

**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

Mariana Fernandes Tranquada

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor José Inácio Guerra Fragata,

Diretor do Serviço de Cirurgia Cardiorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

Professor Catedrático da Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa

Co-Diretor do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde – ISCTE-IUL, Departamento de Gestão

Lisboa, Outubro 2013

## **RESUMO**

O objetivo primário deste estudo é analisar e caracterizar as atuais práticas de passagem de turno de enfermagem, numa enfermaria cirúrgica, de um Hospital português. Para tal realizou-se um estudo prospetivo. Foram definidos como objetivos conhecer a perceção dos enfermeiros, sobre as práticas de passagem de turno, no local de estudo; identificar a presença de fatores condicionantes da comunicação, durante a passagem de turno, no local de estudo e descrever a informação transmitida durante o processo de passagem de turno, numa enfermaria cirúrgica, de um Hospital português. A amostra deste estudo consistiu em 33 enfermeiros. Os trinta e três responderam a um inquérito sobre as suas perceções dos momentos de transição das equipas de enfermagem. Adicionalmente foram realizadas quinze filmagens das passagens de turno, num total de 670 minutos. Concluiu-se que a perceção dos enfermeiros não corresponde aos factos observados relativamente à estruturação da informação, à existência de pressões em termos temporais e à ocorrência de transmissão de informações irrelevantes para o cuidado dos utentes. Relativamente às características da passagem de turno de enfermagem, constatou-se que apresenta características que a tornam eficiente, pelo uso de comunicação presencial, utilização da comunicação verbal e escrita como métodos de transmissão de informação, existência de ambiente propício à colocação de questões para clarificar a informação e utilização de técnicas de confirmação/esclarecimento da informação. É necessário dirigir atenção ao processo da passagem de turno, focando os pontos que podem ser alvo de melhorias.

Palavras-chave: Passagem de turno, Comunicação, Segurança do doente, Enfermagem.

## **ABSTRACT**

The main goal of this study is to analyze and to characterize current nursing handover practices in a surgical ward at a Portuguese Hospital. Therefore a prospective study has been conducted. Knowing nurses perception about the handover practices at the place of study, identifying the presence of communication barriers during the handover at the place of study and describing the provided information during the handover at a Portuguese Hospital surgical ward, have been defined as specific goals. This study sample consists in 33 nurses. Who have answered a questionnaire about their nursing handover perceptions. Additionally fifteen footages of nursing handover were made, in a total of 670 minutes. It has been established that nurses perceptions don't match the facts observed, especially concerning the information structure, the existence of time pressure to end the handover and the presence of irrelevant information for patient care. Regarding the nursing handover characteristics, it has been observed the presence of some features that make handover efficient, such as using of both verbal and writing communication as methods for the information transmission, the existence of a friendly environment to ask questions in order to clarify the information and the use of information confirmation techniques. In sum it is necessary to shift attention to nursing handover procedures, focusing on features that can be improved.

**Key Words:** Handover; Communication; Patient Safety; Nursing.

## **AGRADECIMENTOS**

Os meus agradecimentos vão antes de mais para o Sr. Professor Doutor José Fragata, que sem o seu incentivo e orientação este trabalho nunca teria sido concretizado.

À Eng<sup>a</sup> Raquel Santos e Enf<sup>a</sup> Ana Mansoa pela cooperação que se tornou imprescindível para a concretização deste trabalho.

Um agradecimento especial à Enfermeira Lisete Lopes pela amizade, incentivo e apoio incondicional, sem o qual este teria sido um caminho mais árduo.

Um agradecimento especial à Enfermeira Carina Francisco pela amizade e cooperação, indispensáveis na concretização deste projeto.

Um reconhecimento especial a todos os enfermeiros do local de estudo, pela sua pronta colaboração, pois sem eles este estudo não seria passível de se realizar.

Gostaria ainda de agradecer à Enfermeira Chefe do local de estudo pelo apoio e incentivo na aplicação dos instrumentos de colheita de dados.

E por fim à minha família e amigos, pela paciência, dedicação, disponibilidade e carinho, e pelas horas que nos vimos privados da presença uns dos outros.

Mariana Fernandes Tranquada

## ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS .....	III
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	V
LISTA DE ABREVIATURAS .....	VI
1. SUMÁRIO EXECUTIVO.....	1
2. O ERRO EM MEDICINA .....	3
2.1. Causas e Mecanismos dos Erros em Medicina.....	5
3. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E A SEGURANÇA DO UTENTE.....	7
3.1. A Comunicação em Saúde .....	8
3.2. A Comunicação nas Equipas de Saúde .....	9
3.3. A Comunicação nas Equipas de Saúde e a Aviação .....	17
3.4. A Transmissão de Informação Durante a Transição da Equipa de Saúde .....	19
3.4.1. Situation Background Assessment Recommendation.....	25
4. OS HOSPITAIS E AS ORGANIZAÇÕES ALTAMENTE FIÁVEIS.....	27
5. METODOLOGIA.....	29
5.1. Tipo de Estudo e Objetivos.....	29
5.2. Questões e Hipóteses de Investigação.....	31
5.3. Desenho do estudo .....	31
5.4. Seleção e Caracterização da Amostra .....	34
5.5. Procedimentos Formais e Éticos e Conflito de Interesses .....	34
5.6. Tratamento Estatístico .....	35
6. RESULTADOS.....	36
6.1. Observação das Passagens de Turno .....	36
6.2. Resultados do Questionário .....	44
6.2.1. Caraterização da amostra.....	44
6.2.2. Qualidades métricas do Questionário .....	46
6.2.3. Respostas ao Questionário.....	46
6.2.4. Estudo de Comparações de Grupos e Correlações .....	48
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	63
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	70
9. BIBLIOGRAFIA .....	72
ANEXOS .....	75

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Alpha de Cronbach do questionário, pré-teste .....	33
Tabela 2 - Estatística descritiva da duração das passagens de turno de enfermagem .....	36
Tabela 3: Frequências absolutas e relativas do local de realização das passagens de turno.....	36
Tabela 4: Estatística descritiva do número de enfermeiros participantes e respetivas funções e número de utentes internados .....	37
Tabela 5: Estatística descritiva do conteúdo da informação transmitida verbalmente.....	37
Tabela 6: Frequência absoluta e relativa da variável “Avaliação física atual dos utentes” .....	38
Tabela 7: Frequência absoluta e relativa da variável “Informação logística” .....	39
Tabela 8: Estatística descritiva de tendência central e dispersão da variável “Duração da informação logística” .....	39
Tabela 9: Frequência absoluta e relativa da variável “Duração da transmissão da informação logística” .....	39
Tabela 10: Frequência relativa e absoluta da variável “Discussão de possíveis riscos/complicações”	40
Tabela 11: Estatística descritiva das variáveis "Foram colocadas questões" e "As respostas foram clara e satisfatórias" .....	40
Tabela 12: Frequência absoluta e relativa das técnicas de confirmação/esclarecimento de informação utilizadas.....	41
Tabela 13: Frequência absoluta e relativa das variáveis dicotómicas da categoria "Presença de condicionantes da comunicação" .....	41
Tabela 14: Estatística descritiva do tipo de interrupções e duração .....	43
Tabela 15: Frequência absoluta e relativa das variáveis que comprometem a privacidade/confidencialidade .....	44
Tabela 16: Distribuição da amostra por género.....	44
Tabela 17: Valor de Alpha de Cronbach do questionário.....	46
Tabela 18: Frequências absolutas e relativas das respostas ao questionário.....	47
Tabela 19: Coeficientes de correlações significativas da questão "Consigo esclarecer a informação que foi transmitida" com o restante questionário.....	57
Tabela 20: Coeficientes de correlações significativas da questão " Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida " com o restante questionário.....	57
Tabela 21: Coeficientes de correlações significativas da questão "A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar" com o restante questionário .....	58
Tabela 22: Coeficientes de correlações significativas da questão " A informação transmitida é atualizada" com o restante questionário.....	58

Tabela 23: Coeficientes de correlações significativas da questão " É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes " com o restante questionário .....	58
Tabela 24: Coeficientes de correlações significativas da questão "A duração da passagem de turno é adequada" com o restante questionário .....	59
Tabela 25: Coeficientes de correlações significativas da questão "Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes" com o restante questionário.....	59
Tabela 26: Coeficientes de correlações significativas da questão "É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente" com o restante questionário.....	59
Tabela 27: Coeficientes de correlações significativas da questão "A informação transmitida é subjetiva" com o restante questionário .....	59
Tabela 28: Coeficientes de correlações significativas da questão "É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados" com o restante questionário.....	60
Tabela 29: Coeficientes de correlações significativas da questão "A informação é transmitida de forma estruturada" com o restante questionário.....	60
Tabela 30: Coeficientes de correlações significativas da questão "Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes" com o restante questionário.....	60
Tabela 31: Coeficientes de correlações significativas da questão "É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno" com o restante questionário.....	61
Tabela 32: Coeficientes de correlações significativas da questão "Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes" com o restante questionário .....	61
Tabela 33: Coeficientes de correlações significativas da questão "Sinto que há informação importante que não é transmitida" com o restante questionário.....	61
Tabela 34: Coeficientes de correlações significativas da questão "Leio sempre a totalidade da informação escrita, referente aos doentes, que me é fornecida nas passagens de turno" com o restante questionário.....	62
Tabela 35: Coeficientes de correlações significativas da questão "Conheço o procedimento multisectorial da instituição para a realização da passagem de turno" com o restante questionário.....	62
Tabela 36: Coeficientes de correlações significativas da questão "É importante reformular a estrutura das passagens de turno" com o restante questionário.....	62

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da amostra por “grupo etário” .....	45
Gráfico 2: Distribuição da amostra de acordo com categoria “senioridade” .....	45
Gráfico 3: Comparação entre género da amostra e a questão "É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno". .....	49
Gráfico 4: Comparação entre grupo etário e a questão "A informação transmitida é atualizada" .....	50
Gráfico 5: Comparação entre grupo etário e a questão "Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso .....	50
Gráfico 6: Comparação entre a variável "senioridade no serviço" e a questão "Consgo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida" .....	51
Gráfico 7: Comparação entre a variável "senioridade no serviço" e a questão " A informação transmitida é atualizada" .....	52
Gráfico 8: Comparação entre a variável "senioridade no serviço" e a questão “Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso” .....	52
Gráfico 9: Comparação entre a variável "vínculo à instituição" e a questão "a informação transmitida é atualizada" .....	53
Gráfico 10: Comparação entre a variável "vínculo à instituição" e a questão " Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso” .....	54
Gráfico 11: Comparação entre a variável "Grau de formação" e a questão "tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes" .....	54
Gráfico 12: Comparação entre a variável "grau de formação" e a questão "é importante poder avaliar o doente durante as passagens de turno" .....	55
Gráfico 13: Comparação entre a variável "duplo emprego" e a questão "a informação transmitida é atualizada" .....	56
Gráfico 14: Comparação entre a variável "Múltiplo Emprego" e a questão “Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes” .....	56



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

HRO – High Reliability Organization

KMO – Kaiser Meyer Olkin

SBAR – Situation, Background, Assessment, Recommendation

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

## 1. SUMÁRIO EXECUTIVO

Diariamente e em todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde, ocorre a transferência de responsabilidade pelos cuidados dos utentes, entre diversos profissionais. Este é um processo que ocorre em ambientes movimentados e propícios à ocorrência de interrupções, conduzindo a falhas de comunicação.

As falhas de comunicação encontram-se identificadas como a causa de setenta por cento dos eventos sentinela, nos Estados Unidos da América. Estas falhas são mesmo consideradas como a principal causa de eventos adversos, especialmente no que respeita à medicação, aos atrasos nos tratamentos dos utentes, aos erros peri-operatórios e à ocorrência de quedas com consequências muito graves (VQC, 2010; Hughes, 2008). Estas consequências não se resumem aos danos físicos resultantes, implicam também um aumento dos custos gerados.

Durante a transição das equipas de saúde, há a partilha de informação crítica do(s) utente(s), ocorrendo simultaneamente a passagem da responsabilidade pelo cuidar de um utente, de um profissional para outro.

A comunicação eficiente em equipas de saúde tem sido adjetivada como atempada, precisa, completa, não ambígua e compreendida pelo recetor. Para que tal seja possível é essencial que as equipas tenham acesso atempado a informação adequada e necessária ao desempenho dos seus papéis, de forma eficiente e apropriada. A utilização de termos técnicos e de calão, acrónimos, abreviaturas e diagramas na comunicação, pode influenciar a qualidade da partilha de informação e consequentemente a eficiência do processo de comunicação (VQC, 2010).

A indústria da saúde tem realizado um esforço para colmatar as falhas identificadas na comunicação das equipas de saúde, através da observação e aprendizagem com outras indústrias, também elas dependentes da qualidade da comunicação, como é o caso da aviação. Surge assim a ideia de criar ferramentas de comunicação padronizadas, de modo a que todos comuniquem de modo semelhante.

Com a criação das ferramentas de comunicação padronizadas, pretende-se colmatar a lacuna identificada, relativamente à falta de estrutura formal e linhas orientadoras, que ajudem o profissional a organizar a informação. Um dos desafios para os profissionais é mesmo a decisão sobre qual a informação a transmitir ao colega. Em alguns casos os elementos que são

rendidos têm tendência para transmitir informação em excesso, enquanto noutros casos partilham informação insuficiente, irrelevante, desnecessária ou omitem aspetos importantes (Jorm, White e Kaneen, 2009). Quando o tempo é ocupado na transmissão de informação irrelevante, esse tempo poderia ser utilizado na prestação de cuidados que o utente necessita.

Têm surgido diversas ferramentas de estruturação da comunicação, sendo a mais referida o SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*). A metodologia SBAR foi desenvolvida com o objetivo de estabelecer uma conversação sistematizada entre enfermeiros e médicos, na situação específica decorrente de um contacto telefónico. Posteriormente este método de comunicação foi disseminado para a comunicação presencial, entre profissionais de saúde de várias disciplinas. Algumas das razões para o sucesso da utilização do SBAR estão relacionadas com a sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de ser adaptado a diferentes realidades.

Posto isto, este trabalho surge no âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa, com o intuito de obter o Grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde.

O trabalho é intitulado de “A Comunicação durante a Transição das Equipas de Enfermagem: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem de uma enfermaria cirúrgica de um Hospital Português”. Com a concretização deste estudo pretende-se conhecer as práticas das passagens de turno do local de estudo e confrontá-las com as perceções dos enfermeiros que desempenham funções na referida enfermaria.

Procedeu-se à aplicação de um questionário a uma amostra de trinta e três enfermeiros e adicionalmente realizou-se o registo audiovisual de quinze momentos de transição das equipas de enfermagem, totalizando 670 minutos.

A temática referente às passagens de turno, especificamente de enfermagem tem sido estudada ao longo do tempo, especialmente em termos internacionais. No entanto a nível nacional denota-se que a investigação ainda se encontra numa fase inicial. Pretende-se com este trabalho enriquecer o conhecimento sobre a transição das equipas de enfermagem e consequentemente ajudar a melhorá-las.

## 2. O ERRO EM MEDICINA

Atualmente, o contexto da prestação de cuidados de saúde é muito complexo. Os cuidados são muitas vezes, realizados num ambiente sob pressão, em que é necessário agir rapidamente, envolvendo simultaneamente o uso de tecnologia avançada. Estas circunstâncias propiciam para que algo não corra como o esperado, verificando-se, por vezes, prejuízo do utente no decorrer da prestação de cuidados de saúde. Os erros decorrentes do processo de cuidar podem causar danos aos utentes, inclusive a morte (World Health Organization, 2004).

O problema dos eventos adversos<sup>1</sup>, no contexto de cuidados de saúde, não é uma temática recente, pois já nas décadas de cinquenta e sessenta, se encontram relatos destes eventos. No entanto, este tema foi relativamente negligenciado. Esta situação altera-se no início da década de noventa, com a publicação de um estudo sobre a incidência de eventos adversos em utentes hospitalizados, realizado pela *Harvard Medical Practice* (1991), o que desencadeou uma sucessão de estudos sobre a temática, por todo mundo (World Health Organization, 2004). Há a destacar o estudo elaborado pela Academia Nacional das Ciências dos Estados Unidos (1999), que veio acrescentar novos dados à temática, estimando que aproximadamente quarenta e quatro mil americanos morrem por ano, no decorrer de erros em atos médicos (erros decorrentes dos cuidados prestados por profissionais de saúde) (Fragata e Martins, 2008).

Estima-se também que nos Estados Unidos da América, o custo relacionado com eventos médicos adversos preveníveis, se encontra entre os dezassete mil e os vinte e nove mil milhões de dólares americanos, por ano (World Health Organization, 2004). Aliados a estes custos estão: a perda de confiança nas organizações de saúde e nos seus profissionais, com consequente degradação das relações entre estes e os utentes; o aumento dos custos sociais e económicos, variando na sua razão direta dos danos causados e da casuística e a redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados/desejados, com consequências diretas na qualidade dos cuidados prestados (Sousa, 2006).

Em Portugal não existem dados que permitam avaliar a prevalência de eventos médicos adversos, no entanto, colocando a hipótese dos hospitais portugueses terem o mesmo nível de fiabilidade que os americanos, estima-se entre treze mil e vinte e nove mil, o número de mortos por ano, devidos a erros de atos médicos (Fragata e Martins, 2008).

---

<sup>1</sup> “Evento adverso é todo o efeito não desejado que resulta da intervenção dos cuidados de saúde ou da sua falta, mas não da doença ou estado do doente” (Fragata e Martins 2008: 317).

Para avaliar se um sistema de cuidados de saúde é seguro, é essencial definir e medir a taxa de danos resultantes de erros de atos médicos. Como tal é necessário referir mais algumas definições chave, como erro médico e “*near miss*”. O erro médico é definido como “... *uma falha, não intencional, na realização de uma acção planeada*” (Fragata e Martins, 2008:312). Por sua vez “*near miss*” é “*qualquer situação ou evento que poderia ter terminado em acidente, mas que só não terminou porque foram aplicadas atempadas medidas de correção que permitiram evitar o acidente, ficando-se assim o evento por uma “quase perda”*” (Fragata e Martins, 2008:317).

Leape (1994) procedeu à classificação dos eventos adversos em três categorias: preveníveis, potencialmente preveníveis e não preveníveis. Os eventos adversos preveníveis são resultado de um erro. Por sua vez, na ocorrência de eventos adversos potencialmente preveníveis, não há nenhum erro identificado. Apesar de tal facto, sabe-se que uma elevada incidência deste tipo de eventos é o reflexo de uma baixa competência técnica. Finalmente os eventos adversos não preveníveis são o resultado de uma complicação que, de acordo com o atual estado do conhecimento, não pode ser prevenida (Fragata e Martins, 2008).

Por sua vez, os erros podem ser classificados como erros ativos ou latentes. Os erros ativos ocorrem ao nível do operador da linha da frente e os seus efeitos são sentidos quase imediatamente. Os erros latentes tendem a ser removidos do controlo direto do operador e incluem aspetos como mau design, instalações incorretas, manutenção defeituosa, más decisões de gestão e organizações mal estruturadas. Os erros latentes constituem a maior ameaça de segurança num sistema, pois muitas vezes não são reconhecidos e têm a capacidade de resultar em vários tipos de erros múltiplos. Os erros latentes podem ser difíceis de ser detetados pelas pessoas que trabalham no sistema, uma vez que os erros podem estar escondidos no design de processos de rotina, tanto em programas informáticos como na estrutura de gestão da organização. As pessoas também se habituem aos defeitos do design e aprendem a contorná-los, pelo que muitas vezes não são reconhecidos (Kohn, Corrigan e Donaldson, 2000).

Após a definição dos conceitos é essencial compreender porque os erros acontecem, da mesma forma que é imprescindível conhecer a etiologia de uma doença. Conhecer os mecanismos como os erros ocorrem, permite intervir no processo, de forma a diminuir a taxa de ocorrência de eventos adversos preveníveis, construindo um sistema com maior fiabilidade.

## 2.1. Causas e Mecanismos dos Erros em Medicina

Atualmente a prestação de cuidados de saúde é uma atividade muito complexa, desempenhada por seres humanos. A complexidade desta atividade deve-se à utilização de tecnologias de ponta e complexas; à variedade de medicamentos existentes; aos diferentes contextos de trabalho; à baixa definição das linhas de autoridade; à elevada variedade de ambientes físicos; à combinação única de doentes; às barreiras de comunicação; à elevada pressão em termos de tempo e à grande variedade dos processos de carreira (Gluck, 2007).

O comportamento humano e os cuidados médicos têm quatro componentes que contribuem para a possível ocorrência de erro: a falibilidade humana; a complexidade; as deficiências do sistema e as vulnerabilidades das barreiras defensivas. Ao desenhar estratégias para debelar os eventos adversos é importante ter em conta estes aspetos (Gluck, 2007).

Considerando todas as falhas multifatoriais, que poderão existir num processo de cuidados de saúde, James Reason elaborou a teoria denominada “Queijo Suíço”. De acordo com esta teoria para a ocorrência de um evento adverso ou dano no utente, é necessário o alinhamento de diversas falhas, como falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros ou de risco por parte dos utentes, entre outros. O alinhamento destas falhas ocorre porque as barreiras pré-estabelecidas não conseguem impedir a trajetória deste acidente<sup>2</sup> (Reason, 1990).

Nas organizações de saúde, uma das principais causas dos acidentes é o erro humano. No entanto afirmar que um erro se deve a falha humana, não é o mesmo que atribuir a culpa, pois a maioria dos erros humanos são induzidos por falhas no sistema. O erro humano pode ser visto de duas perspetivas distintas: a perspetiva individual e a de sistema (Kohn, Corrigan e Donaldson, 2000).

Tradicionalmente, as respostas aos erros tendem a focar-se nos erros ativos pela punição individual, retraindo as respostas cujo objetivo seja prevenir a recorrência do erro ativo. Esta abordagem revela-se a mais satisfatória em termos emocionais e em termos jurídicos. Apesar da resposta punitiva poder ser apropriada em alguns casos, esta não é uma forma eficiente de prevenir a recorrência. As falhas dos grandes sistemas representam a conjugação inesperada de falhas latentes, que aparenta ser única, quando analisada em retrospectiva. Como é

---

<sup>2</sup> Acidente é definido como “(...) um evento não esperado e não desejado, mas que determina necessariamente danos gerais e altera o resultado final da acção, comprometendo o todo” (Fragata e Martins, 2008:311)

improvável a mesma junção dos fatores, esforços para prevenir erros ativos específicos, muito provavelmente não vão tornar o sistema mais seguro (Kohn, Corrigan e Donaldson, 2000).

Ao abordar-se o erro na ótica do sistema, não se exclui a responsabilização individual, no entanto pretende-se corrigir os circuitos em falta e promover mecanismos de segurança que tornem menos provável a ocorrência de novo erro. Mesmo que ocorra o erro, pretende-se que os danos decorrentes sejam os menores possíveis (Fragata e Martins, 2008).

Tendo em conta o contexto específico da prestação de cuidados de saúde, é possível desenvolver um sistema mais seguro através da redução da complexidade, da identificação correta das falhas latentes e da análise das barreiras defensivas e redução das vulnerabilidades. Para que todos estes aspetos se tornem possíveis, as soluções passam por uma liderança carismática; pelo respeito dos limites humanos, no que concerne ao desenho de equipamentos e processos; ao desenvolvimento de um real funcionamento em equipa e à criação de uma cultura de aprendizagem e antecipação do inesperado (Gluck, 2007).

Para além da criação de uma cultura de aprendizagem, um dos maiores desafios na implementação de um programa de segurança do utente é a criação de uma atmosfera, na qual os colaboradores estão dispostos a revelar os problemas do sistema e a procurar soluções para este (United States Government Accountability Office, 2004).

### 3. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E A SEGURANÇA DO UTENTE

Quando pesquisada a definição de comunicação no dicionário obtém-se o seguinte resultado: “*substantivo feminino. 1. Acto de comunicar, de transmitir alguma coisa a alguém; o seu resultado: comunicação de uma notícia. 2. Acto ou efeito de comunicar, estabelecer uma relação com outrem: estar em comunicação com alguém (...) qualquer sistema de comunicação funciona da maneira seguinte: uma fonte de informação escolhe a mensagem desejada de entre as possíveis; um emissor transforma esta mensagem num sinal que é então enviado pelo canal de comunicação ao receptor. No decurso do processo, certos elementos não pretendidos pela fonte podem, no interior do canal de comunicação, vir a alterar o sinal; são os ruídos*” (Oliveira, 1997:1874).

Na mesma linha de pensamento o dicionário Webster define comunicação como a transmissão ou o intercâmbio de pensamentos, opiniões ou informação, através de discurso, escrita ou sinais (Hughes, 2008). Por sua vez Axley (1984) citado por Nemeth (2008) considera a comunicação como a transmissão linear de mensagens através de um conduto.

Com base nas definições acima referidas, presume-se que uma comunicação eficiente consiste na transmissão fiel e ininterrupta de informação, cujo resultado final é a compreensão da mesma. Desta forma, os principais obstáculos à eficiência são os ruídos físicos e psicológicos do sistema, que podem originar “quebras” de comunicação. No entanto esta perspetiva é considerada incompleta, pois considera a comunicação como um processo definido, que ocorre dentro de um contexto social já existente, o que limita a capacidade de apreciar outra e potencialmente mais poderosa, a dinâmica social.

Para colmatar a limitação acima referida, surgiu a abordagem da construção social. Esta abordagem centra-se nas formas como a comunicação cria o contexto onde as pessoas trabalham. Assim, a comunicação deixa de ser um mero conduto para a transmissão de informação independente, tornando-se num processo social primário, através do qual é construído o significado do mundo. O foco na construção social da equipa de saúde, cria a possibilidade para uma alteração profunda e de segunda ordem, através de mudanças no contexto social (Nemeth, 2008).



### **3.1. A Comunicação em Saúde**

A comunicação em saúde surge como um tópico vital de investigação, pois todas as pessoas interagem em algum momento da sua vida, com profissionais de saúde, encontram mensagens relacionadas com a saúde na comunicação social, já sofreram uma doença grave ou já viveram a experiência de ter alguém significativo com ameaça de vida ou doença terminal.

A investigação da comunicação na saúde surgiu como resposta à frustração dos médicos com doentes que não cumpriam as suas indicações ou recomendações. Os médicos quiseram perceber qual a razão para tal facto e pediram a colaboração de sociólogos, com o objetivo de estudarem as estratégias que seriam mais eficientes na persuasão dos doentes para o cumprimento das indicações clínicas (Ellingson, 2002).

Tradicionalmente a investigação na comunicação em saúde focou-se em três grandes áreas: a comunicação médico-doente, a propagação de informação de saúde e o apoio social. Atualmente o foco da comunicação em saúde é abrangente e variado, pois para além dos tópicos tradicionais inclui investigação nas equipas de saúde, colaboração no âmbito dos cuidados de saúde, a organização de instituições de saúde, a comunicação de resultados da gestão de cuidados, a comunicação entre instituições de saúde e a comparação de sistemas de saúde (Ellingson, 2002).

A comunicação existente no setor da saúde está intimamente ligada com a sua natureza e especificidade do trabalho realizado. Atualmente, diversos fatores estão a alterar a natureza do trabalho das organizações de saúde, aumentando a pressão nos processos e estruturas existentes. Provavelmente a alteração mais significativa está relacionada com a urgência que as instituições de saúde sentem para responder às crescentes exigências aos seus serviços, que mantêm recursos limitados e garantem qualidade e segurança. Este sentimento de urgência deve-se em parte às crescentes expectativas de resposta em todo o tipo de serviços e ao aumento da competição por clientes (Nemeth, 2008).

Uma segunda tendência que afeta as organizações de saúde é o aumento da complexidade do trabalho, pois a maioria das instituições responde a uma ampla gama de condições complexas e especializadas. A este cenário acresce também a incerteza associada à possibilidade de um evento catastrófico de saúde pública e o conhecimento de que o sistema se tornará insustentável (Nemeth, 2008).

A prestação de cuidados de saúde exige um elevado trabalho cognitivo. Este trabalho cognitivo é realizado, não só a nível individual, como também a um nível coletivo, que inclui a avaliação dos recursos, a alocação dos mesmos, a antecipação de eventos futuros, a especulação sobre as melhores atuações, a negociação para criar consenso e a partilha de decisões. Para que tal seja possível é essencial que ocorra uma sincronização entre pessoas, equipamentos, ferramentas e instalações. Só é possível obter uma boa sincronização entre pessoas e recursos, se a comunicação na organização ocorrer de forma eficiente. A comunicação na saúde deve ser tão complexa como o domínio que pretende controlar.

Outro fator que permite uma boa coordenação de pessoas e recursos é o trabalho de equipa. Uma equipa é mais que alguns indivíduos em turnos, clinics e serviços, médicos, gestores, técnicos, fornecedores, doentes, consultores e outras organizações e transferências de cuidados. As equipas de saúde também podem ser fluidas, inconstantes, podem sobrepor-se e incluem estranhos e colegas. A existência de um modelo de comunicação eficiente permite que as equipas atinjam os seus objetivos. A comunicação engloba a troca verbal, mas também outras formas de transmitir informação que utilizam artefactos físicos, como quadros, registos e sistemas eletrónicos.

Um dos problemas que advém de falhas de comunicação e que tem preocupado o setor da saúde está relacionado com a eficiente transição de cuidados. Existem mecanismos amplamente divulgados e utilizados para promover uma transição de cuidados eficiente (quadros brancos, rondas no início e final dos turnos,...), no entanto tem-se verificado que não funcionam tão bem quanto se espera. Um obstáculo à comunicação, frequentemente identificado, é o nível de ruído acústico do local, apesar de muitas instalações terem realizado um esforço para criar um ambiente mais tranquilo para os profissionais e utentes. De acordo com o modelo de transmissão de comunicação, a redução do ruído físico faz sentido como uma tática eficaz na melhoria da qualidade dos cuidados (Nemeth,2008).

### **3.2. A Comunicação nas Equipas de Saúde**

A preocupação com a existência de falhas de comunicação nas organizações de saúde, teve início com a publicação do relatório do *Institute of Medicine – To Err is Human* (2000). Neste relatório foi descrito que a maioria dos erros se deve a causas organizacionais e não individuais, com se pensava até aquele momento. Neste relatório é também salientada a importância dos fatores humanos na construção de um sistema de segurança para o doente.

Um dos aspetos salientados é a necessidade de melhorar a comunicação e coordenação das equipas de saúde.

No entanto, segundo Hughes (2008) as organizações têm gasto grande parte do seu tempo e esforço no aperfeiçoamento dos sistemas dos utentes, em vez de se focarem nos fatores humanos realçados no relatório.

Quando analisados os eventos adversos, tem-se constatado que as falhas de comunicação são identificadas como a principal fonte destes, mais especificamente nos erros de medicação, nos atrasos de tratamentos, erros perioperatórios e quedas fatais. Segundo a organização americana Joint Commission, entre 1995 e 2004, nos Estados Unidos da América, após a realização de análises de causa-raiz, concluiu-se que setenta por cento dos eventos sentinela são originados em falhas na comunicação (VQC, 2010; Hughes, 2008). Leonard, Graham e Bonacum (2004) chegam mesmo a afirmar que as falhas de comunicação são as principais causas de dano inadvertido ao utente.

As dificuldades de comunicação têm sido identificadas como um fator de contribuição major para as consequências dos eventos adversos em ambientes médicos e na aviação. Foi mesmo concluído que os erros de comunicação são a principal causa de eventos adversos e estão associados ao dobro das mortes que a inadequação clínica (Nemeth,2008).

A complexidade do cuidado médico, associado às inerentes limitações do desempenho humano, torna muito importante a existência de ferramentas de comunicação padronizadas e a criação de um ambiente onde os indivíduos possam falar e expressar as suas preocupações, partilhando uma “linguagem crítica comum” que alerta os restantes elementos da equipa para situações inseguras. A comunicação é dependente da situação ou da personalidade. Outras áreas de elevada fiabilidade, como a aviação comercial, demonstraram que a adoção de ferramentas de padronização e de comportamentos são estratégias eficientes que melhoram o trabalho de equipa e reduzem o risco (Leonard, Graham e Bonacum, 2004).

Ao ser referida a existência de uma comunicação eficiente em saúde, considera-se que esta é atempada, precisa, completa, não ambígua e compreendida pelo recetor, reduzindo os erros e promovendo a segurança do utente. Para que a comunicação eficiente seja uma realidade, é essencial que indivíduos e equipas tenham acesso atempado a informação adequada e necessária ao desempenho dos seus papéis, de forma eficiente e apropriada. A utilização de termos técnicos e de calão, acrónimos, abreviaturas e diagramas na comunicação, pode

influenciar a qualidade da partilha de informação e consequentemente a eficiência da comunicação (VQC, 2010).

