



UNIVERSIDADE D  
**COIMBRA**

Maria Manuela Mendes Carlos

***HANDOVER E SEGURANÇA DO DOENTE***

Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,  
orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Frederico e  
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2019



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Maria Manuela Mendes Carlos

# *HANDOVER* E SEGURANÇA DO DOENTE: Um Estudo em Enfermeiros

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à  
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de  
Mestre

Orientadora:

Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Frederico

Coimbra, Setembro de 2019

## **AGRADECIMENTOS**

Os meus agradecimentos vão, antes de mais, para os meus filhos André e João e restante família pela disponibilidade, paciência, carinho e horas que nos vimos privados da presença uns dos outros.

Um reconhecimento especial a todos os enfermeiros do Hospital Pediátrico, pela sua colaboração ao preencherem o instrumento de colheita de dados, pois sem eles este estudo não teria sido possível realizar.

Agradeço as minhas amigas e colegas de trabalho por toda a paciência e dedicação que tiveram comigo, ao longo desta caminhada.

Um agradecimento especial ao meu chefe Enfermeiro José Carlos Nelas, pelo incentivo que me deu e por acreditar em mim.

Um agradecimento á minha orientadora Professora Doutora Manuela Frederico, que sem o seu incentivo e orientação este estudo não se teria concretizado.

Por último agradeço as pessoas que não foram mencionadas, mas que me acompanharam de uma forma direta e indireta nesta caminhada em direção á concretização deste estudo. A todos o meu muito obrigado.

## RESUMO

A segurança do doente é um dos enormes desafios que surge no âmbito dos cuidados de saúde no século XXI. A comunicação, por sua vez, é um recurso fundamental para garantir a continuidade da prestação de cuidados à pessoa que se encontra em situação de vulnerabilidade, sendo também um fator de humanização, segurança e qualidade desses cuidados. Contudo, 70% dos eventos adversos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde.

Trata-se de um estudo descritivo- exploratório com uma abordagem quantitativa que se realizou nos serviços de Internamento do Hospital Pediátrico de Coimbra. A amostra em estudo é constituída por 65 enfermeiros e os objetivos do estudo são: conhecer a perceção dos enfermeiros, identificar e discutir a estrutura e as metodologias do *handover* e propor medidas na ótica da segurança do doente. O instrumento de colheita de dados foi um questionário, o *Handover Evaluation Scale*.

Os resultados obtidos são que os enfermeiros do Hospital Pediátrico de Coimbra evidenciam uma perceção moderada no *handover* da manhã e da tarde e uma perceção razoável no *handover* da noite. A perceção dos enfermeiros sobre o *handover* não está relacionada com o tempo do exercício profissional e não difere conforme a categoria profissional. Relativamente à estrutura e metodologia do *handover* o estudo revela que o *handover* é realizado sobretudo de forma verbal, pelo enfermeiro responsável pelo doente, na sala de enfermagem. Em todos os momentos dos *handovers* (manhã, tarde, noite) os enfermeiros afirmam que a informação recebida está atualizada, que têm oportunidade de questionar sobre a informação não compreendida e que têm oportunidade de discutir com os colegas as situações mais complexas. O *handover* mais efetivo revelou ser o da manhã.

Como limitações salientam-se as interrupções que ocorrem por familiares e profissionais, o cansaço dos colegas da noite, os *handovers* longos e a falta de pontualidade dos profissionais. Sugere-se a criação de um *checklist*, pois o *handover* deve assumir-se como uma das referências de qualidade para a segurança do doente e ser considerada como uma das prioridades, tanto para os profissionais de saúde como para as equipas da gestão organizacional.

**Palavras-chaves:** Handoffs, passagem de turno, *handover*, segurança do doente, comunicação.

## **ABSTRACT**

Patient safety is one of the huge challenges which in the 21st century arises in healthcare. Communication is a fundamental resource to ensure the care continuity deliver to the vulnerable person, as well as being a factor of humanization, safety and quality of care. However, 70% of adverse events occur due to communication failures between health professionals.

This is a descriptive-exploratory research study with a quantitative methodology in the Coimbra Pediatric Hospital inpatients wards. The study sample include 65 nurses and the study aim: to know the nurses' perceptions, to identify and discuss the handovers structure and methodologies and to propose measures from the patient safety perspective. The data collection instrument was a questionnaire, the Handover Evaluation Scale.

The results obtained are that the Coimbra Pediatric Hospital nurses show a moderate perception in the morning and afternoon handover and a reasonable perception in the night handover. Handover nurses' perception is not related to the time of professional practice and does not differ according to professional category. Regarding the handover structure and methodology, the study shows that is mostly performed verbally by the nurse responsible for the patient in the nursing office. At all times of the handovers (morning, afternoon, night) nurses state that the information they receive is up to date, that they have the opportunity to ask questions about the information they do not understand and that they have the opportunity to discuss with colleagues the most complex. The most effective handover turned out to be morning.

Limitations focus in the interruptions that occur by family members and professionals, the night staff tiredness, the long handovers and the lack of punctuality of professionals. A checklist creation is one suggestion, as the handover should be considered as one of the quality references for patient safety and should be considered as one of the priorities for both health professionals and organizational management teams.

**Key Words:** Handoffs, handover, patient safety, communication.

## **LISTA DE SIGLAS**

CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNQ - Conselho Nacional de Qualidade

DGS – Direção Geral de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

HES - Handover Evaluaton Scale

HG – Hospital Geral

HPC – Hospital Pediátrico de Coimbra

IQS – Instituto de Qualidade em Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SI – Sistemas Informatizados

SIE – Sistemas de informação em Enfermagem

VQC – Victorin Quality Council

WHO – World Health Organization

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição da amostra segundo as características socioprofissionais	34
Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo a estrutura do <i>handover</i> de manhã	36
Quadro 3 - Distribuição da amostra segundo a percepção do <i>handover</i> da manhã	37
Quadro 4 - Distribuição da amostra segundo a percepção do <i>handover</i> da manhã (continuação).....	38
Quadro 5 - Medidas descritivas referentes à percepção sobre o <i>handover</i> da manhã .....	39
Quadro 6 - Distribuição da amostra segundo a percepção do <i>handover</i> da tarde .	41
Quadro 7 - Medidas descritivas referentes à percepção sobre o <i>handover</i> da tarde .....	42
Quadro 8 - Medidas descritivas referentes à percepção sobre o <i>handover</i> da tarde (continuação).....	43
Quadro 9 - Distribuição da amostra segundo a percepção do <i>handover</i> da noite..	44
Quadro 10 - Distribuição da amostra segundo a percepção do <i>handover</i> da noite (continuação).....	45
Quadro 11 - Medidas descritivas referentes à percepção sobre o <i>handover</i> da noite .....	46
Quadro 12 - Comparação da percepção do <i>handover</i> da tarde com a <i>handover</i> da manhã .....	47
Quadro 13 - Comparação da percepção do <i>handover</i> da noite com a do <i>handover</i> da manhã .....	48
Quadro 14 - Comparação da percepção do <i>handover</i> da noite com a do <i>handover</i> da tarde .....	49
Quadro 15 - Comparação da percepção do <i>handover</i> da noite com a do <i>handover</i> da tarde (continuação) .....	50
Quadro 16 - Pontos fortes, limitações, formas de melhorar e questões não abordadas referentes ao <i>handover</i> da manhã.....	51
Quadro 17 - Distribuição da amostra segundo a existência, ou não, de diferenças na forma de realizar o <i>handover</i> da manhã, da tarde e da noite .....	51
Quadro 18 - Distribuição dos dezassete elementos da amostra que consideram existirem diferenças na forma de realizar o <i>handover</i> da tarde e da noite face ao da manhã, segundo a respetiva estrutura .....	53
Quadro 19 - Pontos fortes, limitações, formas de melhorar e questões não abordadas referentes aos <i>handover</i> da tarde.....	54

Quadro 20 - Pontos fortes, limitações, formas de melhorar e questões não abordadas referentes aos <i>handover</i> da noite .....	55
Quadro 21 - Distribuição da amostra segundo a opinião acerca do <i>handover</i> mais efetivo no respetivo serviço .....	55
Quadro 22 - Distribuição da amostra segundo sugestões/observações sobre o <i>handover</i> .....	56
Quadro 23 - Relação da perceção sobre o <i>handover</i> e os tempos de exercício profissional e de exercício no atual serviço .....	56
Quadro 24 - Comparação da perceção sobre o <i>handover</i> em função categoria profissional .....	57



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	2
<b>1. SEGURANÇA DO DOENTE</b> .....	4
<b>2. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE</b> .....	6
2.1. FALHAS NA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE .....	9
<b>3. HANDOVER</b> .....	10
3.1. PASSAGEM DE TURNO ( <i>HANDOVER</i> ) DE ENFERMAGEM .....	12
<b>4. HANVOVER E EVENTOS ADVERSOS</b> .....	15
<b>5. ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A COMUNICAÇÃO DO <i>HANDOVER</i></b> .....	19
<b>6. METODOLOGIA</b> .....	25
6.1. ESTUDO E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO .....	25
6.2. OBJETIVOS DO ESTUDO .....	28
6.3. POPULAÇÃO .....	29
6.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	29
6.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E FORMAIS .....	31
6.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO .....	31
<b>7. APRESENTAÇÃO DOS DADOS</b> .....	33
<b>8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	58
<b>CONCLUSÃO</b> .....	77
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	80
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHUC	
APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO	
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I – ESCALA DE AVALIAÇÃO HANDOVER HES – PTO	
ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	

## INTRODUÇÃO

A segurança do doente é um dos enormes desafios dos cuidados de saúde no século XXI. Por isso, a combinação das técnicas de segurança e a inclusão das mesmas numa só cultura tornar-se-á uma estratégia geral das instituições de saúde

A transmissão de informação dos doentes é um método que ocorre em todas as unidades de saúde e, sendo este um ambiente favorável à ocorrência de interrupções, surgem falhas na comunicação. As falhas de comunicação foram a principal causa de incidentes reportados à Joint Commission nos EUA entre 1995 e 2006 e a primeira causa de queixas numa das principais agências de seguros do país (WHO, 2007).

A comunicação é um recurso fundamental para garantir a continuidade de cuidados da pessoa que se encontra em situação crítica, sendo também um fator de humanização, segurança e qualidade dos cuidados prestados. Mas, não podemos ignorar que 70% dos eventos adversos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde. É, assim necessário orientar a atenção dos *handovers*, destacando os pontos que possam ser alvo de melhoramento. Para isso, a DGS (2017) emitiu uma norma sobre comunicação eficaz na transição de cuidados, a técnica ISBAR. Esta é uma mnemónica, auxiliar simples de memória, que tem como objetivo promover uma comunicação eficaz durante o *handover*, através da transmissão de informação, e garantir a continuidade de cuidados de saúde.

Neste estudo, pretende-se analisar o processo de transmissão de informação relativo ao *handover*, identificar a perceção dos enfermeiros sobre os *handovers* e discutir as metodologias de *handovers* e suas implicações para segurança do doente.

Face ao contexto, formulou-se a seguinte questão de investigação que esteve na base da pesquisa: **Como é que os enfermeiros do HPC percecionam a passagem de turno?** As variáveis centrais do estudo são «a estrutura e metodologias dos “*handovers*”» e «a perceção dos enfermeiros sobre os “*handovers*”». As variáveis secundárias são: o sexo, o tempo de exercício profissional, a categoria profissional, o vínculo laboral e o regime de horário laboral.

Desta questão principal decorrem questões mais específicas:- Qual a estrutura e metodologias utilizadas nos “*handovers*”? - Como é que os enfermeiros percecionam os “*handover*”?; - Que fatores socio-profissionais estão relacionados com a perceção dos enfermeiros sobre os “*handovers*”?;- Quais são os pontos fortes e as limitações consideradas pelos enfermeiros no *handover* da manhã (08:00 h)?;- De que forma poderia ser melhorado o *handover* da manhã?;- Existem diferenças na forma de realizar o *handover* da manhã, da tarde e da noite?;- Qual o *handover* mais efetivo?;- Quais os pontos fortes, limitações e medidas de melhoria do *handover* da tarde e da noite?

A presente investigação trata-se de um estudo descritivo-exploratório com uma abordagem quantitativa, a realizar nos serviços de Internamento do Hospital Pediátrico, nomeadamente Cirurgia Queimados e Transplantação Hepática, Ortopedia Neurocirurgia, Pedopsiquiatria, Oncologia, Unidade de Cuidados Intensivos, Pediatria Médica. O instrumento de colheita de dados é um questionário, o *Handover Evaluaton Scale*. O questionário HES foi desenvolvido pelos autores O’Connell *et al.* (2008), validado na população australiana, e trata-se de um instrumento que permite avaliar o método e a perceção dos profissionais de saúde relativamente ao *handover* em organizações de saúde. A tradução, adaptação cultural e linguística para Português e validação foi realizada no âmbito do projeto coordenado pela Professora Manuela Frederico.

O trabalho está estruturado da seguinte forma: na primeira parte é feito um enquadramento teórico, onde se aborda a segurança do doente, comunicação em saúde, falhas de comunicação em saúde, *handover* e sua definição, passagem de turno (*handover*) de enfermagem, *handover* e eventos adversos e estratégias para melhorar a comunicação do *handover*; a segunda parte diz respeito às diferentes etapas da metodologia, onde é apresentado o desenho do estudo e questão de investigação, objetivo do estudo, população, instrumento de colheita de dados, considerações éticas e formais e tratamento estatístico; na terceira são apresentados os dados; na quarta é apresentada a discussão dos resultados; na quinta parte surge a conclusão e sugestões de melhoria e final são apresentados as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices.

## **1. SEGURANÇA DO DOENTE**

Portugal, tal como muitos outros países, estabeleceu que a segurança dos doentes era uma prioridade na saúde e desenvolveu políticas que inicialmente faziam parte de uma abordagem mais geral - a qualidade. Com a criação do Instituto de Qualidade em Saúde (IQS) e do Conselho Nacional de Qualidade (CNQ) em 1999, e a assinatura de um protocolo com o King's Fund Health Quality Service, o Manual de Acreditação Hospitalar foi publicado em 2000. Em 2009, o Departamento de Qualidade em Saúde foi criado com o objetivo de promover uma cultura de melhoria contínua da qualidade e segurança do paciente. Mais recentemente, foi criada a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2009-2014, dando origem ao seu homónimo 2015-2020.

A DGS (2017) define a segurança do doente como sendo a diminuição de risco de danos desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável, de acordo com o conhecimento atual, com os recursos disponíveis, no contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro tratamento alternativo.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doente (2015-2020), tem como objetivo apoiar os gestores e os médicos que trabalham no Serviço Nacional de Saúde, na procura de estratégias e metas para melhorarem a gestão do risco associado à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a segurança do doente é da responsabilidade da equipa. A equipa tem de mobilizar as competências pessoais de cada um dos seus membros, implicando a administração sistémica de totais atividades. Um dos 9 objetivos estratégicos, deste plano, é aumentar a segurança na comunicação. Refere ainda que a comunicação é um pilar essencial para a segurança do doente, principalmente quando há transferência de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente nas mudanças de turno, nas altas ou transferências dos doentes. Cabe as instituições executar procedimentos padronizados para garantir uma comunicação atempada e clara de informação entre os diversos profissionais de saúde, evitando falhas de comunicação, que podem colocar em causa o tratamento e continuidade de cuidados, promovendo, assim, os incidentes com danos para o doente. O mesmo também refere que as tecnologias de informação e comunicação desempenham, neste contexto, uma utilidade primordial, não apenas entre diversas instituições prestadoras de

cuidados, nacionais, europeias ou internacionais, mas, também, entre serviços da mesma organização ou profissionais do mesmo serviço. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, integrada na política nacional para a qualidade em saúde, homologada pelo Despacho nº 5613/2015, prioriza a redução dos incidentes associados à prestação de cuidados, destacando o reforço da melhoria da segurança de cuidados, ganhos de eficiência e a aquisição de melhores resultados, na redução de custos e desperdícios, aumentar a responsabilização dos prestadores de serviços em saúde e aumentar o empenho e envolvimento dos administradores e profissionais de saúde. Esta estratégia de qualidade é uma ferramenta que pretende responsabilizar e distinguir as melhores práticas, incluindo todos os intervenientes na prestação de cuidados.

Já Fragata (2012) refere que para a promoção da cultura de segurança do doente é fundamental supervisão, comunicação, colaboração em equipa, coordenação e liderança. Segundo o mesmo autor, a avaliação das equipas está associada à tríade input/process/output, onde o input remete-nos para as particularidades dos membros da equipa e o contexto onde trabalham, os processos estão relacionados com as metodologias de trabalho, da interação entre os profissionais e a sua habilidade de trabalharem em equipa. E, por último, os outputs está relacionado com a eficácia, eficiência, satisfação e nível de segurança.

Quando falamos em doente pediátrico, a segurança do doente representa um desafio ainda maior. As estimativas referem que a possibilidade de ocorrência de danos ao doente seja três vezes maior em crianças hospitalizadas quando comparadas a adultos. Durante a hospitalização, muitos são os fatores envolvidos na segurança da criança/adolescente, devidos as suas especificidades quanto ao crescimento e desenvolvimento, fragilidade e vulnerabilidade, requerendo uma atenção redobrada por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente na comunicação efetiva no processo de cuidar (Silva *et al.*, 2016).

## **2. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

Comunicar é mais do que uma troca de opiniões, emoções e sensações entre duas ou mais pessoas, que conhecem a importância do que se diz e faz, é um processo complexo, interativo e pluridirecional havendo sempre um emissor, um recetor e uma mensagem (DGS, 2011).

Segundo Tranquada (2013) uma comunicação eficiente é aquela em que a informação se faz sem interrupção de uma forma fiel cujo final é a compreensão da mesma, engloba não só a troca verbal, mas também outras formas de transmitir informação que utilizam artefactos físicos, como quadros, registos e sistemas eletrónicos.

A comunicação é um recurso fundamental para garantir a continuidade de cuidados da pessoa que se encontra em situação crítica, sendo também um fator de humanização, segurança e qualidade dos cuidados prestados (Santos & Ferrão, 2015).

Também a DGS (2017) refere que a comunicação eficaz entre profissionais de saúde não é mais do que a transferência de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser precisa, completa, oportuna, sem ambivalência, atempada e entendida pelo recetor.

A comunicação é a chave na promoção da continuidade dos cuidados de enfermagem e é a base do cuidado, exige um enorme desempenho dos enfermeiros. No contexto da prática de enfermagem é essencial valorizar a riqueza das informações e opções de documentação, para que os cuidados de enfermagem tenham um desenvolvimento seguro e sejam valorizados (Brás & Ferreira, 2016).

De facto, a comunicação deve atravessar toda a organização do Serviço Nacional de Saúde, para que a informação disponibilizada aos profissionais de saúde e aos cidadãos permita a comparação entre produtos, técnicas, experiências profissionais, estruturas ou modelos de organização. Segundo o Despacho n.º 1400-A/2015, a comunicação na saúde tem limites. Os limites estão na isenção, na fiabilidade e independência da informação a disponibilizar, na legibilidade e aceitabilidade, adequação e bondade dessa informação. Ou seja, as fronteiras estão na qualidade da informação. Só é legível e aceitável a informação entendível por qualquer profissional de saúde ou qualquer cidadão. Só é adequada a

informação que não viole dados protegidos por lei ou dados clínicos que violem a vida privada. Só é bondosa a informação que permite aos profissionais de saúde e aos cidadãos opções informadas e esclarecidas.

O profissional de saúde apesar de comunicar todos os dias no seu contexto profissional deve saber quando falar, o que dizer e como dizer. A comunicação em saúde requer empatia, conhecimento e competência. As competências de comunicação devem ser apreendidas e praticadas, pelos profissionais de saúde, de forma a contribuir para o estabelecimento de uma comunicação eficaz em ambientes dinâmicos, comuns aos profissionais de saúde (DGS, 2017).

A comunicação nas equipas de saúde interdisciplinares é por vezes penosa, nas quais a hierarquia de uma cultura profissional e organizacional, leva a que alguns grupos profissionais, possam sentir dificuldade em exprimir francamente com outras classes profissionais (Santos *et al.*, 2010).

Atualmente os cuidados em saúde são cada vez mais diversificados e complexos, se melhorarmos a comunicação entre os profissionais de saúde é provável que assente numa entrega e atendimento seguro do doente (VQC, 2010)

A comunicação eficiente é praticada pela equipa de saúde, quando compreendida e partilhada de uma dada situação em alguns momentos num percurso de ação partilhado. Para tal é essencial que os elementos da equipa sejam treinados em técnicas de comunicação, desde a negociação à escuta, de forma a definir objetivos mais assertivos e a ser possível aplicar essas capacidades numa ampla variedade de contextos e situações (VQC, 2010). Este conselho refere que são necessários cinco critérios primordiais na partilha de informação entre os profissionais de saúde para se estabelecer uma comunicação efetiva. Uma comunicação entre os profissionais de saúde tem de ser: completa, concisa, concreta, clara e precisa. Informação completa é aquela em que as perguntas são colocadas até ao nível de satisfação dos envolvidos na troca de informação; concisa todas as frases longas são ocultadas ou restringidas, apenas estão envolvidas as questões relevantes evitando repetições desnecessárias; concreta que os termos utilizados não tenham duplo sentido, sendo exclusivas e refletidas; clara a mensagem deve ser compreendidas e eficaz, para tal esta deve conter palavras curtas e familiares;

precisa o nível de linguagem deve ser adaptado à situação. Também deve evitar o uso de calão dúbio, assim como discriminação e expressões paternalistas.

Nos estudos de *Sílvia et al.* (2016) faz referência à comunicação em pediatria, em que enfermeiros consideram a passagem de turno uma ferramenta essencial para a continuidade dos cuidados aos doentes pediátricos, no qual partilham informações, realizam avaliações e tomam decisões, sendo importante a participação de forma efetiva de todos os membros da equipe de enfermagem. O mesmo autor refere que a variação da duração da passagem de turno pode influenciar na qualidade das informações e na participação da equipe de enfermagem nesta atividade, que são: a importância dos registros das informações, bem como a identificação do doente pediátrico e a família como foco do cuidado. Devido à importância e complexidade que envolve a segurança do doente pediátrico, não basta que os profissionais de enfermagem se preocupem com a utilização de recursos tecnológicos e/ ou com o aperfeiçoamento de técnicas, mas devem também estar atentos às aptidões e competências para realizar uma comunicação eficaz na passagem de turno. Conhecendo a percepção que as equipas de enfermagem têm sobre a passagem de turno, foi possível uma reflexão sobre a comunicação e a sua interferência com a segurança da criança doente, uma vez que os enfermeiros vivenciam as nuances dessa atividade. Ainda refere uma outra questão que é a necessidade de sistematizar a passagem de turno, tornando a comunicação eficaz, contemplando a especificidade do doente pediátrico e sua família.

Vários fatores influenciam a comunicação que são: percepção (vivências pessoais baseadas nas experiências passadas); valores (crenças que a pessoa considera importante na vida); emoções (sentimentos subjetivos sobre uma situação de raiva, frustração, medo, dor, ansiedade, aparência pessoal); sociocultural (linguagem, gestos, atitudes de um grupo específico de pessoas relacionadas com a sua ocupação, de origem familiar ou estilos de vida); nível de conhecimento (o nível de educação e a experiência influencia as bases de conhecimento da pessoa); função e relações (a comunicação entre dois enfermeiros difere de uma comunicação entre enfermeiro e doente); ambiente (barulho, falta de privacidade e distrações influenciam a eficiência); espaço e território (a distância entre 18 polegadas e 4 pés é o ideal para se sentar com o doente e iniciar uma interação). Doentes



provenientes de diferentes culturas muitas vezes tem diferentes necessidades de espaço pessoal (Perry, Potter & Ostendorf, 2019).

## 2.1. FALHAS NA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação desempenha um papel fundamental na vida de todos nós, mas mais importante se torna, quando se trata de transmitir informação da situação atual de um doente.

Muitas são as barreiras que dificultam a transferência de um doente de forma eficaz, como a informação oral longa, omissão de informação, informação não centrada no doente, interrupções frequentes, falta de clareza na transmissão de informação escrita (Santos & Ferrão, 2015).

Os erros de comunicação no âmbito da saúde são descritos como devido a: distrações, interrupções, mudanças; fatores humanos (atitudes, comportamentos, falhas de memória, fadiga e stress dos empregados, moral); diferenças de gênero, diferenças culturais e sociais, disparidade na formação de enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde, carga de trabalho e pressão de tempo, ausência de políticas e ou protocolos das organizações, falta de responsabilidade e de papéis definidos entre os membros de uma equipa multidisciplinares; cultura organizacional que não incentiva a uma comunicação aberta; capacidade reduzida de multitarefas mesmo quando altamente qualificado, falta de um plano mental partilhado sobre o que deve ser atingido e a hierarquia (VQC, 2010).

Um dos principais obstáculos a uma comunicação eficiente são os ruídos físicos e psicológicos do sistema que podem levar a falhas na comunicação (Tranquada, 2013).

Uma transferência de alta qualidade parece simples mas é muito complexa. E uma transferência falhada é um problema de longa data nos cuidados de saúde. O dano para o doente pode ser de maior ou menor gravidade, e este é introduzido quando o recetor recebe informações imprecisas e incompletas, mal interpretadas, não oportunas. Quando a comunicação *handoff* falha muitos são os fatores envolvidos como: a formação do prestador de cuidados de saúde e as suas expectativas, barreiras linguísticas, considerações éticas, documentação inadequada ou inexistente (Joint Commission, 2017).

### 3. HANDOVER

O termo *handoff* é usado em vários contextos e cenários clínicos. Existem vários termos para descrever o processo *handoff* como *handover*, relatórios de turno. Este conceito *handoff* é complexo inclui a comunicação entre os prestadores de cuidados, a comunicação nas mudanças de turnos. O termo transferência será definido como a transferência de responsabilidade e de informação, durante um processo de atendimento contínuo, que permite realizar perguntas, esclarecer e confirmar dúvidas (Friesen, White & Byers, 2008).

