INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

A Comunicação Eficaz no Processo de Handover

Rodrigo Amaral Onofre

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:
Doutor Álvaro Augusto da Rosa, Professor Associado c/ Agregação do ISCTE-IUL

Outubro, 2024

BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

A Comunicação Eficaz no Processo de Handover

Rodrigo Amaral Onofre

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:
Doutor Álvaro Augusto da Rosa, Professor associado c/ Agregação do ISCTE-IUL

Outubro, 2024

Agradecimentos

A realização deste estudo não teria sido a mesma, sem o especial apoio e contributo de algumas pessoas muito importantes, por isso gostaria de expressar o meu sincero agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a sua concretização.

Em primeiro lugar, deixo o meu sincero agradecimento ao meu orientador, Professor Doutor Álvaro Rosa, por ter aceitado abraçar este projeto comigo, mostrando disponibilidade total, interesse, partilha e empatia, assim como pela confiança que transmitiu ao longo do percurso.

Em segundo lugar, gostaria de demostrar o meu agradecimento à minha família, à minha Mãe e ao meu Pai, pelo apoio incondicional e pela paciência. À minha Irmã, que mesmo longe, nunca deixou de me apoiar e ajudar em tudo o que precisasse.

Quero deixar um agradecimento especial também, à minha namorada, Patrícia, pela confiança, motivação e paciência, bem como por nunca me ter deixado duvidar do meu potencial.

Agradeço aos amigos do ISCTE, à Daniela, à Joana e à Mariana, por estes dois anos de amizade diária, partilha de memórias espetaculares e dos jantares quase mensais. Obrigado por terem tornado esta experiência única e tão gratificante.

Um agradecimento ainda, do tamanho do mundo ao meu companheiro da vida académica, que se tornou um companheiro da vida, o Lourenço. Obrigado, meu grande amigo, por nunca me deixares perder o Norte, pela proximidade, amizade, ensinamentos e boa disposição que tens sempre vontade de ter e colocar nos outros.

Gostaria de deixar ainda, uma palavra de apreço e agradecimento a todos os meus amigos que me acompanharam, ajudaram e desejaram o melhor durante esta etapa.

Por fim, agradecer, em especial, ao meu grupo de amigos, João, Vasco, Henrique, Kelson, Descalço, Mariana e Érica, pois, graças às tardes infinitas na biblioteca, às saídas de dia e de noite foi possível rir, descontrair e aproveitar o que a vida tem de melhor e ganhar forças para continuar a escrever este estudo.

Resumo

A comunicação eficaz é um elemento essencial nos serviços de saúde, sobretudo no processo de *handover*, onde a transmissão clara e completa da informação é crucial para assegurar a continuidade e a segurança dos cuidados prestados. Diversos estudos destacam que a ausência de comunicação adequada pode resultar em erros e comprometer a qualidade dos serviços de saúde. O *handover* é um momento crucial de transmissão de informação entre turnos, essencial para garantir a continuidade e segurança dos cuidados prestados. Assim, o estudo teve como objetivo analisar a influência da comunicação eficaz no desempenho dos profissionais de saúde, com foco no processo de *handover.* Através da aplicação de um questionário a enfermeiros, procurou-se compreender as perceções dos profissionais de saúde relativamente à clareza, atualidade e suficiência da informação transmitida, bem como o impacto desta comunicação na segurança dos utentes e na eficácia do trabalho em equipa. Os resultados indicam que uma comunicação eficaz contribui de forma significativa para a melhoria do desempenho dos profissionais de saúde, promovendo a coesão da equipa e um ambiente de cuidados mais seguro. Contudo, foram identificadas algumas limitações no processo de *handover*, como interrupções frequentes e a falta de padronização na transmissão da informação. Este estudo contribui para uma melhor compreensão das boas práticas de comunicação no setor da saúde e apresenta sugestões para a melhoria das práticas atuais.

Palavras-chave: Comunicação Eficaz, Desempenho, *Handover*, Profissionais de saúde, Segurança dos cuidados

Abstract

Effective communication is an essential element in healthcare services, particularly in the *handover* process, where clear and complete information transmission is crucial to ensure continuity and safety of care. Several studies highlight that inadequate communication can lead to errors and compromise the quality of healthcare services. *Handover* is a critical moment of information transfer between shifts, essential to guarantee the continuity and safety of care provided. Thus, the objective of this study was to analyze the influence of effective communication on the performance of healthcare professionals, focusing on the *handover* process. Through the application of a questionnaire to nurses, this study aimed to understand the perceptions of healthcare professionals regarding the clarity, timeliness, and sufficiency of the information transmitted, as well as the impact of this communication on patient safety and team efficiency. The results indicate that effective communication significantly contributes to improving the performance of healthcare professionals, promoting team cohesion and a safer care environment. However, some limitations were identified in the *handover* process, such as frequent interruptions and the lack of standardization in information transmission. This study contributes to a better understanding of best communication practices in the healthcare sector and provides suggestions for improving current practices.

Keywords: Effective communication, *Handover*, Healthcare professionals, Patient safety, Performance

Índice Geral

Agradecimentos v

Resumo i

Abstract iii

Índice de Tabelas ix

Glossário de Siglas xi

Introdução 1

I. Revisão de Literatura 3

1.1 Comunicação na Saúde 3

1.2. Falhas na Comunicação 9

1.3. Liderança 10

1.4. *Handover* 12

1.5. Um olhar sobre o processo de *handover* nos países nórdicos 13

1.5.1. Suécia: Uso do SBAR (Situação, Background, Avaliação, Recomendação) 13

1.5.2. Finlândia: Integração de Sistemas Eletrónicos de Registo de Dados (EHR) e o FinCC 14

1.5.3. Noruega: Ênfase na Comunicação Face a Face e Complementação com Ferramentas Eletrónicas 14

II. Metodologia 16

2.1. Investigação Qualitativa 16

2.2. Investigação Quantitativa 17

2.2.1. Participantes 17

2.2.2. Instrumento De Recolha De Dados 18

2.2.3. Método de análise dos dados 19

III. Apresentação dos Resultados 20

3.1. Caracterização dos Participantes 20

3.2. Distribuição da amostra segundo a estrutura do *handover* recebido e realizado no turno da manhã 21

3.3. Distribuição da amostra segundo a perceção do *handover* do turno da manhã 24

3.4. Distribuição da amostra segundo a perceção do *handover* do turno da tarde/noite 28

3.5. Comparação da perceção entre o Turno Manhã e o turno da Tarde/Noite 32

3.6. Análise Crítica do Processo de *Handover* 36

3.6.1. Análise dos Pontos Fortes 36

3.6.2. Análise das Limitações 38

3.6.3. Análise das Melhorias 40

3.7. Existência de diferenças na forma de realizar o *handover* da manhã e tarde/noite 42

3.7.1. Distribuição dos oito elementos do turno da manhã da amostra que consideram existirem diferenças na forma de realizar o *handover* entre os turnos, segundo a respetiva estrutura 42

3.7.2. Distribuição dos doze elementos do turno da tarde/noite da amostra que consideram existirem diferenças na forma de realizar o *handover* entre os turnos, segundo a respetiva estrutura 43

3.8. Análise do *handover* mais efetivo no serviço 44

3.9. Análise da relação entre a perceção global dos turnos e os tempos de exercício profissional e de exercício no atual serviço 45

IV. Discussão dos Resultados 46

V. Conclusões e Recomendações 53

VI. Bibliografia 56

VII. Anexos 63

Anexo A – Questionário utilizado para a recolha de dados 63

Anexo B - Distribuição da amostra segundo as características socioprofissionais 88

Anexo C - Medidas descritivas referentes à perceção sobre o *handover* da manhã 89

Anexo D - Medidas descritivas referentes à perceção sobre o *handover* da tarde/noite 90

Anexo E – Análise de componentes principais 90

Anexo F – Distribuição dos 8 elementos do turno da manhã da amostra que consideram existirem diferenças na forma de realizar o *handover* entre os turnos, segundo a respetiva estrutura 91

Anexo G – Distribuição dos 12 elementos do turno da manhã da amostra que consideram existirem diferenças na forma de realizar o *handover* entre os turnos, segundo a respetiva estrutura 92

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo a estrutura do handover recebido e realizado no turno - manhã 23
Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo a perceção do handover de manhã 27
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo a perceção do handover de tarde/noite 31
Tabela 4 - Análise dos componentes principais 34
Tabela 5 - Comparação da perceção do handover da manhã com a do handover da tarde/noite para a secção da perceção 35
Tabela 6 - Modelo Gioia, Pontos Fortes 37
Tabela 7 - Modelo Gioia, Limitações 39
Tabela 8 - Modelo Gioia, Melhorias 41
Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo a existência, ou não, de diferenças na forma de realizar o handover da manhã e da tarde/noite 42
Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo a opinião acerca do handover mais efetivo no respetivo serviço 45
Tabela 11 - Relação da perceção sobre o handover e os tempos de exercício profissional e de exercício no atual serviço 45

Glossário de Siglas

ACSQHC - Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

EHR – Sistema Eletrónico de Registo de Dados.

FinCC – Sistema utilizado na Finlândia para registos clínicos.

HES-PTO - Escala de Avaliação de Handover em Portugal

ISBAR - Introdução, Situação, Background, Avaliação, Recomendação

OMS - Organização Mundial da Saúde

SBAR – Situação, Background, Avaliação, Recomendação.

Introdução

A comunicação eficaz é um pilar fundamental no funcionamento de qualquer organização, sendo ainda mais crítica em contextos de serviços de saúde, onde a vida e o bem-estar dos utentes estão diretamente ligados à qualidade das interações entre os profissionais. Num hospital, a transmissão clara e precisa de informações entre médicos, enfermeiros, técnicos e outros membros da equipa de saúde pode determinar o sucesso de um tratamento, a correta administração de medicamentos e, em última instância, a sobrevivência de um utente (McCorry et al., 2020). No entanto, apesar da reconhecida importância da comunicação, ainda se verificam falhas significativas nas interações diárias, que podem resultar em eventos adversos, como erros médicos ou falhas no atendimento (McCorry et al., 2020).

Nos últimos anos, diversos estudos e relatórios destacaram os riscos associados a uma comunicação ineficaz no setor da saúde. De acordo com a Joint Commission International (JCI), a falha na comunicação está entre as principais causas de incidentes que afetam a segurança dos utentes nos hospitais (Joint Commission International, 2019). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os erros de comunicação contribuem para aproximadamente 70% dos eventos adversos graves em hospitais, o que torna urgente a implementação de estratégias que melhorem o fluxo de informação e a clareza na interação entre os profissionais de saúde (World Health Organization [WHO], 2020).

No ambiente hospitalar, a comunicação assume formas variadas, desde conversas informais entre colegas até discussões clínicas estruturadas, passando por relatórios escritos e o uso de tecnologias como sistemas eletrónicos e comunicação por videochamada (Stewart et al., 2022). A complexidade dessas interações e a diversidade de contextos nos quais ocorrem, apresentam inúmeros desafios. Entre os mais comuns estão as barreiras linguísticas, diferenças culturais entre os profissionais, o uso ineficiente das tecnologias de comunicação e a falta de competências interpessoais (Gordon et al., 2021). Além disso, em momentos de crise, como em emergências médicas, a pressão do tempo pode agravar ainda mais as falhas de comunicação (Sousa et al., 2020).

A carência de uma comunicação eficaz tem implicações diretas no desempenho dos profissionais de saúde. A ausência de clareza nas instruções pode levar a tratamentos inadequados, omissão de cuidados essenciais ou diagnósticos incorretos, o que coloca em risco a saúde e a segurança dos utentes (Joint Commission International, 2019). Por outro lado, uma comunicação clara, objetiva e eficiente não só melhora a performance individual como também fortalece a colaboração entre as equipas, promovendo um ambiente de trabalho mais

harmonioso e seguro (Jha et al., 2010). Assim, torna-se fundamental compreender em profundidade como a comunicação eficaz pode influenciar positivamente o desempenho dos profissionais de saúde e contribuir para a melhoria da experiência do utente.

Como consequência, a presente investigação pretende analisar o impacto da comunicação eficaz no desempenho dos profissionais de saúde, com foco específico no processo de *handover*. O estudo visa explorar como os seis componentes obtidos na secção da perceção influenciam a segurança dos utentes e a eficácia do trabalho em equipa. Para tal, foram recolhidos dados junto de enfermeiros, através de um questionário, permitindo obter uma visão abrangente sobre as práticas de comunicação em contexto hospitalar.

A questão central da investigação prende-se com a seguinte pergunta: "De que forma a comunicação eficaz, no processo de *handover*, impacta o desempenho dos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, e a segurança dos utentes?". Relativamente ao tema central desta dissertação, esta questão abrange o estudo de como a qualidade da comunicação entre os enfermeiros afeta a prestação de cuidados e a continuidade dos mesmos.

Neste sentido, torna-se necessário compreender a organização deste estudo. O primeiro capítulo foca-se no enquadramento teórico, explorando a literatura sobre a comunicação no setor da saúde, com especial atenção ao processo de *handover* e à sua importância na segurança dos cuidados prestados, bem como a revisão de estudos semelhantes, a nível internacional, que investigam a comunicação eficaz em contextos hospitalares. No segundo capítulo, detalha-se a metodologia utilizada para a recolha de dados, através do questionário e o modo como esta foi aplicada para responder aos objetivos de investigação. Seguidamente, o terceiro capítulo apresenta os resultados obtidos, quer da análise quantitativa, quer da análise qualitativa. O quarto capítulo baseia-se na discussão de resultados onde são abordadas as conclusões da investigação, as contribuições teóricas, bem como as suas implicações práticas. Por fim, último capítulo conclui o estudo, resumindo as principais conclusões, identificando as limitações do estudo e sugerindo direções para futuras investigações.

I. Revisão de Literatura

1.1 Comunicação na Saúde

A comunicação é um elemento central e fundamental dentro das organizações. As organizações são construídas por pessoas que comunicam umas com as outras, estabelecendo processos interativos que são essenciais para o funcionamento e para alcançar os objetivos dessas organizações. Este é um contexto complexo, onde a diversidade e as interações são constantes. Sem a comunicação, as organizações simplesmente não existiriam. A organização é, portanto, um elemento que depende de uma contínua comunicação de forma a garantir um funcionamento adequado (Malucelli, 2010).

Comunicar envolve mais do que apenas partilhar ideias, emoções e sentimentos entre duas ou mais pessoas que entendem a importância do que é transmitido. É um processo dinâmico, complexo e multidimensional, onde estão sempre presentes um remetente, um destinatário e uma mensagem (DGS, 2011).

Apesar da evolução nas formas de comunicar ao longo do tempo, as pessoas ainda enfrentam desafios significativos no que toca ao comunicar entre si. Estes desafios manifestam-se de diferentes formas, sejam pessoais ou profissionais. Mais concretamente na área da saúde, as falhas na comunicação desempenham um papel crucial, visto que podem ter um impacto direto na qualidade do atendimento e na assistência oferecida aos utentes, levando em alguns casos, a erros difíceis ou impossíveis de serem corrigidos (Conceição et al., 2019).

