



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de
Enfermagem

GESTÃO OPERACIONAL DA PASSAGEM DE TURNO PARA A
GARANTIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS DOENTES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Sandrina Isabel Pimenta Carvalho

Porto | 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Gestão e Chefia de Serviços de Enfermagem

GESTÃO OPERACIONAL DA PASSAGEM DE TURNO PARA A GARANTIA DA
QUALIDADE E SEGURANÇA DOS DOENTES

OPERATIONAL MANAGEMENT OF SHIFT HANDLING FOR QUALITY GUARANTEE AND PATIENT
SAFETY

Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Paula Prata e coorientada pela Professora
Doutora Maria Manuela Martins

Sandrina Isabel Pimenta Carvalho

Porto, 2023

AGRADECIMENTOS

Ao concluir este trabalho, não posso deixar de manifestar o meu agradecimento sincero a todos/as os/as que, de uma forma ou de outra, me ajudaram a torná-lo uma realidade e contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

À Professora Doutora Manuela Martins por ter aceitado ser minha coorientadora e por me ter dado a força necessária para trilhar este caminho. Obrigada pelo amor e dedicação que tem pelos alunos, pela profissão e, simultaneamente, por demonstrar sempre o orgulho que sente pelos seus alunos. Foi um privilégio e um orgulho imenso ter aprendido consigo ao longo destes anos.

À Professora Doutora Ana Paula Prata por ser minha orientadora, pela constante partilha de conhecimento e experiência que me permitiram chegar até aqui.

A todos os participantes deste estudo que me permitiram obter dados para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho, que foram excecionais, bem como o meu chefe que sempre me apoiou.

Num plano mais íntimo e pessoal, ao meu marido Luís Oliveira, para quem, tenho a certeza, este trabalho é tão importante como para mim, à Inês que teve de abdicar de muitas horas da presença da mãe para que pudesse trabalhar melhor e, por fim, à minha filha Maria Leonor, que, embora ainda com o coração a bater dentro de mim, foi igualmente importante neste percurso. Sem o vosso apoio, incentivo e compreensão, seria impossível concretizar este meu objetivo. Aos meus pais, mano e afilhado por todo o vosso amor.

RESUMO

A segurança do doente representa, atualmente, um dos grandes desafios na gestão dos cuidados de saúde. Cerca de 70% dos eventos adversos ocorrem pelas falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, pelo que a DGS emitiu a norma nº 001/2017 sobre comunicação eficaz na transição de cuidados para a segurança do doente, referindo que esta deve ser normalizada utilizando a técnica ISBAR, tendo o enfermeiro gestor a responsabilidade de implementar e formar a sua equipa para a sua utilização.

O estudo é de natureza mista, foi realizada a observação da passagem de turno com recurso a uma grelha de observação, sendo a amostra obtida a partir de 82 observações calculadas a partir de um universo de 1068 considerando uma amostra aleatória sistemática. A pesquisa qualitativa foi efetuada através da realização de uma entrevista semiestruturada a vinte enfermeiros. Apresenta como objetivos: Identificar as áreas relevantes a abordar na passagem de turno num serviço de uma unidade local de saúde do Norte do país; Analisar a perceção dos enfermeiros sobre a metodologia desenvolvida na passagem de turno; Compreender a diferença entre o que se observa e o que os enfermeiros expressam.

Após análise, verificou-se que a comunicação na passagem de turno apresenta lacunas: pelo tempo despendido, pela omissão de informação essencial, pela informação desnecessária à prestação dos cuidados, pelas interrupções constantes e que poderão provocar dano ao cliente. Existem diferenças entre o que os enfermeiros expressam e o que se observa na passagem de turno sendo, contudo os itens que reuniram maior consenso foram: Identificação do doente, identificação do cuidador informal, descrição do motivo de internamento, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, antecedentes clínicos, nível de dependência, alergias, terapêuticas invasivas realizadas, presença/risco de colonização, identificação da situação social, problemas ativos, alterações do estado de saúde significativas, terapêutica medicamentosa e não medicação, focos de atenção, diagnóstico, intervenções, identificação das necessidades do cuidador informal e informação sobre consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Palavras-chave: Enfermeiro gestor, Segurança do doente, Metodologia ISBAR

ABSTRACT

Patient safety currently represents one of the greatest challenges in healthcare management. Around 70% of adverse events occur due to communication failures between healthcare professionals, which is why the DGS issued standard no. 001/2017 on effective communication in the transition of care for patient safety, stating that this should be standardized using the ISBAR technique, with the nurse manager being responsible for implementing and training his team to use it.

The study is of a mixed nature, observation of shift change was carried out using an observation grid, with the sample obtained from 82 observations calculated from a universe of 1068 considering a systematically examined sample. A qualitative research was carried out by conducting a semi-structured interview with twenty nurses. Its objectives are: to identify the relevant areas to address when changing shifts in a service at a local health unit in the North of the country; Analyze nurses' perception of the methodology developed during shift change; Understand the difference between what is observed and what nurses express.

After analysis, we found that communication at shift change presents gaps: due to the time spent, the omission of essential information, unnecessary information for the provision of care, constant interruptions that can cause harm to the client. There are differences between what nurses express and what is observed during shift change, however, the items that gathered the greatest consensus were: Identification of the patient, identification of the informal caregiver, description of the reason for hospitalization, complementary diagnostic and therapeutic means, clinical history, level of dependence, allergies, invasive therapies performed, presence/risk of colonization, identification of social situation, active problems, serious changes in health status, drug and non-medication therapy, focus of attention, diagnosis, interventions, identification of needs of the informal caregiver and information about consultations and complementary diagnostic and therapeutic means.

Keywords: Nurse manager, Patient safety, ISBAR Methodology

|

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	19
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	21
2.1 Segurança do doente	21
2.1.1 A Comunicação e segurança do doente	23
2.2 Comunicação em saúde	24
2.3 Continuidade de Cuidados	27
2.4 Metodologia ISBAR	31
2.5 Enfermeiro gestor na implementação da metodologia ISBAR	35
3. MATERIAL E MÉTODO	39
3.1 Tipo de estudo	40
3.2 População e Amostra	41
3.3 Perguntas de Investigação	42
3.4 Instrumento de Recolha de dados	43
3.5 Método de análise dos dados	44
3.7 Aspetos Éticos	46
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	47
4.1 Descrição dos participantes	48
4.2 A ISBAR na passagem de turno – um estudo de quantitativo	50
4.3 Aprofundar o problema a partir dos discursos dos enfermeiros – um estudo qualitativo	63
4.3.1 Identificação do cliente	64
4.3.2 Situação atual/Causa na passagem de turno	66
4.3.3 Antecedentes/anamnese na passagem de turno	68
4.3.4 Processo de Avaliação	71
4.3.5 Recomendações de melhoria	73
4.4 Processo de comunicação	75

4.5 Perceção dos enfermeiros sobre a passagem de turno	76
5. DOS ACHADOS ÀS EVIDÊNCIAS	83
6. CONCLUSÃO.....	89
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS.....	99
ANEXO I: Guião de entrevista semiestruturada	100
ANEXO II: Grelha de observação.....	102
ANEXO III: Parecer do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto	104
ANEXO IV: Parecer nº05/CES/JAS Comissão de ética da Unidade local de Saúde do Norte do País	105
ANEXO V: Parecer Refª 15/CLPSI/2023 da Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação	106
ANEXO VI: Consentimento informado, Livre e Esclarecido para participação em Investigação ..	110

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Modelo explicativo da metodologia ISBAR.....	33
TABELA 2: Tempo de experiência profissional dos enfermeiros entrevistados.....	48
TABELA 3: Tempo de experiência profissional no serviço dos enfermeiros entrevistados	49
TABELA 4: Estatística descritiva dos itens da metodologia ISBAR observados durante a passagem de turno.....	50
TABELA 5: Descrição das frequências dos itens da metodologia ISBAR observados durante a passagem de turno.....	52
TABELA 6: Análise descritiva de cada domínio observado.....	54
TABELA 7: Descrição do domínio Identificação.....	54
TABELA 8: Descrição do domínio Situação atual/ causa	55
TABELA 9: Descrição do domínio Antecedentes / anamnese	56
TABELA 10: Descrição do domínio Recomendações	56
TABELA 11: Análise da variável sexo e os domínios da metodologia ISBAR	57
TABELA 12: Classe das idades dos enfermeiros que passaram o turno e os domínios da metodologia ISBAR observados	58
TABELA 13: Categoria profissional dos enfermeiros que passaram o turno e os domínios da metodologia ISBAR observados	58
TABELA 14: Análise da variável Turno e os domínios da metodologia ISBAR observados	59
TABELA 15: Identificação das redes e categorias.....	63

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos valores da cotação do domínio Identificação por turno	60
Gráfico 2: Distribuição dos valores da cotação do domínio Situação atual/causa por turno	60
Gráfico 3: Distribuição dos valores da cotação do domínio Antecedentes/anamnese por turno	61
Gráfico 4: Distribuição dos valores da cotação do domínio Avaliação por turno	62
Gráfico 5: Distribuição dos valores da cotação do domínio Recomendações por turno	62

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Representação global do objetivo do estudo	47
FIGURA 2: Rede Identificação do cliente.....	65
FIGURA 3: Rede Situação atual/causa.....	67
FIGURA 4: Rede Antecedentes/anamnese.....	69
FIGURA 5: Rede Avaliação	71
FIGURA 6: Rede Recomendações.....	73
FIGURA 7: Rede Processo de comunicação na passagem de turno.....	76
FIGURA 8: Percepção do contexto da passagem de turno	77
FIGURA 9: Rede Percepção dos enfermeiros sobre a passagem de turno	78

1. INTRODUÇÃO

A segurança do doente representa atualmente um dos grandes desafios dos cuidados de saúde, com particular implicação na gestão dos cuidados e dos serviços.

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde, elegeu o “The Joint Commission International Center for Patient Safety” para identificar problemas associados à segurança do doente, e encontrar soluções através do *feedback* e da colaboração de profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados.

A transmissão de informação dos doentes, mais conhecida como passagem de turno, é um processo que ocorre em todas as unidades de saúde. Trata-se de um processo de passagem de informação e transferência de responsabilidade do cuidado entre os profissionais de saúde que tem como intuito a continuidade e segurança dos cuidados. Contudo, o próprio meio envolvente potencia a ocorrência de interrupções, surgindo deste modo falhas na comunicação. O “The Joint Commission International Center for Patient Safety”, em 2005, identificou que quer as perturbações, quer as falhas na comunicação entre e intra equipas de saúde são uma das maiores causas da diminuição da qualidade dos cuidados, de erros no tratamento e de potenciais danos para os doentes (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010). Segundo a norma n.º 001/2017 da DGS, cerca de 70% dos eventos adversos ocorrem pelas falhas de comunicação existente entre os profissionais de saúde.

Para além da falta e/ ou omissão de informação relevante que diminui a qualidade da informação transmitida, o facto desta ser insuficiente prepara pouco o profissional que irá assumir os cuidados ao doente (Santos et al., 2010). Assim, é possível aferir que a comunicação é imprescindível para garantir a continuidade de cuidados da pessoa que se encontra nas unidades.

A qualidade em saúde está intimamente ligada à qualidade da comunicação entre os profissionais responsáveis pelos cuidados, logo pela segurança dos doentes. A complexidade da informação que se transmite, os meios e a forma como a comunicação é realizada, bem como as próprias características dos profissionais contribuem para a efetividade e eficiência da

passagem de turno e, conseqüentemente, da segurança do doente (Santos et al., 2010). Assim, segundo os mesmos autores, uma passagem de turno eficaz e eficiente desencadeia uma melhoria da qualidade dos serviços, uma diminuição de erros e de mortalidade.

Os enfermeiros são essenciais na continuidade dos cuidados, assumindo um papel primordial, uma vez que estão presentes vinte e quatro horas junto dos doentes, e porque são considerados parceiros na comunicação para todos os profissionais de saúde (Smeulers, Tellingén, Lucas, & Vermeulen, 2012 cit in Sousa, 2013).

O estudo realizou-se num serviço de internamento numa Unidade Local de Saúde do Norte do País, entre Janeiro de 2023 e Março de 2023, tendo como objetivos: Identificar as áreas relevantes a abordar na passagem de turno num serviço de uma unidade local de saúde do Norte do país; Analisar a perceção dos enfermeiros sobre a metodologia desenvolvida na passagem de turno; Compreender a diferença entre o que se observa e o que os enfermeiros expressam, com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de um projeto de implementação da metodologia ISBAR no mesmo serviço.

No que diz respeito à estrutura do trabalho, este encontra-se organizado em oito capítulos de modo a dar resposta aos objetivos propostos para o estudo. No enquadramento teórico definem-se os principais conceitos que suportam a temática, suportados numa revisão da literatura efetuada com recurso a bases de dados online, tais como, na EBSCOhost Online Research Databases; em Repositórios Abertos das instituições de Ensino Superior portuguesas; no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal; no motor de busca Google Académico e em revistas académicas e livros. No terceiro capítulo, são apresentados os materiais e métodos nos quais o estudo se alicerçou, nomeadamente finalidade e objetivos, população e amostra, instrumento de recolha de dados, método de análise dos dados e as considerações éticas. No quarto capítulo, apresentam-se os resultados que emergem da análise estatística dos dados obtidos através da observação das passagens de turno e das vivências dos enfermeiros através da entrevista e a discussão dos resultados obtidos por entrevista. No quinto capítulo, é efetuada uma discussão crítica-reflexiva dos resultados obtidos no estudo quantitativo. Por último, apresentar-se-á a conclusão, onde é realizado um balanço entre os resultados obtidos e os objetivos delineados, no sentido de perceber se foram alcançados.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo procura esclarecer em profundidade o problema relativo à transmissão de informação na passagem de turno, a sua complexidade, os meios e a forma como a comunicação é realizada, a fim de que o processo do estudo empírico se torne robusto, com base em autores e estudos que identificamos no processo de revisão da literatura.

O enquadramento conceptual do estudo inicia-se com uma abordagem relativa à segurança do doente com ênfase no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, sendo este um dos indicadores da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Posteriormente, é abordado o tema da continuidade dos cuidados e os erros que podem existir, a sua definição bem como a sua importância na transmissão correta e total da informação aquando da transferência de cuidados, bem como cada uma das fases e os seus benefícios (Ordem dos enfermeiros, 2021).

Por fim, como último tema a abordar neste enquadramento, a importância que o enfermeiro gestor tem na implementação da metodologia ISBAR como potenciadora da segurança dos doentes e da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

2.1 Segurança do doente

A segurança do doente é um dos focos de atenção mais importantes dos cuidados de saúde. A existência de eventos adversos pode originar consequências graves para a pessoa, com dados permanentes, ocasionais ou até a morte. Considera-se evento adverso, uma ocorrência que sucedeu ou que afeta o doente originando dano para este (DGS, 2011).

A segurança do doente é definida na norma n.º 001/2017 da DGS (p.4), como a *“redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é (..) direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados...”*. Assim, as instituições de saúde bem como os seus profissionais devem

centrar a prestação de cuidados numa prática baseada na evidência, adotarem as recomendações da OMS e as estratégias de gestão de risco e segurança para a promoção da contínua qualidade dos cuidados prestados. (Silva & Rodrigues, 2016).

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, a segurança do doente é um dos indicadores da qualidade dos cuidados de saúde prestados. *“Este incorpora e apela à mobilização e ação dos diferentes intervenientes da saúde, concretamente, os decisores políticos, líderes e gestores das instituições de saúde e das estruturas com responsabilidade na área da qualidade, segurança do doente e gestão do risco, auditoria clínica, profissionais de saúde, utentes, doentes, famílias e cuidadores”* (Despacho normativo n.º 9390/2021, p.97).

Aquando da assistência de cuidados de saúde encontramos-nos num sistema complexo que pode ser favorecedor ou minimizador, já que a ocorrência de incidentes por lacunas na segurança dos doentes é algo real nos dias de hoje. Assim, a implementação de estratégias e políticas que potenciem ganhos em saúde e o aumento da segurança dos doentes, é algo reconhecido mundialmente como essencial para a saúde. (Despacho normativo n.º 9390/2021).

Os gestores do Serviço Nacional de Saúde, em Portugal, utilizam métodos, identificam objetivos e metas, tendo como intuito minimizar os riscos associados à prestação de cuidados. Assim, este plano visa melhorar a prestação de cuidados e assegurar a segurança dos doentes tendo em conta objetivos estratégicos tais como o aumento da segurança na comunicação.

A evidência científica indica que em Portugal por cada 100 internamentos hospitalares, em dez ocorrem complicações por erro ou incidente, embora ainda não se conheça a real magnitude do problema nem as consequências das lacunas de segurança relacionadas com a prestação de cuidados de saúde (Silva, Pedrosa, Leça & Siva, 2016).

A segurança do doente depende da interação de todos os elementos da instituição, assim, deve promover-se uma Cultura de Segurança do Doente, onde é essencial a supervisão, comunicação, colaboração em equipa, coordenação e liderança, tendo como papel elementar estimular os profissionais a serem responsáveis pelas suas ações, fomentando a sua compreensão e esclarecendo os benefícios de forma a não existir punição, mas a adoção de medidas corretivas e preventivas para que determinado incidente não volte a acontecer. Segundo Richardson e Storr (2010), os enfermeiros são essenciais para a segurança dos doentes, o que exige uma grande responsabilidade e comprometimento com a qualidade em saúde. Esta, inserida numa cultura de segurança, está dependente de uma comunicação clara, objetiva e efetiva no meio hospitalar, pelo que se torna imprescindível que todos entendam a sua real importância.

Os erros são, muitas vezes, invisíveis quer para o doente, quer para o próprio profissional, que é tentado a considerá-los banais e inevitáveis. De forma a garantir práticas mais seguras, torna-se necessário garantir a sua visibilidade e implicações, através de relatos, auditorias, listas, revisão de processos e participação dos doentes. Uma outra questão a ter em atenção, prende-se com a análise das suas causas. Estas não devem ser centradas no profissional que erra, mas sim nos mecanismos, nos fatores contributivos e nas falhas existentes no sistema, que poderão ser melhoradas. No fundo, para garantir a segurança, deverá existir o relato voluntário e confidencial das situações de erro ou de qualquer outra situação que ponha em causa a segurança, no sentido de aumentar a sensibilidade para esses mesmos erros e para as suas consequências de forma a corrigi-las. Muitas das questões que estão envolvidas na segurança do doente resultam das aptidões e comportamentos dos profissionais, tais como a comunicação, a liderança, o trabalho de equipa e o profissionalismo. A monitorização e o acompanhamento regulares do erro e do que pode colocar o doente em risco é a base de qualquer sistema de saúde que se pretende seguro (Pimenta, 2013).

2.1.1 A Comunicação e segurança do doente

Durante um internamento, o doente é tratado por vários profissionais de saúde, nas mais variadas categorias. Além de que, muitas vezes, os doentes são transferidos entre serviços, o que pode constituir um risco na segurança para o mesmo, uma vez que a comunicação entre as unidades e equipas pode não incluir todas as informações pertinentes para a continuidade de cuidados, ou a informação ser mal interpretada (WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, 2007; Pimenta, 2013).

A comunicação é um elemento fundamental no que diz respeito à segurança do doente, principalmente na transferência da prestação de cuidados, ou seja, nas mudanças de turno, nas altas ou nas transferências de doente. O processo de transmissão de informações sobre o doente, entre os profissionais, é considerado um momento crítico pelo risco inerente a situações de erro. Em parte, estas situações acontecem pela forma como os profissionais de saúde são formados e pelo próprio sistema de saúde que promove a autonomia e o trabalho individualizado (Pimenta, 2013). Deste modo, compete às instituições a realização de

procedimentos padronizados de forma a salvaguardar uma comunicação objetiva, clara de informação e concisa entre os diversos profissionais de saúde, evitando falhas de comunicação, que podem colocar em risco a continuidade de cuidados, contribuindo para a ocorrência de incidentes com danos para o doente (Carlos, 2019).

2.2 Comunicação em saúde

A comunicação em saúde requer habilidades de escuta ativa, empatia, clareza e adaptação ao nível de compreensão do público-alvo. É importante que os profissionais de saúde sejam capazes de comunicar de forma eficaz tanto com doentes quanto com colegas de profissão, a fim de fornecer cuidados de qualidade, promover a participação ativa do doente e estabelecer uma relação de confiança. Neste sentido, a DGS defende que comunicar é um processo complexo, interativo e pluridirecional existindo sempre um emissor, um recetor e uma mensagem (DGS, 2011).

Abrange a disseminação de informações de saúde pública para o público em geral, por meio de campanhas de consciencialização, programas de educação para a saúde e jornalismo relacionados com a saúde, com o objetivo de promover comportamentos saudáveis e prevenir doenças. Neste sentido, esta constitui-se como um momento de aprendizagem para o enfermeiro, mas também um instrumento de trabalho, sendo um processo recíproco de enviar e receber mensagens entre duas ou mais pessoas (Gonçalves, 2018).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2015, define comunicação como *“um comportamento interativo que permite a transmissão e a receção de informações, recorrendo para tal, a comportamentos verbais e não verbais, podendo ser face a face ou utilizando meios tecnológicos...”* (Ordem dos enfermeiros, 2016, p.47).