A transferência é um elemento essencial na prática clínica para garantir um atendimento seguro do doente. Apesar de haver uma serie de problemas com este processo (O'Connell, Ockerby & Hawkin, 2013).

O *handover* é uma transferência e aceitação da responsabilidade de cuidar do doente, alcançado através de uma comunicação eficaz. É um processo em tempo real de transmitir informações particulares do utente, de um cuidador para outro ou de uma equipa de cuidadores para outra, com o objetivo de garantir a continuidade dos cuidados e a segurança do doente. Muitas das transferências são realizadas ao acaso em vez de serem organizadas e focadas no doente de forma a garantir a continuidade dos cuidados. Os danos para o doente podem ser de menor ou maior gravidade, começando logo no momento em que o recetor recebe informações incompletas, imprecisas, mal interpretadas ou não necessárias. Quando a comunicação falha vários fatores estão envolvidos como: documentação incompleta, inadequada, treinamento, expectativas dos profissionais de saúde, considerações étnicas e culturais (Joint Commission, 2017).

Um dos estudos de Rikos *et al.* (2018), desenvolvido entre novembro 2015 e fevereiro de 2016 realizado no Hospital Geral Universitário de Heraklion em Creta na Grécia, envolvia 11 clínicas em que o pesquisador realizava uma observação não estruturada, juntamente com um sistema de gravação, este método facilita a observação dos comportamentos, interação, comunicação e características, como a qualidade das informações transferidas e a criação de planos de ação para garantir o planeamento efetivo de enfermagem. Destas observações foram identificadas trinta características diferentes dos métodos de *handover* de enfermagem. Destas trinta características surgiram quatro grupos: um grupo em

que o uso de práticas de enfermagem baseadas em evidências, um segundo grupo em que o não uso de práticas de enfermagem baseadas na evidência e sua correlação com o ambiente psicológico, um terceiro grupo que é a gestão do paciente e os conhecimentos/habilidades clínicos dos enfermeiros e um quarto grupo em que a qualidade da informação transferida, o conteúdo da transferência. A transferência de informação em enfermagem é um processo diário, observado a todos os níveis de saúde, transmitindo a responsabilidade de continuar os cuidados de enfermagem e utilizar a melhor prática nesses cuidados. Todo o processo de transferência incluem técnicas e ferramentas próprias, que contribuem para a comunicação entre profissionais de saúde, doentes e suas famílias. No contexto de saúde complexo e multifacetado, as transferências de enfermagem estão diretamente relacionadas com o fator humano, que determina como objetivo principal a preservação, a segurança e a continuidade da qualidade de cuidados prestados aos seus doentes. Este estudo demonstra que o sistema de saúde Grego está a sofrer com a escassez de pessoal, principalmente com a falta de equipas de enfermagem, com a falta de materiais, com a falta de infraestrutura técnicas e com a falta de educação adicional especializada. No entanto, este sistema de saúde tem conseguido preservar uma abordagem centrada nas pessoas, ultrapassando quaisquer discrepâncias em relação à qualidade da aplicação das transferências de enfermagem e o objetivo de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestado aos doentes (Rikos *et al.*, 2018).

A qualidade de informação transmitida durante a transferência de um doente depende da coesão da equipa, da competência dos profissionais, do tempo e do modo de transmissão da informação. Um efetiva transferência permite a continuidade dos cuidados, a promoção da segurança do doente, melhora a comunicação e o trabalho em equipa, melhora o desempenho no trabalho (Brás & Ferreira, 2016).

A Joint Commission (2017) refere que suportar e difundir as melhores práticas de *handover* tornar as transferências de elevada qualidade uma prioridade cultural.

### 3.1. PASSAGEM DE TURNO (*HANDOVER*) DE ENFERMAGEM

A enfermagem é uma profissão que trabalha em equipa, onde o trabalho de todos os membros se completa numa permanência temporal.

A passagem de turno de enfermagem é um instrumento básico, que permite integrar o trabalho em equipa, tendo as questões orientadas a comunicação bem como o relacionamento interpessoal (Oliveira & Rocha, 2016).

A passagem de turno entre enfermeiros é uma comunicação oral onde se transmite informação adequada sobre os doentes, sempre que acaba um turno e começa outro turno. Esta ocorre durante os sete dias da semana, uma, duas ou três vezes por dia, de forma a permitir a continuidade de cuidados.

Um momento importante para a passagem de informação é precisamente a passagem de turno que é realizada entre os enfermeiros.

A passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação (Ordem dos enfermeiros, 2001, p.1).

A passagem de turno apresenta características que a tornam eficiente, porque utiliza uma linguagem verbal e escrita como meio de transmissão de informação, bem como uma comunicação presencial. Este momento cria um ambiente oportuno para se colocarem questões, clarificar informações e desenvolver técnicas de confirmação/esclarecimentos. É necessário orientar a atenção às passagens de turno, destacando os pontos que possam ser alvo de melhoramento (Tranquada, 2013).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017), o tempo concedido para a passagem de turno, não se encontra definido, devendo ser a equipa de enfermagem de cada serviço a estipular o tempo necessário, de forma a conseguir a transmissão de informação considerada pertinente para a continuidade de cuidados.

A duração média das passagens de turno segundo o estudo de Tranquada (2013) é de 44 minutos, sendo que a transferência de informação de cada utente com uma duração de 2 minutos e quarenta segundos.

A passagem de turno é um dos sistemas de comunicação da equipa de enfermagem, na qual são transmitidas informações pertinentes, com a intenção de manter a continuidade dos cuidados e garantir a segurança do doente (Gonçalves *et al.*, 2016).

Não podemos falar em qualidade em saúde sem mencionar a qualidade da comunicação estabelecida entre profissionais/doentes e na interação entre os diversos profissionais, que são responsáveis pela segurança dos doentes. Um dos momentos cruciais é a comunicação estabelecida num dado momento específico de *handover* (passagem de turno) (Santos *et al.*, 2010).

A qualidade de informação durante o *handover* possibilita que os enfermeiros organizem as intervenções antecipando o risco. Para implementar as estratégias que organizem o processo de comunicação e promovam a segurança do doente é importante identificar as barreiras que interferem no processo de *handover*. O *handover* enquanto processo de transferência de responsabilidade é considerado um momento decisivo na qualidade dos cuidados de enfermagem (Brás & Ferreira, 2016).

O tempo gasto na transição de informação de um utente pode ser considerado tempo desperdiçado, se a informação não for relevante para o enfermeiro que está a receber o turno. O tempo gasto na transmissão de informação insignificante, poderia ser um tempo gasto na prestação de cuidados (Tranquada, 2013).

A passagem de turno é uma reunião da equipa de enfermagem que tem como objetivo assegurar a continuidade de cuidados através de comunicação oral de informação, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, sendo também um ocasião para a analisar e refletir as práticas e concomitantemente formação em serviço. A transmissão de informação oral vai reforçar a informação escrita, mas não substitui os registos de enfermagem sistemáticos, a sua evolução, continuidade e/ou avaliação do planeamento de cuidados (Ordem dos enfermeiros, 2017).

A transferência de cuidados devem ser altamente confiável e de elevada qualidade para o doente, todos os dias e em cada transição dos cuidados. Para se atingir este nível de desempenho requer uma forte liderança com recursos e eficácia na implementação de um programa para um acompanhamento longitudinal, reforço e

melhoria das práticas de transferência com o objetivo final de ter as melhores práticas integradas na cultura da organização com normas expectativas (Joint Commission, 2017).

A transferência de enfermagem é um processo cotidiano, que inclui técnicas e ferramentas próprias que contribuem para a comunicação entre profissionais de saúde, doentes e famílias. O conteúdo deste método é complexo e multifacetado, em que a transmissão dos cuidados de enfermagem estão diretamente ligadas ao fator humano, o que limita seu objetivo principal de preservar a segurança e a continuidade da qualidade dos cuidados de saúde prestados (Rikos *et al.*,2018).

Num dos estudos de revisão sistemática de métodos mistos de transferência dos cuidados de enfermagem de Tobiano *et al.* (2017), em que a participação do paciente na transferência de informação de enfermagem, junto do leito do doente. Esta pesquisa assenta na transferência centrada no doente e a transferência centrada no enfermeiro. O papel do doente na transferência à beira do leito envolve contribuir com informações clínicas relacionadas ao seu cuidado que pode influenciar a sua segurança. As preocupações dos enfermeiros com este método é as consequências pelo fato de encorajar a participação dos doentes, as inquietações de partilhar informações sigilosas e confidenciais e de basilar na mudança de método. Para melhorar a participação do paciente na entrega uma das estratégias incluem treinamento dos enfermeiros, tornando as entregas previsíveis para os doentes e envolvendo tanto os doentes quanto os enfermeiros durante todo o processo de mudança. Como conclusão esta revisão mostrou a tensão entre padronizar as transmissões e torná-las previsíveis para a participação do doente, promovendo, ao mesmo tempo, *handovers* personalizados e flexíveis.

No estudo de Whitty *et al.* (2017) classifica as características de *handover* mais importantes para os doentes e enfermeiros e as diferenças entre doentes e enfermeiros, na implementação da transferência junto do leito do doente, em dois hospitais Australianos. Como resultado tanto os enfermeiros como os pacientes preferiam o método junto da leito, em vez de outro. Os doentes preferem ter apenas dois enfermeiros no momento da passagem de turno junto da cabeceira do doente o enfermeiro que está terminado o turno e o que está iniciando o turno, em vez da equipa toda. Os doentes que participam na transferência de informação, havendo

uma comunicação bidirecional, foi mais relevante para os enfermeiros. As informações confidenciais, para os doentes têm pouca importância, serem passadas em silêncio junto da cabeceira do doente, enquanto para os enfermeiros estas informações têm maior relevância e devem ser transmitidas longe da cabeceira do doente. O fato de no momento do *handover* haver um familiar/amigo, junto do doente, parece ter um impacto mais importante para o doente do que para o enfermeiro.

As intervenções para melhorar o *handover* de enfermagem, tais como a entrega junto do leito ou formatos estruturados para a entrega, podem ser comparadas com os cuidados habituais (entrega não estruturada no escritório). Também parece que não há um único formato de *handover* que seja aplicável em todos os locais, o contexto e a situação local são fatores importantes a serem considerados ao projetar um processo de estrutura de entrega de transferência. (Smeulers, Lucas & Vermeulen, 2014).

#### **4. HANVOVER E EVENTOS ADVERSOS**

A dificuldade em estabelecer uma comunicação efetiva entre as pessoas é deveras frequente, interferindo na partilha de opiniões, ideias e no relacionamento interpessoal (Oliveira & Rocha, 2016).

A falta de comunicação entre os diversos elementos de uma equipa de saúde pode levar a erros que ameaçam a segurança do doente e a continuidade de cuidados. A passagem de turno é frequentemente relatada como destruturada, informal, havendo disparidade nas informações transferidas pelo enfermeiro que está terminando o turno e as situações reais dos doentes (Streeter *et al.*, 2015).

A transferência de informação de um profissional de saúde para outro profissional de saúde, acontece num ambiente de muito ruído, excesso de informação, interrupções, linguagem ambígua e lacunas no discurso ou na audição. As perturbações ocorridas na transferência de informação, torna-se um sistema de risco, pois as resoluções clínicas tomadas foram realizadas com dados em falta ou em dados vagos (Patterson & Wears, 2010).

O aumento do risco de erro nas passagens de turno de rotina, devesse a vários fatores: como humanos, stress, distração e problemas na comunicação (Popovich, 2011).

São eventos adversos os danos causados aos doentes, não intencionais, durante a assistência prestada aos utentes, nada relacionados com a evolução natural da doença, que acarretam prejuízo, podendo originar incapacidade ou disfunção permanente ou temporária ou prolongar o tempo de internamento (Silva, 2014).

A Organização Mundial de Saúde em 2005 nomeia a The Joint Commission Internacional Center for Patient Safety, que tem como incumbência identificar os problemas e desafios à segurança do doente e por outro lado estudar soluções. Estão envolvidos mais de 100 países, onde participam os mais diversos profissionais de saúde, grupos de especialistas envolvidos no processo de prestação de cuidados. O documento *Nine Life-saving Patient Safety Solutions* é o resultado da comissão de trabalho, onde resume o que foi estudado sobre “onde”, “como”, e o “porquê” dos acidentes adversos em Saúde. De entre os vários desafios e soluções insere-se a comunicação durante as passagens de turno (*handover*), nomeadamente as falhas de comunicação entre as equipas e intra-equipas de saúde, que podem ser a causa de erros no tratamento e na continuidade dos cuidados de saúde com potenciais danos para o doente (Santos *et al.*, 2010).

Entre 2011 a 2013, de acordo com a Joint Commission, a comunicação foi uma das principais causas de eventos adversos.

Para que tal não seja possível é essencial que ocorra uma sincronização entre pessoas, equipamentos, ferramentas e instalações. Só é possível obter uma boa sincronização entre pessoas e recursos, se a comunicação na organização ocorrer de forma eficiente. A comunicação na saúde deve ser tão complexa como o domínio que pretende controlar. Outro fator que permite uma boa coordenação de pessoas e recursos é o trabalho de equipa. Uma equipa é mais que alguns indivíduos em turnos, clínicas e serviços, médicos, gestores, técnicos, fornecedores, doentes, consultores e outras organizações e transferências de cuidados. As equipas de saúde também podem ser fluidas, inconstantes, podem sobrepor-se e incluem estranhos e colegas. A comunicação ineficaz na transferência de informação de um doente pode contribuir para os eventos adversos, mais precisamente os eventos



sentinela. O banco de dados de eventos sentinela da Joint Commission abrange descrições de comunicações inadequadas que levam a eventos adversos como atrasos nos tratamentos, erros de medicação, quedas, cirurgias em locais errados (Joint Commission, 2017).

A comunicação não eficiente entre profissionais de saúde pode colocar em causa a segurança do doente devido a má interpretação de informação, falta de informação, indicações dadas via telefone pouco claras e negligência nas alterações do estado de saúde do doente (Tranquada, 2013).

Nos estudos de observação da passagem de turno de (Reis, Sousa & Matsuda, 2015) indicam a necessidade de promover um aperfeiçoamento das passagens de turnos, porque se admite que o ruído ou as não conformidades podem levar a falhas nas informações recebidas e ou transmitidas, e colocarem em causa a segurança dos doentes.

Num sistema complexo como são as organizações de saúde onde existem falhas de supervisão, de liderança, de comunicação, ruído, stresse, excesso de trabalho, interrupções, dotações pouco seguras pode levar um profissional de saúde inesperadamente para incidentes e como consequência terminar em acidente por falta de resolução eficaz dessas falhas. O erro humano não poderá ser banido, mas pode ser diminuído, mobilizando esforços no sentido de assegurar aos profissionais de saúde competências não técnicas, para lidarem com os riscos e os desafios do trabalho. Os profissionais de saúde corretamente treinados nas competências não técnicas (cognitivas, emocionais) aprendem a lidar com a probabilidade de errar, no seu local de trabalho. A sensibilização individual dos profissionais de saúde é que consigam uma boa prática profissional de modo a reduzir os erros e assim contribuir para a segurança do utente (Abreu, 2015).

A nível internacional as falhas de comunicação são as principais causas de eventos adversos, na saúde. Cerca de 70% dos eventos adversos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, no momento da transição de cuidados (Ordem dos enfermeiros, 2017).

A Joint Commission identificou os erros de comunicação com um fator que mais contribuiu para os erros em saúde, sendo a passagem de informação responsável por 80% dos eventos adversos, que poderiam ser evitados (Popovich, 2011).

As causas de maior erro no momento da transferência de cuidados, devesse aos problemas de comunicação (Brás & Ferreira, 2016).

São diversos os fatores que comprometem a realização da passagem de turno nomeadamente ambiente inadequado, falta de planeamento, de padronização, excesso de atribuições para um único enfermeiro, pessoas que circulam no espaço destinado á troca da passagem de turno, chamadas telefónicas, demasiado barulho nas enfermarias (Oliveira & Rocha, 2016).

## **5. ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A COMUNICAÇÃO DO *HANDOVER***

No Despacho nº 1400-A/2015, aumentar a segurança da comunicação é um dos nove objetivos estratégicos do Plano Nacional para a segurança do doente 2015-2020.

Seguindo as mesmas diretrizes do despacho anterior refere o número médio nacional de auditorias internas sobre a passagem de informação nas mudanças de transferência de cuidados é de 5 auditorias /ano, segundo o Plano de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança em 2015. A comunicação e as tecnologias de informação apresentam um papel estruturalmente fundamental na transferência de informação nas transições de cuidados, nas diversas instituições de saúde, nacionais, europeias ou internacionais, as igualmente entre serviços da mesma organização ou entre profissionais do mesmo serviço.

As mudanças nos sistemas de informação para os profissionais de enfermagem (SIE), que auxiliam o doente diretamente é um meio estratégico para gerir a informação produzida no seio da equipa e converter em linguagem, permitindo criar alternativas aos tradicionais sistemas de suporte de papel e passar para o sistemas informatizados (SI), que permite informação mais organizada, acessível, que facilita a comunicação e auxilia os enfermeiros na tomada de decisão utilizando uma linguagem classificada (CIPE) (Cunha *et al.*,2010).

Atualmente os sistemas de informação em saúde são um recurso facilitador de transferência de informação rápida, segura e fácil que permite aos profissionais de saúde o acesso e a procura constante de informação, de forma a se tornarem competentes na concretização das suas tarefas, com a evolução tecnológica e científica em conjunto com as novas formas de comunicação e socialização, verificando-se uma modificação na forma de laborar dos profissionais de saúde mais concretamente os enfermeiros (Silva, 2016).

O conhecimento e a experiência dos enfermeiros influencia a quantidade e a qualidade de comunicação de informação a transmitir sobre um doente, durante a passagem de turno (Santos & Ferrão, 2015).

A Direção Geral de saúde (2017) emitiu uma norma sobre comunicação eficaz na transição de cuidados. “A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras

de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR.” Em que I- Identificação, S-situação atual/causa, B- antecedentes anamnese, A- avaliação, R- recomendações. Em que a informação transmitida na passagem de turno é oral, e que esta deve ser realizada sem interrupções e seguindo a técnica ISBAR. Esta mnemónica é um auxiliar simples de memória, que permite que através desta se siga um raciocínio. A utilização de mnemónicas tem como objetivo promover uma comunicação eficaz durante o *handover*, através da transmissão de informação e garantir a continuidade de cuidados.

A metodologia do ISBAR é uma ferramenta que tem conquistado cada vez mais adeptos, permite uma padronização da informação, sendo flexível, de modo a se adaptar á realidade de cada serviço (Tranquada, 2013).

O método SBAR (situação, histórico, avaliação, recomendação), auxilia os enfermeiros na transferência de turno de enfermagem. A transferência imprecisa de turnos pode ter um impacto grave nos doentes resultantes de uma má comunicação (Herawati *et al*, 2018). O estudo realizado no Hospital Doutor Moewardi Surakata veio reforçar a importância de um método de treinamento/formação. Este estudo desenvolveu-se por três etapas, em que a primeira era a fase de preparação, a segunda fase era a troca de informação e a terceira etapa era a verificação da informação, através da observação do enfermeiro chefe. O treinamento/formação é um método de maximizar o desempenho dos enfermeiros. No final deste estudo com enfermeiros verificou-se um aumento significativo da capacidade da enfermeira-chefe e do *handover* de enfermagem após a intervenção de treinamento/formação. Pode concluir-se que o treinamento/formação usando o SBAR (situação, histórico, avaliação, recomendações) como ferramenta de comunicação foi eficaz em transferências de turno em enfermagem (Herawati *et al*, 2018).

A informação da transferência de um doente crítico pode ser realizada através da comunicação verbal, e/ou escrita. Existem diversas mnemónicas e *checklist* que não são mais do que guias estruturadas de forma a comunicar verbalmente a informação. Estas mnemónicas têm como objetivos evitar a ocorrência de eventos adversos, diminuir a perda de dados. Não interessa realizar mnemónicas, o mais importante é desenvolver um projeto que faça sentido para a equipa. Este deve ser avaliado, auditado, de forma a introduzir as mudanças necessárias, ao que foi

implementado consoante as necessidades da equipa, só assim poderão melhorar continuamente (Santos & Ferrão, 2015).

O importante não é tanto que mnemónica utilizada, mas antes juntar a equipa de enfermagem e procurar através da reflexão e análise constante das práticas a introdução de melhorias ao nível da comunicação. Também é necessário investir numa forma de auditoria para a avaliação do sucesso das medidas implementadas, mantendo a abertura suficiente para introduzir mudanças. Por outro lado, a implementação de uma *checklist* ou mnemónica é em si mesma um instrumento para auditar a utilização da mesma, o que permite a avaliação da intervenção e a reformulação da mesma, com vista à aquisição dos melhores *outcomes* quer para os doentes quer para a própria equipa de saúde (Santos & Ferrão, 2015).

As constantes interrupções na passagem de turno dos enfermeiros é frequente, para reduzir este fenómeno é fundamental que os enfermeiros definam um local para a realização da passagem de turno, e que este espaço não deve ser partilhado com mais profissionais ou outros elementos (Tranquada, 2013).

Se diminuir as interrupções durante a passagem de turno, automaticamente reduzimos as quebras de comunicação entre os elementos da equipa, sendo assim possível melhorar a transmissão de informação, pela diminuição do ruído de fundo na via de comunicação e pela diminuição da perda de memória, do elemento que vai passar o turno e o que vai receber o turno (Patterson & Wears, 2010).

As intervenções para minimizar as interrupções são concebidas de modo a melhorar o método de comunicação e transferência de informação na passagem de turno. Uma das intervenções pode ser a condução da passagem de turno com um formato mais silencioso, usando estratégias para uma comunicação não interruptora, delegando em alguém o atendimento do telefone durante a passagem de turno (Patterson & Wears, 2010).

Fatores humanos como a distração, stresse, problemas comunicacionais, aumentam o risco de erros durante a passagem de turno. Para reduzir este problema é essencial que os enfermeiros adotem estratégias que garantam uma comunicação apropriada de informação precisa e completa dos seu doentes. No seu estudo refere que ter uma linguagem comum e um sistema de rotina padronizado ajuda a reduzir os erros durante as transferências, baseado na política

do Hospital. Esta particularidade contribuí para a orientação integração dos novos elementos de enfermagem em pediatria (Popovich, 2011).

Um dos estudos de Vangraafeiland (2018) refere que melhorar a comunicação durante o processo de transferência e transporte, da criança doente de alto risco, através da criação de critérios padronizados de gravidade da doença e a utilização de ferramentas padronizadas na transferência de cuidados do doente pediátrico entre equipas, melhora a segurança do doente e a compreensão do papel de cada membro da equipa.

Com vista a melhoria de uma comunicação eficaz na saúde, é necessário as organizações implementarem medidas, que sejam sustentáveis e indispensáveis, desenvolvendo esforços de sincronização ao nível individual, de equipa e organizacional (VQC, 2010). A nível individual estão ligados a fatores humanos, que influenciam a eficácia da comunicação em saúde como: o stress, a fadiga dos elementos da equipa, os lapsos de memória, as interrupções, as distrações, as atitudes e a personalidade. Uma maneira de superar a influência negativa destes fatores humanos é desenvolver capacidades como a escuta ativa, a negociação e a assertividade. A escuta ativa envolve a equipa de saúde com habilidades de ouvir e manter o foco na mensagem, que está a receber, resistindo as distrações. Uma escuta ativa passa por manter uma mente aberta as ideias dos outros colegas, mesmo que não esteja de acordo. Um doente quando esta comunicando com um profissional de saúde, pode dizer se este mantém uma escuta ativa, através sua postura, do contacto visual e da expressão facial, que mantem ao longo do dialogo. A negociação alcançasse com o desenvolvimento da autoconsciência, em torno dos diversos estilos de comunicação e na habilidade para dialogar com os profissionais de saúde de outras disciplinas, valorizando as diversas perspetivas e dirigindo as situações de conflito. A assertividade reside num comportamento assertivo, consiste num conjunto de atitudes e condutas que permitam ao profissional afirmar-se positivamente, não sendo agressivo ou negligente.

Qualquer intervenção destinada a melhorar a transferência de enfermagem em ambiente hospitalar em comparação com uma prática de transferência de enfermagem hospitalar anterior ou existente ou uma intervenção alternativa. As intervenções podem ter como alvo uma combinação de aspetos de conteúdo (o quê), método de comunicação (como) e localização (onde) da passagem de turno.

O conteúdo pode ser estruturado (por exemplo, incluindo modelos, mnemônicos ou listas de verificação, ou uma combinação deles) ou não estruturado. O método de comunicação refere-se a transferências verbais, escritas ou gravadas, usadas individualmente ou em combinação, possivelmente combinadas com padrões de comunicação padronizados, permitindo que perguntas ou informações sejam lidas de volta. *Handovers* escritos podem ser facilitados por sistemas baseados em papel ou eletrônicos. O local pode ser à beira do leito ou em sala própria (Smeulers, Lucas & Vermeulen, 2014).

A resiliência deverá ser uma concepção presente na passagem de turno, uma vez que, mesmo quando os erros não são detetados, poderão ser colocadas questões para confirmar uma informação (Patterson & Wears, 2010).

Uma das principais dificuldades sentida pelos enfermeiros é a inexistência de diretrizes de como deveria ser dirigida a passagem de turno, bem como a informação que deveria ser incluída. Desta forma, a prática do enfermeiro no processo da passagem de turno é bastante relevante, uma vez que permite ao enfermeiro partilhar a informação necessária, garantindo a continuidade dos cuidados e promovendo a segurança do paciente (Maxson *et al.*, 2012).

Melhorar a qualidade na passagem de turno torna-se um desafio constante de uma gestão adequada, uma vez que pode existir uma informação mal interpretada, levando a falhas na continuidade de cuidados e colocar em risco a segurança do doente. Para isso é importante que os diversos membros da equipa de trabalho discutam a aceitação de responsabilidades partilhadas, a delegação de tarefas e poder de decisão, para que tal acontece é determinante haver reuniões para uma boa comunicação. As passagens de turno envolvem contactos frequentes entre os membros, mas as reuniões tornam-se fundamentais para prevenir lapsos através da transmissão protocolar de informação a todos os membros da equipa, com troca de sugestões mais refletidas para a resolução de problemas, sendo também um momento oportuno para o desenvolvimento de espírito de equipa. Para que isto aconteça é necessário desenvolver no enfermeiro competências de comunicação na passagem de turno, para ser utilizado na formação em serviço, cursos bases e promoção da qualidade (Sousa, 2013).

