



Barreras y estrategias en el *handover* de enfermería de pacientes críticos: una revisión integradora

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 de Rio Grande do Norte, RN, Brasil

² Hospital Universitario Onofre Lopes, RN, Brasil

RESUMEN

Objetivo: verificar las principales barreras y estrategias inherentes al Handover de enfermería a pacientes críticos en la literatura científica. **Método:** esta es una revisión bibliográfica integradora, un enfoque cuantitativo, realizada entre el 19 de octubre y el 2 de noviembre de 2018. Con una selección de artículos publicados entre 2002 y 2018. **Resultados:** 26 (100%) artículos identificados, todos publicados internacionalmente, de estos 16 (62%) publicados en los últimos cinco años. Entre los artículos, el 38% abordó las barreras y el 27% las estrategias de transferencia, el 35% relacionados con la seguridad del paciente. **Conclusión:** con los resultados de esta revisión, existe una necesidad latente de desarrollar herramientas y estrategias para ayudar a la *handover* de enfermería en pacientes críticos.

Descriptores: Enfermería; Traslado de Pacientes; Barreras de Comunicación; Cuidados de Enfermería; Cuidados Críticos; Seguridad del Paciente.

INTRODUCCIÓN

Con el avance de las iniciativas para promover la seguridad y la calidad en la atención de la salud, las inversiones y las mejoras son recurrentes con el lanzamiento de objetivos y bundles, dirigidos a la investigación relacionada con el tema de la seguridad de la comunicación, en un intento de contribuir, principalmente, en la reducción de daños a los pacientes⁽²⁾.

Un estudio de Gonçalves (2016) demostró que entre 263 eventos adversos analizados, 187 (71%) estaban relacionados con algún tipo de falla de comunicación, dividiéndose en 94 (35.7%) eventos con fallas de comunicación verbal y escrita, 53(20.2%) con fallas de comunicación escrita y 40 (15.2%) con fallas de comunicación verbal. De estos eventos que presentaron alguna falla de comunicación, 154 (82.3%) se consideraron prevenibles⁽³⁾.

En Enfermería, el proceso de comunicación es inherente a todas las actividades desarrolladas en la prestación de atención y, entre ellas, se destaca la transferencia del deber (*Handover*), a la que se incorporan algunos determinantes de la comunicación que promueven la efectividad, y la continuidad de los cuidados⁽⁴⁾. El *Handover* se desarrolla en base a tres características cruciales: La transferencia de información, responsabilidad y autoridad y tiene como objetivo transmitir información relevante para la continuidad y seguridad de la atención al paciente⁽⁵⁾.

Entre las principales barreras que dificultan la entrega, según Birmingham (2015), se encuentran: la cantidad excesiva o reducida de información; la oportunidad limitada para preguntar; información inconsistente; la omi-

sión o la transmisión de información errónea; la no utilización de procesos estandarizados; registros ilegibles; falta de trabajo en equipo; interrupciones y distracciones, además de la información perdida durante el proceso del *handover*⁽⁴⁾.

En la perspectiva de la continuidad de la atención y, en consecuencia, la seguridad del paciente, el The Joint Commission destacó, en su informe de 2017, la importancia de estandarizar el contenido crítico que se comunicará durante el *Handover*, cómo garantizar la atención oportuna del paciente, en función de la estandarización en el uso de herramientas y métodos, ya sean formularios, plantillas, listas de verificación y / o protocolos, capaz de alcanzar receptores de comunicación⁽⁶⁾.

En busca de la continuidad de la atención de enfermería para pacientes críticos, la visibilidad de la práctica clínica de enfermería y la participación de las enfermeras en el cambio de paradigmas y la cancelación de eventos adversos, se establecieron las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son las principales barreras que comprometen la seguridad del paciente en el *handover* de enfermería? ¿Cuáles son las estrategias existentes aplicables a la *Handover* de enfermería?

Para verificar las principales barreras y estrategias inherentes en el *Handover* de Enfermería a pacientes críticos en la literatura científica.