As consequências das falhas de comunicação não prejudicam apenas os utentes e os seus familiares, quer a nível físico como emocional. Originam também elevados custos financeiros, por exemplo, com o aumento do tempo de internamento, pagamento de indemnizações, entre outros.

As falhas de comunicação em saúde têm diversas causas ou origens. Após terem sido investigadas, foram enumerados fatores que propiciam e/ou originam essas quebras de comunicação: fatores humanos, como atitudes, comportamentos, moral, lapsos de memória, stress e fadiga do pessoal; distrações e interrupções; mudança de turnos; género, e diferenças sociais e culturais; hierarquia ou relações de poder distantes, como por exemplo os elementos mais jovens são relutantes em questionar os elementos seniores; diferenças no treino de médicos, enfermeiros e outros profissionais; pressões relacionadas com tempo e sobrecarga de trabalho; habilidade limitada para desempenhar múltiplas tarefas, mesmo quando o elemento é hábil; inexistência de um modelo mental comum relacionado com os objetivos a atingir; carência de protocolos ou procedimentos organizacionais; cultura organizacional que desencoraja a comunicação e necessidade de definição de papéis e responsabilidade entre os elementos da equipa multidisciplinar (Leonard, Graham E Bonacum, 2004; Nemeth, 2008 e VQC, 2010).

Relativamente às diferenças sociais e culturais e à diferença de treino entre médicos e enfermeiros, estes fatores devem-se ao facto de enfermeiros e médicos terem formação para comunicar de formas muito diferentes. Os enfermeiros são ensinados a ser muito vastos e narrativos nas descrições das situações clínicas, enquanto os médicos aprenderam a ser concisos e a atingirem o diagnóstico rapidamente. Os enfermeiros referem muitas vezes que durante o seu processo educacional foram ensinados que “não fazem diagnósticos”. Tal facto conduz a que estes profissionais telefonem aos médicos e descrevam as situações de forma lata e narrativa, enquanto os médicos estão impacientes para perceber o que é pretendido. É nestes casos que o SBAR (*Situation, Background, Assessment and Recommendation*) se torna numa ferramenta eficiente para colmatar os diferentes estilos de comunicação e ajudar a “colocar todos no mesmo filme” (Leonard, Graham e Bonacum, 2004).

Os fatores que originam as quebras de comunicação nas equipas de saúde, supra referidos, ganham ainda mais relevância se se pensar que o processo de prestação de cuidados de saúde

implica a transmissão de informação do utente entre vários profissionais de saúde, com diferentes níveis educacionais e especialidades. Durante um período de internamento de quatro dias, o utente pode interagir com cinquenta profissionais diferentes, entre eles médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos e outros. Desta forma a prática clinica implica que ocorra a transmissão de informação critica, de forma precisa. Para que tal seja possível é essencial que ocorra colaboração na equipa (Hughes, 2008).

A comunicação não eficiente entre profissionais de saúde pode resultar em perigo para a segurança do utente devido a falta de informação crítica, má interpretação de informação, indicações pouco claras dadas por via telefónica e negligencia nas alterações do estado de saúde do doente. No entanto, apesar dos erros médicos graves que podem advir das falhas de comunicação, podendo mesmo causar a morte do utente, as falhas de comunicação são ainda um assunto subtil nas organizações de saúde (Hughes, 2008).

Quando a comunicação eficiente é praticada pela equipa de saúde, ocorre a compreensão partilhada de uma situação e em alguns momentos um percurso de ação partilhado. Para tal é essencial que os elementos da equipa sejam treinados em técnicas de comunicação, desde a negociação à escuta, de forma a definir objetivos de modo assertivo e a ser possível aplicar essas capacidades numa ampla variedade de contextos e situações (VQC, 2010).

Para que seja possível atingir os objetivos acima referidos, o mesmo autor considera que há cinco critérios fundamentais na partilha de informação entre profissionais de saúde:

1. Completa: responde a todas as questões colocadas até um nível de satisfação dos elementos que estão envolvidos na troca de informação;
2. Concisa: as expressões extensas são reduzidas ou omitidas. Apenas se incluem declarações relevantes e devem-se evitar repetições desnecessárias;
3. Concreta: as palavras utilizadas não devem ter duplo significado, sendo específicas e ponderadas. São dados factos e figuras precisos;
4. Clara: devem ser empregues palavras curtas e familiares para se construírem mensagens compreensíveis e eficazes;
5. Precisa: o nível de linguagem deve ser adequado à ocasião. É evitada a utilização de calão ambíguo, assim como discriminação e expressões paternalistas.

A implementação de técnicas de comunicação eficiente torna-se essencial, uma vez que se considera que as organizações de saúde desempenham atividades de elevado risco, a par de

outras áreas, como a indústria da aviação e da energia nuclear, que apesar de executarem atividades de elevado risco, são consideradas de alta fiabilidade. Uma sugestão realizada por diversos autores é a implementação na saúde, de técnicas de comunicação utilizadas na aviação.

A implementação e incentivo na utilização de técnicas de comunicação eficazes, pretende construir na equipa um conhecimento comum do contexto onde se insere através do diálogo e da partilha de diversos pontos de vista; manter a equipa atualizada sobre o contexto, no que concerne a novas informações que surjam, através da análise sistemática do ambiente e aprofundar a capacidade de cada elemento agir de forma individual, mas mantendo o seu papel na equipa atual, o que desenvolve o seu sentido de responsabilidade e o sentimento de ligação com o sucesso da equipa (Nemeth, 2008).

Quando os elementos de uma equipa dialogam, a qualidade das suas conversas determina o desenvolvimento do grau de conhecimento comum do contexto. Este conhecimento comum é uma competência vital para as equipas de saúde, pois é a única forma de difundir, de modo consistente, as decisões tomadas por elementos da equipa, fora das reuniões. Diagnósticos, prognósticos e planos de tratamento fazem parte do conhecimento comum, tal como a história do utente. O conhecimento comum do contexto é um guia eficiente para a coordenação de ações (Nemeth, 2008).

De acordo com Eisenberg, Goodall e Tretheway (2009) nas organizações podem ocorrer três níveis de diálogo, que podem ser aplicados às equipas de saúde. O primeiro, o diálogo como transação equitativa, ocorre quando todos os participantes têm a capacidade de exprimir as suas opiniões e perspetivas. Enquanto simples, este tipo de diálogo pode ser desafiante nas organizações, por exemplo na inclusão ou exclusão de elementos na equipa e na criação de um ambiente que apoie este diálogo sincero.

O segundo, a um nível mais profundo, é o diálogo como conversa empática. Neste género de comunicação os elementos da equipa desenvolvem a capacidade de imaginar o mundo como os outros elementos o vêem. Este tipo de diálogo, embora raro nas equipas de saúde, é essencial para a equipa que atua num ambiente complexo e interdependente. Implica o reconhecimento que todos são elementos críticos para o sucesso do resultado global, invés do sentimento de centralidade. Infelizmente, na prestação de cuidados de saúde, ainda existem muitos indivíduos e/ou grupos que não se comportam desta forma e as equipas onde desempenham as suas funções são as piores para ocorrer uma mudança de paradigma. A

conversa empática requer humildade e a percepção que a aprendizagem pode vir de qualquer lado, desde a funcionária da limpeza ao administrador ou ao assistente social.

A terceira e mais profunda forma de diálogo é o encontro verdadeiro, onde cada elemento da equipa reconhece a humanidade comum de todos os elementos da equipa, ou seja, os elementos não são tratados pelo papel que desempenham, mas como indivíduos iguais a si próprios. Tratar os outros como sujeitos e não como objetos cria a abertura para sinais subtis e informação potencialmente importante, que de outra forma poderia ser perdida.

Já existem diversas técnicas, cujo principal objetivo é criar uma espécie de conhecimento comum/partilhado. A utilização de alguns artefactos como o quadro de utentes, prescrições e/ou quadros brancos pretendem proporcionar um ponto de referência comum e alcançar um conhecimento de grupo. No entanto as equipas não vão criar um conhecimento comum se se inserem numa cultura de medo ou hierárquica, especialmente se a política organizacional e o medo restringirem a quantidade e qualidade do discurso.

A complexidade do ambiente das organizações de saúde requer que os indivíduos e equipas desenvolvam atalhos cognitivos para o senso-comum. O movimento infundável de doentes com necessidades e a crescente pressão do governo e seguradoras para reduzir custos, encorajam um ambiente cognitivo violento. Neste contexto as pessoas confiam em rascunhos e têm pouco tempo para pormenores. Felizmente os rascunhos funcionam na maioria das vezes e quando não funcionam, as consequências habitualmente são ligeiras. No entanto numa minoria dos casos, uma atualização e discussão mais ponderada sobre o diagnóstico e o tratamento proporcionaria uma grande ajuda.

Um dos momentos mais propícios para a criação de um sentido comum é no decorrer da ação. As equipas têm a necessidade distinta de atualizar as suas linhas orientadoras à medida que o tempo passa. No entanto na prestação de cuidados de saúde, a atualização do contexto é realizada de forma rápida e inconsistente. As mudanças de turno são uma das ocasiões onde é aceitável rever e potencialmente alterar a compreensão da situação, como a situação do utente (Nemeth, 2008).

A comunicação eficiente na equipa de saúde é mais que a transmissão precisa de informação. As equipas de cuidados de saúde são grupos socialmente construídos no cruzamento de múltiplas instituições e culturas profissionais, consequentemente existem forças sociais muito poderosas que coagem a forma como estas equipas trabalham em conjunto. Desta forma, ao

estudar-se a comunicação nas equipas de saúde, deve olhar-se tanto para a comunicação como para o contexto envolvente (Nemeth, 2008).

Para que as medidas a implementar nas organizações de saúde, com vista à melhoria da comunicação, sejam sustentáveis é imprescindível que ocorra uma sincronização de esforços a três níveis: a nível individual, a nível da equipa e por fim a nível organizacional, que se especificam de seguida (VQC, 2010).

O nível individual está relacionado com os aspetos inerentes aos fatores humanos. A eficiência da comunicação a este nível é fortemente influenciada pela fadiga e stress dos elementos da equipa, pela personalidade e atitudes, pelos lapsos de memória e pelas distrações e interrupções. Como forma de debelar a influência negativa deste fatores, devem ser desenvolvidas capacidades como a assertividade, a escuta ativa e a negociação.

A assertividade consiste num comportamento assertivo, ou seja um conjunto de comportamentos e atitudes que permitem ao profissional afirmar-se positivamente, não sendo negligente ou agressivo. Por sua vez a escuta ativa está relacionada com o desenvolvimento da capacidade de ouvir e manter a concentração na mensagem que está a receber, evitando distrações. A escuta ativa implica também a manutenção de uma mente aberta às ideias de outros elementos, mesmo que não concorde com estas. Por fim, a negociação atinge-se com o desenvolvimento da autoconsciência, acerca dos vários estilos de comunicação, e da capacidade para dialogar com profissionais de saúde de outras disciplinas, dando valor às diversas perspetivas e gerindo situações em que ocorra conflito.

A sincronização ao nível da equipa é essencial pela grande diversidade de profissionais que compõem as equipas de saúde. Habitualmente existe a suposição que os profissionais de saúde são bons comunicadores, no entanto, verifica-se a falta de treino formal. Numa equipa de saúde, tal como já foi referido anteriormente, encontram-se elementos com diferentes técnicas, experiências e estilos de comunicação, o que pode dificultar a realização de uma comunicação eficiente e consequentemente afetar o seu funcionamento ótimo e a segurança do utente. É por isso importante que os elementos da equipa tenham treino no desenvolvimento de competências de comunicação, o que consequentemente melhora o trabalho de equipa, mais especificamente a nível da moral do pessoal e da satisfação no trabalho e na segurança do utente através da redução da quantidade e tempo dos atrasos relativos ao utente. Uma forma de proporcionar uma melhoria contínua é através do *feedback*



às equipas, ou seja, dar informação construtiva e oportuna com o objetivo de melhorar o desempenho destas.

No que respeita a organização é essencial um compromisso por parte desta, no entanto este compromisso necessita de ser bidirecional, ou seja do topo para a base e da base para o topo (Hughes, 2008). Desta forma a cultura organizacional desempenha um importante papel na facilitação e apoio da comunicação por toda a organização, como por exemplo através de canais de comunicação abertos, transparência e confiança, assertividade e forte liderança, que são fatores importantes na facilitação do fluxo eficiente de informação de qualidade e da partilha de conhecimento. Uma forte liderança organizacional conduz a melhorias de comunicação e da segurança do utente, através da implementação de políticas e procedimentos e na identificação de líderes clínicos que conduzam essas melhorias. De uma forma geral, a comunicação eficiente é apoiada por uma organização que:

- Relaciona de forma clara, comunicação eficiente e trabalho de equipa com a segurança do utente;
- Articula de forma clara as expectativas da organização sobre a forma como a comunicação vai ser conduzida;
- Promove um processo de comunicação que facilita a melhoria contínua da segurança do utente e da qualidade dos cuidados;
- Avalia a atual cultura organizacional de segurança do utente e identifica áreas de melhoria;
- Promove uma cultura de trabalho que valoriza a cooperação, trabalho de equipa, abertura, colaboração, honestidade e respeito por cada um e promove uma comunicação aberta e eficiente;
- Cria um ambiente onde os elementos das equipas se sentem seguros em falar sobre assuntos relacionados com os cuidados ao utente, independente da sua posição;
- Providencia recursos e identifica estratégias de comunicação apropriadas, que garantem que a informação é efetivamente trocada entre as pessoas.

As organizações devem ser capazes de avaliar a prevalência, o contexto e o impacto dos comportamentos, de forma a identificarem potenciais oportunidades para o aperfeiçoamento. Uma avaliação interna permite apontar a seriedade da situação e proporciona pistas de áreas que precisam ser melhoradas (Hughes, 2008).

A abordagem das imperfeições da comunicação que afetam a colaboração, a troca de informação, o reconhecimento e responsabilidade de papéis e que dirigem a responsabilidade pelo cuidado do utente, são componentes-chave de qualquer programa de segurança do utente. Os líderes clínicos e administrativos devem estabelecer, aderir e apoiar as normas de comportamento e conduta, baseadas numa cultura não punitiva e de tolerância zero. Simultaneamente devem ser encorajados comportamentos como o diálogo aberto, as reuniões de equipa pré e pós-operatórias e a criação de comissões interdisciplinares que discutem áreas problemáticas (Hughes, 2008).

Os líderes desempenham também um papel essencial na nivelção da hierarquia, criando familiaridade entre os elementos da equipa, o que por sua vez promove o sentimento de segurança destes, na participação e manifestação das suas preocupações. No entanto se os líderes da organização e/ou das equipas forem autoritários, vão reforçar os gradientes da hierarquia e criar um risco desnecessário. A falta de comunicação padronizada e procedimentos em medicina, aumentam a importância das organizações investirem na criação de um modelo mental comum, caso contrário há uma capacidade limitada de prever e monitorizar o que é suposto ocorrer (Leonard, Graham e Bonacum, 2004).

### **3.3. A Comunicação nas Equipas de Saúde e a Aviação**

Já anteriormente foi referido que alguns autores consideram que as organizações de saúde se devem inspirar em outras indústrias de elevado risco, mas de alta fiabilidade. Tal é o caso da indústria da aviação, especialmente no que respeita às técnicas de comunicação utilizadas e ao treino das suas equipas. Pretende-se desta forma reduzir o risco da ocorrência de erros, especialmente os relacionados com a comunicação.

Na aviação, mais especificamente na cabine de comando dos aviões, constata-se que algumas características da sua comunicação eficiente parecem aplicar-se ao ambiente da prestação de cuidados de saúde, quer seja pela pressão temporal e a ambiguidade do serviço de urgência ou pelo trabalho programado, mas dinâmico de uma sala de operações.

A comunicação na aviação serve de exemplo para a comunicação na prestação de cuidados de saúde a diversos níveis, através da utilização e criação de um modelo mental partilhado; da construção de um clima positivo na equipa através de *briefings*; na monitorização de ameaças e erros; da utilização de linguagem explícita e eficiente e da padronização da comunicação (Nemeth, 2008).

A construção do modelo mental partilhado permite à equipa lidar com situações inesperadas, uma vez que os elementos da equipa comunicam para construir um modelo partilhado da situação emergente e de como lidar com esta. Apenas se todos os participantes partilharem o modelo é que serão capazes de contribuir de forma eficiente para o objetivo comum.

A implementação de *briefings*, que são conduzidos por elementos seniores, asseguram que todos os elementos da equipa compreendem o seu papel e se sentem confortáveis ao dar as suas contribuições, que podem ser críticas para a segurança do utente e para o sucesso do tratamento. Desta forma é possível estabelecer-se um clima positivo na equipa, onde o líder pode transmitir que não é invencível, criando assim, um clima aberto e produtivo. Este aspeto pode ser desafiador no contexto dos cuidados de saúde, uma vez que alguns estudos revelam que os elementos seniores encaram os *briefings* como algo de pouca importância, ao contrário dos elementos juniores (Nemeth, 2008).

Outros autores, para além do *briefing*, sugerem a realização de *debriefing*, que consiste no processo de reservar alguns minutos após um procedimento, ou no final do dia, para avaliar o que a equipa fez corretamente, quais foram os desafios e quais as diferentes ações a adotar numa situação futura. É uma grande oportunidade de aprendizagem coletiva e pessoal, enquanto os eventos ainda são recentes (Leonard, Graham e Bonacum, 2004).

Para além da criação de um clima positivo, os *briefings* permitem definir o cenário para uma monitorização eficiente da prevenção de problemas, erros ou condições que podem comprometer o bem-estar do utente. Enquanto o líder cria um ambiente positivo através dos *briefings*, os restantes elementos da equipa também devem aprender formas apropriadas para chamar a atenção dos elementos seniores sobre determinados problemas. Formas de chamar essa atenção podem passar por ser o mais específico que a situação o permite, apontar problemas, sugerir soluções e justificar as preocupações.

A utilização de uma linguagem explícita e eficiente reduz o peso mental da mensagem no recetor e previne a ocorrência de erros. Estes fatores são de grande preocupação em situações com elevada carga de trabalho, onde as interrupções são frequentes. O grau em que cada um tem de ser explícito depende do nível e tipo de experiência do recetor. Igualmente importante é o nível de incerteza da situação do utente (Leonard, Graham e Bonacum, 2004).

Aliada à utilização de uma linguagem explícita e eficiente está a padronização da comunicação. Habitualmente este aspeto não é da responsabilidade dos indivíduos ou das

equipas, mas sim da organização. Ao estabelecer procedimentos sistematizados, a indústria da aviação criou um ambiente onde os elementos da tripulação, que são estranhos, podem entrar numa cabine de voo e pilotar um avião em segurança.

Ainda no que concerne à linguagem, a indústria da aviação criou uma linguagem crítica, adaptada do programa CUS da United Airlines, que se tem revelado muito eficiente. Foi criada a expressão “*I’m concerned, I’m uncomfortable, this is unsafe*”, que na cultura adotada significa “temos um problema sério, pare e ouça-me”. Esta capacidade de conseguir que os elementos da equipa parem e ouçam é essencial para a prestação de cuidados seguros, especialmente num ambiente hierárquico como a medicina, onde pode ser difícil falar abertamente sobre preocupações. Adicionalmente, as distâncias de poder, a falta de segurança psicológica, as normas culturais e a incerteza do plano de ação, complicam a situação. A linguagem crítica cria um acordo comum no modelo de comunicação, que ajuda a evitar a tendência de falar indiretamente e com deferência (Leonard, Graham e Bonacum, 2004 e Nemeth, 2008).

### **3.4. A Transmissão de Informação Durante a Transição da Equipa de Saúde**

A continuidade da prestação de cuidados de saúde ao utente, de forma eficiente e segura, está totalmente dependente da existência de mecanismos de comunicação eficientes, entre os elementos da equipa de saúde. Os mecanismos de comunicação têm especial relevância quando ocorrem as rendições entre os elementos da equipa. O fenómeno das rendições, sejam estas médicas, de enfermagem, ou outras, são imprescindíveis para uma prestação contínua de cuidados seguros, especialmente quando estes são necessários continuamente ao longo das vinte e quatro horas. Como tal as rendições dos elementos cuidadores do utente, podem ocorrer em diversos cenários, como por exemplo na admissão do utente nos cuidados primários, nos relatórios de mudança dos turnos de enfermagem, no relatório de enfermagem aquando da transferência do utente entre unidades, nos relatórios da anestesia para a equipa da sala de recobro pós-operatório, na comunicação da equipa do departamento de urgência com o serviço que vai receber o utente e na alta deste para casa ou para outra instituição (The Joint Comission, Joint Comission Internacional e World Health Organization, 2007).

Desta forma um dos objetivos centrais da rendição de um elemento ou equipa é a transmissão ao elemento recetor, do conhecimento que o irá apoiar na prestação de cuidados de saúde eficientes e seguros. No entanto as equipas de saúde confrontam-se frequentemente com a existência de pressão em termos de tempo, o que pode limitar parte do que vai ser transmitido.

A rendição de elementos da equipa de saúde envolve a transmissão tanto de factos isolados sobre o utente, como também de factos sobre o tipo de utente e a forma como os eventos se estão a desenvolver – desenvolve a construção do modelo mental do caso. Uma vez que os eventos futuros podem ser difíceis de prever, estas impressões gerais organizadas no modelo mental construído, podem desempenhar um papel importante na condução das respostas do elemento recetor, a um evento que não poderia ser explicitamente identificado durante a passagem de turno.

A rendição dos elementos da equipa de saúde pode então ser definida como a transferência de responsabilidade profissional da prestação de cuidados de saúde a um utente, ou grupo de utentes, para outra pessoa ou grupo profissional de forma temporária ou permanente. Após o momento de rendição, o elemento recetor assume a responsabilidade da prestação de cuidados ao utente ou grupo de utentes (Jorm, White e Kaneen, 2009 e Patterson e Wears, 2010).

Pode-se assim afirmar que o principal objetivo da comunicação durante a substituição do profissional de saúde é garantir a continuidade da prestação de cuidados de saúde seguros, através da disponibilização da informação precisa sobre um utente, no que concerne aos seus cuidados de saúde, tratamentos e serviços, a sua condição atual e todas as alterações recentes ou previstas. Para que a informação transmitida durante a rendição dos elementos da equipa, cumpra as suas funções, é essencial que seja concisa e vá de encontro aos objetivos da segurança do utente.

A transmissão de dados e do modelo mental do caso, implica que a diversidade de indivíduos que participam numa passagem de turno possa afetar profundamente a dinâmica da interação, o que por vezes pode criar grandes desafios. Foram assim construídas três combinações diferentes da forma como os elementos da equipa podem compreender o utente (Strople e Ottani, 2006):

1. A continuidade da transferência do utente entre elementos da equipa com experiência e treino semelhantes, em que ambos são familiares com o caso do utente. Neste género de rendição, os dois elementos partilham o modelo mental do caso. Frequentemente a troca de informações pode ser breve ou limitada a detalhes importantes no desenvolvimento do utente, dentro de um contexto partilhado e mais alargado;
2. Uma transferência nova do utente entre elementos com experiência e treino semelhantes. Neste caso ambas as partes têm elevada experiência, utilizando

terminologias e práticas de trabalho comuns, o que serve de recurso para criar um modelo mental que o elemento recetor ainda não possui;

3. Uma transferência de um utente novo entre unidades distintas e entre elementos com experiência e treinos distintos, como por exemplo, a transferência de um utente do serviço de urgência para uma enfermaria. Nesta passagem podem ocorrer diferenças significativas na terminologia e práticas de trabalho entre os dois elementos, o que pode tornar desafiante a criação de um modelo mental apropriado, no elemento recetor. Também pode haver menos oportunidade para comentários, à medida que o historial clínico do utente se desenvolve, limitando as oportunidades para a melhoria da passagem de informação.

Os momentos de transição de equipas de saúde têm outras funções para além da transmissão de informação sobre o utente. Têm também uma função social e de aprendizagem, que se desenvolvem através da partilha de experiências entre os elementos da equipa e da promoção da socialização entre os elementos mais novos e os elementos seniores, tanto no que concerne às normas institucionais como de grupo. Estes momentos têm particular relevância no processo de aprendizagem de alunos, pois nestas alturas eles são confrontados com a relação existente entre diagnósticos e tratamentos.

A comunicação clara e eficiente do conteúdo de uma rendição pode ser complicada por questões linguísticas. De uma forma geral há três categorias de problemas relacionados com a linguagem: a ambiguidade, a gíria desconhecida e os problemas relacionados com a existência de uma segunda língua. A ambiguidade da linguagem numa passagem de informação surge com a utilização de termos não-médicos imprecisos ou subjetivos, o que pode resultar em confusão na melhor das hipóteses e em eventos adversos no pior cenário. A utilização de termos ambíguos referentes aos utentes também pode desafiar a comunicação na transição de elementos da equipa. A utilização de identificadores como o número da cama, o número do quarto e mesmo o nome dos utentes, pode tornar-se numa fonte de confusão (Chassin e Becher, 2002).

Tal como a diversidade da linguagem e dos elementos que interagem, que já foi referido em capítulos anteriores, a transmissão de informação durante a substituição do elemento da equipa de saúde, ocorre através de um canal ruidoso, ou seja está sujeita a ruído de fundo, interrupções, excesso de informação, linguagem ambígua, deficiências do discurso ou da audição e diferenças culturais. Tendo em conta os distúrbios que podem ocorrer durante a

transmissão de informações, este torna-se um processo de risco, pois as decisões clínicas vão ser realizadas com dados em falta ou imprecisos (Patterson e Wears, 2010).

Através da análise aos eventos sentinela reportados à Joint Commission dos Estados Unidos da América, foi constatado que as quebras de comunicação foram as principais causas dos eventos sentinela, entre 1995 e 2006 (The Joint Commission, Joint Commission Internacional e World Health Organization, 2007).

Uma forma de reduzir a quebras de comunicação, especialmente durante a transição de elementos da equipa de saúde, é através da redução das interrupções. É assim possível melhorar a transmissão de informação, pela redução do ruído de fundo no canal de comunicação e também pela redução da perda de memória, tanto do elemento que vai sair como do que está a chegar (Patterson e Wears, 2010).

A transmissão de informação específica sobre o utente pode ocorrer em diversos formatos, destacando-se a transmissão verbal, que tem lugar num local determinado, a transmissão por gravação áudio e a transmissão escrita, onde o elemento que chega tem acesso à informação para verificar as informações essenciais. Numa transição de cuidados habituais, o tipo de transmissão mais frequente é através da comunicação verbal complementada com a escrita (Sexton, [et al.], 2004 e Kerr, 2002).

Frequentemente a transmissão de informação verbal é conduzida pessoalmente, onde o recetor pode ou não tirar notas de referência para o seu turno. Alguns grupos têm um livro ou pasta de passagens de informação, permitindo às equipas deixar notas sobre os utentes. Neste caso poderá não ocorrer qualquer contacto verbal. Gradualmente têm sido criadas folhas pré-preparadas para as mudanças de turno, que contêm informação sobre todos os utentes de determinada equipa, no entanto este processo consome mais tempo e esforço (Bhabra, [et al.], 2007).

A análise da comunicação entre profissionais de saúde, durante a transição de cuidados, tem apontado diversas causas para a ocorrência de falhas. Em parte, os problemas com as passagens de informação são causadas 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. Para além disso, enquanto a especialização dos profissionais de saúde pode melhorar o tratamento médico, a

especialização também significa que há mais pessoas e unidades envolvidas nos cuidados ao utente, o que pode complicar a comunicação (The Joint Commission, Joint Commission Internacional e World Health Organization, 2007 e Sexton, [et al.], 2004).

Relativamente ao conteúdo do que é transmitido durante as transições de equipa, foi constatado que a informação centra-se maioritariamente no que foi realizado e não no que se planeia fazer, como é constatado pelo facto de que em apenas um por cento das rendições de enfermagem foi realizada referência ao plano de cuidados do doente, em parte porque os planos não são atualizados. Para além disso foi constatado que aproximadamente vinte a trinta por cento da informação referida durante as atualizações de informação, não está documentada no processo clínico. (Sexton, [et al.], 2004 e Patterson e Wears, 2010).

O impacto de passagens de informação aquém do ideal, inclui eventos adversos, atrasos no diagnóstico e no tratamento médico, comunicação redundante, repetição de atividades tais como procedimentos ou exames auxiliares de diagnóstico, baixa satisfação do prestador de cuidados e do utente, aumento dos custos, internamentos mais prolongados, aumento do número de admissões e readmissões hospitalares evitáveis e treino ineficiente para as equipas de prestação de cuidados de saúde. Estas falhas causam perda de tempo, criam tensão nos recursos dos cuidados de saúde e causam prejuízo aos utentes (Jorm, White e Kaneen, 2009 e Sexton, [et al.], 2004).

É vital que os profissionais de saúde reconheçam que os momentos de transição de cuidados são situações de elevado risco e que é um elemento do seu trabalho essencial na prestação de cuidados seguros e de qualidade ao utente. A consciência que uma boa transição de cuidados exige compreensão do seu objetivo, liderança, tempo destinado, uma abordagem sistematizada e um ambiente clínico de apoio, irá permitir a redução de erros, danos e lapsos na continuidade dos cuidados. No entanto verifica-se que é frequente ocorrer complacência com as atuais práticas e pouco reconhecimento da natureza de elevado risco das transições de cuidados (Jorm, White e Kaneen, 2009).

Um dos desafios para os profissionais de saúde é a decisão sobre qual a informação a transmitir ao colega. Em alguns casos os elementos que são rendidos têm tendência para transmitir informação em excesso, enquanto noutros casos partilham informação insuficiente, irrelevante, desnecessária ou omitem aspetos importantes (Jorm, White e Kaneen, 2009).



As transições de cuidados habitualmente falham na existência de uma estrutura formal, que é agravada pela falta de linhas orientadoras para o profissional que está a realizar o relatório. Como tal a informação apresentada pode ser irrelevante, repetitiva, especulativa ou contida noutras fontes de informação. O tempo despendido na transição de informação pode ser desperdiçado se não for fornecida informação relevante ao enfermeiro que está a chegar. Quando o tempo é ocupado na transmissão de informação irrelevante, esse tempo poderia ser utilizado na prestação de cuidados que o utente necessita.

Apesar de ser um processo de alto risco, a transmissão de informação na transição de turnos, não é um procedimento científico, pois a maioria dos profissionais aprende a técnica pela observação de pares não especializados, não tendo treino na transmissão de informação. Estes fatores tornam a transmissão de informação num procedimento não científico, baseado num comportamento repetitivo e sem garantia de resultados (Eaton, 2010).

Documentos e sistemas de informação podem estruturar as transições de equipas, de algumas formas. Servem de auxiliares de memória e captam alguns detalhes da passagem de informação para uso subsequente, no entanto podem causar efeitos negativos como o aumento da exaustão cognitiva. Por essa razão diversos autores têm proposto técnicas de sistematização da comunicação entre elementos da equipa de saúde.

A World Health Organization sugere que as organizações de saúde implementem a sistematização da comunicação nas rendições entre elementos da equipa de saúde, na troca de turnos e entre diferentes unidades do percurso de transferências do utente. Alguns elementos sugeridos são a utilização da técnica SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*); a alocação de tempo suficiente para comunicar informações importantes e para os elementos da equipa questionarem e responderem a perguntas, sem interrupções e sempre que possível; providenciar informação sobre o utente, no que respeita a sua condição, a medicação, os planos de tratamentos, as diretivas antecipadas e qualquer alteração significativa na sua condição e limitar a troca de informação ao que é necessário para providenciar cuidados seguros ao utente. Para além disso a comunicação deverá ocorrer frente-a-frente, ser precisa e inequívoca (The Joint Commission, Joint Commission Internacional e World Health Organization, 2007).

A organização, ao implementar técnicas de sistematização da comunicação, deve ter em atenção que estas devem ser flexíveis. Apesar do conceito de sistematização flexível parecer contraditório, equipas de investigação descobriram que tanto a normalização como a

flexibilidade são essenciais. Tal pode significar a implementação de uma técnica com um conjunto de dados mínimo como SBAR, permitindo no entanto a personalização, o que assegura as necessidades do contexto clínico local (Jorm, White e Kaneen, 2009).