A aposta na formação dos profissionais na área da comunicação com vista a alcançar a excelência na qualidade dos cuidados, só assim os serviços terão a sua missão cumprida, com valores e princípios consistentes, através de métodos e resultados adequados. A educação na qualidade de cuidados deve iniciar-se na escola transferindo a relevância de uma comunicação eficaz, bem como as consequências das suas falhas. É necessário um investimento a nível curricular, de forma a promover momentos de treino e aprendizagem, para melhorar a comunicação, e conseqüente melhoria de resultados e qualidade. A qualidade em saúde é inseparável da qualidade da interação e da comunicação entre os profissionais de saúde, os principais responsáveis pelo cuidado e segurança do paciente (Sousa, 2013).

Os profissionais de saúde, assim como os enfermeiros não recebem treino formal no processo da passagem de turno, o que torna o processo mais frágil com um possível aumento de eventos adversos (Smeulers, Tellingén & Lucas, 2012).

Na transição dos cuidados, geralmente falha, pela ausência de uma estrutura formal, que é agravada pela falta de linhas orientadoras para o profissional que está a realizar o relatório (Tranquada, 2013). Constatando-se assim que a instabilidade no estilo, qualidade e quantidade da informação transmitida, com potenciais omissões, erros, lacunas, imprecisões e défice de priorização podem ter consequências para a segurança do doente.

Deste enquadramento teórico surge o estudo *Handover* e a Segurança do doente. Uma vez que a qualidade em saúde é inseparável da qualidade da interação e da comunicação entre os profissionais de saúde, os principais responsáveis pelo cuidado e segurança dos doentes.

É um estudo descritivo- exploratório com uma abordagem quantitativa, realizado com 65 enfermeiros, por meio de um questionário, o *Handover Evaluation Scale*. Justifica-se a necessidade deste estudo, dado que a Instituição não tem nenhum estudo nesta área considerou-se muito pertinente a realização desta investigação, no sentido de conhecer a realidade atual das práticas existentes de *handover*, os pontos fortes e os aspetos que carecem de maior atenção. Só conhecendo a realidade podemos abrir caminho para uma comunicação eficaz, durante o *handover*, mantendo a segurança do doente.



## 6. METODOLOGIA

A metodologia de um estudo pretende garantir o rigor científico e a objetividade, mediante o desenvolvimento de um certo número de etapas e regras que permitem chegar a um determinado objetivo de uma forma mais credível. É na fase metodológica que o investigador determina os métodos que utilizará para dar resposta a questões de investigação e as hipóteses (Fortin, 2009).

Este capítulo tem como objetivo descrever a metodologia utilizada ao longo das diversas etapas, bem como as necessárias operacionalizações, para dar resposta ao problema encontrado. Deste modo, ao longo do capítulo proceder-se-á à caracterização do desenho do estudo, à definição dos objetivos, da população/ amostra e à descrição do instrumento de recolha de dados para posteriormente assegurar a fiabilidade e qualidade dos mesmos.

### 6.1. ESTUDO E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

O desenho de investigação orienta no planeamento e na execução do estudo de forma que os objetivos sejam atingidos. Também se define como um conjunto das resoluções a tomar para colocar de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses (Fortin, 2009).

Trata-se de um estudo descritivo- exploratório com uma abordagem quantitativa, a realizar nos serviços de Internamento do Hospital Pediátrico, nomeadamente Cirurgia Queimados e Transplantação Hepática, Ortopedia Neurocirurgia, Pedopsiquiatria, Oncologia, Unidade de Cuidados Intensivos, Pediatria Médica, por serem aqueles onde se realiza a passagem de turno.

Neste estudo, pretende-se analisar o processo de transmissão de informação relativo ao *handover*, identificar a perceção dos enfermeiros sobre os *handovers* e discutir as metodologias de *handovers* e suas implicações para segurança do doente.

O *handover* entre enfermeiros é uma atividade que acontece várias vezes ao dia, estes ocorrem de forma formal, três vezes por dia, excluindo as transferências de doentes entre serviços e as transferências informais, como seja no horário das

refeições, saídas para acompanhar crianças para realização de exames complementares de diagnóstico.

No *handover* da manhã e da tarde estão presentes os enfermeiros da prestação de cuidados e os enfermeiros chefes, enquanto no *handover* da noite estão apenas presentes os enfermeiros da prestação de cuidados.

Apesar de todos serviços anteriormente descritos pertencerem á mesma instituição, a forma como é realizado o *handover* difere de serviço para serviço. Cada serviço adota uma forma de *handover* que melhor se adapta as suas características e necessidades. O *handover*, em alguns serviços, é realizado da seguinte forma: o chefe ou o responsável de turno, no início de cada turno passa o geral e de seguida os enfermeiros distribuem-se por várias salas, e cada enfermeiro recebe a informação detalhada dos doentes que vai ficar naquele turno. Noutros serviços o *handover* é realizado numa sala, onde estão todos os elementos do turno anterior e os do turno seguinte, todos recebem a mesma informação de todos os doentes. Mas ainda há serviços em que o turno é realizado junto do leito da criança, onde estão presentes apenas o enfermeiro, que vai passar e o que vai receber o *handover*.

Com a elaboração da questão de investigação, pretendemos definir de forma clara e concisa o que se pretende estudar. Assim definiu-se como questão central de investigação a seguinte:

### **Como é que os enfermeiros do HPC percecionam a passagem de turno?**

O termo *handover* envolve três características: a transferência de informação, da responsabilidade e de autoridade. É uma atividade clínica que consiste na transferência de informação sobre o doente entre os profissionais de diferentes turnos, até a transferência de um doente de um serviço para outro dentro do mesmo hospital, ou a transferência do doente de uma unidade hospitalar para outra. *Handoff* comporta a transmissão de informação relevante para a continuidade de cuidados do doente, dando a conhecer a situação de saúde atual, as mudanças efetuadas recentemente e o tratamento em curso. Consiste em transferir a responsabilidade do doente a outra equipa profissional no decorrer dos cuidados, durante a admissão até a alta hospitalar (Abraham *et al.*, 2012).

Também a Joint Commission (2017) define o termo *handoff*, como o processo em tempo real de transmitir informações específicas sobre um doente, de um cuidador para outro ou de uma equipa de saúde para outra.

O *handover* é um momento de transição na prestação de cuidados ao doente, em que a transmissão de informação relativa ao doente passa de um profissional ou equipa de saúde para outros (Cohen & Hilligoss, 2010).

É a transferência de responsabilidade, isto acontece quando o doente é transferido de um serviço para outro dentro da mesma Instituição Hospitalar, ou quando o doente é transferido de uma Instituição Hospitalar para outra. O termo *handover* em enfermagem significa passagem de turno, ou seja o momento da transferência de informação dos doentes de uma equipa de enfermagem para outra, após o término de um turno. Em ambas as situações o objetivo é garantir que a informação seja transmitida de forma completa e segura.

Passagem de turno é o momento de transferência de informação que ocorre no final da cada jornada de trabalho (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2001).

A DGS (2017) define transmissão de informação como uma comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre informações e identificação da situação de saúde do doente, sempre que existe transferência, permanente ou temporária, da responsabilidade de prestação de cuidados.

A função da passagem de turno passa por comunicar a informação do doente, fornecendo segurança e a continuidade dos cuidados (Popovich, 2011).

Em Portugal a transmissão de informação é designada geralmente por passagem de turno ou passagem de ocorrências. Ao longo deste estudo o processo de transmissão de informação que se pretende analisar é relativo a passagem de turno em enfermagem. Assim irei utilizar o termo *handover*, para designar passagem de turno.

Desta decorrem questões mais específicas:

- Qual a estrutura e metodologias utilizadas nos “*handovers*”?
- Como é que os enfermeiros percecionam os “*handovers*”?

- Que fatores socio-profissionais estão relacionados com a percepção dos enfermeiros sobre os “*handovers*”?
- Quais são os pontos fortes e as limitações consideradas pelos enfermeiros no *handover* da manhã (08:00 h)?
- De que forma poderia ser melhorado o *handover* da manhã?
- Existem diferenças na forma de realizar o *handover* da manhã, da tarde e da noite?
- Qual o *handover* mais efetivo?
- Quais os pontos fortes, limitações e medidas de melhoria do *handover* da tarde e da noite?

Variável central

As variáveis centrais do estudo são «a estrutura e metodologias dos “*handovers*”» e «a percepção dos enfermeiros sobre os “*handovers*”».

Variável secundária

As variáveis secundárias são: o sexo, o tempo de exercício profissional, a categoria profissional, o vínculo laboral e o regime de horário laboral.

## 6.2. OBJETIVOS DO ESTUDO

De modo a “ estabelecer factos, por em evidência relações entre variáveis” (Fortin,2009,p.30) e para especificar as variáveis- chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de ação que serva para orientar a investigação (Fortin,2009), formulámos os seguintes objetivos:

- Identificar a estrutura e metodologias dos “*handovers*”.
- Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre os “*handovers*”.
- Discutir a estrutura e as metodologias dos “*handovers*” e propor medidas na ótica da segurança do doente.

Este objetivo, enquadrar-se na perspetiva da segurança do doente – *Handover Evaluation*, projeto coordenado pela Professora Doutora Manuela Frederico e

inscrito na Unidade de Investigação (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

### 6.3. POPULAÇÃO

A população estudada, designada população alvo, é um conjunto de pessoas ou de indivíduos que possuem características comuns. A população alvo é um conjunto de indivíduos, que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e da qual se podem fazer generalizações (Fortin, 2009).

A população são todos os enfermeiros dos serviços de internamento do Polo Pediátrico, mais especificamente Cirurgia Queimados e Unidade de Transplantação Hepática, Ortopedia Neurocirurgia, Oncologia, Pediatria Médica, Unidade de Cuidados Intensivos e Pedopsiquiatria.

A população alvo são 137 enfermeiros, participaram 65 enfermeiros neste estudo constituem assim a amostra em estudo. Os 65 enfermeiros que participam no estudo são aqueles que responderam ao questionário.

O Hospital Pediátrico presta cuidados pediátricos multidisciplinares e diferenciados dos 0 aos 18 anos. Esta unidade recebe crianças de toda a região centro do país, sendo uma área de referência nacional para patologias específicas. Também recebe crianças de outras regiões e países, nomeadamente do PALOP. Em 2011 este Hospital foi integrado no Centro Hospitalar Universitário Coimbra, passando a ser um Polo desta Unidade Hospitalar.

A filosofia dos cuidados de enfermagem, centrada no doente e família, ancorada nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros e nos referenciais teóricos da Parceria de Cuidados da Anne Casey, no modelo das transições de Meleis, bem como o plano de análise familiar de Calgary. Associado aos referenciais teóricos, também o método organizacional de cuidados de enfermagem por enfermeiro de referência.

### 6.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O investigador ao escolher o instrumento de colheita dos dados tem em conta os objetivos da sua investigação, o tipo de estudo bem como os instrumentos de

colheita de dados disponíveis, atendendo as desvantagens e vantagens de cada instrumento. O questionário é um instrumento de colheitas de dados que obriga o participante a responder de forma escrita a uma serie de questões. Estes podem ter questões abertas ou fechadas. As vantagens do questionário são: a comodidade e rapidez das respostas, pouco dispendioso (Fortin, 2009).

O instrumento de colheita de dados é um questionário, o *Handover Evaluation Scale*. Este é aplicado nos serviços de internamento do Polo Pediátrico do CHUC.

O questionário HES foi desenvolvido pelos autores O'Connell *et al.* (2008), validado na população australiana, e trata-se de um instrumento que permite avaliar o método e a percepção dos profissionais de saúde relativamente ao *handover* em organizações de saúde. A tradução, adaptação cultural e linguística para Português e validação foi realizada no âmbito do projeto coordenado pela Professora Doutora Manuela Frederico. O presente questionário é constituído por 3 secções distintas, nomeadamente, a secção A – “Dados Socio-profissionais” que contempla 7 itens (sexo, tempo de exercício profissional, tempo no atual serviço, categoria profissional, vínculo laboral, regime de horário profissional e tempo despendido por turno em registos de enfermagem), a secção B – “Estrutura do *handover* de manhã” (transição do turno da noite para o turno da manhã “08:00h”) que é constituída por 9 questões (tempo despendido na preparação e duração do *handover*, método, local, elemento responsável por transmitir a informação e a presença de outros grupos de profissionais) e a secção C – “Percepção do *handover*” que é constituída por um conjunto de itens agrupados em 4 fatores ou dimensões, tais como a qualidade de informação (6 itens), interação e suporte (5 itens), eficiência (3 itens) e envolvimento do doente no processo (3 itens). Os itens estão associados a uma escala de Likert de 1 a 7 pontos com respostas que variam de discordo plenamente (1); discordo (2); discordo parcialmente (3); nem concordo nem discordo (4); concordo parcialmente (5); concordo (6) e concordo plenamente (7). Além disso, a parte final do questionário contempla 5 questões de resposta aberta para identificar qual o *handover* mais efetivo, as diferenças existentes, pontos fortes, limitações e estratégias de melhoria (Anexo I).

Foram entregues em mão os questionários e os consentimentos informados, pela investigadora aos enfermeiros chefes, explicando os objetivos do estudo e solicitando a participação dos enfermeiros. Os enfermeiros chefes foram de uma

ajuda preciosa na distribuição e recolha dos questionários pelos diversos elementos da equipa. Após o preenchimento do questionário por cada elemento da equipa, os enfermeiros colocavam dentro de um envelope os questionários e o consentimento informado.

A colheita de dados decorreu entre 3 de fevereiro e 30 de abril, durante este período passava pelos serviços semanalmente para esclarecer dúvidas e para incentivar os colegas ao preenchimento do questionário.

O horário praticado atualmente na Instituição é das 8h as 15h, das 14:30h as 23h e das 22:30h as 8h ou seja o *handover* da manhã tem início as 8h, o *handover* da tarde têm início as 14:30h, enquanto o *handover* da noite tem início as 22:30h.

#### 6.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E FORMAIS

O projeto em que se enquadra o estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da UICISA:E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que deu parecer favorável (Parecer nº P334-3/2016) (Anexo II).

Foi pedido autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra para a realização do estudo no Polo Pediátrico (Apêndice I). O estudo foi iniciado após o parecer positivo do Conselho de Administração. Assumimos o compromisso de divulgar os resultados do estudo junto da instituição após o seu término.

Adicionalmente foi obtido o consentimento informado, livre e esclarecido, onde a confidencialidade, o anonimato e a privacidade de todos os participantes, foi garantida pela investigadora (Apêndice II).

A participação dos enfermeiros no estudo foi voluntária, ou seja, poderiam não responder ao instrumento de colheita de dados, entregando-os em branco, sem que sobre si recaísse qualquer consequência.

#### 6.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para sistematizar e realçar a informação obtido pelos dados, com a aplicação do questionário elaborado utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística

inferencial. Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), na versão 25.0 e as técnicas estatísticas aplicadas foram: frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central como média aritmética ( $\bar{x}$ ), mediana (Md) e média aritmética ordinal ( $\bar{x}_{ord}$ ); medidas de dispersão ou variabilidade desvio padrão (s) valor mínimo ( $x_{min}$ ) e valor máximo ( $x_{máx}$ ); coeficientes correlação de Spearman; testes de hipóteses teste Wilcoxon, teste t *Student* e ANOVA e teste Kolmogorov-Smirnov, como teste de normalidade.

Na escolha das técnicas estatísticas, nomeadamente dos testes, atendemos às características das variáveis envolvidas e às indicações apresentadas por Pestana e Gageiro (2014) e por Maroco (2007).

Para todos os testes foi fixado o valor 0.05 como limite de significância, ou seja, o que se traduz na rejeição da hipótese nula quando a probabilidade do erro tipo I (probabilidade de rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira) era inferior ao valor atrás mencionado, ou seja, quando  $p < 0.05$ .



## 7. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Como podemos constatar pela análise do quadro 1, a amostra em estudo é constituída por 65 enfermeiros que desenvolvem a sua atividade profissional nos serviços de Cirurgia Queimados e Transplantação Hepática (29.2%), Oncologia Pediátrica (18.5%), Ortopedia e Neurocirurgia (18.5%), Pediatria Médica (15.4%), Pedopsiquiatria (12.3%) e Unidade de Cuidados Intensivos (6.2%).

A maioria dos enfermeiros, concretamente 93.8%, é do sexo feminino e os tempos de exercício profissional situam-se entre 1 e 42 anos, sendo o tempo médio  $18.01 \pm 9.32$  anos. Entre 10 e 15 anos de tempo de exercício estão 27.7% dos profissionais, seguidos de 18.5% entre 5 e 10 anos, de 15.4% cujos tempos de exercício está compreendido entre 15 e 20 anos e de 10.8% que indicam valores entre 20 e 25 anos ou entre 30 e 35 anos. Metade dos elementos da amostra exerce a atividade profissional há, pelo menos, 15 anos. A distribuição de frequências desta variável afasta-se significativamente de uma curva normal ( $p=0.001$ ).

No que concerne ao tempo de exercício no atual serviço, observa-se valores entre 1 e 30 anos, sendo o tempo médio  $10.90 \pm 7.78$  anos. Verifica-se que 29.2% referem tempos entre 5 e 10 anos, seguindo-se 26.2% que trabalham no atual serviço há menos de 5 anos, 15.4% que referem tempos entre 10 e 15 anos e 13.8% mencionam tempos entre 20 e 25 anos. Metade dos inquiridos exercem funções no atual serviço, no máximo, há 8 anos. A distribuição de frequências não apresenta características de uma distribuição normal ( $p<0.001$ ).

Verifica-se que 44.6% dos profissionais estão na categoria de Enfermeiro Especialista, seguidos de 40.0% que estão na categoria de Enfermeiro. A maioria dos enfermeiros, exatamente 67.7%, têm como vínculo profissional o contrato por tempo indeterminado e quase todos os profissionais (96.9%) têm horário de 35 horas semanais, sendo que a maior parte (73.8%) desenvolvem o horário na modalidade de roulement.

Aproximadamente três em cada quatro enfermeiros (73.8%) referem que o tempo médio despendido, por turno, a fazer os registos de enfermagem se situam entre 1 e 2 horas. Os inquiridos referem tempos entre 0.33 e 2.50 horas, sendo o tempo médio  $1.16 \pm 0.52$  horas. Metade dos profissionais refere tempos dedicados aos

registos de enfermagem iguais ou inferiores a 1 hora/turno. A distribuição de frequência afasta-se significativamente de uma curva normal ( $p < 0.001$ ).

Quadro 1 - Distribuição da amostra segundo as características socioprofissionais

Variáveis		n	%
Serviço onde exerce funções	Cirurgia Queimados e Transplantação hepática	19	29.2
	Oncologia pediátrica	12	18.5
	Ortopedia e Neurocirurgia	12	18.5
	Pediatria médica	10	15.4
	Pedopsiquiatria	8	12.3
	Unidade de cuidados intensivos	4	6.2
Sexo	Feminino	61	93.8
	Masculino	4	6.2
Tempo de exercício profissional (anos)	< 5	1	1.5
	[5 – 10[	12	18.5
	[10 – 15[	18	27.7
	[15 – 20[	10	15.4
	[20 – 25[	7	10.8
	[25 – 30[	6	9.2
	[30 – 35[	7	10.8
	≥ 35	4	6.1
$\bar{x} = 18.01$ Md = 15.00 s = 9.32 $x_{\min} = 1$ $x_{\max} = 42$ p = <b>0.001</b>			
Tempo no atual serviço (anos)	< 5	17	26.2
	[5 – 10[	19	29.2
	[10 – 15[	10	15.4
	[15 – 20[	6	9.2
	[20 – 25[	9	13.8
	≥ 25	4	6.2
$\bar{x} = 10.90$ Md = 8.00 s = 7.78 $x_{\min} = 1$ $x_{\max} = 30$ p < <b>0.001</b>			
Categoria profissional	Enfermeiro Especialista	29	44.6
	Enfermeiro Graduado	10	15.4
	Enfermeiro	26	40.0
Vínculo profissional	Contrato a termo certo	4	6.1
	Contrato definitivo	17	26.2
	Contrato por tempo indeterminado	44	67.7
Tempo de trabalho semanal (horas)	25	2	3.1
	35	63	96.9
Tipo de horário	Horário fixo	15	23.1
	Roulement	48	73.8
	Horário flexível	2	3.1
Tempo médio despendido, por turno, em registos de enfermagem (horas)	< 1	8	12.3
	[1 – 2[	48	73.8
	≥ 2	9	13.9
$\bar{x} = 1.16$ Md = 1.00 s = 0.52 $x_{\min} = 0.33$ $x_{\max} = 2.50$ p < <b>0.001</b>			

Em alguns serviços os enfermeiros recebem informação de um ou dois enfermeiros, pelo enfermeiro responsável de turno e/ ou pelo enfermeiro responsável pelo doente. Os enfermeiros que recebem apenas informação de um enfermeiro responderam ao *handover* 1 e os que recebem informação de dois enfermeiros responderam ao *handover* 1 e 2.

Os dados e resultados que constituem o quadro 2 permitem-nos conhecer a opinião dos profissionais inquiridos acerca do *handover* da manhã. Quanto ao tempo despendido na preparação do *handover*, os profissionais referem valores compreendidos entre 0.10 e 1.50 horas, sendo o tempo médio  $0.59 \pm 0.44$  horas.

Verifica-se que 32.3% dos enfermeiros mencionam tempos entre 0.5 e 1.0 horas, seguidos de 30.8% que mencionam tempos inferiores a 0.5 horas. Metade dos elementos da amostra mencionam tempos de preparação do *handover* da manhã iguais ou inferiores a 0.5 horas e a distribuição de frequências não pode ser considerada normal ( $p < 0.001$ ).

Os enfermeiros inquiridos referem que o *handover* 1 demora entre 5.00 e 90.00 minutos, sendo a duração média  $37.06 \pm 16.00$  minutos. Verifica-se que 36.9% dos profissionais mencionam tempos entre 30 e 45 minutos, seguidos de 30.8% que referem tempos entre 45 e 60 minutos. Metade dos profissionais afirma que o *handover* 1 demorava, pelo menos, 40.00 minutos. A distribuição de frequências afasta-se de uma curva normal ( $p = 0.003$ ). A maioria dos enfermeiros (81.5%) afirma que o *handover* 1 é realizado de forma verbal e a mesma percentagem gosta que esta seja a forma de realização. Também a maioria (80.0%) refere que no *handover* 1 a informação é transmitida pelo enfermeiro responsável pelo doente e a mesma percentagem considerou ser este o enfermeiro que gostam que transmita a informação. Segundo 81.5% dos enfermeiros o *handover* 1 decorre no gabinete de enfermagem e 78.5% consideram ser este o local onde gostam que o *handover* 1 seja realizado. Quase todos os enfermeiros (98.5%) afirmam que durante o *handover* 1 não estão presentes outros grupos profissionais.

Relativamente ao *handover* 2, verifica-se que apenas 16 enfermeiros tipificam a respetiva estrutura. Estes enfermeiros referem que o *handover* 2 demora entre 10.00 e 60.00 minutos e a duração média é  $23.94 \pm 16.02$  minutos. Constata-se que 31.2% destes profissionais mencionam tempos inferiores a 15 minutos e igual percentagem indicam tempos entre 15 e 30 minutos, seguidos de 25.0% que referem tempos entre 30 e 45 minutos. Metade destes profissionais afirmam que o *handover* 2 demora, no máximo, 20.00 minutos. A distribuição de frequências afasta-se de uma curva normal ( $p = 0.002$ ). A maior parte destes enfermeiros (87.5%) afirma que o *handover* 2 é realizado de forma verbal e a mesma percentagem refere gostar que assim seja. Igualmente a maioria (81.3%) refere que no *handover* 2 a informação é transmitida pelo enfermeiro responsável pelo doente e a mesma percentagem considerou ser este o enfermeiro de quem gostam de receber a informação. Verifica-se que 75.0% destes enfermeiros afirmam que o *handover* 2 decorre no gabinete de enfermagem e, com a mesma percentagem,

consideram ser este o local onde gostam que o *handover* 2 seja realizado. Todos estes enfermeiros afirmam que o *handover* 2 decorre sem a presença de outros grupos profissionais.

Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo a estrutura do *handover* de manhã

Variáveis		n	%		
Tempo despendido na preparação do Handover da manhã (horas)	< 0.5	20	30.8		
	[0.5 – 1.0[	21	32.3		
	≥ 1.0	14	21.5		
	Não respondeu	10	15.4		
$\bar{x} = 0.59$ Md = 0.50 s = 0.44 $x_{\min} = 0.10$ $x_{\max} = 1.50$ p < 0.001					
		Handover 1		Handover 2	
		n	%	n	%
Tempo que demora o handover da manhã (minutos)	< 15	5	7.7	5	31.2
	[15 – 30[	8	12.3	5	31.2
	[30 – 45[	24	36.9	4	25.0
	[45 – 60[	20	30.8	0	0.0
	≥ 60	8	12.3	2	12.5
Handover 1: $\bar{x} = 37.06$ Md = 40.00 s = 16.00 $x_{\min} = 5.00$ $x_{\max} = 90.00$				p = 0.003	
Handover 2: $\bar{x} = 23.94$ Md = 20.00 s = 16.02 $x_{\min} = 10.00$ $x_{\max} = 60.00$				p = 0.002	
Forma como é realizado o handover da manhã	Verbal	53	81.5	14	87.5
	Escrito	0	0.0	0	0.0
	Gravado	0	0.0	0	0.0
	Outro (verbal e escrito)	12	18.5	2	12.5
Forma como gostaria que fosse realizado o handover da manhã	Verbal	53	81.5	14	87.5
	Escrito	1	1.5	0	0.0
	Gravado	1	1.5	0	0.0
	Outro (verbal e escrito)	10	15.5	2	12.5
Quem costuma transmitir a informação de manhã	Enfermeiro responsável pelo turno	12	18.5	2	12.5
	Enfermeiro responsável pelo doente	52	80.0	13	81.3
	Outro (ambos)	1	1.5	1	6.3
Quem gostaria que transmitisse a informação de manhã	Enfermeiro responsável pelo turno	11	17.0	2	12.5
	Enfermeiro responsável pelo doente	52	80.0	13	81.3
	Outro (ambos)	2	3.0	1	6.3
Onde é realizado o handover da manhã	Sala própria	10	15.5	1	6.3
	Gabinete de enfermagem	53	81.5	12	75.0
	Junto do doente	0	0.0	3	18.8
	Outro (Sala própria ou Gabinete de enfermagem)	1	1.5	0	0.0
	Outro (Sala própria ou Junto do doente)	1	1.5	0	0.0
Onde gostaria que fosse realizado o handover da manhã	Sala própria	13	0.20	2	12.5
	Gabinete de enfermagem	51	78.5	12	75.0
	Junto do doente	0	0.0	2	12.5
	Outro (Gabinete de enfermagem ou Junto do doente)	1	1.5	0	0.0
Outros grupos que estejam presentes no handover da manhã	Médicos	0	0.0	0	0.0
	Nutricionistas/dietistas	0	0.0	0	0.0
	Não estão presentes	64	98.5	16	100.0
	Outro (alunos de enfermagem)	1	1.5	0	0.0

A análise dos dados que constituem os quadros 3 e 4 permite obter informação acerca da perceção dos enfermeiros quanto ao *handover* da manhã. Verifica-se que 40.0% concordam e 32.3% concordam parcialmente com a afirmação «Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.»; 35.4% concordam com o item «Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o *handover*.» mas 21.5% manifestam discordância; com as afirmações «Tenho informação suficiente sobre o doente.» e «Tenho a oportunidade de reunir

e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.», respetivamente, 56.9% e 50.8% concordam; 36.9% concordam parcialmente e 23.1% concordam com a afirmação «Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.»; 36.9% concordam e 20.0% concordam parcialmente com a afirmação «Durante o *handover* recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.»; 67.7% concordam que «A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.»; com a afirmação «Sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos doentes e seus familiares.» 21.5% dos enfermeiros concordam parcialmente, igual percentagem concorda e 18.5% concorda plenamente; 72.3%, 60.0% e 63.1%, respetivamente, concordam com as afirmações «Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.», «A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.» e «Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.»; 27.7% concordam e 26.2% concordam plenamente com o item «Considero que o *handover* demora muito tempo.»; 64.6% concordam que «A informação que recebo está atualizada.»; 58.5% discordam plenamente com a afirmação «Os doentes participam no processo de *handover*.», 43.1% concordam e 27.7% concordam parcialmente com a frase «Consigo memorizar a informação que foi transmitida.»; 56.9% concordam com a afirmação «Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.»; 40.0% concordam parcialmente e 32.3% concordam com a afirmação «Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.»

Quadro 3 - Distribuição da amostra segundo a perceção do *handover* da manhã

Itens	Discordo plenamente		Discordo		Discordo parcialmente		Nem concordo, nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo		Concordo plenamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.	1	1.5	5	7.7	4	6.2	5	7.7	21	32.3	26	40.0	3	4.6
Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o <i>handover</i> .	10	15.4	14	21.5	1	1.5	3	4.6	13	20.0	23	35.4	1	1.5
Tenho informação suficiente sobre o doente.	0	0.0	0	0.0	1	1.5	1	1.5	18	27.7	37	56.9	8	12.3

Quadro 4 - Distribuição da amostra segundo a percepção do *handover* da manhã (continuação)

Itens	Discordo plenamente		Discordo		Discordo parcialmente		Nem concordo, nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo		Concordo plenamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.	0	0.0	2	3.1	4	6.2	4	6.2	17	26.2	<b>33</b>	<b>50.8</b>	5	7.7
Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.	4	6.2	4	6.2	8	12.3	9	13.8	<b>24</b>	<b>36.9</b>	<b>15</b>	<b>23.1</b>	1	1.5
Durante o <i>handover</i> recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.	1	1.5	8	12.3	6	9.2	3	4.6	<b>13</b>	<b>20.0</b>	<b>24</b>	<b>36.9</b>	10	15.4
A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.	0	0.0	0	0.0	1	1.5	0	0.0	14	21.5	<b>44</b>	<b>67.7</b>	6	9.2
Sou muitas vezes interrompido durante o <i>handover</i> , pelos doentes e seus familiares.	4	6.2	10	15.4	9	13.8	2	3.1	<b>14</b>	<b>21.5</b>	<b>14</b>	<b>21.5</b>	<b>12</b>	<b>18.5</b>
Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.5	11	16.9	<b>47</b>	<b>72.3</b>	6	9.2
A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.	0	0.0	0	0.0	1	1.5	7	10.8	16	24.6	<b>39</b>	<b>60.0</b>	2	3.1
Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.	0	0.0	0	0.0	3	4.6	0	0.0	7	10.8	<b>41</b>	<b>63.1</b>	14	21.5
Considero que o <i>handover</i> demora muito tempo.	0	0.0	9	13.8	7	10.8	4	6.2	10	15.4	<b>18</b>	<b>27.7</b>	<b>17</b>	<b>26.2</b>
A informação que recebo está atualizada.	0	0.0	1	1.5	4	6.2	2	3.1	9	13.8	<b>42</b>	<b>64.6</b>	7	10.8
Os doentes participam no processo de <i>handover</i> .	<b>38</b>	<b>58.5</b>	21	32.3	0	0.0	4	6.2	1	1.5	1	1.5	0	0.0
Consigo memorizar a informação que foi transmitida.	1	1.5	4	6.2	3	4.6	4	6.2	<b>18</b>	<b>27.7</b>	<b>28</b>	<b>43.1</b>	7	10.8
Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	4.6	16	24.6	<b>37</b>	<b>56.9</b>	9	13.8
Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.	0	0.0	6	9.2	2	3.1	3	4.6	<b>26</b>	<b>40.0</b>	<b>21</b>	<b>32.3</b>	7	10.8

Os resultados que se apresentam no quadro 5 permitem identificar as afirmações com as quais os enfermeiros tendem a manifestar maior concordância e aquelas em que os profissionais manifestam menor concordância. Permite, também, avaliar a percepção dos profissionais acerca do *handover* da manhã.

Verifica-se que os enfermeiros manifestam maior concordância com as afirmações «Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.», «Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.», «A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.», «Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.» e «Tenho informação suficiente sobre o doente.». Por outro lado, a concordância é menor perante as afirmações «Os doentes participam no processo de *handover*.», «Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o *handover*.», «Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.», «Sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos doentes e seus familiares.» e «Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.». Ainda observa-se que as pontuações globais variam entre 3.06 e 5.53, sendo a média  $4.44 \pm 0.48$  e que 73.8% dos enfermeiros evidenciam uma perceção moderada acerca do *handover* da manhã. Metade dos elementos da amostra obtém pontuações iguais ou superiores a 4.53 e a distribuição de frequências pode ser considerada como estando próxima da distribuição normal ( $p = 0.200$ ).

Quadro 5 - Medidas descritivas referentes à perceção sobre o *handover* da manhã

Itens	$\bar{x}$	Md	s	X <sub>min</sub>	X <sub>máx</sub>
Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.	5.00	5.00	1.37	1	7
Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o <i>handover</i> .	4.05	5.00	2.02	1	7
Tenho informação suficiente sobre o doente.	5.77	6.00	0.74	3	7
Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.	5.38	6.00	1.13	2	7
Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.	4.45	5.00	1.48	1	7
Durante o <i>handover</i> recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.	5.02	6.00	1.67	1	7
A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.	5.83	6.00	0.65	3	7
Sou muitas vezes interrompido durante o <i>handover</i> , pelos doentes e seus familiares.	4.57	5.00	1.94	1	7
Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.	5.89	6.00	0.56	4	7
A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.	5.52	6.00	0.79	3	7
Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.	5.97	6.00	0.86	3	7
Considero que o <i>handover</i> demora muito tempo.	5.11	6.00	1.76	2	7
A informação que recebo está atualizada.	5.66	6.00	1.04	2	7
Os doentes participam no processo de <i>handover</i> .	1.65	1.00	1.05	1	6
Consigo memorizar a informação que foi transmitida.	5.25	6.00	1.37	1	7
Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.	5.80	6.00	0.73	4	7
Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.	5.15	5.00	1.33	2	7
<b>Variável</b>		<b>n</b>		<b>%</b>	
Perceção global do <i>handover</i> da manhã	[1 – 2[	0		0.0	
	[2 – 3[	0		0.0	
	[3 – 4[	10		15.4	
	[4 – 5[	48		73.8	
	[5 – 6[	7		10.8	
	[6 – 7]	0		0.0	
$\bar{x} = 4.44$ Md = 4.53 s = 0.48 X <sub>min</sub> = 3.06 X <sub>máx</sub> = 5.53 p = 0.200					

Relativamente ao *handover* da tarde, os dados que se apresentam no quadro 6 permitem verificar o grau de concordância dos enfermeiros, face a cada uma das afirmações, no âmbito do *handover* da tarde.

Como se verifica 47.7% dos elementos da amostra concordam e 27.7% concordam parcialmente com a afirmação «Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.»; 35.4% concordam e 23.1% discordam com a afirmação «Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o *handover*.»; 61.5% concordam com a frase «Tenho informação suficiente sobre o doente.»; 49.2% concordam e 32.3% concordam parcialmente com a afirmação «Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.»; 40.4% concordam parcialmente e 23.1% concordam com a afirmação «Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.»; 38.5% concordam, 18.5% concordam parcialmente e 15.4% concordam totalmente com o item «Durante o *handover* recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.»; 66.2% concordam com a afirmação «A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.»; 29.2% concordam 20.2% concordam totalmente e 16.9% concordam parcialmente com a afirmação «Sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos doentes e seus familiares.»; 73.8%, 61.5% e 66.2% concordam com as afirmações «Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.», «A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.» e «Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi», respetivamente; 30.8% concordam e 24.6% concordam totalmente com a frase «Considero que o *handover* demora muito tempo.»; 67.7% concordam com a ideia de que a «A informação que recebo está atualizada.»; 60.0% discordam totalmente com o facto de «Os doentes participam no processo de *handover*.»; 49.2% concordam e 26.2% concordam parcialmente com a afirmação «Consigo memorizar a informação que foi transmitida.»; 60.0% concordam que «Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.»; 36.9% concordam e 33.8% concordam parcialmente com a afirmação «Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.».



Quadro 6 - Distribuição da amostra segundo a percepção do *handover* da tarde

Itens	Discordo plenamente		Discordo		Discordo parcialmente		Nem concordo, nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo		Concordo plenamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.	0	0.0	4	6.2	5	7.7	5	7.7	18	27.7	31	47.7	2	3.1
Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o <i>handover</i> .	10	15.4	15	23.1	1	1.5	4	6.2	12	18.5	23	35.4	0	0.0
Tenho informação suficiente sobre o doente.	0	0.0	0	0.0	1	1.5	1	1.5	14	21.5	40	61.5	9	13.8
Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.	0	0.0	1	1.5	3	4.6	3	4.6	21	32.3	32	49.2	5	7.7
Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.	3	4.6	2	3.1	8	12.3	9	13.6	26	40.0	15	23.1	2	3.1
Durante o <i>handover</i> recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.	0	0.0	8	12.3	6	9.2	4	6.2	12	18.5	25	38.5	10	15.4
A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.	1	1.5	0	0.0	1	1.5	0	0.0	14	21.5	43	66.2	6	9.2
Sou muitas vezes interrompido durante o <i>handover</i> , pelos doentes e seus familiares.	2	3.1	9	13.8	8	12.3	3	4.6	11	16.9	19	29.2	13	20.0
Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	3.1	10	15.4	48	73.8	5	7.7
A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.	0	0.0	0	0.0	2	3.1	6	9.2	14	21.5	40	61.5	3	4.6
Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.	0	0.0	0	0.0	3	4.6	0	0.0	7	10.8	43	66.2	12	18.5
Considero que o <i>handover</i> demora muito tempo.	0	0.0	9	13.8	5	7.7	5	7.7	10	15.4	20	30.8	16	24.6
A informação que recebo está atualizada.	0	0.0	0	0.0	2	3.1	3	4.6	11	16.9	44	67.7	5	7.7
Os doentes participam no processo de <i>handover</i> .	39	60.0	20	30.8	1	1.5	4	6.2	0	0.0	0	0.0	1	1.5
Consigo memorizar a informação que foi transmitida.	1	1.5	4	6.2	2	3.1	3	4.6	17	26.2	32	49.2	6	9.2
Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.5	16	24.6	39	60.0	9	13.8
Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.	0	0.0	7	10.8	1	1.5	4	6.2	22	33.8	24	36.9	7	10.8

Os resultados que constituem os quadros 7 e 8 permitem conhecer as afirmações com os quais os enfermeiros tendem a revelar maior e menor concordância, em relação ao *handover* da tarde. Verifica-se que os profissionais tendem a concordar mais com as afirmações «Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.», «Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.», «Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.», «Tenho informação suficiente sobre o doente.» e «A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.». A concordância dos elementos da amostra tende a ser menor com as afirmações «Os doentes participam no processo de *handover*.», «Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o *handover*.», «Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.», «Sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos doentes e seus familiares.» e «Durante o *handover* recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.».

Em termos globais, observa-se pontuações entre 3.12 e 5.76, sendo a média  $4.61 \pm 0.52$ . Verifica-se que a maioria dos enfermeiros (70.8%) obtêm pontuações entre 4 e 5 e que metade dos elementos da amostra apresentam valores iguais ou inferiores a 4.65. A distribuição de frequências desta variável pode ser considerada normal ( $p = 0.200$ ). Estes resultados tendem a revelar que os enfermeiros evidenciam ter uma perceção moderada do *handover* da tarde.

Quadro 7 - Medidas descritivas referentes à perceção sobre o *handover* da tarde

Itens	$\bar{x}$	Md	s	X <sub>min</sub>	X <sub>máx</sub>
Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.	5.12	6.00	1.24	2	7
Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o <i>handover</i> .	3.95	5.00	2.00	1	6
Tenho informação suficiente sobre o doente.	5.85	6.00	0.73	3	7
Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.	5.46	6.00	0.99	2	7
Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.	4.63	5.00	1.38	1	7
Durante o <i>handover</i> recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.	5.08	6.00	1.60	2	7
A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.	5.75	6.00	0.88	1	7
Sou muitas vezes interrompido durante o <i>handover</i> , pelos doentes e seus familiares.	4.86	5.00	1.84	1	7
Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.	5.86	6.00	0.58	4	7
A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.	5.55	6.00	0.85	3	7
Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.	5.94	6.00	0.85	3	7
Considero que o <i>handover</i> demora muito tempo.	5.15	6.00	1.72	2	7
A informação que recebo está atualizada.	5.72	6.00	0.80	3	7
Os doentes participam no processo de <i>handover</i> .	1.62	1.00	1.06	1	7
Consigo memorizar a informação que foi transmitida.	5.32	6.00	1.32	1	7
Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.	5.86	6.00	0.66	4	7
Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.	5.17	5.00	1.38	2	7

Quadro 8 - Medidas descritivas referentes à percepção sobre o *handover* da tarde (continuação)

Variável		n	%
Percepção global do <i>handover</i> da tarde	[1 - 2[	0	0.0
	[2 - 3[	0	0.0
	[3 - 4[	5	7.7
	[4 - 5[	46	70.8
	[5 - 6[	14	21.5
	[6 - 7[	0	0.0
$\bar{x} = 4.61$ Md = 4.65 s = 0.52 $x_{\min} = 3.12$ $x_{\max} = 5.76$ p = 0.200			

No âmbito do *handover* da noite, os dados que se apresentam nos quadros 9 e 10 permitem constatar que 40.0% dos enfermeiros concordam e 30.8% concordam parcialmente com a afirmação «Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.»; 33.8% concordam e 23.1% concordam parcialmente com a frase «Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o *handover*.»; 60.0% concordam com a afirmação «Tenho informação suficiente sobre o doente.»; 41.5% concordam e 32.3% concordam parcialmente com a afirmação «Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.»; 35.4% concordam parcialmente e 24.6% concordam com a ideia de que «Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.»; 41.5% concordam e 18.5% concordam parcialmente com a afirmação «Durante o *handover* recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.»; 70.8% concordam que «A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.»; 21.5% concordam, 20.0% concordam parcialmente e 18.5% discordam com a afirmação «Sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos doentes e seus familiares.»; 72.3%, 58.2% e 64.6% concordam com as afirmações «Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.», «A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.» e «Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi», respetivamente; 26.2% concordam totalmente, 23.1% concordam e 20.0% concordam parcialmente com a afirmação «Considero que o *handover* demora muito tempo.»; 67.7% concordam que «A informação que recebo está atualizada.»; 55.4% discordam totalmente com a afirmação «Os doentes participam no processo de *handover*.», 46.2% concordam e 26.2% concordam parcialmente com a frase «Consigo memorizar a informação que foi transmitida.»; 64.6% concordam com a frase «Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.»; 35.4% concordam e igual

percentagem concordo parcialmente com a afirmação «Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.»

Quadro 9 - Distribuição da amostra segundo a percepção do *handover* da noite

Itens	Discordo plenamente		Discordo		Discordo parcialmente		Nem concordo, nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo		Concordo plenamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.	2	3.1	5	7.7	3	4.6	5	7.7	<b>20</b>	<b>30.8</b>	<b>26</b>	<b>40.0</b>	4	6.2
Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o <i>handover</i> .	12	18.5	14	21.5	0	0.0	2	3.1	<b>15</b>	<b>23.1</b>	<b>22</b>	<b>33.8</b>	0	0.0
Tenho informação suficiente sobre o doente.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	3.1	15	23.1	<b>39</b>	<b>60.0</b>	9	13.8
Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.	1	1.5	4	6.2	4	6.2	4	6.2	<b>21</b>	<b>32.3</b>	<b>27</b>	<b>41.5</b>	4	6.2
Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.	5	7.7	5	7.7	7	10.8	7	10.8	<b>23</b>	<b>35.4</b>	<b>16</b>	<b>24.6</b>	2	3.1
Durante o <i>handover</i> recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.	0	0.0	7	10.8	6	9.2	3	4.6	<b>12</b>	<b>18.5</b>	<b>27</b>	<b>41.5</b>	10	15.4
A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.	1	1.5	2	3.1	1	1.5	0	0.0	9	13.8	<b>46</b>	<b>70.8</b>	6	9.2
Sou muitas vezes interrompido durante o <i>handover</i> , pelos doentes e seus familiares.	5	7.7	<b>12</b>	<b>18.5</b>	8	12.3	4	6.2	<b>13</b>	<b>20.0</b>	<b>14</b>	<b>21.5</b>	9	13.8
Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	20.0	<b>47</b>	<b>72.3</b>	5	7.7
A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	9.2	18	27.7	<b>38</b>	<b>58.2</b>	3	4.6
Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.	0	0.0	0	0.0	4	6.2	1	1.5	6	9.2	<b>42</b>	<b>64.6</b>	12	18.5
Considero que o <i>handover</i> demora muito tempo.	0	0.0	9	13.8	6	9.2	5	7.7	<b>13</b>	<b>20.0</b>	<b>15</b>	<b>23.1</b>	<b>17</b>	<b>26.2</b>
A informação que recebo está atualizada.	0	0.0	0	0.0	2	3.1	2	3.1	10	15.4	<b>44</b>	<b>67.7</b>	7	10.8

Quadro 10 - Distribuição da amostra segundo a percepção do *handover* da noite (continuação)

Itens	Discordo plenamente		Discordo		Discordo parcialmente		Nem concordo, nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo		Concordo plenamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Os doentes participam no processo de <i>handover</i> .	36	55.4	21	32.3	1	1.5	4	6.2	0	0.0	1	1.5	2	3.1
Conseguo memorizar a informação que foi transmitida.	2	3.1	5	7.7	3	4.6	3	4.6	17	26.2	30	46.2	5	7.7
Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	3.1	12	18.5	42	64.6	9	13.8
Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.	0	0.0	5	7.7	3	4.6	3	4.6	23	35.4	23	35.4	8	12.3

Os resultados que constituem o quadro 11 permite conhecer a tendência de concordância dos elementos da amostra com as afirmações relativas ao *handover* da noite. Como se constata os enfermeiros tendem a revelar maior concordância com as afirmações «Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.», «Conseguo clarificar a informação que me foi transmitida.», «Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.», «Tenho informação suficiente sobre o doente.» e «A informação que recebo está atualizada.». Por outro lado, os enfermeiros tendem a concordar menos com as afirmações «Os doentes participam no processo de *handover*.», «Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o *handover*.», «Sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos doentes e seus familiares.», «Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.» e «Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.».

Globalmente, as pontuações situam-se entre 3.12 e 5.88, tendo como valor médio  $4.60 \pm 0.55$ . Verifica-se que 67.7% dos enfermeiros obtêm pontuações entre 4 e 5 e que metade destes profissionais obtêm resultados iguais ou inferiores a 4.65 pontos. A distribuição de frequência pode ser considerada normal ( $p = 0.179$ ). Pode-se afirmar que as respostas tenderam a evidenciar uma percepção razoável do *handover* da noite.

Quadro 11 - Medidas descritivas referentes à percepção sobre o *handover* da noite

Itens	$\bar{x}$	Md	s	X <sub>min</sub>	X <sub>máx</sub>
Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/díficeis.	5.00	5.00	1.46	1	7
Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o <i>handover</i> .	3.92	5.00	2.04	1	6
Tenho informação suficiente sobre o doente.	5.85	6.00	0.69	4	7
Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.	5.11	5.00	1.34	1	7
Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.	4.45	5.00	1.60	1	7
Durante o <i>handover</i> recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.	5.17	6.00	1.56	2	7
A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.	5.71	6.00	1.09	1	7
Sou muitas vezes interrompido durante o <i>handover</i> , pelos doentes e seus familiares.	4.32	5.00	1.95	1	7
Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.	5.88	6.00	0.52	5	7
A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.	5.58	6.00	0.73	4	7
Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.	5.88	6.00	0.94	3	7
Considero que o <i>handover</i> demora muito tempo.	5.08	5.00	1.74	2	7
A informação que recebo está atualizada.	5.80	6.00	0.80	3	7
Os doentes participam no processo de <i>handover</i> .	1.80	1.00	1.35	1	7
Consigo memorizar a informação que foi transmitida.	5.12	6.00	1.48	1	7
Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.	5.89	6.00	0.66	4	7
Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.	5.23	5.00	1.32	2	7
<b>Variável</b>				<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Percepção global do <i>handover</i> da noite</b>	[1 – 2[			0	0.0
	[2 – 3[			0	0.0
	[3 – 4[			8	12.3
	[4 – 5[			44	67.7
	[5 – 6[			13	20.0
	[6 – 7]			0	0.0
$\bar{x} = 4.60$ Md = 4.65 s = 0.55 X <sub>min</sub> = 3.12 X <sub>máx</sub> = 5.88 p = 0.179					

A aplicação do teste de Wilcoxon permite identificar as afirmações em que a tendência de respostas foram estatisticamente significativas quando se compara o *handover* da tarde com o da manhã, o da noite com o da manhã e o da noite com o da tarde.

Os resultados que constituem o quadro 12 foram obtidos ao comparar o *handover* da tarde com o da manhã. Verifica-se que, apenas, existe diferença estatisticamente significativa ( $p = 0.021$ ) na afirmação «Sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos doentes e seus familiares.». Atendendo aos valores apresentados pelas médias ordinais pode-se afirmar que os enfermeiros tendem a evidenciar maior concordância com esta afirmação no âmbito do *handover* da tarde do que no *handover* da manhã. Em termos globais, o teste t de Student revela a existência de diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.001$ ) entre a percepção do *handover* da tarde e o da manhã, sendo que a percepção tende a ser mais favorável ao *handover* da tarde.

Quadro 12 - Comparação da percepção do *handover* da tarde com a *handover* da manhã

Variáveis		Diferenças	n	$\bar{X}_{ord}$	z	p
Tarde	Manhã					
Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.	Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.	Negativas Positivas Empates	3 10 52	9.00 6.40 0.00	-1.345	0.179
Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o <i>handover</i> .	Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o <i>handover</i> .	Negativas Positivas Empates	4 0 61	2.50 0.00 0.00	-1.890	0.059
Tenho informação suficiente sobre o doente.	Tenho informação suficiente sobre o doente.	Negativas Positivas Empates	1 5 59	5.00 3.20 0.00	-1.186	0.236
Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.	Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.	Negativas Positivas Empates	4 5 56	4.00 5.80 0.00	-0.787	0.431
Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.	Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.	Negativas Positivas Empates	4 8 53	5.25 4.13 0.00	-1.429	0.153
Durante o <i>handover</i> recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.	Durante o <i>handover</i> recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.	Negativas Positivas Empates	4 5 56	3.50 6.20 0.00	-1.043	0.297
A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.	A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.	Negativas Positivas Empates	4 3 58	4.38 3.50 0.00	-0.632	0.527
Sou muitas vezes interrompido durante o <i>handover</i> , pelos doentes e seus familiares.	Sou muitas vezes interrompido durante o <i>handover</i> , pelos doentes e seus familiares.	Negativas Positivas Empates	5 13 47	7.00 10.46 0.00	-2.301	<b>0.021</b>
Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.	Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.	Negativas Positivas Empates	5 3 57	4.30 4.83 0.00	-0.513	0.608
A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.	A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.	Negativas Positivas Empates	3 4 58	3.50 4.38 0.00	-0.632	0.527
Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.	Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.	Negativas Positivas Empates	5 3 57	4.50 4.50 0.00	-0.707	0.480
Considero que o <i>handover</i> demora muito tempo.	Considero que o <i>handover</i> demora muito tempo.	Negativas Positivas Empates	4 7 54	6.50 5.71 0.00	-0.632	0.528
A informação que recebo está atualizada.	A informação que recebo está atualizada.	Negativas Positivas Empates	5 5 55	4.40 6.60 0.00	-0.575	0.565
Os doentes participam no processo de <i>handover</i> .	Os doentes participam no processo de <i>handover</i> .	Negativas Positivas Empates	2 1 62	2.25 1.50 0.00	-0.816	0.414
Consigo memorizar a informação que foi transmitida.	Consigo memorizar a informação que foi transmitida.	Negativas Positivas Empates	3 7 55	5.00 5.71 0.00	-1.387	0.166
Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.	Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.	Negativas Positivas Empates	2 5 58	3.50 4.20 0.00	-1.265	0.206
Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.	Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.	Negativas Positivas Empates	4 7 54	7.38 5.21 0.00	-0.325	0.745
		$\bar{x}$	s	t	P	
Percepção global do <i>handover</i> da tarde	Percepção global do <i>handover</i> da manhã	4.61	0.52	7.110	< <b>0.001</b>	
		4.44	0.48			

A comparação entre o *handover* da noite e o da manhã (quadro 13) revela a existência de diferença significativa na afirmação «Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.» (p = 0.019). A tendência de resposta revela uma percepção mais concordante na

*handover* da manhã face à da noite. Constata-se a existência de diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.001$ ), sendo que a percepção dos enfermeiros tende a ser mais favorável para o *handover* da noite comparando com o da manhã.