MÉTODO

Esta es una revisión integradora de la literatura científica, con un enfoque cuantitativo, realizada del 19 de octubre al 2 de noviembre de 2018. Para ello, se siguieron los siguientes pasos: elaboración de la pregunta guía,

establecimiento de los objetivos y criterios de revisión para la inclusión y exclusión de publicaciones; definición de la información a extraer; selección de publicaciones en la literatura; análisis de resultados; discusión de los resultados y presentación de la revisión⁽⁷⁾. Como criterios de inclusión, los artículos que abordaron el tema, de 2002 a 2018, se seleccionaron en la búsqueda de artículos publicados después de la difusión del tema de seguridad del paciente, y aquellos relacionados con la Enfermería; y como exclusión, artículos que no respondieron la pregunta guía, reflexiones, tesis, disertaciones, editorial, carta al editor, además de artículos duplicados y excluidos durante el proceso de determinación de la muestra.

Las búsquedas tuvieron lugar en las bases de datos electrónicas: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *SciVerse Scopus* (SCOPUS), PubMed e *Web of Science*. En consulta con Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y al *Medical Subject Headings* (MeSH), a saber lo siguiente: "Patient Handoff", "Critical Care", "Continuity of Patient Care", "Nursing Care", "Patient Safety", "Communication Barriers"

y "Nursing", investigados juntos usando el operador booleano AND (Figura 1).

Después de aplicar los cruces, los artículos se seleccionaron inicialmente por su relevancia para el tema, seguido de la lectura del título y el resumen, excluyendo artículos duplicados, como se muestra en la Figura 2.

Para el análisis y la extracción de datos de las publicaciones incluidas en esta revisión, se elaboró un guión con los siguientes datos: identificación de la publicación, lugar de estudio, año de estudio, objetivo, aspectos metodológicos, resultados (estrategias, barreras e impactos en la seguridad del paciente).

Para una evaluación crítica de los estudios, se identificó el nivel de evidencia (NE), al considerar el diseño de investigación de cada estudio. Se clasificaron de la siguiente manera: I - evidencia de revisiones sistemáticas o metanálisis de ensayos clínicos relevantes; II - evidencia derivada de al menos un ensayo clínico aleatorizado controlado bien diseñado; III - ensayos clínicos bien diseñados sin aleatorización; IV - estudios de cohortes y casos-control bien diseñados; V - revisión sistemática de estudios descrip-

Bases X Cruces	"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 de Ciencias	0	3	3
PubMed	5	2	0
SCOPUS	4	2	2
Total	11	8	7

Figura 1 - Cruces realizados en las bases de datos, distribución de los 26 (100%) artículos seleccionados. Natal, RN, Brasil, 2018

Fuente: Elaborado por los autores, 2018.

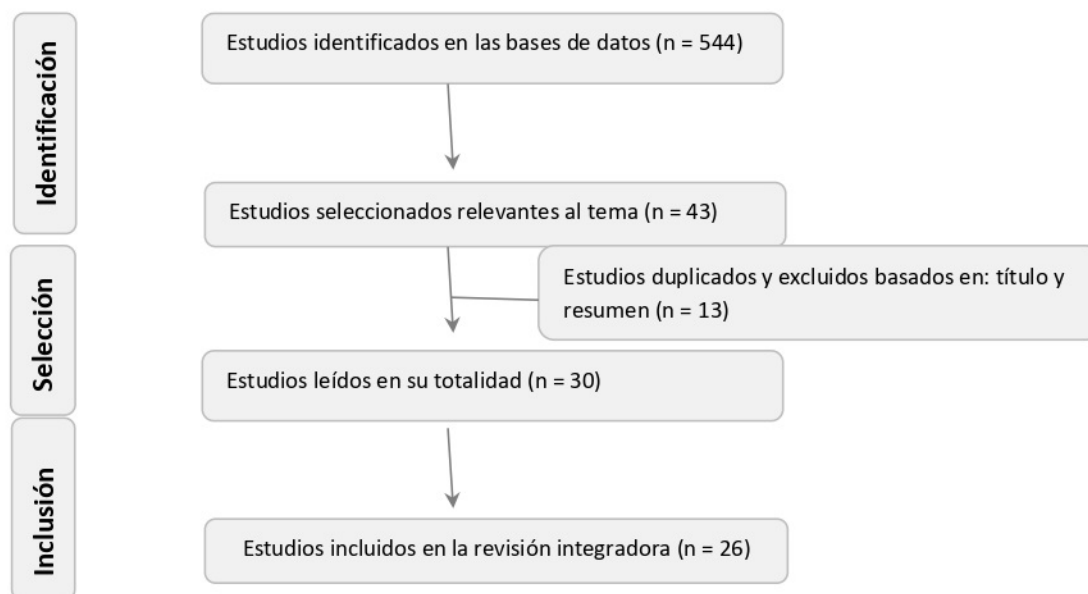


Figura 2 - Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos. Natal, RN, Brasil, 2018
 Fuente: Elaborado por los autores, 2018.

tivos y cualitativos; VI - evidencia derivada de un estudio descriptivo o cualitativo; VII - opinión de las autoridades o informe de comités de expertos⁽⁸⁾.