Tem-se demonstrado de vital importância a existência de uma linguagem comum para comunicar informações críticas. A integração de técnicas, como o SBAR podem proporcionar um quadro de sistematização da informação para a transmissão de informações do utente durante as rendições. A racionalização e normalização dos relatórios de passagens de turno podem estimular o pensamento crítico, assim como minimizar o tempo despendido para cada utente. A técnica de reler é outra estratégia eficiente, utilizada nas transições de equipas, onde o recetor escreve a informação e lê de volta para o emissor, de modo a obter a confirmação de que interpretou corretamente a mensagem (The Joint Commission, Joint Commission Internacional e World Health Organization, 2007).

### **3.4.1. Situation Background Assessment Recommendation**

Como forma de debelar falhas de comunicação verbal, entre profissionais de saúde, foi criado um modelo de comunicação verbal, que tem sido implementado com sucesso nos Estados Unidos da América, no Reino Unido e na Austrália. O *Situation Background Assessment Recommendation* (SBAR) pretende neutralizar as barreiras de comunicação que possam existir entre profissionais de saúde e criar um modelo de informação comum a todos.

O método SBAR tem a sua origem na U.S. Navy, onde foi desenvolvido para ser utilizado na comunicação dos submarinos nucleares. Posteriormente em 2002, uma equipa do *Hospital Kaiser Permanente* adaptou a utilização do SBAR à área clínica, como forma de sistematizar a comunicação entre clínicos.

A divulgação e implementação do SBAR ganha maior ênfase como resposta ao facto, de em 2006 a *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations* ter introduzido um novo requerimento: melhorar a comunicação efetiva entre profissionais de saúde. Este requerimento associa-se ao *Safety Goal 2* do *Joint commission's National Patient Safety Goals*, onde foi estabelecido que as organizações de saúde devem implementar uma abordagem normalizada na transmissão de comunicação, incluindo a oportunidade de colocar e responder a questões (Haigh, Sutton e Whittington, 2006).

A metodologia SBAR foi primeiramente criada com o intuito de estabelecer uma conversa sistemática entre enfermeiros e médicos, na situação específica decorrente de um contacto

telefónico. Posteriormente este método de comunicação foi disseminado para a comunicação presencial, entre profissionais de saúde de várias disciplinas.

Algumas das razões para o sucesso da utilização do SBAR estão relacionadas com a sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de ser adaptado a diferentes realidades.

O acrónimo SBAR foi criado para ajudar os profissionais a ter presente a estrutura da informação a transmitir, passando-se a explicitar (Iyer, 2006):

- **Situation** (Situação): o profissional inicia o contacto com outro profissional de saúde, identificando-se, referindo o seu nome, o serviço de onde está a ligar, o nome e o número da cama/quarto do utente e a razão pela qual iniciou o contacto. Nesta fase ocorre uma descrição do que está a acontecer ao utente.
- **Background**: nesta fase o profissional que iniciou o contacto inclui a informação relevante e específica da situação, como por exemplo o diagnóstico do utente, o seu estado mental, valores dos sinais vitais, queixas e resultados da sua avaliação física.
- **Assessment** (Avaliação): esta fase da comunicação permite ao profissional a oportunidade de partilhar a sua análise da situação. Caso seja uma situação pouco clara, o profissional pode tentar isolar o problema e descrever a seriedade do problema. Esta etapa pode constituir um verdadeiro desafio para alguns profissionais, pois estimula e incentiva as suas capacidades de pensamento crítico.
- **Recommendation** (Recomendação): na etapa final da comunicação o profissional que inicia o processo declara o que considera que ajudaria à resolução da situação ou qual é a resposta esperada.

O *St. Joseph Medical Center* iniciou a utilização do SBAR, tanto na comunicação verbal, como na escrita e apurou que a comunicação melhorou a segurança do utente, através da transmissão da informação de uma forma mais clara e precisa. Verificou também que ocorreram menos incidentes relativos à perda de informação (Haigh, Sutton e Whittington, 2006).

#### 4. OS HOSPITAIS E AS ORGANIZAÇÕES ALTAMENTE FIÁVEIS

O *Institute of Medicine* e a Organização Mundial de Saúde, entre outros, têm enfatizado a urgência de transformar os hospitais em locais onde cada utente recebe sempre cuidados de saúde, de elevada qualidade. No entanto este objetivo tem sido difícil de atingir, tendo os líderes hospitalares identificado a necessidade de alterar os sistemas e processos, de forma a obter maior segurança em relação aos níveis atuais. Para tal, os líderes hospitalares decidiram observar empresas, que apesar de não pertencerem à indústria da saúde, são conhecidas pelos seus elevados níveis de fiabilidade (“*High Reliability Organizations*”; HROs), como é o caso da indústria do controlo de tráfego aéreo (Hines [et al.], 2008).

As organizações altamente fiáveis são assim, organizações cujos sistemas são excepcionalmente consistentes na concretização dos seus objetivos, evitando simultaneamente potenciais erros catastróficos (Hines [et al.], 2008).

Uma organização altamente fiável, de sucesso, é aquela que gere o inesperado com o seu esforço para agir com uma “inteligência ativa” (“*mindfully*”). Desta forma a organização deteta atempadamente um acontecimento inesperado e trava o seu desenvolvimento. No caso de a organização não conseguir parar a progressão do evento inesperado, esta vai tentar controlá-lo. Na hipótese de não ser possível conter esse evento, o foco é na restauração do funcionamento do sistema. Desta forma a organização tem a capacidade de analisar sinais de fraqueza e elaborar respostas fortes (Weick e Sutcliffe, 2001).

A gestão através de uma inteligência ativa apresenta cinco conceitos específicos, que se passam a especificar (Weick e Sutcliffe, 2001):

- Preocupação com a falha: as HRO’s identificam rapidamente anomalias e problemas nos seus sistemas, de forma a eliminar potenciais erros. Cada lapso é tratado como um sintoma de que existe um problema com o sistema e que pode ter consequências severas, se pequenos erros coincidirem num mesmo momento. Para que tal seja possível, o relato de erros é encorajado;
- Relutância para simplificar interpretações: as HRO’s têm consciência que o seu trabalho é complexo e não aceitam soluções simples para desafios que confrontam complexidade e adaptação de sistemas. A relutância na simplificação baseia-se no facto, assumido por estas organizações, que o mundo é complexo, instável,

imprevisível e desconhecido. Desta forma as organizações centram-se principalmente no que desconhecem, uma vez que os erros e lapsos são resultado do desconhecido;

- Sensibilidade às operações: as organizações altamente fiáveis prestam muita atenção à primeira linha, onde o trabalho é realizado. As HRO's centram-se em conhecer o seu panorama atual, desta forma, as pessoas desenvolvem uma consciencialização situacional, conseguindo realizar ajustes constantes que permitem a prevenção e acumulação de erros. Assim as anomalias são detetadas e isoladas.
- Resiliência: a resiliência resulta da combinação entre a contenção dos erros e a improvisação de soluções alternativas, que mantenham o sistema a funcionar. Para tal é essencial ter um conhecimento profundo da tecnologia, do sistema, dos colaboradores e dos materiais;
- Deferência com a *expertise*: na cultura organizacional das HRO's, os colaboradores e líderes submetem-se à pessoa que possui o conhecimento mais relevante para a situação com que se confrontam. Ou seja, o superior hierárquico não é necessariamente a pessoa que tem a informação relevante para dar resposta a uma crise.

É importante que os hospitais procurem tornar-se organizações altamente fiáveis, pois a carência de confiança contribui para a ocorrência de erros médicos, redução da qualidade e ineficiências. Gradualmente têm procurado tornar-se organizações mais fiáveis de forma a prestar os cuidados realmente necessários aos seus utentes e a competirem no seu ambiente externo (Hines [et al.], 2008).

## **5. METODOLOGIA**

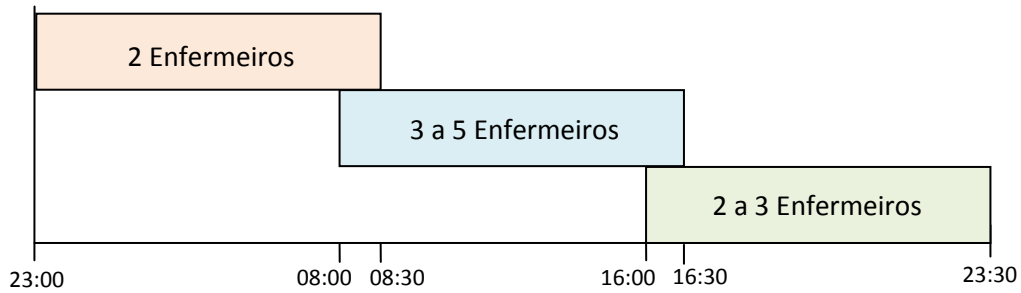
A metodologia de um estudo pretende garantir a objetividade e o rigor científico, mediante o desenvolvimento de um certo número de etapas e regras que permitem chegar a determinados objetivos de forma mais fidedigna. Segundo Fortin (2009) é na fase metodológica que o investigador determina os métodos que utilizará para obter respostas às questões de investigação colocadas e às hipóteses formuladas.

Este capítulo tem como finalidade descrever o método utilizado para a resolução do problema encontrado, através da definição das etapas e técnicas operacionalizadas. Desta forma ao longo do capítulo ir-se-á proceder à caracterização do desenho do estudo, que permitirá a recolha e tratamento dos dados. É assim assegurada a fiabilidade e a qualidade dos dados.

### **5.1. Tipo de Estudo e Objetivos**

O estudo desenvolvido adota uma abordagem quantitativa e classifica-se como um estudo de caso, com recurso ao método descritivo-correlacional. A opção pelo tipo de estudo a realizar prende-se com o facto de se pretender efetuar uma investigação aprofundada de um fenómeno, especificamente das práticas de passagem de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica, de um hospital português. Através da utilização do método descritivo ambiciona-se apreender o assunto em estudo, de modo a transmitir toda a sua complexidade de forma narrativa (Fortin, 2009).

A rendição entre equipas de saúde é um fenómeno que ocorre diversas vezes por dia e entre diferentes equipas. As falhas de informação que possam ocorrer durante os momentos de rendição, podem originar falhas e/ou atrasos no tratamento aos utentes, conduzindo à ocorrência de eventos adversos, tal como já foi anteriormente referido no enquadramento teórico deste trabalho. No caso específico das rendições da equipa de enfermagem, numa enfermaria cirúrgica de um hospital português, estas ocorrem de modo formal, três vezes por dia, excluindo as transferências de utentes entre serviços e as rendições informais, como por exemplo, no horário da refeição. Durante cada rendição de turno de enfermagem, na enfermaria acima referida, estão presentes entre quatro a oito enfermeiros, incluindo enfermeiros com funções de gestão e de prestação direta de cuidados (Ilustração 1).



**Ilustração 1: Diagrama da distribuição do número de enfermeiros por turnos e respetivo horário, numa enfermaria cirurgica de um hospital português.**

A transmissão da informação referente aos utentes internados é realizada pelos enfermeiros responsáveis por estes, uma vez que na enfermaria em causa se utiliza um método de trabalho individual. Desta forma a informação relativa aos utentes é fornecida pelo profissional que esteve responsável pelos cuidados de saúde prestados.

O momento de transição das equipas de enfermagem, no que concerne à prestação de cuidados e respetiva responsabilidade, será também denominado por passagem de turno, pois é o termo habitualmente utilizado pelos profissionais da área. Pretende-se assim facilitar a compreensão e promover a familiaridade dos leitores e dos participantes com o objeto de estudo. Durante o desenvolvimento deste trabalho de investigação, considerou-se a definição de passagem de turno, já anteriormente referida: a rendição dos elementos da equipa de saúde é definida como a transferência de responsabilidade profissional da prestação de cuidados de saúde a um utente, ou grupo de utentes, para outra pessoa ou grupo profissional de forma temporária ou permanente. Após o momento de rendição, o elemento recetor assume a responsabilidade da prestação de cuidados ao utente ou grupo de utentes (Jorm, White e Kaneen, 2009 e Patterson e Wears, 2010).

Este trabalho pretende assim, atingir o seguinte objetivo geral:

- Analisar e caracterizar as atuais práticas de passagem de turno de enfermagem, numa enfermaria cirúrgica, de um Hospital português;

Como objetivos específicos também a alcançar, foram especificados os seguintes:

- Conhecer a perceção dos enfermeiros, sobre práticas de passagem de turno, numa enfermaria cirúrgica, de um Hospital português;
- Identificar a presença de fatores condicionantes da comunicação, durante a passagem de turno, numa enfermaria cirúrgica, de um Hospital português;

- Descrever a informação transmitida durante o processo de passagem de turno, numa enfermaria cirúrgica, de um Hospital português.

## 5.2. Questões e Hipóteses de Investigação

A problemática referente à comunicação durante a transição de equipas de enfermagem, na enfermaria em estudo, já tinha sido identificada como um foco de atenção pelos dirigentes do serviço em causa, pelo que quando contactados, este foi referido, de imediato, como um assunto a abordar pelos dirigentes do serviço, nomeadamente pelo Sr. Diretor de Serviço e pela Sra. Enfermeira Chefe da respetiva enfermaria cirúrgica.

Esta problemática surge pela falta de linhas orientadoras, no que concerne à comunicação na rendição entre enfermeiros. Existe uma norma institucional, datada de 2011, no entanto quando analisada, esta norma revela-se muito vaga, não sendo aplicada no serviço em causa.

Foi assim iniciado o processo de investigação, tendo surgido de imediato a necessidade principal de perceber a dinâmica das rendições de enfermagem entre turnos, vulgarmente denominadas de passagens de turno. Surgiram assim as seguintes questões de investigação:

- As práticas de passagem de turno, na enfermaria cirúrgica de um Hospital português são eficientes?
- Existem diferenças entre a perceção dos enfermeiros e os factos observados sobre as práticas de passagem de turno numa enfermaria cirúrgica, de um Hospital português?

Emergem assim as seguintes hipóteses de investigação:

**H<sub>1</sub>:** As rendições da equipa de enfermagem, de uma enfermaria cirúrgica pertencente a um Hospital português, têm características consideradas como boa prática;

**H<sub>2</sub>:** As perceções dos enfermeiros que prestam cuidados na enfermaria cirúrgica de um hospital português, sobre a transição das equipas de enfermagem, são coincidentes com os factos observados.

## 5.3. Desenho do estudo

O início deste trabalho, após a identificação da problemática em estudo e definição dos objetivos a atingir, envolveu a realização de pesquisa bibliográfica. Após esta etapa, foi efetuada uma reflexão sobre quais as estratégias a adotar para atingir os objetivos propostos e responder às questões de investigação, tendo-se considerado que a melhor abordagem seria



através da aplicação de um questionário aos enfermeiros que exercem funções no serviço em estudo e complementar a informação obtida através dos questionários com a gravação audiovisual dos momentos de transição entre as equipas de enfermagem.

Relativamente à construção do questionário, durante a pesquisa bibliográfica, não foi encontrado nenhum inquérito validado para a população portuguesa, referente à percepção dos enfermeiros sobre a comunicação na transição de cuidados. Foi então necessário criar um questionário através da adaptação de um já existente e validado em populações estrangeiras, nomeadamente a australiana. Para tal foi utilizado o questionário criado por O'Connell, MacDonald e Kelly (2008) (Anexo I). Na adaptação do questionário optou-se por uma escala de Likert com quatro categorias. A decisão por eliminar a categoria “indeciso” ou “neutro” passa pelo facto de as respostas nestas categorias serem difíceis de interpretar, se os sujeitos escolherem esta resposta em grande número, o que também pode reduzir a possibilidade de diferenciação entre os dados (Burns e Grooves, 1993, citados por Fortin, 2009). O questionário é formado por duas secções. A primeira diz respeito à caracterização sociodemográfica da amostra e a segunda secção é referente à percepção dos enfermeiros sobre a passagem de turno (Anexo II).

O pré-teste foi aplicado a uma amostra de sete enfermeiros, que desempenham funções num setor diferente ao do local de estudo. A amostra do pré-teste representa vinte por cento da população em estudo. Na realização do pré-teste foi efetuada a caracterização sociodemográfica da amostra (Anexo III) e realizada a análise das qualidades métricas do instrumento, através da análise de sensibilidade dos itens e da consistência interna da escala (Anexo IV). Foi efetuada a inversão dos valores nas perguntas número três “A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar”, número dez “A informação transmitida é subjetiva”, número onze “É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados”, número treze “Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes”, número catorze “A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço”, número dezasseis “É importante poder avaliar o doente durante as passagens de turno”, número dezassete “É benéfico realizar a passagem de turno junto do doente”, número dezoito “Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes”, número dezanove “Sinto que há informação importante que não é transmitida”, vinte “Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente”, número vinte e dois “Conheço o procedimento multissectorial da instituição

para a realização da passagem de turno”, número vinte e três “Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso” e número vinte e quatro “É importante reformular a estrutura das passagens de turno”. Após a inversão dos valores obteve-se um Alfa de Cronbach de 0,853 (Tabela 1), não se tendo eliminado nenhum dos itens.

**Tabela 1: Alpha de Cronbach do questionário, pré-teste**

Alpha de Cronbach	Número de Itens
,853	24

Para além da aplicação do questionário, foram realizadas observações, com recurso ao registo audiovisual. Realizaram-se quinze observações, correspondendo a um total de seiscentos e setenta minutos de gravações. Foi estabelecido como critério de exclusão para as filmagens das passagens de turno de enfermagem, o facto de a investigadora ser participante das mesmas e aquelas em que o facto de se estar a proceder a gravação vídeo, se tornasse claramente um fator causador de interferências. As gravações contaram com a participação de vinte e dois enfermeiros do serviço em estudo.

Foi elaborado pela investigadora um guia de observação, a ser aplicado durante e após o registo audiovisual das passagens de turno (Anexo V). O guia foi elaborado tendo como referências o modelo de comunicação *SBAR* (Haigh, Sutton e Whittington, 2006), o *Handover Quality Form* (Manser et al, 2010) e as barreiras para a realização de uma transição de cuidados eficiente (Riesenber, Leitzsch e Cunningham, 2010). Após a conceção, a grelha foi submetida a uma primeira observação, tendo sido reformulada para a sua versão final. Paralelamente foi construído um guia com as instruções para o preenchimento da grelha de observação (Anexo VI). Esta última foi testada por um segundo observador, tendo-se obtido um grau de concordância de 82,93%. De acordo com Fagundes (2008), deve ser considerado confiável, um índice de concordância entre os observadores, superior a 70%.

O guia de observação é constituído por três categorias, que se passam a especificar: “Informações Gerais” que permite contextualizar o momento da passagem de turno e as funções dos enfermeiros participantes; na categoria “Descrição da Informação Verbal Transmitida” pretende-se descrever a informação transmitida, relacionada com os utentes internados. Por fim, a categoria “Presença de Barreiras de Comunicação” permite avaliar a

presença ou ausência de fenómenos que podem comprometer o processo de comunicação durante as passagens de turno.

O registo audiovisual foi realizado durante os meses de Agosto e Setembro de 2013 e recorreu-se a uma câmara de vídeo Sony DCR-TRV14E e uma câmara Samsung SMX-K44BP.

#### **5.4. Seleção e Caracterização da Amostra**

A população do estudo é constituída pelos enfermeiros que exercem funções numa enfermaria cirúrgica, pertencente a um hospital português. Na referida enfermaria, até à data do estudo, exerciam funções trinta e cinco enfermeiros, na prestação direta de cuidados ou com funções de gestão. Foram integrados no estudo, trinta e três enfermeiros (94%), sendo que não foi possível integrar os restantes dois (6%) por motivo de licenças dos mesmos. Foram entregues trinta e três questionários, tendo sido obtida uma taxa de resposta de cem por cento.

Para a realização do registo audiovisual das passagens de turno, foi utilizada uma amostra não probabilística com recurso ao método de amostragem acidental, na medida em que os elementos que a compõem são escolhidos de acordo com a sua presença num determinado local e num dado momento (Fortin, 1999).

No total participaram nas passagens de turno registadas, vinte e três enfermeiros, o que corresponde a 65,7% da população.

#### **5.5. Procedimentos Formais e Éticos e Conflito de Interesses**

A fim de respeitar os procedimentos formais e éticos, foi pedida autorização à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., tendo-se obtido um parecer favorável (Anexo VII). Ao longo do percurso de investigação foi criada a necessidade de realizar alguns ajustes no trabalho de investigação, centrando a investigação no processo de comunicação das passagens de turno e alterando os instrumentos de colheita de dados. Todas estas alterações obtiveram o consentimento do Sr. Diretor do Serviço e Orientador deste trabalho e da Sra. Enfermeira Chefe, do serviço.

Adicionalmente foi obtido consentimento informado de todos os enfermeiros intervenientes no processo de registo audiovisual das passagens de turno (Anexo VIII), tendo-lhes sido explicada a hipótese de desistir da sua participação no estudo a qualquer momento.

O facto de a mestranda, durante a realização do estudo, exercer um duplo papel de colega de trabalho e responsável pelo estudo, poderá ter gerado um conflito de interesse pessoal, uma vez que a mestranda tirou como contrapartida a participação dos enfermeiros na investigação e a consequente obtenção de dados para o desenvolvimento da dissertação. No entanto, não se considera que este conflito de interesse tenha interferido com o decorrer ou resultados do estudo.

### **5.6. Tratamento Estatístico**

O estudo, tal como referido anteriormente, é do tipo quantitativo, descritivo-correlacional. Para a realização do tratamento estatístico dos dados será utilizado o programa informático estatístico *Statistic Package for the Social Sciences (SPSS)* na versão 19. Pretende-se utilizar a estatística descritiva com o objetivo de sistematizar e de realçar a informação fornecida pelos dados, nomeadamente frequências absolutas (N) e relativas (%); medidas de tendência central (média ( $\bar{x}$ ), moda (Mo) e mediana (Md)) e medidas de dispersão (máximos (Xmax), mínimos (Xmin) e desvio padrão (SD)). Na análise estatística, para verificar a validade da hipótese nula, serão utilizados os critérios de significância de Fisher ( $p > 0,05$ : a diferença estatística não é significativa;  $p \leq 0,05$ : a diferença estatística é significativa;  $p \leq 0,01$ : a diferença é estatisticamente muito significativa).

## 6. RESULTADOS

O processo de colheita dos dados foi realizado no período decorrente entre Julho e Setembro de 2013. Os resultados serão apresentados de acordo com o instrumento utilizado. Inicialmente serão apresentados os resultados obtidos pela aplicação do guia de observação aos registos audiovisuais das passagens de turno. Posteriormente serão apresentados os resultados decorrentes da aplicação do questionário à amostra em estudo.

### 6.1. Observação das Passagens de Turno

Os dados obtidos através da aplicação do guia de observação às passagens de turno, serão analisados de forma descritiva. Foram analisados no total seiscentos e setenta (670) minutos referentes às passagens de turno e no total foi transmitida informação sobre duzentos e cinquenta e um (251) utentes internados.

No que concerne a primeira parte do guia de observação, referenciadas como informações gerais, constatou-se que a duração das passagens de turno de enfermagem, têm uma duração média de 44 ( $\pm 11$ ) minutos, variando entre 28 e 63 minutos. (Tabela 2)

**Tabela 2 - Estatística descritiva da duração das passagens de turno de enfermagem**

	N	Xmin	Xmax	Total	$\bar{x}$	SD
Duração (hh:mm)	15	0:28	1:03	11:10	0:44	0:11

Relativamente ao local onde se realizam as passagens de turno, verifica-se que varia entre dois locais: a sala de trabalho de enfermagem (20%) e o gabinete da enfermeira responsável (80%). Em nenhuma observação a passagem de turno ocorreu junto do utente (0%) (Tabela 3).

**Tabela 3: Frequências absolutas e relativas do local de realização das passagens de turno**

	N	%
Sala de Trabalho de Enfermagem	3	20,0
Gabinete da Enfermeira Responsável	12	80,0
Total	15	100,0

O número de enfermeiros a entrar ao serviço variou entre um e cinco enfermeiros. Por sua vez o número de enfermeiros a sair do serviço oscilou entre dois e quatro. O motivo pelo qual é possível apenas haver um enfermeiro a entrar ao serviço, explica-se pelo facto de os enfermeiros ocasionalmente realizarem dois turnos seguidos, sendo que não eram incluídos em nenhuma das categorias acima referidas. No máximo esteve presente em cada passagem de turno, um enfermeiro com funções de gestão, havendo ocasiões onde este não se

encontrava presente. Nos períodos de observação o número de utentes internados na enfermaria em estudo, variou entre doze e vinte e três, sendo que em média estavam internados 16.73 ( $\pm 3.77$ ) utentes (Tabela 4).

**Tabela 4: Estatística descritiva do número de enfermeiros participantes e respetivas funções e número de utentes internados**

	<b>Xmin</b>	<b>Xmax</b>	$\bar{x}$	<b>SD</b>
Número de Participantes de Chegada	1,00	5,00	2,4000	1,40408
Número de Participantes de Saída	2,00	4,00	2,5333	,83381
Número de Enfermeiros Prestadores de Cuidados	4,00	6,00	4,8667	,74322
Número de Enfermeiros com Funções de Gestão	,00	1,00	,7333	,45774
Número de Utes Internados	12,00	23,00	16,7333	3,76955

Relativamente à forma de transmissão de informação, em todas as observações foi utilizada a forma transmissão verbal e escrita (100%). Na enfermaria em estudo, no final de cada turno os enfermeiros atualizam informaticamente, uma folha que contém os números das camas, o nome do respetivo utente internado, tal como o diagnóstico/cirurgia a que foi submetido, os antecedentes pessoais e as alergias conhecidas. A transmissão verbal inicia-se quando os elementos da equipa que está a chegar têm uma folha, para cada um. Desta forma complementam individualmente a sua folha à medida que a informação vai sendo transmitida verbalmente.

Referente à categoria “Informação Geral Transmitida”, do guia de observação, pretende-se descrever o conteúdo e características da informação transmitida, de modo verbal. A informação transmitida foi enquadrada nas categorias que se demonstram na tabela abaixo (Tabela 5). Relembra-se que o conteúdo da informação referida verbalmente foi registado de acordo com a frequência que foi mencionado.

**Tabela 5: Estatística descritiva do conteúdo da informação transmitida verbalmente**

<b>CATEGORIAS DE INFORMAÇÃO</b>	<b>Xmin</b>	<b>Xmax</b>	$\bar{x}$	<b>SD</b>
Identificação do Utente	11,00	<b>23,00</b>	<b>16,2000</b>	3,52947
Diagnóstico/Cirurgia	2,00	11,00	7,2667	2,91466
Referência a Antecedentes Pessoais	1,00	10,00	3,2667	2,46306
Omissão de Antecedentes Pessoais	7,00	<b>20,00</b>	<b>13,3333</b>	3,94003
Antecedentes Pessoais Não Aplicável	,00	2,00	0,2000	0,56061
Referência a Alergias Existentes	,00	1,00	<b>0,4000</b>	0,50709
Omissão de Alergias Existentes	,00	4,00	<b>1,4000</b>	1,05560
Alergias Não Aplicável	10,00	21,00	14,9333	4,00832

<b>CATEGORIAS DE INFORMAÇÃO</b>	<b>Xmin</b>	<b>Xmax</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>SD</b>
Referência a Acontecimentos Prévios	6,00	<b>16,00</b>	<b>11,8000</b>	3,21159
Omissão de Acontecimentos Prévios	,00	13,00	4,6667	3,08607
Acontecimentos Prévios Não Aplicável	,00	,00	,0000	,00000
Referência a Avaliação de Sinais Vitais	4,00	17,00	<b>8,9333</b>	3,19523
Referência a Avaliação do Sistema Neurológico	,00	4,00	1,6000	1,50238
Referência a Avaliação do Sistema Respiratório	2,00	9,00	5,2000	1,78085
Referência a Avaliação do Sistema Gastrointestinal	2,00	9,00	4,8667	1,84649
Referência a Avaliação do Sistema Geniturinário	,00	6,00	3,8667	1,84649
Referência a Avaliação do Sistema Músculo-esquelético	2,00	13,00	7,0000	2,82843
Referência a Avaliação do Sistema Cutâneo	4,00	12,00	7,6000	2,44365
Referência a Avaliação Psicossocial	2,00	10,00	5,1333	2,47463
Referência a Realização/Resultados de Exames Auxiliares de Diagnóstico	4,00	13,00	7,6667	2,52605
Referência a Dispositivos Médicos Invasivos	6,00	13,00	9,1333	2,03072
Omissão de Dispositivos Médicos Invasivos Existentes	,00	3,00	,8000	1,01419
Dispositivos Médicos Invasivos Não Aplicável	,00	10,00	6,2000	3,02844
Referência ao Plano de Tratamento(s)	7,00	14,00	<b>9,9333</b>	2,01660
Omissão do Plano de Tratamento(s)	3,00	13,00	<b>6,8000</b>	2,98089
Plano de Tratamento Não Aplicável	,00	,00	,0000	,00000

Tabela 6: Frequência absoluta e relativa da variável “Avaliação física atual dos utentes”

	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	15	100,0
Não	0	0

Pelas Tabela 5 e Tabela 6 é possível verificar que a informação referente à avaliação física atualizada dos utentes, a sua identificação e os acontecimentos prévios, são as categorias referidas mais frequentemente. A Avaliação física é mesmo referida em 100% das observações, no entanto observa-se que as respetivas subcategorias apresentam frequências diferentes entre si, sendo a “referência a avaliação dos sinais vitais” a subcategoria mais referida ( $\bar{x} = 8.93$ ). Em oposição a subcategoria referente à avaliação do sistema neurológico é a menos referida ( $\bar{x} = 1.6$ ). No que concerne às omissões constata-se que os “Antecedentes pessoais de saúde” são a categoria mais frequentemente omitida ( $\bar{x} = 13.33$ ), seguida pelo “Plano de Tratamento(s)” ( $\bar{x} = 6.8$ ).

Para além da informação referente aos utentes internados, observou-se que nas passagens de turno de enfermagem é também transmitida informação relativa à logística interna do serviço. Habitualmente esta informação é da responsabilidade do enfermeiro com funções de gestão, quando presente nas passagens de turno. Nesse sentido foi também avaliada a frequência com que é mencionada e a sua respetiva duração (Tabela 7, Tabela 8 e Tabela 9).

**Tabela 7: Frequência absoluta e relativa da variável “Informação logística”**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	12	80,0
Não	3	20,0
Total	15	100,0

**Tabela 8: Estatística descritiva de tendência central e dispersão da variável “Duração da informação logística”**

N	15
$\bar{X}$ (h:mm:ss)	0:03:28
Md (h:mm:ss)	0:03:22
Mo (h:mm:ss)	0:00:00
SD (h:mm:ss)	0:03:06
Xmin (h:mm:ss)	0:00:00
Xmax (h:mm:ss)	0:08:52
Somatório (h:mm:ss)	0:52:09

**Tabela 9: Frequência absoluta e relativa da variável “Duração da transmissão da informação logística”**

<b>Duração da transmissão da Informação Logística (h:mm:ss)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% Cumulativa</b>
0:00:00	3	20,0	20,0
0:00:20	1	6,7	26,7
0:00:23	1	6,7	33,3
0:01:25	1	6,7	40,0
0:03:00	1	6,7	46,7
0:03:22	1	6,7	53,3
0:03:23	1	6,7	60,0
0:04:18	1	6,7	66,7
0:06:15	1	6,7	73,3
0:06:30	1	6,7	80,0
0:06:37	1	6,7	86,7
0:07:44	1	6,7	93,3
0:08:52	1	6,7	100,0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	



Pela análise das tabelas superiores, constata-se que foi transmitida informação logística em 13 das observações (86,67%). A duração desta informação, quando presente, variou entre 20 segundos e 8 minutos e 52 segundos. Em média por passagem de turno a transmissão deste tipo de informação tem a duração de 03:22 ( $\pm$  03:06).

**Tabela 10: Frequência relativa e absoluta da variável "Discussão de possíveis riscos/complicações"**

	N	%
Sim	6	40,0
Não	9	60,0
<b>Total</b>	15	100,0

No que respeita à existência, durante as passagens de turno, de momentos onde ocorre discussão de possíveis riscos/complicações, inerentes à patologia e/ou tratamento dos utentes, constata-se na Tabela 10, que tal fenómeno não se verificou na maioria das passagens de turno (60%).

Foi também avaliado o número de questões colocadas durante a passagem de turno e o facto de as respetivas respostas ocorrerem de forma clara e satisfatória. Em todas as observações (100%) foi verificada a ocorrência de questões. A frequência das perguntas e respetivas respostas estão listadas na tabela abaixo (Tabela 11).