Quadro 13 - Comparação da percepção do *handover* da noite com a do *handover* da manhã

Variáveis		Diferenças	n	$\bar{x}_{ord}$	z	p
Noite	Manhã					
Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.	Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.	Negativas Positivas Empates	4 3 58	3.50 4.67 0.00	0.000	1.000
Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o <i>handover</i> .	Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o <i>handover</i> .	Negativas Positivas Empates	6 2 57	4.50 4.50 0.00	-1.278	0.201
Tenho informação suficiente sobre o doente.	Tenho informação suficiente sobre o doente.	Negativas Positivas Empates	1 5 59	5.00 3.20 0.00	-1.186	0.236
Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.	Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.	Negativas Positivas Empates	8 1 56	5.25 3.00 0.00	-2.354	<b>0.019</b>
Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.	Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.	Negativas Positivas Empates	4 5 56	5.75 4.40 0.00	-0.061	0.951
Durante o <i>handover</i> recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.	Durante o <i>handover</i> recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.	Negativas Positivas Empates	2 6 57	3.50 4.83 0.00	-1.611	0.107
A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.	A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.	Negativas Positivas Empates	3 3 59	5.00 2.00 0.00	-0.957	0.339
Sou muitas vezes interrompido durante o <i>handover</i> , pelos doentes e seus familiares.	Sou muitas vezes interrompido durante o <i>handover</i> , pelos doentes e seus familiares.	Negativas Positivas Empates	10 5 50	9.20 5.00 0.00	-1.836	0.066
Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.	Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.	Negativas Positivas Empates	4 2 59	3.00 4.50 0.00	-0.333	0.739
A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.	A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.	Negativas Positivas Empates	4 7 54	5.88 6.07 0.00	-0.884	0.377
Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.	Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.	Negativas Positivas Empates	6 2 57	4.83 3.50 0.00	-1.613	0.107
Considero que o <i>handover</i> demora muito tempo.	Considero que o <i>handover</i> demora muito tempo.	Negativas Positivas Empates	5 3 57	4.10 5.17 0.00	-0.355	0.722
A informação que recebo está atualizada.	A informação que recebo está atualizada.	Negativas Positivas Empates	4 7 54	4.63 6.79 0.00	-1.315	0.189
Os doentes participam no processo de <i>handover</i> .	Os doentes participam no processo de <i>handover</i> .	Negativas Positivas Empates	1 3 61	2.00 2.67 0.00	-1.095	0.273
Consigo memorizar a informação que foi transmitida.	Consigo memorizar a informação que foi transmitida.	Negativas Positivas Empates	6 5 54	6.75 5.10 0.00	-0.672	0.502
Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.	Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.	Negativas Positivas Empates	1 6 58	3.50 4.08 0.00	-1.897	0.058
Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.	Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.	Negativas Positivas Empates	2 6 57	5.00 4.33 0.00	-1.155	0.248
		$\bar{x}$	s	t	p	
Percepção global do <i>handover</i> da noite		4.60	0.48	5.778	<b>&lt;0.001</b>	
Percepção global do <i>handover</i> da manhã		4.44	0.52			



A comparação do *handover* da noite com o da tarde (quadro 14 e 15) revela a existência de diferenças estatisticamente significativas nas afirmações «Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.» ( $p = 0.009$ ) e «Sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos doentes e seus familiares.» ( $p = 0.001$ ). Em ambas as afirmações os elementos da amostra tendem revelar maior concordância no âmbito dos *handover* da tarde por comparação com os *handover* da noite.

Globalmente, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas, ou seja, a perceção global dos enfermeiros face aos *handover* da noite é semelhante à perceção dos *handover* da tarde.

Quadro 14 - Comparação da perceção do *handover* da noite com a do *handover* da tarde

Variáveis		Diferenças	n	$\bar{x}_{ord}$	z	p
Noite	Tarde					
Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.	Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.	Negativas Positivas Empates	12 5 48	8.00 11.40 0.00	-0.947	0.344
Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o <i>handover</i> .	Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o <i>handover</i> .	Negativas Positivas Empates	5 3 57	4.30 4.83 0.00	-0.513	0.608
Tenho informação suficiente sobre o doente.	Tenho informação suficiente sobre o doente.	Negativas Positivas Empates	2 1 62	1.50 3.00 0.00	0.000	1.000
Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.	Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.	Negativas Positivas Empates	12 3 50	8.75 5.00 0.00	-2.626	<b>0.009</b>
Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.	Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.	Negativas Positivas Empates	8 5 52	8.13 5.20 0.00	-1.375	0.169
Durante o <i>handover</i> recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.	Durante o <i>handover</i> recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.	Negativas Positivas Empates	3 8 54	6.67 5.75 0.00	-1.231	0.218
A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.	A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.	Negativas Positivas Empates	3 4 58	5.33 3.00 0.00	-0.351	0.725
Sou muitas vezes interrompido durante o <i>handover</i> , pelos doentes e seus familiares.	Sou muitas vezes interrompido durante o <i>handover</i> , pelos doentes e seus familiares.	Negativas Positivas Empates	14 1 50	8.32 3.50 0.00	-3.236	<b>0.001</b>
Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.	Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.	Negativas Positivas Empates	3 3 59	3.00 4.00 0.00	-0.333	0.739
A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.	A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.	Negativas Positivas Empates	4 4 57	3.50 5.50 0.00	-0.574	0.566
Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.	Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.	Negativas Positivas Empates	5 4 56	5.80 4.00 0.00	-0.811	0.417
Considero que o <i>handover</i> demora muito tempo.	Considero que o <i>handover</i> demora muito tempo.	Negativas Positivas Empates	8 4 53	6.25 7.00 0.00	-0.882	0.378

Quadro 15 - Comparação da percepção do *handover* da noite com a do *handover* da tarde (continuação)

Variáveis		Diferenças	n	$\bar{x}_{ord}$	z	p
Noite	Tarde					
A informação que recebo está atualizada.	A informação que recebo está atualizada.	Negativas Positivas Empates	3 8 54	6.83 5.69 0.00	-1.184	0.236
Os doentes participam no processo de <i>handover</i> .	Os doentes participam no processo de <i>handover</i> .	Negativas Positivas Empates	0 3 62	0.00 2.00 0.00	-1.604	0.109
Consigo memorizar a informação que foi transmitida.	Consigo memorizar a informação que foi transmitida.	Negativas Positivas Empates	6 3 56	5.75 3.50 0.00	-1.436	0.151
Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.	Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.	Negativas Positivas Empates	1 3 61	2.50 2.50 0.00	-1.000	0.317
Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.	Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.	Negativas Positivas Empates	3 6 56	5.33 4.83 0.00	-0.811	0.417
		$\bar{x}$	s	t	p	
Percepção global do <i>handover</i> da noite	Percepção global do <i>handover</i> da tarde	4.60	0.55	-0.330	0.743	
		4.61	0.52			

No quadro 16 pode-se identificar os pontos fortes, as limitações, as formas de melhorar e as questões não abordadas no âmbito do *handover* da manhã.

Como se pode constatar os principais pontos fortes apresentados pelos enfermeiros são a «Informação concisa clara e pertinente» (32.3%), o «Melhor planeamento/atualização do plano de cuidados (S clínico)» (20.0%) e a «Presença do chefe ou subchefe» (12.3%).

As limitações referidas com maior frequência são as «Interrupções desnecessárias por familiares, pais/profissionais de saúde» (16.9%), o «Cansaço dos colegas da noite» (15.4%) e a «Falta de pontualidade» (15.4%).

Quanto às formas de melhorar os *handover* da manhã, salientam-se a «Pontualidade» (9.2%) e o «Menor ruído», as «Menos interrupções», a «Informação pertinente concisa e clara», o «*Handover* realizado pelo Sistema de informação (S clínico)» e «Haver uma *checklist*», todas com 7.7%.

Nas questões não abordadas foi referida, apenas, por um enfermeiro as «Interrupções por necessidade de efetuar transportes para outro hospital (CHUC - HG) ou para a realização de exames auxiliares de diagnóstico».

Quadro 16 - Pontos fortes, limitações, formas de melhorar e questões não abordadas referentes ao *handover* da manhã

Variáveis		n	%
<b>Pontos fortes</b>	Informação concisa clara e pertinente	21	32.3
	Melhor planeamento/atualização do plano de cuidados (S clínico)	13	20.0
	Presença do chefe ou subchefe	8	12.3
	Handover mais pequenos	5	7.7
	Handover geral de todos os doentes	4	6.2
	Handover com menos interrupções	3	4.6
	Presença de enfermeiros de horário fixo (manhãs)	3	4.6
	Momento oportuno para discussão de situações mais complexas	3	4.6
	Menos ruído	2	3.1
	Presença dos enfermeiros de referência em determinadas áreas	2	3.1
	Sala própria	1	1.5
	Presença de mais elementos da equipa	1	1.5
	Não há pontos fortes	1	1.5
<b>Limitações</b>	Interrupções desnecessárias por familiares, pais/profissionais de saúde	11	16.9
	Cansaço dos colegas da noite	10	15.4
	Falta de pontualidade	10	15.4
	Prestação de cuidados durante o handover	4	6.2
	Handover longo	4	6.2
	Falta de tempo para discussão de situações mais complexas	4	6.2
	Ruído	3	4.6
	Falta de informação no diário clínico	3	4.6
	Handover curto	3	4.6
	Handover individualizado	1	1.5
Sem limitações	3	4.6	
<b>Formas de melhorar</b>	Pontualidade	6	9.2
	Menor ruído	5	7.7
	Menos interrupções	5	7.7
	Informação pertinente concisa e clara	5	7.7
	Handover realizado pelo Sistema de informação (S clínico)	5	7.7
	Haver uma checklist	5	7.7
	Espaço para discussão de situações complexas	4	6.2
	Salas próprias	2	3.1
	Não haver prestação de cuidados durante o handover	2	3.1
	Presença do chefe e/ou responsável de turno	1	1.5
	Handover mais curto	1	1.5
	Handover nos quartos	1	1.5
Atualização/planificação do plano de cuidados (S clínico)	1	1.5	
Não necessita de melhorias	2	3.1	
<b>Questões não abordadas</b>	Interrupções por necessidade de efetuar transportes para outro hospital (CHUC - HG) ou para a realização de exames auxiliares de diagnóstico	1	1.5
	Nenhuma	6	9.2

Observando os resultados que constituem o quadro 17 permitem constatar que a maioria dos enfermeiros, concretamente 73.8%, consideram não haver diferenças na forma de realizar os *handover* da manhã, da tarde e da noite.

Quadro 17 - Distribuição da amostra segundo a existência, ou não, de diferenças na forma de realizar o *handover* da manhã, da tarde e da noite

Diferenças na forma	n	%
Sim	17	26.2
Não	48	73.8

Analisando o quadro 18 pode-se ter a noção acerca da estrutura dos *handover* da tarde e da noite na perspetiva dos enfermeiros inquiridos.

Os profissionais referem que o *handover* da tarde demora entre 20.00 e 80.00 minutos, sendo a duração média  $45.59 \pm 17.67$  minutos. Verifica-se que 35.3% dos

profissionais mencionam tempos entre 45 e 60 minutos e que 23.5% referem tempos entre 30 e 45 minutos. Metade dos profissionais afirma que o *handover* da tarde demora, pelo menos, 45.00 minutos. A distribuição de frequências pode ser considerada semelhante a uma distribuição normal ( $p = 0.200$ ). A maioria dos enfermeiros (76.5%) afirma que o *handover* da tarde é realizado de forma verbal e (70.6%) gosta que esta seja a forma de realização. Também a maioria (76.5%) refere que no *handover* da tarde a informação é transmitida pelo enfermeiro responsável pelo doente e 82.4% afirmam ser este o enfermeiro que gostam que transmita a informação. Segundo 70.6% dos enfermeiros o *handover* da tarde é realizado no gabinete de enfermagem e 52.9% consideram ser este o local onde gostam que este *handover* seja realizado. No entanto, 41.2% gostam que ele seja realizado em sala própria. Todos os enfermeiros afirmam que durante o *handover* da tarde não estão presentes outros grupos profissionais.

Relativamente ao *handover* da noite, verifica-se que apenas 17 enfermeiros opinam acerca da respetiva estrutura. Estes enfermeiros referem que o *handover* da noite demora entre 15.00 e 120.00 minutos e a duração média é  $44.41 \pm 24.10$  minutos. Constata-se que 35.3% destes profissionais mencionam tempos entre 30 e 45 minutos e igual percentagem indica tempos entre 45 e 60 minutos. Metade destes profissionais afirma que o *handover* da noite demora, no máximo, 45.00 minutos. A distribuição de frequências afasta-se de uma curva normal ( $p < 0.001$ ). A maior parte destes enfermeiros (76.5%) afirmam que o *handover* da noite é realizado de forma verbal e (70.6%) referem gostar que seja esta a forma utilizada para o realizar. Também a maioria (76.5%) referem que no *handover* da noite a informação é transmitida pelo enfermeiro responsável pelo doente e 88.2% consideram ser este o enfermeiro de quem gostam de receber a informação. Verifica-se que 70.6% destes enfermeiros afirmam que o *handover* da noite decorre no gabinete de enfermagem e 52.9% consideram ser este o local onde gostam que o *handover* da noite seja realizado mas 35.3% gostariam que fosse realizado em sala própria. Todos estes enfermeiros afirmam que o *handover* da noite decorre sem a presença de outros grupos profissionais.

Quadro 18 - Distribuição dos dezassete elementos da amostra que consideram existirem diferenças na forma de realizar o *handover* da tarde e da noite face ao da manhã, segundo a respetiva estrutura

Variáveis	Momento	Tarde		Noite	
		n	%	n	%
Tempo que demora o <i>handover</i> da manhã (minutos)	< 15	0	0.0	0	0.0
	[15 – 30[	2	11.8	2	11.8
	[30 – 45[	4	23.5	6	35.3
	[45 – 60[	6	35.3	6	35.3
	≥ 60	5	29.4	3	17.6
Handover tarde: $\bar{x}$ = 45.59 Md = 45.00 s = 17.67 $X_{\min}$ = 20.00 $X_{\max}$ = 80.00		p = 0.200			
Handover noite: $\bar{x}$ = 44.41 Md = 45.00 s = 24.10 $X_{\min}$ = 15.00 $X_{\max}$ = 120.00		p < <b>0.001</b>			
Forma como é realizado o <i>handover</i> da manhã	Verbal	13	76.5	13	76.5
	Escrito	0	0.0	0	0.0
	Gravado	0	0.0	0	0.0
	Outro (verbal e escrito)	4	23.5	4	23.5
Forma como gostaria que fosse realizado o <i>handover</i> da manhã	Verbal	12	70.6	12	70.6
	Escrito	0	0.0	0	0.0
	Gravado	0	0.0	0	0.0
	Outro (verbal e escrito)	5	29.4	5	29.4
Quem costuma transmitir a informação de manhã	Enfermeiro responsável pelo turno	1	5.9	4	23.5
	Enfermeiro responsável pelo doente	13	76.5	13	76.5
	Outro (ambos)	3	17.6	0	0.0
Quem gostaria que transmitisse a informação de manhã	Enfermeiro responsável pelo turno	2	11.8	1	5.9
	Enfermeiro responsável pelo doente	14	82.4	15	88.2
	Outro (ambos)	1	5.9	1	5.9
Onde é realizado o <i>handover</i> da manhã	Sala própria	4	23.5	3	17.6
	Gabinete de enfermagem	12	70.6	12	70.6
	Junto do doente	0	0.0	1	5.9
	Outro (Sala própria ou Junto do doente)	1	5.9	1	5.9
Onde gostaria que fosse realizado o <i>handover</i> da manhã	Sala própria	7	41.2	6	35.3
	Gabinete de enfermagem	9	52.9	9	52.9
	Junto do doente	1	5.9	2	11.8
	Outro (Gabinete de enfermagem ou Junto do doente)	0	0.0	0	0.0
Outros grupos que estejam presentes no <i>handover</i> da manhã	Médicos	0	0.0	0	0.0
	Nutricionistas/dietistas	0	0.0	0	0.0
	Não estão presentes	17	100.0	17	100.0
	Outro	0	0.0	0	0.0

No que concerne aos pontos fortes do *handover* da tarde (quadro 19), salienta-se a «Informação clara pertinente e sucinta» (10.8%). Nas limitações, são mais frequentes as «Interrupções por pais/familiares/profissionais» (18.5%), o «*Handover* longo» (7.7%) e a «Informação não sistematizada (falta de uma *checklist*)» (7.7%). Quanto às formas de melhorar os *handover* da tarde salienta-se a «Informação sucinta clara e pertinente» (7.7%) e «Menos interrupções por pais/familiares/profissionais» (6.2%). A única questão mencionada como não abordada foi a «Interrupção por parte dos colegas para questionar cuidados de enfermagem que os doentes necessitam no momento da passagem de turno» (1.5%).

Quadro 19 - Pontos fortes, limitações, formas de melhorar e questões não abordadas referentes aos *handover* da tarde

Variáveis		n	%
Pontos fortes	Informação clara pertinente e sucinta	7	10.8
	Discussão de casos mais complexos	2	3.1
	Presença de todos os enfermeiros no <i>handover</i>	2	3.1
	Maior pontualidade	2	3.1
	Equipa multidisciplinar disponível para esclarecer dúvidas	2	3.1
	<i>Handover</i> geral	2	3.1
	Atualização/continuidade do plano de cuidados (S clínico)	1	1.5
Limitações	Interrupções por pais/familiares/profissionais	12	18.5
	<i>Handover</i> longo	5	7.7
	Informação não sistematizada (falta de uma checklist)	5	7.7
	Prestação de cuidados durante o <i>handover</i>	4	6.2
	Falta de pontualidade	4	6.2
	Ruídos	2	3.1
	Maior nº de doentes por enfermeiro	2	3.1
	Ausência de sala própria	2	3.1
	Cansaço dos profissionais	1	1.5
	Nenhuma limitação	1	1.5
Formas de melhorar	Informação sucinta clara e pertinente	5	7.7
	Menos interrupções por pais/familiares/profissionais	4	6.2
	<i>Handover</i> em espaço próprio	3	4.6
	Não prestação de cuidados durante o <i>handover</i>	3	4.6
	O enfermeiro recebe apenas a informação do doente que lhe é atribuído naquele turno ( <i>handover</i> individual)	3	4.6
	Atualização de plano de cuidados / S clínico	3	4.6
	Criação de uma checklist	3	4.6
	Tempo para discussão de situações complexas	2	3.1
	Pontualidade	2	3.1
	<i>Handover</i> pelo S clínico do doente	2	3.1
	Aumentar número de enfermeiros no turno	1	1.5
	O enfermeiro seguir o mesmo doente durante o internamento (continuidade de cuidados)	1	1.5
	Não necessita de melhorias	2	3.1
Questões não abordadas	Interrupção por parte dos colegas para questionar cuidados de enfermagem que os doentes necessitam no momento da passagem de turno	1	1.5
	Nenhuma	1	1.5

No que respeita aos *handover* da noite (quadro 20) salienta-se os pontos fortes o «Menor volume de cuidados a realizar durante o *handover*» (9.2%), a «Informação clara pertinente e sucinta» (6.2%) e a «Maior disponibilidade para discussão dos casos clínicos» (6.2%). Foram mais frequentes as limitações «*Handover* mais longo» (7.7%), «Interrupções por pais/familiares/profissionais» (4.6%) e «*Handover* pouco organizados/confusos» (4.6%). Nas formas de melhorar os *handover* da noite destaca-se a «Atualização do plano de cuidados» e «Criação de uma *checklist*», ambas com a percentagem de 4.6%. Nas questões não abordadas voltou a ser referida a «Interrupção por parte dos colegas para questionar cuidados de enfermagem que os doentes necessitam no momento da passagem de turno» (1.5%).

Quadro 20 - Pontos fortes, limitações, formas de melhorar e questões não abordadas referentes aos *handover* da noite

Variáveis		n	%
<b>Pontos fortes</b>	Menor volume de cuidados a realizar durante o <i>handover</i>	6	9.2
	Informação clara pertinente e sucinta	4	6.2
	Maior disponibilidade para discussão dos casos clínicos	4	6.2
	Menos interrupções	3	4.6
	Menos ruído	2	3.1
	Maior pontualidade	1	1.5
<b>Limitações</b>	Handover mais longo	5	7.7
	Interrupções por pais/familiares/profissionais	3	4.6
	Handover pouco organizados/confusos	3	4.6
	Falta de pontualidade	2	3.1
	Maior número de doentes por enfermeiro	2	3.1
	Cansaço dos enfermeiros	1	1.5
	Handover longo	1	1.5
	Ruído	1	1.5
	Ausência de sala própria	1	1.5
	Informação não pertinente	1	1.5
	Falta de uma checklist	1	1.5
	Nenhuma limitação	1	1.5
	<b>Formas de melhorar</b>	Atualização do plano de cuidados	3
Criação de uma checklist		3	4.6
Menos interrupções pais/familiares/profissionais		2	3.1
Informação sucinta clara e pertinente		2	3.1
Aumentar número de enfermeiros por turno		1	1.5
O enfermeiro seguir o mesmo doente durante o internamento (continuidade de cuidados)		1	1.5
Menos ruído		1	1.5
Evitar prestação de cuidados durante o <i>handover</i>		1	1.5
Handover individual		1	1.5
Sala própria		1	1.5
Espaços para discussão de casos clínicos		1	1.5
Handover global		1	1.5
Não necessita de melhorias		2	3.1
<b>Questões não abordadas</b>	Interrupção por parte dos colegas para questionar cuidados de enfermagem que os doentes necessitam no momento da passagem de turno	1	1.5
	Nenhuma	1	1.5

Analisando os resultados que constitui o quadro 21 pode-se verificar que os enfermeiros que integram a amostra em estudo consideram mais efetivo o *handover* da manhã (49.2%), seguido do *handover* da tarde (32.3%).

Quadro 21 - Distribuição da amostra segundo a opinião acerca do *handover* mais efetivo no respetivo serviço

Handover mais efetivo	n	%
Manhã	32	49.2
Tarde	21	32.3
Noite	6	9.2
Não respondeu	6	9.2

No contexto das sugestões e observações (quadro 22) salienta-se a «Criação de *checklist* para uma uniformização da informação a transmitir» (6.2%), «Diminuir ao máximo as interrupções durante o *handover*» (6.2%), «Informação concisa, pertinente e clara» (6.2%), «Divulgar os resultados do estudo aos profissionais» (3.1%) e «Sinalética na porta durante o *handover*» (3.1%).

Quadro 22 - Distribuição da amostra segundo sugestões/observações sobre o *handover*

<b>Sugestões/observações</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Criação de checklist para uma uniformização da informação a transmitir	4	6.2
Diminuir ao máximo as interrupções durante o <i>handover</i>	4	6.2
Informação concisa, pertinente e clara	4	6.2
Divulgar os resultados do estudo aos profissionais	2	3.1
Sinalética na porta durante o <i>handover</i>	2	3.1
Evitar juízos de valor porque podem afetar a prestação de cuidados	1	1.5
Espaços próprios para passagem de turno	1	1.5
Não prestação de cuidados durante o <i>handover</i>	1	1.5
<i>Handover</i> individualizado	1	1.5
O enfermeiro seguir o mesmo doente durante o internamento (continuidade de cuidados)	1	1.5
<i>Handover</i> individualizado junto do doente	1	1.5
<i>Handover</i> garante a continuidade de cuidados/segurança dos cuidados	1	1.5

A aplicação coeficiente de correlação de Spearman e do respetivo teste de significância permitiu estudar a correlação entre a perceção sobre o *handover* da manhã, da tarde e da noite e os tempos de exercício profissional e de exercício no serviço atual.

Como pode-se verificar pelos resultados que constitui o quadro 23 todas as correlações são fracas e estatisticamente não significativas. Concluímos que não existe evidências estatísticas de que a perceção sobre os *handover* esteja relacionada com os tempos de exercício profissionais e no serviço atual.

Quadro 23 - Relação da perceção sobre o *handover* e os tempos de exercício profissional e de exercício no atual serviço

<b>Variáveis</b>	<b>Tempo de exercício profissional</b>			<b>Tempo de exercício no serviço atual</b>		
	<b>n</b>	<b>r<sub>s</sub></b>	<b>p</b>	<b>n</b>	<b>r<sub>s</sub></b>	<b>P</b>
Perceção sobre o <i>handover</i> da manhã	65	-0.01	0.996	65	-0.07	0.593
Perceção sobre o <i>handover</i> da tarde	65	0.11	0.372	65	-0.02	0.894
Perceção sobre o <i>handover</i> da noite	65	0.08	0.519	65	0.04	0.755

Aplicando o teste ANOVA unifatorial procura-se avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas na perceção sobre o *handover* em função da categoria profissional dos enfermeiros (quadro 24).

Constata-se que não existe qualquer diferença estatisticamente significativa, pelo que conclui-se que a perceção sobre os *handover* da manhã, tarde e noite não é diferente conforme a categoria profissional dos enfermeiros.