A comunicação em saúde pode ocorrer numa variedade de contextos e envolve a transmissão de informações importantes, tais como diagnósticos, tratamentos, prognósticos, instruções de cuidados, orientações de estilo de vida saudável e medidas preventivas. Além disso, não se limita apenas à troca de informações verbais. Também abrange a comunicação não verbal, como expressões faciais, linguagem corporal e contacto visual, bem como a comunicação escrita, por

meio de registos, relatórios, panfletos educativos e outros materiais. Na área da saúde, a comunicação assume um papel importantíssimo na medida em que é essencial para o processo de enfermagem (Ordem dos enfermeiros, 2016).

O processo referido é uma ferramenta relevante para pôr em prática o conhecimento de enfermagem, de forma a organizar e qualificar a prestação de cuidados. Consiste em cinco etapas distintas, interdependentes e inter-relacionadas: histórico, onde é realizada a colheita de informações sobre a situação e saúde do indivíduo, família ou comunidade, recorrendo a vários métodos e técnicas, onde a comunicação é essencial para a obtenção destes dados; diagnóstico de enfermagem, onde se identificam os problemas reais e potenciais baseados nos dados que foram colhidos anteriormente e se formulam os diagnósticos de enfermagem; planeamento, onde se determinam os resultados que se esperam obter tendo em conta os diferentes problemas e se estabelecem prioridades; implementação, realização das ações pensadas e planeadas na etapa anterior, sendo que a comunicação volta a ter um papel preponderante na relação enfermeiro-cliente. Por fim a avaliação, onde se avalia se o indivíduo, família ou comunidade atingiram os resultados esperados após as intervenções e se fazem os ajustes necessários ao plano (Barros & Bispo, 2017). O processo em enfermagem é uma metodologia que facilita a relação enfermeiro-cliente, e que permite dar segurança à tomada de decisão, contribuindo para uma melhoria dos cuidados posto que existe um planeamento individualizado das intervenções em enfermagem (Santos, Bitencourt, Silva, Frizon, & Quinto, 2017).

Qualidade em saúde e segurança do doente implica que a comunicação estabelecida entre profissionais e doentes e na interação com a equipa multidisciplinar seja de qualidade. Assim, um dos momentos cruciais para a segurança dos doentes é a eficiência da comunicação estabelecida na passagem de turno (Santos et. al., 2010).

Segundo Tranquada (2013), uma comunicação eficiente é aquela em que a transmissão de informação se faz sem interrupção, de uma forma leal cuja finalidade é a compreensão da mesma. Poderá ser de forma verbal ou em suporte físico. A efetividade da comunicação na saúde tem benefícios, tornando o sistema de saúde mais eficiente e rentável (Dingley, Daugherty, Derieg, & Persing, 2008).

A norma n.º 001/2017 da DGS refere que a comunicação eficaz entre profissionais de saúde consiste na transferência de informação entre os mesmos, e esta deve ser completa, concisa, concreta, clara, precisa, atempada e entendida pelo recetor. Pelo que se saliente que a

“ 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 em que os termos utilizados não tenham duplo sentido, sendo exclusivas e refletidas; clara: a mensagem deve ser compreendida e eficaz, para tal esta deve conter palavras curtas e familiares; precisa: o nível de linguagem deve ser adaptado à situação (Carlos, 2019, p.7).

A comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde é imprescindível para promover a segurança do doente e, assim, diminuir a ocorrência de eventos adversos. Esta requer conhecimento, competência e empatia. A comunicação apesar de ser utilizada diariamente durante a prestação de cuidados, exige competências que devem ser assimiladas e executadas (DGS, norma n.º 001/2017).

Contudo, a comunicação efetiva nem sempre é facilmente conseguida. Segundo a DGS, em 2011, p.111, o erro da comunicação é definido como *“a ausência de informações, troca de informações incorretas, interpretação errónea ou erro de compreensão”*. Os problemas relacionados com a comunicação podem resultar na ausência de informações, informação desnecessária, incoerente, pobre ou de qualidade variável, mal-entendidos e perda de informação em turnos sucessivos.

Atualmente, as falhas de comunicação integram uma das principais causas de eventos adversos na saúde, *“a evidência indica que até 70% destes eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente”* (DGS, norma n.º 001/2017, p.5).

Os problemas da comunicação podem ser categorizados, em: não eficaz, porque foi dita tarde demais; falha ou com omissão de elementos relevantes, informação que não é consistente, completa ou adequada e comunicação cujo objetivo não foi atingido (Dingley et al, 2008).

A extensa informação oral, a omissão de informação, a informação não centrada no doente, as interrupções frequentes, a falta de clareza na transmissão de informação escrita, constituem barreiras para a correta e eficaz passagem dos cuidados de um doente (Santos & Ferrão, 2015 cit in Gonçalves, 2018).

Os erros de comunicação, na área da saúde, são descritos como sendo causados por distrações, interrupções, mudança, fatores humanos (atitudes, comportamentos, falhas de memória, fadiga

e stress dos trabalhadores), diferenças de género, 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 multidisciplinar, 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 (Carlos, 2019).

Os erros de comunicação podem provocar eventos adversos, originando dano para o doente quando o recetor recebe informações imprecisas e incompletas, mal interpretadas, não oportunas (Carlos, 2019). Não obstante, a ineficácia da comunicação pode resultar na insatisfação dos doentes, aumento dos custos e do tempo de internamento e aumento do número de reinternamentos (Sousa, 2013).

Recordemos que muito do trabalho dos enfermeiros suporta-se num processo de comunicação com os doentes, colegas e outros profissionais o que nos leva a questionar se os enfermeiros se apropriaram deste fundamento e do que implica na relação da assistência de enfermagem e o risco de erro?

2.3 Continuidade de Cuidados

A continuidade de cuidados em enfermagem refere-se à coordenação e conexão contínua dos cuidados prestados por enfermeiros ao longo do tempo, durante a transição entre diferentes ambientes de cuidados de saúde ou durante um episódio de doença. É um princípio essencial da prática de enfermagem que visa garantir uma abordagem integrada e holística para o cuidado ao doente, onde podemos incorporar várias visões: a continuidade de informações; a de relacionamento; a de cuidados nas práticas; e a de educação e apoio.

A continuidade de cuidados refere-se à necessidade de garantir que todas as informações relevantes sobre o doente são adequadamente documentadas e partilhadas entre os profissionais de saúde, incluindo o histórico, os exames, os diagnósticos, os tratamentos e os cuidados anteriores e os aspetos expressos nos registos (Ordem dos enfermeiros, 2001).

Continuidade de relacionamento envolve a construção e manutenção de um relacionamento terapêutico e de confiança com o doente ao longo do tempo. Os enfermeiros devem estabelecer uma comunicação aberta e eficaz, garantindo que o doente se sinta ouvido, compreendido e apoiado. Foram vários os autores de enfermagem que valorizaram estes aspetos: Hildegard Peplau conhecida pela sua teoria das relações interpessoais, que enfoca a relação enfermeiro-cliente e que destacou a importância da compreensão dos processos psicológicos do cliente e a capacidade do enfermeiro se envolver em diferentes papéis terapêuticos para facilitar o cuidado (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2006); Joyce Travelbee desenvolveu a teoria do relacionamento humano para enfermagem, enfatizando a importância da conexão emocional entre o enfermeiro e o cliente e a importância da empatia e da comunicação eficaz no estabelecimento de um relacionamento terapêutico (Waidman, Elsen, & Marcon, 2006); Patrícia Benner, conhecida pela sua teoria do domínio da prática, destaca a importância do relacionamento terapêutico no desenvolvimento da competência clínica do profissional de enfermagem. Enfatiza a importância da presença, do toque terapêutico e da confiança mútua entre o enfermeiro e o doente (Lameira, 2013); Martha Rogers desenvolveu a teoria do ser humano unitário, que enfatiza a conexão holística entre mente, corpo e espírito. Releva a importância do relacionamento terapêutico na promoção da cura e no apoio ao crescimento do indivíduo (Silva, Oliveira, Oliveira, Paula, & Farias, 2014); entre outras autoras que valorizaram a comunicação e a sua a continuidade.

Continuidade de cuidados na prática inclui o planeamento e a coordenação dos cuidados para garantir uma transição suave entre diferentes configurações de cuidados, como hospital, cuidados domiciliários, reabilitação ou serviços de saúde comunitários. Considera-se a existência de continuidade de cuidados quando estes são realizados por diferentes prestadores, de uma forma coerente, lógica e oportuna. Esta prática, em enfermagem, visa otimizar os resultados do doente, promover a segurança e a sua eficácia, prevenir erros de comunicação e minimizar a fragmentação dos serviços de saúde. É um aspeto essencial para garantir uma abordagem abrangente e centrada no doente e na prestação de cuidados de enfermagem, pelo que além da continuidade ao longo dos dias esta, também, tem representação na transição entre serviços (Mendes, Gemitto, Caldeira, Serra, & Casas-Novas, 2017).

A transição de cuidados define-se como *“(...) qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos”* (DGS, norma n.º 001/2017, p.4)

e, por isso, é considerado um momento decisivo na qualidade dos cuidados de enfermagem e na segurança dos doentes (Brás & Ferreira, 2016).

Os enfermeiros devem garantir a transferência adequada de informações, o acompanhamento de tratamentos prescritos, a monitorização do progresso do doente e a implementação de medidas de cuidado apropriadas. No fundo, é a transferência e a aceitação da responsabilidade dos cuidados ao doente, através da comunicação que deverá ser eficaz. É um processo no qual se transmitem informações particulares do doente, de um cuidador para outro ou de uma equipa de cuidadores para outra, com o objetivo de garantir a continuidade dos cuidados e deste modo promover a segurança do doente. A transferência de informação apresenta características que a tornam eficiente, uma vez que é presencial e emprega uma linguagem verbal e escrita como meio de transmissão de informação, criando um ambiente oportuno para questionar, clarificar informações e desenvolver técnicas de confirmação/esclarecimentos (Carlos, 2019).

É na passagem de turno que se dá a transferência de informação. É uma reunião da equipa de enfermagem, que tem como objetivo garantir a continuidade de cuidados, e o intuito de promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, além de ser um momento de reflexão sobre a prática (Ordem dos enfermeiros, 2001).

É uma forma estratégica de organização do trabalho, permitindo assegurar a continuidade dos cuidados nos diferentes turnos, independentemente das mudanças de equipa. Porém, o conteúdo que é transmitido deve ser claro e objetivo, prevenindo a ocorrência de falhas que podem provocar prejuízo e dano aos doentes. Assim, com a implementação de uma comunicação que seja efetiva, organizada e sistemática entre as equipas de enfermagem, minimiza-se o risco de incidentes. Desta forma, *“o uso de instrumentos padronizados para a passagem de turno tem se mostrado uma ferramenta útil para tornar a comunicação efetiva, e reduzir possíveis falhas e danos.”* (Echer et al., 2021, p.2), o que se reflete numa prática baseada na qualidade e na segurança do doente. A padronização do processo de transferência de informação pode ser um recurso que permite salvaguardar a continuidade dos cuidados e reduzir o aparecimento dos eventos adversos.

A qualidade da informação transmitida na passagem de turno permite que os enfermeiros organizem as intervenções, antecipando o risco. Nesta medida, a qualidade da passagem de turno é um elemento fulcral na segurança do doente, na diminuição de eventos adversos e, conseqüentemente, na diminuição da mortalidade. É exigente no que concerne à manutenção da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Assim,

segundo a norma nº 001/2017 da DGS (p.1): *“As transições de cuidados seguros baseiam-se na implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, competindo a estas o dever de assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado.”*

A norma n.º 001/2017 da DGS refere que 70% dos erros ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de passagem de turno. Os mais comuns são por omissão de informação, erro nas informações transmitidas entre profissionais de saúde, falta de precisão e falta de priorização das atividades.

Por sua vez, Tranquada (2013, p.22) expõe que *“(...) os problemas com as passagens de informação são causados pela falta de linhas orientadoras claras e concisas, pela forma como os profissionais de saúde são educados, ou não (em treino de equipa e capacidades de comunicação), pela falta de bons modelos de desempenho e por um sistema de saúde que promove e recompensa a autonomia e desempenho individual”*.

Muitas das passagens de turno são realizadas de forma desorganizada, em vez de serem organizadas e seguirem uma linha orientadora de modo a garantir a correta continuidade dos cuidados. Uma incorreta passagem de turno, ou seja, incompleta, imprecisa, mal interpretada ou transmitindo informação não necessária, poderá originar danos para o doente (Joint Commission, 2017).

A transferência de informação dos doentes, em enfermagem, é um processo diário, onde é transmitida também a responsabilidade de continuar os cuidados de enfermagem (Carlos, 2019).

Para garantir a transição de cuidados segura, é importante perceber de que forma esta transição é realizada, bem como os métodos que facilitam e dificultam a passagem de informação durante a passagem de turno, de forma a reconhecer os pontos de melhoria.

Uma transferência de cuidados adequada e abrangente é essencial para a segurança do doente, esta deve permitir a continuidade dos cuidados, contudo, as interrupções durante a passagem de turno podem impedir que esta seja eficaz. No que se refere à passagem de turno, as interrupções podem ser divididas em duas categorias, a conversacional (conversas que não estão relacionadas com a passagem de turno) e a de procedimentos (relacionada com

equipamentos a alarmar) (Spooner, Corley, Chaboyer, Hammond, & Fraser, 2014 cit in Caselhas, 2020).

Além do fator interrupção, outros poderão pôr em causa a confidencialidade e a privacidade do doente e a efetividade da passagem de turno. Desta forma, é da responsabilidade dos enfermeiros promoverem ambientes e comportamentos que não tenham interferência na passagem de informação, através do controlo do ambiente envolvente à passagem de turno. Devem ser evitadas as conversas paralelas, os telefonemas, as campainhas, a entrada e saída de profissionais, as solicitações médicas, a presença de familiares, as brincadeiras dos profissionais e as saídas apressadas (Caselhas, 2020).

Para facilitar o processo de transferência de informação, é necessário compreender todos os aspetos relacionados com o doente, recolhidos durante o decorrer do turno, de forma a sintetizar e reunir a informação continuamente atualizada do doente (Caselhas, 2020).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, em 2017, não se encontra definido um tempo para a passagem de turno, devendo ser a equipa de enfermagem a estabelecer o tempo necessário a transmitir toda a informação considerada pertinente para a continuidade dos cuidados. Contudo, segundo um estudo realizado por Tranquada (2013), a duração média das passagens de turno é de 44 minutos, sendo que a transferência de informação de cada doente tem uma duração de 2 minutos e quarenta segundos. O tempo despendido na transição de informação de um doente pode ser considerado tempo desperdiçado, se esta não for relevante para a continuidade de cuidados. Este tempo despendido na transmissão de informação não relevante, poderia ser utilizado na prestação de cuidados (Tranquada, 2013).

2.4 Metodologia ISBAR

A técnica ISBAR (Subjective, Objective, Assessment, Plan, Evaluation, and Revision) é uma abordagem estruturada para a documentação de informações em saúde. Ela é amplamente utilizada em diversas áreas da saúde, incluindo enfermagem, tendo várias razões para o seu uso,

nomeadamente a transferência de cuidados pouco precisas, que resulta numa má comunicação, o que pode ter um impacto nefasto nos doentes (Herawati et al, 2018).

O ISBAR apresenta uma estruturação da informação, valorizando uma estrutura clara e consistente para a documentação das informações de saúde. Isso facilita a organização e o acesso aos dados relevantes, permitindo uma compreensão mais rápida e precisa da condição do doente. Assenta numa comunicação eficaz de padronização da comunicação entre os profissionais de saúde. Ao seguir a sequência de *Subjective* (Subjetivo), *Objective* (Objetivo), *Assessment* (Avaliação), *Plan* (Plano), *Evaluation* (Avaliação) e *Revision* (Revisão), os profissionais podem partilhar informações de forma clara e coerente, facilitando a compreensão mútua e a colaboração na equipa de saúde.

O ISBAR é fundamental na tomada de decisões informadas considerando que documenta informações subjetivas e objetivas, avalia a situação, planeia as ações, avalia os resultados e revê o plano. Esta técnica ajuda os profissionais de saúde a tomar decisões baseadas em evidências e fornece um processo estruturado para a análise dos dados disponíveis e a definição de metas e estratégias de tratamento. Recordemos, então, que com o intuito de melhorar a passagem de informação dos doentes, a *The Joint Commition* recomendou a implementação de um sistema padronizado para a passagem de turno, pois a estandardização do método de transmissão de informação reduz a perda de informação essencial e promove a continuidade dos cuidados (The Joint Commition, 2017).

A técnica ISBAR permite um acompanhamento mais eficaz do progresso do doente ao longo do tempo. As avaliações contínuas permitem que os profissionais de saúde monitorizem a eficácia das intervenções, identifiquem tendências, tomem medidas corretivas quando necessário e façam ajustes no plano de cuidados conforme apropriado. A comunicação é imprescindível nas relações humanas que envolvem doentes, familiares e profissionais, pelo que é fulcral a utilização de ferramentas para a padronização da transição dos cuidados, pois contribuem para a melhoria da cultura de segurança (Pena & Melleiro, 2018).

Quando se usa a técnica ISBAR, a padronização proporcionada pode contribuir para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de saúde. A documentação clara e consistente ajuda a evitar erros de comunicação, a identificar problemas precocemente, a facilitar a continuidade dos cuidados e a fornecer uma base sólida para a análise retrospectiva e a melhoria contínua dos processos de cuidados (The Joint Commition, 2017).

É importante realçar que a técnica ISBAR pode ser adaptada e personalizada de acordo com as necessidades e práticas de cada área de saúde específica. Os profissionais devem seguir as diretrizes e protocolos institucionais e garantir que a documentação seja precisa, relevante e atualizada. A norma 001/2017 da DGS, sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, refere que a passagem de turno deve ser realizada sem interrupções, uma vez que a transmissão de informação é realizada oralmente, e com a utilização da metodologia ISBAR. Esta ferramenta de padronização de comunicação em saúde, utiliza-se em todos os níveis de prestação de cuidados, promovendo a segurança do doente.

A metodologia ISBAR é baseada no sistema “SBAR” desenvolvido inicialmente pela Marinha dos Estados Unidos da América para promover comunicações claras e precisas (Burgess et al.,2020). Deste modo, a DGS, em 2017, emitiu uma norma sobre comunicação eficaz na transição de cuidados para a segurança do doente, onde indica que deve ser utilizada a técnica ISBAR. De acordo com a norma nº001/2017 da DGS, ISBAR significa

“Identificação: Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação; Situação atual: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; Antecedentes: Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade; Avaliação: Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas; Recomendações: Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente” (DGS, norma n.º 001/2017, p.4).

A metodologia ISBAR é sugerida no sentido do incremento da integridade e rigor da transferência de informação aquando da transferência de cuidados (Hou et al.,2019).

Tabela 1: Modelo explicativo da metodologia ISBAR

<p>I</p> <p>Identificação</p> <p>Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e</p>	<p>a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;</p> <p>b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor;</p> <p>c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor;</p> <p>d) Serviço de origem/destinatário;</p>
---	---

recetor) bem como do doente a quem diz respeito a comunicação	e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
<p style="text-align: center;">S</p> <p style="text-align: center;">Situação Atual/Causa</p> <p>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p>	<p>a) Data e hora de admissão;</p> <p>b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;</p> <p>c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.</p>
<p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">Antecedentes/Anamnese</p> <p>Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade</p>	<p>a) Antecedentes clínicos;</p> <p>b) Níveis de dependência;</p> <p>c) Diretivas antecipadas de vontade;</p> <p>d) Alergias conhecidas ou da sua ausência;</p> <p>e) Hábitos relevantes;</p> <p>f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;</p> <p>g) Técnicas invasivas realizadas;</p> <p>h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;</p> <p>i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.</p>
<p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">Avaliação</p> <p>Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas</p>	<p>a) Problemas ativos;</p> <p>b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;</p> <p>c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;</p> <p>d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</p>
<p style="text-align: center;">R</p> <p style="text-align: center;">Recomendações</p> <p>Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente</p>	<p>a) Indicação do plano de continuidade de cuidados;</p> <p>b) Informação sobre consultas e MCDT agendados;</p> <p>c) Identificação de necessidades do cuidador informal.</p>

Fonte: DGS, norma n.º 001/2017 da DGS (2017)

Esta mnemónica é um auxiliar simples de memória, é flexível, concisa e clara para comunicar as informações dos cuidados. Permite que se siga um raciocínio, contribuindo para a rápida tomada de decisões, promovendo o pensamento crítico, diminuindo o tempo da passagem de informação e contribuindo para uma integração rápida dos novos profissionais. São várias as organizações e instituições ao nível internacional a aconselhar a utilização da metodologia ISBAR como ferramenta para a uniformização da comunicação na transferência dos cuidados, já que é de rápida memorização dos profissionais e porque permite adaptação a diferentes contextos da prestação de cuidados (DGS, norma nº 001/2017).

