente e, conseqüentemente, organizar do cuidado. Esses dados, quando não corrigidos em tempo, podem causar sérios danos aos pacientes a partir do cuidado realizado.

Conclui-se que os ruídos de comunicação entre os membros da equipe repercutem na segurança da clínica do cuidado de enfermagem, visto que, o profissional, ao trabalhar com uma mensagem não fidedigna, termina por prestar um cuidado inseguro ao paciente. Desta feita, ações exercidas de maneira equivocada o colocam em risco quando é submetido a um procedimento desnecessário ou quando esse não é realizado pela falta de informações.

## CONCLUSÃO

Os sentidos construídos pelos profissionais de enfermagem colocam a comunicação como uma etapa crucial para o planejamento e implementação da assistência aos pacientes internados na UTI, no entanto, ainda é necessário que cada profissional compreenda o seu papel e posição neste processo, desempenhando-o com interesse e participação ativa a fim de reduzir os ruídos durante o *handover* e garantir a segurança do cuidado ao paciente.

Tais resultados devem ser utilizados para a reflexão da equipe de enfermagem da UTI sobre sua prática de *handover*, bem como na discussão do processo de formação dos futuros enfermeiros. Uma estratégia educativa de estímulo a essa reflexão é o emprego da simulação realística, com o objetivo de sensibilizar para a responsabilidade com a segurança da comunicação, com análise crítica sobre os fatores que interferem na sua efetividade.

Trata-se de focalizar no treinamento de habilidades não-técnicas de baixa performance dos profissionais. Na perspectiva de segurança, tal treinamento pode configurar-se numa barreira para reduzir os ruídos e os potenciais danos associados às falhas na comunicação.

Na pesquisa em tela a análise da comunicação se deu a partir de um momento específico do *handover*, o que é uma limitação na abrangência dos resultados, recomendando-se a análise da comunicação no *handover* na transferência interunidades do hospital.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília; 2014 [citado 2017 ago 15]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
2. Ilan R, LeBaron CD, Christianson MK, Heyland DK, Day A, Cohen MD. Handover patterns: an observational study of critical care physicians. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:11. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-11>
3. 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*. 2012 Nov [cited 2016 Oct 02];2012:17-26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3540511/>
4. Broca PV, Ferreira MA. Communication process in the nursing team<sup>a</sup> based on the dialogue between Berlo and King. *Esc Anna Nery*. 2015 [cited 2017 May 02];19(3):467-74. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/eann/v19n3/en\\_1414-8145-eann-19-03-0467.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eann/v19n3/en_1414-8145-eann-19-03-0467.pdf)
5. 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*. 2016 Mar [cited 2017 Oct 03];20(1):121-9. Available from: <http://www.scielo.br/scielophp?script=sciarttext&pid=S14141452016000100121&lng=en>
6. Berlo DK. O processo da comunicação. *Fundo da Cultura*: Rio de Janeiro; 2003.
7. Mukhopadhyay A, Leong BS, Lua A, Aroos R, Wong JJ, Koh N, et al. Differences in the handover process and perception between nurses and residents in a critical care setting. *J Clin Nurs*. 2015 Mar;24(5-6):778-85. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12707>
8. Spooner AJ, Chaboyer W, Corley A, Hammond N, Fraser JF. Understanding current intensive care unit nursing handover practices. *Int J Nurs Pract*. 2013;19(2):214-20. doi: <https://doi.org/10.1111/ijn.12058>
9. Abraham J. Characterizing the structure and content of nurse handoffs: a Sequential Conversational Analysis approach. *J Biomed Inform*. 2016 Feb;59:76-88. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2015.11.009>
10. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual*. 2017 [citado 2018 Jan 31];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
11. 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*. 2015 Mar-Apr;30(2):119-25. doi: <https://doi.org/10.1177/1062860613518419>



12. Drach-Zahavy A, Goldblatt H, Maizel A. Between standardisation and resilience: nurses' emergent risk management strategies during handovers. *J Clin Nurs*. 2015 Feb;24(3-4):592-601. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12725>
13. 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*. 2014;11(3):360-6. doi: <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201306-151OC>
14. Halm MA. Nursing handoffs: ensuring safe passage for patients. *Am J Crit Care*. 2013 Mar;22(2):158-62. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2013454>
15. Silva MF, Anders JC, Rocha PK, Souza AIJ, Burciaga VB. Communication in nursing shift handover: pediatric patient safety. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(3):e3600015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003600015>
16. 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*. 2015 Apr;30(2):92-104. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.05.009>
17. Rodriguez EOL, Oliveira CS, França TRS, Andrade JS, Campos MPA, Silva FJCP. Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería. *Enferm Glob*. 2013;12(3):206-18. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.3.157441>
18. 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*. 2015 Feb;28(1):19-23. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2014.04.002>
19. 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*. 2014;61(1):73-81. doi: <https://doi.org/10.1111/inr.12072>

**Agradecimentos:** Ao CNPq pelo financiamento deste projeto através do Edital Universal 01/2016 - Processo N° 431845/2016-6

**Autor correspondente:**

Rafael Celestino da Silva

Email: [rafaenfer@yahoo.com.br](mailto:rafaenfer@yahoo.com.br)

Recebido: 13.12.2018

Aprovado: 27.08.2019