Quadro 24 - Comparação da percepção sobre o *handover* em função categoria profissional

Variáveis		n	$\bar{x}$	s	F	p
Percepção sobre o handover da manhã	Enfermeiro especialista	29	4.45	0.40	0.144	0.893
	Enfermeiro graduado	10	4.50	0.60		
	Enfermeiro	26	4.41	0.54		
Percepção sobre o handover da tarde	Enfermeiro especialista	29	4.59	0.45	1.223	0.301
	Enfermeiro graduado	10	4.84	0.63		
	Enfermeiro	26	4.55	0.53		
Percepção sobre o handover da noite	Enfermeiro especialista	29	4.59	0.48	0.612	0.545
	Enfermeiro graduado	10	4.77	0.66		
	Enfermeiro	26	4.54	0.58		

## 8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos dados obtidos, pretende-se discutir os resultados no sentido de os explicar de modo a atingir a questão central de investigação. - **Como é que os enfermeiros do HPC percebem a passagem de turno?** Iniciamos a discussão dos resultados pela questão central de investigação e seguidamente discutimos cada uma das questões especificamente.

Em todos os momentos dos *handovers* (manhã, tarde, noite) os enfermeiros afirmam que “ a informação que recebo está atualizada”, “ tenho oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi”, “ a forma como a informação me é transmitida é fácil de aprender”; “ tenho informação suficiente sobre o doente”; tenho oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis”. Os enfermeiros do HPC evidenciam uma percepção moderada no *handover* da manhã da tarde e uma percepção razoável no *handover* da noite. A percepção dos enfermeiros sobre o *handover* não está relacionada com o tempo do exercício profissional e não difere conforme a categoria profissional.

### **Qual a estrutura e metodologias utilizadas nos “*handover*”?**

Neste estudo o tempo médio despendido para realização de registos de enfermagem é de 1,16 horas.

No estudo de Costa (2014), é referido que todos os enfermeiros inquiridos consideravam os registos de enfermagem importantes e a maioria fá-los logo após cada intervenção ou no final do turno. Este estudo também demonstrou que os registos de enfermagem deve ser realizados com ética e que a omissão de informação, ou registos incompletos tem implicações nos cuidados prestados aos doentes. Trazendo também implicações legais que originam consequências para os doentes e instituições.

Quando questionados os profissionais relativo ao tempo despendido na preparação do *handover* da manhã, verifica-se que o tempo médio é de 0,59 horas, sendo que metade dos elementos da amostra mencionam tempos de preparação do *handover* da manhã igual ou inferior a 0,50 horas.

No estudo de Silva *et al.* (2016), o tempo da transferência de informação, durante o *handover*, não se limita apenas ao momento da comunicação in locu, existe um preparo anterior, como anotações prévias e uma síntese final, que será passada aos profissionais, tendo em conta a padronização das informações que contribuem para uma comunicação eficaz.

Em alguns serviços os enfermeiros recebem informação de um ou dois enfermeiros, pelo enfermeiro responsável de turno e/ou pelo enfermeiro responsável pelo doente. Os enfermeiros que recebem apenas informação de um enfermeiro responderam ao *handover* 1 e os que recebem informação de dois enfermeiros respondem ao *handover* 1 e 2. O *handover* 1 da manhã tem um tempo médio de demora de 37,06 minutos. No *handover* 2 da manhã apenas responderam 16 enfermeiros. O *handover* 2 da manhã tem um tempo médio de demora 23,94 minutos. O *handover* da tarde tem um tempo médio de demora 45,59 minutos, enquanto no *handover* da noite tem um tempo médio de demora de 44,41 minutos. Igual resultado havia obtido Liukkonen (1993) que refere que o *handover* demora, normalmente, entre 30 e 90 minutos. Mais recentemente, Afonso (2017) aponta que o tempo médio do *handover* em enfermagem, numa Instituição Hospitalar Pública, é de 41 minutos. No estudo de Tranquada (2013) a duração média do *handover* é de 44 minutos. Também Sousa (2013), no seu estudo refere que a duração média do *handover* é de 30 a 45 minutos. Nos estudos de Silva *et al.* (2016) os enfermeiros que participaram neste estudo relacionam que o tempo destinado para o *handover*, pode afetar negativamente ou positivamente a continuidade dos cuidados. Também mencionam que que o *handover* em média é de 15 a 30 minutos O parecer 61/2017 da Ordem dos Enfermeiros refere que o tempo atribuído ao *handover* não está determinado, cabendo a cada equipa de enfermagem de cada serviço a estabelecer o tempo necessário de forma a transmitir a informação que considere relevante. Quando inquiridos os enfermeiros a forma como é realizado o *handover*. No *handover* 1 e 2 da manhã, ambos são realizados de forma verbal (81,5% e 87,5%, respetivamente). Embora tenham referido a forma verbal e escrita do *handover* 1 (18,5) e no *handover* 2 (12,5%).

Quanto a forma como gostaria que fosse realizando o *handover* da manhã em ambos verifica-se que é a forma verbal (81,5%) no *handover* 1 e (87,5%) no *handover* 2. Também referem a forma verbal e escrita em ambos os *handovers*

(15,5%) no *handover 1* e (12,5%) no *handover 2*. Quanto á forma como são realizados os *handovers* da tarde e da noite, ambos afirmam ser de forma verbal (76,6%). Também referem ser a forma verbal e escrita (23,5%) no *handover* da tarde e na noite, ambos com o mesmo valor. Quanto á forma como gostariam que fosse realizado o *handover* da tarde e da noite ambos referem a forma verbal (70,6%). Também referem a forma verbal e escrita (29,4%) no *handover* da tarde e da noite. No estudo de Sousa (2013), mostra o contrário a forma verbal e escrita é de 67,7% e verbal 30,6%, mostrando que o método utilizado no Departamento de Medicina é o método verbal e escrito. Nas observações realizadas no estudo de Tranquada (2013) é utilizado tanto o método verbal como escrito para a transmissão de informação durante o *handover*. Silva *et al.* (2016), os enfermeiros que participaram no estudo referem que a comunicação verbal e escrita é uma comunicação complementar utilizada no *handover*, reduzindo a possibilidade de omitir questões importantes que poderiam ser esquecidas, se apenas utilizassem a comunicação verbal falada. Também dos 62 enfermeiros que responderam ao questionário, 42 (67,7%), utilizam o método verbal e escrito no *handover*, e 19 (30,6%) enfermeiros utilizam simplesmente o método verbal. No estudo de Tanquada (2013) em todas as observações realizadas o método mais usado foi tanto o verbal como escrito para transmitir a informação durante o *handover*. Entre os assuntos que mais dividem a opinião dos enfermeiros, encontra-se a objetividade da informação transmitida verbalmente, sendo que (57,6%) a considera subjetiva e (42,4%) a classifica como objetiva, segundo Afonso (2010).

No item de quem costuma transmitir a informação no *handover* da manhã (80,0%) para o *handover 1* e 2, referem ser o enfermeiro responsável pelo doente. A mesma resposta se obteve para o *handover* da tarde e da noite (76,5%). Referem que gostariam que a informação fosse transmitida pelo enfermeiro responsável pelo doente (81,3%) para o *handover* da manhã 1 e 2, (82,4%) no *handover* da tarde e (88,2%) para o *handover* da noite. O estudo de Afonso (2017) aponta no mesmo sentido; o enfermeiro responsável pelo doente é o emissor da informação em 85% dos casos sendo a informação transmitida por outro em 15% das vezes. No grupo de outro o chefe da equipa assume-se como o ator mais frequente (n=11).

Relativamente à questão onde é realizado o *handover*, referem o gabinete de enfermagem no *handover* da manhã (81,5%) para o *handover 1* e (75%) para o

*handover* 2. Também referem em sala própria (15,5%) no *handover* 1 e junto do doente (18,8%) no *handover* 2. No *handover* da tarde (70,6%) refere gabinete de enfermagem e (23,5%) em sala própria. No *handover* da noite (70,6%) refere gabinete de enfermagem e (17,6%) refere sala própria. No item onde gostaria que fosse realizado o *handover* da manhã (78,5%) no gabinete de enfermagem e (0,20%) em sala própria no *handover* 1 e (75%) em gabinete de enfermagem, (12,5%) junto do doente e (12,5%) em sala própria no *handover* 2. No *handover* da tarde (52,9%) refere gabinete de enfermagem e (41,2%) sala própria. No *handover* da noite (52,9%) no gabinete de enfermagem e (35,3%) em sala própria. Nos estudos de Sousa (2013), refere o *handover* é realizado em local próprio e em todos os turnos. O local de realização da *handover* segundo Tanquada (2013) realizou-se entre o gabinete da enfermeira responsável e a sala de trabalho de enfermagem, no entanto 80% das observações realizaram-se no gabinete da enfermeira responsável. Pires (2014) no seu estudo concluiu que a maioria dos inquiridos (53% concorda e 38% concorda totalmente) haver um espaço próprio para a realização do *handover*. No estudo de Afonso (2010), os enfermeiros referem que os métodos atualmente utilizados são eficazes no assegurar da continuidade de cuidados (93%) correspondendo a informação transmitida, maioritariamente, a uma descrição das ocorrências passadas no turno anterior. O enfermeiro responsável pelo utente é o emissor mais frequente da informação transmitida (85%) e o momento do *handover* tem lugar, de forma predominante, em locais/sala adaptados a outros fins que não o *handover* (44%). Foi possível compreender que os componentes mais importantes para a eficácia da passagem de turno, segundo a perceção dos enfermeiros prestadores de cuidados: a oportunidade da informação, a oportunidade para reflexão partilhada e o envolvimento do doente.

Um outro estudo, focado na opinião do doente e não do enfermeiro, refere que há vantagens que o *handover* ocorra no quarto, esta permite o conhecimento mútuo entre enfermeiro - doente, mais diretamente qual é o enfermeiro que entra de serviço, para os doentes irem conhecendo as caras das pessoas, a possibilidade de validar a Informação transmitida pelos enfermeiros. Uma outra vantagem enunciada, dado que consideraram que com o *handover*, podem saber se as informações foram corretamente transmitidas ou até acrescentar algo que considerem importante (Ferreira, Luzio, Santos, 2010, p. 32).

Durante os diversos *handovers* os enfermeiros referem não haver outros grupos profissionais presentes.

### **Como é que os enfermeiros percecionam os “*handovers*”?**

Neste estudo verificou-se que (73.8%) dos enfermeiros evidenciam uma perceção moderada referente ao *handover* da manhã. Metade dos elementos da amostra obteve uma pontuação igual ou superior a 4.53 pontos. No *handover* da manhã verificamos que os enfermeiros expressaram maior concordância com as seguintes afirmações: “tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi”, “consigo clarificar a informação que me foi transmitida”, “a forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender”, “tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem” e “tenho informação suficiente sobre os doentes”. Houve uma menor concordância nas seguintes afirmações: “os doentes participam no processo de *handover*”, “sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o *handover*”, “tenho oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho”, “sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos doentes e seus familiares”.

Cerca de (70.8 %) dos enfermeiros evidenciam uma perceção moderada referente ao turno da tarde. Obteve uma pontuação entre 4 e 5 e que metade dos elementos da amostra apresentou valores iguais ou inferiores a 4.65 pontos. No *handover* da tarde os enfermeiros apresentaram uma maior concordância nas seguintes afirmações: “tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi”, “consigo clarificar a informação que me foi transmitida”, “tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem”, “tenho informação suficiente sobre o doente”, “a forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender”. Onde houve menor concordância dos elementos da amostra foi nas seguintes afirmações: “os doentes participam no processo de *handover*”, “sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o *handover*”, “tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho”, “sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos doentes e seus familiares”, “durante o *handover* recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente”.

Verifica-se que (67.7%) tendem a evidenciar uma percepção razoável do *handover* da noite. Obteve uma pontuação entre 4 e 5 e metade destes profissionais obteve resultados iguais ou inferiores a 4.65 pontos.

No *handover* da noite os enfermeiros apresentaram uma maior concordância nas seguintes afirmações: “tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem”, “consigo clarificar a informação que me foi transmitida”, “tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi”, “tenho informação suficiente sobre o doente”, “ a informação que recebo está atualizada”. Por outro lado, os enfermeiros tendem a concordar menos com as seguintes afirmações: “os doentes participam no processo de *handover*”, “sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o *handover*”, “sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos doentes e seus familiares”, “tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho”, “tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis”.

O *handover* é uma parte comum da prática de enfermagem que é fundamental para o cuidado seguro do doente. O’Connel, Macdonald e Kelly (2008) avaliaram as percepções dos enfermeiros sobre o *handover* e determinaram as forças e limitações do mesmo processo. Um total de 176 enfermeiros responderam ao inquérito. Os resultados revelaram opiniões conflitantes sobre a eficácia do *handover*, embora um número de enfermeiros apresente pontos positivos sobre a prática atual de *handover*, indicando que eles receberam informações suficientes sobre os doentes e tiveram oportunidade de esclarecer as informações de atendimento do doente, outros enfermeiros identificaram aspetos do *handover* que poderiam ser melhorados. Estas incluíam: a subjetividade das informações a transmitir, o tempo necessário para o *handover*, a repetição de informações que poderiam ser encontradas nos planos de cuidados dos doentes e a transmissão das informações por uma enfermeira que não cuidou do paciente. Alguma atenção deve ser dada para abordar as fraquezas visíveis associadas ao processo de *handover*.

Morgado e Nunes (2016), no seu estudo, contaram com 137 enfermeiros, e referem que 48,2% destes profissionais considera que o *handover* serve para fazer um resumo para os enfermeiros e doentes; 36,5% (50) referiu que serve para fazer um resumo para os enfermeiros; 5,1% (7) referiu que serve para fazer um resumo para os doentes; e 10,2% (14) referiu que o *handover* tem outros objetivos.

Também sobre o *handover*, Tranquada (2013) inquiriu 33 enfermeiros, o que permitiu concluir que este momento é importante uma vez que a informação transmitida é atualizada, a duração da passagem de turno é adequada e é possível obter a informação do *handover* através do processo do doente. Para além disso, a informação é transmitida de forma estruturada, já teve de entrar em contato com o(a) enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes durante a transição das equipas de enfermagem.

Neste estudo verifica-se que existe opiniões unânimas dos enfermeiros relativo ao *handover* como seja: a informação transmitida é suficiente, para dar continuidade aos cuidados de enfermagem, também sentem que podem colocar questões para esclarecer as dúvidas. Também existe consenso quando referem que durante o *handover* estão sujeitos a interrupções. Cerca de 90,9% dos enfermeiros inquiridos referem que tem oportunidade de discutir informações confidenciais dos doentes e que a informação transmitida é adequada e que as informações importantes são transmitidas. A transferência, em particular entre dois turnos, é um aspeto crucial na enfermagem, para segurança do doente, apontando a garantia da continuidade dos cuidados. Durante este processo, vários são os fatores que podem visar a qualidade do atendimento e originar erros.

Identicamente Gonçalves *et al.* (2016), no seu estudo, obteve em 80% dos profissionais que durante a *handover* todas as informações sobre o paciente eram abordadas. A perceção do *handover* era boa (57,1%) e nenhuma foi caracterizada como má. Segundo o estudo de Afonso (2010) foi possível compreender que os componentes mais importantes para a eficácia do *handover* são, segundo a perceção dos enfermeiros prestadores de cuidados: a oportunidade da informação; a oportunidade para a reflexão partilhada e o envolvimento do utente.

No estudo de Rikos *et al.* (2018), o *handover* foi realizado no gabinete de enfermagem, não foi estudada o *handover* junto do leito do doente ou com a participação do doente e ou familiares.

Comparando a perceção do *handover* da tarde com o da manhã, esta tende a ser mais favorável para o *handover* da tarde. Verifica-se apenas existir diferença na afirmação “sou muitas vezes interrompido durante o *handover* pelos doentes e seus familiares”, em que o  $p=0.021$ , logo apresenta diferenças estatisticamente.



Comparando a percepção dos enfermeiros do *handover* da noite com o da manhã, esta tende a ser mais favorável para o turno da noite. Verifica-se existir diferença na afirmação “tenho oportunidade de reunir e falar/ discutir com os meus colegas, quando tenho situações mais difíceis”, em que  $p=0.019$ , logo há diferenças estatisticamente. Comparando o *handover* da noite com o da tarde de modo geral a percepção dos enfermeiros é semelhante em ambos os *handover*. Verifica-se existir diferenças estatisticamente nas seguintes afirmações “tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais complexa” em que  $p=0.009$  e “sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos doentes e familiares” em que  $p=0.001$ .

Smeulers, Lucas e Vermeulen (2014) determinaram a efetividade de intervenções destinadas a melhorar o *handover* de enfermagem hospitalar, especificamente: identificar quais estilos de *handover* de enfermagem estão associados a melhores resultados para os doentes em ambiente hospitalar. Fizeram uma recolha bibliográfica, sendo que identificaram 2178 citações, das quais 28 foram consideradas potencialmente relevantes. Após leitura integral dos artigos concluíram que não havia evidências disponíveis para apoiar conclusões sobre a eficácia dos estilos de *handover* de enfermagem. No entanto, de acordo com o conhecimento atual, os autores referem que os seguintes princípios orientadores podem ser aplicados ao redesenhar o processo de *handover*: comunicação face a face, documentação estruturada, envolvimento do doente e uso da tecnologia para apoiar o processo. Ferrara *et al.* (2017) desenvolveram o seu estudo no Hospital San Paolo em Milão, na Itália, tendo com objetivo avaliar a qualidade de *handovers*. Nesta investigação, os dados apontam que o *handover* da noite para a manhã obteve as pontuações mais baixas. Este estudo forneceu à comunidade de enfermagem italiana uma ferramenta que pode ajudar a avaliar *handovers*.

No estudo de Rikos *et al.* (2018), nos *handovers* não houve a participação dos doentes e ou seus familiares.

### **Que fatores socio-profissionais estão relacionados com a percepção dos enfermeiros sobre os “*handovers*”?**

Neste estudo concluímos, que não existe evidências estatísticas de que a percepção sobre o *handover* esteja relacionada com o tempo do exercício profissional no atual

serviço. Foi aplicado o coeficiente de correlação de Spearman e o respetivo teste de significância e todas as correlações eram fracas. No estudo de Afonso (2017), em que foi avaliada a percepção da eficácia da passagem de turno conforme o tempo de serviço como enfermeiro ou a antiguidade na organização, não se verifica haver diferenças. Podemos aproximar da nossa medida percepção do *handover* dos enfermeiros à eficácia da passagem de turno.

No estudo de Tranquada (2013), referem que os enfermeiros mais velhos e provavelmente com mais experiência, são os que apresentam menos dificuldade em organizar a informação. Também o mesmo autor refere que a quantidade e a qualidade da comunicação estabelecida durante o *handover* é influenciada pela experiência e conhecimento dos enfermeiros na transferência de informação do doente.

Também neste estudo aplicando o teste ANOVA unifatorial, concluímos, que a percepção dos enfermeiros sobre o *handover* da manhã, tarde e noite não está relacionada com a categoria profissional do enfermeiro.

Nos estudos consultados de Silva *et al.* (2016) refere que os enfermeiros destacam o *handover* como sendo um momento que promove o conhecimento técnico, prático e científico, isto revela a preocupação dos profissionais em propor estratégias e alocar recursos para que sejam efetuados os cuidados com base no conhecimento técnico-científico. As evidências científicas podem possibilitar o aperfeiçoamento de conhecimentos e a busca por habilidades que garantam e promovam a segurança do paciente pediátrico. No estudo de Tranquada (2013) a amostra referente ao grau de formação, não apresenta uma distribuição normal ( $p < 0,05$ ). Foi realizado a comparação de grupos recorrendo ao teste Kruskal-Wallis, tendo-se obtido correlação significativa entre o grau de formação e as questões “tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes” ( $p = 0,047$ ) e “é importante poder avaliar o doente durante as passagens de turno” ( $p = 0,04$ ). Relativamente à afirmação “tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes”, averigua-se que são os enfermeiros com licenciatura os que apresentam uma mediana de resposta que transmite a sua total concordância com a afirmação, no entanto as respostas oscilam entre o concordo totalmente e o discordo parcialmente. As medianas das respostas dos enfermeiros com especialidade e com outro grau de formação são iguais situando-se no

concordo parcialmente, mas todos os enfermeiros com especialidade deram a mesma resposta, havendo uma menor variação. Quanto à percepção dos enfermeiros sobre a importância de se poder avaliar o utente durante as passagens de turno, há uma diferença de opinião entre os enfermeiros com especialidade e os restantes. Apesar de haver uma maior variedade de respostas pelos enfermeiros com o grau de licenciatura, a mediana das respostas encontra-se no concordo totalmente, tal como nos enfermeiros com outro grau de formação.

### **Quais são os pontos fortes e as limitações consideradas pelos enfermeiros no *handover* da manhã (08:00 h)?**

Quanto ao *handover* da manhã os pontos fortes apontados neste estudo são a informação concisa clara e pertinente (32.3%), seguida de um melhor planeamento /atualização do plano de cuidados (S clínico) (20.0%), a presença do chefe ou subchefe (12.3%).

Como limitações no *handover* da manhã salienta-se as interrupções por familiares, pais/profissionais de saúde (16.9%), seguido do cansaço dos colegas da noite (15.4%) e a falta de pontualidade (15.4%).

Sobre as interrupções que afetam o *handover*, Spooner *et al.* (2015) mediram a frequência e a fonte de interrupções durante o *handover* de enfermagem numa Unidade Cuidados Intensivos. Realizaram 20 observações de *handover*, de segunda a sexta-feira durante a mudança de turno; noite para o turno do dia e do dia para o turno da noite. As interrupções foram definidas como uma quebra no desempenho de uma atividade. O tempo médio de *handover* foi de 11 ( $\pm 4$ ) min com um intervalo de 5-22 min. O número médio de interrupções foi de 2 ( $\pm 2$ ) por *handover* com um intervalo de 0-7. O número mais frequente de interrupções foi sete, ocorrendo durante um *handover* de 15 min. Médicos, enfermeiros e alarmes de perfusoras, funcionários da instituição eram a origem mais frequente de interrupções do *handover*.

Resultados semelhantes encontrou Brás e Ferreira (2016, p.573) que refere que as interrupções frequentes, a hierarquia organizacional de cuidados de saúde, não eficiências no *handover*, sobrecarga de trabalho, as condições físicas dos serviços, são alguns dos obstáculos relatados nos estudos, que influenciam a eficácia da comunicação em saúde. Gonçalves (2018) refere, partir da opinião de 19

enfermeiros, que a passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço (35,3% concorda totalmente, 41,2% concorda parcialmente), ser possível avaliar os doentes durante a passagem de turno (29,4% concorda totalmente e 58,8% concorda parcialmente).

Mais recentemente, Spooner, Chaboyer e Atiken (2019) desenvolveram um estudo de melhoria da qualidade no *handover*, de uma equipa de enfermagem. As interrupções mais frequência, origem, as razões ocorridas foram registadas antes e depois da intervenção. Quarenta *handovers* foram gravados anteriormente e 49 foram observados 3 meses após a intervenção. Sessenta e quatro *handovers* ocorreram antes e 52 após a intervenção. Concluíram que os enfermeiros chefes continuaram a ser frequentemente interrompidos por outros enfermeiros que discutiam assuntos pessoais ou específicos do trabalho antes e depois da intervenção. Santos (2017), refere que os atrasos dos profissionais para o *handover*, por vezes interrompiam o sistema de comunicação. Os profissionais paravam para se cumprimentarem, logo o processo de comunicação era quebrado, trazendo risco para a perda de informação, quando retomavam. Um dos ruídos apontado no mesmo estudo foi a presença de alguns médicos questionando assuntos sobre os doentes no momento do *handover*. Este ruído provocou a quebra na continuidade das informações que estavam sendo partilhadas, visto que depois de responder ao questionamento a enfermeira, precisou de algum tempo para retomar as informações que partilhava com os colegas da equipa.

### **De que forma poderia ser melhorado o *handover* da manhã?**

Um dos aspetos a melhorar no *handover* da manhã é a pontualidade (9.2%), seguida de menos ruído (7.7%), menos interrupções, informação pertinente concisa e clara, *handover* realizado pelo sistema de informação (SCLínico), haver um *checklist*. Semelhantes resultados obtiveram Nascimento *et al.* (2018) que referem que o *handover* apresenta carácter empírico, evidenciando a ausência de ferramenta científica que qualifique este processo, fragilizando a segurança dos doentes. Desta forma, elaboraram um instrumento em formato de *checklist*. Concluíram que é possível eliminar o carácter empírico do *handover* utilizando uma ferramenta, dado que favorece a segurança dos doentes. Os mesmos autores identificaram que durante o *handover* em meio hospitalar há lacunas como: o local onde se realiza o

*handover*, as interrupções durante o momento, o excesso e volume de comunicação. O *handover* é, segundo Piper (2017), um momento arriscado para os doentes. A má comunicação durante o *handover* é amplamente considerada como contributo para resultados mais desfavoráveis para os doentes. Na Austrália, foram introduzidas ferramentas como o ISBAR, na tentativa de fornecer uma estrutura partilhada e um formato consistente durante o *handover*, mas os resultados do seu estudo apontam que mesmo com esta introdução, os erros ainda são um problema predominante. Também, Turner *et al.* (2018) avaliaram uma nova intervenção de comunicação entre as equipas de cirurgia e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), focada na transferência pós-operatória e na comunicação diária contínua. Com uma amostra de 112 participantes, que incluiu médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, criaram uma lista de verificação para o *handover*. Os resultados mostraram que a satisfação melhorou significativamente nos seguintes áreas: comunicação pós-operatória de *handover* ( $p < 0,001$ ), comunicação diária ( $P = 0,001$ ), compreensão do plano pós-operatório ( $P < 0,001$ ), início da profilaxia da trombose venosa profunda ( $P = 0,008$ ), início da alimentação ( $P = .009$ ) e contacto diário com residentes primários ( $P = 0,008$ ).