A comunicação tem sido objeto de estudo em várias áreas, incluindo a empresarial, social, educacional e militar, devido à sua importância nas interações humanas e organizacionais (Waldherr et al., 2011). No setor da saúde, a comunicação eficaz assume um papel ainda mais central, já que as interações entre profissionais de saúde e utentes, assim como entre equipas multidisciplinares, podem afetar diretamente a qualidade dos cuidados prestados (Riley, 2015). Cobley et al., (2013), lembram que o termo "comunicação" vem do latim "*communicare*", que significa partilhar ou relacionar-se, e no contexto dos serviços de saúde, essa partilha de informações é essencial para garantir uma boa coordenação e continuidade dos cuidados.

A relação entre emissor e recetor de informações, como destaca Leonard et al., (2004), é complexa e fluída, sendo crucial que os profissionais de saúde comuniquem de forma clara e eficaz para evitar erros, sobretudo em ambientes dinâmicos e de elevada pressão. Para Pânișoară et al., (2015), uma comunicação eficaz ajuda a prevenir conflitos e a melhorar a cooperação

entre equipas, o que é particularmente relevante no setor da saúde, onde a tomada de decisões rápidas e informadas pode impactar diretamente a segurança do utentes (Leonard et al., 2004).

A nível organizacional, Drucker (1974) sublinha que falhas na comunicação entre líderes podem criar bloqueios na gestão. Esses mesmos bloqueios são, também, observados em ambientes hospitalares, onde a comunicação entre gestores e equipas de saúde é fundamental para a eficácia das operações e a qualidade dos cuidados prestados (Brown, 2020). Osabiya (2015) reforça essa ideia, afirmando que a comunicação impacta diretamente os resultados organizacionais, e no setor da saúde, essa ligação é ainda mais pronunciada, uma vez que os desfechos clínicos dependem frequentemente de uma boa coordenação entre médicos, enfermeiros e outros profissionais (Anderson, 2017).

Chiavenato (2003) argumenta que a comunicação é uma competência essencial para planear, organizar e dirigir uma organização de forma eficaz, sendo um pilar na gestão de equipas. No setor da saúde, a liderança comunicacional é indispensável, visto que as equipas de saúde são frequentemente compostas por profissionais de diversas disciplinas, exigindo uma comunicação clara para que o trabalho colaborativo seja eficiente e seguro (Gausvik et al., 2015). Ayub et al., (2014) sugerem que a comunicação é a chave para compreender processos como a tomada de decisões, o uso de poder e autoridade e a cooperação dentro das organizações, e no contexto da saúde, esses fatores são críticos para garantir que as decisões clínicas sejam bem informadas e eficazes.

A evolução da comunicação ao longo do tempo, tal como descrito por Cloutier (1975) Freixo (2011), desde a comunicação interpessoal até à comunicação em massa, reflete-se também nos sistemas de saúde modernos. A comunicação interpessoal, particularmente entre profissionais e utentes, continua a ser fundamental para a construção de uma relação de confiança, enquanto a comunicação em massa, através da disseminação de protocolos e boas práticas, assegura a uniformidade dos cuidados (Epstein et al., 2018).

Os estilos de comunicação adotados pelos líderes nas instituições de saúde são determinantes para o desempenho das equipas. De Vries et al. (2011) definem o estilo de comunicação como a forma característica de uma pessoa se expressar verbal e não verbalmente, e no setor da saúde, o estilo de comunicação dos líderes tem impacto direto no ambiente de trabalho e nos resultados clínicos (Apker et al., 2005). Răducan et al., (2014) sugerem que a comunicação assertiva é a mais eficaz para motivar equipas, promover o trabalho em conjunto e melhorar o clima organizacional, sendo essencial em ambientes hospitalares, onde a colaboração entre equipas multidisciplinares é necessária para assegurar o bem-estar dos utentes.

Por fim, a comunicação eficaz no setor da saúde não só melhora o desempenho das equipas, mas também contribui para a segurança e satisfação dos utentes (The Joint Commission, 2015). Se a comunicação for deficiente, o risco de erros clínicos aumenta, afetando negativamente os resultados e a confiança no sistema de saúde (Berwick et al., 2010). Portanto, a implementação de estilos de comunicação eficazes, como o participativo e o consultivo, pode fortalecer a relação entre profissionais e equipas, promovendo uma cultura de segurança e de cuidados de qualidade (AHRQ, 2017).

As maneiras como os profissionais de saúde comunicam nos seus ambientes de trabalho podem afetar diretamente o bem-estar, assim como os resultados dos utentes. Parte da ansiedade que os utentes vivenciam pode ser atribuída à falta de competências de comunicação dos profissionais de saúde, que não são direcionadas para oferecer um apoio efetivo e reconfortante aos utentes (Wanzer et al., 2004).

Torna-se fundamental que os profissionais de saúde saibam que a comunicação não se limita apenas ao que é dito verbalmente, mas também ao modo como se comportam. Reconhecer que a linguagem corporal desempenha também um papel significativo na eficácia da comunicação. Elementos como proximidade física, postura, gestos, contacto visual e até mesmo o toque podem influenciar a maneira como as mensagens são percebidas e compreendidas pelos utentes (Conceição et al., 2019).

Destaca-se ainda, a importância de reconhecer e compreender as diferentes formas de comunicação, pois há momentos em que a comunicação não verbal de um profissional menos competente neste campo pode transmitir insegurança ao utente (Conceição et al., 2019). A comunicação desempenha assim um papel fundamental na qualidade das interações de trabalho, seja entre a equipa de saúde, no registo das atividades de enfermagem, no cuidado do utente, na interação com a família, assim como na comunicação com a comunidade (Conceição et al., 2019). Além disso, auxilia que obstáculos na comunicação não comprometam a eficácia do processo de cuidado na prática dos cuidados de saúde (Gandara et al., 2009). A liderança é um dos pontos fulcrais, pois todo o processo de liderança influencia a forma como a comunicação é realizada (Gandara et al., 2009).

Existem fatores que interferem na comunicação, influenciando a nossa capacidade de perceber e de interpretar tanto a comunicação a nível verbal quanto a nível não verbal (Gordon et al., 2011). Estes fatores podem ter a ver com as nossas expectativas e emoções, i.e., quando estamos felizes ou interessados, tendemos a ser mais sensíveis à leitura do comportamento não verbal. Por outro lado, sentimentos mais negativos como frustração ou raiva podem dificultar essa interpretação. Outros fatores poderão ter a ver com experiências anteriores, sendo que estas

podem limitar a nossa visão do contexto e ativar mecanismos de defesa, que por sua vez, limitam a nossa perceção (Gordon et al., 2011). A dificuldade em reconhecer sinais não verbais é mais um dos fatores que podem comprometer a eficácia da comunicação (Gordon et al., 2011). Outro dos fatores que interferem na comunicação é o pouco conhecimento que temos sobre a pessoa que está a comunicar connosco, o que, consequentemente, dificulta a interpretação e compreensão dos sinais não verbais. No seguimento deste último fator, encontra-se também o curto período de tempo que muitas das vezes se tem para se compreender estes mesmos sinais não verbais das pessoas que trabalham diretamente connosco (Gordon et al., 2011).

Desta forma, há diversos fatores que podem causar obstáculos na comunicação entre os diferentes profissionais de saúde, como a sobrecarga de trabalho, a ausência de espaços específicos para comunicar as informações necessárias ao serviço, falta de pessoal nas equipas, bem como diferenças nos idiomas falados (Witiski et al., 2019). Posto isto, é de realçar que a comunicação é essencial para o trabalho, destacando a necessidade de abordagens mais práticas nas equipas para alcançar um planeamento claro e adequado. Assim, torna-se relevante nas organizações o planeamento das atividades dos profissionais de saúde dentro do ambiente hospitalar (Witiski et al., 2019).

As competências comunicativas de cada pessoa têm um impacto significativo quer no seu próprio desempenho, quer no funcionamento da organização em que está inserida. A comunicação é um processo no qual existe sempre a possibilidade de as mensagens serem mal transmitidas ou recebidas. Na área da saúde, tanto a comunicação verbal quanto a não verbal são ferramentas fundamentais para oferecer cuidados eficazes (Lunenburg, 2010).

Perante todos os desafios na comunicação, é fundamental implementar programas e estratégias de melhoria dos conhecimentos, das habilidades e atitudes das pessoas envolvidas. Os programas e as estratégias são um processo de aprendizagem a curto prazo que visa transmitir ou atualizar conhecimentos, habilidades ou atitudes diretamente relacionadas à realização de tarefas ou à melhoria do desempenho no trabalho (Gandara et al., 2009).

Os profissionais de saúde enfrentam frequentemente desafios na comunicação, o que pode afetar a consistência e o nível de excelência no trabalho, assim como a satisfação das necessidades dos utentes. Para que haja um desenvolvimento eficaz do trabalho em equipa na área da saúde, é crucial haver uma comunicação eficiente (Broca et al., 2015). É essencial enfatizar que a qualidade dos serviços de saúde não se resume apenas aos equipamentos, materiais e à aplicação dos conhecimentos técnicos e científicos. Ela também está profundamente ligada às interações e relações estabelecidas entre a equipa de saúde e os utentes (Toralles et al., 2004). Portanto, uma comunicação deficiente pode representar um perigo,

podendo ocasionar desde pequenas confusões administrativas até diagnósticos e procedimentos médicos incorretos (Witiski et al., 2019).

Os principais elementos que comprometem a comunicação eficaz e a prestação de cuidados de qualidade, levando a eventos adversos, incluem problemas na transmissão de informações entre os profissionais das equipas multidisciplinares. Além disso, fatores, como a carga excessiva de trabalho, longas jornadas que podem levar à automação de procedimentos (ocultando os protocolos de segurança necessários), a resistência em implementar uma cultura de segurança do utente e a necessidade de melhorar ou adaptar técnicas para uma assistência de qualidade. A cultura organizacional em si, também pode atrapalhar o fluxo de comunicação nos diferentes níveis hierárquicos, tornando difícil identificar as fraquezas da organização (Sousa et al., 2020).

Melhorar a comunicação nestes contextos envolve superar barreiras de hierarquia, partilhar conhecimento e responsabilidades, direcionar a atenção dos profissionais para o utente e transformar o conhecimento individual num esforço coletivo (Sousa et al., 2020)

A relevância da comunicação e da colaboração entre os profissionais de saúde de diferentes áreas é reconhecida como essencial para garantir a qualidade e a segurança no atendimento prestado aos utentes (Sousa et al., 2020).

A continuidade dos cuidados de enfermagem depende fortemente de uma comunicação eficaz, que também serve como base para a qualidade do cuidado. Para garantir a segurança e o reconhecimento adequado dos cuidados prestados, é essencial que os enfermeiros demonstrem um elevado desempenho. Além disso, na prática de enfermagem, é indispensável valorizar tanto a documentação quanto a riqueza das informações transmitidas (Brás et al., 2016).

É crucial prestar mais atenção aos protocolos de segurança do utente, os quais foram desenvolvidos para diminuir os riscos e evitar danos desnecessários. Isso é fundamental para garantir um atendimento de maior qualidade para aqueles que procuram ou necessitam dos serviços de saúde (Sousa et al., 2020). Além dos benefícios diretos para os utentes, essa atenção também pode ter um impacto positivo nas finanças da organização, assim como no bem-estar dos profissionais, promovendo um ambiente mais harmonioso (clima organizacional) (Sousa et al., 2020). Por esse motivo, é de extrema importância que a comunicação adequada seja precisa e efetiva no ambiente hospitalar, entre profissionais e entre profissionais e utentes, já que uma comunicação adequada contribui para reduzir os riscos que podem ser irreversíveis tanto para quem oferece tanto para quem recebe cuidados médicos (Sousa et al., 2020).

No entanto, ao tentar estabelecer-se um trabalho multidisciplinar, as equipas de saúde enfrentam várias dificuldades, sendo a comunicação ineficiente, uma das mais significativas (Broca et al., 2015). Para que a comunicação entre os diversos profissionais seja eficaz, é crucial que reconheçam as fraquezas individuais e desenvolvam competências específicas para aplicar adequadamente a comunicação em cada área de atuação. Desta forma, esta é a base para interagir não só com os utentes, mas também com os colegas de profissão (Broca et al., 2015).

A comunicação eficaz entre as equipas de saúde é atingida quando todos os membros compreendem e partilham uma mesma visão da situação, colaborando de forma coordenada ao longo de um processo de ação comum. Para tal, é essencial que os profissionais recebam formação em técnicas de comunicação, como a negociação e a escuta ativa, permitindo-lhes definir objetivos mais claros e aplicar essas competências em variados contextos e situações (ACSQHC, 2011). Este conselho salienta cinco critérios fundamentais para que a troca de informações entre os profissionais de saúde seja eficaz: integralidade, concisão, clareza, precisão e concretização.

Uma comunicação completa assegura que todas as questões relevantes sejam colocadas e esclarecidas, satisfazendo todas as partes envolvidas (Mendes, 2020). A comunicação ser concisa implica evitar frases longas e desnecessárias, focando-se apenas nos pontos mais importantes. Uma comunicação concreta refere-se à utilização de termos claros e inequívocos, sem margem para múltiplas interpretações. A comunicação clara significa que a mensagem deve ser facilmente compreendida, utilizando-se uma linguagem simples e acessível. A comunicação precisa refere-se à adequação da linguagem ao contexto, evitando erros, ambiguidades ou expressões que possam ser mal interpretadas ou consideradas paternalistas (Mendes, 2020).

Desta forma, a comunicação entre os profissionais de saúde torna-se mais eficiente, promovendo uma interação clara e o cumprimento de objetivos partilhados, sem comprometer a compreensão ou a cooperação dentro da equipa (Mendes, 2020).

A segurança dos utentes está diretamente ligada à colaboração entre os membros da equipa e é melhorada quando as informações são partilhadas (Salas et al, 2003). Para garantir uma assistência contínua e segura, é essencial um esforço conjunto que envolva não só todos os profissionais, mas também a gestão, que deve estar atenta aos fatores que podem afetar a qualidade dos serviços prestados. (Sousa et al., 2020). Entre esses fatores, destacam-se a carga excessiva de trabalho, longas jornadas que podem levar à automação de procedimentos (ocultando os protocolos de segurança necessários), a resistência em implementar uma cultura de segurança do utente e a necessidade de melhorar ou adaptar técnicas para uma assistência de qualidade. Em resumo, na área da saúde, é crucial que a prática ofereça humanização,

competência, responsabilidade e um compromisso constante para garantir o bem-estar dos utentes (Sousa et al., 2020).

1.2. Falhas na Comunicação

A falta de comunicação é uma das principais causas de erros nos cuidados de saúde, continuando a ser um desafio resolver esta problemática nesta área (Burgener, 2020). A baixa segurança, assim como a má experiência do utente com cuidados de saúde é diretamente afetada pela falta de comunicação interprofissional entre médicos e enfermeiros, pela pouca interação entre profissionais e utentes, e pela escassa eficácia na transparência da informação por parte dos enfermeiros (Burgener, 2020).

Numa investigação realizada entre 1995 e 2005 por Burgener (2020), foi compreendido que a comunicação ineficaz entre a equipa de profissionais, contribuiu em aproximadamente 66% para os erros médicos detetados nesse período de investigação (Burgener, 2020).