É uma ferramenta que permite uma padronização da informação, sendo flexível, de modo a adaptar-se à realidade de cada serviço (Tranquada, 2013). O mesmo autor refere que é um instrumento eficaz para a padronização dos diferentes estilos de comunicação, de forma que todos os elementos sigam a mesma linha comunicacional contribuindo para a diminuição de possíveis erros e lacunas que podem acontecer no processo de transferência de informação.

Para Silva & Rodrigues (2016), a comunicação deve ser intencional, respeitar aspetos éticos e que seja compreendida por todos. Assim, a ISBAR permite que exista uma estrutura para a comunicação entre os profissionais na transferência de cuidados, possibilitando que os profissionais antecipem os cuidados e previnam os erros (Caselhas, 2020). Podemos afirmar que é útil e de fácil aplicação, contudo, exige formação e organização.

2.5 Enfermeiro gestor na implementação da metodologia ISBAR

A carreira de enfermagem tem evoluído ao longo dos anos e têm sido exigidas maiores responsabilidades e competências técnicas aos enfermeiros gestores, sendo estes, segundo o Despacho normativo n.º 101/2015 da Ordem dos Enfermeiros, pág. 5949, os profissionais:

“(…) que detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado

ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros”

As competências do domínio da gestão passam por garantir uma prática profissional e ética na equipa que lidera; garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; gerir o serviço e a equipa, gerindo as respostas às necessidades dos doentes; garantir o desenvolvimento do conhecimento e das capacidades dos elementos da equipa que lidera e garantir a prática profissional baseada na evidência, incorporando a sua intervenção a nível estratégico, tácito e operacional. (Despacho normativo n.º 101/2015 da Ordem dos Enfermeiros).

As competências estão organizadas em dois domínios, sendo eles o domínio da gestão e o domínio da assessoria e consultadoria o que exige registo de competências acrescida avançada em gestão na Ordem dos enfermeiros.

No que concerne a este último domínio, o enfermeiro gestor deve desenvolver a assessoria e a consultadoria com vista a processos de mudança que acrescentem valor às organizações de saúde. Ao nível do domínio da gestão, o enfermeiro gestor deve atuar em áreas como: *“(...) a prática profissional ética e legal; a gestão pela qualidade e segurança; a gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional; o planeamento, organização, direção e controlo; a prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde”* (Despacho normativo n.º 76/2018 da Ordem dos Enfermeiros, pág. 3479).

Deste modo, os enfermeiros gestores devem assegurar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes com vista à melhoria contínua da qualidade e segurança, garantindo a execução de normas e procedimentos que potenciam uma cultura de qualidade e segurança (Figueiredo, 2018).

Recordemos o domínio da gestão pela qualidade e segurança, a competência onde o gestor desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações. Onde se espera que o *“Enfermeiro Gestor conceptualize e operacionalize o processo de melhoria contínua da qualidade dos serviços, num contexto de prática multidisciplinar e integrada, visando a obtenção de elevados padrões de qualidade, de altos níveis da satisfação das necessidades e expectativas dos cidadãos e dos profissionais, garantindo as medidas estruturais que promovem*

e sustentam uma cultura de gestão pela qualidade total, em que a governação clínica se integra” (Despacho normativo n.º 76/2018, p.3481).

Neste domínio, espera-se que o gestor contribua para o processo de desenvolvimento da Governação Clínica e, para isso, é referenciado a nível operacional que *“ Operacionaliza o processo de melhoria contínua da qualidade, focada nos processos de trabalho e auditorias; Exerce uma liderança, centrada nas pessoas e na monitorização dos processos; Orienta uma prática baseada na evidência; Apoia as iniciativas e práticas inovadoras dos colaboradores; Acompanha a atividade desenvolvida pela estrutura de gestão de risco; Analisa os eventos adversos, agindo em conformidade; Cria condições para manter ambientes seguros, introduzindo medidas corretivas quando são detetados desvios; Prioriza os problemas, em função das queixas/reclamações das Pessoas/Clientes.”* (Despacho normativo n.º 76/2018, p. 3483).

Quando o Gestor atua a nível tácito, espera-se que no domínio da gestão da qualidade e segurança coordene *“...os recursos humanos, otimizando meios e utilizando medidas que simplifiquem e agilizem os processos; Monitoriza os objetivos relacionados com segurança, efetividade, gestão de risco, auditoria clínica, centralidade nas Pessoas/Clientes, formação, investigação e desenvolvimento; Interpreta os relatórios de auditoria identificando quais as ações de melhoria a desenvolver”* (Despacho normativo n.º 76/2018, p.3483).

Por último, a nível estratégico além de orientar a prática dos cuidados para os resultados a atingir, tendo como foco as pessoas/clientes e/ou comunidade deve contribuir para o processo de desenvolvimento da Governação Clínica onde se espera que: *“Integra a estrutura da Governação Clínica; Define a estrutura de enfermagem que integra o sistema de qualidade/Governação clínica; Identifica os objetivos para a melhoria contínua da qualidade, de acordo com a política de qualidade definida para a Organização e, em concreto, para o Serviço de Enfermagem atuando para a obtenção de resultados”* (Despacho normativo n.º 76/2018, p. 3482).

A par das competências exigidas aos gestores, é oportuno recordar o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, a segurança do doente é um dos indicadores da qualidade dos cuidados de saúde prestados e contém orientações para que os gestores possam utilizar métodos, identificar objetivos e metas, tendo como intuito minimizar os riscos associados à prestação de cuidados. Assim, este plano visa melhorar a prestação de cuidados e assegurar a

segurança dos doentes tendo em conta objetivos estratégicos tais como o aumento da segurança na comunicação (Despacho normativo n.º 9390/2021).

As estratégias, que minimizam os erros nas trocas de informação e na comunicação, dependem de uma liderança que esteja comprometida com a causa e de uma equipa de trabalho coesa e focada, além de profissionais detentores de conhecimento sobre a melhoria da qualidade em saúde. É necessário formar os profissionais da saúde de forma que compreendam a importância do trabalho em equipa bem como a importância da educação em saúde, nomeadamente, relativa à segurança do doente e à qualidade, para que tenham uma visão crítica em relação ao erro (Sousa & Mendes, 2019).

A DGS recomenda a utilização da metodologia ISBAR com o intuito de melhorar as trocas de informações entre os profissionais de saúde, como já referido, e atendendo a que o Enfermeiro Gestor é o responsável pela garantia da segurança e qualidade, cabe-lhe implementar e formar a sua equipa para a utilização desta metodologia (Ferreira et al., 2020). Importa reiterar que em causa não estão só as competências e deveres dos enfermeiros gestores, expressas na legislação atual, mas também as orientações nacionais como contributos para a melhoria da qualidade e segurança do doente.

3. MATERIAL E MÉTODO

A continuidade de cuidados refere-se à necessidade de garantir que todas as informações relevantes sobre o doente são adequadamente documentadas e compartilhadas entre os profissionais de saúde, incluindo o histórico, os exames, os diagnósticos, os tratamentos e os cuidados anteriores e os aspetos expressos nos registos (Ordem dos enfermeiros, 2001), garantindo uma abordagem integrada e holística para o cuidado ao doente. Contudo, muitas das passagens de turno são realizadas de forma desorganizada, em vez de serem organizadas e seguirem uma linha orientadora de modo a garantir a correta continuidade dos cuidados. Uma incorreta passagem de turno, ou seja, incompleta, imprecisa, mal interpretada ou transmitindo informação não necessária, poderá originar danos para o doente (Joint Commission, 2017). O tempo despendido na transição de informação de um doente pode ser considerado tempo desperdiçado, se esta não for relevante para a continuidade de cuidados. Este tempo despendido na transmissão de informação não relevante, poderia ser utilizado na prestação de cuidados (Tranquada, 2013). Neste sentido, formulamos a seguinte questão: Como desenvolvem e percebem a sua atividade de comunicação na passagem de turno os enfermeiros num serviço de internamento num hospital do Norte de Portugal?

“A Pergunta de partida é a que pressupõe um processo científico suscetível de fornecer conhecimentos generalizados. É um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2009, p.72-73).

Este estudo tem, então, como finalidade contribuir para o desenvolvimento de um projeto de implementação da metodologia ISBAR num serviço de uma unidade local de saúde do Norte do país a partir de um processo de pesquisa.

Tem como objetivos:

- Identificar as áreas relevantes a abordar na passagem de turno num serviço de uma unidade local de saúde do Norte do país;

- Analisar a perceção dos enfermeiros sobre a metodologia desenvolvida na passagem de turno;
- Compreender a diferença entre o que se observa e o que os enfermeiros expressam.

3.1 Tipo de estudo

O desenho de investigação direciona o planeamento e a execução da pesquisa para que os objetivos sejam alcançados (Fortin, 2009).

No sentido de dar resposta aos objetivos definidos, efetuou-se um estudo misto com uma abordagem quantitativa, com recurso a uma grelha de observação da passagem de turno, de forma a identificar como se processa a passagem de turno e que áreas são mencionadas na mesma, bem como, uma abordagem qualitativa, com a realização de entrevistas aos enfermeiros do mesmo serviço, no sentido de identificar as áreas relevantes a abordar na passagem de turno e entender a perceção dos enfermeiros acerca da forma como a passagem de turno é realizada e implicações quer no restante turno, quer na segurança dos doentes e sobre a introdução de uma metodologia de transmissão de informação. A recolha dos dados, de ambos os métodos, foi realizada entre Janeiro de 2023 e Março de 2023.

O estudo de carácter misto corresponde ao uso de duas ou mais estratégias, quer quantitativa, quer qualitativa dentro de um só projeto de pesquisa. No fundo, refere-se a um único estudo que utiliza estratégias mistas para responder às questões de pesquisa e/ou testar hipóteses (Driessnack, Mendes, & Sousa, 2007).

Desenhos de pesquisa qualitativa baseiam-se no paradigma naturalista. Neste caso, a realidade é subjetiva, porque não existe uma realidade única, mas múltiplas realidades e o conhecimento adquirido somente é pertinente dentro de uma determinada situação ou contexto. Estes desenhos são utilizados quando existe uma lacuna no conhecimento, ou quando se conhece pouco acerca de um determinado fenómeno, experiência ou contexto. Na pesquisa qualitativa, estudam-se pessoas em ambientes naturais e tenta-se entender ou interpretar os significados

que as pessoas atribuem às suas experiências ou adquirir novos conhecimentos sobre os fenómenos, grupos, experiências ou conceitos estudados previamente. Na pesquisa qualitativa, o pesquisador é, também, considerado um instrumento de colheita de dados que são principalmente palavras ou descrições narrativas. Os dados colhidos são classificados por temas, conceitos, e/ou teorias, identificados e agrupados a partir das descrições detalhadas de experiências compartilhadas pelos participantes. Estes são escolhidos propositadamente pelas suas experiências em relação ao fenómeno que está a ser estudado. Os métodos utilizados são múltiplas entrevistas, observação participativa, diários escritos, descrições narrativas e grupos focais (Driessnack, Mendes, & Sousa, 2007).

Desenhos de pesquisa quantitativos refletem uma filosofia determinista que se baseia no paradigma pós-positivista. Os estudos quantitativos analisam a causa e como diferentes causas interagem e/ou influenciam os resultados. O paradigma pós-positivista adota a filosofia de que a realidade pode ser descoberta, contudo, de forma imperfeita e num juízo probabilístico. A abordagem é dedutiva, onde a maioria das ideias ou conceitos é reduzida a variáveis e as relações entre elas são testadas. O conhecimento que daí resulta é baseado na observação, medição e interpretação cuidadosa da realidade objetiva. Requer, assim, a análise dos números para a obtenção da resposta à pergunta ou hipótese da pesquisa. No estudo quantitativo, o raciocínio também é generalizado, visto que as conclusões desenvolvidas a partir das evidências colhidas de uma amostra podem ser estendidas para uma população maior (Driessnack, Mendes, & Sousa, 2007). O mesmo autor refere que a pesquisa quantitativa determina relações entre variáveis, a variável independente ou preditiva e a variável dependente ou resultado. Os desenhos não experimentais são utilizados para descrever, diferenciar ou examinar associações. Apenas se utiliza a observação pelo que não existem tarefas aleatórias, grupos controlo, ou manipulação de variáveis. Pelo contrário, nos desenhos experimentais utilizam a designação aleatória, manipulação de uma variável independente e controlos rígidos, permitindo, assim, uma maior confiança nas relações de causa e efeito.

3.2 População e Amostra

A população em estudo, ou seja, a população alvo, refere-se a um conjunto de indivíduos que possuem características comuns e que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e da qual se podem fazer generalizações (Fortin, 2009). Na particularidade deste estudo, vamos optar pela metodologia de estudo dos enfermeiros e das suas opiniões e comportamentos observáveis.

A amostra, do estudo quantitativo, é de natureza probabilística, foi constituída por 82 observações calculadas a partir de um universo de 1068 passagens de turno. Pode considerar-se uma amostra aleatória sistemática, uma vez que cada elemento foi recolhido de uma lista que continha todos elementos que formam a população e o cálculo do tamanho da amostra teve por base um grau de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%.

A amostra do estudo qualitativo foi efetuada a vinte enfermeiros. Trata-se de uma amostra intencional, considerando que a seleção foi realizada com base caracterização dos sujeitos, já que se trata de enfermeiros de um determinado hospital e de um determinado serviço. O único critério de inclusão foi os enfermeiros estarem a exercer funções no momento da colheita de dados.

3.3 Perguntas de Investigação

As perguntas de investigação são questões fundamentais que orientam a pesquisa e direcionam a colheita de dados e a análise dos resultados. Elas são formuladas com base no problema de pesquisa e têm o objetivo de guiar a investigação e obter respostas específicas (Fortin,2009), nesse sentido formulamos as seguintes:

- Que valorização dão os enfermeiros à comunicação nas passagens de turno?
- Que diferença há entre as orientações da aplicação do ISBAR e o que se observa na passagem de Turno?
- Que congruência há entre o que referem os enfermeiros e o que se observa?

Estamos agora em condições para procurar a resposta a estas perguntas, elas serão norteadoras pelo processo de pesquisa de forma a direcionar a colheita e análise dos dados.

3.4 Instrumento de Recolha de dados

O estudo é de natureza mista, ou seja, corresponde ao uso de duas ou mais estratégias, quer quantitativa e/ou qualitativa dentro de um só projeto de pesquisa (Driessnack, Mendes, & Sousa, 2007). Assim, foram utilizadas a entrevista, como instrumento de natureza qualitativa e a observação como instrumento quantitativo. A entrevista foi gravada e posteriormente transcrita.

A entrevista de investigação é uma técnica qualitativa de colheita de dados amplamente utilizada como forma de interação direta entre o pesquisador e o participante, onde o pesquisador faz perguntas específicas com o objetivo de obter informações relevantes sobre o tema em estudo. Na entrevista de investigação, procura-se explorar as percepções, experiências, opiniões e conhecimentos dos participantes, proporcionando uma compreensão mais aprofundada do fenómeno investigado. Ela é conduzida de forma flexível, permitindo ao entrevistador adaptar as perguntas de acordo com as respostas e *insights* fornecidos pelo entrevistado (Fortin, 2009). O mesmo autor salienta que a entrevista de investigação deve ser cuidadosamente planeada e estruturada, com um roteiro ou guia de perguntas preparado antecipadamente. O entrevistador deve estabelecer um ambiente acolhedor e de confiança, para que o participante se sinta à vontade a fim de compartilhar as suas experiências e perspetivas.

A entrevista foi escolhida como método de colheita de dados porque a finalidades da mesma é: o controlo, onde se validam os dados obtidos já em estudos anteriores; a verificação, onde se validam os dados obtidos em estudos anteriores e se identificam fatores que afetam o elemento que está a ser estudado; o aprofundamento, cuja finalidade é aprofundar o conhecimento do investigador em relação a algo; a exploração, onde a finalidade é obter dados sobre um tema desconhecido pelo investigador (Abreu, 2020). Tendo como objetivos do estudo identificar as áreas relevantes a abordar na passagem de turno num serviço de uma unidade local de saúde do norte do país e analisar a percepção dos enfermeiros sobre a metodologia desenvolvida na passagem de turno, a entrevista, considerando todas as suas características, é o instrumento mais adequado para obter respostas que fossem ao encontro dos objetivos delineados. O guião de entrevista semi-estruturada foi constituído por seis perguntas fechadas de caracterização e

16 perguntas de resposta aberta, com ligação das perguntas ao objetivo da investigação (anexo I).

Foi, também, utilizado como instrumento de recolha de dados uma grelha de observação (anexo II). A observação é um método pelo qual o pesquisador observa e regista diretamente os comportamentos, interações e contextos relacionados com o tema de pesquisa e apresenta-se no formato de observação participante e não participante. A observação permite ao pesquisador captar informações contextuais e compreender os fenómenos estudados a partir de uma perspetiva mais imersiva.

Na observação participante, o pesquisador faz parte do grupo ou contexto que está a ser estudado. Este interage com os participantes, participa nas atividades e procura entender as perspetivas e experiências internas do grupo. Este tipo de observação requer uma imersão mais profunda e pode fornecer informações ricas e detalhadas, por outro lado, a observação não participante, o pesquisador observa o grupo ou contexto sem participar ativamente nas atividades ou interações. Mantém-se com uma postura mais distante e objetiva, focando-se na colheita de dados observáveis. Fortin (2009) destaca que a observação requer um registo sistemático dos dados colhidos. Além disso, é importante que o pesquisador reflita sobre a sua posição subjetiva, possíveis preconceitos e interpretações durante o processo de observação.

Para esta colheita de dados foi elaborada uma grelha de observação (anexo II) com base na metodologia ISBAR. A grelha foi constituída por cinco domínios, o primeiro denominado Identificação com quatro itens; o segundo Situação atual/causa com três itens; o terceiro Antecedentes/anamnese com nove itens; o quarto Avaliação com quatro itens e o quinto Recomendações com três itens. Cada item tem duas possibilidades de resposta: 1. Sim (presente) ou 2. Não (ausente). Na passagem de turno observada, era efetuado o respetivo registo de forma a poder-se compreender a diferença entre o que se observa e o que os enfermeiros expressam na entrevista.

3.5 Método de análise dos dados

A análise dos dados, no que concerne aos resultados qualitativos, foi realizada de acordo com as fases de análise de conteúdo propostas por Bardin (2018), com recurso ao software Atlas.ti® versão 23.2.1.26990.

A análise de conteúdo pode caracterizar-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que emprega procedimentos metódicos de exposição do conteúdo das mensagens, das figuras de linguagem, das reticências e das entrelinhas (Bardin, 2018).

Assim, a análise de conteúdo, iniciou-se pela fase da pré-exploração, na qual foi realizada uma leitura da informação, no sentido de assimilar os aspetos importantes e as ideias principais e os seus significados e, de seguida, foi selecionado todo o corpo da entrevista a ser analisado (Bardin, 2018).

Posteriormente, foram selecionadas as unidades de análise, que correspondem à fase seguinte da análise de conteúdo. As unidades de análise correspondem a palavras, frases, parágrafos ou até textos completos que são aglutinados segundo algum critério e definem as categorias (Bardin, 2018). Neste caso, as unidades de análises foram frases e parágrafos separados por temas, codificadas com E1, E2, de acordo com o número da entrevista efetuada.

Por último, efetuou-se o processo de categorização e subcategorização, ou seja, classificaram-se os elementos integrantes num conjunto (Bardin, 2018). As categorias devem ser globais de forma a englobar o máximo dos conteúdos possíveis e simultaneamente exclusivas onde uma palavra, frase, parágrafo, entre outros, não pode estar em mais que uma categoria. Desta forma, caracterizaram-se as categorias como grandes enunciados que contemplam vários temas, segundo o seu grau de proximidade e os significados vão ao encontro dos objetivos do estudo.

Para a análise dos dados da Observação, considerados dados quantitativos, recorreremos ao SPSS versão 27, onde realizamos a análise descritiva das variáveis com frequências, medidas de tendência central e de simetria.

Para prosseguir no tratamento dos dados referentes ao guia de observação, as variáveis dicotómicas, foram codificadas com os valores 1 quando (Sim) presentes e 2 quando (Não) ausentes, na observação para cada item. Para analisar as condições do instrumento, foi avaliada a sua consistência interna, considerando uma escala de observação composta por 14 itens, o que resultou um alfa de Cronbach com o valor de 0,100, este valor indica uma consistência interna muito baixa entre as respostas às questões incluídas numa escala de

medida, ou seja, as questões provavelmente não estão a medir a mesma coisa ou não estão relacionadas entre si. Normalmente, um alfa de Cronbach acima de 0,7 é considerado aceitável para fins de pesquisa, embora valores acima de 0,8 sejam mais desejáveis. Um Alfa de Cronbach abaixo de 0,6 geralmente indica que a escala de medida precisa ser revista ou reestruturada, ou seja, não podemos analisar a escala como um todo, explorando cada um dos domínios no mesmo sentido o que também apresenta alfas negativos ou de baixa consistente pelo que não faz sentido fazer desta estratégia uma escala, mas apenas um conjunto de observações organizadas por domínios.