**Tabela 11: Estatística descritiva das variáveis "Foram colocadas questões" e "As respostas foram clara e satisfatórias"**

	N	Xmin	Xmax	$\bar{x}$	SD
Número de Questões Realizadas pelos Enfermeiros de Chegada	15	4,00	33,00	10,4667	7,66128
Número de Questões Realizadas pelos Enfermeiros de Saída	15	,00	4,00	1,4000	1,50238
As Respostas Foram Claras e Satisfatórias	15	3,00	32,00	10,7333	6,89168
As Respostas não Foram Claras e Satisfatórias	15	,00	4,00	1,1333	1,45733

É possível verificar através da Tabela 11 que o número de questões colocadas variou entre quatro e trinta e três. A maioria destas questões foi realizada pelos enfermeiros da equipa de chegada, sendo que em média colocaram 10,47 ( $\pm$ 7,66) por passagem de turno. As respostas às questões foram na sua maioria claras e satisfatórias, apresentando uma média de respostas de 10,73  $\pm$  6,89.

Quando analisado se a informação verbal transmitida foi concretizada de uma forma estruturada, verificou-se que tal não ocorreu em nenhuma das observações (0%).

Para terminar a descrição dos dados obtidos na segunda parte do guia de observação, foi analisada a utilização de técnicas de esclarecimento da informação, como se pode ver na Tabela 12.

**Tabela 12: Frequência absoluta e relativa das técnicas de confirmação/esclarecimento de informação utilizadas**

	N	%
Repetição	6	40,0
Reformulação	2	13,3
Repetição e Reformulação	1	6,7
Total	9	60,0
Não utilização de Técnicas de Confirmação/Esclarecimento	6	40,0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>

Na maioria das observações constata-se que foram utilizadas técnicas de confirmação e/ou esclarecimento da informação transmitida (60%), sendo que dessas técnicas a mais comum é a “repetição” (40%), no entanto em 6,7% das observações foram utilizadas a “repetição” e a “reformulação”.

A terceira parte do guia de observação pretende identificar a presença, ou não, de fatores condicionantes da comunicação durante as passagens de turno.

De forma a facilitar a observação e análise dos resultados, foi construída uma tabela com as variáveis dicotómicas da categoria “Presença de Condicionantes da Comunicação” do guia de observação (Tabela 13).

**Tabela 13: Frequência absoluta e relativa das variáveis dicotómicas da categoria "Presença de condicionantes da comunicação"**

		N	%
Os elementos da Equipa Estabeleceram Facilmente Contacto	Sim	14	93,3
	Não	1	6,7
O(s) elemento(s) da Equipa de chegada estão sob Pressão de Tempo	Sim	0	0
	Não	15	100
O(s) elemento(s) da Equipa de saída estão sob Pressão de Tempo	Sim	0	0
	Não	15	100
Foi Repetida Informação	Sim	13	86,7
	Não	2	13,3
Foi transmitido Excesso de Informação	Sim	14	93,3
	Não	1	6,7

		N	%
Foram Realizados Juízos de Valor	Sim	10	66,7
	Não	5	33,3
Os Intervenientes da Passagem de Turno Falaram Simultaneamente	Sim	12	80
	Não	3	20
Ocorreram Episódios de “Tensão” entre os Elementos	Sim	0	0
	Não	15	100
Durante a Transmissão de Informação há Contacto Visual entre os Intervenientes	Sim	15	100
	Não	0	0
Existência de Barulho de Fundo	Sim	15	100
	Não	0	0
Iluminação Apropriada	Sim	15	100
	Não	0	0
Temperatura Apropriada	Sim	8	53,3
	Não	7	46,7
Participantes Realizam Multitarefa durante a Passagem de Turno	Sim	15	100
	Não	0	0
Foi Utilizada Terminologia Técnica	Sempre	0	0
	Ocasionalmente	15	100
	Nunca	0	0
Existência de Interrupções	Sim	15	100
	Não	0	0
Comprometimento da Privacidade	Sim	15	100
	Não	0	0

Verifica-se que a equipa de enfermagem estabeleceu facilmente contacto entre si na grande maioria das observações (93,3%), o que significa que após a chegada dos elementos o começo da passagem de turno teve início rapidamente.

Relativamente ao facto da equipa de enfermagem se sentir pressionada a terminar rapidamente a passagem de turno, tal facto não foi identificado em nenhuma das observações.

No entanto, constata-se que na maioria das observações foi detetado, tanto repetição de informação (86,7%) como transmissão de informação em excesso (93,3%). Por sua vez observou-se que em 66,7% das observações foram realizados juízos de valor. Em termos da utilização de terminologia técnica, em todas as observações (100%) esta foi utilizada ocasionalmente, ou seja, foram utilizados alguns termos técnicos, no entanto haveria situações/fenómenos que poderiam ser caracterizados com linguagem técnica, mas que não se verificou.

Entre si a equipa de enfermagem estabeleceu em todas as observações (100%) contacto visual entre os elementos, não se limitando a ler e/ou escrever as informações, no entanto, em 80% das passagens de turno verificou-se que falavam simultaneamente, apesar de em nenhum momento terem ocorrido momentos de “tensão” entre os elementos, seja por esse ou outro

motivo. É de salientar também que em todas as observações foi verificado que os enfermeiros realizam multitarefas enquanto decorreu a passagem de turno (100%).

No que concerne às características do ambiente, verificou-se a existência de barulho de fundo em 100% das observações, tal como a iluminação adequada, o comprometimento da privacidade/confidencialidade e a ocorrência de interrupções. Por sua vez, a temperatura ambiente, foi variável, havendo um ligeiro predomínio da existência de temperatura adequada (53,3%) sobre a inadequada.

Relativamente à ocorrência de interrupções, para além de ter sido avaliada a sua existência ou inexistência, foram assinaladas as causas e a respetiva duração, que se demonstram na Tabela 14.

**Tabela 14: Estatística descritiva do tipo de interrupções e duração**

	N	Xmin	Xmax	$\bar{x}$	SD
Interrupções por Ruídos	15	,00	2,00	0,5333	0,63994
Interrupções por equipa médica	15	,00	4,00	1,0000	1,36277
Interrupções por Equipa de Enfermagem	15	,00	2,00	0,4667	0,63994
Interrupções por Elementos da Passagem de Turno	15	,00	3,00	1,6000	,98561
Interrupções por Assistentes Operacionais	15	,00	1,00	0,2000	0,41404
Interrupções por Utentes	15	,00	1,00	0,1333	0,35187
Interrupções por Visitas	15	,00	1,00	0,2000	0,41404
Interrupções por Outros	15	,00	1,00	0,0667	0,25820
Duração Total das Interrupções (hh:mm:ss)	15	0:00:07	0:20:02	0:04:40	0:05:41

As interrupções que ocorrem mais frequentemente são originadas por elementos da equipa presente na passagem de turno ( $\bar{x} = 1,6 \pm 0,64$ ) e pela equipa médica ( $\bar{x} = 1 \pm 1,36$ ). Não ocorreram interrupções por motivo de urgência/emergência, pelo que não foram incluídas na tabela. A duração das interrupções variou entre os 7 segundos e os 20 minutos e 2 segundos, apresentando um tempo médio de 4 minutos e 40 segundos por passagem de turno.

Como fatores que podem comprometer a confidencialidade da informação transmitida durante as passagens de turno, foram identificadas as variáveis de a porta da sala estar aberta e de poderem passar pessoas estranhas à equipa de saúde. Na Tabela 15 estão identificadas as variáveis e a respetiva ponderação.

Tabela 15: Frequência absoluta e relativa das variáveis que comprometem a privacidade/confidencialidade

	N	%
Porta aberta	9	60,0
Porta aberta e Proximidade de Pessoas não Pertencentes à Equipa de Saúde	6	40,0
Total	15	100,0

Na maioria das observações foi detetada apenas um fator comprometedor da confidencialidade da passagem de turno, no entanto como foi referido anteriormente, todas as observações apresentaram comprometimento da confidencialidade. O facto de a porta da sala onde decorre a passagem de turno estar aberta, é o fator predominante para poder ocorrer a quebra da confidencialidade das informações.

Após a apresentação dos resultados obtidos pela aplicação do guia de observação, proceder-se-á demonstração dos resultados decorrentes da aplicação do questionário.

## 6.2. Resultados do Questionário

A aplicação dos questionários à amostra em estudo decorreu entre Julho e Setembro de 2013. Foram entregues trinta e três questionários, tendo-se obtido uma taxa de resposta de 100%.

O questionário é composto por duas partes. Na primeira parte realiza-se a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, enquanto a segunda parte é constituída por vinte e quatro perguntas que pretendem conhecer a perceção dos enfermeiros sobre as passagens de estudo da enfermaria cirúrgica em causa.

### 6.2.1. Caracterização da amostra

A amostra é composta por trinta e três sujeitos, sendo que 78,8% pertencem ao sexo feminino e os restantes 21,2% ao sexo masculino, como se pode comprovar pela Tabela 16.

Tabela 16: Distribuição da amostra por género

	N	%
Feminino	26	78,8
Masculino	7	21,2
Total	33	100,0

A caracterização etária da amostra foi realizada através de grupo etário, como estratégia para preservar o seu anonimato. Os grupos etários encontram-se definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2012), contemplando onze grupos etários, no entanto, como a amostra contempla elementos em idade ativa, apenas foram incluídos os primeiros nove grupos etários.

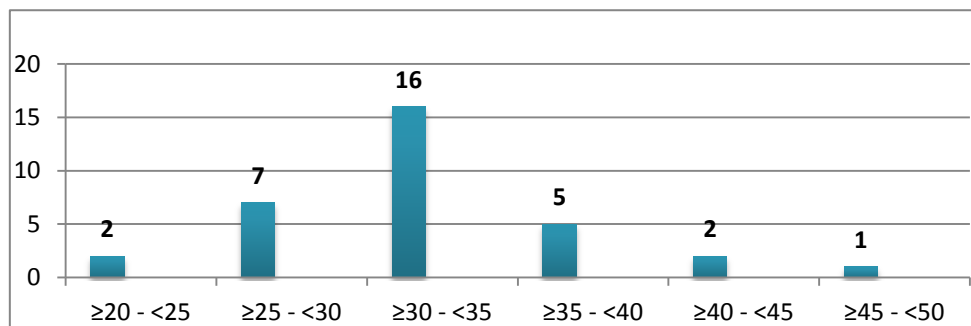


Gráfico 1: Distribuição da amostra por "grupo etário"

A distribuição da amostra por grupo etário pode ser observada no Gráfico 1, sendo possível constatar que dezasseis elementos da amostra (48,5%) se situam no terceiro grupo etário, seguidos por sete elementos (21,2%) que se enquadram no segundo escalão etário.

A senioridade no serviço foi avaliada com recurso a categorias. As categorias encontram-se definidas de acordo com a Carreira de enfermagem, no entanto, esta condição só se aplica aos enfermeiros com vínculo à função pública. De acordo com a Carreira de Enfermagem, após seis anos, o enfermeiro adquire a categoria de enfermeiro graduado, progredindo de escalão a cada três anos. Foi construída uma categoria adicional (inferior a dois anos), tendo em conta o período de tempo, que segundo Benner (2001), um enfermeiro precisa para se tornar competente na sua área de atuação. Na amostra o grupo com maior representatividade situa-se entre os seis e nove anos (33,3%) de senioridade no serviço, como se pode observar pelo Gráfico 2.

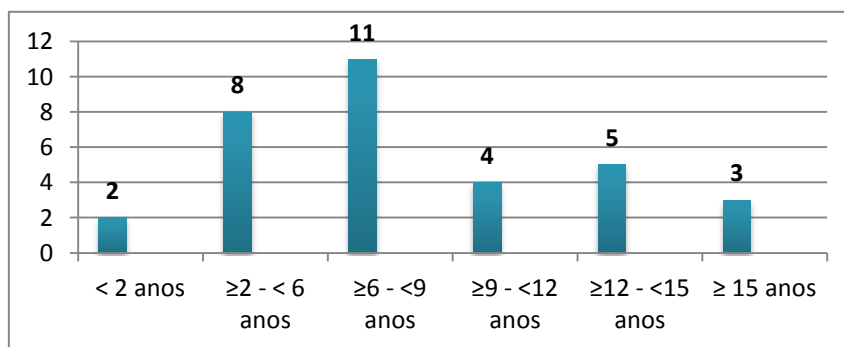


Gráfico 2: Distribuição da amostra de acordo com categoria "senioridade"

Em termos de vínculo contratual, constata-se que 66,7% da amostra se encontra com contrato por tempo indeterminado. Por sua vez, 81,8% da amostra possui o grau de licenciado, seguido de 15,2% com outro grau de formação e por fim 3% tem a especialidade. Na amostra não há sujeitos com o grau de bacharelato.

Relativamente à questão de os sujeitos da amostra possuírem duplo emprego, verificou-se que 75,8% não trabalha em regime de duplo emprego.

### 6.2.2. Qualidades métricas do Questionário

Após o pré-teste, o questionário foi aplicado à amostra em estudo. Foi realizado teste para avaliar a fiabilidade interna do questionário, tendo sido eliminada a questão número 17: “É benéfico realizar a passagem de turno junto do doente” (Anexo IX), mantendo-se a inversão dos valores da escala de Likert, realizados aquando do pré-teste. Após eliminação da referida questão, obteve-se um valor de Alpha de Cronbach de 0,843. Segundo Hill e Hill (1998) este valor é considerado bom.

Tabela 17: Valor de Alpha de Cronbach do questionário

Alpha de Cronbach	Número de Itens
,843	23

Adicionalmente foi analisado o coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), afim de se proceder a uma análise fatorial exploratória, no entanto o valor obtido foi de 0,496. De acordo com Hill e Hill (1998), a análise fatorial exploratória só deve ser realizada com valores superiores a 0,6. É possível que o baixo valor do coeficiente KMO se deva ao reduzido tamanho da amostra. Não se procede assim à análise fatorial exploratória.

### 6.2.3. Respostas ao Questionário

Como forma de tornar mais fácil a visualização dos resultados obtidos pela aplicação do questionário, as respostas às perguntas foram agrupadas nas categorias “concordo” e “discordo”. Na Tabela 18 é possível observar as questões e as respetivas respostas, em frequências absolutas e relativas.

Tabela 18: Frequências absolutas e relativas das respostas ao questionário

Questões	Concordo (N)	Discordo (N)	Concordo (%)	Discordo (%)
1. Consigo esclarecer a informação que foi transmitida.	32	1	<b>96,9</b>	3,1
2. Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida	31	2	<b>94</b>	6
3. A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar	29	4	<b>87,8</b>	12,2
4. A informação transmitida é atualizada	32	1	<b>97</b>	3
5. É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes	33	0	<b>100</b>	0
6. Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi.	33	0	<b>100</b>	0
7. A duração da passagem de turno é adequada	6	27	18,2	<b>81,8</b>
8. Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes	30	3	<b>90,9</b>	9,1
9. É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente	22	10	<b>68,7</b>	31,3
10. A informação transmitida é subjetiva	19	14	<b>57,6</b>	42,4
11. É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados	30	3	<b>90,9</b>	9,1
12. A informação é transmitida de forma estruturada.	27	6	<b>81,8</b>	18,2
13. Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes.	12	21	36,3	<b>63,7</b>
14. A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço.	33	0	<b>100</b>	0
15. É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno.	20	13	<b>60,6</b>	39,4
16. É importante poder avaliar o doente durante as passagens de turno.	29	4	<b>87,9</b>	12,1
18. Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes.	6	27	18,2	<b>81,8</b>
19. Sinto que há informação importante que não é transmitida.	3	30	9,1	<b>90,9</b>
20. Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente.	19	14	<b>57,6</b>	42,4
21. Leio sempre a totalidade da informação escrita, referente aos doentes, que me é fornecida nas passagens de turno.	27	6	<b>81,8</b>	18,2
22. Conheço o procedimento multissetorial da instituição para a realização da passagem de turno.	21	12	<b>63,6</b>	36,4



Questões	Concordo (N)	Discordo (N)	Concordo (%)	Discordo (%)
23. Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso.	20	13	<b>60,6</b>	39,4
24. É importante reformular a estrutura das passagens de turno.	7	26	21,2	<b>78,8</b>

Pela Tabela 18 verifica-se que existem alguns tópicos, que reúnem de forma unanime a opinião dos enfermeiros do serviço em estudo. Esses tópicos referem-se ao facto de ser transmitida informação suficiente, durante as passagens de turno, para assumir a responsabilidade pelo cuidado dos utentes e pelo facto de sentirem que podem colocar questões sobre assuntos que pretendem esclarecer. Outro aspeto que reúne o consenso é que as passagens de turno são sujeitas a interrupções. Existem outros tópicos com acordo por parte da maioria dos sujeitos (mais de 90%), nomeadamente o facto de conseguirem esclarecer a informação transmitida (96,9%) e de se manterem concentrados (94%). 97% dos sujeitos considera que a informação é atualizada e 90,9% pensa que existe a oportunidade de discutir informações confidenciais dos utentes, que a informação proporcionada é adequada e que todas as informações importantes são transmitidas.

Entre os assuntos que mais dividem a opinião dos enfermeiros, encontra-se a objetividade da informação transmitida verbalmente, sendo que 57,6% a considera subjetiva e 42,4% a classifica como objetiva. Outro assunto onde se verifica uma disparidade de opinião é sobre a pressão temporal a que os sujeitos são submetidos, sendo que 57,6% considera sentir-se pressionado para terminar rapidamente a passagem de turno e por sua vez 42,4% discordam de tal facto.

No que respeita à estrutura das passagens de turno, a maioria dos inquiridos (81,8%) percebe a passagem de turno como estruturada, no entanto 60,6% afirma ter dificuldade em organizar a informação, quando é referente a utentes com um historial de saúde mais complexo. 63,6% dos inquiridos conhecem o procedimento multisectorial para a passagem de turno, da instituição e apenas 21,2% acha importante reformular a atual passagem de turno.

#### **6.2.4. Estudo de Comparações de Grupos e Correlações**

Adicionalmente à análise dos resultados do questionário aplicado aos sujeitos, foi também realizado um estudo comparativo por grupos (Anexo X). Para verificar se a amostra apresenta

o pressuposto de distribuição normal foi realizado o teste de Shapiro-Wilk, pois o tamanho da amostra é inferior a cinquenta sujeitos.

Foi efetuada a comparação de grupos de acordo com o género dos sujeitos inquiridos. Quando realizado o estudo de normalidade da amostra verificou-se que esta não tem uma distribuição normal ( $p < 0,05$ ). Foi assim realizado o teste não paramétrico Mann-Whitney, tendo-se obtido diferença significativa ( $p = 0,0484$ ) na pergunta 15 “É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno”, como se demonstra no Gráfico 3.

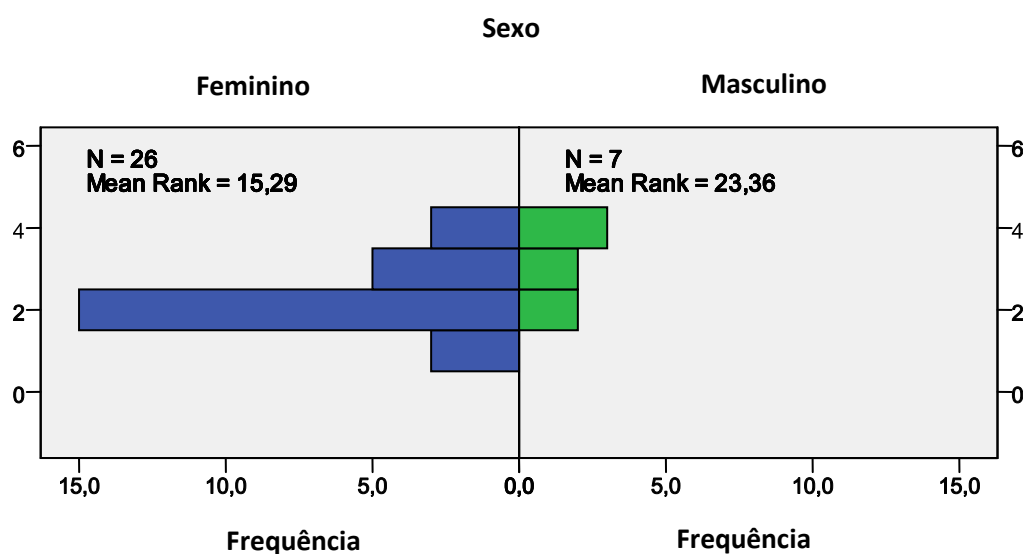


Gráfico 3: Comparação entre género da amostra e a questão "É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno".

É assim possível verificar que a mediana das respostas dos elementos do sexo feminino é 2 (“concordo parcialmente”), tendo variado entre 1 (“concordo totalmente”) e 4 (“discordo totalmente”). Já a mediana das respostas dos elementos do sexo masculino é 3, variando entre 2 e 4 (“discordo totalmente”).

Quando realizada o estudo da normalidade da amostra por grupo etário, verificou-se que esta também não apresenta uma distribuição normal ( $p < 0,05$ ). Para Realizar a comparação entre grupos foi realizado o teste não paramétrico de Kuskal-Wallis. Foi obtida uma comparação significativa ( $p < 0,05$ ) entre o grupo etário e as questões “A informação é transmitida de forma atualizada” ( $p = 0,03$ ) e “Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso” ( $p = 0,31$ ). Os resultados estão demonstrados no Gráfico 4 e no Gráfico 5.

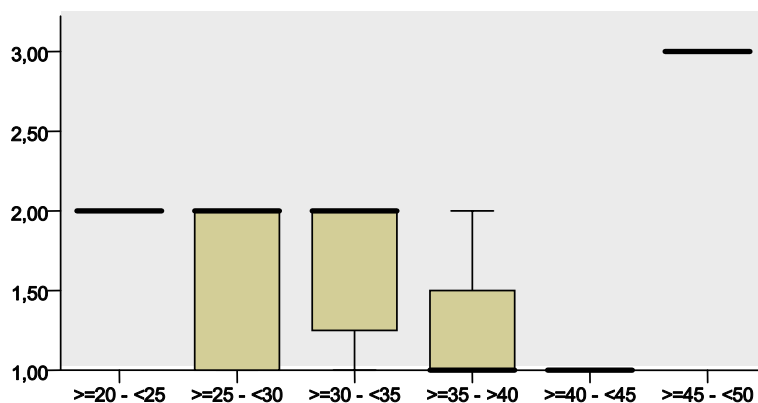


Gráfico 4: Comparação entre grupo etário e a questão "A informação transmitida é atualizada"

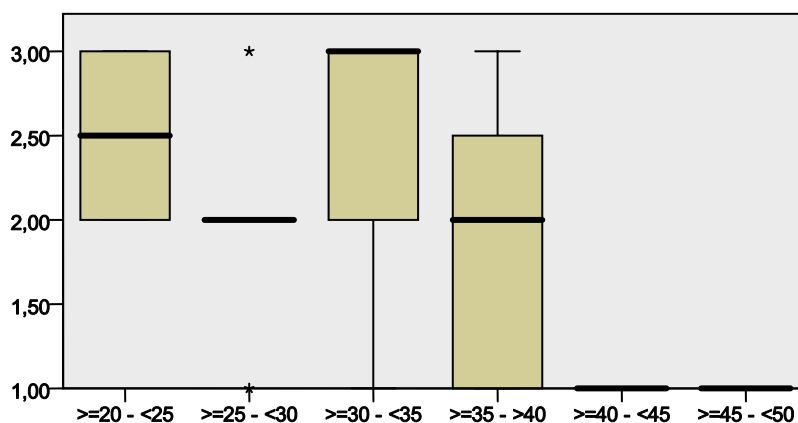


Gráfico 5: Comparação entre grupo etário e a questão "Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso"

Quanto ao facto de a informação transmitida ser ou não atualizada, observa-se que a mediana nos três primeiros grupos etários é 2 (“concordo parcialmente”). Entre os sujeitos com idade compreendida entre os quarenta anos, inclusive, e os quarenta e cinco anos a mediana é de 1 (“concordo totalmente”). Apenas o último grupo etário tem uma mediana de 3 (“discordo parcialmente”), sendo que apenas este grupo assinalou uma resposta de discordância com a afirmação (Gráfico 4).

Referente à dificuldade de organizar a informação sobre utentes com historial mais complexo, o escalão etário que afirma sentir mais dificuldade situa-se entre os trinta, inclusive, e os trinta e cinco anos. Verifica-se uma mediana de 2,5 e as respostas variam entre 2 e 3, no primeiro grupo etário. Isto indica que as opiniões entre os sujeitos se encontram divididas entre “concordo parcialmente” e “discordo parcialmente”. Nos escalões etários acima dos trinta e cinco anos, a mediana das respostas indicam que estes não sentem dificuldade em organizar

as informações a transmitir, respeitante a utentes com historial de saúde mais complexo/extenso.

Ao ser estudado o pressuposto de distribuição normal, relativamente à senioridade no serviço, mais uma vez não se verifica uma distribuição normal ( $p < 0,05$ ). Como forma de realizar a comparação entre os grupos, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis, tendo-se obtido comparação significativa entre a senioridade no serviço e a questão 2 “consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida” ( $p = 0,031$ ), a questão 4 “A informação é atualizada” ( $p = 0,035$ ) e a questão 23 “Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso” ( $p = 0,008$ ).

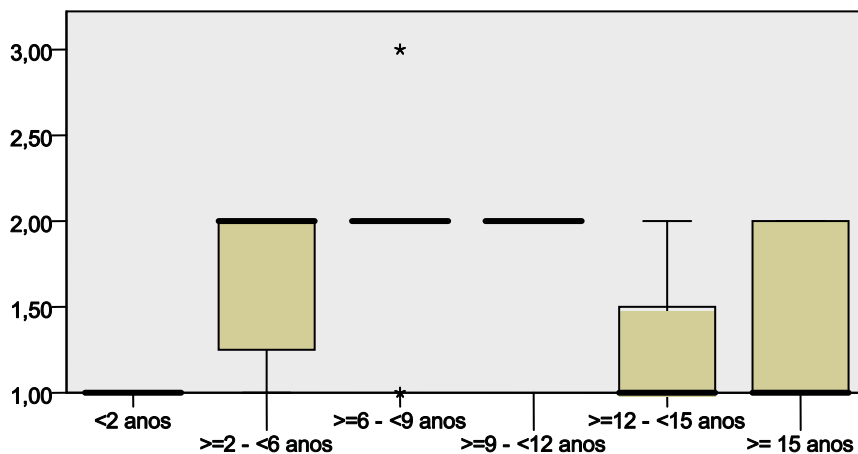


Gráfico 6: Comparação entre a variável "senioridade no serviço" e a questão "Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida"

Pelo Gráfico 6 observamos que com exceção do grupo etário compreendido entre os seis e os nove anos de senioridade, todos os sujeitos nos restantes escalões etários concordam que se conseguem manter concentrados durante as passagens de turno, especialmente os sujeitos do primeiro grupo etário, onde todos responderam que concordam totalmente com a afirmação. A mediana das respostas varia entre 1 (“concordo totalmente”) e 2 (“concordo parcialmente”).

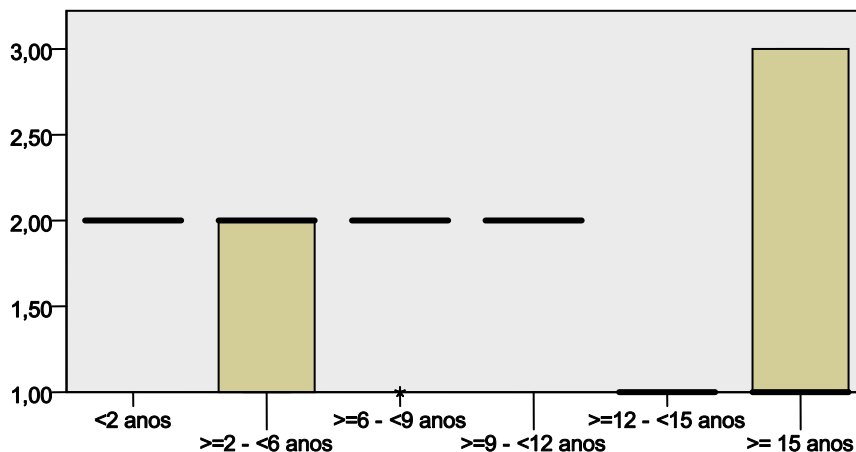


Gráfico 7: Comparação entre a variável "senioridade no serviço" e a questão " A informação transmitida é atualizada"

Ao analisar-se o Gráfico 7 constata-se que a mediana de respostas se situa no 2 (“concordo parcialmente”), relativamente ao facto de a informação ser atualizada. Os elementos com experiência profissional no serviço superior ou igual a doze anos apresentam uma mediana de 1 (“concordam totalmente”), no entanto as respostas, para os profissionais com senioridade superior ou igual a quinze anos variam entre 3 (“discordo parcialmente”) e 1. No primeiro, quarto e quinto escalão todos os elementos têm a mesma opinião sobre a atualidade da informação das passagens de turno.

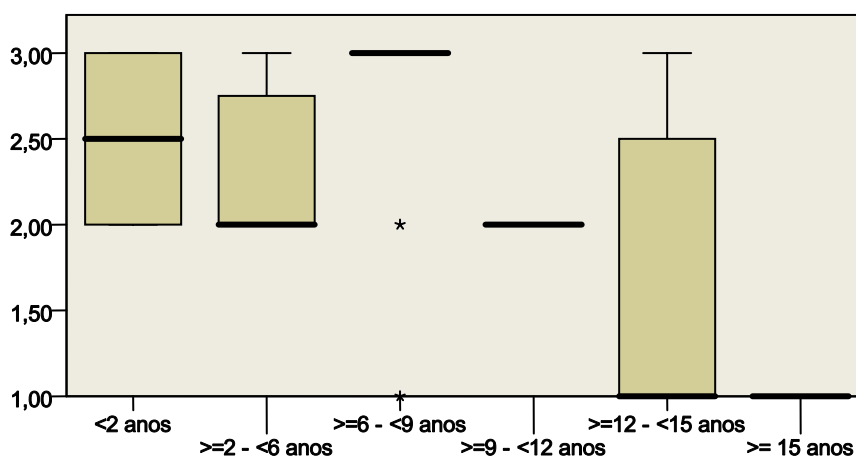


Gráfico 8: Comparação entre a variável "senioridade no serviço" e a questão "Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso"

Pela análise do Gráfico 8 é possível verificar que as medianas variam de acordo com a senioridade no serviço. As respostas variaram entre 1 (“concordo totalmente”) e 3 (“discordo parcialmente”). Os sujeitos do primeiro escalão de senioridade apresentam-se divididos entre o facto de sentirem ou não dificuldade em organizar a transmissão de informação mais complexa. No entanto a partir dos seis anos de senioridade no serviço em estudo, a mediana

das respostas revelam que os sujeitos vão sentindo mais dificuldade em organizar a informação a transmitir, quando se refere a utentes com historial de saúde mais complexo e/ou longo.

Ao realizar-se o teste de normalidade da amostra, relativamente ao vínculo à instituição, esta não revelou ter uma distribuição normal ( $p < 0,05$ ). Após o que se realizou o teste não paramétrico Kruskal-Wallis para comparar o vínculo à instituição com as respostas ao questionário. Foram obtidas comparações estatisticamente significativas entre o vínculo à instituição e as questões 4 “A informação transmitida é atualizada” ( $p = 0,033$ ) e 23 “Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso” ( $p = 0,021$ ).

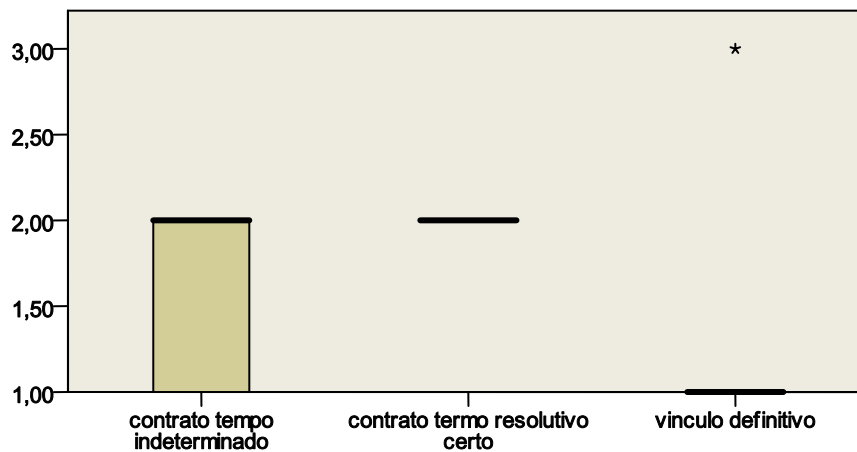


Gráfico 9: Comparação entre a variável "vínculo à instituição" e a questão "a informação transmitida é atualizada"

De acordo com o Gráfico 9, verifica-se que quase todos os enfermeiros concordam que a informação transmitida é atualizada. Os sujeitos com contrato termo resolutivo certo “concordam parcialmente” com esse facto e as suas respostas não têm variação.