Nos últimos 30 anos, foram realizados mais estudos, que puderam comprovar a capacidade que os profissionais têm para ouvir, explicar e ter empatia para com o utente, pode ter um efeito positivo na satisfação do utente para com os cuidados de saúde a que foi sujeito (Burgener, 2020). É ainda de salientar, que as pontuações registadas na Avaliação do Consumidor Hospitalar dos Prestadores e Sistemas de Cuidados de Saúde (HCAHPS) exigidas pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid estão a mudar o paradigma dos hospitais e a provocar uma mudança na forma como estes avaliam e gerem a organização dos cuidados de saúde que prestam. Estas avaliações mostram-se então como fundamentais para se alcançar a mudança nos hospitais, neste caso (Burgener, 2020).

As falhas de comunicação nos cuidados de saúde podem ser atribuídas a uma variedade de fatores, como interrupções frequentes, distrações e mudanças imprevistas, além de fatores humanos, como atitudes inadequadas, lapsos de memória, fadiga, stress e problemas com a moral das equipas. Diferenças culturais, de género e disparidades na formação entre enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde também contribuem para essas dificuldades. A sobrecarga de trabalho, a pressão do tempo, a ausência de protocolos institucionais, a falta de clareza nos papéis dentro das equipas multidisciplinares e uma cultura organizacional que não promove a comunicação aberta são outras barreiras significativas. Adicionalmente, mesmo profissionais altamente qualificados podem ter dificuldades em realizar múltiplas tarefas ao mesmo tempo, e pode faltar um plano mental partilhado para

alcançar os objetivos comuns. A hierarquia rígida dentro das equipas de saúde é também um obstáculo adicional (ACSQHC, 2011; O'Daniel et al., 2008; Manser, 2008).

Os "ruídos" físicos e psicológicos no sistema, como o ambiente caótico e as distrações internas dos profissionais, representam um dos principais fatores que dificultam a comunicação clara e eficaz. Estes ruídos podem causar falhas graves na comunicação (Tranquada, 2013). Embora a transferência de cuidados possa parecer uma tarefa simples, é um processo complexo que, quando mal executado, gera problemas recorrentes nos sistemas de saúde. A gravidade dos danos ao doente pode variar, mas os erros surgem frequentemente quando as informações são transmitidas de forma imprecisa, incompleta, ou quando há mal-entendidos e atrasos na comunicação. Entre os fatores que complicam o processo de handoff estão, a formação do profissional, barreiras linguísticas, considerações éticas e documentação inadequada (Joint Commission, 2017; Epstein et al., 2018; Weiner, 2016).

Com toda a insatisfação que existe sentida por parte dos utentes e dos profissionais, abordar a temática da comunicação e como melhorá-la mostra-se como fundamental para suscitar uma inversão nestes resultados. Desta forma, os hospitais devem focar-se em aumentar o envolvimento dos seus profissionais, para, por sua vez, melhorarem a comunicação entre estes e, por consequência, aumentarem a segurança e melhorarem a experiência dos utentes com a prestação de cuidados de saúde (Burgener, 2020).

1.3. Liderança

A liderança é um processo dinâmico que varia desde a ausência de orientação direta por parte do líder, como no estilo laissez-faire, até um nível de influência elevado, como se verifica na liderança transformacional (Avolio et al., 2004). No contexto da gestão de serviços de saúde, a liderança tem um papel crucial na coordenação eficaz das equipas, fator essencial para a prestação de cuidados de qualidade (Mintzberg, 2011). A liderança transformacional, amplamente reconhecida como uma das mais eficazes neste setor, baseia-se em quatro dimensões principais: influência idealizada, estímulo intelectual, consideração individualizada e motivação inspiradora. Este tipo de liderança promove uma visão coletiva, permitindo alinhar os objetivos da equipa com os da organização, algo que é vital para o bom funcionamento dos serviços de saúde (Imran et al., 2011).

Peter Drucker, considerado o pioneiro da gestão moderna, sublinha que a eficácia organizacional está intrinsecamente ligada à qualidade da liderança, pois os líderes são responsáveis por direcionar as suas equipas de forma a alcançar os objetivos da organização,

ao mesmo tempo que criam um ambiente de colaboração e confiança (Drucker, 1999). No setor da saúde, a confiança entre os membros da equipa é vital para garantir a segurança dos utentes, destacando a importância da influência idealizada do líder transformacional (Shanafelt et al., 2017). O estímulo intelectual, que desafia os profissionais a questionar processos estabelecidos e a propor inovações, é alinhado com os princípios de melhoria contínua defendidos por Edwards Deming, cujo enfoque na inovação e qualidade é crucial em ambientes como os serviços de saúde (Deming, 1986).

Em contraste, a liderança transacional, que depende de um sistema de recompensas e penalizações, pode ser menos eficaz em contextos onde a flexibilidade e a capacidade de adaptação são fundamentais, como nos serviços de saúde (Porter et al., 2006). Michael Porter, um dos principais defensores da estratégia competitiva, sugere que a criação de valor para o utente deve estar no centro das práticas de liderança, e que uma abordagem puramente transacional pode falhar em incentivar a inovação necessária para alcançar esse objetivo (Porter et al., 2006).

A liderança laissez-faire, caracterizada por uma delegação quase total de responsabilidades, pode ser prejudicial em contextos de saúde, onde a falta de uma orientação clara pode resultar em falhas de comunicação e descoordenação entre equipas (Rouco, 2012). Como defendido por James Reason no seu modelo do "Queijo Suíço", a ausência de uma supervisão ativa pode permitir que pequenos erros se acumulem, resultando em falhas graves que poderiam ter sido evitadas com uma liderança mais envolvida (Reason, 2000).

Por outro lado, a liderança participativa, que envolve os profissionais de saúde nas decisões, tem demonstrado ser altamente eficaz. Este estilo de liderança aumenta o compromisso dos colaboradores com a organização e melhora a qualidade das decisões, resultando numa maior satisfação das equipas e numa melhoria dos cuidados prestados (Koopman et al., 1998). A participação ativa dos profissionais de saúde é essencial para a colaboração entre diferentes especialidades e para garantir uma comunicação eficaz, fatores cruciais para a segurança do utente e o sucesso organizacional (Wong et al., 2013).

A liderança autocrática ou diretiva, embora útil em situações de emergência que exijam decisões rápidas, apresenta desvantagens a longo prazo, pois tende a suprimir a criatividade e o envolvimento dos colaboradores (Fiedler, 1964). Drucker alerta para os perigos de centralizar o poder exclusivamente no líder, sugerindo que este estilo pode limitar a inovação e a adaptabilidade, elementos essenciais para o sucesso organizacional nos cuidados de saúde (Drucker, 1999).

Em suma, a liderança transformacional e participativa são as mais adequadas para os serviços de saúde, uma vez que promovem a comunicação aberta, o envolvimento dos profissionais e o alinhamento entre os objetivos da organização e as necessidades dos profissionais. Em contrapartida, estilos de liderança mais rígidos, como o transacional e o autocrático, embora úteis em situações específicas, são menos eficazes na promoção da inovação, colaboração e satisfação dos profissionais, fatores cruciais para o bom desempenho num setor que depende fortemente da cooperação entre equipas e da eficiência organizacional (Porter et al., 2006; Reason, 2000).

1.4. *Handover*

O "*handover*" é um processo essencial nos serviços de saúde, referindo-se à transferência de informação, responsabilidade e cuidado entre profissionais de saúde, geralmente durante mudanças de turno ou entre diferentes unidades de um hospital (Riesenberg et al., 2010). A eficácia do "*handover*" é crucial para garantir a continuidade dos cuidados e a segurança do utente, uma vez que uma comunicação clara e completa minimiza o risco de erros e omissões (ACSQHC, 2017). No contexto da enfermagem, o "*handover*" é considerado um elemento essencial para garantir a continuidade e segurança dos cuidados, sendo o fator humano central no sucesso deste processo (Rikos et al., 2018).

Estudos indicam que um "*handover*" eficaz permite a transferência de informações relevantes e o alinhamento entre profissionais, promovendo uma transição suave e segura (Jeffcott et al., 2009). No entanto, este processo enfrenta vários desafios, como a pressão de tempo, a falta de protocolos padronizados e a tendência para interrupções durante a troca de informações (Jeffcott et al., 2009). Estes desafios são exacerbados pela falta de pessoal, materiais e infraestrutura adequados, elementos que têm impacto direto na qualidade do "*handover*" e na segurança do utente (Rikos et al., 2018). Quando o "*handover*" é mal executado, as informações transmitidas podem ser imprecisas ou incompletas, comprometendo os cuidados prestados e aumentando o risco de incidentes adversos.

Além disso, o papel da liderança é fundamental no contexto do "*handover*". Líderes eficazes não só incentivam uma comunicação aberta e assertiva, como também estabelecem uma cultura organizacional que valoriza a partilha de informações precisas e oportunas (Wong et al., 2013). A liderança transformacional, por exemplo, tem sido associada a melhores práticas de "*handover*", uma vez que os líderes inspiram as equipas a manterem elevados padrões de cuidado e a serem proativos na identificação de lacunas de comunicação (Avolio et al., 2004). Este processo pode ser melhorado com a implementação de boas práticas, como as sugeridas

pela Joint Commission (2017), que defende a normalização das transferências para garantir uma comunicação clara e uniforme.

Um dos principais fatores que determinam a qualidade do "*handover*" é a competência dos profissionais envolvidos, assim como a coesão da equipa e o tempo dedicado à comunicação. Uma transferência de informação eficaz não só promove a continuidade dos cuidados, como também reforça a segurança do doente e melhora o desempenho da equipa (Brás et al., 2016). Rikos et al. (2018) identificam que uma abordagem centrada no doente, mesmo em sistemas de saúde que enfrentam escassez de recursos, pode superar muitas das limitações no processo de "*handover*", garantindo que os cuidados prestados sejam de elevada qualidade.

Assim, a qualidade do "*handover*" tem implicações diretas no desempenho das equipas de saúde e na segurança do utente. A utilização de instrumentos como a escala *Handover* "HES"-PTO permite uma avaliação mais estruturada e objetiva deste processo, proporcionando dados valiosos sobre a eficácia da comunicação entre profissionais durante as transições de cuidados (Jeffcott et al., 2009). Ao promover práticas de "*handover*" eficazes, as organizações de saúde podem garantir uma transferência de cuidados mais segura, reduzindo o risco de erros e melhorando o bem-estar dos doentes (Joint Commission, 2017).

1.5. Um olhar sobre o processo de *handover* nos países nórdicos

Os países nórdicos destacam-se pela excelência dos seus sistemas de saúde, particularmente na comunicação estruturada e na organização dos cuidados. Estes países demonstram ainda que uma comunicação eficaz entre profissionais melhora a segurança e qualidade dos cuidados, fatores essenciais para a gestão de saúde que visa reduzir falhas e otimizar a experiência do paciente (Iburg et al., 2023; Ranerup, 2010; Vikkelsø, 2010). O processo de *handover* nos países nórdicos tem sido amplamente melhorado através de abordagens inovadoras, com destaque para a segurança do utente. A utilização de ferramentas como o SBAR e a integração de sistemas eletrónicos de registo de dados, aliada a políticas de formação, tem contribuído de forma significativa para a otimização das transições de turno e na redução de erros. Estas práticas visam padronizar a comunicação entre os profissionais de saúde e garantir a continuidade eficaz dos cuidados nos diferentes contextos clínicos (BMJ Quality & Safety, 2023; Oxford Academic, 2023).

1.5.1. Suécia: Uso do SBAR (Situação, Background, Avaliação, Recomendação)

Na Suécia, o método SBAR é amplamente utilizado no sistema de saúde para organizar as passagens de turno. Esta abordagem facilita a comunicação entre os enfermeiros, assegurando que a informação sobre a situação do utente, o seu histórico clínico, a avaliação feita pelo

profissional de saúde e as recomendações para o próximo turno sejam transmitidas de forma clara e objetiva. O principal objetivo deste método é garantir a uniformidade na comunicação, o que contribui significativamente para a segurança do utente, ao reduzir o risco de erros de transmissão de informação (British Journal of Nursing, 2023; Leonard et al., 2004).

Vários estudos indicam que a implementação do SBAR tem melhorado a clareza das comunicações e diminuído a ambiguidade nas informações trocadas, especialmente em cenários críticos, como nas unidades de cuidados intensivos e situações de emergência (Leonard et al., 2004). Além disso, na Suécia, a adoção deste método é acompanhada por programas de formação direcionados para os profissionais de saúde, garantindo que toda a equipa está devidamente treinada para usar o SBAR de forma eficaz (British Journal of Nursing, 2023).

1.5.2. Finlândia: Integração de Sistemas Eletrónicos de Registo de Dados (EHR) e o FinCC

Na Finlândia, o método SBAR é amplamente utilizado em diversos contextos hospitalares. No entanto, o foco principal tem sido a integração de sistemas eletrónicos de registo de dados (EHR) no processo de *handover*. O sistema EHR permite que enfermeiros e outros profissionais de saúde acedam rapidamente a informações atualizadas sobre o utente, assegurando a continuidade dos cuidados durante as transições entre turnos (Rissanen et al., 2020).

A utilização do FinCC (Conjunto de Dados de Cuidados Finlandês) padroniza a documentação dos cuidados de enfermagem, permitindo que os dados sejam uniformes e facilmente compreendidos por toda a equipa de saúde. Esta abordagem é particularmente importante em situações onde a comunicação verbal pode ser interrompida ou insuficiente. A documentação eletrónica garante que todos os detalhes relevantes sobre o estado do utente sejam registados de forma estruturada, e que qualquer profissional possa aceder rapidamente a essa informação (Rissanen et al., 2020). Além disso, o governo finlandês tem feito investimentos significativos na formação dos profissionais de saúde no uso do EHR, para garantir que o sistema seja utilizado de forma eficaz, minimizando o risco de erros na transmissão de informações durante os *handovers* (Rissanen et al., 2020).

1.5.3. Noruega: Ênfase na Comunicação Face a Face e Complementação com Ferramentas Eletrónicas

Na Noruega, o processo de *handover* integra o uso de documentação eletrónica padronizada, mas com um forte destaque na comunicação direta face a face entre os profissionais de saúde.

Durante as passagens de turno, é comum que os enfermeiros realizem reuniões rápidas presenciais, onde têm a oportunidade de discutir diretamente qualquer questão relevante sobre o estado do utente. Esta prática é vista como fundamental para evitar mal-entendidos ou a omissão de informações críticas que possam comprometer os cuidados prestados ao utente (Cohen et al., 2010; Randmaa et al., 2014).

A combinação de comunicação verbal direta com o uso de ferramentas digitais melhora a clareza e a precisão das informações transmitidas. Além disso, na Noruega, o método SBAR também é amplamente utilizado, especialmente em situações de emergência, complementando a comunicação verbal com uma estrutura organizada, o que promove a segurança do utente e minimiza erros de comunicação (Cohen & Hilligoss, 2010). Vários estudos demonstram que o equilíbrio entre o uso de ferramentas digitais e a interação face a face tem sido uma prática eficaz, reduzindo significativamente o risco de falhas na comunicação (Randmaa et al., 2014).