### **Existem diferenças na forma de realizar o *handover* da manhã, da tarde e da noite?**

Neste estudo verifica-se, que a maioria dos enfermeiros (73.8%), refere que não há diferenças da forma de realizar o *handover* da manhã, da tarde e da noite. Quando questionamos os enfermeiros se há diferenças na forma de realizar o *handover* da tarde e da noite face ao da manhã apenas 17 enfermeiros referem haver diferenças. Nos *handovers* da tarde e da noite (76,5%) afirmam ser de forma verbal e gostaria que este fosse realizado da mesma forma, nos diferentes momentos do dia (70,6%). Quando questionados “quem costuma transmitir a informação” quer no *handover* da tarde e da noite, (76,5%) referem que gostariam que a informação fosse transmitida pelo enfermeiro responsável pelo doente. Ambos os *handovers* referem que este é realizado no gabinete de enfermagem (70,6%) e que gostariam que fosse realizado no mesmo local (52,9%).

Pires (2014) constata, junto da amostra da sua investigação, quando questionados sobre os benefícios que a prática do *handover* pode trazer para a prática diária dos

cuidados, os mesmos evidenciaram como principais fatores a promoção da segurança do doente, seguida de uma comunicação mais efetiva.

Também Kourkouta e Papathanasiou (2014) referem que uma boa comunicação entre enfermeiros e doentes é essencial para o sucesso dos cuidados de enfermagem individualizados de cada paciente. Para conseguir isso, no entanto, os enfermeiros devem entender e ajudar os seus doentes, demonstrando cortesia, gentileza e sinceridade. Além disso, devem dedicar tempo ao doente para se comunicar com a necessária confidencialidade e não devem esquecer que esta comunicação inclui pessoas que cercam o doente, razão pela qual o idioma de comunicação deve ser entendido por todos os envolvidos. A boa comunicação também não se baseia apenas nas habilidades físicas dos enfermeiros, mas também na educação e na experiência.

Com o mesmo foco, Bramhall (2014) desenvolveu um estudo onde destaca a importância de habilidades de comunicação efetivas para enfermeiros. Concentra-se nas habilidades básicas de comunicação, as suas definições e os resultados positivos que resultam quando aplicados na prática. Uma comunicação eficaz é fundamental para a prestação de serviços de cuidados de enfermagem de alta qualidade. O artigo pretende atualizar e desenvolver conhecimento existente sobre as habilidades de comunicação efetivas, através de uma recolha de opinião de enfermeiros.

No estudo de Rikos *et al.* (2018), verificou-se que no serviço de pediatria a transferência de enfermagem foi inteiramente baseada (100%) na condição clínica geral do doente. Os enfermeiros embora tenham habilidades específicas e observações direcionadas, eles não trabalham com base em diagnósticos clínicos ou na melhor prática clínica, mas sim com base nos seus conhecimentos empíricos e habilidades adquiridas com a sua experiência profissional. O estudo também revelou apesar de ser em baixa dimensão (40%), a transferência dos doentes era baseada nos diagnósticos de enfermagem.

### **Qual o *handover* mais efetivo?**

Quanto ao *handover* mais efetivo os enfermeiros referem o *handover* da manhã (49,2%) seguido do *handover* da tarde (32,3%).

Lajko e Adshead (2011), para garantir *handovers* seguros, relevantes e precisos, implementaram um novo modelo multiprofissional que incorpora o intercâmbio adequado de informações, oportunidades de aprendizagem e interação social. No seu estudo, investigaram a eficácia e a utilidade dessa nova estrutura de *handover* matinal. Foi distribuído um questionário com 10 questões, durante um período de 1 semana de 14 a 20 de março de 2011. As perguntas incluíam o seguinte: a utilidade da transferência multiprofissional como fonte de informações sobre atualizações departamentais e de confiança; cuidados com o paciente e questões operacionais, fórum de educação interprofissional, e a comparação com base em experiência anteriores de *handover*. Dos 75 membros da equipa que compõem, a equipa multidisciplinar os resultados demonstraram que a equipa apoiou principalmente a nova estrutura de *handover* matinal. Foi pensado para ser uma fonte útil de informações em relação a atualizações departamentais e de confiança num fórum multiprofissional (75 funcionários). Os membros da equipa acharam que era um fórum para educação interprofissional (65 funcionários). Além disso, a maioria concordou que melhorou o atendimento aos doentes e das questões operacionais dentro dos serviços (67 funcionários).

Devlin *et al.* (2014) caracterizaram as atuais práticas de *handover* de manhã em duas unidades hospitalares académicas, avaliando a frequência de omissões de problemas importantes durante a noite, durante a madrugada, e identificando fatores que influenciam a ocorrência de tais problemas. Tratou-se de um estudo prospetivo, em Toronto, entre 2012 e 2013. Os participantes incluíram estudantes de medicina do terceiro ano e residentes do primeiro e segundo ano. Foram identificados 141 problemas importantes durante a noite durante os 26 dias de observação. Os estagiários omitiram 40,4% (IC95%, 32,3% -48,5%) de questões clinicamente importantes durante a transferência da manhã e não documentaram nenhuma informação no prontuário do paciente 85,8% (IC 95% 80,1% -91,6%).

### **Quais os pontos fortes, limitações e medidas de melhoria do *handover* da tarde e da noite?**

Os pontos fortes no *handover* da tarde salienta-se a informação clara pertinente e sucinta (10,8%).

Limitações no *handover* da tarde são: “interrupções por pais/familiares/profissionais” (18,5%), “*handovers* longos” e “a informação não sistematizada (falta de uma *checklist*), ambas com 7,7%.

Formas de melhorar o *handover* da tarde salienta-se “ a informação sucinta clara e pertinente” (7,7%) e “menos interrupções por pais/familiares/profissionais” (6,2%).

Uma das questões que referem como não abordadas tem a ver com a “interrupção por parte dos colegas para questionar cuidados de enfermagem que os doentes necessitam no momento da passagem de turno” (1,5%).

Pontos fortes no turno da noite são: “menor volume de cuidados a realizar durante o *handover*” (9,2%), “informação clara pertinente e sucinta” e “maior disponibilidade para discussão dos casos clínicos” ambas com 6,2%

Como limitações as mais referidas foram: “ *handover* mais longo” 7,7% e ambas com 4,6% “ interrupções por pais/familiares/profissionais” e “*handover* pouco organizados e confusos”. Num estudo recente de Leonardsen *et al.* (2018), foi feita uma análise às experiências de 23 enfermeiros no sudeste da Noruega, sobre o *handover*. Os resultados mostram que os enfermeiros preferiram colaborar com os outros enfermeiros no *handover*. Nas unidades de cuidados primários, referiram que tiveram experiências colaborativas positivas com os médicos, mas o mesmo não se verificou nos hospitais, porque tinham a impressão de que os médicos do hospital sentiam que tinham competência médica superior.

Formas de melhorar o *handover* da noite são: “ atualização do plano de cuidados” e a “ criação de um *checklist*” ambas com 4,6%. Vários estudos apontam, aquilo que pensam ser, formas de melhorar o *handover*. Neste sentido, Nora (2017), na sua investigação, avaliou a ocorrência de eventos adversos e práticas de segurança após um programa de intervenção de comunicação do *handover* num hospital público de Porto Alegre. Não houve diferença nos dias de permanência de cateter venoso central, nem de sonda vesical de demora, mas o tempo médio entre a solicitação e a realização de ecografia passou de  $37,8 \pm 26,4$  horas no período pré-intervenção para  $17,6 \pm 15,8$  horas no período pós-intervenção. Com relação à tomografia, a mediana do tempo entre a solicitação e a realização do exame passou de 12,0 (4,0 – 20,0) horas no período pré-intervenção para 4,0 (1,0 – 18,7) horas no período pós-intervenção.



Manias *et al.* (2016) examinaram de que forma os profissionais de saúde, os pacientes e familiares se comunicam sobre a gestão dos medicamentos, sendo que os pacientes têm pontos de transição de cuidados e urge identificar-se possíveis fontes de falha de comunicação. Como os pacientes se mudaram entre os ambientes, ocorreu um acompanhamento insuficiente sobre as mudanças de medicação. Durante as observações, 432 instâncias de falha de comunicação (42,8%) foram detetadas, que se relacionam com propósito, conteúdo, audiência e ocasião da comunicação. Concluem que os *handovers* podem ser utilizados como oportunidades de aconselhamento sobre mudanças no regime de medicação.

Lee *et al.* (2017) determinaram se o uso, resultados e satisfação com um sistema de informação de enfermagem melhorou a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados de enfermagem num hospital em Taiwan. Verificaram que os valores fisiológicos foram mais fáceis de ler e interpretar; demorou menos tempo para completar os registos eletrónicos (3,7 vs. 9,1 min); o número de erros na administração de medicamentos foi reduzido (0,08% vs. 0,39%); os códigos de barras reduziram o número de erros (0 vs. 10); a satisfação com o *handover* aumentou significativamente; houve redução do *handover* de enfermagem (14,9% vs. 16%); e a satisfação do paciente aumentou significativamente (3,46 vs. 3,34).

No estudo de Redley e Waugh (2018), com o objetivo de examinar a confiabilidade, validade e usabilidade de uma ferramenta de melhoria da qualidade para a auditoria do *handover*, os resultados apontam que a qualidade do *handover* é influenciada por interações complexas relacionadas com o conteúdo, os processos e o ambiente de trabalho. Foi evidenciado que são necessárias ferramentas de melhoria de qualidade para o *handover*.

Spooner, Aitken e Chaboyer (2018) desenvolveram o seu estudo numa unidade de cuidados intensivos, especializada em cirurgia cardiotorácica num hospital de referência, em Queensland, Austrália. Um total de 39 enfermeiros chefes responderam à pesquisa (62%) e salientaram o conteúdo e a eficiência da informação eletrónica como sendo de extrema importância para otimizar o *handover*.

O'Connell, Ockerby e Hawkins (2013) examinaram as propriedades psicométricas de uma Escala de Avaliação de *Handover*. Através de dados recolhidos entre 2006-

2008, uma amostra de 299 enfermeiros, concluíram que esta escala é uma medida de autorrelato, válida e confiável do *handover*. Fornece uma ferramenta útil para monitorizar e avaliar processos de transferência em organizações de saúde, e é recomendado para uso e desenvolvimento adicional.

Muitas vezes perde-se o foco com pequenas coisas, tornando os *handovers* longos com repetições, e a informação pertinente acaba por não ser transmitida. O *handover* é uma atividade de enfermagem que consome tempo, organização e um compromisso entre os profissionais a cada troca de turno (Siva *et al.* 2016).

Das sugestões sugeridas destacaram-se a “ criação de *checklist* para uma uniformização da informação a transmitir”, “diminuir ao máximo as interrupções durante o *handover*” e “ informação concisa, pertinente e clara todas com 6,2%, seguida de “divulgação dos resultados do estudo” e “ sinalética na porta durante o *handover*” ambas com 3,1%.

Nos estudos de Sousa (2013), quando foi solicitado para darem sugestões de melhoria do *handover*, as questões sugeridas foi a redução das interrupções durante o *handover*, esta era uma mudança de um caracter urgente, outra era promover momento para discussão de situações mais complexas e questões éticas. Neste estudo como podemos ver uma das melhorias é a redução ao máximo das interrupções por pais/familiares e profissionais.

A DGS (2017) refere que no *handover* em que a transmissão de informação é realizada de forma oral, esta deve ser realizada sem interrupções, utilizando a técnica ISBAR. Esta ferramenta de padronização de comunicação em saúde, utiliza-se em todos os níveis de prestação de cuidados, sendo reconhecida por promover a segurança do doente, durante o *handover*. No caso particular do *handover*, a transmissão de informação entre profissionais de saúde deve ser uma das prioridades, em todos momentos de frágeis e críticos do doente. Smeulers e Vermeulen (2016) definiram algumas recomendações para o *handover* de enfermeiros, atendendo ao contexto local. Contando com 20 enfermeiros de diferentes especialidades, estes chegaram a um consenso sobre um conjunto final de 18 recomendações: como (1 recomendação), o quê (12 recomendações), onde (3 recomendações) e pré-condições (2 recomendações), que foram estruturadas

com a mnemónica nursepass. Os enfermeiros avaliaram este método como sendo uma abordagem eficaz.

Outros estudos obtiveram conclusões semelhantes. Para Pena e Melleiro (2018) é importante que a utilização de ferramentas para a padronização do processo de transição do cuidado seja incentivada, visto que a comunicação é essencial nas relações humanas que envolvem doentes, familiares e profissionais, contribuindo para a transformação do cenário das organizações de saúde e aperfeiçoamento da cultura de segurança.

Santos, Campos, Silva (2018) fizeram um levantamento de evidências científicas sobre a prática do *handover* numa unidade de terapia intensiva quanto à segurança da comunicação entre os membros da equipa sobre o paciente hospitalizado. Os resultados evidenciam informações ausentes, incompletas ou erradas no *handover*, causadas pela falta de padronização e de preparação dessa atividade, gerando atrasos nos procedimentos, tornando-os errados ou não realizados. Neste estudo, concluem que o uso de instrumentos reduz a quantidade de informação omitida, conversas paralelas e erros, melhorando a satisfação da equipa.

Um *handover* seguro para o doente passa por uma boa comunicação entre emissor e recetor. Durante este diálogo a mensagem não deve ser interrompida, para que se possa fazer uma transferência de informação segura com o mínimo de sequelas para o doente.

A comunicação e as tecnologias de informação, ambas desempenha um papel fulcral no contexto de passagem de turno, não apenas entre diferentes organizações prestadoras de cuidados nacionais, internacionais e europeias, mas também entre serviços da mesma organização, ou profissionais do mesmo serviço (Despacho nº1400-A/2015).

Mula, Human e Middleton (2019) reforçam que os profissionais de saúde encontram barreiras ao implementar soluções alternativas para superar as barreiras do *handover*. O atendimento seguro e oportuno aos doentes também requer uma coordenação ideal da equipe, recursos, equipamentos, horários e tarefas. No entanto, os profissionais de saúde encontram barreiras ao implementar esses padrões e se envolvem em soluções alternativas para superá-las. As soluções alternativas ignoram ou "corrigem" temporariamente os obstáculos percebidos do

fluxo de trabalho para atingir metas mais rapidamente. Este estudo examina comportamentos alternativos que enfermeiros e médicos utilizam para enfrentar os desafios encontrados durante seus esforços de administração de antibióticos e seu impacto, em um hospital terciário no Malawi. Esses comportamentos podem ter impactos positivos e negativos no atendimento ao doente e no sistema de saúde. Também descobriram que as práticas dos enfermeiros influenciaram as soluções dos médicos.

## CONCLUSÃO

Com este estudo, obtive os primeiros indicadores relativos à percepção que os enfermeiros do HPC têm acerca do *handover* no mesmo. Estes indicadores são essenciais para o eventual desenvolvimento de sugestões de melhoria de modo a atingir melhores níveis de segurança e qualidade nos cuidados prestados aos doentes.

A comunicação, como pilar fundamental nas relações humanas, é de extrema importância na saúde na medida em que uma comunicação eficaz entre os vários profissionais de saúde melhora a qualidade, eficácia e eficiência dos serviços prestados nesta área.

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com uma abordagem quantitativa e com uma amostra constituída por 65 enfermeiros que exercem a sua atividade nos serviços de Cirurgia Queimados e Transplantação Hepática, Oncologia Pediátrica, Ortopedia e Neurocirurgia, Pediatria Médica, Pedopsiquiatria e Unidade de Cuidados Intensivos, do Polo Pediátrico do CHUC. A maioria dos enfermeiros (93,8%) são do sexo feminino sendo que o tempo de exercício profissional dos enfermeiros, em média, é 18,01 anos, sendo que metade dos elementos da amostra exercia a sua atividade profissional a pelo menos 15 anos. Quanto ao tempo no atual serviço o tempo médio é de 10,90 anos, sendo que metade dos enfermeiros inquiridos exercia a sua função no atual serviço, no máximo há 8 anos. Quanto à categoria profissional, 44,6% estava na categoria de enfermeiro especialista e 40% estava na categoria de enfermeiro. Quanto ao vínculo profissional, a maioria dos enfermeiros inquiridos 67,7% tinha contrato por tempo indeterminado e 96,9% praticava um horário de 35 horas semanais, sendo que 73,8% desenvolvia um horário na modalidade de roulement.

Os enfermeiros do HPC evidenciam uma percepção moderada no *handover* da manhã da tarde e uma percepção razoável no *handover* da noite. A percepção dos enfermeiros sobre o *handover* não está relacionada com o tempo do exercício profissional e não difere conforme a categoria profissional. Quanto a estrutura e metodologia do *handover* afirmam ser de forma verbal, realizado pelo enfermeiro responsável pelo doente no gabinete de enfermagem. Como limitações salienta-se as interrupções por familiares pais/profissionais, cansaço dos colegas da noite,

*handovers* longos, a falta de pontualidade e a informação não sistematizada (falta de uma *checklist*). Como pontos fortes salientam-se a informação concisa e pertinente, atualização do plano de cuidados (SClinico), a presença do chefe ou subchefe. O *handover* mais efetivo é o da manhã. As sugestões sugeridas no estudo destaca-se a criação de *checklist* para uma uniformização da informação a transmitir, informação concisa, pertinente e clara.

O *handover* é uma ferramenta essencial para a continuidade de cuidados, na qual os enfermeiros partilham informações e tomam decisões, as quais podem ter efeitos negativos ou positivos nos cuidados prestados aos doentes, pelo que a participação e envolvimento de todos os elementos da equipa é fundamental. Para manter uma comunicação eficaz durante o *handover* é necessário criar uma ferramenta que permita a transmissão de informação estruturada (por exemplo, através de uma *checklist* ou mnemónica). Um *handover* devidamente estruturado, utilizando uma ferramenta específica, pode ajudar na comunicação e reduzir a incidência de efeitos adversos. Os sistemas de informação no *handover* são um meio facilitador da transmissão de informação, que deve ser feita de uma forma segura, rápida e fácil.

As limitações deste estudo são o facto de não ter havido uma de observação direta dos diferentes momentos dos *handovers* nos diversos serviços e apenas se ter cingido às respostas do questionário. Uma vez que estes foram preenchidos pelos profissionais e refletem, deste modo, a impressão pessoal de cada um e a evocação da memória, surgem assim alguns aspetos que podem desviar alguns dados da realidade. Dever-se-ia comparar os autorrelatos com aquilo que realmente é feito, por exemplo, através da recolha de dados audiovisuais.

Sugere-se criar uma *checklist*, adotando a técnica ISBAR (emitida pela DGS em 2017). Esta metodologia tem-se revelado uma ferramenta estruturada de informação que cada serviço adapta de acordo com as suas especificidades, uma vez que a comunicação é transversal a todos os serviços. Diminuir ao máximo as interrupções durante o *handover*, colocando na porta da sala onde se realiza, uma sinalética, seria uma outra forma que poderia ser utilizada para melhorar o funcionamento e produtividade do mesmo.

Passado algum tempo depois das medidas implementadas, deve-se fazer um novo estudo para ver o que mudou e o que é necessário reestruturar e, dada a existência de poucos estudos nesta área, seria enriquecedor o desenvolvimento de outros estudos que sustentem novas conclusões acerca deste assunto. Seria proveitoso realizar um estudo do *handover* entre serviços (a transferência de responsabilidade de uma equipa para outra), porque só depois de conhecer a realidade de cada grupo profissional e as interações de todos os grupos profissionais se podem implementar as medidas adequadas. Desta forma, as organizações de saúde ficam verdadeiramente centradas no doente, o qual é o principal elemento de qualquer serviço de saúde.

Em suma, é de salientar que à luz dos resultados obtidos e comparação com a informação atualmente disponível, medidas que interfiram com a organização estrutural do *handover* devem ser implementadas. As sugestões apontadas poderão ser benéficas na melhoria da eficácia do *handover*, na melhoria da fiabilidade da instituição, na melhoria global dos cuidados de saúde prestados e na melhoria da segurança do doente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham. J., Kannampallil. T., Patel. B, Almoosa. K. & Patel V. (2012). Ensuring patient safety in care transitions: an empirical evaluation of a handoff intervention tool. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 17-26.
- Abreu, C. (2015). *A percepção dos enfermeiros relacionada com o erro na prática clínica: implicações para o planeamento de cuidados e para a formação*. (Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Educação). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. Disponível em [www: http://hdl.handle.net/10316/28292](http://hdl.handle.net/10316/28292) [28 de Outubro 2018].
- Afonso, P. (2010). *Intervenção para a segurança do doente. Análise dos obstáculos existentes na transferência de informação durante a passagem de turno de Enfermagem*. (Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na saúde). Universidade de Évora / Instituto Politécnico de Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.21/4292>.
- Afonso, P. (2017). Passagem de turno em Enfermagem: Processo fundamental para a qualidade de cuidados. *Desenvolvimento e Sociedade*, 3, 33-56.
- Botelho, P. (2016). O handover na sala de emergência entre o enfermeiro e a equipa de assistência pré-hospitalar. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação). Instituto Politécnico de Leiria. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.8/1948> [11 Junho2019].
- Bramhall, E. (2014). Effective communication skills in nursing practice. *Nursing Standard.*, 29(14), 53-59.
- Brás, C. & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 572-577.
- Brás, C., Ferreira, M. (2016). Comunicação Clínica (handover) e segurança dos cuidados de enfermagem: revisão da literatura. *Millenium*, 2(1), 117-124.



- Cohen, M. & Hilligoss, B. (2009). Handoffs in Hospitals: A Review of the Literature on Information Exchange While Transferring Patient Responsibility or Control. Disponível em [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/61498/Handoffs\\_in\\_Hospitals\\_Literature\\_Review\\_081014.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/61498/Handoffs_in_Hospitals_Literature_Review_081014.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Costa, L. (2014). *Registos de Enfermagem: Sua Influência na Qualidade dos Cuidados Prestados*. (Dissertação de Licenciatura em Enfermagem), Universidade do Mindelo. Disponível em <http://portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/3515/1/Costa.2014.Registos%20de%20Enfermagem.pdf> [20 Agosto 2019].
- Cruz, L. (2014). *Registos de Enfermagem: Sua Influência na Qualidade dos Cuidados Prestados*. (Dissertação de Licenciatura em Enfermagem), Universidade do Mindelo. Disponível em <http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/3515/1/Costa.2014.Registos%20de%20Enfermagem.pdf>.
- Cunha, A., Ferreira, J. & Rodrigues, M. (2010). Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. *Referência*, III(1), 7-16. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserllln1/serllln1a02.pdf>.
- Despacho n.º 1400-A/2015. (10-02-2015). Diário da República n.º 28/2015, Série II.
- Despacho n.º 5613/2015. (27-05-2015). Diário da República n.º 102/2015, Série II.
- Devlin, M., Kozji, N., Kiss, A., Richardson, L. & Wong, B. (2014). Morning Handover of On-Call Issues. Opportunities for Improvement. *JAMA Internal Medicine*, 174(9), 1479-1485.
- Direção-Geral de Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente: Relatório Técnico*. Disponível em <https://www.dgs.pt/.../classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx> [28 Setembro 2018].
- Direção-Geral de Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08/02/2017-pdf.aspx> [3 Outubro 2018].

- Direção-Geral de Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/...e.../norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx> 08/02/2017 [28 de Setembro 2018].
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura conceptual da classificação internacional sobre segurança do doente*. Lisboa. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/?sequence=4>.
- Ferrara, P., Terzoni, S., Dani, S., Bisesti, A. & Destrebecq, A. (2017). A tool for assessing the quality of nursing handovers: a validation study. *British Journal of Nursing*, 26(15), 882-888.
- Ferreira, R., Luzio, F. & Santos, M. (2010). Passagem de turno dos enfermeiros nos quartos (Visita de Enfermagem): opinião dos utentes. *Revista Referência* II(12), 29-37.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência
- Fragata, J. (2012). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel.
- Friesen, M., White S., & Byers J. (2008). Handoffs: implications for nurses. In Agency for Healthcare Research and Quality (Ed.), *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses* (pp. 285-332). Disponível em <https://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesfdbk/nursesfdbk.pdf>.
- Gonçalves, J. (2018). *ISBAR: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados durante a passagem de turno*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em situação crítica). Universidade de Évora: Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. Disponível em <http://hdl.handle.net/10174/23325>.
- Gonçalves, M., Rocha, P., Anders, J., Kusahara, D. & Tomazoni, A. (2016). Comunicação e Segurança do Paciente na Passagem de Plantão em

Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. *Texto Contexto em Enfermagem*, 25(1), 1-8.

Herawati, V., Nurmalia, D., Hartiti, T. & Dwiantoro, L. (2018). The effectiveness of coaching using SBAR (situation, background, assessment, recommendation) communication tool on nursing shift handovers. *Belitung Nursing Journal*, (4), 177-185.

Hovenkamp, G., Olgers, T., Wortel, R., Noltes, M., Dercksen, B. & Maaten, J. (2018). The satisfaction regarding handovers between ambulance and emergency department nurses: an observational study. *Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 26(78), 1-6.

Joint Commission International (2014). *Joint Commission International. Accreditation standards for Hospitals* [PDF]. Disponível em [https://www.jcrinc.com/assets/1/14/JCIH14\\_Sample\\_Pages.pdf](https://www.jcrinc.com/assets/1/14/JCIH14_Sample_Pages.pdf).

Kourkouta, L. & Papathanasiou, I. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materia Socio-Medica*, 26(1), 65–67.

Lajko, K. & Adshead, N. (2011). Multiprofessional morning handover in the Emergency Department: is it effective?. *Emergency Medicine Journal*, 28(1), 1-13,

Lee, T., Sun, G., Kou, L. & Yeh, M. (2017). The use of information technology to enhance patient safety and nursing efficiency. *Technology and Health Care*, 25, 917–928.

Leonardsen, A., Busso, L., Grondahl, V. & Jelsness-Jorgensen, L. (2018). Handovers in primary healthcare in Norway: A qualitative study of general practitioners' collaborative experiences. *Health & Social Care in the Community*, 26, 173-178.

Liukkonen, A. (1993). The content of nurses' oral shift reports in homes for elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 18(7), 1095-1100.