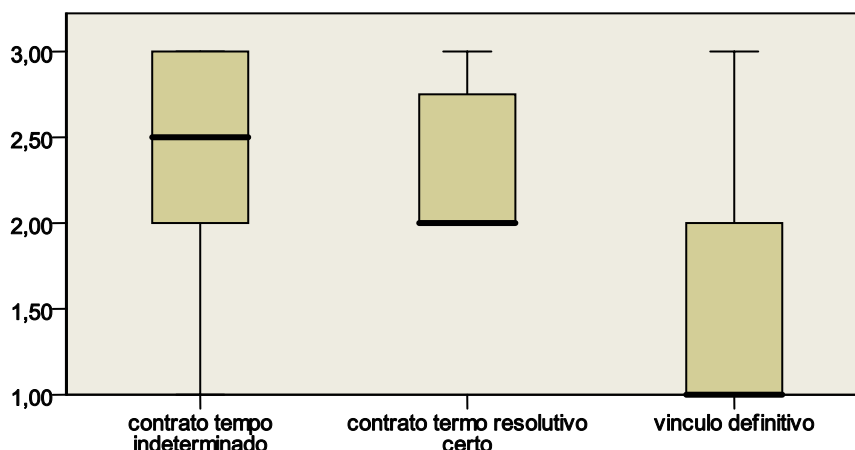


Gráfico 10: Comparação entre a variável "vínculo à instituição" e a questão "Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso".

Os sujeitos com contrato por tempo indeterminado apresentam uma mediana de resposta de 2,5, sendo no global, os que consideram ter menos dificuldade em organizar a informação a transmitir referente a utentes com longo historial de saúde. São os enfermeiros com vínculo definitivo à instituição que percecionam maior dificuldade na organização da informação. No entanto as suas respostas variam entre 1 ("concordo totalmente") e 3 ("discordo totalmente"). O grupo com menos variância nas respostas é o dos enfermeiros com contrato termo resolutivo certo (entre 2 e 3) (Gráfico 10).

Ao ser testada quanto à normalidade, a amostra referente ao grau de formação, esta não apresenta uma distribuição normal ( $p < 0,05$ ). Seguidamente foi realizada a comparação de grupos recorrendo ao teste Kruskal-Wallis, tendo-se obtido correlação significativa entre o grau de formação e as questões 8 "Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes" ( $p = 0,047$ ) e 16 "É importante poder avaliar o doente durante as passagens de turno" ( $p = 0,04$ ).

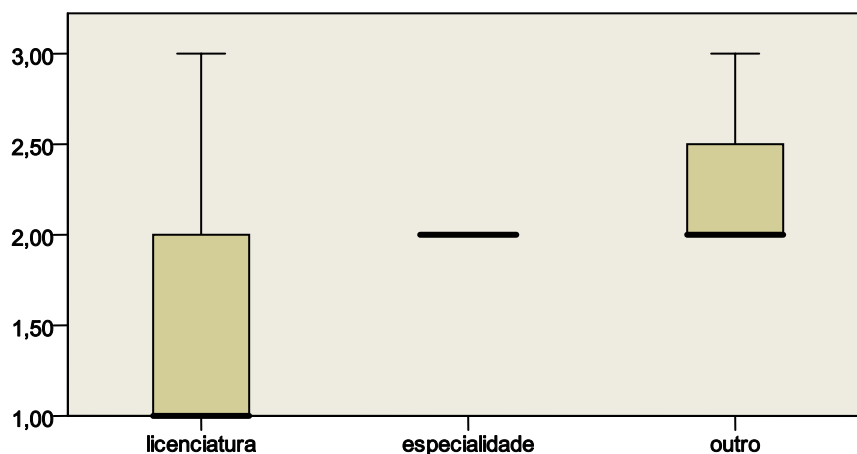


Gráfico 11: Comparação entre a variável "Grau de formação" e a questão "tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes"

Relativamente à afirmação que constitui a questão número oito, verifica-se que são os enfermeiros com licenciatura os que apresentam uma mediana de resposta que transmite a sua total concordância com a afirmação, no entanto as respostas variam entre 1 (“concordo totalmente”) e 3 (“discordo parcialmente”). As medianas das respostas dos enfermeiros com especialidade e com outro grau de formação são iguais a 2 (“concordo parcialmente”), mas todos os enfermeiros com especialidade deram a mesma resposta, havendo uma menor variação (Gráfico 11 e Gráfico 10).



**Gráfico 12: Comparação entre a variável "grau de formação" e a questão "é importante poder avaliar o doente durante as passagens de turno".**

Quanto à percepção dos enfermeiros sobre a importância de se poder avaliar o utente durante as passagens de turno, existe uma diferença de opinião entre os enfermeiros com especialidade e os restantes. Apesar de haver uma maior variedade de respostas pelos enfermeiros com o grau de licenciatura, a mediana das respostas encontra-se no 1 (“concordo totalmente”), tal como nos enfermeiros com outro grau de formação (Gráfico 12).

Ao ser efetuado o teste da normalidade da amostra, referente à existência de duplo emprego, esta não revelou ter os critérios de normalidade, apresentando  $p < 0,05$ . Foi assim realizado o teste não paramétrico Mann-Whitney para comparar a existência de duplo emprego com as respostas ao questionário. Existe comparação significativa entre a existência de duplo emprego e as questões “A informação transmitida é atualizada” ( $p = 0,0284$ ) e “Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes” ( $p = 0,0357$ ).



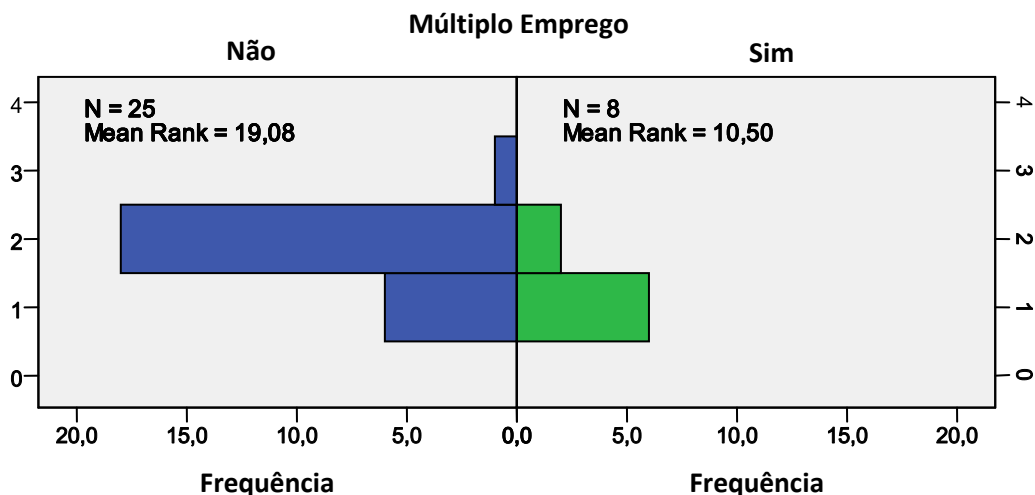


Gráfico 13: Comparação entre a variável "duplo emprego" e a questão "a informação transmitida é atualizada"

Observa-se pelo Gráfico 13 que, na sua maioria, os enfermeiros com múltiplo emprego concordam totalmente com a afirmação que a informação transmitida durante a passagem de turno é atualizada. Já os enfermeiros sem duplo emprego apenas concordam parcialmente com a mesma afirmação, havendo mesmo elementos que não concordam.

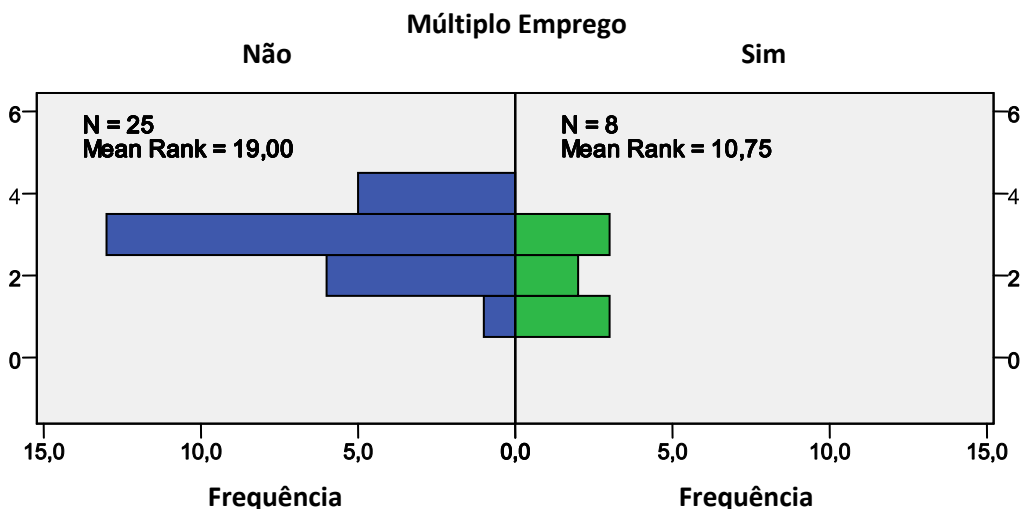


Gráfico 14: Comparação entre a variável "Múltiplo Emprego" e a questão "Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes"

Constata-se que as opiniões dos enfermeiros, que não têm duplo emprego, se distribuem pelas quatro hipóteses de resposta (Gráfico 14), apresentando uma mediana de 3 ("discordo parcialmente"), o que conduz o facto de que não tiveram de contactar o colega anteriormente responsável pelos seus doentes, para obter mais informações. Por sua vez os sujeitos com duplo emprego distribuem a sua opinião, de forma quase equilibrada por três das quatro respostas possíveis, apresentando mediana de 2 ("concordo parcialmente").

Foi posteriormente realizado estudo do coeficiente de correlação de Pearson (Anexo XI), às questões existentes no questionário aplicado aos sujeitos. Foram obtidos coeficientes de correlação estatisticamente significativos em todas as questões, com exceção das questões número seis “Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi”, número catorze “A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço” e número vinte” Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente”. Uma vez que o questionário é composto por vinte e três questões, de forma a facilitar a visualização dos resultados, estes vão ser apresentados questão a questão. Nas tabelas apenas vão constar as questões que apresentaram correlação significativa (\*,  $p < 0,05$ ) ou muito significativa (\*\*,  $p < 0,01$ ). As questões vão ser identificadas pelos respetivos números, de forma a possibilitar a sua visualização em tabela.

**Tabela 19: Coeficientes de correlações significativas da questão "Consigo esclarecer a informação que foi transmitida" com o restante questionário**

	2	3	4	5	11	12	19	23
Questão n.º 1	,507**	,388*	,571**	,522**	,605**	,374*	,380*	,353*

Verifica-se pela Tabela 19 que para a primeira questão todas as correlações significativas são positivas. O coeficiente de correlação é moderado e muito significativo para as questões 2 “Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida”, 4 “A informação transmitida é atualizada”, 5 “É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes” e 11 “É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados”.

**Tabela 20: Coeficientes de correlações significativas da questão " Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida " com o restante questionário**

Questões	1	3	4	5	7	9	11	12	13	19
Questão n.º 2	,507**	,416*	,483**	,41*	,463**	,537**	,407*	,619**	,468**	,455**

Novamente se verifica que as correlações existentes são todas positivas, havendo uma correlação estatisticamente muito significativa da questão 2 com as questões 1 (já referida anteriormente), 4 “A informação transmitida é atualizada “, 7 “A duração da passagem de turno é adequada “, 9 “É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente”, 12 “A informação é transmitida de forma estruturada”, 13 “Já tive de

contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes” e 19 “Sinto que há informação importante que não é transmitida” (Tabela 20). Os coeficientes das correlações referidas são considerados moderados.

**Tabela 21: Coeficientes de correlações significativas da questão "A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar" com o restante questionário**

Questões	1	2	4	5	8	9	13	19
Questão n.º 3	,388*	,416*	,472**	,374*	,382*	,454	,489**	,468**

A terceira questão do questionário apresenta uma correlação muito estatisticamente significativa com as questões 4 “A informação transmitida é atualizada”, 13 “Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes” e 19 “Sinto que há informação importante que não é transmitida” (Tabela 21). Os seus coeficientes demonstram uma correlação moderada.

**Tabela 22: Coeficientes de correlações significativas da questão "A informação transmitida é atualizada" com o restante questionário.**

Questões	1	2	3	5	7	11	12	13	19
Questão n.º 4	,571**	,483**	,472**	,503*	,35*	,527**	,370	,419*	,518**

Pela Tabela 22 pode-se verificar que a questão número quatro apresenta correlações positivas, moderadas e muito estatisticamente significativas com as questões número um, dois, três (já referidas anteriormente), onze “É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados” e dezanove “Sinto que há informação importante que não é transmitida”.

**Tabela 23: Coeficientes de correlações significativas da questão "É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes" com o restante questionário**

Questões	1	2	3	4	8	11	19
Questão n.º 5	,522**	,410*	,374*	,503**	,362*	,549**	,352*

Por sua vez a questão número cinco apresenta correlações moderadas e muito significativas com as questões número um e quatro, que já foram demonstradas anteriormente, mas também com a questão número onze “É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados” (Tabela 23).

**Tabela 24: Coeficientes de correlações significativas da questão "A duração da passagem de turno é adequada" com o restante questionário**

Questões	2	4	9	11	18	19
Questão n.º 7	,463**	,350*	,395*	,360*	,468**	,362*

Para além das correlações muito significativas, anteriormente referidas para a questão número sete, esta também apresenta correlação moderada, muito estatisticamente significativa e positiva com a questão número dezoito “Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes” (Tabela 24).

**Tabela 25: Coeficientes de correlações significativas da questão "Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes" com o restante questionário.**

Questões	3	5	10	21	24
Questão n.º 8	,382*	,362*	,370*	,400*	,405*

No que concerne a questão número oito, constata-se que as suas correlações são todas positivas, no entanto não apresenta nenhuma correlação muito estatisticamente significativa. Para além desse facto, apenas os coeficientes de correlação com as questões vinte e um e vinte e quatro são considerados moderados.

**Tabela 26: Coeficientes de correlações significativas da questão "É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente" com o restante questionário.**

Questões	2	3	7	11	12	13	22	24
Questão n.º 9	,537**	,454**	,395*	,387*	,445*	,389*	,362*	,385*

Relativamente à questão número nove, esta apresenta duas correlações positivas muito significativas com as questões número dois e três, que já foram referidas mais acima neste trabalho. As restantes correlações classificam-se como significativas e são todas positivas, como se pode observar pela Tabela 26.

**Tabela 27: Coeficientes de correlações significativas da questão "A informação transmitida é subjetiva" com o restante questionário**

Questões	8	19
Questão n.º 10	,370*	,381*

Por sua vez a questão número dez, apresenta duas correlações estatisticamente significativas, sendo também positivas (Tabela 27), mas os seus coeficientes apenas indicam uma correlação baixa.

**Tabela 28: Coeficientes de correlações significativas da questão "É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados" com o restante questionário.**

Questões	1	2	4	5	7	9	12	15	19	21	22	24
Questão n.º11	,605**	,407**	,527**	,549**	,360*	,387*	,524**	,356*	,603**	,374*	,387*	,375*

Pela Tabela 28 é possível verificar que a questão número onze apresenta doze correlações positivas, sendo seis muito significativas a nível estatístico e com um coeficiente de correlação considerado moderado. As correlações referentes à questão em causa e as questões número um, dois, quatro e cinco, já foram referidas anteriormente. As restantes correlações muito significativas referem-se às questões número 12 “A informação é transmitida de forma estruturada” e número dezanove “Sinto que há informação importante que não é transmitida”.

**Tabela 29: Coeficientes de correlações significativas da questão "A informação é transmitida de forma estruturada" com o restante questionário**

Questões	1	2	4	9	11	13	19	21	24
Questão n.º 12	,374*	,619**	,370*	,445*	,524**	,470**	,482**	,419*	,403*

Para além das correlações referidas anteriormente, pela Tabela 29 é possível verificar que a questão número doze também apresenta correlações muito significativas e positivas com as questões treze “Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes”, e dezanove “Sinto que há informação importante que não é transmitida”. As questões referidas apresentam coeficientes de correlação moderados.

**Tabela 30: Coeficientes de correlações significativas da questão "Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes" com o restante questionário.**

Questões	2	3	4	9	12	18	19	22	24
Questão n.º 13	,468**	,489**	,419*	,389*	,470**	,355*	,538**	,469**	,376*

A questão número treze apresenta correlação moderada, positiva e muito significativa com as questões dezanove “Sinto que há informação importante que não é transmitida” e vinte e dois

“Conheço o procedimento multisectorial da instituição para a realização da passagem de turno”.

**Tabela 31: Coeficientes de correlações significativas da questão "É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno" com o restante questionário.**

Questões	11	16	19
Questão n.º 15	,356*	,720**	,385*

Referente à pergunta número quinze, constata-se que esta apresenta uma correlação elevada, positiva e significativa com a questão dezasseis “É importante poder avaliar o doente durante as passagens de turno” (Tabela 31).

Relativamente à questão número dezasseis, esta apenas tem uma correlação elevada, sendo esta positiva e muito significativa com a questão quinze, como se verifica na Tabela 31.

**Tabela 32: Coeficientes de correlações significativas da questão "Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes" com o restante questionário**

Questões	7	13	19
Questão n.º 18	,468*	,355*	,452**

De acordo com a Tabela 32 é possível verificar que existe uma correlação moderada entre a questão dezoito e a dezanove “Sinto que há informação importante que não é transmitida”. Esta é uma correlação positiva e muito significativa estatisticamente.

**Tabela 33: Coeficientes de correlações significativas da questão "Sinto que há informação importante que não é transmitida" com o restante questionário.**

Questões	1	2	3	4	5	7	10	11	12	13	15	18
Questão n.º 19	,380*	,455**	,468**	,518**	,352*	,362*	,381*	,603**	,482**	,538**	,385*	,452**

A questão dezanove apresenta correlações já anteriormente referidas. No entanto destaca-se a correlação com a questão número onze “É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados”, pois esta é uma correlação estatisticamente muito significativa e moderada.

**Tabela 34: Coeficientes de correlações significativas da questão "Leio sempre a totalidade da informação escrita, referente aos doentes, que me é fornecida nas passagens de turno" com o restante questionário**

Questões	8	11	12
Questão n.º 21	0,400*	,374*	,419*

As correlações existentes para a questão vinte e um, já foram anteriormente referidas. Esta questão apresenta correlações baixas a moderadas, estatisticamente significativas e positivas (Tabela 34).

**Tabela 35: Coeficientes de correlações significativas da questão "Conheço o procedimento multisectorial da instituição para a realização da passagem de turno" com o restante questionário.**

Questões	9	11	13
Questão n.º 22	,362*	,387*	,469**

As correlações da questão vinte e dois também já foram anteriormente referidas. Destas, a que se apresenta como mais relevante é a referente à questão treze "Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes", pois tem um coeficiente de correlação moderado, sendo estatisticamente muito significativa ( $p < 0,01$ ).

A questão número vinte e três "Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso" apenas apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a questão número um "Consigo esclarecer a informação que foi transmitida". No entanto o seu coeficiente de 0,353 indica-nos uma baixa correlação.

**Tabela 36: Coeficientes de correlações significativas da questão "É importante reformular a estrutura das passagens de turno" com o restante questionário**

Questões	8	9	11	12	13
Questão n.º 24	,405*	,385*	,375*	,403*	,376*

Por fim na questão vinte e quatro verifica-se algumas correlações moderadas, nomeadamente com as questões oito "Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes" e doze "A informação é transmitida de forma estruturada".

## 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após o resumo dos principais resultados obtidos, a discussão deste trabalho foca-se na tentativa de os explicar, de modo a atingir o objetivo principal identificado - analisar e caracterizar as atuais práticas de passagem de turno de enfermagem, numa enfermaria cirúrgica, de um Hospital português. Este capítulo pretende assim analisar os resultados e construir algumas reflexões críticas baseadas na fundamentação teórica encontrada. É importante salientar o facto que os resultados obtidos apenas são válidos para a população estudada, pelo que a leitura e análise do estudo deverá ser enquadrada no tempo e no espaço.

A população em estudo é constituída por trinta e cinco enfermeiros que desempenham funções numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português, sendo que trinta e três (94,3%) responderam ao questionário e vinte e três (65,7%) participaram nas filmagens das passagens de turno. Com a realização do registo audiovisual das passagens de turno foi possível analisar uma maior quantidade de variáveis e de forma mais exata, do que seria possível apenas com recurso à observação direta.

Inicialmente foi realizada a caracterização do número e funções dos intervenientes, da duração, assim como do espaço físico onde se realizaram as passagens de turno. A duração média das passagens de turno é de 44 minutos, sendo que a média a transmissão de informação referente a cada utente tem a duração de dois minutos e quarenta segundos. Noutros estudos o tempo médio por utente numa enfermaria foi de um minuto, o que é claramente um valor muito inferior ao verificado (Alvarado et al., 2006, citados por Cohen e Hilligoss, 2009). Quanto à opinião dos sujeitos, 81,8% considera que a duração das passagens de turno é inadequada, o que nos remete para uma duração excessiva. Esta é mesmo uma barreira já identificada para a existência de uma passagem de turno eficiente e para responder às necessidades dos utentes (Rienseberg, Leitzsch e Cunningham, 2010; Jorm, White e Kaneen, 2009; Sexton et al., 2004).

Durante as observações não foram detetados sinais de que os elementos presentes se sentem pressionados para terminar rapidamente os momentos das passagens de turno, no entanto a perceção de 57,6% dos inquiridos, é que são pressionados. É possível que não se tenha detetado o exercício de pressão sobre os sujeitos, devido ao facto de a enfermaria em causa, não ter experimentado a sua lotação total durante os momentos da realização deste estudo.



O local de realização da passagem de turno alternou entre o gabinete da enfermeira responsável e a sala de trabalho de enfermagem, no entanto 80% das observações realizaram-se no gabinete da enfermeira responsável. De acordo com alguns autores, a utilização de espaços comuns, como a sala de enfermagem e os quartos dos utentes, podem ser um fator propício à ocorrência de interrupções (Kelly, 2005 citado por Cohen e Hilligoss, 2009). Em nenhuma observação a passagem de turno foi realizada junto do utente, no entanto 87,9% dos sujeitos considera importante poder avaliar os utentes, sendo que apenas os enfermeiros com o grau de especialidade apresentam uma mediana de resposta que discorda de tal facto. A questão sobre a importância de ser possível avaliar o utente durante as passagens de turno apresenta uma forte correlação positiva e significativa ( $R=0,720$ ;  $p < 0,01$ ) com a questão “é possível avaliar os doentes durante as passagens de turno”, o que nos indica que quanto maior o grau de concordância com a possibilidade de ser possível observar os utentes, mais importante este facto se torna para os sujeitos, durante as passagens de turno.

Em todas as observações foi utilizado tanto o método verbal como escrito para a transmissão de informação. Este facto vai de encontro à opinião dos autores que consideram a utilização simultânea destes métodos, como a mais frequente para a realização da transição de equipas de enfermagem (Cohen e Hilligoss, 2009). A junção destes métodos permite uma comunicação cara-a-cara e diminui o risco de esquecimento da informação transmitida apenas verbalmente, sem apoio à escrita, no entanto torna-se um processo mais moroso (Bhabra, et al, 2007; Riesenber, Leitzsch e Cunningham, 2010). Alguns autores defendem mesmo que a transmissão de informação de forma presencial é a melhor forma de realizar uma passagem de turno eficiente (The Joint Commission, Joint Commission International e World Health Organization, 2007). O facto de ocorrer uma comunicação cara-a-cara vai permitir que para além da informação transmitida, seja possível avaliar a linguagem não-verbal, como por exemplo um sobrolho franzido, o que permite um maior esclarecimento da informação e melhor compreensão da mesma (Cohen e Hilligoss, 2009). Durante as observações constatou-se que em todas (100%) houve contacto visual entre os intervenientes, o que nos possibilita supor que ocorreu um maior nível de entendimento entre estes. É assim possível aceitar a  $H_1$ : As rendições da equipa de enfermagem, de uma enfermaria cirúrgica pertencente a um Hospital português, têm características consideradas como boa prática.

Relativamente ao conteúdo da informação transmitida verbalmente, verificou-se que as categorias mais frequentemente referidas são a identificação dos utentes pelo nome próprio (

$\bar{x}=16,2 \pm 3,53$ ), a ocorrência de acontecimentos prévios ( $\bar{x}=11,8 \pm 3,21$ ), o plano de tratamentos ( $\bar{x}=9,93 \pm 2,02$ ) e a avaliação dos sinais vitais ( $\bar{x}=8,93 \pm 3,19$ ). Por sua vez a informação que é omissa mais frequentemente são os antecedentes pessoais ( $\bar{x}=13,33 \pm 3,94$ ). Apesar de ser uma das categorias mais referidas verbalmente, o plano de tratamento também apresenta uma frequência de omissão elevada ( $\bar{x}=6,8 \pm 9,98$ ), sendo estes dados coerentes com os obtidos em outros estudos, onde em algumas situações, o plano de tratamento só foi referido em 1% dos casos. Tradicionalmente verifica-se também que durante as transições das equipas, há um maior enfoque relativamente ao que foi realizado em detrimento do que se planeia executar (Currie, 2002, citado por O'Connell, Macdonald e Kelly, 2008; Rienseberg, Leitzsch e Cunningham, 2010; Sexton et al., 2004).

Apesar da categoria alergias não apresentar uma frequência de omissão muito elevada, no entanto a sua média ( $\bar{x}=1,4 \pm 1,05$ ) é superior à de referência das mesmas ( $\bar{x}=0,4 \pm 0,51$ ). A referência à existência de alergias é um aspeto crítico, que pode colocar em causa a segurança do utente (ECRI Institute e ISMP, 2008; O'Malley et al, 2007). As alergias são um dos itens que constam na folha de passagem de turno pré-preenchida, no entanto pelo questionário verificamos que 18,2% dos sujeitos não lê a totalidade das informações presentes nessa folha, o que torna muito importante que as alergias sejam referidas verbalmente. Foi demonstrada uma correlação moderada, positiva e significativa ( $R=0,419$ ;  $p<0,05$ ) com a questão referente à estruturação da informação (questão número 12), o que nos indica que à medida que aumenta o grau de concordância referente à transmissão estruturada de informação, os sujeitos afirmam ler a totalidade das informações presentes na folha de passagem de turno.

Uma vez que a frequência das categorias da informação relativa à avaliação dos utentes é muito díspar, é-nos possível extrapolar que não existe implementada uma ferramenta de padronização da comunicação, tendo sido já referido anteriormente que a ferramenta existente na instituição não responde às necessidades do serviço. Este facto vai de encontro à observação efetuada, onde em nenhuma ocasião a informação verbal foi transmitida de forma estruturada. No entanto quando avaliada a perceção dos enfermeiros sobre este facto, verificamos que 81,8% considera que a informação é comunicada de modo estruturado, o que nos mostra que a perceção dos profissionais não coincide com os factos observados. É-nos assim possível rejeitar a  $H_2$ : As perceções dos enfermeiros que prestam cuidados na enfermaria cirúrgica de um hospital português, sobre a transição das equipas de enfermagem, são

coincidentes com os factos observados. Consta-se também que 63,6% afirma conhecer o procedimento multisectorial para a realização das passagens de turno.

Na questão sobre a estruturação da informação da passagem de turno, verificou-se que esta apresenta correlações moderadas, positivas e estatisticamente significativas com as questões “consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida”, “é proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados”, “Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações” e “sinto que há informação importante que não é transmitida”. Desta forma é possível constatar que quanto maior a perceção dos sujeitos sobre a estruturação da informação verbal, mais facilmente estes se conseguem manter concentrados e consideram que a informação transmitida é adequada, discordando que já tiveram necessidade de contactar o colega do turno anterior e que há informação importante que fica por transmitir.

Ao serem questionados sobre a dificuldade de organizar a informação a transmitir, quando se trata de utentes com um historial de saúde complexo (questão 23), 60,6% dos inquiridos afirma sentir essa dificuldade. Os sujeitos que apresentam maior dificuldade na organização desta informação encontram-se numa faixa etária inferior aos trinta e cinco anos e cujo contrato não é com vínculo definitivo. Verifica-se assim que os enfermeiros mais velhos e possivelmente mais experientes, são os que sentem menos dificuldade na organização da informação. O não se ser capaz de organizar a informação, poderá conduzir à omissão ou repetição da mesma e consequentemente originar atrasos no tratamento ou proporcionar a ocorrência de eventos adversos (The Joint Commission, Joint Commission Internacional e World Health Organization, 2007; Jorm, White e Kaneen, 2009).

Durante as observações verificou-se a presença maioritária de repetição de informações (86,7%), transmissão de excesso de informação (93,3%) e realização de juízos de valor (66,7%). A terminologia técnica foi utilizada ocasionalmente (100%) em todas as observações. Todos estes fatores reforçam o facto de não ser utilizada uma forma formal e padronizada para transmitir a informação e de não existirem linhas orientadoras para a organização da informação. No que respeita a perceção dos sujeitos, esta é coincidente com os dados observados, referentes à subjetividade da informação, uma vez que 57,6% a considera subjetiva. A utilização de termos não médicos e imprecisos pode originar confusão, ou mesmo eventos adversos, uma vez que pode comprometer a correta caracterização de fenómenos (Cohen e Hilligoss, 2009; Riesenber, Leitzsch e Cunningham, 2010).

Quando questionados sobre a transmissão de informação irrelevante, 81,8% dos enfermeiros discordam que tal ocorra, no entanto a sua opinião não coincide com os factos observados, através da categoria “transmissão de excesso de informação”. Os autores O’Connell, Macdonald e Kelly (2008) obtiveram resultados diferentes com a concordância de 55,7% dos inquiridos, relativamente à transmissão de informação irrelevante. A questão sobre a transmissão de informação irrelevante demonstrou uma correlação positiva, moderada e muito significativa com a questão “sinto que há informação importante que não é transmitida”, o que nos permite afirmar que quanto maior o nível de concordância dos sujeitos com a existência de transmissão de informação irrisória, também mais se eleva o seu nível de concordância de que nem toda a informação importante é transmitida. O facto de ser transmitida informação insignificante para os cuidados do utente também implica um aumento desnecessário do tempo da passagem de turno (Sexton et al., 2004) e consequentemente redução do tempo para prestar cuidados aos utentes.

Para além da informação referente aos utentes internados, a informação logística também se revelou de grande importância, no local de estudo em causa, estando presente em 80% das observações. Este tipo de informação vai permitir que os profissionais tenham conhecimento de alterações que ocorram quer a nível institucional quer do serviço, assim como permitir uma maior organização dos eventos planeados. A duração desta informação é de três minutos e vinte e oito segundos em média por passagem de turno, o que equivale aproximadamente a 7,89% do tempo total das transições de equipa de enfermagem.

Uma das funções dos momentos de transição das equipas de enfermagem é serem elementos de formação para os profissionais, permitindo que estes discutam assuntos relativos à sua prática e esclarecendo dúvidas. Estes momentos tornam-se particularmente importantes quando há a presença de elementos mais jovens e inexperientes na equipa (Kerr, 2002; Cohen e Hilligoss, 2009). No entanto estes momentos apenas se registaram em 40% das observações. Uma possível explicação pode passar pelo facto de apenas dois elementos da equipa exercerem funções no serviço há menos de dois anos. Relativamente à percepção dos sujeitos, 90,9% considera que tem a oportunidade de discutir informações confidenciais referente aos utentes, sendo estes resultados semelhantes aos obtidos por O’Connell, Macdonald e Kelly (2008) com uma percentagem de concordância de 85,8%. O grupo de sujeitos, cuja mediana de resposta apresenta um maior grau de concordância são os titulares do grau académico de licenciatura. Esta questão obteve uma correlação moderada, positiva e estatisticamente

significativa com a questão “é importante reformular a estrutura das passagens de turno”, o que nos indica que quanto maior o nível de concordância dos sujeitos com o facto de poderem discutir informações durante a passagens de turno, mais estes discordam da necessidade de as reformular.