II. Metodologia

A metodologia de um estudo é um dos pilares fundamentais para garantir o rigor científico e a objetividade dos resultados, definindo um conjunto de etapas e procedimentos que permitem alcançar os objetivos propostos. Segundo Quivy et al., (2013), a metodologia orienta o investigador na seleção dos métodos mais adequados para responder às questões de investigação e testar as hipóteses de forma estruturada e coerente. Nesta fase, é crucial determinar os instrumentos e técnicas de recolha e análise de dados que sejam mais apropriados para a investigação, assegurando a fiabilidade dos resultados.

O presente capítulo visa descrever detalhadamente a metodologia utilizada ao longo deste estudo, com o objetivo de analisar a influência da comunicação eficaz no processo de *handover.*

Nesse sentido, os objetivos específicos caracterizam-se pela avaliação da perceção dos profissionais de saúde durante o *handover*, explorar as diferenças existentes entre os turnos da manhã e tarde/noite, identificar pontos fortes, limitações e melhorias dos *handover*s utilizados pelos profissionais de saúde, explorar as relações entre o tempo de exercício profissional ou tempo no atual serviço com os turnos da manhã e tarde/noite

Este estudo adota uma abordagem metodológica mista, combinando métodos qualitativos e quantitativos a partir de um inquérito existente a profissionais de saúde, pretendendo-se alcançar a perceção relativa ao *handover* recebido e realizado pelos profissionais de saúde no seu quotidiano profissional nos diferentes turnos. A metodologia inclui uma fase qualitativa exploratória seguida de uma fase quantitativa confirmatória. A fase qualitativa ajudará a compreender profundamente as perceções e experiências dos profissionais de saúde, enquanto a fase quantitativa permitirá testar hipóteses e quantificar as relações identificadas. Este capítulo, procura, assim, fundamentar as opções metodológicas adotadas, assegurando a qualidade e a robustez científica do estudo.

2.1. Investigação Qualitativa

A investigação qualitativa procura aprofundar a compreensão dos fenómenos sociais, através da análise das perceções e experiências dos indivíduos envolvidos. Foca-se na interpretação dos significados que os participantes atribuem às suas vivências, utilizando métodos que permitem explorar a complexidade das interações humanas. Esta abordagem permite explorar a complexidade dos comportamentos humanos, proporcionando uma compreensão detalhada e contextual, embora com menos capacidade de generalização (Sutton et al., 2015; Creswell et al., 2023).

2.2. Investigação Quantitativa

Como mencionado anteriormente, este estudo foi conduzido utilizando dois tipos de investigação, sendo um deles a investigação quantitativa. A investigação quantitativa foca-se na análise de dados numéricos com o objetivo de testar hipóteses e identificar padrões gerais aplicáveis a grandes populações. Creswell (2014) destaca que esta abordagem permite mensurar fenómenos de forma objetiva e rigorosa, utilizando métodos como questionários e experiências. Bryman (2012) acrescenta que a investigação quantitativa é particularmente eficaz para explorar relações entre variáveis, fornecendo resultados replicáveis e estatisticamente válidos.

2.2.1. Participantes

A população alvo corresponde ao conjunto de indivíduos que partilham determinadas características e que satisfazem critérios de inclusão previamente definidos. Este grupo é utilizado como base para se tirarem conclusões generalizáveis a respeito de uma determinada realidade ou fenómeno (Marconi et al., 2017).

Para a seleção dos participantes para a resposta ao questionário, recorreu-se ao método de amostragem por conveniência. A amostragem por conveniência é um método não probabilístico em que os participantes são escolhidos com base na sua acessibilidade e disponibilidade. Este método é amplamente utilizado pela sua simplicidade e rapidez, especialmente em contextos onde os recursos são limitados ou o tempo para recolha de dados é curto (Creswell, 2014; Bryman, 2012).

Assim sendo, a escolha dos participantes para responder ao questionário focou-se em profissionais de saúde, mais concretamente em enfermeiros. A escolha dos enfermeiros como população-alvo justifica-se pelo seu papel central nos cuidados diretos aos pacientes e na continuidade da transmissão de informações críticas, como no handover. Dado que o seu desempenho depende de uma comunicação eficaz, esta torna-se essencial para a gestão dos serviços de saúde, pois falhas comunicacionais podem comprometer a qualidade dos cuidados e aumentar riscos. Compreender este impacto permite aos gestores desenvolver estratégias que melhorem o ambiente de trabalho e os resultados clínicos. Desta forma, tentou-se aferir a perceção que os enfermeiros têm relativamente ao processo de *handover*, tanto recebido como realizado nos diferentes turnos.

2.2.2. Instrumento De Recolha De Dados

O questionário é uma ferramenta amplamente usada para recolha de dados, destacando-se pela sua eficiência e versatilidade. Permite aos investigadores obter informações rapidamente e de forma económica, sendo particularmente útil em grandes amostras. Adicionalmente, oferece aos participantes a flexibilidade de responderem no seu próprio ritmo, o que pode aumentar a taxa de resposta. No entanto, este método tem limitações, como a necessidade de literacia dos participantes e potenciais desafios associados a baixas taxas de resposta (Fortin, 2009).

O instrumento de colheita de dados utilizado é um questionário, o *Handover* Evaluation Scale, desenvolvido e validado por O'Connell et al., (2013), na população australiana. Tal como referido anteriormente na revisão de literatura, a utilização de um instrumento como a escala *Handover* "*HES*" - PTO proporciona uma análise organizada e objetiva deste processo, facultando dados importantes relativamente à eficácia da comunicação entre os profissionais durante as transições de cuidados (Jeffcott et al., 2009). A tradução, assim como a adaptação cultural e linguística para português e, consequente, validação da escala para se utilizar em Portugal, foi realizada pela Professora Doutora Manuela Frederico.

Assim sendo, o questionário é constituído por 3 secções distintas, nomeadamente, a secção A – "Dados Socioprofissionais" que contempla 7 itens (sexo, tempo de exercício profissional, tempo no atual serviço, categoria profissional, vinculo laboral, regime de horário profissional e tempo despendido por turno em registos de enfermagem), a secção B – "Estrutura do *handover*", constituída por 9 questões (tempo despendido na preparação e duração do *handover*, processo, local, individuo responsável por transmitir a informação e a presença de outros grupos de profissionais) e a secção C – "Perceção do *handover*" que é constituída por um conjunto de itens agrupados em 4 fatores ou dimensões, tais como a qualidade de informação (6 itens), interação e suporte (5 itens), eficiência (3 itens) e envolvimento do doente no processo (3 itens). Nesta secção, os itens estão associados a uma escala de Likert de 1 a 5 pontos, sendo que as respostas variam de discordo totalmente (1); discordo parcialmente (2); nem concordo nem discordo (3); concordo parcialmente (4); concordo totalmente (5). Posto isto, última parte do questionário, é constituída ainda por 5 questões de resposta aberta, com o objetivo de identificar o *handover* mais efetivo, as diferenças existentes, pontos fortes, limitações e melhorias.

Assim sendo, o questionário foi reproduzido para a plataforma Qualtrics e, consequente, levemente adaptado devido ao estudo em causa e plataforma utilizada (Anexo A). Na adaptação foi realizada uma breve explicação do estudo e introduzida uma requisição obrigatória de consentimento informado.

A recolha de dados ocorreu no período entre agosto e setembro de 2024.

2.2.3. Método de análise dos dados

Para organizar e destacar a informação recolhida através do questionário aplicado, utilizou-se técnicas de estatística descritiva e estatística inferencial. O tratamento dos dados foi realizado com o auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 29.0, aplicando as seguintes técnicas estatísticas: frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central como média aritmética ($\overline{x}$), mediana (Md); medidas de dispersão ou variabilidade desvio padrão (s) valor mínimo (Xmin) e valor máximo (Xmáx); análise componentes principais; coeficientes correlação de Spearman; testes de hipóteses, teste t Student e de Mann-Whitney e teste Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, como testes de normalidade.

Para a seleção das técnicas estatísticas, incluindo os testes utilizados, foram consideradas as características das variáveis envolvidas e as recomendações sugeridas por Pestana e Gageiro (2014) e Maroco (2007).

Além da técnica utilizada e referida anteriormente, o modelo de Gioia, também foi aplicado para analisar as respostas abertas relativas aos pontos fortes, limitações e melhorias sugeridas pelos enfermeiros sobre o processo de *handover*. Este método visa identificar pontos em comum entre as respostas das entrevistas, agrupando o conteúdo em categorias de primeira e segunda ordem e, subsequentemente, em dimensões agregadas. Através desta organização, procura-se chegar a conclusões mais objetivas e claras, facilitando a interpretação dos dados (Gioia et al., 2012).

Posto isto, a análise permite uma avaliação detalhada e aprofundada, garantindo a obtenção dos resultados de forma. Adicionalmente, a revisão da literatura desempenha um papel crucial, pois possibilita a articulação de toda a informação e conceitos abordados, garantindo a fundamentação do estudo.

III. Apresentação dos Resultados

3.1. Caracterização dos Participantes

A amostra é constituída por 51 enfermeiros, que desenvolvem a sua atividade profissional nos serviços de Saúde Materna/Obstetrícia (13,7%), Cuidados Intensivos (17,6%), Urgência (15,7%), Medicina Interna (9,8%), Urologia/Nefrologia (7,8%), Pediatria (7,8%), Cardiologia/Cardíaco (3,9%), Bloco Operatório, Consulta Externa, Psiquiatria e Diabetes (3,9%), Oncologia, Enfermagem do Trabalho, Hemodiálise, Hematologia e Neurocirurgia, que apresentam uma distribuição menor, cada uma correspondendo a 2,0% da amostra total (Anexo B).

A maioria dos enfermeiros, concretamente 76,5% pertencem ao sexo feminino, enquanto 23,5% são do sexo masculino, refletindo a predominância de mulheres no setor em estudo.

Relativamente ao tempo de exercício profissional, verificou-se uma grande variação entre os participantes. Mais de metade da amostra, 58,8%, tem mais de 30 anos de experiência, enquanto 13,7% tem menos de 1 ano de exercício e outros 13,7% apresentam entre 6 a 10 anos de experiência. Apenas 3,9% dos participantes tem entre 11 e 20 anos e entre 21 e 30 anos de exercício profissional (Anexo B).

A média de tempo de exercício foi de 12,75 anos, com valores que variam entre 0,083 anos (cerca de 1 mês) e 43 anos, com um desvio padrão de 12,52 anos. A distribuição de frequências desta variável não segue uma distribuição normal ($p < 0.001$) (Anexo B).

Em relação ao tempo de serviço no local atual, a maioria dos participantes (35,3%) indicou estar há mais de 30 anos no mesmo serviço. Um número considerável, 19,6%, está há menos de 1 ano no serviço, seguido por 17,6% que está no serviço há 1 a 5 anos. Outros 11,8% indicaram que estão entre 6 a 10 anos no local atual. A média de tempo no serviço atual foi de 8,08 anos, com um mínimo de 0,385 anos (aproximadamente 5 meses) e um máximo de 32 anos, com um desvio padrão de 9,38 anos. A distribuição de frequências desta variável não apresenta características de uma distribuição normal ($p < 0.001$) (Anexo B).

Quanto à categoria profissional, a grande maioria dos inquiridos, 98%, identificou-se como enfermeiros e apenas 2% ocupam o cargo de enfermeiro gestor. No que diz respeito ao vínculo laboral, a maior parte dos participantes, 74,5%, tem um contrato por tempo indeterminado, seguido de 17,6% que têm contrato definitivo. Apenas 3,9% têm contrato por tempo determinado ou trabalham sem vínculo fixo, prestando serviços temporários.

Relativamente ao tipo de horário, 43 respostas dizem respeito a horas de trabalho semanais, correspondendo a 50,0% das respostas totais e a 84,3% dos casos válidos, 10 respostas referem que realizam horário fixo, representando 11,6% das respostas e 19,6% dos casos válidos e por fim, 33 respostas referem que realizam horário rotativo, correspondendo a 38,4% das respostas e 64,7% dos casos válidos. No total, registaram-se 86 respostas, o que sugere que alguns participantes escolheram mais de uma opção, resultando numa percentagem acumulada de 168,6% (Anexo B).

Em relação ao número de horas de trabalho semanais, os dados indicam que 44 pessoas responderam, enquanto 7 pessoas não forneceram resposta, correspondendo a 13,7% de respostas em falta. Observou-se então que 76,5%, indicaram trabalhar 35 horas por semana, 7,8% referiram trabalhar 40 horas por semana, e 2,0% indicou 20 horas semanais. Como mencionado anteriormente nesta variável, observou-se 13,7% de respostas em falta (Anexo B).

Relativamente ao tempo despendido em registos de enfermagem, observou-se que 39,2% dos profissionais dedicam menos de 1 hora por turno a realizar os registos, enquanto 35,3% despendem entre 1 a 2 horas para essa tarefa. Outros 15,7% gastam entre 2 a 3 horas e uma pequena percentagem, 3,9%, dedica entre 4 a 5 horas a essa função. O tempo médio despendido foi de 2 horas, com um desvio padrão de 1,077 horas, sugerindo uma variação considerável entre os profissionais (Anexo B).

Estes dados revelam uma amostra constituída, em grande parte, por profissionais com muita experiência na área de enfermagem e uma presença significativa de profissionais com longos anos de serviço. Estes fatores podem influenciar diretamente as perceções sobre o *handover*, dada a sua familiaridade com os processos e protocolos estabelecidos (Anexo B).

3.2. Distribuição da amostra segundo a estrutura do *handover* recebido e realizado no turno da manhã

A distribuição da amostra segundo a estrutura do *handover* recebido e realizado de manhã" foi analisada em 24 casos válidos (Tabela 1).

Em relação ao *Handover* Recebido, na frequência de respostas para a variável "forma como o *handover* é realizado", observa-se que a maioria dos participantes (70,6%) mencionou que o *handover* é realizado de forma verbal, enquanto 5,88% indicaram que o *handover* também é realizado de forma escrita. Outros 29,42% indicam que, em muitos casos, tanto o *handover* verbal quanto o escrito são utilizados simultaneamente.

Em relação ao *Handover* Realizado, na frequência de respostas para a variável "forma como o *handover* é realizado", observa-se que 70,6% dos inquiridos referiram que o *handover* foi feito de forma verbal, enquanto 29,4% indicaram que foi realizado de forma verbal e escrita. No total, houve 34 respostas dadas, representando 141,7% dos casos, o que indica que, em muitos casos, tanto o *handover* verbal quanto o escrito são utilizados simultaneamente.

No *Handover* Recebido, relativamente à "forma como gostariam que fosse realizado o *handover*", 75,0%, prefere que este seja feito de forma verbal, enquanto 25,0% dos participantes indicaram preferência pela forma escrita.

No *Handover* Realizado, relativamente "à forma como gostariam que fosse realizado o *handover*", 79,2% indicaram preferência pela forma verbal, enquanto 20,8% preferiam que fosse realizado de forma escrita.

No *Handover* Recebido, no que diz respeito a "quem costuma transmitir a informação durante o *handover*", 37,5%, afirmaram que é um colega de equipa, enquanto 29,2% disseram que transmitem a informação por si próprios e 20,8% indicaram que o líder de equipa é o responsável por esta função. Apenas 12,5% mencionaram outra pessoa.