Manias, E., Gerdtz, M., Williams, A., McGuinness, J. & Dooley, M. (2016). Communicating about the management of medications as patients move

across transition points of care: an observation and interview study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 22, 635–643.

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística - com utilização do SPSS*. Lisboa: Silabo, Lda.

Maxson, P., Derby, K., Wroblewski, D. & Foss, D. (2012). Bedside Nurse-to-Nurse Handoff Promotes Patient Safety. *Medical Surgical Nursing*, 21(3), 140-145.

Morgado, T. & Nunes, L. (2016). Opiniões sobre a visita de enfermagem em unidades de cirurgia: tradução, adaptação e validação de questionários. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(9), 75-85.

Mula, C., Human, N. & Middleton, L. (2019). An exploration of workarounds and their perceived impact on antibiotic stewardship in the adult medical wards of a referral hospital in Malawi: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 19(64), 1-10.

Nascimento, J., Rodrigues, R., Pires, F. & Gomes, B. (2018). Passagem de plantão como ferramenta de gestão para segurança do paciente. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 8(2), 544-559.

Nora, M. (2017). *Impacto de um programa de comunicação entre os enfermeiros na ocorrência de eventos adversos e na adoção de práticas de segurança*. (Dissertação de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano). Centro Universitário La Salle. Disponível em <http://hdl.handle.net/11690/709>.

O'Connell, B., Macdonald, K. & Kelly, C. (2008). Nursing handover: it's time for a change. *Contemp Nurse*, 30(1), 2-11.

O'Connell, B., Ockerby, C. & Hawkins, M. (2013). Construct validity and reliability of the Handover Evaluation Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 560–570.

Oliveira, M. & Rocha, R. (2016). Reflexão da Passagem de Plantão: Implicações na continuidade da assistência de enfermagem. *Enfermagem revista*. 19(2), 226-233.

Ordem dos Enfermeiros, (2001). *Parecer CJ/20*. Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer\\_CJ\\_20-2001.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf) [28 de Setembro 2018].

Parecer nº 61/2017. (11-07-2017). Ordem dos Enfermeiros.

Patterson, E. & Wears, R. (2010). Patient Handoffs: Standardized and Reliable Measurement Tools Remain Elusive. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 36(2), 52-61. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(10\)36011-9](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36011-9).

Pena, M. & Melleiro, M. (2018). Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 8(3), 616-625.

Perry, A., Potter, P. & Ostendorf, W. (2019). *Nursing interventions & clinical skills*. Elsevier Health Sciences.

Pestana, M., Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais – A Complementariedade do SPSS*. Lisboa: Silabo, Lda.

Piper, K. (2017). Scaffolding Clinical Reasoning and Decision Making: Clinical Handover. *International conference on Models of Engaged Learning and Teaching*, 11-13.

Pires, M. (2014). *Handover – Transmissão de Informação na Admissão do Utente Cirúrgico no Bloco Operatório*. (Trabalho de Projeto/Relatório de estágio de Mestrado em Enfermagem Perioperatória). Instituto politécnico de Setúbal: Escola Superior de Saúde. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/7180>.

Popovich, D. (2011). “30- Second Head-to-Toe Tool in Pediatric Nursing: Cultivating Safety in Handoff Communication.” *Pediatric Nursing*, 37(2), 55-61.

Redley, B. & Waugh, R. (2018). Mixed methods evaluation of a quality improvement and audit tool for nurse-to-nurse bedside clinical handover in ward settings. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.12.013>.

Rikos, N., Linardakis, M., Rovithis, M. & Philalithis, A. (2018). Features of recording practices and communication during nursing handover: a cluster analysis. *Revista Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 1-8.

- Santos, G. (2017). *Comunicação na clínica do cuidado de enfermagem: o caso do handover*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em <http://objdig.ufrj.br/51/teses/861504.pdf> [7 de Agosto 2019].
- Santos, G., Campos, J. & Silva, R. (2018). Handoff communication in intensive care: links with patient safety. *Esc Anna Nery*, 22(2), 1-13.
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 47-57.
- Silva, L., Terra, F., Macedo, F., Santos, S., Maia, L. & Batista, M. (2014). Notificação de eventos adversos ocorridos em uma instituição Hospitalar. *Revista de Enfermagem UFPE*, 8(9), 3015-23. DOI: 10.5205/reuol.5960-55386-1-ED.0809201408.
- Silva, M., Anders, J., Rocha, P. & Sousa, I. & Burciaga, V. (2016). Comunicação na passagem de plantão de enfermagem: segurança do paciente pediátrico. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(3), 1-9.
- Silva, S., Nascimento, E., Hermida, P., Sena, A., Klein, T. & Pinho, F. (2016). Checklist para passagem de plantão de pacientes em pós-operatório imediato na admissão em terapia intensiva. *Enfermagem Foco*, 7(1), 13-17.
- Smeulers, M. & Vermeulen, H. (2016). Best of both worlds: combining evidence with local context to develop a nursing shift handover blueprint. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(6), 749–757.
- Smeulers, M., Lucas, C. & Vermeulen, H. (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients (Review). *The Cochrane Collaboration*, 6, 1-30.
- Sousa, A. (2013). A segurança do paciente: Contributo da comunicação na passagem de turno para a qualidade dos cuidados. (Dissertação de Mestrado em Gestão em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/15757> [28 Outubro 2018].

- Spooner, A., Aitken, L. & Chaboyer, W. (2018). Barriers and facilitators to the implementation of an evidence-based electronic minimum. *Australian Critical Care*, 31, 278-283.
- Spooner, A., Chaboyer, W. & Aitken, L. (2019). Interruptions during Senior Nurse Handover in the Intensive Care Unit: A Quality Improvement Study. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(1), E15-E21.
- Spooner, A., Corley, A., Chaboyer, W., Hammond, N. & Fraser, J. (2015). Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: An observational study. *Australian Critical Care*, 28(1), 19-23.
- Street, M., Eustace, P., Livingston, P., Craike, M., Kent, B. & Patterson, D. (2011). Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of Handover. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 133-140.
- The Joint Commission (2017). Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Aler*, 58, 1-6.
- Tobiano, G., Bucknall, T., Sladdina, I., Whitty, J. & Chaboyere, W. (2018). Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 243-258.
- Tranquada, M. (2013). *A comunicação durante a Transição das Equipas de Enfermagem: estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português*. (Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde). Instituto Universitário de Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10071/6985> [28 Outubro 2018].
- Turner, C., Haas, B., Lee, C., Brar, S., Detsky, M. & Munshi, L. (2018). Improving communication between surgery and critical care teams: beyond the handover. *American Journal of Critical Care*, 27(5), 392-397.

- VanGraafeiland, B., Foronda, C., Vanderwagen, S., Allan, A., Bernier, M., Fische, J., Hut, E. & Jeffers, J. (2018). Improving the handover and transport of critically ill pediatric patients. *Journal Clinical Nursing*, 28, 56-65.
- Victorian Quality Council (2010). *Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality of care* [PDF]. Disponível em [https://www.academia.edu/27544198/Promoting\\_effective\\_communication\\_among\\_healthcare\\_professionals\\_to\\_improve\\_patient\\_safety\\_and\\_quality\\_of\\_care](https://www.academia.edu/27544198/Promoting_effective_communication_among_healthcare_professionals_to_improve_patient_safety_and_quality_of_care).
- Wachter, R. (2010). *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Whitty, J., Spinks, J., Bucknall, T., Tobiano, G. & Chaboyer, W. (2017). Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a discrete choice experiment. *Health Expectations*, 20(4), 742-750.
- World Health Organization (2007). *Communication During Patient Hand-Overs. Patient Safety Solutions*, 1(3). Disponível [http://www.who.int/patientsafety/solutions/patient\\_safety/PS-Solution3.pdf](http://www.who.int/patientsafety/solutions/patient_safety/PS-Solution3.pdf) [28 Setembro 2018].



## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
DO CHUC**

A Unidade de Investigação e Desenvolvimento  
para se apresentar.

12/11/2018

Enf.<sup>a</sup> Áurea Andrade  
Enfermeira Diretora  
C.H.U.C. - EPE

Exmo Senhor Professor Doutor Fernando Regateiro

Presidente do Conselho de Administração

do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

6.2  
C.H.U.C. - Conselho de Administração

Autógrafa  
30/12/2018

R

M. M. P. M.

Ass

Atto Conselho de  
Administração  
P. M. M. P. M.

Enf.<sup>a</sup> Áurea Andrade  
Enfermeira Diretora  
C.H.U.C. - EPE

Sou, Maria Manuela Mendes Carlos, enfermeira deste Centro Hospitalar, a exercer funções  
no Serviço de Cirurgia Queimados e Transplantação Hepática no Polo Pediátrico.

Encontro-me a frequentar o Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de  
Economia da Universidade de Coimbra. Nesse momento a realizar a dissertação, sendo que  
a área que decidi abordar foi "Handoffs" e segurança do doente.

A comunicação é um recurso fundamental para garantir a continuidade de cuidados da  
pessoa que se encontra em situação crítica, sendo também um fator de humanização,  
segurança e qualidade dos cuidados prestados. Mas, não podemos ignorar que 70% dos  
eventos adversos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde.  
É, assim, necessário orientar a atenção às passagens de turno, destacando os pontos que  
possam ser alvo de melhoramento.

Este trabalho é orientado pela Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira, professora da  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Tenho como objetivos identificar a perceção dos enfermeiros sobre os "handoffs", identificar  
a relação da comunicação clínica praticada na passagem de turno e segurança dos  
cuidados de enfermagem. Sendo prestadora de cuidados, penso poder retirar deste trabalho  
contributos importantes para a prática.

Para a realização deste trabalho venho solicitar a V. Exa que se digne a autorizar a  
aplicação de um questionário construído a partir do Handover Evaluation Scale (em anexo)  
a enfermeiros que exerçam funções nos serviços de internamento do Polo Pediátrico, mais  
propriamente nos serviços de Cirurgia Queimados e Transplantação Hepática, Ortopedia  
Neurocirurgia, Pedopsiquiatria, Unidade de Cuidados Intensivos, Pediatria Médica e  
Oncologia.

O trabalho supracitado tem apenas finalidades académicas. Serão salvaguardados a  
proteção dos direitos e liberdade dos enfermeiros que estejam dispostos a colaborar nesta  
investigação. Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Para qualquer esclarecimento, estarei disponível em: mmanuelacarlos@gmail.com ou  
966508619.

Certa da melhor atenção ao meu pedido

Apresento agradecimentos e os melhores cumprimentos:

Manuela Carlos

C.H.U.C. - EPE  
UNIDADE DE INOVAÇÃO E  
DESENVOLVIMENTO  
CENTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS  
05/12/2018

PROTÓCOLO N.º \_\_\_\_\_

C.H.U.C. - EPE  
DIREÇÃO DE ENFERMAGEM

Reg. N.º 7545

Origem

Data 12/11/2018

Leve uma permissão  
de acesso voluntária para os  
cuidados de enfermagem de  
necessário para a investigação  
superior.

Sinais  
31/12/2018

## **APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO**

## Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em Investigação De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe é feita, queira assinar este documento.

**Título de estudo:** “Handoffs” e segurança do doente.

**Enquadramento:** Investigação realizada nos serviços de internamento do Hospital Pediátrico de Coimbra, pela Investigadora Manuela Carlos, sob orientação da Doutora Manuela Frederico, professora na Faculdade de Economia de Coimbra e na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Os resultados serão apresentados no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, FEUC.

**Explicação do estudo:** A comunicação é um recurso fundamental para garantir a continuidade de cuidados da pessoa que se encontra em situação crítica, sendo também um fator de humanização, segurança e qualidade dos cuidados prestados. O estudo tem como principais objetivos identificar a perceção dos enfermeiros sobre os “handoffs” e identificar a relação da comunicação clínica praticada na passagem de turno e segurança dos cuidados de enfermagem. Será aplicado um questionário construído a partir do Handover Evaluation Scale.

**Condições e financiamento:** A sua participação é voluntária, não exigindo nenhuma contrapartida financeira ou de outra natureza. Todos os procedimentos serão feitos de uma forma gratuita. Em qualquer momento, poderá livremente recusar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este fato.

**Confidencialidade e anonimato:** Os dados recolhidos serão analisados com garantia de confidencialidade e anonimato. De salientar que o estudo irá ter um interesse apenas académico e de investigação, não sendo os resultados utilizados não tendo qualquer interesse comercial, não havendo, deste modo, conflitos de interesses contrapartidas financeiras que possam enviesar o mesmo. Qualquer contacto a realizar será executado num ambiente de privacidade.

Eu, Maria Manuela Mendes Carlos, estudante do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, na FEUC, a trabalhar no serviço de Cirurgia Queimados e Transplantação Hepática no Polo Pediátrico, telemóvel 966508619, agradeço a Sua participação de modo a realizar este projeto de investigação.

**Assinatura do Investigador:** *Manuela Carlos*

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma. Aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a. Caso pretenda uma cópia deste documento poderá solicitá-la à autora.

Nome:-----

Assinatura:-----

data----/----/-----

## **ANEXOS**

**ANEXO I – ESCALA DE AVALIAÇÃO *HANDOVER* HES**

## ESCALA DE AVALIAÇÃO “HANDOVER” HES

O termo "handover" é definido como um processo em tempo real de transmitir informações específicas sobre um doente, de um cuidador para outro ou de uma equipa de saúde para outra (Joint Commission).

Senhor(a) Enfermeiro(a),

Estamos a conduzir uma investigação com os objetivos de identificar a perceção dos enfermeiros sobre os “handover” e de discutir as metodologias de “handovers” e suas implicações para a segurança do doente.

Neste estudo o processo de transmissão de informação que se pretende analisar é relativa à passagem de turno em enfermagem. Assim, sempre que ler “**handover**” considere **passagem de turno**.

O seu contributo, ao preencher o questionário, ainda que voluntário é imprescindível para a continuidade deste estudo.

O questionário é anónimo, as respostas são confidenciais e não se pretende qualquer avaliação individual, em cada serviço as respostas serão tratadas globalmente.

Serviço \_\_\_\_\_

### **Secção A: Sócio-Profissional**

1. **Sexo:** Feminino  Masculino

2. **Tempo de exercício profissional:** \_\_\_\_Anos

3. **Tempo no atual serviço:** \_\_\_\_Anos. Se for inferior a 1 ano \_\_\_\_ meses

4. **Categoria Profissional:**

Enfermeiro Especialista  Enfermeiro Graduado  Enfermeiro

Outro (especifique) \_\_\_\_\_

5. **Vínculo laboral:**

Contrato a termo certo

Contrato definitivo

Contrato por tempo indeterminado

Sem vínculo/Prestação de Serviços

6. **Regime de horário profissional:**

Horas de trabalho semanais: \_\_\_\_

Horário fixo  Roulement

7. **Tempo** (médio) que despende por turno em registos de enfermagem

\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos



## **Secção B: Estrutura do “Handover” de manhã**

Nesta secção, por favor responda às questões considerando como decorre, no serviço onde trabalha atualmente, o “handover” de manhã (**transição do turno da noite para o turno da manhã “08:00 horas”**).

8. Tempo despendido na preparação do handover da manhã:

\_\_\_ horas ou \_\_\_ minutos

Em alguns serviços/unidades, as equipas de enfermagem recebem regularmente informação de dois profissionais (ex: enfermeiro responsável pelo turno e enfermeiro responsável pelo doente). Se, por norma, recebe informação de apenas um enfermeiro, por favor deixe a segunda coluna em branco.

Questões	“Handover “1	“Handover “2
9. Normalmente, quanto tempo demora o handover da manhã?	_____ minutos	_____ minutos
10. De que forma é realizado o handover da manhã?	<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Gravado <input type="checkbox"/> Outro (especifique)	<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Gravado <input type="checkbox"/> Outro (especifique)
11. De que forma gostaria que fosse realizado o handover da manhã?	<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Gravado <input type="checkbox"/> Outro (especifique)	<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Gravado <input type="checkbox"/> Outro (especifique)
12. Quem costuma transmitir a informação de manhã? (por favor selecione apenas uma opção)	<input type="checkbox"/> Enfermeiro responsável pelo turno <input type="checkbox"/> Enfermeiro responsável pelo doente <input type="checkbox"/> Outro (especifique)	<input type="checkbox"/> Enfermeiro responsável pelo turno <input type="checkbox"/> Enfermeiro responsável pelo doente <input type="checkbox"/> Outro (especifique)
13. Quem gostaria que transmitisse a informação de manhã?	<input type="checkbox"/> Enfermeiro responsável pelo turno <input type="checkbox"/> Enfermeiro responsável pelo doente <input type="checkbox"/> Outro (especifique)	<input type="checkbox"/> Enfermeiro responsável pelo turno <input type="checkbox"/> Enfermeiro responsável pelo doente <input type="checkbox"/> Outro (especifique)
14. Onde é realizado o handover da manhã?	<input type="checkbox"/> Sala própria <input type="checkbox"/> Gabinete de enfermagem <input type="checkbox"/> Junto do doente <input type="checkbox"/> Outro (especifique)	<input type="checkbox"/> Sala própria <input type="checkbox"/> Gabinete de enfermagem <input type="checkbox"/> Junto do doente <input type="checkbox"/> Outro (especifique)
15. Onde é que gostaria que fosse realizado o handover da manhã?	<input type="checkbox"/> Sala própria <input type="checkbox"/> Gabinete de enfermagem <input type="checkbox"/> Junto do doente <input type="checkbox"/> Outro (especifique)	<input type="checkbox"/> Sala própria <input type="checkbox"/> Gabinete de enfermagem <input type="checkbox"/> Junto do doente <input type="checkbox"/> Outro (especifique)
16. Indique outros grupos que estejam presentes no handover da manhã?	<input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Nutricionistas/dietistas <input type="checkbox"/> Não estão presentes <input type="checkbox"/> Outro (especifique)	<input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Nutricionistas/dietistas <input type="checkbox"/> Não estão presentes <input type="checkbox"/> Outro (especifique)

### **Secção C: Perceção do “Handover”**

O “handover” pode ter diferentes objetivos que incluem a transferência de informação sobre o paciente, discussão entre a equipa de enfermagem, suporte e educação em enfermagem.

Tendo em conta o “handover” e considerando que está **a iniciar o turno (turno “08:00-16:00 horas”)**, por favor indique em que medida concorda ou discorda com as afirmações seguintes.

	Discordo Plenamente	Discordo	Discordo Parcialmente	Nem Concordo nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo	Concordo Plenamente
17.1 Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.							
18.1 Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o handover.							
19.1 Tenho informação suficiente sobre o doente.							
20.1 Tenho a oportunidade de reunir e falar /discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.							
21.1 Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.							
22.1 Durante o handover recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.							
23.1 A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.							
24.1 Sou muitas vezes interrompido durante o handover, pelos doentes e seus familiares.							
25.1 Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.							
26.1 A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.							
27.1 Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.							
28.1 Considero que o handover demora muito tempo.							
29.1 A informação que recebo está atualizado.							
30.1 Os doentes participam no processo de handover.							
31.1 Consigo memorizar a informação que foi transmitida.							
32.1 Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.							
33.1 Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.							

Considere as mesmas afirmações preenchendo para o turno **16:00-00:00 horas** apenas os itens em que a sua concordância é diferente da expressa para o turno 8-16 horas.

	Discordo Plenamente	Discordo	Discordo Parcialmente	Nem Concorde nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo	Concordo Plenamente
17.2 Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.							
18.2 Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o handover.							
19.2 Tenho informação suficiente sobre o doente.							
20.2 Tenho a oportunidade de reunir e falar /discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.							
21.2 Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.							
22.2 Durante o handover recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.							
23.2 A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.							
24.2 Sou muitas vezes interrompido durante o handover, pelos doentes e seus familiares.							
25.2 Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.							
26.2 A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.							
27.2 Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.							
28.2 Considero que o handover demora muito tempo.							
29.2 A informação que recebo está atualizada							
30.2 Os doentes participam no processo de handover							
31.2 Consigo memorizar a informação que foi transmitida.							
32.2 Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.							
33.2 Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.							

Considere as mesmas afirmações preenchendo para o **turno das 00:00-8:00 horas** apenas os itens em que a sua concordância é diferente da expressa para o turno 8-16 horas e para o turno 16:00-00:00 horas.

	Discordo Plenamente	Discordo	Discordo Parcialmente	Nem Concordo nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo	Concordo Plenamente
17.3 Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis.							
18.3 Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o handover.							
19.3 Tenho informação suficiente sobre o doente.							
20.3 Tenho a oportunidade de reunir e falar /discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.							
21.3 Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.							
22.3 Durante o handover recebo muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao doente.							
23.3 A forma como a informação me é transmitida é fácil de apreender.							
24.3 Sou muitas vezes interrompido durante o handover, pelos doentes e seus familiares.							
25.3 Consigo clarificar a informação que me foi transmitida.							
26.3 A informação sobre o doente é transmitida no momento certo.							
27.3 Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.							
28.3 Considero que o handover demora muito tempo.							
29.3 A informação que recebo está atualizada.							
30.3 Os doentes participam no processo de handover							
31.3 Consigo memorizar a informação que foi transmitida.							
32.3 Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem.							
33.3 Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.							

34. Que pontos fortes considera no handover da manhã (08:00 horas)?

---



---



---

35. Que limitações considera no Handover da manhã (08:00 horas)?

---

---

---

36. De que forma poderia ser melhorado o handover da manhã (08:00 horas)?

---

---

---

37. Existem outras questões no handover da manhã (08:00 horas) que não foram abordadas neste estudo? Se sim, descreve-as.

---

---

---

38. Existem diferenças na forma de realizar o handover da manhã (08:00 horas), à tarde (16:00 horas) e à noite (00:00 horas) no seu serviço?

Sim  Não  (Se respondeu **não**, por favor passe à questão 39).

Se **sim**, por favor responda às questões seguintes.

Questões	a) Tarde (16:00 horas)	b) Noite (00:00 horas)
38.1 Normalmente, quanto tempo demora o handover da manhã?	_____ minutos	_____ minutos
38.2 De que forma é realizado o handover da manhã?	<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Gravado <input type="checkbox"/> Outro (especifique)	<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Gravado <input type="checkbox"/> Outro (especifique)
38.3 De que forma gostaria que fosse realizado o handover da manhã?	<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Gravado <input type="checkbox"/> Outro (especifique)	<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> Gravado <input type="checkbox"/> Outro (especifique)
38.4 Quem costuma transmitir a informação de manhã? (por favor selecione apenas uma opção)	<input type="checkbox"/> Enfermeiro responsável pelo turno <input type="checkbox"/> Enfermeiro responsável pelo doente <input type="checkbox"/> Outro (especifique)	<input type="checkbox"/> Enfermeiro responsável pelo turno <input type="checkbox"/> Enfermeiro responsável pelo doente <input type="checkbox"/> Outro (especifique)

38.5 Quem gostaria que transmitisse a informação de manhã?	<input type="checkbox"/> Enfermeiro responsável pelo turno <input type="checkbox"/> Enfermeiro responsável pelo doente <input type="checkbox"/> Outro (especifique)	<input type="checkbox"/> Enfermeiro responsável pelo turno <input type="checkbox"/> Enfermeiro responsável pelo doente <input type="checkbox"/> Outro (especifique)
38.6 Onde é realizado o handover da manhã?	<input type="checkbox"/> Sala própria <input type="checkbox"/> Gabinete de enfermagem <input type="checkbox"/> Junto do doente <input type="checkbox"/> Outro (especifique)	<input type="checkbox"/> Sala própria <input type="checkbox"/> Gabinete de enfermagem <input type="checkbox"/> Junto do doente <input type="checkbox"/> Outro (especifique)
38.7 Onde é que gostaria que fosse realizado o handover da manhã?	<input type="checkbox"/> Sala própria <input type="checkbox"/> Gabinete de enfermagem <input type="checkbox"/> Junto do doente <input type="checkbox"/> Outro (especifique)	<input type="checkbox"/> Sala própria <input type="checkbox"/> Gabinete de enfermagem <input type="checkbox"/> Junto do doente <input type="checkbox"/> Outro (especifique)
38.8 Indique outros grupos que estejam presentes no handover da manhã?	<input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Nutricionistas/dietistas <input type="checkbox"/> Não estão presentes <input type="checkbox"/> Outro (especifique)	<input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Nutricionistas/dietistas <input type="checkbox"/> Não estão presentes <input type="checkbox"/> Outro (especifique)

39. Pontos fortes, limitações e medidas de melhoria.

	Handover da tarde (16:00 h)?	Handover da noite (00:00 h)?
Que pontos fortes considera.		
Que limitações considera.		
De que forma poderia ser melhorado.		
Outras questões do handover que não foram aqui abordadas.		

40. Na sua opinião, qual o handover mais efetivo no seu serviço? (Escolha apenas um handover)

Manhã (08:00 horas)

Tarde (16:00 horas)

Noite (00:00 horas)

41. Ficamos gratos se deixar alguma sugestão/observação sobre o “ handover” ou sobre este estudo que contribua para discutir as metodologias de “*handovers*” e suas implicações para a segurança do doente.

---

---

---

**Obrigada pelo preenchimento deste questionário**

**ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA**



## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

**Parecer Nº** P334-03/2016

**Título do Projecto:** "Handoffs" e segurança do doente

### Identificação do Proponente

**Nome(s):** Maria Manuela Frederico Ferreira

**Filiação Institucional:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Investigador Responsável/Orientador:** Maria Manuela Frederico Ferreira

**Relator:** Maria Filomena Botelho

### Parecer

O projecto tem como objectivos: a) validar o "Handover Evaluation Scale" para Portugal; b) identificar a percepção dos enfermeiros sobre os "handoffs"; c) discutir as metodologias de "handoffs" e suas implicações para a segurança do doente.

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, em que a amostra será constituída pelos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros.

Os critérios de exclusão estão claramente definidos. Existe garantia de confidencialidade.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável. Contudo o presente parecer não dispensa a autorização formal da entidade onde vai decorrer o estudo.

O relator: Maria Filomena Botelho

Data: 20/04/16 <sup>rel'</sup> O Presidente da Comissão de Ética: Foi esse mesmo li