3.7 Aspetos Éticos

O projeto em que se enquadra o estudo foi submetido à apreciação do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que deu parecer favorável, segundo ata nº42/2022, de 25 de outubro (Anexo III).

Foi pedida autorização ao Conselho de Administração da instituição hospitalar e à respetiva Comissão de Ética que lhe dá suporte para a realização do estudo no serviço de urologia, otorrino e oftalmologia tendo sido positivos os pareceres nº 05/CES/JAS, (Anexo IV) e, ainda, Refª 15/CLPSI/2023 da Comissão Local de Proteção e Segurança da informação (Anexo V).

Foram obtidos os consentimentos informados, livres e esclarecidos, onde a confidencialidade, o anonimato e a privacidade de todos os participantes foi garantida pela investigadora. O documento foi entregue, lido e assinado por todos os participantes do estudo (Anexo VI). A participação dos enfermeiros no estudo foi voluntária. Apenas tiveram acesso aos dados as investigadoras, sendo que estes serão eliminados decorrido um ano. Os dados foram guardados e tratados no computador das investigadoras com password do conhecimento somente das mesmas.

Organizado o trabalho de campo, passamos à colheita de dados, que será apresentada no capítulo seguinte.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No sentido de procurar responder aos objetivos que orientam a investigação, passamos a apresentar os resultados da análise das entrevistas e da observação realizada emergindo aqui a triangulação de dados qualitativos e quantitativos que pontualmente se tocam, confirmam ou contradizem.

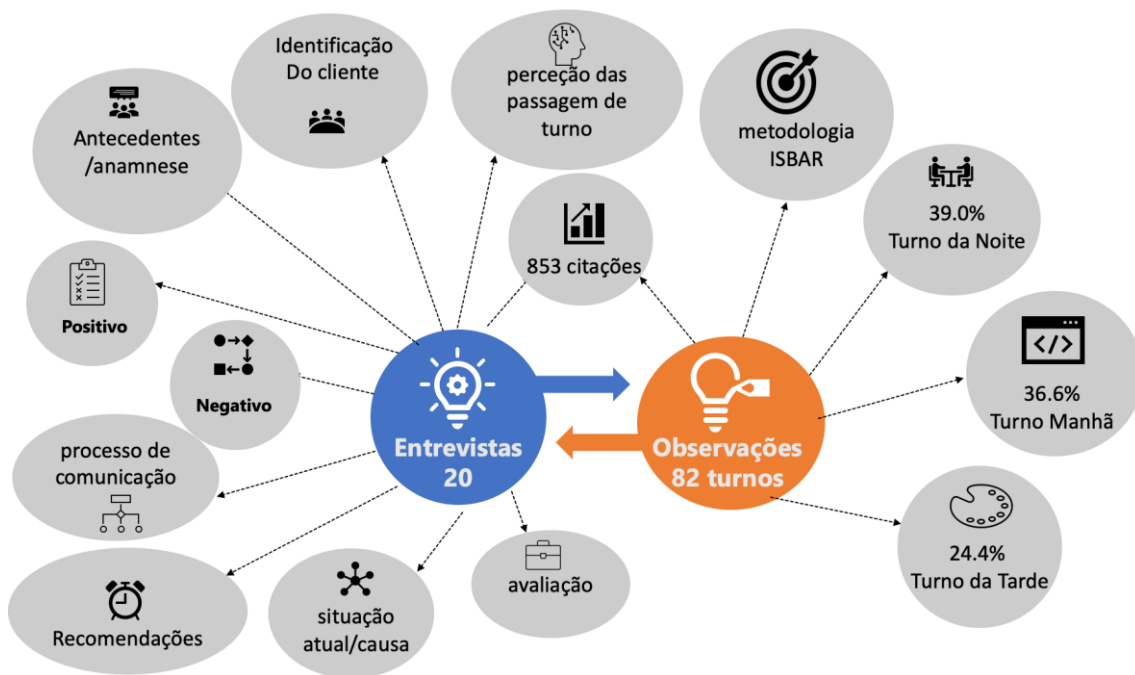


Figura 1: Representação global do estudo

No que diz respeito à análise dos dados das entrevistas, foram analisadas vinte entrevistas obtendo-se um total de 853 citações. Feita a análise, identificamos as temáticas, que apresentamos em redes.

Quanto à observação, dados quantitativos, foram observadas 82 passagens de turno. A colheita de dados foi efetuada nos diversos turnos realizados pelos enfermeiros que integraram a amostra.

4.1 Descrição dos participantes

Os profissionais que participaram no estudo apresentam características que nos podem ajudar a compreender o problema, pelo que faremos a sua descrição em primeiro lugar.

Dos vinte enfermeiros entrevistados, dezanove são do sexo feminino. A idade dos participantes varia entre os 23 e os 40 anos, com uma média de idades de 30,84, moda de 24 e desvio padrão de 7,40. Em relação à assimetria, é de 0,737, sendo levemente inclinada para a direita, o que significa que a maioria dos participantes apresentam idades inferiores à média.

Sobre a categoria profissional dos participantes verificou-se que dezassete dos entrevistados eram enfermeiros e três eram enfermeiros especialistas. Dois tinham pós-graduação como formação complementar. Salienta-se que o tempo de experiência profissional variou de três meses a vinte e dois anos (Tabela 2).

Tabela 2: Tempo de experiência profissional dos enfermeiros entrevistados

Tempo de Experiência profissional	Nº Enfermeiros
3 meses	1
2 anos	5
3 anos	1
4 anos	2

6 anos	2
8 anos	2
9 anos	1
11 anos	1
13 anos	1
18 anos	2
21 anos	1
22 anos	1

No que diz respeito ao tempo de experiência no serviço onde foi aplicado o estudo, a experiência profissional dos entrevistados variou entre um mês e cinco anos (Tabela 3).

Tabela 3: Tempo de experiência profissional no serviço dos enfermeiros entrevistados

Tempo de experiência no serviço	Nº de enfermeiros
1 mês	1
9 meses	1
1 ano	2
2 anos	11
3 anos	2
5 anos	3

4.2 A ISBAR na passagem de turno – um estudo de quantitativo

Foram observadas 82 passagens de turno, das quais 81,7% (n=17) foram efetuadas por enfermeiros e 18,3% (n=3) por enfermeiros especialistas que constituíam a amostra.

Na tabela 4, apresentamos os resultados das observações efetuadas com base no modelo do ISBAR, registadas como presentes (Sim) e ausentes (Não).

Tabela 4: Estatística descritiva dos itens da metodologia ISBAR observados durante a passagem de turno

	Média	Erro Desvio	Análise N
Identificação do doente	2.00	.000	82
Nome e função do emissor e recetor	1.00	.000	82
Serviço de origem/destinatário	1.43	.498	82
Identificação do cuidador informal	1.63	.485	82
Data e hora de admissão	1.00	.000	82
Descrição do motivo de internamento	2.00	.000	82
Meios complementares de diagnóstico	1.77	.425	82
Terapêuticas invasivas	1.48	.502	82

realizadas ou por realizar			
Antecedentes clínicos	1.77	.425	82
Níveis de dependência	1.89	.315	82
Diretivas antecipadas de vontade	1.00	.000	82
Alergias	2.00	.000	82
Hábitos relevantes	1.00	.000	82
Terapêutica invasivas realizadas	1.72	.452	82
Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma	1.12	.329	82
Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados	1.96	.189	82
Identificação de situação social e da capacitação do cuidador	1.70	.463	82
Problemas ativos	2.00	.000	82
Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituídas	1.84	.367	82
Alterações de estado de saúde significativas	2.00	.000	82

Focos de atenção, diagnóstico e intervenções ativas	2.00	.000	82
Indicação do plano de continuidade de cuidados	1.56	.499	82
Informação sobre consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica	1.73	.446	82
Identificação de necessidades do cuidador informal	1.77	.425	82

A grelha de observação apenas nos orienta para uma análise item a item. Foram identificadas médias de 2 pontos na Identificação do doente, Descrição do motivo de internamento, Alergias, Problemas ativos, Alterações de estado de saúde significativas e Focos de atenção, diagnóstico e intervenções ativas.

Tabela 5: Descrição das frequências dos itens da metodologia ISBAR observados durante a passagem de turno Domínios /Itens		SIM (S)		NÃO (N)	
		n	%	n	%
Identificação	Identificação do doente	82	100%	0	0%
	Nome e função do emissor e recetor	0	0%	82	100%
	Serviço de origem/destinatário	35	42.7%	47	57.3%
	Identificação do cuidador informal	52	63.4%	30	36.6%
Situação atual/Causa	Data e hora de admissão	0	0%	82	100%
	Descrição do motivo de internamento	82	100%	0	0%
	Meios complementares de diagnóstico	63	76.8%	19	23.2%
	Terapêutica por realizar	39	47.6%	43	52.4%

Antecedentes/anamnese	Antecedentes clínicos	63	76.8%	19	23.2%
	Níveis de dependência	73	89.0%	9	11.0%
	Diretivas antecipadas de vontade	0	0%	82	100%
	Alergias	82	100%	0	0%
	Hábitos relevantes	0	0%	82	100%
	Terapêutica invasivas realizadas	59	72%	23	28%
	Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma	10	12.2%	72	87.8%
	Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados	79	96.3%	3	3.7%
	Identificação de situação social e da capacitação do cuidador	57	69.5%	25	30.5%
Avaliação	Problemas ativos	82	100%	0	0%
	Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituídas	46	84.1%	36	15.9%
	Alterações de estado de saúde significativas	82	100%	0	0%
	Focos de atenção, diagnóstico e intervenções ativas	82	100%	0	0%
Recomendações	Indicação do plano de continuidade de cuidados	46	56.1%	36	43.9%
	Informação sobre consultas e meios completos de diagnóstico e terapêutica	60	73.2%	22	26.8%
	Identificação de necessidades do cuidador informal	63	76.8%	19	23.2%
Registo	Quem recebe o turno faz notas	82	100%	0	0%

Da análise da tabela 5, importa referir que se observou em todas as passagens de turno todos os itens do ISBAR (100%) referentes à: Identificação do doente, Descrição do motivo de internamento, Alergias, Problemas ativos, Alterações de estado de saúde significativas, Focos de atenção, Diagnósticos e Intervenções ativas. Observou-se, ainda, que todos os participantes fazem registos nas passagens de turno.

Identificamos que os itens Nome e função do emissor e recetor, Data e hora de admissão, Diretivas antecipadas de vontade e Hábitos relevantes nunca foram referidos nas passagens de

turno observadas. Importa mencionar que alguns destes itens podem não se justificar nos casos que foram sujeitos da passagem de turno (Tabela 5).

Para proceder à análise quantitativa, codificamos o sim com o valor 2 e o não com o valor 1 e, assim, analisamos cada domínio em observação. Os valores variaram de acordo com a explicitação das componentes, tendo com valores máximos: Identificação (8); Situação atual/Causa (8); Antecedentes/anamnese (18); Avaliação (8) e Recomendações (6).

Tabela 6: Análise descritiva de cada domínio observado

	Identificação	Situação atual/causa	Antecedentes/anamnese	Avaliação	Recomendações
Média	6,06	4,77	14,16	7,84	5,06
Mediana	6,00	5,00	14,00	8,00	5,00
Moda	6	5	14	8	5
Desvio Padrão	,691	,425	,987	,367	,807
Mínimo	5	4	12	7	3
Máximo	7	5	16	8	6

Os valores para cada domínio variaram, sendo que os domínios que obtiveram a representação máxima foram os da Avaliação e o das Recomendações (Tabela 6).

Considerando o domínio Identificação, que compreendia os itens: Identificação do doente; Nome e função do emissor e recetor; Serviço de origem/destinatário; Identificação do cuidador informal, que podia obter uma pontuação total de oito pontos se todos os itens fossem observados, obtivemos os valores que se podem observar na tabela 7.

Tabela 7: Descrição do domínio Identificação

Valores	Frequência	%
5	17	20,7
6	43	52,4

7	22	26,8
Total	82	100,0

A maior percentagem de observações situou-se no valor 6 (52,4%), valor abaixo da média desta dimensão (Tabela 7). Relativamente aos resultados da observação, indicam que a média é de 6,06. No mesmo seguimento, a moda é de 6, isto é, dois pontos abaixo do valor ideal. O desvio padrão é de 0,691 e os valores alcançados variam entre o 5 e o 7. A assimetria é de -0,080, pelo que a distribuição é levemente inclinada para a esquerda, não sendo, contudo, muito acentuada.

Assim, os dados apresentados permitem concluir que há necessidade de melhorar os itens referentes ao domínio Identificação. É possível, ainda, referir que apesar de neste domínio dever ser efetuada a identificação e a localização precisa dos intervenientes na comunicação, o nome e a função dos intervenientes na comunicação não foram mencionados em nenhuma das observações efetuadas.

Tabela 8: Descrição do domínio Situação atual/ causa

Valores	Frequência	%
4	19	23,2
5	63	76,8
Total	82	100,0

No domínio Situação atual/causa, se todos os itens fossem observados, a pontuação seria de 6, se nenhum dos itens fosse observado seria de 3, pelo que os resultados apontam para uma média de 4,77. Este domínio apresenta valores entre 4 e 5, moda de 5, desvio padrão de 0,425. O valor 4 corresponde a 23,2% das observações e o valor 5 a uma percentagem de 76,8 (tabela 8). A assimetria é de -1, 296, pelo que a distribuição é inclinada para a esquerda. Deste modo, os dados apresentados permitem concluir que há necessidade de melhorar também os itens referentes ao domínio Situação atual/causa.

Tabela 9: Descrição do domínio Antecedentes / anamnese

Valores	Frequência	%
12	7	8,5
13	10	12,2
14	31	37,8
15	31	37,8
16	3	3,7
Total	82	100,0

O domínio Antecedentes / anamnese apresenta nove itens, podendo atingir um valor máximo de 18. Como se pode observar na Tabela 9, atinge um valor de 14 e 15 em 37,8% das observações. O desvio padrão é de 0,987, é o domínio com maior desvio padrão, e os valores variaram entre 12 e 16, não atingindo os valores mínimos (9) ou máximos (18). A assimetria é de -0,643 pelo que a distribuição é inclinada para a esquerda, contudo, pouco acentuada. Identificaram-se lacunas nos itens referentes ao domínio Antecedentes/anamnese.

Quanto ao domínio Avaliação, o valor máximo que se obteria caso todos os itens fossem referidos na passagem de turno seria de 8 e de 4 caso nenhum fosse mencionado. Assim, este domínio apresenta-se com elevada valorização nas observações atingindo o valor máximo (8 pontos) em 84,1% das observações. A média dos valores encontrada é de 7,84 e o desvio padrão é de 0,367. O valor 7 corresponde a 15,9% (n=13) das observações e o valor 8 a 84,1% (n=69). A assimetria é negativa e a distribuição é inclinada para a esquerda uma vez que apresenta um valor de -1,905. Deste modo, é possível concluir que embora mais próximo daquilo que seria o ideal na passagem de turno, segundo a metodologia ISBAR, existem ainda lacunas num dos itens deste grupo.

Tabela 10: Descrição do domínio Recomendações

Valores	Frequência	%
3	2	2,4
4	18	22,0
5	35	42,7
6	27	32,9
Total	82	100,0

Relativamente ao domínio Recomendações, o valor máximo que se obtinha, caso todos os itens fossem referidos na passagem de turno, seria de 6 e o valor mínimo 3 caso nenhum fosse verbalizado. Desta forma, o valor da média encontrado é de 5,06 e o valor da moda de 5, estando um ponto abaixo do valor considerado ideal. O desvio padrão é de 0,807 e os valores estão entre 3 e 6, precisamente os valores mínimos e máximos possíveis de encontrar. O valor com maior representação é o 5 (42,7%), mas abaixo de metade das observações. A assimetria é de -0,402, sendo por isso negativa, embora ligeiramente acentuada. Conclui-se, assim, que também no domínio Recomendações existem lacunas no que diz respeito à passagem de turno segundo a metodologia ISBAR.

Passamos a analisar as características dos participantes a fim de verificar se estavam associadas aos domínios da metodologia ISBAR.

Tabela 11: Análise da variável sexo e os domínios da metodologia ISBAR

Afirmações	Sig.*
A distribuição de Identificação é igual nas categorias de Sexo	.073
A distribuição de Situação atual/causa é igual nas categorias de Sexo	.181
A distribuição de Antecedentes/anamnese é igual nas categorias de Sexo	.641
A distribuição de Avaliação é igual nas categorias de Sexo	.703
A distribuição de Recomendações é igual nas categorias de Sexo	.633

*Teste *U de Mann-Whitney para amostras independentes*

Como se pode verificar na tabela 11, não há diferença entre os enfermeiros e as enfermeiras, considerando os valores do *U de Mann-Whitney*, para amostras independentes, para um nível de significância de 0.05.

Consideramos, de seguida, os domínios da metodologia ISBAR e a variável idade, codificada por classes.

Tabela 12: Classe das idades dos enfermeiros que passaram o turno e os domínios da metodologia ISBAR observados

Afirmações	Sig.
A distribuição de Identificação é igual nas categorias de classe de idade.	.301
A distribuição de Situação atual/causa é igual nas categorias de classe de idade.	.244
A distribuição de Antecedentes/anamnese é igual nas categorias de classe de idade.	.946
A distribuição de Avaliação é igual nas categorias de classe de idade.	.992
A distribuição de Recomendações é igual nas categorias de classe de idade.	.305

*Teste *U* de Mann-Whitney para amostras independentes

Após realização do teste não paramétrico *U* de Mann-Whitney, para amostras independentes para um nível de significância de 0.05, pode concluir-se que a idade também não altera a forma como os enfermeiros passam o turno (Tabela 12).

Tabela 13: Categoria profissional dos enfermeiros que passaram o turno e os domínios da metodologia ISBAR observados

Hipótese nula	Sig.*
A distribuição de Identificação é igual entre categorias profissionais.	.003
A distribuição de Situação atual/causa é igual entre categorias profissionais.	.749
A distribuição de Antecedentes/anamnese é igual entre categorias profissionais.	.629
A distribuição de Avaliação é igual entre categorias profissionais.	.629
A distribuição de Recomendações é igual entre categorias profissionais.	.489

* Teste Mann-Whitney

Verificamos que existe uma relação significativa entre categorias profissionais e o domínio Identificação, uma vez que os enfermeiros especialistas mencionaram mais itens deste domínio. Nos restantes parâmetros, verifica-se que não existe diferença entre categorias profissionais.

Por último, fomos analisar a variável Turno (turno em que foi realizada a observação) face aos domínios observados. Recordemos que os turnos funcionam: Manhã (das 8h às 14h30), codificada com o valor 1, Tarde (das 14h às 20h30), codificada com o valor 2 e Noite (das 20h às 8h30 horas) com o valor 3. Assim, as observações foram realizadas em 30 (36.6%) turnos da manhã, 20 turnos da tarde (24.4%) e 32 (39.0%) turnos da noite.

Tabela 14: Análise da variável Turno e os domínios da metodologia ISBAR observados

Hipótese nula	Sig. ^{*,**}
A distribuição de Identificação é igual nas categorias da variável Turno.	.258
A distribuição de Situação atual/causa é igual nas categorias da variável Turno.	.461
A distribuição de Antecedentes/anamnese é igual nas categorias da variável Turno.	.983
A distribuição de Avaliação é igual nas categorias da variável Turno.	.145
A distribuição de Recomendações é igual nas categorias da variável Turno.	.567

* Teste *Kruskal-Wallis*, **Grupo de variáveis: Turno manhã, tarde, noite

Com recurso ao Teste de *Kruskal-Wallis*, para um nível de significância de 0.05, verificamos não existir diferença estatisticamente significativa entre a variável Turno e os domínios em observação.

Embora os dados demostrem não haver diferenças globais nos turnos, para nos ajudar a compreender o fenómeno, exploramos os três turnos referentes a cada domínio.

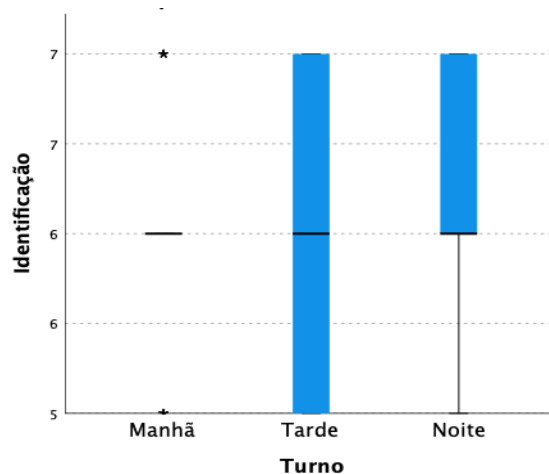


Gráfico 1: Distribuição dos valores da cotação do domínio Identificação por turno

É possível constatar que o turno da tarde surge com maior amplitude dos valores referentes ao domínio Identificação (Gráfico 1). A mediana é 6 e a distribuição é simétrica. No que diz respeito ao turno da noite, a distribuição é assimétrica. No turno da manhã, é possível verificar a presença de valores atípicos. O limite inferior é 5, surgindo um valor atípico de 7.