No *Handover* Realizado que diz respeito a "quem costuma transmitir a informação no *handover* realizado", 58,3% dos participantes afirmaram que fazem a transmissão por si próprios, enquanto 20,8% referiram que a informação é transmitida pelo líder de equipa e 12,5% indicam que essa tarefa é realizada por um colega de equipa. Apenas 8,3% mencionaram outra pessoa.

Quando questionados sobre "quem gostariam que transmitisse a informação" no *Handover* Recebido, 37,5% preferem que seja um colega de equipa, e tanto 29,2% dos respondentes gostariam que a informação fosse transmitida por si próprios outros 29,2% preferem que o líder de equipa seja responsável pela transmissão.

Quando questionados sobre "quem gostariam que transmitisse a informação" no *Handover* Realizado, 58,3% dos inquiridos indicaram preferência por transmitir a informação por si próprios, enquanto 29,2% preferiam que fosse o líder de equipa, 8,3% gostariam que fosse um colega de equipa e apenas 4,2% preferiam outra pessoa.

Quanto ao "local onde a passagem de informação é realizada" relativamente ao *Handover* Recebido, 66,7% afirmaram que ocorre na sala de serviço, enquanto 20,8% referiram que esta é feita numa sala própria, com 12,5% mencionando outro local.

Quanto ao "local onde a passagem de informação é realizada" relativamente ao *Handover* Realizado, 66,7% dos participantes afirmaram que esta ocorre na sala do serviço, enquanto 25,0% indicaram que é feita numa sala própria e 8,3% mencionaram outro local.

Quando questionados sobre "onde gostariam que a passagem de informação ocorresse" relativamente ao *Handover* Recebido, 54,2% dos inquiridos gostariam que a passagem de informação fosse realizada na sala de serviço, enquanto 41,7% preferem que ocorra numa sala própria.

Quando questionados sobre "onde gostariam que a passagem de informação ocorresse" relativamente ao *Handover* Realizado, 45,6% preferiam que fosse numa sala própria, enquanto 50,0% indicaram que preferiam a sala do serviço e apenas 4,2% preferia noutro local.

No que se refere aos "grupos presentes durante o *handover*", tanto no recebido como no realizado, 91,7% indicaram que apenas estão presentes enfermeiros, enquanto 8,3% mencionou a presença de médicos.

No que diz respeito ao tempo despendido na preparação do *handover* (horas), a média foi de 2 horas, com uma mediana de 2,00 horas e um desvio padrão de 0,511. O tempo mínimo registado foi de 1 hora, e o máximo de 3 horas. Analisando a distribuição de frequência, 12,5% dos participantes despendem menos de 30 minutos, 75,0% indicaram que despendem entre 30 minutos e 1 hora, e 12,5% referiram que o tempo despendido é entre 1 a 2 horas.

Relativamente ao tempo que demora a receber o *handover*, a média de tempo foi de 0,5625 horas (aproximadamente 34 minutos), com uma mediana de 0,5000 horas (30 minutos) e desvio padrão foi de 0,2673 horas (cerca de 16 minutos). Em termos de frequência, 25,0% dos participantes indicaram que o *handover* recebido demora menos de 30 minutos, enquanto a maioria, 75,0%, referiu que o processo demora entre 30 minutos e 1 hora. A distribuição de dados desta variável sugere uma distribuição normal ($p > 0,05$).

Relativamente ao tempo que demora a realizar o *handover*, a média de tempo foi de 0,5382 horas (aproximadamente 32 minutos), com uma mediana de 0,5000 horas (30 minutos) e desvio padrão foi de 0,2508 horas (cerca de 15 minutos). Em termos de frequência, 20,8% dos participantes indicaram que o *handover* recebido demora menos de 30 minutos, enquanto a maioria, 79,2%, referiu que o processo demora entre 30 minutos e 1 hora. A distribuição de dados desta variável não sugere uma distribuição normal ($p = 0,022$).

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo a estrutura do *handover* recebido e realizado no turno - manhã

Variáveis		n	%
Tempo despendido na preparação do *Handover* da manhã (minutos)	Menos de 30 minutos	3	12,5
	Entre 30 minutos e 60 minutos	18	75,0
	Entre 60 minutos e 120 minutos	3	12,5
	Handover Recebido	*Handover* Realizado	

		n	%	n	%
Tempo que demora o *handover* da manhã (minutos)	Menos de 30 minutos	6	25,0	5	20,8
	Entre 30 minutos e 60 minutos	18	75,0	19	79,2
Handover Recebido: $\bar{x}$ = 34 Md = 30 s = 16 p > 0,05					
Handover Realizado: $\bar{x}$ = 32 Md = 30 s =15 p = 0,022					
Forma como é realizado o *handover* da manhã	Verbal	22	64,7	24	70,6
	Escrito	2	5,88	0	0,0
	Outro (verbal e escrito)	10	29,42	10	29,4
Forma como gostaria que fosse realizado o *handover* da manhã	Verbal	18	75,0	19	79,2
	Escrito	6	25,0	5	20,8
Quem costuma transmitir a informação de manhã	Líder de equipa	5	20,8	5	20,8
	Próprio	7	29,2	14	58,3
	Colega de equipa	9	37,5	3	12,5
	Outro	3	12,5	2	8,3
Quem gostaria que transmitisse a informação de manhã	Líder de equipa	7	29,2	7	29,2
	Próprio	7	29,2	14	58,3
	Colega de equipa	9	37,5	2	8,3
	Outro	1	4,2	1	4,2
Onde é realizado o *handover* da manhã	Sala Própria	5	20,8	6	25,0
	Sala do Serviço	16	66,7	16	66,7
	Outro	3	12,5	2	8,3
Onde gostaria que fosse realizado o *handover* da manhã	Sala Própria	10	41,7	11	45,8
	Sala do Serviço	13	54,2	12	50,0
	Outro	1	4,2	1	4,2
Outros grupos que estejam presentes no *handover* da manhã	Enfermeiros	22	91,7	22	91,7
	Médicos	2	8,3	2	8,3

3.3. Distribuição da amostra segundo a perceção do *handover* do turno da manhã

A análise dos dados sobre a perceção do *handover* do turno da manhã (Tabela 2), assim como das medidas descritivas (Anexo C) demonstra que, relativamente à afirmação "Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis", a média obtida foi de 4,08, com uma mediana de 4,00, um desvio padrão de 1,018. A maioria dos participantes (41,7%) concorda totalmente que têm a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas ou difíceis, enquanto 37,5% concorda parcialmente. Um pequeno número (12,5%) discorda parcialmente e 8,3% não concorda nem discorda.

Quanto à capacidade de "verificar/observar como está o utente durante o *handover*", a média foi de 3,21, com uma mediana de 3,00 e um desvio padrão de 1,501. Em termos de frequências, 41,7% dos participantes concorda parcialmente e 25,0% concorda totalmente. Por

outro lado, 20,8% discorda totalmente, 8,3% discorda parcialmente e 4,2% não concorda nem discorda.

No que diz respeito à afirmação "Tenho informação suficiente sobre o utente", os dados indicaram uma média de 4,04, com uma mediana de 4,00 e um desvio padrão de 0,932. A maioria, 45,8% dos inquiridos concordam parcialmente e 41,7% concordam totalmente. Apenas 8,3% não concordam nem discordam e 4,2% discordam totalmente.

Relativamente à afirmação "Tenho a oportunidade de reunir e falar com os colegas em situações mais difíceis" esta registou uma média de 4,50, mediana de 5,00 e um desvio padrão de 0,776. A maioria dos participantes (54,2%) concorda totalmente e 37,5% concorda parcialmente. Apenas 4,2% não concordam nem discordam e 4,2% discordam parcialmente.

Quanto à afirmação "Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho", a média foi de 4,21, com uma mediana de 5,00 e um desvio padrão de 1,051. A maioria dos participantes (29,2%) concordam parcialmente e outros 29,2% concordam totalmente. No entanto, 20,8% discorda parcialmente, 12,5% não concorda nem discorda e 8,3% discorda totalmente.

Relativamente à afirmação "Durante o *handover*, recebo, muitas vezes, informação que não é relevante para os cuidados ao utente", a média obtida foi de 3,54, com uma mediana de 4,00 e um desvio padrão de 1,062. Durante o *handover*, 54,2% dos participantes concordam parcialmente que recebem muitas vezes informação que não é relevante para os cuidados ao utente, e 12,5% concordam totalmente. No entanto, 16,7% discordam parcialmente, 4,2% discordam totalmente e 12,5% não concordam nem discordam.

Quanto à afirmação "A forma como a informação me é transmitida é fácil de compreender" obteve uma média de 4,38, com uma mediana de 4,00 e um desvio padrão de 0,932. Grande parte dos participantes (45,8%), concordam parcialmente e 41,7% que concordam totalmente. Já em menor número, 8,3%, discorda parcialmente, e 4,2% discorda totalmente.

No que diz respeito à afirmação "Sou muitas vezes interrompido durante o *handover* pelos utentes ou seus familiares", a média foi de 3,21, com uma mediana de 3,00 e um desvio padrão de 1,381. Dos participantes, 37,5% discordam parcialmente e 29,2% discordam totalmente. Apenas 12,5% concordam parcialmente e outros 12,5% concordam totalmente.

Na afirmação "Consigo esclarecer a informação que me foi transmitida", a média foi de 4,04, com uma mediana de 4,00 e um desvio padrão de 0,576. Dos participantes, 54,2% concordam parcialmente e 41,7% concordam totalmente, enquanto apenas 4,2% discordam parcialmente.

A afirmação "A informação sobre o utente é transmitida no momento certo", obteve uma média de 4,04, com uma mediana de 4,00 e um desvio padrão de 0,740. A informação sobre o utente é transmitida no momento certo para 50,0% dos inquiridos que concordam parcialmente, e para 29,2%, que concordam totalmente. No entanto, 12,5% não concordam nem discordam e 8,3% discordam parcialmente.

Relativamente à afirmação "Tenho a oportunidade de colocar questões sobre informação não compreendida", registou uma média de 4,29, com uma mediana de 4,00 e um desvio padrão de 0,616. A maioria dos participantes (45,8%) concorda parcialmente que têm a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreenderam, e 41,7% concorda totalmente. Apenas 12,5% discordam parcialmente.

A afirmação "Considero que o *handover* demora muito tempo", obteve uma média de 3,42 e uma mediana de 4,00, com um desvio padrão de 1,128. Dos participantes, 33,3% concorda parcialmente que este demora muito tempo, enquanto 20,8% concorda totalmente. Por outro lado, 12,5% discorda totalmente, 8,3% discorda parcialmente e 25,0% não concorda nem discorda.

Sobre a afirmação "A informação que recebo está atualizada", registou uma média de 4,08, uma mediana de 4,00 e um desvio padrão de 0,881. Dos participantes, 58,3% concordam parcialmente e 33,3% concordam totalmente. Apenas 8,3% discorda parcialmente.

Na afirmação "Os utentes participam no processo de *handover*", a média doi de 1,17, mediana de 1,00 e um desvio padrão de 0,381. A grande maioria dos inquiridos (79,2%) discorda totalmente, enquanto 12,5% não concordam nem discordam e 4,2% discordam parcialmente. Apenas 4,2% concordam parcialmente.

No que toca à afirmação "Consigo memorizar a informação que me foi transmitida", a média foi de 3,92, com uma mediana de 4,00 e um desvio padrão de 1,063. Dos participantes, 41,7% concorda parcialmente e 16,7% concorda totalmente. No entanto, 25,0% discorda parcialmente e 16,7% não concorda nem discorda.

Relativamente à afirmação "Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem", registou uma média de 4,29, com uma mediana de 4,00 e um desvio padrão de 0,702. Dos participantes, 45,8% concorda totalmente e 41,7% concorda parcialmente. Apenas 12,5% não concorda nem discorda.

Por fim, sobre a afirmação "Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida", registou uma média de 4,08, uma mediana de 4,00 e um desvio padrão de 1,014. Dos participantes, 62,5% concorda parcialmente que há informação importante que nem sempre

é transmitida, enquanto 16,7% discordam parcialmente e 16,7% não concordam nem discordam. Apenas 4,2% discordam totalmente.

Os resultados apresentados na tabela 2 permitem, ainda identificar as afirmações com as quais os enfermeiros tendem a manifestar maior concordância, assim como aquelas em que os profissionais demonstram menor concordância. Estes resultados possibilitam também avaliar a perceção dos profissionais relativamente ao *handover* da manhã.

Verifica-se que os enfermeiros manifestam maior concordância com as afirmações: "Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi."; "Consigo esclarecer a informação que me foi transmitida."; "A forma como a informação me é transmitida é fácil de compreender."; "Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem." e "Tenho informação suficiente sobre o utente.".

Por outro lado, a concordância é menor nas afirmações: "Os doentes participam no processo de *handover*."; "Sou capaz de verificar/observar como está o doente durante o *handover*."; "Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho."; "Sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos doentes e seus familiares." e "Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis".

Observa-se ainda que as pontuações globais variam entre 2,71 e 4,29, sendo a média de 3,69 ± 0,386. A maior parte dos enfermeiros evidencia uma perceção moderada sobre o *handover* da manhã, com 75% dos participantes a apresentarem uma pontuação entre 3 e 4. Estes resultados indicam que a perceção global do *handover* da manhã está ligeiramente acima da média. A análise da normalidade da distribuição (p = 0,415) sugere que a perceção global segue uma distribuição normal (Anexo C).

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo a perceção do *handover* de manhã

Itens	**Discordo Totalmente**		**Discordo Parcialmente**		**Nem concordo, nem discordo**		**Concordo Parcialmente**		**Concordo Totalmente**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis?	0	0,0	3	12,5	2	8,3	9	37,5	10	41,7
Sou capaz de verificar/observar como está o utente durante o *handover*.	5	20,8	2	8,3	1	4,2	10	41,7	6	25
Tenho informação suficiente sobre o utente	1	4,2	0	0,0	2	8,3	11	45,8	10	41,7

Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.	0	0,0	1	4,2	1	4,2	9	37,5	13	54,2
Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.	2	8,3	5	20,8	3	12,5	7	29,2	7	29,2
Durante o *handover*, recebo, muitas vezes, informação que não é relevante para os cuidados ao utente.	1	4,2	4	16,7	3	12,5	13	54,2	3	12,5
A forma como a informação me é transmitida é fácil de compreender	1	4,2	0	0,0	2	8,3	11	45,8	10	41,7
Sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos utentes e os seus familiares.	7	29,2	9	37,5	2	8,3	3	12,5	3	12,5
Consigo esclarecer a informação que me foi transmitida.	0	0,0	0	0,0	1	4,2	13	54,2	10	41,7
A informação sobre o utente é transmitida no momento certo	0	0,0	2	8,3	3	12,5	12	50	7	29,2
Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.	0	0,0	0	0,0	3	12,5	11	45,8	10	41,7
Considero que o *handover* demora muito tempo.	3	12,5	2	8,3	6	25	8	33,3	5	20,8
A informação que recebo está atualizada.	0	0,0	0	0,0	2	8,3	14	58,3	8	33,3
Os utentes participam no processo de *handover*.	19	79,2	1	4,2	3	12,5	1	4,2	0	0,0
Consigo memorizar a informação que foi transmitida.	0	0,0	6	25	4	16,7	10	41,7	4	16,7
Tenho conhecimento sobre os diferentes aspectos dos cuidados de enfermagem.	0	0,0	0	0,0	3	12,5	10	41,7	11	45,8
Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.	1	4,2	4	16,7	4	16,7	15	62,5	0	0,0

3.4. Distribuição da amostra segundo a perceção do *handover* do turno da tarde/noite

A análise dos dados sobre a perceção do *handover* do turno da tarde/noite (Tabela 3), assim como das medidas descritivas (Anexo D) demonstra que, relativamente à afirmação "Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis", a média das respostas foi de 3,85, com uma mediana de 4,00 e um desvio-padrão de 0,989. A maioria dos participantes

(59,3%) concorda parcialmente, enquanto 18,5% discordam parcialmente e 22,2% concordam totalmente.