Uma forma de iniciar a discussão de possíveis situações ou apenas esclarecer as informações que estão a ser transmitidas, é através da colocação de questões. Em todas as observações (100%) os intervenientes realizaram questões, sendo que em média são apresentadas 10,47 ( $\pm 7,67$ ) perguntas pelos enfermeiros que estão a chegar e 1,4 ( $\pm 1,50$ ) pelos enfermeiros da equipa de saída. No entanto verifica-se que numa passagem de turno o número máximo de questões foi de 33, o que pode indicar um excesso de questões apresentadas, sendo esta uma das barreiras a uma comunicação eficiente (Riesenberg, Leitzsch e Cunningham, 2010). De facto a percepção dos sujeitos confirma o seu à vontade para a colocação de questões, sendo que 100% apresenta um grau de concordância na questão “tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi”. Por sua vez 96,9% apresenta um grau de concordância com o facto de conseguirem esclarecer a informação transmitida. Verifica-se pela análise das correlações desta questão, que quanto maior o grau de concordância com o facto de ser possível esclarecer a informação, também o grau de concordância é maior para o facto dos sujeitos se conseguirem manter concentrados ( $R= 0,507$ ;  $p<0,01$ ), de considerarem a informação atualizada ( $R= 0,571$ ,  $p<0,01$ ), adequada ( $R= 0,605$ ,  $p<0,01$ ) e suficiente para assumir a prestação de cuidados aos utentes ( $R= 0,522$ ,  $p<0,01$ ).

Uma forma de compreender e/ou confirmar o que foi dito, é através da utilização de técnicas de confirmação/esclarecimento. Estas técnicas apresentaram uma prevalência de 60% nas observações, sendo a mais frequente a repetição. A utilização destas técnicas, é de acordo com os autores uma estratégia para se realizar uma passagem de turno eficiente (Riesenberg, Leitzsch e Cunningham, 2010; Department of Defense, 2005).

As interrupções têm sido um dos fenómenos mais apontados, como fonte de distúrbios nas passagens de turno, promovendo a ocorrência de erros, por exemplo através do esquecimento, tanto dos elementos de entrada como dos de saída (Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, 2010; Eaton, 2010; Cohen e Hilligoss, 2009). De acordo com os resultados obtidos, essa preocupação justifica-se, uma vez que em 100% das observações foram detetadas interrupções, que duraram em média 4 minutos e quarenta segundos por passagem de turno. Também a percepção dos sujeitos confirma este facto, pois 100% concorda

que as passagens de turno são sujeitas a interrupções. As interrupções são na sua maioria realizadas por elementos da equipa de saúde, ou mesmo por elementos presentes nas passagens de turno. É assim importante, criar na equipa de saúde, o sentimento que o momento de transição das equipas é de elevado risco e que as interrupções deverão ser minimizadas (Jorm, White e Kaneen, 2009).

Outro aspeto essencial nos momentos de transição das equipas de enfermagem é a manutenção da privacidade, uma vez que são referidas informações confidenciais referentes à situação clínica do utente (Riesenberg, Leitzsch e Cunningham, 2010), no entanto em 100% das observações foram detetados fatores que podem colocar em risco a privacidade da passagem de turno, quer seja pela porta da sala aberta (60%) quer seja pela proximidade de pessoas estranhas à equipa quando a porta está aberta (40%). Os resultados obtidos são o exemplo da preocupação dos autores.

Relativamente ao ambiente dos locais onde decorrem as passagens de turno, verificou-se que a iluminação foi sempre adequada, no entanto a temperatura apenas foi considerada amena em 53,3% e em todas as observações existiu a presença de barulho de fundo. Quando as condições ambientais não são as adequadas, estas podem originar desatenção e dificuldade de concentração dos elementos, podendo originar falhas ou lapsos na comunicação transmitida e/ou rececionada. Outro aspeto também referido pelos autores como fonte de destabilização das passagens de turno é a realização de multitarefas por parte dos sujeitos envolvidos na transição das equipas. Este fenómeno foi observado em todos os momentos do estudo, podendo ser fonte de interrupções e distrações dos restantes elementos presentes nas passagens de turno (Cohen e Hilligoss, 2009; Riesenberg, Leitzsch e Cunningham, 2010).

Uma das questões a que os enfermeiros da amostra responderam diz respeito à importância de reformulação das passagens de turno. Apesar de ao longo deste trabalho terem sido identificados diversos aspetos que podem ser alvo de melhoria, 78,8% dos sujeitos, considera que a passagem de turno não necessita ser reformulada, por exemplo, porque já consideram que a informação é transmitida de forma estruturada. Isto é comprovado pela correlação verificada com a questão “a informação é transmitida de forma estruturada ( $R= 0,403$ ,  $p<0,05$ ). É também importante lembrar que em diversos itens, a perceção dos enfermeiros não corresponde à realidade observada. Podemos assim antecipar uma resistência por parte dos sujeitos à mudança, pelo que é necessário ouvi-los e integrá-los no processo de melhoria.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A realização deste estudo pretende ser uma mais-valia para o serviço onde foi realizado, através da identificação dos pontos fortes e dos aspetos que necessitam de atenção. Esta investigação funcionou como um diagnóstico das práticas existentes, referentes à passagem de turno de enfermagem.

Foram identificadas práticas que de acordo com a bibliografia promovem uma comunicação eficiente, que devem ser divulgadas de forma a incentivar a sua continuação. As boas práticas detetadas prendem-se com a realização das passagens de turno com recurso à comunicação escrita e verbal, a utilização frequente de técnicas de confirmação da informação transmitida e a existência de um ambiente onde os seus elementos se sentem confortáveis a colocar questões.

Entre os fenómenos identificados como áreas de atenção, inclui-se a existência de muitas interrupções. Este é um aspeto identificado por diversos autores. Uma forma de possivelmente reduzir este fenómeno passa pela consciencialização de todos os elementos da equipa de saúde, que as interrupções podem conduzir a ineficiência de comunicação e consequentemente à ocorrência de eventos adversos. Para além disso é importante que seja definido apenas um local para a realização da passagem de turno., tendo presente que este não deve ser partilhado por mais profissionais ou outros elementos.

Em alguns aspetos detetou-se uma discrepância entre os factos observados e a perceção dos sujeitos, como por exemplo, em relação à existência de uma comunicação estruturada e ao sentimento de serem pressionados para terminar a passagem de turno. Sugere-se que para compreender melhor a razão destas discrepâncias sejam realizadas sessões de *focus grupo*. Este método é também uma boa opção para os elementos se sentirem ouvidos e criar o sentimento de pertença, motivando-os a uma participação ativa, que por sua vez minimiza a resistência à mudança.

A implementação de uma ferramenta para a estruturação da informação, tem sido sugerida como forma de promover a segurança dos utentes, durante a comunicação entre profissionais de saúde, havendo já estudos que demonstram as melhorias verificadas na gestão dos processos de internamento. Uma ferramenta que tem conquistado um maior número de adeptos é o *SBAR*. Esta metodologia tem-se revelado uma ferramenta que permite a padronização da informação, no entanto pode ser flexível, de modo a ser adaptada à realidade

de qualquer serviço. Ao se consultar os sujeitos relativamente à adaptação desta metodologia, poderá ser possível incentivar os sujeitos à mudança.

É de salientar que as mudanças, para surtirem o efeito desejado, não se podem limitar às passagens de turno, é necessário uma perspectiva mais abrangente, nomeadamente no que concerne a cultura organizacional. No caso específico do serviço onde o estudo foi realizado, denota-se uma preocupação e abertura à mudança, por parte dos líderes do serviço, o que se torna um elemento facilitador.

Como seguimento deste trabalho sugere-se a criação de um protocolo de melhoramento das passagens de turno, podendo-se recorrer à metodologia de *focus grupo*, tal como já foi referido e após a implementação e consolidação das melhorias definidas, realizar um estudo comparativo, de forma a conhecer os benefícios gerados.

Apesar da comunicação entre elementos da equipa de saúde, ser foco de atenção e objeto de diversos estudos de investigação, durante a pesquisa bibliográfica, verificou-se que em Portugal ainda existem poucos estudos, não havendo ferramentas de colheita de dados validadas para a população portuguesa. Este facto tornou-se uma limitação do estudo, uma vez que os instrumentos de colheita de dados tiveram de ser criados pela mestranda, através da adaptação dos que existem validados para outras populações. Os resultados obtidos com este estudo não deverão ser extrapolados a outras populações.

A população em estudo também é de pequenas dimensões, o que poderá ter inviabilizado algum tratamento estatístico do questionário, como por exemplo, o valor de KMO obtido não foi o suficiente para se proceder a uma análise fatorial exploratória. Sugere-se assim, que o questionário seja aplicado a uma amostra de maiores dimensões, podendo-se eventualmente proceder à sua validação para a população portuguesa. Estas são apenas algumas considerações que poderão ser úteis para futuras investigações.



## 9. BIBLIOGRAFIA

- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. 2010. *The OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement*. Sydney: ACSQHC.
- Benner, P. 2001. *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bhabra, G., Mackeith, S., Monteiro, P. e Pothier, D. 2007. An Experimental Comparison of Handover Methods. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*. 89(3):298-300.
- Chassin, M. e Becher, E. 2002. The Wrong Patient. *Annals of Internal Medicine*. United States: American College of Physicians. 136 (11):826-833.
- Cohen, M.D. e Hilligoss, P. B. (2008), *Handoffs in Hospitals: A review of the literature on information exchange while transferring patient responsibility or control*. Unpublished manuscript,  
[http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/61498/Handoffs in Hospitals Literature Review\\_081014.pdf?sequence=1](http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/61498/Handoffs_in_Hospitals_Literature_Review_081014.pdf?sequence=1)
- Colera, E. e Tombs, V. 1998. Communication behaviours in a hospital setting: an observational study. *BMJ*. Bristol: Hewlett-Packard Laboratories. 316:673-676.
- Department of Defense (2005), *Healthcare Communications Toolkit: to improve transitions in care*. Leesburg Pike, Ill.: Tricare.
- Eaton, E. 2010. Handoff Improvement: We Need to Understand What We Are Trying to Fix. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. United States. 36 (2):51.
- ECRI Institute e ISMP. 2008. Medication Errors Associated with Documented Allergies. *Pennsylvania Patient Safety Advisory*. 5:75-80
- Eisenberg, E., Goodall, H. e Tretheway, A.(2009). *Organizational Communication: Balancing Creativity and constraint*. (6<sup>a</sup> ed). Bedford/St. Martin's.
- Ellingson, L.L. (2002). Communication, Collaboration, and Teamwork among Health Care Professionals. *Communication Research Trends*.21(1):3-43.
- Fagundes, A. 2008. *Descrição, definição e registro de Comportamento*. (16<sup>a</sup> Ed). São Paulo: Edicon.
- Fortin, M.F. 2009. *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (5<sup>a</sup> Ed). Loures: Lusociência..
- Fragata, J., & Martins, L. 2008. *O Erro em Medicina: Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Coimbra: Almedina.
- Gluck, P. 2007. Patient Safety in women's Health Care: a framework for progress. *Best practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* , 21: 525-536
- Haig, K.; Sutton, S. e Whittington, J. 2006. SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. Illinois: Joint Commission Resources. 32 (3).

- Hill, M. e Hill, A. 1998. *Investigação Empírica em Ciências Sociais: Um guia introdutório* [em linha]. Dinamia,. [Consult, 5 Set. 2013] Disponível em [https://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/468/4/DINAMIA\\_WP\\_1998-10.pdf](https://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/468/4/DINAMIA_WP_1998-10.pdf).
- Hines, S., Luna, K., Lofthus, J., Marquardt, M., e Stelmokas, D. 2008. *Becoming a High Reliability Organization: Operational Advice for Hospital Leaders. AHRQ Publication*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 08-0022.
- Hughes, R. D., (Eds). 2008. *Patient Safety and Quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Iyer, P. 2006. SBAR. *Medical Legal News*. Flemington: Med League Support Services. 31.
- Jorm, C., White, S., e Kaneen, T. 2009. Clinical Handover: critical communications. *The Medical Journal of Australia*. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. 190 (11):S108-S109.
- Kerr, M. 2002. A Qualitative Study of Shift Handover Practice and Function from a Socio-technical Perspective. *Journal of Advanced Nursing*. England: Blackwell Science Ltd. 37 (2):125-134.
- Kohn, L., Corrigan, J. e Donaldson, M., (Eds). 2000. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Leonard, M., Graham, S. e Bonacum, D. 2004. The Human Factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*. 13:i85-i90.
- Manser, T., Foster, S., Gisin, S., Ummenhofer, W. 2010. Assessing the Quality of Patients Handoffs at Care Transitions. *Quality and Safety in Health Care*. United States: BMJ. 19:1-5.
- Nemeth, C.P. (2008). *Improving Healthcare Team Communication: Building on Lessons from Aviation and Aerospace*. England.
- O'Connell, B., Macdonald, K., e Kelly, C. 2008. Nursing Handover: it's time for a change. *Contemporary Nurse*. 30 (1): 2-11.
- Oliveira, L. (Dir). 1997. *Nova Enciclopédia Larousse*. (3891 ed. Círculo de Leitores. Volume 6.
- O'Malley, T.A., Poon, E., Varga-Sen, C., e Chan-MacRae. 2007. Partners Healthcare Transitions Project. *Forum*. 25:16-17.
- Ordem dos Enfermeiros. Dados Estatísticos 2000-2011. Janeiro 2012. [http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OEDados%20Estatisticos\\_2000\\_2011.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OEDados%20Estatisticos_2000_2011.pdf)
- Patterson, E. e Wears, R. 2010. Patient Handoffs: Standardized and Reliable Measurement Tools Remain Elusive. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. United States: Joint Commission Resources. 36 (2):52-61.
- Reason, J. 1990. *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press.

Riensenberg, L., Leitzsch, J. e Cunningham, J. 2010. Nursing Handoffs: A Systematic Review of the Literature. *The American Journal of Nursing*. United states: Lippincott Williams & Wilkins. 110 (4):24 – 34.

Sexton, A., Connie, C., Elliot, M., Stuart, J., Jayasuriya, R. e Crookes, P. 2004. Nursing handovers: do we really need them?. *Journal of Nursing Management*. England: Blackwell Publishing. 12 (1):37-42.

Sousa, P. 2006. Patient Safety: a Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19, pp. 309-318

Strople, B. e Ottani, P. 2006. Can Technology Improve Intershift Report?: what the research reveals. *Journal of Professional Nursing*. United States: Elsevier. 22 (3): 197-204.

The Joint Comission; Joint Comission International e World Health Organization. 2007. Communication During Patient Hand-Overs. *Patient Safety Solutions*. Switzerland: World Health Organization. 1 (3).

United States Government Accountability Office. 2004. *VA Patient Safety Program: A cultural perspective at four medical facilities*. Washington: GAO.

Victorian Quality Council (VCQ). 2010. *Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality of care*. Melbourne: Hospital and Health Service Performance Division.

Weick, K.E. e Sutcliffe. K.M. 2001. *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*. (1<sup>st</sup> ed). San Francisco.: Jossey-Bass.

World Health Organization. 2004. *World Alliance for Patient Safety: Forward programme 2005*. Geneva: WHO.



**Anexo I:** Questionário O'Connell, B; Macdonald, K e Kelly, C (2008). Nursing handover: It's time for a change. *Contemporary Nurse*, 30 (1). 2-11

I am able to clarify information that has been provided to me.

I am provided with sufficient information about patients.

The way in which information is provided to me is easy to follow.

The information that I receive is up to date.

I have the opportunity to discuss confidential or private patient information.

I have the opportunity to ask questions about things I do not understand.

I am able to keep my mind focused on the information being given to me.

I am educated about different aspects of nursing care.

Patient information is provided in a timely fashion.

I am often interrupted by patients and their significant others during handover.

I have the opportunity to debrief with other colleagues when I have had a difficult shift

I have the opportunity to discuss difficult clinical situations I have experienced.

I have the opportunity to discuss workload issues.

I feel that important information is not always given to me.

I find handover takes too much time.

I am often given information during handover that is not relevant to patient care.

I could obtain the handover information from the patients' charts.

I am able to check the patient during handover.

The information that I receive is subjective.

Patients are involved in the handover process.



### **Questionário sobre a Prática de Passagem de Turno de Enfermagem<sup>3</sup>**

O questionário que se segue está integrado numa investigação para a tese de mestrado de Mariana Tranquada, do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa – Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, sob a orientação do Professor Doutor José Fragata. O referido estudo tem como objetivo analisar o processo de passagem de turno entre enfermeiros, na enfermaria.

Por favor, tente responder a todas as questões. Pedimos-lhe que leia atentamente as instruções fornecidas. As respostas são confidenciais e não existem respostas certas ou erradas.

A sua participação é voluntária e é assegurado o anonimato dos seus dados pessoais e das suas respostas.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade e colaboração no nosso estudo.

---

<sup>3</sup> Este questionário foi baseado no questionário de O'Connell, B; Macdonald, K e Kelly, C (2008). Nursing handover: It's time for a change. Contemporary Nurse, 30 (1). 2-11.



## Caracterização demográfica e socioprofissional dos participantes

### 1. Sexo

1	Feminino	
2	Masculino	

### 2. Grupo Etário

Grupo etário	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Idades	≥20 - <25	≥25 - <30	≥30 - <35	≥35 - <40	≥40 - <45	≥45 - <50	≥50 - <55	≥55 - <60	≥60 - <65

### 3. Senioridade no serviço (em anos)

1	2	3	4	5	6
< 2 anos	≥2 - <6 anos	≥6 - <9 anos	≥9 - <12 anos	≥12 - <15 anos	≥15 anos

### 4. Vínculo à Instituição

1	Contrato tempo indeterminado	
2	Contrato termo resolutivo certo	
3	Contrato termo resolutivo incerto	
4	Vinculo definitivo	

### 5. Grau de Formação

1	2	3	4
Bacharelato	Licenciatura	Especialidade	Outro

### 6. Tem múltiplo emprego?

1	Sim	
2	Não	

**Instruções de preenchimento:** Por favor, não coloque o seu nome neste documento. O questionário é composto por afirmações, referentes às passagens de turno de enfermagem. Em cada frase deverá expressar a sua opinião, de acordo com a escala demonstrada em cada uma.

1. Consigo esclarecer a informação que foi transmitida.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

2. Consigo manter-me concentrado(a) na informação, enquanto está a ser transmitida.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

3. A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

4. A informação transmitida é atualizada.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

5. É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

6. Tenho oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendi.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

7. A duração da passagem de turno é adequada.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

8. Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

9. É possível obter a informação da passagem de turno através do processo do doente.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

10. A informação transmitida é subjetiva

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

11. É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

12. A informação é transmitida de forma estruturada.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

13. Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

14. A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

15. É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

16. É importante poder avaliar o doente durante as passagens de turno.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

17. É benéfico realizar a passagem de turno junto do doente.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

18. Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

19. Sinto que há informação importante que não é transmitida.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

20. Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

A Comunicação durante a Transição das Equipas de Enfermagem

21. Leio sempre a totalidade da informação escrita, referente aos doentes, que me é fornecida nas passagens de turno.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

22. Conheço o procedimento multissetorial da instituição para a realização da passagem de turno.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

23. Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente

24. É importante reformular a estrutura das passagens de turno.

1 – Concordo totalmente	2 – Concordo parcialmente	3 – Discordo parcialmente	4 – Discordo totalmente



A Comunicação durante a Transição das Equipas de Enfermagem

**sexo**

	n	%
feminino	4	57,1
Valid masculino	3	42,9
Total	7	100,0

**Grupo Etário**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
>=30 - <35	5	71,4	71,4	71,4
Valid >=40 - <45	2	28,6	28,6	100,0
Total	7	100,0	100,0	

**Senioridade no Serviço**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<2 anos	1	14,3	14,3	14,3
Valid >=6 - <9 anos	3	42,9	42,9	57,1
>=9 - <12 anos	3	42,9	42,9	100,0
Total	7	100,0	100,0	

**Vínculo à Instituição**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
contrato tempo indeterminado	5	71,4	71,4	71,4
Valid vinculo definitivo	2	28,6	28,6	100,0
Total	7	100,0	100,0	

**Grau de Formação**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
licenciatura	6	85,7	85,7	85,7
Valid outro	1	14,3	14,3	100,0
Total	7	100,0	100,0	

A Comunicação durante a Transição das Equipas de Enfermagem

**Tem Múltiplo Emprego?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	2	28,6	28,6	28,6
Valid nao	5	71,4	71,4	100,0
Total	7	100,0	100,0	







**Fidelidade – Consistência interna da escala (Alpha de Cronbach)**

1. Inicialmente foram invertidos os itens:
  - a. 10 “A informação transmitida é subjetiva”;
  - b. 13 “Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes”;
  - c. 14 “A passagem de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço”;
  - d. 18 “Durante as passagens de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes”;
  - e. 19 “Sinto que há informação importante que não é transmitida”;
  - f. 20 “Durante as passagens de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente”;
  - g. 23 “Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso”;
  - h. 24 “É importante reformular a estrutura das passagens de turno”

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,741	24

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	64,7143	47,238	,130	,741
P2	65,1429	43,476	,402	,724
P3	65,0000	49,000	-,104	,756
P4	64,8571	47,143	,163	,739
P5	64,8571	45,143	,472	,726
P6	64,4286	42,952	,826	,709
P7	65,1429	38,476	,605	,700
P8	64,8571	39,810	,849	,692
P9	65,2857	45,571	,261	,734
P10	65,8571	46,143	,316	,733
P11	65,4286	48,619	-,079	,763
P12	65,2857	45,571	,541	,726
P13	66,2857	42,238	,464	,718
P14	66,4286	46,619	,125	,743
P15	65,1429	44,476	,476	,723
P16	64,4286	50,619	-,343	,760
P17	64,2857	51,905	-,656	,765
P18	65,8571	45,143	,272	,733
P19	66,2857	44,571	,372	,727
P20	65,8571	34,143	,771	,674
P21	65,1429	44,143	,521	,721
P22	65,2857	54,238	-,439	,797
P23	65,4286	42,286	,572	,712
P24	66,0000	41,000	,463	,716

A Comunicação durante a Transição das Equipas de Enfermagem

2. Posteriormente foram invertidos os itens:
- 3 “A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar”;
  - 16 “É importante poder avaliar o doente durante as passagens de turno”
  - 17 “É benéfico realizar a passagem de turno junto do doente”
  - 22 “Conheço o procedimento multissetorial da instituição para a realização da passagem de turno”

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,844	24

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	57,5714	72,286	,084	,846
P2	58,0000	68,333	,321	,841
P3	59,1429	72,143	,061	,849
P4	57,7143	72,571	,063	,847
P5	57,7143	70,571	,308	,841
P6	57,2857	66,571	,819	,829
P7	58,0000	60,000	,671	,824
P8	57,7143	61,905	,913	,818
P9	58,1429	68,810	,354	,839
P10	58,7143	70,238	,349	,840
P11	58,2857	74,238	-,110	,860
P12	58,1429	69,476	,589	,836
P13	59,1429	66,143	,436	,836
P14	59,2857	70,905	,146	,847
P15	58,0000	68,000	,525	,835
P16	59,7143	71,571	,185	,844
P17	59,8571	69,810	,535	,837
P18	58,7143	67,238	,446	,836
P19	59,1429	66,476	,567	,832
P20	58,7143	54,238	,846	,811
P21	58,0000	67,000	,635	,831
P22	58,8571	66,810	,308	,844
P23	58,2857	67,238	,446	,836
P24	58,8571	64,810	,429	,837

Por fim, foi invertido o item 11 “É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes internados”

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,853	24

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	57,1429	74,476	,237	,852
P2	57,5714	70,619	,413	,847
P3	58,7143	76,238	,020	,859
P4	57,2857	75,905	,095	,855
P5	57,2857	75,238	,174	,854
P6	56,8571	70,476	,761	,841
P7	57,5714	61,619	,772	,830
P8	57,2857	65,238	,913	,829
P9	57,7143	74,238	,188	,854
P10	58,2857	74,238	,294	,851
P11	58,2857	74,238	,110	,860
P12	57,7143	73,571	,499	,848
P13	58,7143	70,905	,346	,850
P14	58,8571	74,810	,120	,857
P15	57,5714	70,952	,583	,843
P16	59,2857	76,238	,056	,856
P17	59,4286	73,619	,492	,848
P18	58,2857	70,571	,457	,846
P19	58,7143	69,905	,569	,842
P20	58,2857	55,571	,947	,817
P21	57,5714	71,286	,547	,844
P22	58,4286	67,952	,446	,847
P23	57,8571	71,810	,357	,849
P24	58,4286	67,286	,486	,845



## Guia de Observação das Passagens de Turno

INFORMAÇÕES GERAIS	
Observação Número	
Data	
Hora de Início	
Hora Final	
Duração (em minutos)	
Local	<input type="checkbox"/> Junto do Utente <input type="checkbox"/> Sala de trabalho de enfermagem <input type="checkbox"/> Gabinete da enfermeira responsável
Número de Participantes de chegada	
Número de Participantes de saída	
Número de utentes internados	
Funções dos Participantes	<input type="checkbox"/> Enfermeiro prestador de cuidados N°.: _____ <input type="checkbox"/> Enfermeiro com funções de gestão N°.: _____
Forma de transmissão de informação	<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Escrita <input type="checkbox"/> Ambos

<b>DESCRIÇÃO DA INFORMAÇÃO VERBAL TRANSMITIDA</b>	
Identificação do utente	
Diagnóstico/Cirurgia	
Antecedentes pessoais de saúde	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____ <input type="checkbox"/> Não aplicável _____
Alergias	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____ <input type="checkbox"/> Não aplicável _____
Acontecimentos prévios	
Avaliação atual do utente	<input type="checkbox"/> Sim Sinais vitais _____ Sist. Neurológico _____ Sist. Respiratório _____ Sist. GI _____ Sist. Genito-urinário _____ Sist. Musculo-esqueletico _____ Sist. Cutâneo _____ Av. Psicossocial _____ Realização/Resultados de EAD _____ <input type="checkbox"/> Não _____
Dispositivos médicos invasivos	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____ <input type="checkbox"/> Não aplicável _____
Plano de tratamento(s)	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____ <input type="checkbox"/> Não aplicável _____
Discussão de possíveis riscos/complicações	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicável
Informação logística do serviço	<input type="checkbox"/> Sim Duração _____ <input type="checkbox"/> Não
A informação foi transmitida de forma estruturada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Foram colocadas questões?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Elementos de entrada _____ <input type="checkbox"/> Elementos de saída _____ <input type="checkbox"/> Não
As respostas foram claras e satisfatórias?	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____



A Comunicação durante a Transição das Equipas de Enfermagem

<p>Foram utilizadas técnicas de confirmação e ou esclarecimento da informação transmitida?</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ler de volta <input type="checkbox"/> Repetição <input type="checkbox"/> Reformulação <input type="checkbox"/> Outra(s) _____ <input type="checkbox"/> Não
<p><b>PRESENÇA DE BARREIRAS DA COMUNICAÇÃO</b></p>	
<p>Os elementos da equipa estabeleceram facilmente contacto no início da passagem de turno</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>O(s) elemento(s) da equipa de chegada estão sob pressão de tempo?</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>O(s) elemento(s) da equipa de saída estão sob pressão de tempo?</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>Foi repetida informação?</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>Foi transmitida informação em excesso?</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>Foram realizados juízos de valor?</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>Intervenientes na passagem de turno falaram simultaneamente?</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>Ocorreram episódios de “tensão entre os elementos”?</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<p>Foi utilizada terminologia técnica?</p>	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
<p>Durante a transmissão de informação há contacto visual entre os intervenientes?</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Aplicável

A Comunicação durante a Transição das Equipas de Enfermagem

<p>Interrupções</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim:</p> <p><input type="checkbox"/> Ruídos _____</p> <p><input type="checkbox"/> Emergência/urgência _____</p> <p><input type="checkbox"/> Médicos _____</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeiros _____</p> <p><input type="checkbox"/> Elementos presentes no handover _____</p> <p><input type="checkbox"/> Assistentes Operacionais _____</p> <p><input type="checkbox"/> Utentes _____</p> <p><input type="checkbox"/> Visitas _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outros _____</p> <p><input type="checkbox"/> Duração total: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>Existência de barulho de fundo</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>Iluminação apropriada</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>Temperatura apropriada</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>Comprometimento da privacidade/confidencialidade?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Porta aberta</p> <p><input type="checkbox"/> Proximidade de pessoas não pertencentes à equipa de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Outra(s) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>Participantes realizam multitarefas durante as passagens de turno?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>

**Anexo VI:** Instruções de preenchimento do Guia de Observação das Passagens de  
Turno

### **Instruções de preenchimento do guia de observação**

**Observação Número:** preencher o número da observação que se está a realizar.

**Data:** preencher com a data da observação.

**Hora de Início:** Preencher com a hora de início. A hora de início tem como referência o momento que os enfermeiros de entrada chegam ao local da passagem de turno.

**Hora Final:** preencher com a hora a que termina a passagem de turno. A passagem de turno termina quando a totalidade das informações foi transmitida e é realizada a distribuição dos enfermeiros pelos utentes internados.

**Duração:** preencher o tempo decorrido entre a hora de início e a hora final.

**Local:** Assinalar o espaço físico onde é realizada a passagem de turno

**Número de participantes de chegada:** número de enfermeiros que estão a entrar ao serviço;

**Número de participantes de saída:** número de enfermeiros que estão a terminar o turno;

**Número de utentes internados:** assinalar o número de doentes internados.

**Funções dos participantes:** assinalar quais as funções dos enfermeiros participantes e o respetivo número;

**Forma de transmissão de informação:** assinalar se a informação é apenas transmitida de forma verbal (a informação dos utentes apenas é transmitida verbalmente), de forma escrita (a informação dos utentes apenas é transmitida de forma escrita) ou ambas (a informação é fornecida em suporte papel e de forma verbal);

**NOTA:** no registo das frequências apenas se regista a primeira vez que é referido um dos temas, por cada utente internado. Por exemplo: se for referida a avaliação da tensão arterial de um utente e posteriormente, noutra fase, for referida a avaliação da dor, do mesmo utente, apenas se regista uma frequência.

**Identificação do utente:** assinalar a frequência com que os utentes são identificados pelo seu nome durante a passagem de turno.

**Diagnóstico/cirurgia:** assinalar a frequência com que é transmitido verbalmente o diagnóstico/cirurgia dos utentes.

**Antecedentes pessoais de saúde:** assinalar a frequência com que são referidos verbalmente os antecedentes pessoais dos utentes.

**Alergias:** assinalar na opção “sim” e a frequência com que são referidas verbalmente as alergias dos utentes, quando estão documentadas. Assinalar na opção “não” e a frequência com que são omitidas verbalmente, as alergias documentadas. Assinalar a opção “não aplicável” quando não estão documentadas alergias e assinalar a respetiva frequência.

**Acontecimentos Prévios:** assinalar a frequência com que são referidos acontecimentos prévios relativos ao estado de saúde dos utentes. Por exemplo: características do pós-operatório, episódios anteriores de dor pré-cordial, etc.

**Avaliação atual do utente:** Assinalar “sim” quando é transmitida uma avaliação atualizada do utente. Posteriormente assinalar por utente, quais as avaliações que foram referidas. No caso de a avaliação não ser referida ou não ser atualizada, deverá ser assinalada a opção “não” e a frequência por utente à frente.

- Na subcategoria “sinais vitais”: deverá ser registado a frequência da informação referente aos sinais vitais do utente, por exemplo: tensão arterial, pulso, traçado cardíaco, dor, temperatura,...
- Na subcategoria “sistema neurológico”: deverá ser assinalada a frequência com que é referida a avaliação neurológica do utente, por exemplo: estado de orientação, estado de consciência,...
- Subcategoria “sistema respiratório”: deverá ser assinalada a frequência com que é referida a avaliação do sistema respiratório do utente, por exemplo: necessidade de aporte de oxigénio, acessos de tosse,...
- Subcategoria “sistema gastrointestinal”: deverá ser assinalada a frequência com que é referida a avaliação do aparelho gastrointestinal, por exemplo: presença de náuseas, anorexia,...

- Subcategoria “sistema genito-urinário”: deverá ser analisada a frequência com que é referida a avaliação deste sistema, por exemplo: avaliação de diurese,...
- Subcategoria “sistema musculo-esquelético”: deverá ser assinalada a frequência com que é referida a avaliação do sistema musculo-esquelético, por exemplo: avaliação da força dos membros inferiores,...
- Subcategoria “sistema cutâneo”: deverá ser assinalada a frequência com que é referida a avaliação deste sistema, por exemplo: avaliação das suturas operatórias,...
- Subcategoria “avaliação psicossocial”: deverá ser assinalada a frequência com que é referida a avaliação tanto psicológica do doente, como social. Por exemplo: estado de humor do utente, necessidade de apoio social,...
- Subcategoria “realização/resultados de EAD”: deverá ser assinalada a frequência com que é referida a realização recente de EAD ou dos respetivos resultados.