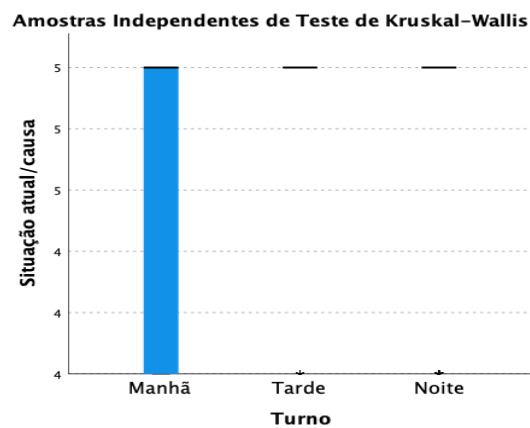


Gráfico 2: Distribuição dos valores da cotação do domínio Situação atual/causa por turno

No gráfico 2, pode apurar-se que o turno da manhã apresenta maior variação dos valores referentes ao domínio Situação atual/causa. A mediana é 5 e a distribuição é assimétrica. No que diz respeito aos turnos da tarde e noite, existem valores atípicos. O limite superior é de 5 e inferior é de 4.

Relativamente à distribuição dos valores da cotação do domínio Antecedentes/anamnese por turno verificou-se que a mediana é de 14. Nos turnos da manhã e da noite, a distribuição é assimétrica e igual entre si (gráfico 3).

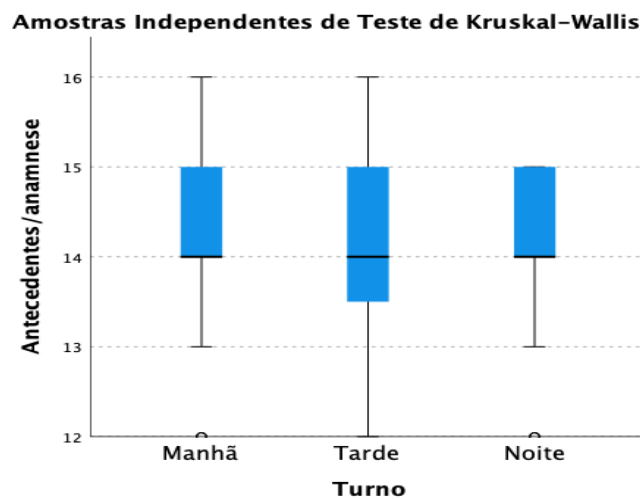


Gráfico 3: Distribuição dos valores da cotação do domínio Antecedentes/anamnese por turno

No turno da tarde, a distribuição também é assimétrica, contudo, apresenta maior variação de valores referentes aos Antecedentes/anamnese. O limite inferior é de 12 e superior é de 16, sendo que nenhum destes valores foi atingido.

Relativamente ao domínio Avaliação, a mediana é 8, sendo que apenas no turno da noite existe variação de valores, contudo, a distribuição é assimétrica. Nos turnos da manhã e tarde, existem valores atípicos. O limite inferior é de 7 e superior de 8 (Gráfico 4).

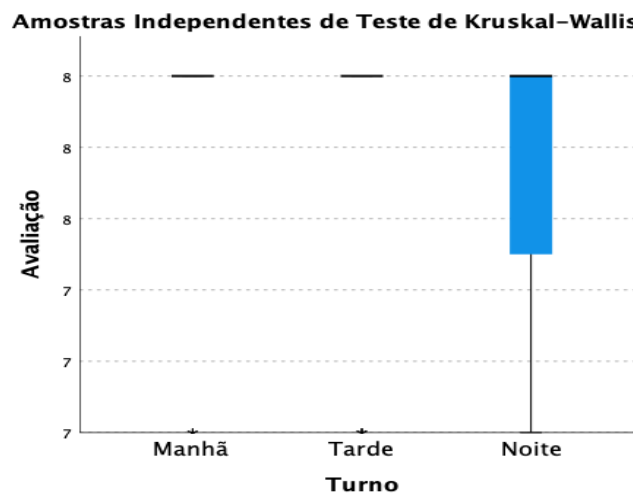


Gráfico 4: Distribuição dos valores da cotação do domínio Avaliação por turno

De acordo com o domínio Recomendações, conclui-se que o turno da manhã representa maior variação dos valores (Gráfico 5).

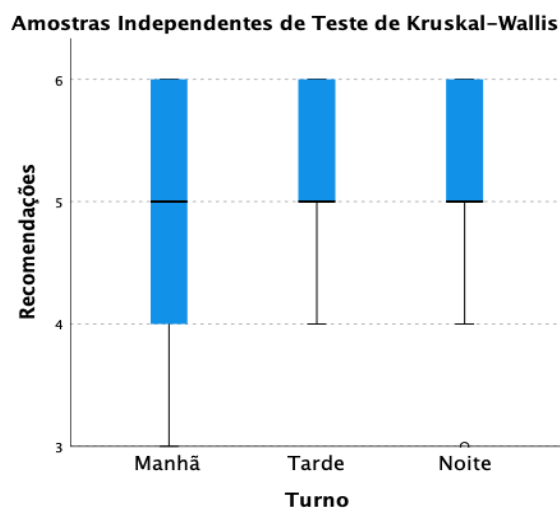


Gráfico 5: Distribuição dos valores da cotação do domínio Recomendações por turno

A mediana é 5 e a distribuição é simétrica. No que diz respeito aos turnos da tarde e da noite a distribuição é assimétrica. O limite inferior é 3 e superior é de 6 (Gráfico 5).

4.3 Aprofundar o problema a partir dos discursos dos enfermeiros – um estudo qualitativo

Depois da descrição dos resultados da observação efetuada, passamos a descrever o resultado da análise de conteúdo das entrevistas, nesta parte foram identificadas redes e categorias que estão em sintonia com a metodologia ISBAR (tabela15).

Tabela 15: Identificação das redes e categorias

Rede	Categorias
Identificação do cliente	Referência do nome do doente
	Nome e função do emissor e recetor
	Serviço de origem/destinatário
	Identificação do cuidador informal
Situação atual/causa	Data e hora de admissão
	Meios complementares de diagnóstico realizados ou por realizar
	Descrição do motivo de internamento
Antecedentes/anamnese	Antecedentes clínicos
	Alergias
	Níveis de dependência
	Hábitos relevantes
	Identificação de situação social e da capacitação do cuidador
	Diretivas antecipadas de vontade
	Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados
	Terapêuticas invasivas realizadas

Avaliação	Alterações de estado de saúde significativas
	Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas
	Problemas ativos
	Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída
Recomendações	Indicação do plano de continuidade de cuidados
	Identificação de necessidades do cuidador informal
	Informação sobre consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica

4.3.1 Identificação do cliente

De acordo com norma nº 001/2017 da DGS, a primeira dimensão do ISBAR corresponde à Identificação, que corresponde à identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação, bem como do doente a que diz respeito a comunicação (Nome completo, data de nascimento, sexo e nacionalidade). A partir da comparação entre os dois métodos de colheita de dados, foi possível verificar que nas entrevistas, a totalidade dos participantes refere ser importante a identificação do cliente, contudo, no que se refere à categoria Nome e função do emissor e recetor, nenhum dos entrevistados mencionou a sua pertinência. Apenas 42,7% mencionaram na passagem de turno o serviço de origem/destinatário e 63,4% identificaram o cuidador informal.

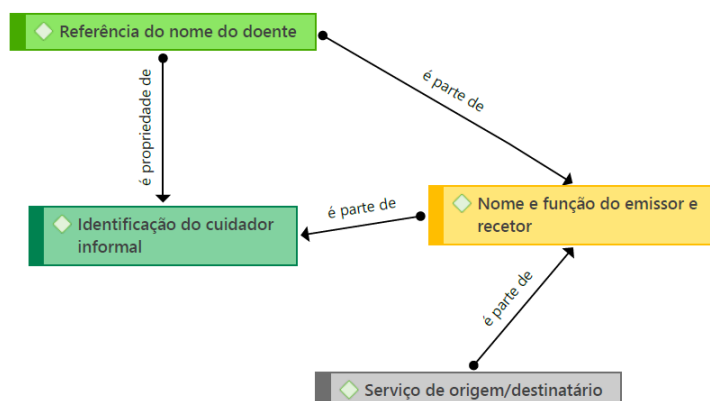


Figura 2: Rede Identificação do cliente

Como referido, todos os enfermeiros consideram que a categoria Referência do nome do doente deve constar na passagem de turno: *“Identificação do doente (nome/idade). (...) Acho (...) importantes, pois identifica o doente.”* (E1); *“Identificação do doente pois permite o conhecimento do doente em questão”* (E9); *“Nome, idade e género da pessoa para identificação correta da pessoa alvo dos cuidados”* (E15). Em relação à categoria Serviço de origem/destinatário (onde deve ser identificado o serviço de onde o cliente proveio bem como aquele a que se destina), sete enfermeiros mencionaram a importância de estar presente na passagem de turno: *“(…) o serviço de origem (...). Por forma a perceber o porquê dos cuidados prestados e que se devem prestar”.* (E4); *“(…) a proveniência (...). Creio que estes itens são essenciais para conhecer o doente e, a partir daí, conseguir perceber todos os restantes itens”.* (E17); *“(…) de onde vem (no caso de o doente ser proveniente de outra entidade de saúde/serviço), de modo a clarificar, de quem estou a falar e o contexto do mesmo.”* (E19); e, por fim, treze enfermeiros expõem a necessidade da identificação do cuidador informal (Identificação da pessoa significativa) referindo alguns testemunhos: *“Identificação (...) do cuidador para saber que suporte tem.”* (E10); *“Identificação do cuidador informal, para conhecer melhor doente em questão de dependência.”* (E12); *“(…) em pessoa dependente de outrem, esclarecer quem é o seu responsável/cuidador, sendo que é uma informação importante para a preparação da alta”* (E19).

As categorias: Referência do nome do doente, Identificação do cuidador informal e Serviço de origem/destinatário são parte da categoria Nome e função do emissor e recetor, já que são

elementos que estão diretamente envolvidos no processo de comunicar e no motivo de comunicação. Porém, a categoria Referência do nome do doente é propriedade da categoria Identificação do cuidador informal, uma vez que estão integrados e são indissociáveis para os cuidados, como é possível verificar na rede Identificação do cliente (Figura 2). Segundo Dixie et al. (2020, p.20), no modelo de capacitação do cuidador informal para cuidar da pessoa com dependência: *“(...) a identificação do cuidador informal é uma das atividades do modelo que deve ser realizada o mais precocemente possível. Na identificação poderemos ter dois cenários possíveis: existe cuidador informal com perfil adequado na altura da admissão ou não existe cuidador informal com perfil adequado”*.

Assim, é possível perceber-se que tanto nas observações, como nas entrevistas, todos os enfermeiros consideram importante e mencionem a categoria Referência do nome do doente e nenhum considere o Nome e função do emissor como importantes. No que diz respeito ao Serviço de origem/destinatário, nem todos os enfermeiros o referiram aquando da observação da passagem de turno, sendo consistente com as entrevistas já que nem todos os enfermeiros consideraram esta categoria como sendo relevante. O mesmo acontece com a categoria identificação do cuidador informal, embora exista efetivamente maior número de enfermeiros a mencionarem-na no momento da passagem de turno, bem como a considerá-la importante no momento da entrevista.

4.3.2 Situação atual/Causa na passagem de turno

Relativamente à dimensão Situação atual/causa, tendo como base a *“Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde”* (DGS, norma nº 001/2017, p.8), deve conter data e hora de admissão, descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde e meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou por realizar.

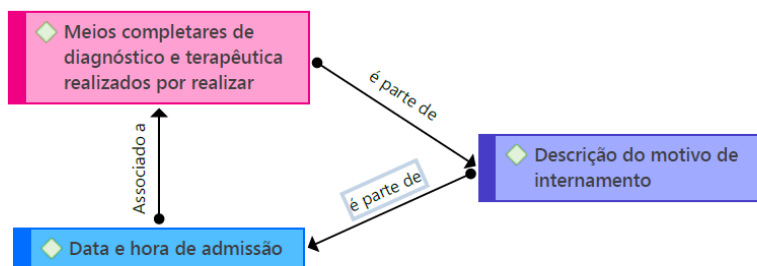


Figura 3: Rede Situação atual/causa

Um dos enfermeiros entrevistados refere que a passagem de turno deve conter a hora e data de admissão: *“Data de admissão (...), para melhor adequar as intervenções a realizar”* (E15), ao invés da descrição do motivo de internamento em que todos os enfermeiros entrevistados, ou seja, vinte, referem ser essencial passar esta informação na passagem de turno: *“Descrição de admissão/motivo de internamento. Com esta informação, já é possível inferir algumas coisas sobre o doente, nomeadamente sobre o tipo de cuidados necessários.”* (E7); *“Descrição do motivo de internamento para contextualizar a situação.”* (E8); *“Descrição do motivo de internamento. Ou seja, o chamado diagnóstico inicial. É de suma importância para quem recebe o turno o motivo do internamento, pois vai condicionar as intervenções realizadas (...).”* (E11).

Em relação à categoria “Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou por realizar”, sete enfermeiros relataram que deveria ser transmitida esta informação no momento da transição dos cuidados: *“(...) e meios complementares de diagnóstico e terapêutica importantes.”* (E6); *“Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizadas e por realizar, para conhecimento da informação e continuidade de cuidados”* (E9); *“Exames diagnósticos feitos e a realizar para o enfermeiro recetor traçar e organizar seu plano de cuidados.”* (E14); *“(...) MCDTs e terapêutica realizadas ou a realizar para cumprir eventuais janelas terapêuticas.”* (E15).

Foi possível, deste modo, criar uma rede designada Situação atual/ causa (Figura 3), em que os meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou por realizar e a data e hora de admissão estão associados e são parte da descrição do motivo de internamento, uma vez que são realizados esses meios complementares de diagnóstico e terapêutica para delinear um diagnóstico ou para dar resposta a um diagnóstico já enunciado.

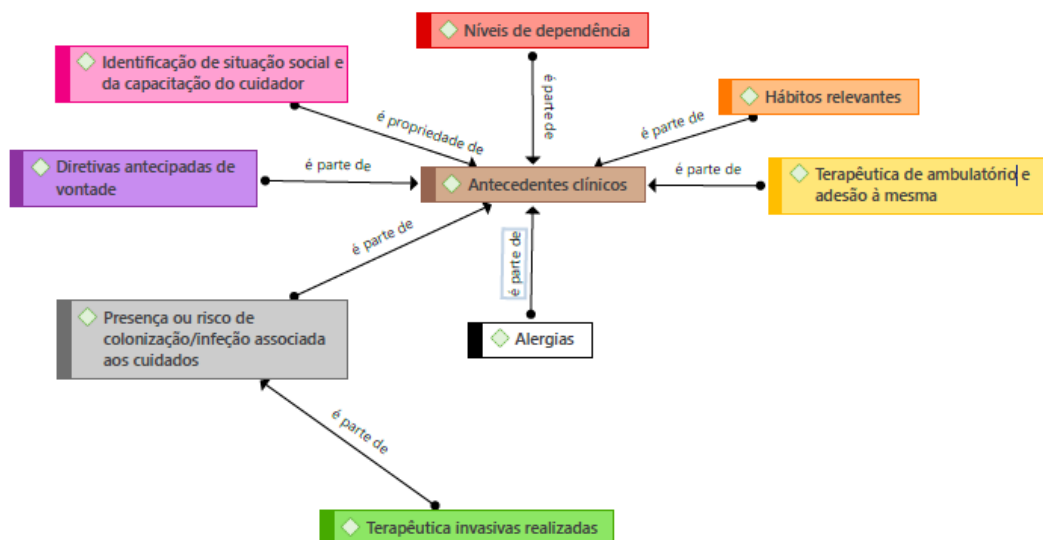
Assim, é possível inferir que tanto no estudo quantitativo, como no qualitativo todos os enfermeiros consideraram importante e mencionaram que a categoria descrição do motivo de internamento é essencial estar presente na passagem de turno. Em relação à hora e data de admissão, no que diz respeito às observações, nenhum enfermeiro mencionou esta categoria, ao contrário das entrevistas em que um enfermeiro referiu ser importante esta informação. Em relação aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou por realizar, existe consistência entre as observações e as entrevistas uma vez que nem todos os enfermeiros mencionaram esta categoria no momento da passagem de turno, bem como nas entrevistas.

4.3.3 Antecedentes/anamnese na passagem de turno

Na dimensão Antecedentes/anamnese, onde deverá existir a “*Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade*” (DGS, norma nº 001/2017, p.8), as categorias associadas são: Níveis de dependência, Hábitos relevantes, Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma, Alergias, Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados, Terapêuticas invasivas realizadas, Diretivas antecipadas de vontade e Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.

Figura 4: Rede Antecedentes/anamnese

Nesta sequência, dezanove dos enfermeiros entrevistados afirmaram que as categorias Antecedentes clínicos e Níveis de dependência deveriam estar contempladas na passagem de turno: “Antecedentes clínicos (...). Acho importante para personalizar os cuidados e ver o doente



como um todo.” (E1), “(...) antecedentes mais relevantes que sejam foco da intervenção de enfermagem.” (E2), “Antecedentes clínicos e nível de dependência, pois ajudam a preparar os cuidados.” (E8), “Antecedentes clínicos; Níveis de dependência (...). Para melhorar a continuidade de cuidados e situação clínica do doente.” (E9).

No que diz respeito à transmissão da informação sobre Alergias na passagem de turno, dezoito dos enfermeiros entrevistados consideraram pertinente a introdução desta informação: “alergias (...). para desta forma, conhecermos melhor o doente.” (E10), “(...), pois permitem a quem recebe o turno perceber o historial do doente, que obviamente condiciona o modo de ação.” (E11), “Alergias para a segurança do doente.” (E14), ao contrário das categorias Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma, Terapêuticas invasivas realizadas, Diretivas antecipadas da vontade e Hábitos relevantes em que apenas quatro, seis, cinco e oito enfermeiros respetivamente, referiram como importante: “(...) terapêutica de ambulatório e adesão à mesma (...), pois ajudam a preparar os cuidados e a alta.” (E18), “(...) Rotinas do doente que sejam relevantes para a prestação de cuidados de forma a adequarmos os mesmos, como por exemplo gostos alimentares, uso de VNI.” (E17), “Terapêuticas invasivas para vigiar reações

adversas; Adesão à medicação do domicílio para solicitar colaboração no apoio domiciliário se pertinente” (E16).

Doze dos entrevistados mencionaram que deveria ser incluída na transmissão dos cuidados informação sobre a Presença ou risco de colonização/infeção associados aos cuidados: *“(...) a presença de microrganismos que necessitem de isolamento, pois são informações que não podem ser dispersas, uma vez que estas vão direcionar o plano de ação para aquele doente” (E19), “(...) presença ou risco de colonização (...), de forma a conhecer melhor o doente.” (E12), “(...), agentes de isolamento (...). Estes itens permitem melhorar os cuidados ao doente, adaptação de vestuário e EPI’s adequados e gestão para a alta.” (E6), e nove referiram que na passagem de turno deveria estar a identificação da situação social e capacitação do cuidador: “(...) identificação social. (...) permitem melhorar os cuidados ao doente, (...) e gestão para a alta.” (E6), “(...) Identificação de situação social. Para melhorar a continuidade de cuidados e situação clínica do doente.” (E9), “(...) identificação da situação social e da capacitação do cuidador, pois permitem a quem recebe o turno perceber o historial do doente, que obviamente condiciona o modo de ação.” (E11).*

Assim, das categorias acima mencionadas, definiu-se a rede Antecedentes/anamnese, onde foi possível verificar que os Níveis de dependência, Alergias, Hábitos relevantes, Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma, Diretivas antecipadas da vontade, Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados e a Identificação da situação social e da capacitação do cuidador são parte da categoria Antecedentes clínicos, uma vez que todos estes itens fazem parte da história clínica do doente. A categoria Terapêuticas invasivas realizadas são parte da categoria Presença ou risco de colonização/infeção, pois são frequentemente associadas aos cuidados (figura 4).

Desta forma, concluímos que, enquanto nas observações, todos os enfermeiros referiram a categoria presença/ausência de Alergias, nas entrevistas apenas dezoito dos vinte enfermeiros mencionaram a sua importância. O mesmo acontece com a categoria Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados, em que quase todos os enfermeiros verbalizaram no momento da passagem de turno este facto, mas nas entrevistas apenas doze referiram ser importante. Em contrapartida, nas entrevistas com a exceção de um enfermeiro, todos revelaram ser essencial que as categorias Antecedentes pessoais e Níveis de dependência estivessem presentes no momento da transmissão de cuidados, verificando-se que o número de enfermeiros a, efetivamente, verbalizarem estas categorias era comparativamente menor.

No que se refere às categorias Diretivas antecipadas da vontade e Hábitos relevantes, as observações não se encontram coerentes com as entrevistas, dado que nenhum dos enfermeiros as mencionou no momento da observação da passagem de turno, contudo, nas entrevistas, alguns enfermeiros indicaram-nas como sendo importantes. Relativamente às categorias Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma, Terapêuticas invasivas realizadas e Identificação da situação social e da capacitação do cuidador, é possível perceber que tanto nas observações como nas entrevistas alguns enfermeiros mencionam-nas.