Quanto à capacidade de "verificar/observar como está o utente durante o *handover*", a média foi de 3,44, com uma mediana de 4,00 e um desvio-padrão de 1,368. Dos participantes, 51,9% concordam parcialmente, 14,8% discordam parcialmente, 14,8% discordam totalmente, e 18,5% concordam totalmente.

No que diz respeito à afirmação "Tenho informação suficiente sobre o utente", os dados indicaram uma média foi de 4,15, com uma mediana de 4,00 e um desvio-padrão de 0,534. Dos participantes, 70,4% concordam parcialmente, 7,4% nem concordam nem discordam, e 22,2% concordam totalmente.

Relativamente à afirmação "Tenho a oportunidade de reunir e falar com os colegas em situações mais difíceis", a média foi de 4,07, com uma mediana de 4,00 e um desvio-padrão de 1,035. Dos participantes, 40,7% concordam parcialmente e 40,7% concordam totalmente, enquanto 14,8% discordam parcialmente e 3,7% nem concordam nem discordam.

Quanto à afirmação "Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho", a média foi de 3,33, com uma mediana de 3,00 e um desvio-padrão de 1,109. Dos participantes, 33,3% concordam parcialmente, 14,8% concordam totalmente, 25,9% nem concordam nem discordam, 22,2% discordam parcialmente e 3,7% discordam totalmente.

Relativamente à afirmação "Durante o *handover*, recebo, muitas vezes, informação que não é relevante para os cuidados ao utente", a média foi de 3,52, com uma mediana de 4,00 e um desvio-padrão de 0,893. Dos participantes 55,6% concordam parcialmente, 7,4% concordam totalmente, 18,5% discordam parcialmente, e 18,5% nem concordam nem discordam.

Quanto à afirmação "A forma como a informação me é transmitida é fácil de compreender", a média foi de 4,15, com uma mediana de 4,00 e um desvio-padrão de 0,534, revelando uma perceção positiva sobre a clareza da informação. Dos participantes 45,8% concordam parcialmente, 22,2% concordam totalmente, 8,3% nem concordam nem discordam e 7,4% discordam parcialmente.

No que diz respeito à afirmação "Sou muitas vezes interrompido durante o *handover* pelos utentes ou seus familiares", a média foi de 3,48, com uma mediana de 4,00 e um desvio-padrão de 1,673. Dos participantes, 22,2% discordam totalmente, enquanto 11,1% discordam parcialmente, 7,4% nem concordam nem discordam, 14,8% concordam parcialmente e 44,4% concordam totalmente.

Na afirmação "Consigo esclarecer a informação que me foi transmitida", a média foi de 4,26, com uma mediana de 4,00 e um desvio-padrão de 0,594. Dos participantes, 59,3%

concordam parcialmente, 33,3% concordam totalmente e 7,4% nem concordam nem discordam.

A afirmação "A informação sobre o utente é transmitida no momento certo", a média foi de 3,89, com uma mediana de 4,00 e um desvio-padrão de 0,892. Dos participantes, 55,6% concordam parcialmente, 22,2% concordam totalmente, 11,1% discordam parcialmente e 11,1% nem concordam nem discordam.

Relativamente à afirmação "Tenho a oportunidade de colocar questões sobre informação não compreendida", a média foi de 4,33, com uma mediana de 4,00 e um desvio-padrão de 0,734. Dos participantes 48,1% concordam parcialmente, 44,4% concordam totalmente, 3,7% nem concordam nem discordam e 3,7% discordam parcialmente.

A afirmação "Considero que o *handover* demora muito tempo", a média foi de 3,37, com uma mediana de 4,00 e um desvio-padrão de 1,275. Dos participantes 33,3% concordam parcialmente que o *handover* demora muito tempo, 22,2% concordam totalmente, 18,5% nem concordam nem discordam, 22,2% discordam parcialmente e 7,4% discordam totalmente.

Sobre a afirmação "A informação que recebo está atualizada", a média foi de 4,33, com uma mediana de 4,00 e um desvio-padrão de 0,620. Dos participantes, 51,9% concordam parcialmente, 40,7% concordam totalmente e 7,4% nem concordam nem discordam.

Na afirmação "Os utentes participam no processo de *handover*", a média foi de 1,37, com uma mediana de 1,00 e um desvio-padrão de 0,792. Dos participantes, 77,8% discordam totalmente, enquanto 11,1% discordam parcialmente, 7,4% nem concordam nem discordam, e 3,7% concordam parcialmente.

No que toca à afirmação "Consigo memorizar a informação que me foi transmitida", a média foi de 3,78, com uma mediana de 4,00 e um desvio-padrão de 0,974. Dos participantes, 59,3% concordam parcialmente, 18,5% concordam totalmente, 18,5% discordam parcialmente e 3,7% nem concordam nem discordam.

Relativamente à afirmação "Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem", a média foi de 4,41, com uma mediana de 4,00 e um desvio-padrão de 0,501. Dos participantes 59,3% concordam parcialmente e 40,7% concordam totalmente.

Por fim, sobre a afirmação "Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida", a média foi de 3,63, com uma mediana de 4,00 e um desvio-padrão de 1,006. dos participantes 51,9% concordam parcialmente, 14,8% concordam totalmente, 16,7% nem concordam nem discordam, 11,1% discordam parcialmente e 3,7% discordam totalmente.

Os resultados apresentados na tabela 3 permitem identificar as afirmações com as quais os enfermeiros tendem a manifestar maior concordância e aquelas em que os profissionais

manifestam menor concordância. Estes resultados permitem também avaliar a perceção dos profissionais acerca do *handover* da tarde/noite.

Verifica-se que os enfermeiros manifestam maior concordância com as afirmações: "Consigo esclarecer a informação que me foi transmitida."; "Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem."; "Tenho informação suficiente sobre o utente."; "A informação sobre o utente é transmitida no momento certo." e "A informação que recebo está atualizada."

Por outro lado, a concordância é menor perante as afirmações: "Os doentes participam no processo de *handover*."; "Sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos doentes e seus familiares."; "Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho." e "Durante o *handover*, recebo, muitas vezes, informação que não é relevante para os cuidados ao utente."

Observa-se ainda que as pontuações globais variam entre 2,88 e 4,41, sendo a média de 3,73 ± 0,345. A maior parte dos enfermeiros evidencia uma perceção moderada acerca do *handover* da tarde/noite, com 66,7% dos participantes apresentando uma pontuação entre 3 e 4. Estes resultados indicam que a perceção global do *handover* da tarde/noite está ligeiramente acima da média. A análise da normalidade da distribuição (p = 0,925) sugere que a perceção global segue uma distribuição normal (Anexo D).

Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo a perceção do *handover* de tarde/noite

Itens	**Discordo Totalmente**		**Discordo Parcialmente**		**Nem concordo, nem discordo**		**Concordo Parcialmente**		**Concordo Totalmente**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis?	0	0,0	5	18,5	0	0,0	16	59,3	6	22,2
Sou capaz de verificar/observar como está o utente durante o *handover*.	4	14,8	4	14,8	0	0,0	14	51,9	5	18,5
Tenho informação suficiente sobre o utente	0	0,0	0	0,0	2	7,4	19	70,4	6	22,2
Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.	0	0,0	4	14,8	1	3,7	11	40,7	11	40,7
Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.	1	3,7	6	22,2	7	25,9	9	33,3	4	14,8

Durante o *handover*, recebo, muitas vezes, informação que não é relevante para os cuidados ao utente.	0	0,0	5	18,5	5	18,5	15	55,6	2	7,4
A forma como a informação me é transmitida é fácil de compreender	0	0,0	0	0,0	2	7,4	19	70,4	6	22,2
Sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos utentes e os seus familiares.	6	22,2	3	11,1	2	7,4	4	14,8	12	44,4
Consigo esclarecer a informação que me foi transmitida.	0	0,0	0	0,0	2	7,4	16	59,3	9	33,3
A informação sobre o utente é transmitida no momento certo	0	0,0	3	11,1	3	11,1	15	55,6	6	22,2
Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.	0	0,0	1	3,7	1	3,7	13	48,1	12	44,4
Considero que o *handover* demora muito tempo.	2	7,4	6	22,2	5	18,5	8	29,6	6	22,2
A informação que recebo está atualizada.	0	0,0	0	0,0	2	7,4	14	51,9	11	40,7
Os utentes participam no processo de *handover*.	21	77,8	3	11,1	2	7,4	1	3,7	0	0,0
Consigo memorizar a informação que foi transmitida.	0	0,0	5	18,5	1	3,7	16	59,3	5	18,5
Tenho conhecimento sobre os diferentes aspectos dos cuidados de enfermagem.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	59,3	11	40,7
Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.	1	3,7	3	11,1	5	18,5	14	51,9	4	14,8

3.5. Comparação da perceção entre o Turno Manhã e o turno da Tarde/Noite

Para realizar a comparação entre turno da manhã e o turno da tarde/noite, recorreu-se à análise de componentes principais para a secção da perceção (Anexo E), cumpriram-se os testes de pressupostos e de qualidade do modelo automático. com o objetivo de identificar os fatores subjacentes às respostas dos profissionais. A análise revelou a existência de seis componentes com valores próprios superiores a 1, explicando no total 73,125% da variância.

O primeiro componente explica 27,033% da variância, com um autovalor de 4,596. Este componente, denominado "Clareza e Atualidade da Informação" foi formado por itens relacionados com a clareza, facilidade de compreensão e atualidade da informação transmitida durante o *handover*. Verificou-se que a "informação que recebo está atualizada" (0,773), foi um dos itens mais representativos, seguido por "Consigo esclarecer a informação que me foi transmitida" (0,765). Também foram importantes as perceções relacionadas com a forma como

a "informação é transmitida" (0,672), e com o momento adequado da transmissão da informação sobre o utente (0,720). Esta componente segue distribuição normal ($p<0,05$) (Tabela 4).

O segundo componente explica 12,592% da variância, com um autovalor de 2,141. Este componente, designado "Discussão de Casos Clínicos e Trabalho em Equipa" reflete a importância atribuída pelos profissionais à oportunidade de discutir casos clínicos complexos e de colaborar com os colegas. Um dos itens mais fortes dentro deste componente foi "Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis" (0,840). Este foi acompanhado por itens como "Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis" (0,853), e "Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho" (0,789). Este componente segue distribuição normal ($p<0,05$) (Tabela 4).

O terceiro componente explica 10,939% da variância, com um autovalor de 1,860. Este componente, designado "Suficiência e Retenção da Informação", focou-se na perceção dos profissionais sobre a quantidade de informação recebida e a capacidade de reter essa informação. Um dos itens mais fortes dentro deste componente foi "Tenho informação suficiente sobre o utente" (0,588), seguido de "Consigo memorizar a informação que foi transmitida" (0,721), e "Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi" (0,648). Esta componente segue distribuição normal ($p<0,05$) (Tabela 4).

O quarto componente explica 8,483% da variância, com um autovalor de 1,442. Este, foi denominado "Carga de Trabalho e Tempo do *Handover*" e refletiu as preocupações sobre a duração e gestão do *handover*. Entre os itens mais relevantes, destaca-se "Considero que o *handover* demora muito tempo" (0,795), e "Durante o *handover*, recebo, muitas vezes, informação que não é relevante para os cuidados ao utente" (0,531). Esta componente segue distribuição normal ($p<0,05$) (Tabela 4).

O quinto componente explica 7,556% da variância, com um autovalor de 1,284. Este componente, denominado "Interrupções e Participação dos Utentes", refletiu as perceções relacionadas com as interrupções durante o *handover* e a participação dos utentes no processo. Entre os itens mais relevantes, destaca-se "Sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos utentes e os seus familiares" (0,699), e "Os utentes participam no processo de *handover*" (0,707). Esta componente segue distribuição normal ($p<0,05$) (Tabela 4).

O sexto e último componente explica 6,523% da variância, com um autovalor de 1,109. Este componente, denominado "Importância e Qualidade da Informação Transmitida", abordou perceções sobre a qualidade e importância da informação. Entre os itens mais representativos

deste componente, encontra-se "Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida" (0,771), e "Tenho conhecimento sobre os diferentes aspetos dos cuidados de enfermagem" (0,682). Esta componente não segue distribuição normal (p>0,05) (Tabela 4).

No total, estes seis componentes explicam 73,125% da variância, o que indica que a análise de componentes principais capturou de forma eficaz a maior parte das perceções dos profissionais acerca do *handover*. Os componentes identificados fornecem uma visão abrangente sobre a clareza da informação, a colaboração entre colegas, e as dificuldades associadas a interrupções e à gestão da carga de trabalho.

Visto que uma das componentes não seguia distribuição normal, optou-se por realizar o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Nos resultados obtidos a partir do teste de Mann-Whitney (Tabela 4), observou-se que, no turno da manhã, a média das classificações (Mean Rank) para a componente "Clareza e Atualidade da Informação" da análise de componentes foi de 25,96, enquanto no turno da tarde/noite essa média foi de 26,04. Em relação à componente "Discussão de Casos Clínicos e Trabalho em Equipa", a média das classificações no turno da manhã foi de 28,96, enquanto no turno da tarde/noite foi de 23,37. Para a componente "Suficiência e Retenção da Informação", a média das classificações no turno da manhã foi de 24,04, e no turno da tarde/noite foi de 27,74. No que diz respeito à componente "Carga de Trabalho e Tempo do *Handover*", a média foi de 22,13 no turno da manhã e 28,22 no turno da tarde/noite. Já na componente "Interrupções e Participação dos Utentes", as médias das classificações foram de 25,79 no turno da manhã e 26,15 no turno da tarde/noite. Finalmente, para a componente "Importância e Qualidade da Informação Transmitida", as médias foram de 25,79 no turno da manhã e 26,19 no turno da tarde/noite.

Tabela 4 - Análise dos componentes principais

ITENS	COMPONENTES					
	1	2	3	4	5	6
Clareza e Atualidade da Informação						
A informação que recebo está atualizada.	0,773					
Consigo clarificar a informação que me foi transmitida	0,765					
A forma como a informação me é transmitida é fácil de compreender.	0,672					
A informação sobre o utente é transmitida no momento certo	0,720					
Discussão de Casos Clínicos e Trabalho em Equipa						
Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis?		0,840				

Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.		0,853				
Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho		0,789				
Suficiência e Retenção da Informação						
Tenho informação suficiente sobre o utente			0,588			
Consigo memorizar a informação que foi transmitida.			0,721			
Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.			0,648			
Carga de Trabalho e Tempo do *Handover*						
Considero que o *handover* demora muito tempo.				0,795		
Durante o *handover*, recebo, muitas vezes, informação que não é relevante para os cuidados ao utente.				0,531		
Interrupções e Participação dos Utentes						
Sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos utentes e os seus familiares.					0,699	
Os utentes participam no processo de *handover*.					0,707	
Importância e Qualidade da Informação Transmitida						
Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.						0,771
Tenho conhecimento sobre os diferentes aspectos dos cuidados de enfermagem.						0,682

Nos resultados estatísticos do teste de Mann-Whitney, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os turnos (manhã e tarde/noite) em relação às seis componentes analisadas. O valor de significância (p) foi superior a 0,05 em todas as componentes, indicando que não há diferenças significativas nas perceções dos profissionais de saúde sobre as componentes estudadas, tendo em conta o turno em que trabalham (Tabela 5).