RESULTADOS

Se encontró que los 26 (100%) artículos fueron publicados internacionalmente, de los 16 (62%) publicados en los últimos cinco años. Entre los trabajos, 19 (73%) presentaron un enfoque metodológico cuantitativo descriptivo (nivel de evidencia VI) y solo dos (8%) con metodología de cohorte y caso-control (nivel de evidencia IV). Metodológicamente, los resultados fueron agrupados y relacionados, después de la selección de los artículos, basados en dos énfasis para retraer el tema del *handover* de Enfermería: énfasis 1: barreras e impactos en el *handover* transferencia de Enfermería; énfasis 2: métodos y estrategias que promueven la calidad en el *handover*. Entre los artículos seleccionados,

el 73% abordó el énfasis 1 y el 27% abordó el énfasis 2.

Barreras e impactos involucrados en el *Handover* de enfermería

Entre los artículos seleccionados, nueve (73%) abordaron las barreras involucradas en el *handover*. Los más citados por los autores estaban relacionados con problemas generales en el proceso de comunicación, tales como: omisiones de información (35%); errores (27%) (declaraciones incorrectas, irrelevantes o duplicadas); información malinterpretada por el destinatario (11%) e informe desorganizado (29%), que implica escritura manuscrita ilegible, ausencia de un informe sobre el estado actual del paciente, etc⁽⁹⁻¹⁶⁾.

Para vincular los impactos de las barreras existentes en los *Handovers* con la seguridad del paciente⁴, tenemos esta relación en el Diagrama de Ishikawa, conocido popular-

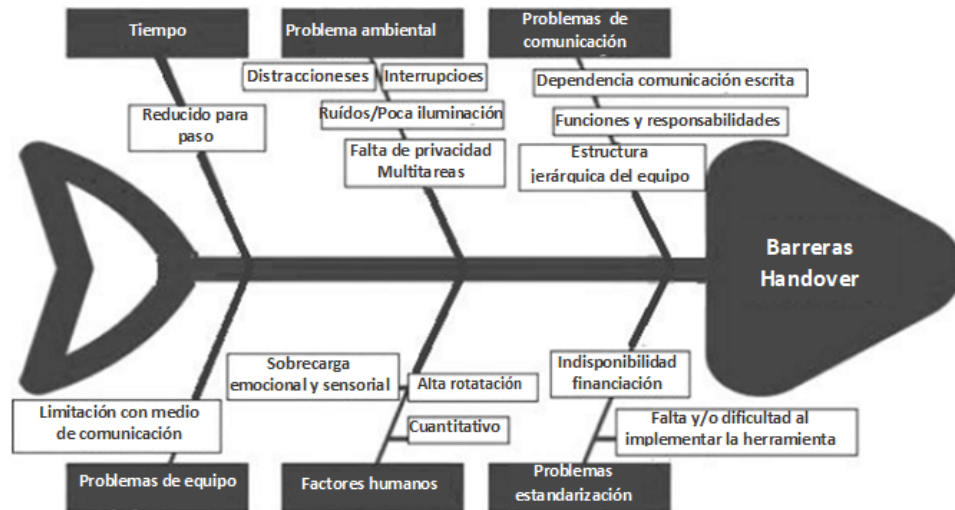


Figura 3 - Diagrama de Ishikawa, causa que involucra las barreras en los Handovers del paciente crítico, datos de los artículos encuestados^(4,9-25). Natal, RN, Brasil, 2018

Fuente: Elaborado por los autores, 2018.

mente como el “diagrama de causa y efecto” (Figura 3).

Debido a las principales causas planteadas por la literatura^(4,9-25), se pueden describir algunos efectos para la seguridad del paciente, tales como: la discontinuidad de la atención; prolongación de la hospitalización; retraso en la identificación de condiciones de salud; administración de drogas de manera errónea; retrasos / suspensión de exámenes y procedimientos; y malentendidos al comunicarse con los miembros de la familia / paciente / personal, además del riesgo de eventos adversos.