4.3.4 Processo de Avaliação

Referente à dimensão Avaliação, onde constam “*informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas*” (DGS, norma nº 001/2017, pág.8), e onde os Problemas ativos, Alterações do estado de saúde significativas, Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas e Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituídas devem ser descritos.

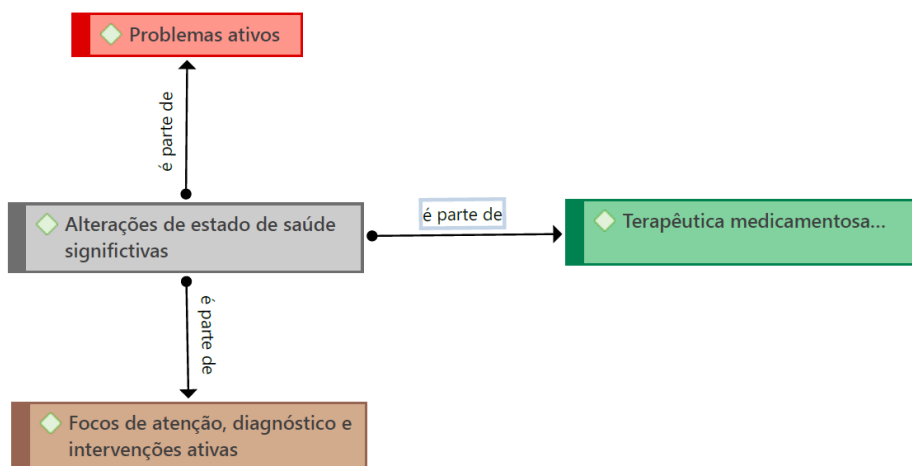


Figura 5: Rede Avaliação

Dezassete dos enfermeiros entrevistados consideraram que os Problemas ativos e as Alterações do estado de saúde significativas deviam ser temas abordados na passagem de turno: “*Problemas ativos, alterações significativas do estado de saúde (...), para melhorar a*

organização do plano de trabalho e gestão do tempo dos cuidados.” (E6), “Problemas ativos e alteração do Estado de saúde significativas, pois permite saber o estado atual do doente.” (E8), “Problemas ativos (...), alterações de estado de saúde significativas (...), de forma a ter conhecimento da situação clínica e estado atual do doente.” (E9), “Problemas ativos, pois permite quem recebe o tente perceber qual o modo de ação a ser priorizado; Alterações do estado de saúde para perceber a evolução positiva ou negativa da situação clínica.” (E11).

Doze enfermeiros referiram que a Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituídas também deveriam estar incluídas: *“(...) terapêutica ser realizada (...), por forma a prestar cuidados completos e de forma holística e para poder reformular os planos para adequar as intervenções.” (E15), “(...) terapias que estejam a ser implementados. (...). Isto sé importante no meu ponto de vista para percebermos o estado atual do doente e onde devemos focar os nossos cuidados.” (E17), “(...) alguma terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída (...). Permite-nos preparar e gerir o plano de cuidados.” (E18).*

Relativamente aos focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas, dez enfermeiros consideram que também deveriam constar da passagem de turno: *“(...) e focos/diagnósticos ativos para o doente, para melhorar a organização do plano de trabalho e gestão do tempo dos cuidados.” (E6), “Focos de atenção, diagnóstico e intervenções de forma a ter conhecimento da situação clínica e estado atual do doente.” (E9), “Focos de atenção, diagnóstico e intervenções. Pois a determinação de focos de enfermagem permite o planeamento dos cuidados e vigilância de sinais e sintomas.” (E14).*

Com base nestas categorias, formou-se a rede Avaliação, onde é possível verificar que a categoria Alterações de estado de saúde significativas são parte das categorias Problemas ativos, Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas e Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituídas, uma vez que todas estas categorias estão inerentes às alterações do estado de saúde que o doente pode ter (Figura 5).

Neste seguimento, é possível determinar que, enquanto nas observações, a totalidade dos enfermeiros mencionaram as categorias Problemas ativos, Alterações de estado de saúde significativas e Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas, nas entrevistas isso não se verificou, pois nem todos os enfermeiros consideraram que estas categorias fossem essenciais no momento da transição de cuidados. Relativamente à categoria Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituídas, tanto nas observações como nas entrevistas nem todos os enfermeiros relataram este facto.

4.3.5 Recomendações de melhoria

Na dimensão Recomendações, onde deve ser realizada a “*descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente*” (DGS, norma nº 001/2017, pág.8), deve ser descrita a Identificação das necessidades do cuidador informal, a Indicação do plano de continuidade de cuidados e a Informação sobre consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

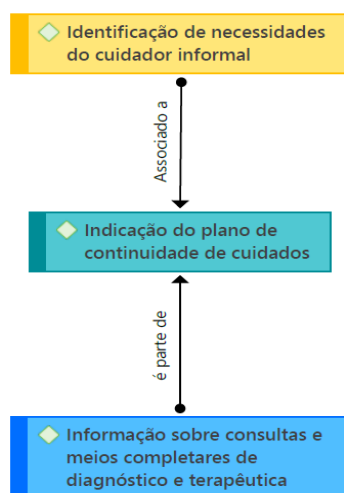


Figura 6: Rede Recomendações

Assim, oito dos enfermeiros entrevistados reconheceram que a categoria Plano de continuidade de cuidados deve estar presente na passagem de turno: “*Plano de continuidade de cuidados, pois permite a quem recebe o turno ter um guia dos cuidados a realizar ao utente.*” (E11); “*Identificação do plano de continuidade de cuidados (...), permite o planeamento do plano de cuidados (...).*” (E14); “*Plano de continuidade de cuidados, porque assim se clarifica/estabelece-*

se a meta a atingir para quele doente. Deste modo, fica claro para toda a equipa em que direção se está a trabalhar (...).” (E19).

Acerca da categoria Informação sobre consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, dez enfermeiros mencionaram ser importante constar no momento da passagem de turno: *“Informação sobre consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica para conhecer o plano de cuidados.” (E13); “(...) Informação sobre consultas e MCDTs (...).” (E14); “Informação de futuras consultas e MCDTs marcados para preparação do doente para os mesmos (...).” (E15).*

Relativamente à categoria Identificação das necessidades do cuidador informal, onze dos entrevistados referiram que deve estar presente na passagem de turno: *“Identificação das necessidades do cuidador informal, pois permite preparar a alta com antecedência.” (E12); “Identificação das necessidades do cuidador informal, pois e o agendamento e planeamento de ensinos, se detetada a necessidade no cuidador informal.” (E14); “(...) Identificar quais as necessidades do cuidador informal para agendamento de ensinos ao mesmo, capacitando para cuidar da pessoa quando esta tiver alta.” (E15).*

Deste modo e com base nas categorias: Plano de continuidade de cuidados, informação sobre consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica e Identificação das necessidades do cuidador informal, originou-se a rede Recomendações, em que a categoria Informação sobre consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica é parte da categoria Indicação do plano de continuidade de cuidados, dado que, os Meios complementares de diagnóstico e tratamento são inerentes ao plano de continuidade de cuidados e, este último, está associado à categoria Identificação das necessidades do cuidador informal, uma vez que um depende do outro.

Neste sentido, é possível concluir que, no que diz respeito à categoria Plano de continuidade de cuidados, nas observações mais de metade dos enfermeiros relataram esta informação na passagem de turno, contudo, nas entrevistas foram menos de metade os enfermeiros que consideraram que esta categoria deve ser mencionada na passagem de turno. Nas categorias Identificação das necessidades do cuidador informal e Informação sobre consulta e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, foi possível perceber-se que tanto nas observações como nas entrevistas se verificaram resultados idênticos.

4.4 Processo de comunicação

Emergiu dos discursos dos enfermeiros o tema Processo de comunicação com implicações na passagem de turno, recordemos que este se faz por meios verbais e não verbais. A comunicação verbal refere-se à linguagem e aos sons das palavras emitidas. Por outro lado, a comunicação não verbal refere-se aos gestos, expressões e posição perante o outro e ainda aos objetos que o rodeiam. É composto pela fonte /emissor, a mensagem, o canal, o descodificador e o recetor. Tanto o emissor como o recetor são influenciados quer positivamente quer negativamente pelos papéis que desempenham, pelo seu contexto cultural, crenças e valores (Broca & Ferreira, 2015).

Para que o processo de comunicação seja eficaz, é preciso estar alerta em relação ao comportamento humano, ter coerência entre a comunicação e o meio envolvente em que ela ocorre. A comunicação sendo eficiente e eficaz é um instrumento essencial, para a equipa de enfermagem prestar os cuidados aos clientes e para a segurança dos mesmos, especialmente quando a informação transmitida é realizada de forma completa, sem barreiras e ruídos entre os mesmos e entre o meio envolvente (Broca & Ferreira, 2015).

Das entrevistas aos enfermeiros, foi ainda possível extrair uma rede, denominada rede Processo de comunicação na passagem de turno (Figura 7), que contém o emissor da passagem de turno: *“Quem transmite a informação deve ser preciso e sucinto. (...)”* (E2); *“Quem comunica deve ser claro e conciso (...)”* (E4); o recetor da passagem de turno: *“O recetor deve ter uma escuta ativa sem intervenção. (...)”* (E6); *“(…) E a pessoa que recebe deve estar atenta, com escrita ativa e questionar o colega sempre que considerar pertinente.”* (E7); *“(…) E quem recebe o turno deve ter uma comunicação passiva e uma escuta ativa.”* (E10); Condições físicas: *“Ambiente calmo e sem ruído.”* (E12); *“Sala fechada e sem interrupções.”* (E13); *“Um local calmo e silencioso que permita que o enfermeiro que passe o turno não seja interrompido, quebrando o raciocínio lógico, e que o enfermeiro que recebe consiga ouvir claramente e, idealmente, num local onde seja possível escrever para fazer anotações.”* (E15); o enfermeiro responsável: *“Parece-me adequado na medida em que tornará a passagem de turno mais organizada.”* (E16); *“Acho que poderá ser benéfico, principalmente no início da implementação de uma nova metodologia, até que esta seja interiorizada e também como forma de impedir que dispersarmos da informação*

necessária.” (E17); “Penso que poderá ser uma mais-valia no sentido de se manter uma cadência de transmissão de informação de doente em doente de forma eficaz e equitativa.” (E19).

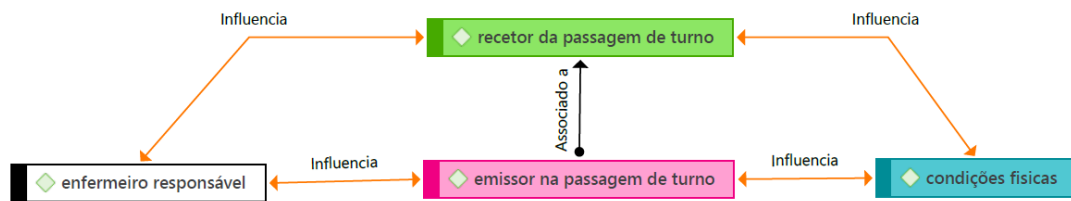
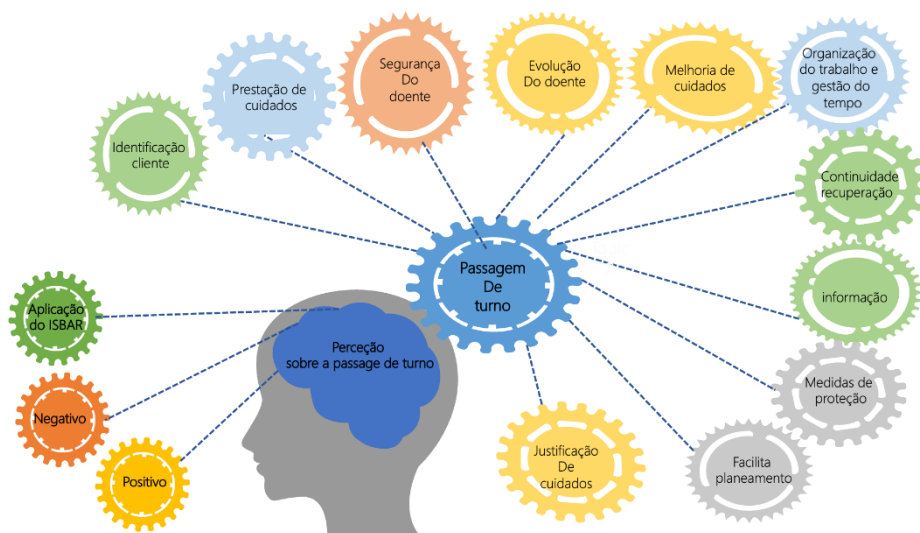


Figura 7: Rede Processo de comunicação na passagem de turno

Aqui, é possível perceber que efetivamente o recetor e o emissor da passagem de turno estão associados por pertencerem ao processo de comunicação, visto que um só existe pela presença do outro. Estes influenciam e são influenciados pelas condições físicas, dado que enquanto seres humanos e rodeados pelo meio envolvente, as condições físicas afetam o modo como comunicamos tanto na forma como na própria eficácia. O emissor e o recetor são ainda influenciados e influenciam o enfermeiro responsável, uma vez que é um agente mediador, que recebe e transmite igualmente informação e ajuda a organizar a mesma. O enfermeiro responsável, segundo Willing & Lenardt (2002), deve assumir a função de agente mediador do processo de trabalho em enfermagem, nomeadamente na comunicação, na participação e no planeamento. Segundo o International Mediation Campus (2002) o papel do mediador é da maior importância para a eficácia da comunicação, uma vez que este deve colocar em prática todas as técnicas que facilitam a comunicação entre a equipa (Willing & Lenardt, 2002).

4.5 Perceção dos enfermeiros sobre a passagem de turno

As categorias, que emergiram após a análise das entrevistas, agregaram-se de acordo com as correspondentes fundamentações dadas pelos enfermeiros sobre as questões que lhes foram sendo colocadas e também a expressão positiva e/ou negativa sobre o tema.



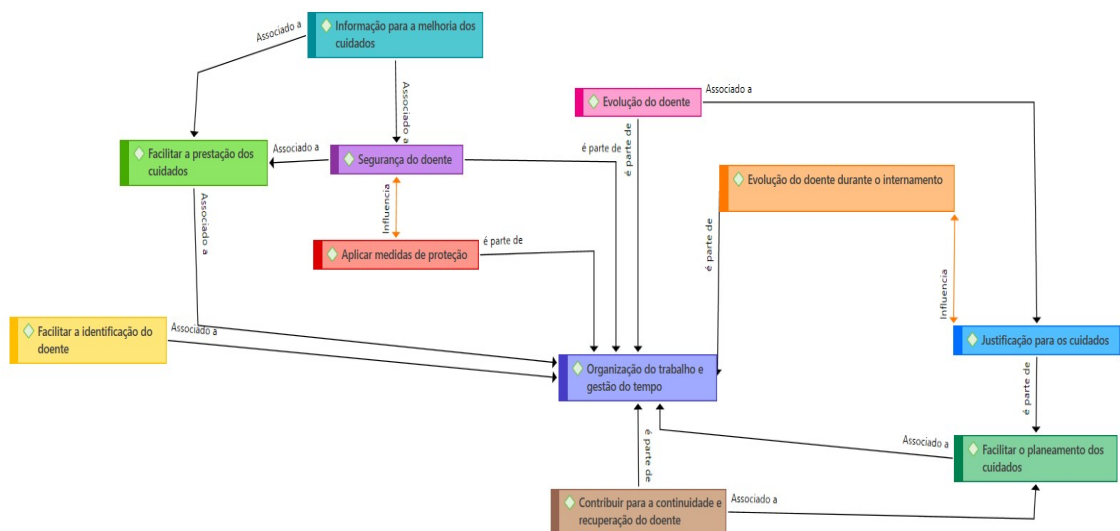
Text

Figura 8: Percepção do contexto da passagem de turno

Foram notórias as lacunas percecionadas pelos enfermeiros em relação à passagem de turno, uma vez que relataram: *“excesso de tempo na discussão de assuntos não relevantes para a prestação de cuidados”* (E1); *“Interrupção da passagem de turno por parte dos profissionais”* (E2); *“Ruido no local da passagem”* (E3); e *“Omite-se informação por vezes importante.”* (E16).

Como aspetos positivos mencionaram a *“Partilha de raciocínio, conhecimento, experiência profissional e juízo crítico.”* (E1), *“Divisão da passagem de turno por dois grupos, estando um responsável em cada grupo.”* (E3). *“São muitas vezes grandes momentos de aprendizagem, debate sobre os cuidados a prestar.”* (E14).

Em relação à opinião sobre a introdução da metodologia ISBAR, os enfermeiros, embora sem experiência com a ISBAR, consideraram que esta poderia ser *“uma ferramenta útil para colmatar as falhas.”* (E1); *“Uniformizar a passagem, sendo que todos teremos a mesma base que nos*



guiará o raciocínio e ajudará a selecionar a informação relevante.” (E3); “Importante para a standardização de todos os procedimentos.” (E4); “Positivo e enriquecedor (...)” (E5); “Simplificar a passagem de turno (...)” (E10); “Informação passada a rigor (...)” (E11); “Tornar homogénea a comunicação em equipa.” (E14).

A análise sobre a perceção da passagem do turno leva-nos à descrição de categorias que relatamos de seguida (Figura 9).

Figura 9: Rede Perceção dos enfermeiros sobre a passagem de turno

Se considerarmos a categoria que se encontra no centro da imagem, ou seja, a “Organização do trabalho e gestão do tempo”, os enfermeiros revelaram que, por exemplo, a informação sobre consultas/meios complementares de diagnóstico permite preparar o doente para os exames: “(...) Meios complementares e terapêutica, contudo só a que não foi realizada. Para saber se o doente precisa de jejum para exame por exemplo.” (E16), assim como os problemas ativos e as alterações significativas do estado de saúde que permitem preparar e gerir o plano de cuidados: “Problemas ativos (...); alterações significativas do estado de saúde; (...). Permite-nos preparar e gerir o plano de cuidados.” (E18).

A categoria “Contribuir para a continuidade e recuperação do doente”, em que os enfermeiros mencionaram a gestão da alta, a articulação dos cuidados com a equipa multidisciplinar e eventual papel da família na recuperação do doente: “(...) Por forma a articular com a equipa

multidisciplinar os cuidados e eventual papel familiar na recuperação do doente.” (E6); “(...) uma informação importante para a preparação da alta.” (E19).

Na categoria “Facilitar o planeamento dos cuidados”, os enfermeiros referiram o estabelecimento de prioridades, saber o nível de cuidados a prestar e o tipo de cuidados que o doente irá necessitar: “(...). *Com esta informação, já é possível inferir algumas coisas sobre o doente, nomeadamente sobre o tipo de cuidados necessários.*” (E7); “(...) *nível de cuidados a prestar de saúde significativas.*” (E9); “(...), *pois é na sua base que se encontra o estabelecimento de prioridades.*” (E19). ,.

A categoria “Justificação para os cuidados”, em que os enfermeiros referem a importância de perceber o porquê dos cuidados a prestar e dos que é necessário prestar: “(...). *Por forma a perceber o porquê dos cuidados prestados e que se devem prestar.*” (E4).

A “Evolução do doente” apresenta-se como uma categoria em que os entrevistados referem a importância de perceber como é que o doente se encontra no momento e que sintomatologia apresenta para adequar os cuidados: “(...), *de forma a ter conhecimento da situação clínica e estado atual do doente.*” (E9); “(...) *qual sintomatologia (...) para traçar e organizar seu plano de cuidados.*” (E14).

A categoria “Informação” para a melhoria dos cuidados em que os enfermeiros mencionaram a importância da prestação de cuidados mais diferenciados e melhores: “(...). *Esta informação poderá complementar a passagem, de modo a ajudar a colega a prestar melhores cuidados (Cuidados mais diferenciados).*” (E1)

Na categoria “Facilitar a prestação dos cuidados”, os entrevistados referem a necessidade dos itens para prestar melhores cuidados e preparar melhor os cuidados: “(...), *pois ajudam a preparar os cuidados.*” (E8); “*Permite-nos preparar e gerir o plano de cuidados.*” (E18).

A “Segurança do doente” é uma categoria em que os enfermeiros relataram a importância de direcionar o plano de cuidados: “(...) *estas vão direcionar o plano de ação para aquele doente.*” (E19).

A categoria “Aplicar medidas de proteção”, os enfermeiros referem a relevância de adaptação dos EPI’s tendo em conta a condição do doente: “(...). *Estes itens permitem melhorar os cuidados ao doente, adaptação de vestuário e EPI’s adequados (...).*” (E6).

Na categoria “Facilitar a identificação do doente”, os entrevistados revelam a pertinência de conhecer o doente: “(...), pois permitem conhecer e identificar o doente.” (E8).