Tabela 5 - Comparação da perceção do handover da manhã com a do handover da tarde/noite para a secção da perceção

Componentes						
Momento	**Manhã**			**Tarde/Noite**		
	n	**MR**	**p**	**n**	**MR**	**p**
Clareza e Atualidade da Informação	24	25,96	0,985	27	26,04	0,985
Discussão de Casos Clínicos e Trabalho em Equipa	24	28,96	0,180	27	23,37	0,180
Suficiência e Retenção da Informação	24	24,04	0,375	27	27,74	0,375
Carga de Trabalho e Tempo do *Handover*.	24	22,13	0,079	27	29,44	0,079
Interrupções e Participação dos Utentes	24	28,00	0,365	27	24,22	0,365
Importância e Qualidade da Informação Transmitida	24	25,79	0,925	27	26,19	0,925

3.6. Análise Crítica do Processo de *Handover*

Após a analise dos dados anteriores, realizou-se a análise, com detalhe, das respostas dadas, tentando perceber as ideias-chave, bem como as ideias comuns entre os profissionais relativamente aos pontos fortes, às limitações e às melhorias do *handover* que utilizam. Assim, procedeu-se ao desenvolvimento do Modelo de Gioia.

3.6.1. Análise dos Pontos Fortes

Primeiramente, foram agrupadas as ideias comuns relativas aos pontos fortes em conceitos de 1º ordem, encaminhando-se em temas de 2ª ordem e, por fim, guiando-se em dimensões agregadas (Tabela 6).

Na dimensão agregada referente à "Bom Desempenho", os profissionais destacaram aspetos relacionados com a rapidez e eficiência no processo de transmissão de informação. Foram identificados vários fatores que contribuem para uma passagem de turno mais célere e eficiente, como a rapidez, sendo referida várias vezes, com a utilização de uma folha de passagem de turno que torna o processo mais "rápido" e reduz o tempo despendido na procura de informações. Para além disso, também foi mencionada a eficácia, com a eliminação de falhas na transmissão de informação, economizando o tempo necessário para a busca de dados relevantes. A clareza da informação transmitida e a sua sintetização também são cruciais, com os profissionais a valorizarem a organização e síntese da linguagem utilizada, o que facilita a compreensão das informações partilhadas.

Relativamente à dimensão agregada referente à "Qualidade da Transmissão de Informação", os profissionais sublinharam a importância da transmissão de informação clara e concisa, seja de forma oral ou escrita, de modo a evitar falhas de comunicação. A continuidade dos cuidados foi também mencionada como um fator importante, nomeadamente através da manutenção da passagem de informação entre colegas dos turnos anteriores, assegurando que a continuidade dos cuidados ao utente não seja comprometida. Além disso, o recurso a métodos estruturados, como o SBAR, foi referido como uma forma eficaz de garantir a transmissão padronizada e consistente de informação.

Na dimensão agregada referente à "Colaboração e Discussão", A troca de informação entre equipas e a discussão de casos clínicos complexos são vistas como formas fundamentais de assegurar a qualidade dos cuidados prestados. O contacto entre profissionais e a interação constante são pontos que facilitam a compreensão do estado de todos os utentes e garantem que cada membro da equipa tenha a oportunidade de esclarecer dúvidas. O feedback constante entre

pares e o esclarecimento de questões emergentes também foram considerados fatores que contribuem para um ambiente de trabalho colaborativo e eficiente.

Por fim, na dimensão agregada referente à "Organização e Planeamento", a passagem de turno em frente ao doente foi referida como uma prática que permite uma avaliação imediata do seu estado clínico. Além disso, os profissionais mencionaram a capacidade de perceber o estado clínico dos utentes, durante a passagem de turno nas salas, o que facilita a monitorização e continuidade dos cuidados prestados.

Tabela 6 - Modelo Gioia, Pontos Fortes

Primeira Ordem (conceitos)	Segunda ordem (Temas)	Dimensões Agregadas
Rápido	Rapidez	Bom Desempenho
Mais rápida com folha de passagem		
Evita perda de informação na transmissão	Eficiência	
Eficácia		
Poupa o tempo de procurar a informação		
Clareza	Clareza	
Estrutura e síntese		
Conciso	Sintetização	
Apelo à síntese e linguagem cientificamente correta		
Transmissão de informação	Transmissão de informação	Qualidade da Transmissão de Informação
Passagem direta ao colega		
Transmissão de informação oral e escrita		
Passagem de informação com clareza		
Continuidade dos cuidados	Continuidade dos Cuidados	
Manter os colegas de turnos anteriores para continuidade		
SBAR para continuidade dos cuidados	Métodos	
Método ISBAR		
Auxílio de folha de passagem de turno		
Sistema informático	Ferramentas de Apoio	
Guia de transmissão de informação importante		
Metodologia		
Oportunidade para discussão de casos clínicos	Discussão de Casos Clínicos	Colaboração e Discussão
Discussão de casos		
Discussão de casos complexos		
Contacto entre profissionais	Colaboração e Interação entre Profissionais	
Conhecer bem o doente		
Ajuda em situações de emergência		
Toda a equipa tem conhecimento do estado dos utentes		
Permite esclarecimento de dúvidas	Feedback	
Feedback		
Colocar questões	Esclarecimento	
Organização do pensamento em papel	Organização	

Permite organização	Planeamento	Organização e Planeamento
Conhecer os doentes para planear o turno		
Visão holística do utente		
Situação atual do utente e medicação	Observação Direta do Utente	
Passagem em frente ao doente		
Perceber o estado clínico do bebé durante a passagem do turno nas salas		

3.6.2. Análise das Limitações

Primeiramente, foram agrupadas as ideias comuns relativas às limitações em conceitos de 1º ordem, encaminhando-se em temas de 2ª ordem e, por fim, guiando-se em dimensões agregadas (Tabela 7).

Na dimensão agregada referente à "Interrupções no Processo", as interrupções podem ocorrer devido a fatores como conversas paralelas entre colegas ou interferências por parte dos utentes e familiares. Estas interrupções dificultam a fluidez da comunicação e comprometem a concentração necessária para a correta transmissão de informação, afetando negativamente o *handover*.

Relativamente à dimensão agregada referente à "Gestão Ineficiente do Tempo", o tempo excessivo despendido neste processo demonstra uma preocupação com o fato de que o *handover*, por vezes, consome mais tempo do que o desejado. Os profissionais referiram que, além da duração prolongada, este excesso de tempo pode comprometer outras tarefas e a eficiência do trabalho.

Na dimensão agregada referente à "Falta de Sigilo e Privacidade", os profissionais referem ainda que o espaço onde o *handover* é realizado nem sempre é apropriado, nomeadamente para a transmissão de informações confidenciais num ambiente perto dos utentes, ou mesmo no mesmo espaço onde se encontram os utentes, compromete o sigilo necessário na troca de informações sensíveis. Em alguns casos, foi referido que a presença de familiares nas salas de cuidados pode comprometer a confidencialidade da informação transmitida, sendo esta falta de adequação um fator que pode interferir com a qualidade do processo.

Em relação à dimensão agregada referente à "Qualidade da Informação", os profissionais sublinharam a falta de informação em algumas situações, a perda de informação ao passar a informação para o próximo colega e a partilha de informações desatualizadas como fatores que comprometem a eficácia do processo. A informação irrelevante ou a quantidade excessiva de

informação também foi referida como uma limitação, uma vez que pode desviar o foco do que é realmente importante para o cuidado do utente.

Na dimensão agregada referente à "Estrutura e Padronização Inadequadas", nem todos os profissionais seguem o método ISBAR ou utilizam a estrutura de transmissão de informação recomendada, o que leva a inconsistências na partilha de dados. A falta de estrutura adequada e a informação transmitida de forma subjetiva foram citadas como fatores que dificultam a eficiência e clareza do processo.

Por fim, na dimensão agregada referente à "Carga de Trabalho", a complexidade dos doentes e a variação constante de doentes, juntamente com o rácio enfermeiro-utente que nem sempre é ajustado, são fatores que podem sobrecarregar os profissionais e afetar a qualidade do *handover*.

Tabela 7 - Modelo Gioia, Limitações

Primeira Ordem (conceitos)	Segunda ordem (Temas)	Dimensões Agregadas
Interrupções	Interrupções	Interrupções no Processo
Conversas paralelas		
Interrupções por parte dos utentes/familiares		
Demasiado tempo consumido	Tempo Excessivo	Gestão Ineficiente do Tempo
Tempo despendido		
Duração		
Ser perto dos utentes, por vezes não há sigilo	Falta de Sigilo e Privacidade	Falta de Sigilo e Privacidade
Ser no mesmo espaço em que está o doente		
Realização na sala onde são prestados cuidados		
Presença de pais nas salas pode comprometer a confidencialidade		
Nem sempre num espaço mais privado		
Espaço	Espaço Físico Inadequado	
Sala utilizada		
Falta informação	Falta de Informação	Qualidade da Informação
Perda de informação		
Falhas de informação ao passar para o próximo colega		
Nem sempre as informações estão atualizadas		
Muita informação	Informação Irrelevante	
Conversas paralelas		
Informação irrelevante		
Nem todos usam a meta ISBAR	Falta de Estrutura e Padronização	Estrutura e Padronização Inadequadas
A informação é transmitida segundo o que o colega acha mais relevante		
Complicado sintetizar		
Abordar apenas os tópicos do ISBAR		
Ser em papel	Problemas com o Método de Transmissão	
Falta de rede		
Falta de uso adequado da meta ISBAR		
Complexidade dos doentes		Carga de Trabalho

Variação constante de doentes	Desafios Relacionados com a Complexidade do Cuidado	
Número de doentes não ajustado ao rácio enfermeiro-utente		

3.6.3. Análise das Melhorias

Primeiramente, foram agrupadas as ideias comuns relativas às melhorias em conceitos de 1º ordem, encaminhando-se em temas de 2ª ordem e, por fim, guiando-se em dimensões agregadas (Tabela 8).

Na dimensão agregada referente à "Melhoria do Ambiente Físico e Privacidade", foram sugeridas várias mudanças, como a criação de um local próprio para a passagem de turno, a melhoria das condições da sala de *handover* e a criação de um espaço próprio e com privacidade para a transmissão de informações. Além disso, foi proposto que a passagem de turno ocorra junto do utente e só dos utentes com os quais o enfermeiro fica, e que sejam utilizados outros meios para garantir a privacidade da pessoa, preservando assim o sigilo e a confidencialidade das informações partilhadas.

A dimensão agregada referente à "Otimização do Tempo e Redução da Carga de Trabalho", os profissionais sugeriram a otimização do tempo falado por utente, de modo a reduzir a extensão da passagem de turno e torná-la mais eficiente. Além disso, foi mencionada a necessidade de cortar informações desnecessárias aos cuidados e garantir mais tempo para preparação e atenção por parte dos pares. A redução da carga de trabalho e a eliminação de interrupções externas foram também propostas como formas de melhorar a eficiência do processo.

Na dimensão agregada referente à "Estrutura e Padronização do Processo", os profissionais sugeriram a utilização de protocolos de transmissão de informação, como a implementação de checklists de dados importantes a transmitir, além do uso de um computador com sistema de registos aberto durante o *handover* para facilitar o acesso à informação. A utilização de meios informáticos mais rápidos e a padronização de toda a passagem de turno de forma estruturada foram propostas para prevenir falhas e desorganização de informação, tornando o processo mais eficiente e claro.

Relativamente à dimensão agregada referente à "Qualidade e Clareza da Informação", os profissionais sugeriram a utilização de informação concisa, com uma linguagem clara e a melhoria da capacidade de síntese. A transmissão da informação deve focar-se em passar apenas o que ocorreu naquele turno, em vez de uma revisão geral do estado do utente. Além disso, foi

mencionado que é importante garantir que o colega entendeu a mensagem transmitida, assegurando assim a continuidade dos cuidados sem falhas de comunicação.

Por fim, na dimensão agregada referente à "Formação e Capacitação Profissional", os profissionais sugeriram mais oportunidades para praticar o *handover*, bem como a realização de formações específicas para melhorar as competências relacionadas com a transmissão de informação e a padronização do processo.

Tabela 8 - Modelo Gioia, Melhorias

Primeira Ordem (conceitos)	Segunda ordem (Temas)	Dimensões Agregadas
Local próprio para passagem de turno	Espaço Físico Adequado e Privacidade	Melhoria do Ambiente Físico e Privacidade
Melhorar sala de *handover*		
Espaço para discutir situações relevantes		
Espaço próprio e privacidade		
Passagem à cabeceira do utente	Privacidade do Utente	
Junto do utente e só dos utentes com que fico		
Utilizar outros meios para garantir a privacidade da pessoa		
Otimização do tempo falado por utente	Gestão do Tempo	Otimização do Tempo e Redução da Carga de Trabalho
Cortar informações desnecessárias aos cuidados		
Sintetizar		
Mais tempo para preparação e atenção por parte dos pares		
Menor carga de trabalho		
Sem interrupções externas	Eliminação de Interrupções	
Eliminar interrupções		
Utilização de protocolos de transmissão de informação	Utilização de Ferramentas de Apoio	Estrutura e Padronização do Processo
Ter uma checklist de dados importantes a transmitir		
Complementar com registo escrito folha de apoio		
Computador com sistema de registos aberto		
Não haver falta de rede informática		
Meios informáticos mais rápidos		
Toda a passagem de turno ser standardizada	Estrutura e Padronização	
Fundamentar o ISBAR		
Um *handover* mais estruturado de forma a prevenir falhas e desorganização de informação		
Garantir que o colega entendeu a mensagem	Qualidade da Informação Transmitida	Qualidade e Clareza da Informação
Informação concisa		
Linguagem clara		
Melhorar a capacidade de síntese		
Passar apenas o que ocorreu naquele turno e não uma passagem do utente em geral		
Praticar	Formação e Treino	Formação e Capacitação Profissional
Formação		

3.7. Existência de diferenças na forma de realizar o *handover* da manhã e tarde/noite

A tabela 9 mostra que 60,8% dos participantes consideram que não existem diferenças na forma de realizar o *handover* de manhã e à tarde/noite no seu serviço, enquanto 39,2% dos respondentes afirmaram que sim, existem diferenças.

Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo a existência, ou não, de diferenças na forma de realizar o handover da manhã e da tarde/noite

Diferenças na forma de realizar o *handover*	**n**	**%**
Sim	20	39,2
Não	31	60,8

3.7.1. Distribuição dos oito elementos do turno da manhã da amostra que consideram existirem diferenças na forma de realizar o *handover* entre os turnos, segundo a respetiva estrutura

Através da análise dos dados é possível se ter a noção acerca da estrutura dos *handover* recebido e realizado do turno da manhã na perspetiva dos participantes que consideram existir diferença (Anexo F).