Estrategias que promueven la calidad en el *handover* de enfermería

Se encontraron seis^(13,26-31) (100%) estrategias mnemotécnicas, todas relacionadas y aplicables al paciente crítico. Según los autores que describieron estas herramientas, su aplicabilidad en la práctica diaria de enfermería clínica fue bastante satisfactoria (Figura 4).

La herramienta destacada en la literatura fue la SBAR^(13,26-29) (**S** - Situation; **B** - Background; **A** - Assessment; **R** - Recommendation), entre los artículos que abordaron las estrategias, cinco (19%) lo abordaron. Se identificaron otras estrategias, como la aplicación de software y sistemas electrónicos institucionales para uso exclusivo, no compartidos con la comunidad científica.

DISCUSIÓN

En el contexto de la Enfermería, la comunicación es un instrumento básico para la atención, ya que es una herramienta principal para establecer vínculos y satisfacer las necesidades del paciente y el equipo en la continuidad de la atención. Esta atención es una tarea inmensa, en la que todos los aspectos deben impregnar todo el período de hospitalización en unidades críticas^(32,33). En este sentido, el Handover se considera fundamental para lograr la continuidad de la atención. Proceso complejo que exige conocimiento sobre las necesidades de los pacientes

Mnemotécnica	Descripción
SBAR ^(13,26-29)	S ituation (Situación) B ackground (História) A ssessment (Avaluación) R ecommendation (Recomendación)
I-SBAR-Q ⁽³⁰⁾	I ntroduction S ituation (Situación) B ackground (História) A ssessment (Avaluación) R ecommendation (Recomendación) Q uestions (Interrogatórios)
	I ntroduction (Presentación)
"I pass the baton" (Técnica de "passar o bastão") ^(28,29)	P atient (Paciente) A ssessment (Evaluación) S ituation (Situación) S afety concerns (Precauciones de seguridad) T he B ackground (Antecedentes) A ctions (Acciones) T iming (Coordinación) O wnership (Responsabilidad) N ext (Seguimiento)
PACE ^(29,31)	P atient / Problem (Paciente / Problema) A ctions (Acciones) C ontinuing care / Changes (Cuidado Contínuo / Cambios) E valuation (Evaluación)
STICC ⁽²⁹⁾	S ituation (Situación) T ask (Tareas) I ntent (Intención) C oncern (Preocupación) C alibrate (Metas)
GRRRR ⁽²⁹⁾	G reeting (Apresentación) R espectful listening (Escucha) R evision (Revisión) R ecommend or request more information (Recomendaciones) R eward (Recompensa)

Figura 4 - Estrategias en el modelo "mnemónico" efectivas en el Handover de enfermería. Natal, RN, Brasil, 2018

Fuente: Elaborado por los autores, 2018.

y atención al mensaje que se comparte para garantizar la calidad de la atención⁽³³⁾.

Sin embargo, como la comunicación es un proceso que involucra relaciones interpersonales, entornos estresantes y problemáticos, así como la gravedad del paciente, es común que ocurran problemas, dificultades o restricciones que impidan que el mensaje se transmita correctamente⁽³⁴⁾.

Los estudios incluidos^(13,26-31) en este estudio demostraron algunas de las barreras más comúnmente asociadas con la comunicación, que contribuyen a la discontinuidad de

la atención, al tratamiento inadecuado, que se ha convertido en una preocupación actual con respecto a la seguridad del paciente⁽³³⁾. Con la difusión de los efectos de la comunicación al proporcionar atención segura al paciente, The Joint Commission en 2017, a través de la publicación Sentinel Event Alert, informó sobre el daño potencial a los pacientes relacionado con el proceso de comunicación, cuando el receptor recibe información que es inexacta, incompleta, no oportuna, malinterpretada o no necesaria⁽⁶⁾.

Un claro ejemplo es la omisión de información durante el *Handover*, que tiene un efecto impactante en la seguridad del paciente y lo expone a riesgos y hospitalización prolongada. Un estudio (39) realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos, las fallas de comunicación prolongaron la hospitalización del paciente en un promedio de 10 días, y en el hospital hasta 20 días, con la aparición de 45 eventos adversos en una muestra de 81 incidentes.