No que diz respeito às ligações entre cada uma das categorias que formam a rede, se considerarmos a categoria que se encontra no centro da imagem, ou seja, a Organização do trabalho e gestão do tempo, percebemos que está interligada a todas as restantes categorias.

A categoria Contribuir para a continuidade e recuperação do doente, é parte da categoria Organização do trabalho e gestão do tempo, uma vez que uma se inclui na outra e está associada à categoria Facilitar o planeamento dos cuidados, já que o facto de facilitar o planeamento dos cuidados contribui para a continuidade e recuperação do doente. Por sua vez, a categoria Facilitar o planeamento dos cuidados está associada à Organização do trabalho e gestão do tempo, dado que esta última categoria contribui para facilitar o planeamento dos cuidados.

Por sua vez, a categoria Justificação para os cuidados influencia e é influenciada pela categoria Evolução do doente durante o internamento e é parte da categoria central, uma vez que a evolução do doente está inerente à organização do trabalho e gestão do tempo.

A categoria Evolução do doente é parte da categoria, que se encontra no centro, já que se inclui na organização do trabalho e gestão do tempo e está associada à categoria Justificação para os cuidados, dado que dependendo da evolução do doente, os cuidados prestados e os motivos pelos quais são prestados diferem.

A categoria Informação para a melhoria dos cuidados está associada à categoria Facilitar a prestação dos cuidados e à categoria Segurança do doente, uma vez que estando perante toda a informação essencial para a prestação de cuidados de excelência, facilitará a prestação desses mesmos cuidados e contribuirá para a segurança do doente. Neste sentido, a categoria Segurança do doente está também associada à categoria Facilitar a prestação dos cuidados pelo mesmo motivo sendo parte da categoria central, uma vez que a segurança do doente está intimamente incluída na organização do trabalho e gestão do tempo. Além disto, a categoria Segurança do doente influencia e é influenciada pela categoria Aplicar medidas de proteção, já que, para garantir a segurança do doente, temos de ter medidas de proteção e saber utilizá-las assim como a correta ou incorreta forma de utilizar as medidas de proteção influencia a segurança do doente.

A categoria Aplicar medidas de proteção é parte da categoria Organização do trabalho e gestão do tempo, pois ao percebermos que é necessário aplicar medidas de segurança, estamos a organizar o trabalho.

Ainda relativamente à categoria Facilitar a prestação dos cuidados, esta está associada à categoria central, visto que que uma boa organização do trabalho e gestão do tempo facilita a prestação dos cuidados. Nesta categoria, a identificação do doente está associada à categoria Organização do trabalho e gestão do tempo, pois conhecendo bem os nossos doentes, conseguimos organizar o trabalho de uma forma mais eficaz e eficiente.

5. DOS ACHADOS ÀS EVIDÊNCIAS

Concluída a fase da apresentação dos resultados obtidos nas observações e nas entrevistas, segue-se a discussão dos mesmos. Assim, neste capítulo, procede-se à comparação dos resultados obtidos com os de outros autores, respondendo, desta forma, às questões de investigação.

Deste modo, iniciando pelos resultados que caracterizam a população em estudo, verificou-se que as idades dos enfermeiros participantes se encontram entre os vinte e três anos e os quarenta anos. Sobre a categoria profissional dos participantes, apurou-se que dezassete dos entrevistados eram enfermeiros licenciados e três especialistas. Dois enfermeiros tinham pós-graduação como formação complementar. Salienta-se, ainda, que o tempo de experiência profissional, variou entre três meses e vinte e dois anos, no que diz respeito ao tempo de experiência no serviço, a experiência profissional dos entrevistados variou entre um mês e cinco anos.

Foram observadas 82 passagens de turno, nos diversos turnos, destas, 87,8% eram realizadas por enfermeiras e 12,2% por enfermeiros. Foi possível concluir que a Identificação do doente, Descrição do motivo de internamento, Alergias, Problemas ativos, Alterações de estado de saúde significativas, Focos de atenção, Diagnósticos e Intervenções ativas foram mencionados sempre nas passagens de turno observadas, indo ao encontro do preconizado na metodologia ISBAR. Observamos, ainda, que todos os enfermeiros registam a informação veiculada nas passagens de turno. Em contrapartida, identificamos como fragilidades, com base no proposto pela metodologia ISBAR, com 0% de referências observadas: Nome e função do emissor e recetor, Data e hora de admissão, Diretivas antecipadas de vontade e Hábitos relevantes, importa referir que algumas destas variáveis podem não se justificar nos casos que foram sujeitos a passagem de turno. De facto, se olharmos para as orientações da norma nº 001/2017, verifica-se que a técnica ISBAR pode ser adaptada e personalizada de acordo com as necessidades e práticas de cada área de saúde específica, tendo os profissionais o dever de seguir as diretrizes e protocolos institucionais e garantir que a documentação seja precisa, relevante e atualizada. Para Tranquada (2013) a metodologia ISBAR é uma ferramenta flexível, que se adapta à realidade de cada serviço.

Os restantes itens foram mencionados em algumas ocasiões por alguns dos enfermeiros participantes. Contudo, ao comparar as características dos participantes com os diferentes domínios da metodologia ISBAR, verificou-se que não existe nenhuma relação.

No sentido de responder à questão de investigação: Que diferença há entre as orientações da aplicação do ISBAR e o que se observa na passagem de Turno?, e já que se torna perceptível que embora existam situações em que um ou outro item possam não ter aplicabilidade no contexto onde foi efetuado o estudo, os resultados do estudo, no que se refere às observações da passagem de turno, indicam que existem itens que de acordo com a metodologia se considera que devem estar presentes no momento da transmissão de cuidados e que os enfermeiros não mencionaram existindo, assim, lacunas na passagem de turno.

Se olharmos para a questão de investigação: Que congruência há entre o que referem os enfermeiros e o que se observa?, ao interpretarmos as entrevistas realizadas, conseguimos perceber que na dimensão Identificação do cliente, todos os enfermeiros consideram que a categoria Referência ao nome do doente deve constar no momento da passagem de turno, contudo, no que diz respeito à categoria Nome e função do emissor e recetor, nenhum dos entrevistados mencionou a sua pertinência, o que pudemos, também, verificar nas observações da passagem de turno. Apenas 42,7% mencionaram na passagem de turno o Serviço de origem/destinatário, de igual forma, apenas sete dos vinte enfermeiros entrevistados considerou que esta categoria deve constar no momento da transição de cuidados. Segundo Settani e colaboradores (2019 cit in Souza, 2020) uma das eventuais justificações para este resultado é a permanência prolongada do doente nos diversos serviços, o que efetivamente poderá induzir a equipa a relativizar a importância desta informação, deixando de a transmitir. Contudo, a identificação correta e precoce do doente pode prevenir eventos adversos e a identificação prévia de eventuais fatores que poderiam culminar num evento adverso (Tase et al., 2013, cit in Souza, 2020).

No que diz respeito à dimensão Situação atual/causa, apenas um dos enfermeiros entrevistados refere que a passagem de turno deve conter a Hora e a data de admissão ao contrário do observado em que nenhum enfermeiro o referiu. Também pudemos constatar que uma parte significativa de enfermeiros (76,8%) mencionou durante a passagem de turno os Meios complementares de diagnóstico e as Terapêuticas realizadas ou por realizar (47,6%), enquanto, nas entrevistas, menos de metade dos enfermeiros consideraram estas categorias relevantes. No inverso, encontra-se a categoria Descrição do motivo de internamento o qual reuniu

consenso tanto nas observações como nas entrevistas dado que todos os enfermeiros a consideraram essencial. Tal como Silva e col. (2016, cit in Souza, 2020) referem, os profissionais de saúde têm o dever de oferecer condições seguras para a continuidade dos cuidados e transmitir informação que esclareça a condição e situação atual do doente, pois esta potencia a prestação de cuidados seguros e de qualidade aos doentes, sendo este um dos objetivos da comunicação no momento da passagem de turno.

Na dimensão Antecedentes/anamnese, apenas dezoito dos vinte enfermeiros mencionaram a categoria Presença/ausência de alergias como sendo importante estar presente na transição dos cuidados, enquanto na observação da passagem de turno, todos os enfermeiros a referiram. O mesmo acontece com a categoria Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados, em que quase todos os enfermeiros (96,3%) verbalizaram no momento da passagem de turno este facto, mas nas entrevistas apenas doze referiram ser importante.

Relativamente à categoria Antecedentes pessoais e Níveis de dependências foi, em entrevista, quase consensual (exceção de um enfermeiro) que era essencial a sua menção no momento da transmissão de cuidados, em contrapartida, o número de enfermeiros observados a efetivamente verbalizarem estes factos foi comparativamente menor (76,8% e 89,0% respetivamente). No que se refere às categorias Diretivas antecipadas da vontade e Hábitos relevantes, as observações não se encontram coerentes com as entrevistas, dado que nenhum dos enfermeiros os mencionou no momento da observação da passagem de turno, contudo, nas entrevistas alguns enfermeiros (cinco e oito, respetivamente) indicaram-nas como sendo importantes. Relativamente às categorias Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma, Terapêuticas invasivas realizadas e identificação da situação social e da capacitação do cuidador, é possível perceber que tanto nas observações (12,2%, 72%, 69,5%, respetivamente) como nas entrevistas alguns enfermeiros mencionaram (quatro, seis, nove, respetivamente).

No que respeita às categorias Diretivas antecipadas da vontade e Hábitos relevantes, estas foram pouco mencionados nas entrevistas e nunca observadas, o que nos leva a refletir que estas informações são consideradas menos /nada relevantes para a transmissão de informação do doente nas passagens de turno, provavelmente pela falta de conhecimento e sensibilização por parte dos profissionais de enfermagem para perceber que estas informação são relevantes para o bem estar biopsicossocial, espiritual e mental dos doentes (Tavares et al, 2018 cit in Souza, 2020).

Relativamente à dimensão Avaliação, todos os enfermeiros relataram durante a passagem de turno os Problemas ativos, as Alterações de estado de saúde significativas e os Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas, o que não se verificou nas entrevistas já que apenas dezassete enfermeiros consideraram importante falar na passagem de turno das categorias Problemas ativos e Alterações de estado de saúde significativas e dez sobre os Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas. Em relação à categoria Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, apenas doze enfermeiros revelaram nas entrevistas ser importante constar na passagem de turno, mas nas observações 84,1% transmitiram esta informação na passagem de turno. Num estudo realizado por Spooner e col., em 2016, que tem como tema, as transferências de informação realizadas pela equipa de enfermagem de um serviço de internamento de pediatria, verificou-se que a informação crítica do doente, ou seja, as informações correspondentes aos problemas ativos e alterações do estado de saúde, não foram transmitidas de forma eficaz, o que pode efetivamente pôr em causa a segurança do doente (Figueiredo, Potra, & Lucas, 2020).

Na dimensão Recomendações, no que diz respeito ao Plano de continuidade de cuidados, observou-se que mais de metade dos enfermeiros relataram esta informação na passagem de turno, contudo, nas entrevistas menos de metade (oito) dos enfermeiros consideram que deve integrar a passagem de turno. Nas categorias informação sobre necessidade do cuidador informal e Informação sobre consulta e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, foi possível perceber-se que tanto nas observações como nas entrevistas se verificaram resultados idênticos, visto que nas observações se obteve um valor de 56,1% e 73,2% respetivamente e nas entrevistas dez e onze enfermeiros, respetivamente, mencionaram a importância desta informação ser transmitida. Tal como no estudo de Spooner e col. (2016), que tem como tema, as transferências de informação realizadas pela equipa de enfermagem de um serviço de internamento de pediatria, as recomendações foram a dimensão com as categorias menos transmitidas, o que nos coloca a pensar, por exemplo, na questão do plano de continuidade de cuidados, visto a população com maior frequência nos serviços ser idosa e que cada internamento poderá pôr em causa a sua autonomia (Figueiredo, Potra & Lucas, 2020).

Considerando a questão de investigação: «Que valorização dão os enfermeiros à comunicação nas passagens de turno?», constatou-se dos discursos dos enfermeiros, ter emergido uma rede denominada Processo de comunicação que influencia a passagem de turno e transferência de informação importante. No que diz respeito aos elementos essenciais na comunicação, ou seja, o emissor, a mensagem, o canal, o decodificador e o recetor, estes são influenciados e

influenciam, quer positivamente, quer negativamente, o contexto e o ambiente em que estão envolvidos, tal como referem Broca & Ferreira (2015). Nas entrevistas, os enfermeiros relataram que o emissor deve ser preciso, claro e sucinto na transmissão de informação. Já o recetor deve ter uma escuta ativa, estar atento e questionar no final se ficar com dúvidas. De facto, segundo os mesmos autores, para que a comunicação seja eficaz é necessário ter em conta o comportamento humano, ter coerência entre a comunicação e o meio envolvente em que esta ocorre. Neste sentido, os enfermeiros relataram que a passagem de turno deveria ser realizada num ambiente calmo, sem interrupções de forma a não quebrar o raciocínio e de forma que o enfermeiro que esteja a receber o turno, consiga ouvir claramente o que é transmitido. A comunicação, sendo eficiente e eficaz, é um instrumento essencial para a equipa de enfermagem prestar os cuidados aos clientes e para a segurança dos mesmos, especialmente quando a informação transmitida é realizada de forma completa, sem barreiras e ruídos, entre os mesmos, e entre o meio envolvente, contudo, também necessita de ser eficiente e eficaz entre a equipa (Broca & Ferreira, 2015). Os enfermeiros mencionaram também os benefícios da existência de um enfermeiro responsável no momento da passagem de turno. Este enfermeiro não estaria com doentes atribuídos, ficando com o papel de mediador, contribuindo para impedir a dispersão de informação, de permitir manter uma cadência de transmissão da informação de forma eficaz e equitativa.

Por último, emergiu a rede Percepção dos enfermeiros sobre a passagem de turno relativa às fundamentações dadas pelos enfermeiros sobre as questões que lhes foram sendo colocadas e também a expressão positiva e negativa sobre o tema. Iniciando pelas falhas existentes na passagem de turno, os enfermeiros relataram o excesso de tempo na discussão de assuntos que não são relevantes para a prestação de cuidados, bem como as constantes interrupções e ruídos no local da passagem de turno e a própria omissão de informação por vezes importante. Segundo a DGS (2017), 70% dos eventos adversos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante a passagem de turno, sendo as mais comuns a omissão de informação, o erro nas informações transmitidas entre profissionais de saúde, a falta de precisão e a falta de priorização das atividades. Como aspetos positivos da passagem de turno mencionaram a partilha de raciocínio, conhecimento, experiências, sendo muitas vezes momentos de aprendizagem.

No que diz respeito à forma como os enfermeiros veem a introdução da metodologia ISBAR no serviço, consideraram que seria uma ferramenta útil para uniformizar a passagem de turno de forma a seleccionar a informação relevante e esta ser transmitida com rigor. A metodologia ISBAR

é um auxiliar de memória, e uma forma flexível, concisa e clara de comunicar as informações dos cuidados. Permite que exista um raciocínio coerente e lógico, contribuindo para a rápida tomada de decisões, promovendo o pensamento crítico, diminuindo o tempo na passagem de informação e contribuindo para rápida integração dos novos profissionais (DGS, 2017). A metodologia ISBAR permite, como referiram os entrevistados, a uniformização da comunicação na transferência dos cuidados e permite ser adaptada a diferentes contextos da prestação de cuidados.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo, constituiu-se num desenvolvimento quer pessoal quer profissional, tendo grande impacto na continuação de uma prática baseada na evidência, com vista à melhoria da comunicação entre equipa, nomeadamente na transição dos cuidados, na qualidade dos cuidados prestados e na segurança do cliente.

Neste estudo, foi possível perceber a importância da comunicação em saúde e mais concretamente no momento da passagem de turno. Na realidade, a comunicação é influenciada pelo emissor, recetor, com todas as suas crenças e valores, mas também pelo meio envolvente. A comunicação eficaz e eficiente é algo que todos os serviços e, em particular, os enfermeiros gestores gostariam de alcançar, pois é sinónimo de melhoria da qualidade dos cuidados prestados e da segurança dos doentes. Contudo, verificou-se que a comunicação no momento da passagem de turno apresenta lacunas, quer pelo tempo despendido, quer pela informação essencial que não é transmitida, quer por aquela que se transmite sem que influencie a prestação dos cuidados, quer pelas interrupções constantes, que poderão provocar dano ao cliente.

Constatamos que os enfermeiros expressam opiniões positivas e negativas sobre a passagem de turno, valorizando a importância desta atividade no contexto de trabalho num serviço de uma unidade local de saúde do norte do país, mesmo sem a implementação do método ISBAR.

Analisamos, a partir da observação, o comportamento dos enfermeiros na passagem de turno, com recurso aos domínios e itens indicados na metodologia ISBAR. Concluímos que existem itens: Identificação do doente, Descrição do motivo de internamento, Alergias, Problemas ativos e Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas que todos consideram importante referir. Entre o observado e o expresso, confirmamos existir diferença, no que respeita: à Hora e data de admissão, Presença/ausência de alergias, Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados, Problemas ativos, Alterações de estado de saúde significativas, Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas e Plano de continuidade de cuidados, tendo maior valorização ao nível do observado.

Em contrapartida, entre o expresso e o observado, as diferenças verificaram-se nos Antecedentes pessoais, Níveis de dependências, Diretivas antecipadas da vontade e Hábitos relevantes, que foram mais valorizadas nas entrevistas do que no momento da observação.

De facto, os itens/categorias que reuniram maior consenso, tendo em conta as observações e as entrevistas, como sendo mais importante para os participantes constarem na passagem de turno foram: Identificação do doente, Identificação do cuidador informal, Descrição do motivo de internamento, Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, Antecedentes clínicos, Níveis de dependência, Alergias, Terapêuticas invasivas realizadas, Presença/risco de colonização, Identificação da situação social, Problemas ativos, Alterações do estado de saúde significativas, Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas, Identificação das necessidades do cuidador informal e Informação sobre consultas e MCD e terapêutica.

Com a realização deste estudo, percebemos a percepção que os enfermeiros têm acerca da passagem de turno, dos vários itens que a metodologia ISBAR apresenta e da forma como podem fomentar a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e promover a segurança do doente.

A metodologia ISBAR é uma estratégia de normalização e padronização da comunicação, precisamente com o objetivo de colmatar as lacunas que a comunicação durante a passagem de turno apresenta, bem como a incidência de erros, potenciando a segurança do doente.

Sabemos que a introdução de uma metodologia nova num serviço nem sempre é algo fácil, contudo, foi notório através das entrevistas realizadas a necessidade da equipa, onde o estudo foi realizado, da introdução de uma metodologia que tornasse a comunicação entre os membros eficaz e eficiente, já que foi unânime a existência de falhas durante a passagem de turno.

Ao enfermeiro gestor cabe a função de minimizar os riscos associados à prestação dos cuidados, através da utilização de métodos e identificação de objetivos e metas, tendo em conta a segurança dos doentes, indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Sendo o enfermeiro gestor o responsável pela garantia da segurança e qualidade, este é responsável pela forma como a comunicação na passagem de turno ocorre, devendo implementar estratégias para a tornar mais eficiente. Sendo a metodologia ISBAR indicada pela DGS como uma

metodologia a implementar na passagem de turno, é importante que forme a sua equipa e a ajude a implementar esta mudança.

Como limitação do estudo evidenciamos que o instrumento de colheita de dados, nomeadamente o guia de observação, foi concebido para a situação dicotómica e poderíamos construir em função do que se passa com cada doente internado.

Fica a certeza, da implementação da metodologia ISBAR no serviço e quiçá expandir para todos os serviços do hospital, uma vez que foi notória a perceção de todos os enfermeiros das falhas existentes na passagem de turno e da necessidade de uma metodologia que colmate estas falhas.