**Dispositivos médicos invasivos:** assinalar a opção “Sim” quando são referidos dispositivos médicos invasivos que o utente tenha, como acessos venosos, drenagens torácicas, etc. deverá ser registada a frequência com que são referidos. Assinalar a opção “Não” e a sua frequência, quando está documentada a existência de dispositivos médicos invasivos, mas estes não são referidos. Assinalar a opção “Não aplicável” e a respetiva frequência quando os utentes não possuem dispositivos médicos invasivos.

**Plano de tratamentos e objetivos:** assinalar a opção “sim” e a frequência, por doente, que é transmitida a informação sobre o plano de tratamentos e quais os objetivos a atingir. Por exemplo: futuros EAD. No caso de não haver referência, assinalar a opção “não” e a respetiva frequência.

**Discussão de possíveis riscos/complicações:** assinalar a se são discutidas informações sobre o estado clínico dos utentes, nomeadamente sobre riscos ou complicações a que estão sujeitos.

**Informação logística do serviço:** assinalar se foi transmitida ou não informação referente à logística do serviço durante a passagem de turno. No caso de ser assinalada a opção “sim”, deverá ser registada a duração da transmissão da informação. Assinalar a opção “Não” quando não foi transmitida verbalmente informação logística do serviço.

**Informação transmitida de forma estruturada:** assinalar a opção sim, se todos todos elementos que realizaram a passagem de turno adotaram a mesma estrutura na transmissão verbal de informação, por exemplo: 1. Nome, 2. Diagnóstico/cirurgia, 3. Antecedentes, 4. Alergias, 5. Avaliação do utente, 6. plano de tratamento,...

**Colocação de questões:** assinalar a opção “Sim” e o respetivo número, se forem colocadas questões, referentes aos utentes, durante a passagem de turno. Deverá ser registado o número de perguntas realizadas. Assinalar a opção “Não” se não forem colocadas questões, referentes aos utentes, durante a passagem de turno.

**As questões obtiveram uma resposta clara e satisfatória:** assinalar a opção “Sim” se as respostas foram de encontro às questões colocadas, de forma clara e objetiva. Assinalar a opção “não” se não foi possível obter resposta clara e satisfatória.

**Foram utilizadas técnicas de confirmação e ou esclarecimento da informação transmitida:** assinalar a opção “sim” no caso de ser utilizada alguma técnica que permita clarificar a informação transmitida e identificar a(s) mesma(s). Assinalar a opção “Não” se não forem utilizadas quaisquer técnicas de esclarecimento da informação.

**É estabelecido facilmente contacto entre os elementos da passagem de turno:** após a chegada dos elementos à passagem de turno, esta inicia-se sem contratempos. Assinalar a opção “sim” se a passagem de turno se inicia facilmente. Caso contrário assinalar a opção “não”.

**O(s) elemento(s) da equipa de chegada estão sob pressão de tempo:** assinalar a opção sim, se os elementos da equipa de chegada evidenciam sinais ou comportamentos que indiciei estarem sobre pressão temporal. Caso contrário assinalar a opção “não”.

**O(s) elemento(s) da equipa de saída estão sob pressão de tempo:** assinalar a opção “sim”, se os elementos da equipa de partida evidenciam sinais ou comportamentos que indiquem estarem sobre pressão temporal. Caso contrário assinalar a opção “não”.

**Foi repetida informação:** Assinalar a opção “sim” se a mesma informação for transmitida mais que uma vez, mesmo que reformulada. Assinalar a opção “não” se não houver repetições de informação durante a passagem de turno.

**Foi transmitida informação em excesso:** Assinalar a opção “sim” no caso de durante a passagem de turno ser transmitida informação não relevante para a prestação de cuidados ao doente ou não referente aos utentes, como por exemplo conversas de âmbito social. Assinalar a opção “não” caso a situação acima referida não se verifique.

**Foram realizados juízos de valor:** por juízos de valor entendem-se “os juízos sobre a validade e a normatividade das ações que fundamentam as normas e os deveres”<sup>4</sup>. Caso a situação se verifique durante a passagem de turno, deverá ser assinalada a opção “sim”. Caso contrário deverá ser assinalada a opção “não”.

**Intervenientes na passagem de turno falaram simultaneamente:** assinalar a opção “sim” se durante a passagem de turno houver mais do que um elemento a falar simultaneamente. Caso tal não se verifique, assinalar a opção “não”.

**Ocorreram episódios de “tensão entre os elementos:** assinalar a opção “sim”, caso ocorram situações de conflito ou exaltação entre os elementos da passagem de turno. Se não se verificarem tais situações, assinalar a opção “não”.

**Foi utilizada terminologia técnica:** se durante a passagem de turno os elementos utilizam sempre linguagem científica e objetiva, assinalar a opção “sempre”. Se tal só ocorre ocasionalmente, assinalar a opção “ocasionalmente”. Se não são utilizadas termos científicos e objetivos assinalar a opção “nunca”.

**Durante a transmissão de informação há contacto visual entre os intervenientes:** se os elementos presentes na passagem de turno (equipa de chegada e de saída), estabelecem contacto visual durante a transmissão de informação, assinalar a opção “sim”. Se não for estabelecido qualquer contacto visual, assinalar a opção “não”.

**Interrupções:** Assinalar a opção “não” se não ocorrerem interrupções à passagem de turno. Assinalar a opção sim, se a transmissão de informação na passagem de turno sofrer interrupções e identificar a causa e o respetivo número de interrupções:

- **Ruídos:** a transmissão de informação é interrompida por ruídos, por exemplo, som de campainha de chamada;

---

<sup>4</sup> Definição de acordo com o Dicionário Online da Língua Portuguesa da Porto Editora. Disponível em [http://www.infopedia.pt/\\$juizo-de-valor](http://www.infopedia.pt/$juizo-de-valor)



- Emergência/urgência: a transmissão de informação é interrompida por este tipo de situações;
- Médicos: a passagem de turno é interrompida por elementos da equipa médica;
- Enfermeiros: a passagem de turno é interrompida por elementos da equipa de enfermagem, que não estão presentes na passagem de turno;
- Enfermeiros presentes na passagem de turno: a passagem de turno é interrompida por elementos participantes na passagem de turno, por exemplo interromper a passagem de turno para fornecer informações que se tenham esquecido, o tempo de espera que possa ocorrer na transição de elementos para realizarem a passagem e turno, etc;
- Assistentes operacionais: a transmissão de informação é interrompida por elementos pertencentes à equipa dos assistentes operacionais;
- Utentes: a passagem de turno é interrompida pelos utentes internados;
- Visitas: a passagem de turno sofre uma interrupção causada por visitas dos utentes;
- Outros: a passagem de turno é interrompida por outros elementos e/ou fenómenos, não referidos na lista acima.
- Duração total: deverá ser assinalado o tempo decorrido desde a interrupção da transmissão de informação até ao momento em que esta é retomada;

**Existência de barulho de fundo**: assinalar a opção “sim”, se durante momentos da passagem de turno existir barulho ambiente. Caso não haja barulho no ambiente, assinalar a opção “não”.


**Iluminação apropriada**: assinalar a opção “sim” se o local da passagem de turno tiver boa iluminação, não implicando esforço para ler e/ou escrever. Se a iluminação não for adequada, assinalar a opção “não”.

**Temperatura adequada**: assinalar a opção “não” se a temperatura ambiente não for confortável, podendo ser manifestada verbalmente ou por comportamento dos intervenientes na passagem de turno. Assinalar a opção “sim” se não houver referencia ou sinais de desconforto dos elementos da passagem de turno, causados pela temperatura.

**Comprometimento da privacidade/confidencialidade:** assinalar a opção “sim” se forem identificadas situações que possam por em causa a confidencialidade da informação que está a ser transmitida. Nessa situação deverá ser identificada qual ou quais as situações que comprometem a privacidade. No que caso de não existirem situações que coloquem em risco a confidencialidade da passagem de turno, marcar a opção “não”.

**Participantes realizam multitarefas durante a passagem de turno:** seleccionar a opção “sim” se qualquer dos elementos participantes na passagem de turno, realizar mais alguma função para além das inerentes à passagem de turno. Se tal não se verificar, assinalar a opção “não”.





**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL E.P.E.**

*Sublinhar a importância da comunicação e o interesse de*

*Isidro Faustino*

*3-5-10*

**COMISSÃO de ÉTICA PARA A SAÚDE**

**Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.**  
 Rua José António Serrano 1150-199 Lisboa  
 Tel. 213594133 Fax: 213531983

**PARECER**

Reunida, no dia 22/04/2010, a Comissão de Ética do CHLC, pronunciou-se sobre:

<b>Tema do Estudo/Projecto</b>	HFMEA (Healthcare Failure Mode and Effect Analysis) aplicada à prevenção do risco em Medicina; Estudo de Caso no Serviço de Cirurgia CardioTorácica do Hosp. Santa Marta		
<b>Investigador(s)</b>	Mariana Fernandes Tranquada	<b>Orientador</b>	Prof. Doutor José Fragata
<b>Instituição</b>	Hospital de Santa Marta	<b>Área</b>	Gestão do Risco
<b>Tipo de Estudo</b>	Exploratório, descritivo - estudo de caso, prospectivo	<b>Âmbito Académico</b>	Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde; Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
<b>Serviço(s) a realizar</b>	Cirurgia CardioTorácica	<b>Autorização do(s) Director(es)</b>	Parecer positivo da Enf. <sup>a</sup> Chefe e Responsável pela Especialidade
<b>Objectivos:</b>	Analisar, de forma prospectiva, as falhas latentes existentes ao longo do circuito percorrido pelo utente submetido a cirurgia cardíaca na unidade de saúde supracitada; Analisar os eventos adversos passíveis de ocorrerem e as respectivas consequências; Propor medidas a implementar, de forma a debelar esses mesmos eventos.		
<b>Instrumentos</b>	Folha de trabalho HFMEA; Árvore de decisão HFMEA; Brainstorming - reflectir sobre os circuitos.	<b>Amostra</b>	Equipa multidisciplinar - não refere quem, nem quantos participantes vão estar envolvidos.
<b>Procedimentos de Colheita Dados</b>	Sessão de formação sobre a metodologia HFMEA e instrumentos de colheita e tratamento de dados; Sessões de brainstorming com o objectivo de analisar o circuito do utente adulto submetido a cirurgia cardíaca para análise dos circuitos dos doentes de cirurgia cardíaca entre 1 de Março e 31 de Maio de 2010.	<b>Consentimento Informado</b>	Não
<b>Decisão:</b>	Não se referem critérios de elegibilidade dos participantes nem qual a composição das equipas multidisciplinares, no entanto, dado que estes participantes são profissionais de saúde e não vão ser colhidos quaisquer dados identificativos, não nos levanta qualquer objecção ética, pelo que se entende emitir parecer favorável à realização deste estudo.		
<b>Observações:</b>	Alteração do título do trabalho com correcção do nome da Instituição.		

**Relatora: Enf.<sup>a</sup> Chefe Armandina Antunes**

**Presidente:** Dr. António Santos Castro - Chefe de Serviço de Medicina Interna

**Vice-presidente:** Dr. José Daniel Araújo - Chefe de Serviço de Cirurgia

**Vogais:** Dr. Gonçalo Cordeiro Ferreira - Chefe de Serviço de Pediatria Médica

Enf.<sup>a</sup> Armandina Carmo Antunes - Enf.<sup>a</sup> Chefe Área de Medicina

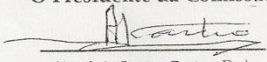
Dr. João Luís Paiva Alves - Assistente Principal Saúde - Ramo Farmácia

Monsenhor Victor Feytor Pinto - Teólogo

Dr. Pedro Madeira de Brito - Jurista

Lisboa, 26 de Abril de 2010

**O Presidente da Comissão**



(António Santos Castro, Dr.)

**Anexo VIII:** Consentimento Informado para a Realização do Registo Audiovisual das Passagens de Turno

### Consentimento Informado

**Autora do estudo:** Enfermeira Mariana Tranquada, no âmbito da dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde pelo Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa.

Este documento visa solicitar a sua participação no estudo da dissertação: “Análise da Prática de Enfermagem nas Passagens de Turno – Estudo de caso”. Este trabalho tem como objetivo geral:

- até Setembro de 2013 observar e analisar as passagens de turno de enfermagem através de registo audiovisual.

Através deste documento são-lhe garantidos os seguintes direitos:

- Solicitar a qualquer momento, maiores esclarecimentos sobre este trabalho de investigação;
- Possibilidade de negar-se a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social;
- Desistir a qualquer momento, de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

“Declaro estar ciente das informações constantes neste “Termo de Consentimento Informado” e entender que serei resguardado(a) pelo sigilo absoluto dos meus dados pessoais e da minha participação na pesquisa. Poderei pedir, a qualquer momento, esclarecimento sobre esta pesquisa, recusar a dar informações que julgue prejudiciais à minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer tempo, de participar no estudo”.

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013

Participante: \_\_\_\_\_

A autora do estudo: \_\_\_\_\_



**Fidelidade – Consistência interna da escala (Alpha de Cronbach)**

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,828	24

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	49,2813	53,693	,588	,815
P2	49,0625	52,706	,680	,811
P3	48,8750	53,984	,508	,817
P4	49,0625	54,125	,571	,816
P5	49,3438	55,330	,448	,821
P6	49,7188	58,854	,007	,830
P7	47,8125	54,157	,437	,820
P8	49,1250	53,984	,462	,819
P9	48,5313	52,451	,507	,816
P10	48,5000	54,452	,301	,826
P11	48,9063	53,055	,660	,813
P12	48,6875	53,319	,639	,813
P13	48,0938	50,797	,567	,812
P14	49,4688	58,580	,016	,832
P15	48,3125	53,319	,376	,822
P16	49,2188	56,757	,151	,831
P17	48,1250	59,016	-,063	,843
P18	47,5938	52,830	,462	,818
P19	47,7188	53,434	,757	,812
P20	48,3750	57,532	,054	,837
P21	48,7813	54,564	,347	,823
P22	48,5000	52,129	,322	,829
P23	48,5938	55,217	,272	,827
P24	47,5625	53,738	,398	,821



Foi eliminado o item 17 “É benéfico realizar a passagem de turno junto do doente”

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,843	23

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	46,6563	53,910	,575	,831
P2	46,4375	52,835	,677	,827
P3	46,2500	53,871	,534	,832
P4	46,4375	54,383	,551	,832
P5	46,7188	55,305	,466	,835
P6	47,0938	58,862	,045	,844
P7	45,1875	54,480	,414	,836
P8	46,5000	53,871	,486	,833
P9	45,9063	52,410	,521	,831
P10	45,8750	54,242	,328	,840
P11	46,2813	53,112	,666	,828
P12	46,0625	53,544	,624	,830
P13	45,4688	50,967	,562	,829
P14	46,8438	58,717	,013	,847
P15	45,6875	53,125	,400	,837
P16	46,5938	56,701	,167	,845
P18	44,9688	53,322	,428	,835
P19	45,0938	53,572	,752	,828
P20	45,7500	58,129	,015	,854
P21	46,1563	54,523	,361	,838
P22	45,8750	51,532	,367	,842
P23	45,9688	55,515	,255	,843
P24	44,9375	53,867	,396	,837



### Teste de normalidade da amostra por género

#### Tests of Normality<sup>b</sup>

sexo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
P1	feminino	,333	25	,000	,721	25	,000
	masculino	,435	7	,000	,600	7	,000
P2	feminino	,377	25	,000	,709	25	,000
	masculino	,338	7	,015	,769	7	,020
P3	feminino	,339	25	,000	,762	25	,000
	masculino	,296	7	,063	,840	7	,099
P4	feminino	,397	25	,000	,691	25	,000
	masculino	,360	7	,007	,664	7	,001
P5	feminino	,347	25	,000	,639	25	,000
	masculino	,504	7	,000	,453	7	,000
P6	feminino	,539	25	,000	,203	25	,000
P7	feminino	,340	25	,000	,747	25	,000
	masculino	,332	7	,019	,869	7	,183
P8	feminino	,278	25	,000	,778	25	,000
	masculino	,360	7	,007	,664	7	,001
P9	feminino	,288	25	,000	,847	25	,002
	masculino	,357	7	,007	,787	7	,030
P10	feminino	,230	25	,001	,805	25	,000
	masculino	,362	7	,006	,794	7	,036
P11	feminino	,339	25	,000	,762	25	,000
	masculino	,435	7	,000	,600	7	,000
P12	feminino	,390	25	,000	,701	25	,000
	masculino	,296	7	,063	,840	7	,099
P13	feminino	,318	25	,000	,839	25	,001
	masculino	,203	7	,200*	,877	7	,215
P14	feminino	,488	25	,000	,493	25	,000
	masculino	,360	7	,007	,664	7	,001
P15	feminino	,341	25	,000	,816	25	,000
	masculino	,258	7	,174	,818	7	,062
P16	feminino	,389	25	,000	,679	25	,000
	masculino	,256	7	,182	,833	7	,086
P18	feminino	,253	25	,000	,794	25	,000
	masculino	,267	7	,140	,894	7	,294
P19	feminino	,420	25	,000	,566	25	,000
	masculino	,296	7	,063	,840	7	,099
P20	feminino	,272	25	,000	,867	25	,004
	masculino	,241	7	,200*	,937	7	,609
P21	feminino	,280	25	,000	,835	25	,001
	masculino	,357	7	,007	,777	7	,024
P22	feminino	,207	25	,007	,836	25	,001
	masculino	,235	7	,200*	,856	7	,139
P23	feminino	,246	25	,000	,809	25	,000
	masculino	,345	7	,012	,732	7	,008
P24	feminino	,230	25	,001	,805	25	,000
	masculino	,345	7	,012	,732	7	,008

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

b. P6 is constant when sexo = masculino. It has been omitted.

### Teste de Mann-Whitney para comparar a variação das respostas por género

#### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of P1 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,375 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of P2 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,476 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of P3 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,914 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of P4 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,268 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of P5 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,215 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of P6 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,880 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of P7 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,590 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of P8 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,531 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of P9 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,324 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of P10 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,249 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

<sup>1</sup>Exact significance is displayed for this test.

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
11	The distribution of P11 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,590 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
12	The distribution of P12 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,399 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of P13 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,531 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
14	The distribution of P14 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,131 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of P15 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,048 <sup>1</sup>	Reject the null hypothesis.
16	The distribution of P16 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,503 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
17	The distribution of P18 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,476 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
18	The distribution of P19 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,620 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

<sup>1</sup>Exact significance is displayed for this test.

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
19	The distribution of P20 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,949 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
20	The distribution of P21 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,714 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
21	The distribution of P22 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,560 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
22	The distribution of P23 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,651 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
23	The distribution of P24 is the same across categories of sexo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,714 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

<sup>1</sup>Exact significance is displayed for this test.

**Estatística Descritiva da questão 15 “É possível avaliar os doentes durante as passagens de turno” por género da amostra**

**Descriptives**

sexo		Statistic	Std. Error			
P15	feminino	Mean	2,3077	,16426		
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,9694		
			Upper Bound	2,6460		
		5% Trimmed Mean	2,2863			
		Median	2,0000			
		Variance	,702			
		Std. Deviation	,83758			
		Minimum	1,00			
		Maximum	4,00			
		Range	3,00			
		Interquartile Range	1,00			
		Skewness	,668	,456		
		Kurtosis	,186	,887		
		masculino	masculino	Mean	3,1429	,34007
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,3107
Upper Bound	3,9750					
5% Trimmed Mean	3,1587					
Median	3,0000					
Variance	,810					
Std. Deviation	,89974					
Minimum	2,00					
Maximum	4,00					
Range	2,00					
Interquartile Range	2,00					
Skewness	-,353			,794		
Kurtosis	-1,817			1,587		

## Teste de Normalidade da Amostra por Grupo Etário

Tests of Normality								
	grupo_etário	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
P1	==20 ->25	.260	2	.007	.664	7	.001	
	==25 ->30	.360	7	.001	.766	15	.001	
	==30 ->35	.305	15	.000	.600	7	.000	
P2	==25 ->30	.435	7	.000	.763	15	.001	
	==30 ->35	.345	15	.000	.763	15	.000	
	==35 ->40	.367	5	.001	.684	5	.005	
P3	==25 ->30	.214	7	.200	.858	7	.144	
	==30 ->35	.345	15	.000	.763	15	.001	
	==35 ->40	.473	5	.001	.662	5	.000	
P4	==25 ->30	.435	7	.000	.600	7	.000	
	==30 ->35	.485	15	.000	.499	15	.000	
	==35 ->40	.473	5	.001	.552	5	.000	
P5	==20 ->25	.260	2	.007	.664	7	.001	
	==25 ->30	.360	7	.001	.766	15	.001	
	==30 ->35	.305	15	.000	.600	7	.000	
P6	==25 ->30	.435	7	.000	.763	15	.001	
	==30 ->35	.345	15	.000	.763	15	.000	
	==35 ->40	.367	5	.001	.684	5	.005	
P7	==20 ->25	.260	2	.007	.664	7	.001	
	==25 ->30	.360	7	.001	.766	15	.001	
	==30 ->35	.305	15	.000	.600	7	.000	
P8	==25 ->30	.435	7	.000	.763	15	.001	
	==30 ->35	.345	15	.000	.763	15	.000	
	==35 ->40	.367	5	.001	.684	5	.005	
P9	==25 ->30	.241	7	.200	.937	7	.609	
	==30 ->35	.344	15	.000	.817	15	.006	
	==35 ->40	.391	5	.000	.881	5	.314	
P10	==25 ->30	.241	7	.200	.937	7	.609	
	==30 ->35	.330	15	.000	.734	15	.001	
	==35 ->40	.473	5	.001	.552	5	.000	
P11	==20 ->25	.260	2	.007	.664	7	.001	
	==25 ->30	.360	7	.001	.766	15	.001	
	==30 ->35	.305	15	.000	.600	7	.000	
P12	==25 ->30	.435	7	.000	.763	15	.001	
	==30 ->35	.345	15	.000	.763	15	.000	
	==35 ->40	.367	5	.001	.684	5	.005	
P13	==20 ->25	.260	2	.007	.664	7	.001	
	==25 ->30	.360	7	.001	.766	15	.001	
	==30 ->35	.305	15	.000	.600	7	.000	
P14	==25 ->30	.435	7	.000	.763	15	.001	
	==30 ->35	.453	15	.000	.561	15	.000	
	==35 ->40	.473	5	.001	.552	5	.000	
P15	==20 ->25	.260	2	.007	.664	7	.001	
	==25 ->30	.360	7	.001	.766	15	.001	
	==30 ->35	.305	15	.000	.600	7	.000	
P16	==25 ->30	.435	7	.000	.763	15	.001	
	==30 ->35	.345	15	.000	.763	15	.000	
	==35 ->40	.367	5	.001	.684	5	.005	
P18	==20 ->25	.260	2	.007	.664	7	.001	
	==25 ->30	.338	7	.015	.769	7	.020	
	==30 ->35	.402	15	.000	.603	15	.000	
P19	==25 ->30	.435	7	.000	.763	15	.001	
	==30 ->35	.367	15	.002	.783	15	.002	
	==35 ->40	.367	5	.026	.684	5	.006	
P20	==20 ->25	.260	2	.007	.664	7	.001	
	==25 ->30	.360	7	.001	.766	15	.001	
	==30 ->35	.305	15	.000	.600	7	.000	
P21	==25 ->30	.435	7	.000	.763	15	.001	
	==30 ->35	.345	15	.000	.763	15	.000	
	==35 ->40	.367	5	.001	.684	5	.005	
P22	==20 ->25	.260	2	.007	.664	7	.001	
	==25 ->30	.267	7	.140	.894	7	.294	
	==30 ->35	.173	15	.200*	.878	15	.042	
P23	==25 ->30	.435	7	.000	.763	15	.001	
	==30 ->35	.367	15	.000	.763	15	.000	
	==35 ->40	.367	5	.001	.684	5	.005	
P24	==20 ->25	.260	2	.007	.664	7	.001	
	==25 ->30	.338	7	.015	.769	7	.020	
	==30 ->35	.399	15	.001	.761	15	.001	
==35 ->40	.367	5	.026	.684	5	.006		
==40 ->45	.260	2	.007	.664	7	.001		

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

b. P1 is constant when grupo\_etário = ==35 ->40. It has been omitted.

c. P1 is constant when grupo\_etário = ==40 ->45. It has been omitted.

d. P1 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

e. P2 is constant when grupo\_etário = ==20 ->25. It has been omitted.

f. P2 is constant when grupo\_etário = ==40 ->45. It has been omitted.

g. P2 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

h. P3 is constant when grupo\_etário = ==20 ->25. It has been omitted.

i. P3 is constant when grupo\_etário = ==40 ->45. It has been omitted.

j. P3 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

k. P4 is constant when grupo\_etário = ==20 ->25. It has been omitted.

l. P4 is constant when grupo\_etário = ==40 ->45. It has been omitted.

m. P4 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

n. P4 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

o. P5 is constant when grupo\_etário = ==40 ->45. It has been omitted.

p. P5 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

q. P6 is constant when grupo\_etário = ==20 ->25. It has been omitted.

r. P6 is constant when grupo\_etário = ==30 ->35. It has been omitted.

s. P6 is constant when grupo\_etário = ==35 ->40. It has been omitted.

t. P6 is constant when grupo\_etário = ==40 ->45. It has been omitted.

u. P6 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

v. P7 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

w. P8 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

x. P8 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

y. P9 is constant when grupo\_etário = ==20 ->25. It has been omitted.

z. P9 is constant when grupo\_etário = ==40 ->45. It has been omitted.

aa. P9 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

ab. P10 is constant when grupo\_etário = ==20 ->25. It has been omitted.

ac. P10 is constant when grupo\_etário = ==40 ->45. It has been omitted.

ad. P10 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

ae. P11 is constant when grupo\_etário = ==40 ->45. It has been omitted.

af. P11 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

ag. P12 is constant when grupo\_etário = ==35 ->40. It has been omitted.

ah. P12 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

ai. P13 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

aj. P14 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

ak. P15 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

al. P16 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

am. P18 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

an. P19 is constant when grupo\_etário = ==20 ->25. It has been omitted.

ao. P19 is constant when grupo\_etário = ==35 ->40. It has been omitted.

ap. P19 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

aq. P20 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

ar. P21 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

as. P22 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

at. P22 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

au. P23 is constant when grupo\_etário = ==40 ->45. It has been omitted.

av. P23 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.

aw. P24 is constant when grupo\_etário = ==45 ->50. It has been omitted.



## Teste de Kruskal-Wallis para comparar as respostas por grupo etário

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of P1 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,128	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of P2 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,063	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of P3 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,391	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of P4 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,030	Reject the null hypothesis.
5	The distribution of P5 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,584	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of P6 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,591	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of P7 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,242	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of P8 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,606	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of P9 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,310	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of P10 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,296	Retain the null hypothesis.
11	The distribution of P11 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,089	Retain the null hypothesis.
12	The distribution of P12 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,162	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of P13 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,284	Retain the null hypothesis.
14	The distribution of P14 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,907	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of P15 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,566	Retain the null hypothesis.
16	The distribution of P16 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,686	Retain the null hypothesis.
17	The distribution of P18 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,192	Retain the null hypothesis.
18	The distribution of P19 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,125	Retain the null hypothesis.
19	The distribution of P20 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,646	Retain the null hypothesis.
20	The distribution of P21 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,589	Retain the null hypothesis.
21	The distribution of P22 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,362	Retain the null hypothesis.
22	The distribution of P23 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,031	Reject the null hypothesis.
23	The distribution of P24 is the same across categories of grupo_etário.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,228	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

**Estatística Descritiva dos Itens 4 “A informação transmitida é atualizada” e 23 “Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso” por Grupo etário**

a,b

grupo etário		Statistic	Std. Error					
P23	>=20 - <25	Mean	2,5000	,50000				
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		-3,8531			
			Upper Bound		8,8531			
		5% Trimmed Mean	.					
		Median	2,5000					
		Variance	,500					
		Std. Deviation	,70711					
		Minimum	2,00					
		Maximum	3,00					
		Range	1,00					
		Interquartile Range	.					
		Skewness	.					
		Kurtosis	.					
		>=25 - <30	>=25 - <30		Mean	2,0000	,21822	
					95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		1,4660
						Upper Bound		2,5340
5% Trimmed Mean	2,0000							
Median	2,0000							
Variance	,333							
Std. Deviation	,57735							
Minimum	1,00							
Maximum	3,00							
Range	2,00							
Interquartile Range	,00							
Skewness	,000			,794				
Kurtosis	3,000			1,587				
>=30 - <35	>=30 - <35			Mean	2,5625	,15729		
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			2,2272
					Upper Bound			2,8978
		5% Trimmed Mean	2,6250					
		Median	3,0000					
		Variance	,396					
		Std. Deviation	,62915					
		Minimum	1,00					
		Maximum	3,00					
		Range	2,00					
		Interquartile Range	1,00					
		Skewness	-1,183	,564				
		Kurtosis	,633	1,091				
		>=35 - >40	>=35 - >40	Mean	1,8000		,37417	
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			,7611
					Upper Bound			2,8389
5% Trimmed Mean	1,7778							
Median	2,0000							
Variance	,700							
Std. Deviation	,83666							
Minimum	1,00							
Maximum	3,00							
Range	2,00							
Interquartile Range	1,50							
Skewness	,512			,913				
Kurtosis	-,612			2,000				

P23 is constant when grupo\_etário = >=40 - <45. It has been omitted.

P23 is constant when grupo\_etário = >=45 - <50. It has been omitted.