Entre las acciones sugeridas en el proceso de *handover* por The Joint Commission, se destaca la estandarización del contenido crítico a ser comunicado por el remitente, asegurándose de cuidar de manera oportuna al paciente de manera oportuna, basado en la estandarización en el uso de herramientas y métodos (formularios, modelos, listas de verificación, protocolos, mnemónicos, etc.) capaces de llegar a los destinatarios de la comunicación⁽⁶⁾.

Como en algunos casos, los *handovers* se realizan casualmente, cuando deben estructurarse y centrarse para garantizar la continuidad de la atención y la seguridad del paciente. Durante un período de enfermedad u hospitalización, un paciente pasa por una serie de profesionales y sectores de atención, pasando de las áreas de diagnóstico y tratamiento, siguiendo una red de profesionales, en diferentes turnos, lo que lo deja vulnerable daño⁽³⁵⁾.

Estas condiciones vinculadas al paciente crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) corroboran la aparición de EA, dada la inestabilidad, dependencia y necesidad de intervenciones por parte de estos individuos (36). Una de las estrategias evidenciadas

por los estudios es estandarizar el *handover* del paciente crítico, ya sea con la aplicación de mnemotécnicos o herramientas computarizadas que ayudan en la organización del contenido a comunicar⁽¹⁷⁾.

En un estudio realizado en un hospital universitario en Bélgica utilizando el SBAR mnemónico, una muestra significativa en este estudio, demostró que después de la implementación de esta herramienta hubo una mayor frecuencia en los registros de enfermería del 4% al 35% ($p < 0.001$) que proporciona una mayor continuidad de la atención, además de una reducción en los eventos adversos graves, con una disminución en las muertes inesperadas de 0.99 a 0.34 por 1,000 pacientes hospitalizados⁽³⁷⁾.

Dicha práctica permite a los profesionales involucrados en el proceso compartir el mismo modelo mental y no olvidar ningún elemento relevante (38). Por lo tanto, mejora la comprensión de los profesionales de las condiciones de salud del paciente y reduce el tiempo de intercambio⁽³⁵⁾.

En un estudio sobre la percepción de los profesionales de enfermería sobre la comunicación durante los cambios de turno, el equipo reconoce los puntos necesarios para una buena comunicación, a saber: una dinámica organizada y sistemática, con la participación de todos los miembros del equipo que complementan la información; factores señalados por profesionales que reducen la posibilidad de perder información⁽³⁵⁾.

La ausencia de información sobre los pacientes, la incongruencia en los registros médicos, la información insuficiente, el ruido y las interrupciones impiden que el mensaje llegue claramente al destinatario, lo que ge-

nera riesgos para la seguridad del paciente durante la atención⁽³⁹⁾. Se concluye que, cuando se trata de asistencia a pacientes críticos, el profesional de enfermería tiene un papel crucial en la conducta y la continuidad de la asistencia durante toda la hospitalización, así como en la ocurrencia de eventos indeseables para los pacientes que vienen del *handover*⁽³⁴⁾.

CONCLUSIÓN

Esta revisión integradora identificó, en los artículos seleccionados, seis situaciones principales como barreras durante la realización del *handover*, a saber: problemas de comunicación, falta de estandarización, factores humanos y ambientales, tiempo y equipo utilizado en la transición. Entre las estrategias que involucran mnemónicos, SBAR fue el más citado cuando se dirigió al paciente crítico. Corroborando con el objetivo inicial de esta investigación para verificar las principales barreras y estrategias inherentes a la entrega de enfermería al paciente crítico en la literatura científica.

Con esta investigación, los resultados alertan sobre la necesidad emergente de desarrollar herramientas de comunicación y estandarización de la información a transmitir, proporcionando una actualización continua sobre el tema en las instituciones de salud, trabajar y permitir que las escuelas y universidades brinden apoyo teórico y práctico sobre el tema de la seguridad del paciente y las habilidades de comunicación. De esta manera, hacer que la atención médica sea más segura tanto para pacientes como para profesionales.

REFERENCIAS

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 Out 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. Salzmann-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];13:13-514512708&docType=Article&sort=Relevance&contentSegment=ZONE-Exclude-FT&prodId=AONE&pageNum=1&contentSet=GALE%7CA514512708&searchId=R1&userGroupName=anon%7E34452deb&inPS=true
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, Miasso 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/view10203/pdf_228
- Recibido: 08/04/2019
Revisado: 04/04/2020
Aprobado: 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.