Acreditamos que este estudo, apesar das suas limitações, pode ser replicado noutros serviços e contribuir para a consciencialização de que é necessário otimizar as passagens de turno.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, V., Lopes, M. & Damasceno, M. (2006). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Rev. esc. enferm. USP*, 39 (2), 202-2010. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011>
- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo*. Edições 70
- Barros, A. & Bispo, G. (2017). *Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem*. [Comunicação]. I Encontro Internacional do Processo de Enfermagem: raciocínio clínico e a era digital. DOI: 10.17648/enipe-2017-85605
- Brás, C. & Ferreira, M. (2016). A comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão da literatura. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 572-577. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796/782>
- Broca, P. & Ferreira, M. (2015). Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. *Esc Anna Nery*, 19 (3), 467-474. <https://www.scielo.br/j/ean/a/B3NXBF8p4pZ4fdjRhKHM6zk/?lang=pt&format=pdf>
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C. & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Med Educ*, 20 (2), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Campos, C. (2004). Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, 57 (5), 611-614. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>
- Carlos, M. (2019). *Handover e Segurança do Doente: Um Estudo em Enfermeiros*. (Tese de mestrado, Universidade de Coimbra).
- Caselhas, S. (2020). *ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande*. (Tese de mestrado,

Escola Superior de Saúde de Portalegre). Repositório Científico de Acesso Aberto.
<http://hdl.handle.net/10400.26/33567>

Direção Geral da Saúde [DGS] (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Lisboa.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/?sequence=4>

Direção Geral da Saúde [DGS] (2017). *Norma n.º 001/2017 da DGS. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Dixie, M., Soares, E., Martinho, R., Rijo, R., Carço, J., Gomes, N. & Querido, A. (2020). *Modelo de capacitação do cuidador informal para cuidar da pessoa com dependência*. Editora Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare).
<http://hdl.handle.net/10400.8/4657>

Despacho normativo n.º 101/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: 2ª Serie, nº 48. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>

Despacho normativo n.º 76/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Diário da República: 2ª Serie, nº21.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>

Despacho normativo n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2021). Diário da República: 2ª Serie, nº 187.
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Dingley, C., Daugherty, K., Derieg, M. K. & Persing, R. (2008). Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements. In: Henriksen, K., Battles, J.B., Keyes, M.A., et al., editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/>

- Driessnack, M.; Mendes, I. & Sousa, V. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 15 (3), 1-6. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>
- Driessnack, M.; Mendes, I. & Sousa, V. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 2: desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 15 (4), 684-688. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000400025>
- Echer, I. C., Boni, F. G., Juchem, B. C., Mantovani, V. M., Pasin, S. S., Caballero, L. G., & Lucena, A. D. F. (2021). Passagem de plantão da enfermagem: desenvolvimento e validação de instrumentos para qualificar a continuidade do cuidado. *Cogitare Enfermagem*, 26, 1-12. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.74062>
- Figueiredo, A., Potra, T. & Lucas, P. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. *Revista Internacional de Comunicación* 49, 32-48. Doi: 10.12795/Ambitos.2020.i49.03
- Figueiredo, A. (2018). *Comunicação eficaz em enfermagem: Implementação da técnica ISBAR num serviço de pediatria*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/29486>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta
- Gonçalves, J. (2018). *ISBAR: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados durante a passagem de turno*. (Relatório de estágio para tese de mestrado, Universidade de Évora). Repositório Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/23325>
- Herawati, V., Nurmalia, D., Hartiti, T. & Dwiantoro, L. (2018). The effectiveness off coaching using sbar (situation, background, assessment, recommendation) communication tool on nursing shift handovers. *Belitung Nursing Journal*, 4 (2), 177-185. <https://doi.org/10.33546/bnj.464>
- Hou, Y.-H., Lu, L.-J., Lee, P.-H. & Chang, I.-C. (2019). Positive impacts of electronic hand-off systems designs on Nurses communication effectiveness. *Journal of Nursing Management*, 27 (5), 1055–1063. <https://doi.org/10.1111/jonm.12774>

- Lameira, A. (2013). *O doente oncológico em fim de vida e sua família ações paliativas de enfermagem num serviço de medicina interna*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/16223>
- Mendes, F. R. P., Gemito, M. L. G. P., Caldeira, E. D. C., Serra, I. D. C., & Casas-Novas, M. V. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), 841-853. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>
- Ordem dos enfermeiros*. (2016). *Classificação internacional para a prática de Enfermagem - CIPE versão 2015*. Editora Lusodidacta. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- 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. <https://doi.org/10.5902/2179769225432>
- Pimenta, L. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa/Instituto Politécnico de Lisboa). Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/2929>
- Parecer CJ/20-2001 do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros*. (2001). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Ramos, S. & Cunha, M. (2022). Comunicação segura na implementação de cuidados em enfermagem: Nível de conhecimento dos enfermeiros sobre a metodologia ISBAR. *Servir*, 2 (03), 1-17. <https://doi.org/10.48492/servir0203.27163~>
- Richardson, A. & Storr, J. (2010). Patient safety: a literative review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. *International Nursing Review*, 1 (57), 12–21. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00757.x>
- Santos, M., Bitencourt, J., Silva, T., Frizon, G. & Quinto, A. (2017). Etapas do processo em enfermagem: uma revisão narrativa. *Enferm. Foco*, 8 (4), 49-53. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1032/416>

- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Rev Port Saúde Pública*, 28 (10), 47-57. <http://hdl.handle.net/10400.21/3120>
- Silva, E., Pedrosa, D., Leça, A. & Silva, D. (2016). Perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (9), 87-95. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16007>
- Silva, J., Oliveira, D., Oliveira, E., Paula, L. & Farias, H. (2014). Teoria: o modelo conceitual do homem de martha e. Rogers [Abstract]. *Cad. Unisuam Pesqui. Ext*, 4 (2), 1-2. <https://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/cadernosunuam/article/view/938/593>
- Silva, E. & Rodrigues, F. (2016). Segurança do doente e os processos sociais na relação com enfermeiros em contexto de bloco operatório. *Revista de Enfermería y Humanidades: Cultura de los Cuidados*, 20 (46), 134–135. <https://doi.org/10.14198/cuid.2016.46.13>
- Sousa, A. (2013). *A Segurança do Paciente: contributo da comunicação na passagem de turno para a qualidade dos cuidados*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/15757>.
- Sousa, P. & Mendes, W. (2019). Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575416426>
- Souza, M. (2020). *Comunicação da Equipe de Enfermagem na troca de turnos: Observação das práticas segundo o método ISBAR e as implicações para a Segurança do Paciente*. (Tese de bacharel em Enfermagem, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia). [https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/30469/4/Comunica%
c3%a7%c3%a3oDaEquipe.pdf](https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/30469/4/Comunica%c3%a7%c3%a3oDaEquipe.pdf)
- The Joint Commition. (2017). Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Alert*, 58, 1-6. <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel->

event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_(1).pdf?db=web&hash=5642D63C1A5017BD214701514DA00139

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*. (Tese de Mestrado, ISCTE Business School - Instituto Universitário de Lisboa). Repositório do ISCTE. <http://hdl.handle.net/10071/6985>

Waidman, M., Elsen, I. & Marcon, S. (2006). Possibilidades e Limites Da Teoria de Joyce Travelbee Para A Construção De Uma Metodologia De Cuidado À Família. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 8 (2), 282 – 291.
http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a13.htm

Willig, M. & Lenardt, M. (2002). A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. *Cogitare Enferm*, 7 (1), 23-29.
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32552/20657>

ANEXOS

ANEXO I: Guião de entrevista semiestruturada

Gestão operacional da passagem de turno para a garantia da qualidade e segurança dos doentes

Senhor(a) Enfermeiro(a), estamos a conduzir um estudo qualitativo e quantitativo com os objetivos de identificar as áreas relevantes a abordar na passagem de turno num serviço de uma unidade local de saúde do norte do país; analisar a perceção dos enfermeiros sobre a metodologia desenvolvida na passagem de turno; compreender a diferença entre o que se observa e o que os enfermeiros expressam.

DGS, em 2017, refere que 70% dos eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de passagem de turno. As falhas mais comuns de comunicação são a omissão de informação, erro nas informações transmitidas entre profissionais de saúde, falta de precisão e a falta de priorização das atividades. Assim, em 2017 a DGS, emitiu uma norma sobre comunicação eficaz na transição de cuidados para a segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR. Em que I-Identificação, S-situação atual/causa, B- antecedente anamnese, A- avaliação, R- recomendações. A metodologia do ISBAR é uma ferramenta que permite uma padronização da informação, sendo flexível, de modo a se adaptar à realidade de cada serviço (Tranquada, 2013).

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

As respostas são confidenciais e não se pretende qualquer avaliação individual, em cada serviço as respostas serão tratadas globalmente.

1. Dados sociodemográficos e profissionais

- a. Sexo: Feminino Masculino
- b. Idade_____
- c. Formação académica:
Licenciatura Mestrado Doutoramento
- d. Formação Profissional:
Especialidade Pós-graduações
- e. Tempo de exercício profissional_____
- f. Tempo de exercício profissional no atual serviço_____
- g. Categoria profissional_____

1. Qual a sua opinião sobre a forma como é realizada atualmente a passagem de turno?
2. Considera haver existência de falhas na passagem de turno? Se sim, quais?
3. Como vê a introdução de uma metodologia padronizada para a passagem de turno?
4. O que é na sua opinião a metodologia ISBAR?
5. Que itens sobre Identificação da situação deve considerar quando faz a passagem de turno e porquê?
6. Que itens dentro da situação atual/causa considera que devem fazer da parte da passagem de turno e porquê?
7. Que itens dentro dos antecedentes/anamnese, considera que devem fazer da parte da passagem de turno e porquê?
8. Que itens referentes à avaliação, considera que devem fazer da parte da passagem de turno e porquê?
9. Que itens sobre recomendações considera que devem fazer da parte da passagem de turno e porquê?
10. Na sua opinião que tempo deve ter a passagem de turno?
11. Que condições físicas considera que são necessárias para que a passagem de turno seja um bom instrumento de trabalho
12. Que opinião tem sobre a possibilidade de na passagem de turno um dos enfermeiros presentes ser mediador/ organizador?
13. O que considera mais positivo nas passagens de turno?
14. O que considera mais negativo na passagem de turno?
15. Deixe sugestões para melhorar a passagem de turno que ainda não tenham sido referidas.
16. Que diferença há entre a comunicação de quem passa o turno e quem o recebe? Como acha que cada um dos dois deve fazer?

Obrigada pela sua participação.

É garantida a confidencialidade dos dados, sendo que será feito pedido de validação da entrevista e partilha dos resultados do estudo no final.

ANEXO II: Grelha de observação

Gestão operacional da passagem de turno para a garantia da qualidade e seguranças dos doentes

Orientações para o preenchimento – A observação deve ser feita por um enfermeiro que não esteja implicado na passagem de turno.

O observador deve reservar a sua opinião ou intuição e assinalar apenas o que é observado pela comunicação oral.

Será desejável que faça o registo das observações durante a passagem de turno e um registo para cada enfermeiro, mas nunca identifique o enfermeiro.

Cada Passagem de turno tem um documento

Grelha de observação

Data											
Turno da observação: Manhã (M) Tarde (T) Noite (N)											
		Enf 1		Enf 2		Enf 3		Enf 4		Enf 5	
		SIM (S)	NÃO (N)	SIM (S)	NÃO (N)	SIM (S)	NÃO (N)	SIM (S)	NÃO (N)	SIM (S)	NÃO (N)
Identificação	Identificação do doente										
	Nome e função do emissor e recetor										
	Serviço de origem/destinatário										
	Identificação do cuidador informal										
Situação atual/causa	Data e hora de admissão										
	Descrição do motivo de internamento										
	Meios completos de diagnóstico e terapêutica realizados por realizar										
Antecedentes/anamnese	Antecedentes clínicos										
	Níveis de dependência										
	Diretivas antecipadas de vontade										
	Alergias										
	Hábitos relevantes										
	Terapêutica invasivas realizadas										
	Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma										
	Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados										
Identificação de situação social e da capacitação do cuidador											
	Problemas ativos										

	Avaliação	Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituídas										
		Alterações de estado de saúde significativas										
		Focos de atenção, diagnóstico e intervenções ativas										
	Recomendações	Indicação do plano de continuidade de cuidados										
		Informação sobre consultas e meios completos de diagnóstico e terapêutica										
		Identificação de necessidades do cuidador informal										
Registo	Quem recebe o turno faz notas											

ANEXO III: Parecer do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Exmos (as). Senhores (as),

Em referência ao assunto em epígrafe, damos conhecimento a V. Exas. do teor do despacho exarado sobre o mesmo, em reunião do Conselho Técnico-Científico narrada na ata n.º 42/2022, de 25 de outubro:

«Documento ADTE_14/2022, relativo ao pedido de admissão à dissertação - Artigo 16.º do Regulamento do Segundo Ciclo de Estudos, efetuado por Sandrina Isabel Pimenta Carvalho, aluna n.º 3916, do Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, tendo como tema: «Gestão operacional da passagem de turno para a garantia da qualidade e segurança dos doentes», propondo como orientadora a Professora Doutora Ana Paula Prata Amaro de Sousa (Professora coordenadora da ESEP), e como coorientadora a Professora Doutora Maria Manuela Martins (Professora Coordenadora, aposentada, da ESEP). Decisão do CTC: Apreciada a proposta de tema e o teor do plano de trabalho, tendo em conta a observação dos requisitos regulamentares e o parecer da Coordenadora do respetivo Curso de Mestrado, o CTC decidiu aceitar o pedido da admissão à dissertação. Fica registado o tema.»

Com os melhores cumprimentos,

Assistente técnica

SIGA – Secretariado CTC

E-mail: secretariado.ctc@esenf.pt

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 830, 844, 856

4200-072 Porto

Email esep@esenf.pt

Telef +351 22 507 35 00

Fax +351 22 509 63 37

ANEXO IV: Parecer nº05/CES/JAS Comissão de ética da Unidade local de Saúde do Norte do País

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo intitulado *"Projeto de investigação no Âmbito do Mestrado em direção e chefias dos serviços de enfermagem"*

INFORMAÇÃO

Exmos(as) Srs(as),

A Comissão de Ética para a Saúde analisou o pedido de realização de estudo, intitulado *"Projeto de investigação no Âmbito do Mestrado em direção e chefias dos serviços de enfermagem"*, cuja investigadora é Sandrina Isabel Pimenta Carvalho, enfermeira na ULS de Matosinhos, no âmbito do Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços Enfermagem da ESEP.

A Comissão de Ética para a Saúde da ULS Matosinhos deliberou por unanimidade, nada opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos

ANEXO V: Parecer Ref^a 15/CLPSI/2023 da Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação

Ref^a 15 /CLPSI/2023

1 - ASSUNTO: Estudo – “Gestão operacional da passagem de turno para a garantia da qualidade e segurança do doente”.

2 - RESPONSÁVEL PELO PEDIDO: Sandrina Isabel Pimenta Carvalho.

3 - DIMENSIONAMENTO DA AMOSTRA: O universo das observações são 1068 passagens de turno 1 a 31 de março de 2023.

4 - PERÍODO DE REALIZAÇÃO: Após a aprovação do estudo.

5 - GARANTIA DA PSEUDOANONIMIZAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS: Todos os participantes no estudo devem ser identificados por um código, sem a identificação do participante

6 - PERÍODO APÓS O QUAL OS DADOS SÃO DESTRUÍDOS: Ao fim de 2 anos após o término do estudo.

7 - EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO:

- Sandrina Isabel Pimenta Carvalho, investigadora principal, Enfermeira no serviço de urologia da ULS Matosinhos.
- Ana Paula Prata e Maria Manuela Martins, orientadoras, Professoras Doutoradas na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

8 - PARECER:

1. O estudo de investigação é realizado no âmbito da frequência da investigadora principal (IP) do Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços de Enfermagem – Gestão operacional da passagem

de turno para a garantia da qualidade e segurança do doente, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) é observacional e tem como objetivos:

- Identificar as áreas relevantes a abordar na passagem de turno num serviço de uma unidade local de saúde do norte do país;
- Analisar a perceção dos enfermeiros sobre a metodologia desenvolvida na passagem de turno;
- Compreender a diferença entre o que se observa e o que os enfermeiros expressam.

2. A licitude para a realização deste estudo está na aplicação do modelo de consentimento informado, livre e explícito, aos profissionais convidados a participar no estudo, conforme o disposto na alínea a) do número 1 do artigo 6º do Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD). O estudo enquadra-se, ainda, nas vertentes de melhoria da prestação de cuidados de saúde e investigação científica, aplicando-se, ainda, o disposto nas alíneas i) e j) do ponto 2 do artigo 9º do Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD).

3. Os dados a recolher pela IP, abrangida pelo dever de sigilo, são os que constam no guião de entrevista semiestruturada e grelha de observação, apresentados no protocolo do estudo, os quais são baseados na metodologia ISBAR (I (Identification), B (Background), A (Assessment) e R (Recommendation)). Estes instrumentos serão aplicados aos enfermeiros do serviço em observação, sendo o nº de participantes calculado de acordo com a saturação dos dados obtidos nas entrevistas.

4. A IP irá criar uma base de dados para registo dos dados recolhidos e irá utilizar métodos qualitativos e quantitativos para analisar os dados, ou seja, para a análise de conteúdo (análise qualitativa) a IP vai recorrer ao software Atlas.ti®, e, para a análise quantitativa, vai utilizar o software SPSS, para realizar a análise descritiva das variáveis recolhidas. As bases de dados devem estar protegidas por palavra-passe forte apenas do conhecimento da IP, e não conter.

5. No caso da IP utilizar um computador da [] para armazenar e tratar os dados, estes cumprem com os requisitos mínimos de segurança informática. No caso de utilizar o seu computador pessoal, este deverá estar equipado com software atualizado, em especial o antivírus e a firewall. A IP deverá possuir credenciais específicas para acesso ao equipamento, não devendo constar no mesmo qualquer dado de identificação dos participantes no estudo

Os CI devem ser armazenados em local físico com acesso e conhecimento apenas da IP. No caso de ser criada uma chave de descodificação, esta deverá ficar na posse da IP, profissional da []. No caso desta ser em formato digital, deverá estar protegida por palavra-passe forte, apenas do conhecimento da IP. As orientadoras do estudo não devem ter acesso aos dados pessoais dos participantes do estudo.

6. A IP vai entregar os resultados do estudo à ESEP, pelo que se recomenda que a instituição [] não seja referida nos métodos do estudo, tendo em conta que na submissão dos artigos, a identificação dos autores e da instituição deve ser cega.

7. Os dados serão destruídos 2 anos após o término do estudo, sendo eliminados digitalmente.

8. Podemos resumir as fases do estudo e o cumprimento dos requisitos do RGPD da seguinte forma:

Fases do estudo	Metodologia	RGPD
Recolha de dados	Acesso aos dados de forma licita.	Artigo 5º, nº 1, alínea f) e nº2 Artigo 6º, nº 1 alínea e)
Tratamento dos dados	-Codificação pelo investigador principal (pseudononimização) -Acesso limitado aos dados -Profissional sujeito a sigilo.	Artigos 5º, nº 1 alíneas e) e f); 8º n.ºs 1 e 2 Considerandos 78, 156
Conservação	-Dados inseridos pelo investigador principal em base de dados criada pelo próprio.	Artigos 5º, nº 1, alíneas e) e f) 8º, n.ºs 1 e 2 Considerandos 39, 65, 81

Eliminação dos dados	-No termo do prazo de conservação, de acordo com as melhores práticas.	Considerandos 39, 65, 81
----------------------	--	--------------------------

9. Por tudo o que aqui foi exposto, é emitido parecer favorável à realização do presente estudo na [REDACTED] uma vez que se considera que o risco é aceitável. No entanto, o IP deve cumprir o descrito no presente documento, e, atender às seguintes recomendações:

- a) Reforçar as medidas de segurança previstas para a conservação dos documentos em papel que impeçam o acesso à informação a pessoas não autorizadas, bem como o seu manuseamento indevido,
- b) Garantir medidas de segurança adicionais no transporte dos dados com recurso a dispositivos eletrónicos de armazenamento (laptop, pen, disco externo) nomeadamente através de medidas de cifragem e autenticação, dada possibilidade de perda e/ou extraviado destes dispositivos,
- c) No caso de existir alteração, como por exemplo, extensão de prazo e/ou de qualquer alteração dos pressupostos relativos ao presente parecer, o IP deverá solicitar a reapreciação do projeto de investigação junto do DPO/EPD.

A emissão deste parecer teve por base o preconizado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (EU) 2016/679 em vigor, bem como, na Lei nº 58/2019, que assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do RGPD do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

A [REDACTED] reserva-se o direito de realizar auditorias para verificar o cumprimento do referido ao longo deste documento.

[REDACTED] de 9 de março de 2023

P' Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação

ANEXO VI: Consentimento informado, Livre e Esclarecido para participação em Investigação

Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em Investigação

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 do estudo: Gestão operacional da passagem de turno para a garantia da qualidade e segurança dos doentes

Enquadramento: Investigação realizada no serviço de urologia [REDACTED], pela investigadora Sandrina Carvalho, sob orientação da Professora Doutora Ana Paula Prata e Maria Manuela Martins, ambas professoras da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Os resultados serão apresentados no âmbito do Mestrado em Direção e Chefias dos Serviços em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Explicação do estudo: A qualidade da passagem de turno é um elemento fulcral na segurança do doente, na diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade DGS em 2017, refere que 70% dos eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de passagem de turno. As falhas mais comuns de comunicação são a omissão de informação, erro nas informações transmitidas entre profissionais de saúde, falta de precisão e a falta de priorização das atividades.

Assim, em 2017 a DGS, emitiu uma norma sobre comunicação eficaz na transição de cuidados para a segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR que permite uma padronização da informação, sendo flexível, de modo a se adaptar à realidade de cada serviço (Tranquada, 2013).

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 recuar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto.

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, sendo que os resultados não terão uma utilização comercial, não existindo, deste modo, conflitos de interesses, contrapartidas financeiras que possam enviesar o mesmo. Qualquer contacto a realizar será executado num ambiente de privacidade.

Eu, Sandrina Isabel Pimenta Carvalho, estudante do Mestrado em Gestão e Chefias de Serviços de Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, a trabalhar no Serviço de Urologia do Hospital Pedro Hispano, telemóvel [REDACTED], agradeço a sua participação de modo a realizar este projeto de investigação.

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, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome _____

Assinatura _____

Data __/__/____