Teste de Normalidade da amostra por Senioridade no Serviço

Tests of Normality <sup>a</sup>							
senioridade_servico	Kolmogorov-Smirnov <sup>b</sup>				Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
P1 <2 anos	.260	2	.				
>=2 - <6 anos	.360	7	.007	.664	7	.001	
>=6 - <9 anos	.300	11	.007	.793	11	.008	
>=9 - <12 anos	.307	4	.	.729	4	.024	
>=12 - <15 anos	.367	5	.	.684	5	.006	
>=15 anos	.385	3	.	.750	3	.000	
P2 >=2 - <6 anos	.435	7	.000	.600	7	.000	
>=6 - <9 anos	.318	11	.003	.795	11	.008	
>=12 - <15 anos	.473	5	.001	.552	5	.000	
>=15 anos	.385	3	.	.750	3	.000	
P3 >=2 - <6 anos	.296	7	.063	.840	7	.099	
>=6 - <9 anos	.318	11	.003	.795	11	.008	
>=9 - <12 anos	.441	4	.	.630	4	.001	
>=12 - <15 anos	.367	5	.026	.684	5	.006	
>=15 anos	.385	3	.	.750	3	.000	
P4 >=2 - <6 anos	.435	7	.000	.600	7	.000	
>=6 - <9 anos	.492	11	.000	.486	11	.000	
>=15 anos	.385	3	.	.750	3	.000	
P5 <2 anos	.260	2	.				
>=2 - <6 anos	.360	7	.007	.664	7	.001	
>=6 - <9 anos	.401	11	.000	.625	11	.000	
>=9 - <12 anos	.307	4	.	.630	4	.001	
>=12 - <15 anos	.473	5	.001	.552	5	.000	
>=15 anos	.385	3	.	.750	3	.000	
P6 >=2 - <6 anos	.504	7	.000	.453	7	.000	
>=6 - <9 anos	.260	11	.				
>=9 - <12 anos	.504	7	.000	.453	7	.000	
>=12 - <15 anos	.409	11	.000	.627	11	.000	
>=15 anos	.307	4	.	.729	4	.024	
P7 >=2 - <6 anos	.260	2	.				
>=6 - <9 anos	.504	7	.000	.453	7	.000	
>=9 - <12 anos	.409	11	.000	.627	11	.000	
>=12 - <15 anos	.231	5	.200	.681	5	.314	
>=15 anos	.253	3	.	.964	3	.637	
P8 <2 anos	.260	2	.				
>=2 - <6 anos	.435	7	.000	.600	7	.000	
>=6 - <9 anos	.300	11	.007	.793	11	.008	
>=9 - <12 anos	.283	4	.	.863	4	.272	
>=12 - <15 anos	.473	5	.001	.552	5	.000	
>=15 anos	.385	3	.	.750	3	.000	
P9 >=2 - <6 anos	.214	7	.200	.858	7	1.144	
>=6 - <9 anos	.330	11	.001	.754	11	.002	
>=9 - <12 anos	.441	4	.	.630	4	.001	
>=12 - <15 anos	.231	5	.200	.881	5	.314	
>=15 anos	.385	3	.	.750	3	.000	
P10 >=2 - <6 anos	.241	7	.200	.937	7	.609	
>=6 - <9 anos	.277	11	.018	.799	11	.009	
>=9 - <12 anos	.441	4	.	.630	4	.001	
>=12 - <15 anos	.300	5	.161	.883	5	.325	
>=15 anos	.385	3	.	.750	3	.000	
P11 <2 anos	.260	2	.				
>=2 - <6 anos	.435	7	.000	.600	7	.000	
>=6 - <9 anos	.385	11	.000	.724	11	.001	
>=9 - <12 anos	.441	4	.	.630	4	.001	
>=12 - <15 anos	.473	5	.001	.552	5	.000	
>=15 anos	.385	3	.	.750	3	.000	
P12 <2 anos	.260	2	.				
>=2 - <6 anos	.504	7	.000	.453	7	.000	
>=6 - <9 anos	.260	11	.				
>=15 anos	.175	3	.015	1.000	3	1.000	
P13 <2 anos	.260	2	.				
>=2 - <6 anos	.360	7	.007	.664	7	.001	
>=6 - <9 anos	.233	11	.100	.822	11	.018	
>=9 - <12 anos	.250	4	.	.945	4	.683	
>=12 - <15 anos	.367	5	.026	.684	5	.006	
>=15 anos	.175	3	.	1.000	3	1.000	
P14 <2 anos	.260	2	.				
>=2 - <6 anos	.435	7	.000	.600	7	.000	
>=6 - <9 anos	.448	11	.000	.572	11	.000	
>=9 - <12 anos	.441	4	.	.630	4	.001	
>=12 - <15 anos	.473	5	.001	.552	5	.000	
>=15 anos	.385	3	.	.750	3	.000	
P15 <2 anos	.260	2	.				
>=2 - <6 anos	.421	7	.000	.646	7	.001	
>=6 - <9 anos	.337	11	.001	.805	11	.011	
>=9 - <12 anos	.307	4	.	.729	4	.024	
>=12 - <15 anos	.473	5	.001	.552	5	.000	
>=15 anos	.253	3	.	.964	3	.637	
P16 <2 anos	.260	2	.				
>=2 - <6 anos	.421	7	.000	.646	7	.001	
>=6 - <9 anos	.332	11	.001	.756	11	.002	
>=9 - <12 anos	.441	4	.	.630	4	.001	
>=12 - <15 anos	.367	5	.026	.684	5	.006	
>=15 anos	.175	3	.	1.000	3	1.000	
P18 <2 anos	.260	2	.				
>=2 - <6 anos	.296	7	.063	.840	7	.099	
>=6 - <9 anos	.232	11	.100	.822	11	.018	
>=9 - <12 anos	.441	4	.	.630	4	.001	
>=12 - <15 anos	.231	5	.200	.881	5	.314	
>=15 anos	.253	3	.	.964	3	.637	
P19 >=2 - <6 anos	.504	7	.000	.453	7	.000	
>=6 - <9 anos	.492	11	.000	.486	11	.000	
>=9 - <12 anos	.441	4	.	.630	4	.001	
>=12 - <15 anos	.473	5	.001	.552	5	.000	
>=15 anos	.175	3	.	1.000	3	1.000	
P20 <2 anos	.260	2	.				
>=2 - <6 anos	.241	7	.200	.937	7	.609	
>=6 - <9 anos	.277	11	.018	.799	11	.009	
>=9 - <12 anos	.329	4	.	.695	4	.406	
>=15 anos	.175	3	.	1.000	3	1.000	
P21 <2 anos	.260	2	.				
>=2 - <6 anos	.504	7	.000	.453	7	.000	
>=6 - <9 anos	.279	11	.017	.822	11	.018	
>=9 - <12 anos	.298	4	.	.849	4	.224	
>=12 - <15 anos	.367	5	.026	.684	5	.006	
>=15 anos	.385	3	.	.750	3	.000	
P22 <2 anos	.260	2	.				
>=2 - <6 anos	.256	7	.182	.833	7	.086	
>=6 - <9 anos	.173	11	.200	.889	11	1.325	
>=9 - <12 anos	.283	4	.	.863	4	.272	
>=12 - <15 anos	.254	5	.200	.803	5	.085	
P23 <2 anos	.260	2	.				
>=2 - <6 anos	.504	7	.000	.453	7	.000	
>=6 - <9 anos	.482	11	.000	.504	11	.000	
>=12 - <15 anos	.349	5	.046	.771	5	.046	
P24 <2 anos	.260	2	.				
>=2 - <6 anos	.360	7	.007	.664	7	.001	
>=6 - <9 anos	.282	11	.015	.786	11	.006	
>=9 - <12 anos	.441	4	.	.630	4	.001	
>=12 - <15 anos	.367	5	.026	.684	5	.006	
>=15 anos	.385	3	.	.750	3	.000	

- \*. This is a lower bound of the true significance.
- a. Lilliefors Significance Correction
- b. P1 is constant when senioridade\_servico = >=12 - <15 anos. It has been omitted.
- c. P2 is constant when senioridade\_servico = <2 anos. It has been omitted.
- d. P2 is constant when senioridade\_servico = >=9 - <12 anos. It has been omitted.
- e. P3 is constant when senioridade\_servico = <2 anos. It has been omitted.
- f. P4 is constant when senioridade\_servico = <2 anos. It has been omitted.
- g. P4 is constant when senioridade\_servico = >=9 - <12 anos. It has been omitted.
- h. P4 is constant when senioridade\_servico = >=12 - <15 anos. It has been omitted.
- i. P6 is constant when senioridade\_servico = <2 anos. It has been omitted.
- j. P6 is constant when senioridade\_servico = >=6 - <9 anos. It has been omitted.
- k. P6 is constant when senioridade\_servico = >=9 - <12 anos. It has been omitted.
- l. P6 is constant when senioridade\_servico = >=12 - <15 anos. It has been omitted.
- m. P6 is constant when senioridade\_servico = >=15 anos. It has been omitted.
- n. P9 is constant when senioridade\_servico = <2 anos. It has been omitted.
- o. P9 is constant when senioridade\_servico = <2 anos. It has been omitted.
- p. P10 is constant when senioridade\_servico = <2 anos. It has been omitted.
- q. P12 is constant when senioridade\_servico = >=9 - <12 anos. It has been omitted.
- r. P12 is constant when senioridade\_servico = >=12 - <15 anos. It has been omitted.
- s. P19 is constant when senioridade\_servico = <2 anos. It has been omitted.
- t. P20 is constant when senioridade\_servico = >=12 - <15 anos. It has been omitted.
- u. P22 is constant when senioridade\_servico = >=15 anos. It has been omitted.
- v. P23 is constant when senioridade\_servico = >=9 - <12 anos. It has been omitted.
- w. P23 is constant when senioridade\_servico = >=15 anos. It has been omitted.

## Teste de Kruskal-Wallis para comparar as respostas por senioridade no serviço

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of P1 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,312	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of P2 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,031	Reject the null hypothesis.
3	The distribution of P3 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,331	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of P4 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,035	Reject the null hypothesis.
5	The distribution of P5 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,698	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of P6 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,681	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of P7 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,413	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of P8 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,640	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of P9 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,214	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of P10 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,290	Retain the null hypothesis.
11	The distribution of P11 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,607	Retain the null hypothesis.
12	The distribution of P12 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,260	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of P13 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,176	Retain the null hypothesis.
14	The distribution of P14 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,982	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of P15 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,950	Retain the null hypothesis.
16	The distribution of P16 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,932	Retain the null hypothesis.
17	The distribution of P18 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,459	Retain the null hypothesis.
18	The distribution of P19 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,526	Retain the null hypothesis.
19	The distribution of P20 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,538	Retain the null hypothesis.
20	The distribution of P21 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,698	Retain the null hypothesis.
21	The distribution of P22 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,091	Retain the null hypothesis.
22	The distribution of P23 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,008	Reject the null hypothesis.
23	The distribution of P24 is the same across categories of senioridade_serviço.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,222	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Estatística descritiva dos itens 2, 4 e 23, por senioridade no serviço

		Descriptives <sup>a,b,c,d,e,f,g</sup>		Statistic	Std. Error
P2	senioridade_servico ==2 - <6 anos	Mean		1,7500	,16366
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,3630	
			Upper Bound	2,1370	
		5% Trimmed Mean		1,7778	
		Median		2,0000	
		Variance		,214	
		Std. Deviation		,46291	
		Minimum		1,00	
		Maximum		3,00	
	Range		1,00		
	Interquartile Range		,75		
	Skewness		-1,440	,752	
	Kurtosis		,000	1,481	
	==6 - <9 anos	Mean		2,0000	,19069
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,5751	
			Upper Bound	2,4249	
		5% Trimmed Mean		2,0000	
		Median		2,0000	
		Variance		,400	
		Std. Deviation		,63246	
		Minimum		1,00	
		Maximum		3,00	
	Range		2,00		
	Interquartile Range		,00		
	Skewness		,000	,661	
	Kurtosis		,417	1,279	
	==12 - <15 anos	Mean		1,2000	,20000
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,9447	
			Upper Bound	1,7553	
		5% Trimmed Mean		1,1667	
		Median		1,0000	
		Variance		,200	
		Std. Deviation		,44721	
		Minimum		1,00	
		Maximum		3,00	
	Range		1,00		
	Interquartile Range		,50		
	Skewness		2,236	,913	
	Kurtosis		5,000	2,000	
== 15 anos	Mean		1,3333	,33333	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-,1009		
		Upper Bound	2,7676		
	5% Trimmed Mean		1,0000		
	Median		1,0000		
	Variance		,333		
	Std. Deviation		,57735		
	Minimum		1,00		
	Maximum		2,00		
Range		1,00			
Interquartile Range		,00			
Skewness		1,732	1,225		
Kurtosis		,00	,00		
P4	==2 - <6 anos	Mean		1,6250	,18298
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,1923	
			Upper Bound	2,0577	
		5% Trimmed Mean		1,6389	
		Median		2,0000	
		Variance		,268	
		Std. Deviation		,51755	
		Minimum		1,00	
		Maximum		3,00	
	Range		1,00		
	Interquartile Range		1,00		
	Skewness		-,644	,752	
	Kurtosis		-2,240	1,481	
	==6 - <9 anos	Mean		1,8182	,12197
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,5464	
			Upper Bound	2,0899	
		5% Trimmed Mean		1,8535	
		Median		2,0000	
		Variance		,164	
		Std. Deviation		,40452	
		Minimum		1,00	
		Maximum		2,00	
	Range		1,00		
	Interquartile Range		,00		
	Skewness		-1,923	,661	
	Kurtosis		2,037	1,279	
	== 15 anos	Mean		1,6667	,66667
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,2018	
			Upper Bound	4,5351	
		5% Trimmed Mean		,0000	
		Median		1,0000	
		Variance		1,333	
		Std. Deviation		1,15470	
		Minimum		1,00	
		Maximum		3,00	
	Range		2,00		
	Interquartile Range		,00		
	Skewness		1,732	1,225	
	Kurtosis		,00	,00	
P23	<2 anos	Mean		2,6000	,60000
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-3,8531	
			Upper Bound	8,8531	
		5% Trimmed Mean		2,6000	
		Median		2,6000	
		Variance		,500	
		Std. Deviation		,70711	
		Minimum		2,00	
		Maximum		3,00	
	Range		1,00		
	Interquartile Range		,00		
	Skewness		,00	,00	
	Kurtosis		,00	,00	
	==2 - <6 anos	Mean		2,2500	,16366
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,8630	
			Upper Bound	2,6370	
		5% Trimmed Mean		2,2222	
		Median		2,0000	
		Variance		,214	
		Std. Deviation		,46291	
		Minimum		2,00	
		Maximum		3,00	
	Range		1,00		
	Interquartile Range		,75		
	Skewness		1,440	,752	
	Kurtosis		,000	1,481	
	==6 - <9 anos	Mean		2,7273	,19498
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,2928	
			Upper Bound	3,1617	
		5% Trimmed Mean		2,9081	
		Median		3,0000	
		Variance		,418	
		Std. Deviation		,64667	
		Minimum		1,00	
		Maximum		3,00	
	Range		2,00		
	Interquartile Range		,00		
	Skewness		-2,420	,661	
	Kurtosis		5,510	1,279	
==12 - <15 anos	Mean		1,6000	,40000	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,4854		
		Upper Bound	2,7106		
	5% Trimmed Mean		1,5556		
	Median		1,0000		
	Variance		,800		
	Std. Deviation		,89443		
	Minimum		1,00		
	Maximum		3,00		
Range		2,00			
Interquartile Range		,00			
Skewness		1,50	,913		
Kurtosis		,212	2,000		

a. P2 is constant when senioridade\_servico = <2 anos. It has been omitted.  
 b. P2 is constant when senioridade\_servico = ==9 - <12 anos. It has been omitted.  
 c. P4 is constant when senioridade\_servico = <2 anos. It has been omitted.  
 d. P4 is constant when senioridade\_servico = ==9 - <12 anos. It has been omitted.  
 e. P4 is constant when senioridade\_servico = ==12 - <15 anos. It has been omitted.  
 f. P23 is constant when senioridade\_servico = ==9 - <12 anos. It has been omitted.  
 g. P23 is constant when senioridade\_servico = == 15 anos. It has been omitted.

Teste de Normalidade da amostra por vínculo à instituição

Vínculo instituição	a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
P2 contrato tempo indeterminado	,360	21	,000	,744	21	,000
contrato termo resolutivo certo	,307	4	.	,729	4	,024
P4 vinculo definitivo	,435	7	,000	,600	7	,000
contrato tempo indeterminado	,469	21	,000	,533	21	,000
P23 vinculo definitivo	,504	7	,000	,453	7	,000
contrato tempo indeterminado	,299	21	,000	,765	21	,000
contrato termo resolutivo certo	,441	4	.	,630	4	,001
P1 vinculo definitivo	,421	7	,000	,646	7	,001
contrato tempo indeterminado	,307	21	,000	,739	21	,000
contrato termo resolutivo certo	,307	4	.	,729	4	,024
P3 vinculo definitivo	,504	7	,000	,453	7	,000
contrato tempo indeterminado	,290	21	,000	,800	21	,001
P5 vinculo definitivo	,360	7	,007	,664	7	,001
contrato tempo indeterminado	,348	21	,000	,640	21	,000
contrato termo resolutivo certo	,441	4	.	,630	4	,001
P6 vinculo definitivo	,435	7	,000	,600	7	,000
contrato tempo indeterminado	,539	21	,000	,228	21	,000
P7 contrato tempo indeterminado	,357	21	,000	,724	21	,000
contrato termo resolutivo certo	,441	4	.	,630	4	,001
P8 vinculo definitivo	,267	7	,140	,894	7	,294
contrato tempo indeterminado	,290	21	,000	,777	21	,000
contrato termo resolutivo certo	,283	4	.	,863	4	,272
P9 vinculo definitivo	,435	7	,000	,600	7	,000
contrato tempo indeterminado	,301	21	,000	,853	21	,005
contrato termo resolutivo certo	,441	4	.	,630	4	,001
P10 vinculo definitivo	,214	7	.	,858	7	,144
contrato tempo indeterminado	,287	21	,000	,842	21	,003
contrato termo resolutivo certo	,283	4	.	,863	4	,272
P11 vinculo definitivo	,296	7	,063	,840	7	,099
contrato tempo indeterminado	,380	21	,000	,715	21	,000
contrato termo resolutivo certo	,307	4	.	,729	4	,024
P12 vinculo definitivo	,296	7	,063	,840	7	,099
contrato tempo indeterminado	,360	21	,000	,744	21	,000
contrato termo resolutivo certo	,441	4	.	,630	4	,001
P13 vinculo definitivo	,357	7	,007	,777	7	,024
contrato tempo indeterminado	,261	21	,001	,865	21	,008
contrato termo resolutivo certo	,441	4	.	,630	4	,001
P14 vinculo definitivo	,256	7	,182	,833	7	,086
contrato tempo indeterminado	,469	21	,000	,533	21	,000
contrato termo resolutivo certo	,307	4	.	,729	4	,024
P15 vinculo definitivo	,435	7	,000	,600	7	,000
contrato tempo indeterminado	,345	21	,000	,790	21	,000
contrato termo resolutivo certo	,250	4	.	,945	4	,683
P16 vinculo definitivo	,241	7	.	,937	7	,609
contrato tempo indeterminado	,377	21	,000	,695	21	,000
contrato termo resolutivo certo	,441	4	.	,630	4	,001
P18 vinculo definitivo	,256	7	,182	,833	7	,086
contrato tempo indeterminado	,216	21	,012	,812	21	,001
contrato termo resolutivo certo	,307	4	.	,729	4	,024
P19 vinculo definitivo	,304	7	,050	,781	7	,026
contrato tempo indeterminado	,395	21	,000	,675	21	,000
P20 vinculo definitivo	,357	7	,007	,777	7	,024
contrato tempo indeterminado	,243	21	,002	,882	21	,016
contrato termo resolutivo certo	,441	4	.	,630	4	,001
P21 vinculo definitivo	,421	7	,000	,646	7	,001
contrato tempo indeterminado	,260	21	,001	,864	21	,008
contrato termo resolutivo certo	,441	4	.	,630	4	,001
P22 vinculo definitivo	,435	7	,000	,600	7	,000
contrato tempo indeterminado	,221	21	,009	,859	21	,006
contrato termo resolutivo certo	,151	4	.	,993	4	,972
P24 vinculo definitivo	,332	7	,019	,710	7	,005
contrato tempo indeterminado	,241	21	,003	,803	21	,001
contrato termo resolutivo certo	,283	4	.	,863	4	,272
vinculo definitivo	,338	7	,015	,769	7	,020

This is a lower bound of the true significance.

Lilliefors Significance Correction

P4 is constant when Vínculo\_instituição = contrato termo resolutivo certo. It has been omitted.

P3 is constant when Vínculo\_instituição = contrato termo resolutivo certo. It has been omitted.

P6 is constant when Vínculo\_instituição = contrato termo resolutivo certo. It has been omitted.

P6 is constant when Vínculo\_instituição = vinculo definitivo. It has been omitted.

P19 is constant when Vínculo\_instituição = contrato termo resolutivo certo. It has been omitted.

## Teste de Kruskal-Wallis para comparar as respostas por vínculo à instituição

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of P1 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,179	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of P2 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,053	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of P3 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,305	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of P4 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,033	Reject the null hypothesis.
5	The distribution of P5 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,607	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of P6 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,779	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of P7 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,744	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of P8 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,353	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of P9 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,254	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of P10 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,423	Retain the null hypothesis.
11	The distribution of P11 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,400	Retain the null hypothesis.
12	The distribution of P12 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,418	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of P13 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,374	Retain the null hypothesis.
14	The distribution of P14 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,538	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of P15 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,529	Retain the null hypothesis.
16	The distribution of P16 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,568	Retain the null hypothesis.
17	The distribution of P18 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,594	Retain the null hypothesis.
18	The distribution of P19 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,965	Retain the null hypothesis.
19	The distribution of P20 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,527	Retain the null hypothesis.
20	The distribution of P21 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,595	Retain the null hypothesis.
21	The distribution of P22 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,661	Retain the null hypothesis.
22	The distribution of P23 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,021	Reject the null hypothesis.
23	The distribution of P24 is the same across categories of Vinculo_intituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,405	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

**Estatística Descritiva dos itens 4 e 23, por vínculo à instituição**

**Descriptives<sup>a</sup>**

Vinculo_intituicao			Statistic	Std. Error	
P4	contrato tempo indeterminado	Mean	1,7273	,09719	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	1,5252 1,9294	
		5% Trimmed Mean	1,7525		
		Median	2,0000		
		Variance	,208		
		Std. Deviation	,45584		
		Minimum	1,00		
		Maximum	2,00		
		Range	1,00		
		Interquartile Range	1,00		
	Skewness	-1,097	,491		
	Kurtosis	-,887	,953		
	vinculo definitivo	Mean	1,2857	,28571	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	,5866 1,9848	
		5% Trimmed Mean	1,2063		
		Median	1,0000		
		Variance	,571		
		Std. Deviation	,75593		
		Minimum	1,00		
		Maximum	3,00		
Range		2,00			
Interquartile Range		,00			
Skewness	2,646	,794			
Kurtosis	7,000	1,587			
P23	contrato tempo indeterminado	Mean	2,4091	,14202	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	2,1137 2,7044	
		5% Trimmed Mean	2,4545		
		Median	2,5000		
		Variance	,444		
		Std. Deviation	,66613		
		Minimum	1,00		
		Maximum	3,00		
		Range	2,00		
		Interquartile Range	1,00		
	Skewness	-,699	,491		
	Kurtosis	-,429	,953		
	contrato termo resolutivo certo	Mean	2,2500	,25000	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	1,4544 3,0456	
		5% Trimmed Mean	2,2222		
		Median	2,0000		
		Variance	,250		
		Std. Deviation	,50000		
		Minimum	2,00		
		Maximum	3,00		
		Range	1,00		
		Interquartile Range	,75		
	Skewness	2,000	1,014		
	Kurtosis	4,000	2,619		
	vinculo definitivo	Mean	1,4286	,29738	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	,7009 2,1562	
		5% Trimmed Mean	1,3651		
		Median	1,0000		
		Variance	,619		
		Std. Deviation	,78680		
Minimum		1,00			
Maximum		3,00			
Range		2,00			
Interquartile Range		1,00			
Skewness	1,760	,794			
Kurtosis	2,361	1,587			

a. P4 is constant when Vinculo\_intituicao = contrato termo resolutivo certo. It has been omitted.



### Teste de Normalidade da Amostra por Grau de Formação

**Tests of Normality** b,c,d,e,f,g,h,i,j,l,m,n,o,p,q,r,s,t,u,v,w,x,y,z,...

grau_ formação	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
P2 licenciatura	,306	26	,000	,763	26	,000
P2 outro	,367	5	,026	,684	5	,006
P4 licenciatura	,366	26	,000	,715	26	,000
P4 outro	,367	5	,026	,684	5	,006
P23 licenciatura	,266	26	,000	,788	26	,000
P23 outro	,300	5	,161	,883	5	,325
P1 licenciatura	,383	26	,000	,684	26	,000
P1 outro	,367	5	,026	,684	5	,006
P3 licenciatura	,330	26	,000	,769	26	,000
P3 outro	,473	5	,001	,552	5	,000
P5 licenciatura	,396	26	,000	,619	26	,000
P5 outro	,367	5	,026	,684	5	,006
P6 outro	,473	5	,001	,552	5	,000
P7 licenciatura	,407	26	,000	,709	26	,000
P7 outro	,231	5	,200*	,881	5	,314
P8 licenciatura	,357	26	,000	,718	26	,000
P8 outro	,473	5	,001	,552	5	,000
P9 licenciatura	,282	26	,000	,861	26	,002
P9 outro	,473	5	,001	,552	5	,000
P10 licenciatura	,237	26	,001	,856	26	,002
P10 outro	,231	5	,200*	,881	5	,314
P11 licenciatura	,364	26	,000	,736	26	,000
P11 outro	,300	5	,161	,883	5	,325
P12 licenciatura	,318	26	,000	,779	26	,000
P13 licenciatura	,266	26	,000	,873	26	,004
P13 outro	,237	5	,200*	,961	5	,814
P14 licenciatura	,436	26	,000	,583	26	,000
P14 outro	,473	5	,001	,552	5	,000
P15 licenciatura	,302	26	,000	,842	26	,001
P15 outro	,473	5	,001	,552	5	,000
P16 licenciatura	,333	26	,000	,742	26	,000
P18 licenciatura	,233	26	,001	,842	26	,001
P18 outro	,367	5	,026	,684	5	,006
P19 licenciatura	,409	26	,000	,657	26	,000
P19 outro	,473	5	,001	,552	5	,000
P20 licenciatura	,283	26	,000	,860	26	,002
P20 outro	,237	5	,200*	,961	5	,814
P21 licenciatura	,301	26	,000	,791	26	,000
P21 outro	,349	5	,046	,771	5	,046
P22 licenciatura	,194	26	,013	,846	26	,001
P22 outro	,330	5	,079	,735	5	,021
P24 licenciatura	,222	26	,002	,808	26	,000
P24 outro	,349	5	,046	,771	5	,046

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

b. P2 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

c. P4 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

d. P23 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

e. P1 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

f. P3 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

g. P5 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

h. P6 is constant when grau\_ formação = licenciatura. It has been omitted.

i. P6 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

j. P7 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

l. P8 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

m. P9 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

n. P10 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

o. P11 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

p. P12 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

q. P12 is constant when grau\_ formação = outro. It has been omitted.

r. P13 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

s. P14 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

t. P15 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

u. P16 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

v. P16 is constant when grau\_ formação = outro. It has been omitted.

w. P18 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

x. P19 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

y. P20 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

z. P21 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

aa. P22 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

ab. P24 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

## Teste de Kruskal-Walis para Comparar a Respostas por Grau de Formação

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of P1 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,470	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of P2 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,797	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of P3 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,201	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of P4 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,778	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of P5 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,460	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of P6 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,061	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of P7 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,116	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of P8 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,047	Reject the null hypothesis.
9	The distribution of P9 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,492	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of P10 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,604	Retain the null hypothesis.
11	The distribution of P11 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,780	Retain the null hypothesis.
12	The distribution of P12 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,942	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of P13 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,922	Retain the null hypothesis.
14	The distribution of P14 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,753	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of P15 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,588	Retain the null hypothesis.
16	The distribution of P16 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,040	Reject the null hypothesis.
17	The distribution of P18 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,373	Retain the null hypothesis.
18	The distribution of P19 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,482	Retain the null hypothesis.
19	The distribution of P20 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,721	Retain the null hypothesis.
20	The distribution of P21 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,080	Retain the null hypothesis.
21	The distribution of P22 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,558	Retain the null hypothesis.
22	The distribution of P23 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,753	Retain the null hypothesis.
23	The distribution of P24 is the same across categories of grau_formação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,432	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

**Estatística Descritiva dos itens 8 e 16 por Grau de Formação****Descriptives<sup>a,b,c</sup>**

grau formação			Statistic	Std. Error		
P8	licenciatura	Mean	1,4815	,12369		
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,2272		
			Upper Bound	1,7357		
		5% Trimmed Mean	1,4239			
		Median	1,0000			
		Variance	,413			
		Std. Deviation	,64273			
		Minimum	1,00			
		Maximum	3,00			
		Range	2,00			
		Interquartile Range	1,00			
		Skewness	1,012	,448		
		Kurtosis	,069	,872		
		outro	Mean	Mean	2,2000	,20000
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,6447
Upper Bound	2,7553					
5% Trimmed Mean	2,1667					
Median	2,0000					
Variance	,200					
Std. Deviation	,44721					
Minimum	2,00					
Maximum	3,00					
Range	1,00					
Interquartile Range	,50					
Skewness	2,236			,913		
Kurtosis	5,000			2,000		
P16	licenciatura			Mean	1,5926	,13354
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,3181
		Upper Bound	1,8671			
		5% Trimmed Mean	1,5473			
		Median	1,0000			
		Variance	,481			
		Std. Deviation	,69389			
		Minimum	1,00			
		Maximum	3,00			
		Range	2,00			
		Interquartile Range	1,00			
		Skewness	,762	,448		
		Kurtosis	-,501	,872		

a. P8 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

b. P16 is constant when grau\_ formação = especialidade. It has been omitted.

c. P16 is constant when grau\_ formação = outro. It has been omitted.

**Teste de Normalidade da Amostra por existência de Múltiplo Emprego**

b

multiplo_emprego		a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
P1	sim	,513	8	,000	,418	8	,000
	nao	,304	24	,000	,733	24	,000
P2	sim	,391	8	,001	,641	8	,000
	nao	,347	24	,000	,752	24	,000
P3	sim	,391	8	,001	,641	8	,000
	nao	,318	24	,000	,778	24	,000
P4	sim	,455	8	,000	,566	8	,000
	nao	,427	24	,000	,647	24	,000
P5	sim	,455	8	,000	,566	8	,000
	nao	,358	24	,000	,637	24	,000
P6	nao	,539	24	,000	,209	24	,000
P7	sim	,361	8	,003	,826	8	,054
	nao	,333	24	,000	,756	24	,000
P8	sim	,391	8	,001	,641	8	,000
	nao	,264	24	,000	,784	24	,000
P9	sim	,263	8	,109	,827	8	,056
	nao	,307	24	,000	,847	24	,002
P10	sim	,327	8	,012	,810	8	,037
	nao	,304	24	,000	,822	24	,001
P11	sim	,455	8	,000	,566	8	,000
	nao	,331	24	,000	,770	24	,000
P12	sim	,455	8	,000	,566	8	,000
	nao	,366	24	,000	,735	24	,000
P13	sim	,235	8	*	,802	8	,030
	nao	,271	24	,000	,859	24	,003
P14	sim	,391	8	,001	,641	8	,000
	nao	,464	24	,000	,542	24	,000
P15	sim	,455	8	,000	,566	8	,000
	nao	,279	24	,000	,857	24	,003
P16	sim	,325	8	,013	,665	8	,001
	nao	,382	24	,000	,685	24	,000
P18	sim	,250	8	,150	,860	8	,120
	nao	,239	24	,001	,800	24	,000
P19	sim	,455	8	,000	,566	8	,000
	nao	,443	24	,000	,608	24	,000
P20	sim	,361	8	,003	,826	8	,054
	nao	,234	24	,002	,876	24	,007
P21	sim	,327	8	,012	,810	8	,037
	nao	,292	24	,000	,835	24	,001
P22	sim	,297	8	,037	,781	8	,018
	nao	,228	24	,002	,849	24	,002
P23	sim	,263	8	,109	,827	8	,056
	nao	,286	24	,000	,779	24	,000
P24	sim	,228	8	*	,835	8	,067
	nao	,262	24	,000	,793	24	,000

This is a lower bound of the true significance.

Lilliefors Significance Correction

P6 is constant when multiplo\_emprego = sim. It has been omitted.

**Hypothesis Test Summary**

	<b>Null Hypothesis</b>	<b>Test</b>	<b>Sig.</b>	<b>Decision</b>
1	The distribution of P1 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,067 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of P2 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,117 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of P3 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,254 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of P4 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,028 <sup>1</sup>	Reject the null hypothesis.
5	The distribution of P5 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,445 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of P6 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,885 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of P7 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,606 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of P8 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,352 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of P9 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,782 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of P10 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,204 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
11	The distribution of P11 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,696 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
12	The distribution of P12 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,150 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of P13 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,036 <sup>1</sup>	Reject the null hypothesis.
14	The distribution of P14 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,578 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of P15 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,522 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
16	The distribution of P16 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,951 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
17	The distribution of P18 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,789 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
18	The distribution of P19 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,176 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
19	The distribution of P20 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,496 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
20	The distribution of P21 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,885 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
21	The distribution of P22 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,636 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
22	The distribution of P23 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,089 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
23	The distribution of P24 is the same across categories of multiplo_emprego.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,757 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

<sup>1</sup> Exact significance is displayed for this test.

A Comunicação durante a Transição das Equipas de Enfermagem

Descriptives

multiplo emprego			Statistic	Std. Error
P13	sim	Mean	2,0000	,32733
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 2,2260 Upper Bound 2,7740	
		5% Trimmed Mean	2,0000	
		Median	2,0000	
		Variance	,857	
		Std. Deviation	,92582	
		Minimum	1,00	
		Maximum	3,00	
		Range	2,00	
		Interquartile Range	2,00	
	Skewness	,000	,752	
	Kurtosis	-2,100	1,481	
	nao	Mean	2,8800	,15620
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 2,5576 Upper Bound 3,2024	
		5% Trimmed Mean	2,9111	
		Median	3,0000	
		Variance	,610	
		Std. Deviation	,78102	
		Minimum	1,00	
		Maximum	4,00	
Range		3,00		
Interquartile Range		1,00		
Skewness	-,350	,464		
Kurtosis	,032	,902		
P4	sim	Mean	1,2500	,16366
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound ,8630 Upper Bound 1,6370	
		5% Trimmed Mean	1,2222	
		Median	1,0000	
		Variance	,214	
		Std. Deviation	,46291	
		Minimum	1,00	
		Maximum	2,00	
		Range	1,00	
		Interquartile Range	,75	
	Skewness	1,440	,752	
	Kurtosis	,000	1,481	
	nao	Mean	1,8000	,10000
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 1,5936 Upper Bound 2,0064	
		5% Trimmed Mean	1,7889	
		Median	2,0000	
		Variance	,250	
		Std. Deviation	,50000	
		Minimum	1,00	
		Maximum	3,00	
Range		2,00		
Interquartile Range		,50		
Skewness	-,435	,464		
Kurtosis	,490	,902		