Dos 8 participantes válidos, 25% despendem menos de 30 minutos no *handover*, 50% entre 30 minutos e 1 hora, e 25% despendem entre 1 a 2 horas. Importa ainda referir que a distribuição dos dados para esta variável não sugere uma distribuição normal para o *handover* recebido ($p<0,05$) ao contrário do *handover* realizado, que segue distribuição normal ($p>0,05$). No que diz respeito à forma como gostariam que o *handover* fosse realizado, os números são iguais para o *handover* recebido e realizado, 87,5% preferem o formato verbal, enquanto 12,5% preferem o formato escrito.

Quando questionados sobre quem normalmente transmite a informação no *handover* recebido, 37,5% indicam que é o líder de equipa, 25% afirmam que transmitem a informação eles próprios, outros 25% mencionam um colega de equipa e 12,5% preferem outra pessoa. No que diz respeito ao *handover* realizado, 50% indicam que eles próprios transmitem a informação, enquanto 25% referem que é transmitida por um líder de equipa e 12,5% por um colega de equipa ou outra pessoa.

Relativamente a quem gostariam que transmitisse a informação no *handover* recebido, 50% preferem que seja o líder de equipa, 25% gostariam que fosse eles próprios, e 12,5% preferem um colega de equipa ou outra pessoa. No *handover* realizado, 37,5% gostariam que a

transmissão fosse feita pelo líder de equipa, 50% preferem que seja feita por eles próprios e 12,5% gostariam que fosse outra pessoa.

Quanto ao local de realização do *handover*, 75% afirmam que este ocorre na sala do serviço, enquanto 25% indicam que ocorre noutro local. No caso do *handover* realizado, 62,5% afirmam que ocorre na sala do serviço e 25% numa sala própria, enquanto 12,5% referem outro local. Relativamente ao local onde gostariam que fosse realizada a passagem de informação, no *handover* recebido, 75% gostaria que fosse na sala do serviço, 12,5% numa sala própria e 12,5% também refere outro local. No que toca ao *handover* realizado, 62,5% afirmam que ocorre na sala do serviço e 25% numa sala própria, enquanto 12,5% referem outro local.

No que concerne aos grupos presentes na passagem de informação, 100% dos participantes indicaram que os enfermeiros estão presentes tanto no *handover* recebido como no realizado.

Finalmente, relativamente à forma como o *handover* é realizado, 80% indicam que o *handover* recebido é feito de forma verbal, e 20% referem que é feito de forma escrita. No caso do *handover* realizado, 72,7% indicam que é feito de forma verbal, enquanto 27,3% mencionam que é realizado de forma escrita.

3.7.2. Distribuição dos doze elementos do turno da tarde/noite da amostra que consideram existirem diferenças na forma de realizar o *handover* entre os turnos, segundo a respetiva estrutura

Através da análise dos dados é possível se ter a noção acerca da estrutura dos *handover* recebido e realizado do turno da tarde/noite na perspetiva dos participantes que consideram existir diferença (Anexo G).

A análise dos dados revelou que 58,3% dos participantes despendem menos de 30 minutos no *handover*, enquanto 25,0% despendem entre 30 minutos e 1 hora, e 16,7% gastam entre 1 a 2 horas. A distribuição de dados desta variável, sugere uma distribuição normal ($p<0,05$).

Quanto à forma como gostariam que fosse realizado o *handover* recebido, 58,3% preferem o formato verbal, 25,0% preferem o formato escrito, 8,3% preferem gravado e 8,3% outra forma especificada. No que diz respeito ao *handover* realizado, 66,7% dos inquiridos preferem o formato verbal, 16,7% preferem o formato escrito, 8,3% preferem gravado e 8,3% outra forma especificada.

Relativamente à transmissão da informação, no *handover* recebido, 8,3% indicam que a informação é transmitida pelo líder de equipa, 58,3% por si próprios, e 33,3% por colegas de

equipa. Quanto ao *handover* realizado, 91,7% dos participantes referem que transmitem a informação eles próprios, e 8,3% mencionam que a transmissão é feita por colegas de equipa.

Sobre quem gostariam que transmitisse a informação, no *handover* recebido, 8,3% preferem que seja o líder de equipa, 58,3% preferem que seja transmitida por si próprios, e 33,3% por colegas de equipa. No *handover* realizado, 91,7% dos participantes preferem que seja transmitida por si próprios, e 8,3% por colegas de equipa.

Em relação ao local onde é realizada a passagem de informação, no *handover* recebido, 33,3% indicam que a passagem de informação é realizada numa sala própria, 58,3% numa sala de serviço, e 8,3% noutro local específico. No *handover* realizado, 33,3% referem que a passagem de informação é realizada numa sala própria, 58,3% numa sala de serviço, e 8,3% noutro local específico.

Quanto à preferência sobre onde gostariam que a passagem de informação fosse realizada, no *handover* recebido, 66,7% preferem que seja realizada numa sala própria, 25,0% preferem a sala de serviço, e 8,3% outro local específico. No *handover* realizado, 66,7% também preferem que seja realizada numa sala própria, 25,0% numa sala de serviço, e 8,3% noutro local.

Por fim, no que diz respeito aos grupos que estão presentes na passagem de informação, 100% dos inquiridos mencionam que os enfermeiros estão sempre presentes tanto no *handover* recebido como no realizado.

No que toca às formas de realização do *handover*, 100% dos participantes afirmam que o *handover* recebido foi realizado de forma verbal e 33,3% que realiza em simultâneo de forma escrita. No *handover* realizado, 100% indicam que a transmissão foi feita de forma verbal, enquanto 29,4% mencionam o uso de formato escrito em simultâneo.

3.8. Análise do *handover* mais efetivo no serviço

Os resultados da análise sobre a opinião dos participantes quanto ao "*handover*" mais efetivo no serviço mostram que, entre 51 respostas válidas, a média das respostas foi de 1,80, com uma mediana de 1,00 e um desvio-padrão de 1,265. Os valores variaram entre um mínimo de 1 e um máximo de 5.

A maioria dos participantes (60,8%) considera que o "*handover*" da manhã é o mais efetivo no seu serviço. Cerca de 21,6% indicam o "*handover*" da tarde/noite como o mais eficaz. Além disso, 11,8% dos respondentes mencionaram outra opção, e 5,9% optaram por não responder à pergunta (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo a opinião acerca do handover mais efetivo no respetivo serviço

***Handover* mais efetivo**	**n**	**%**
Manhã	31	60,8
Tarde/Noite	11	21,6
Outro	6	11,8
Não respondeu	3	5,9

3.9. Análise da relação entre a perceção global dos turnos e os tempos de exercício profissional e de exercício no atual serviço

Relativamente ao turno da manhã, a correlação de Spearman revela que não há uma relação significativa entre a perceção global do *handover* da manhã e o tempo de exercício profissional (rs = 0,080, p = 0,709) nem com o tempo no atual serviço (rs = -0,022, p = 0,918). Desta forma, é possível dizer que a perceção do *handover* da manhã não está associada ao tempo de experiência ou de serviço dos enfermeiros (Tabela 11).

Em relação ao turno da tarde/noite, a correlação de Spearman mostra que a perceção global do *handover* da tarde/noite tem uma correlação moderada e significativa com o tempo de exercício profissional (rs = 0,498, p = 0,008) e com o tempo no atual serviço (rs = 0,461, p = 0,015). Isto sugere que à medida que o tempo de experiência e de serviço aumenta, a perceção sobre o *handover* da tarde/noite também melhora, sendo essas relações estatisticamente significativas (Tabela 11).

Tabela 11 - Relação da perceção sobre o handover e os tempos de exercício profissional e de exercício no atual serviço

Variáveis	**Tempo de exercício profissional**			**Tempo de exercício no serviço atual**		
	n	**rs**	**p**	**n**	**rs**	**p**
Perceção sobre o *handover* da manhã	24	0,080	0,709	24	-0,022	0,918
Perceção sobre o *handover* da tarde/noite	27	0,498	0,008	27	0,461	0,015

IV. Discussão dos Resultados

As análises dos resultados deste estudo oferecem uma visão abrangente das perceções dos enfermeiros sobre o *handover* nos turnos da manhã e tarde/noite, destacando a eficácia da comunicação e a continuidade dos cuidados. A comunicação mostrou-se essencial para garantir a segurança e qualidade dos cuidados, como defendido na literatura (Riley, 2015; Malucelli, 2010). No entanto, foram observadas diferenças importantes entre o *handover* recebido e o realizado, bem como entre turnos, que precisam de uma análise mais aprofundada.

A diferença na perceção dos enfermeiros entre o *handover* recebido e o realizado foi uma das questões centrais nos resultados. No geral, os enfermeiros mostraram-se mais satisfeitos com o *handover* que realizam do que com o que recebem, possivelmente devido ao maior controlo sobre a transmissão da informação. Ao receberem o *handover*, dependem da clareza e completude da informação fornecida pelos colegas, o que pode gerar frustrações, sobretudo quando há falhas na comunicação. Esta diferença entre o *handover* recebido e o realizado pode ser explicada pelo facto de, muitas vezes, os profissionais não disporem de tempo suficiente para organizar adequadamente a transmissão de informação, principalmente em turnos mais exigentes, como o da tarde/noite. A pressão do tempo pode levar à omissão de detalhes importantes, o que afeta a qualidade do *handover* recebido. Estas perceções foram identificadas tanto na literatura como nos dados recolhidos no presente estudo e refletem um desafio comum em ambientes de saúde de alta pressão (Sousa et al., 2020).

A clareza da informação durante o *handover* foi um dos aspetos mais valorizados pelos enfermeiros (média de 4,38), refletindo uma comunicação eficaz que minimiza o risco de erros e assegura a continuidade dos cuidados (Brown, 2020). A clareza na transmissão da informação, como descrito por Chiavenato (2003), é um pilar na gestão da comunicação entre as equipas de saúde. A maioria dos enfermeiros considera a forma como a informação é transmitida suficientemente clara e fácil de compreender, algo essencial para a continuidade dos cuidados e para assegurar que os profissionais estão bem informados sobre o estado dos utentes.

A atualização da informação também foi destacada pelos participantes, com uma média de 4,08, sendo um ponto crucial, especialmente em contextos de cuidados de saúde, onde a desatualização de informações pode ter consequências graves para o utente (Joint Commission, 2017). A atualização contínua da informação, particularmente durante o *handover*, é fundamental para garantir decisões informadas e eficazes, algo amplamente reconhecido na literatura (Anderson, 2017).

No entanto, alguns enfermeiros apontaram que, apesar dos dados positivos, nem sempre têm acesso a toda a informação importante, com uma média de 4,08. Este facto sugere falhas na cadeia comunicacional, especialmente em turnos com maior carga de trabalho. Estas falhas podem ser críticas, como afirmado por Rikos et al. (2018), pois mesmo pequenas omissões podem comprometer a segurança dos utentes, evidenciando a necessidade de reforçar ainda mais a precisão e a completude da informação transmitida, especialmente em contextos de elevada rotatividade de turnos.

Os resultados mostram ainda um elevado grau de concordância sobre a oportunidade de discutir situações clínicas complexas (média de 4,08), o que sugere que os enfermeiros, em geral, têm tempo e recursos para analisar casos desafiantes durante o *handover*, algo crucial para a tomada de decisões em contextos críticos. A literatura reforça a importância da colaboração em equipa, especialmente em cuidados complexos (Leonard et al., 2004; Cobley et al., 2013). No entanto, apesar de haver espaço para estas discussões, nem sempre se abordam todos os aspetos do trabalho. A média de 4,21 para a oportunidade de discutir questões relacionadas com a carga de trabalho indica que, em alguns casos, a sobrecarga pode limitar discussões mais aprofundadas (Brown, 2020).

A suficiência e a retenção da informação transmitida durante o *handover* também emergiram como fatores críticos. Embora a maioria dos enfermeiros se sinta capaz de reter a informação recebida, a suficiência da informação ainda não é ideal em todos os contextos (média de 4,08). Quando o volume de trabalho aumenta, a pressão para transmitir rapidamente a informação pode levar à omissão de dados essenciais.

A literatura reforça a importância de estruturas que promovam uma melhor retenção e transmissão de informação, como o SBAR, uma ferramenta amplamente utilizada em países nórdicos (British Journal of Nursing, 2023). Este tipo de estrutura padronizada pode ajudar a melhorar tanto a suficiência como a retenção da informação, ao garantir que os pontos mais importantes são claramente identificados e transmitidos.

A carga de trabalho foi identificada como um fator que afeta a qualidade do *handover*, com os enfermeiros a indicarem que o tempo disponível nem sempre é suficiente para realizar uma discussão completa dos casos (média de 4,21). Esta questão é particularmente salientada nos turnos da tarde/noite, onde a pressão para completar o trabalho pode comprometer a profundidade do *handover*.

Embora alguns enfermeiros considerem que o tempo disponível é adequado, outros referem que o *handover* por vezes demora muito tempo (média de 3,33), o que pode interferir nas suas outras responsabilidades. A revisão de literatura sugere que um equilíbrio entre o tempo

dedicado ao *handover* e a qualidade da informação transmitida é crucial para garantir a continuidade dos cuidados sem comprometer a eficiência operacional (Jeffcott et al., 2009).

As interrupções e a participação dos utentes no processo de *handover*, foi uma componente que se revelou problemática, especialmente em relação às interrupções frequentes durante o *handover* (média de 3,21). As interrupções podem comprometer a concentração dos enfermeiros e aumentar o risco de omissões de informações cruciais, algo amplamente identificado como um problema sério em ambientes de saúde (Epstein et al., 2018). Para minimizar esse problema, a adoção de protocolos mais rigorosos ou a introdução de métodos padronizados como o SBAR pode ajudar a reduzir as interrupções e garantir a qualidade do *handover*.

Além disso, a participação dos utentes foi identificada como muito limitada, com uma média de apenas 1,17. Este resultado reflete a falta de envolvimento ativo dos utentes no *handover*, apesar de estudos sugerirem que a inclusão dos utentes pode melhorar tanto a satisfação quanto os resultados dos cuidados (Wanzer et al., 2004). O desenvolvimento de práticas que promovam a participação ativa dos utentes, como a inclusão de perguntas dirigidas a eles durante o *handover*, poderia trazer benefícios tanto para a equipa de saúde como para os próprios utentes.

Finalmente, a importância e a qualidade da informação transmitida foram mencionadas como áreas onde ainda há espaço para melhorias. Embora a clareza da informação tenha sido bem avaliada, alguns enfermeiros indicaram que, ocasionalmente, recebem informação que não é considerada relevante para os cuidados. Esta questão pode ser abordada através da padronização da comunicação, garantindo que apenas a informação mais importante seja transmitida, evitando sobrecargas de dados desnecessários (Malucelli, 2010).

No tema referente à comparação entre turnos, a análise dos dados revelou diferenças significativas, particularmente no que diz respeito à discussão de casos clínicos e à carga de trabalho. Nos turnos da manhã, os enfermeiros referiram uma maior oportunidade para discutir casos clínicos complexos, enquanto no turno da tarde/noite essa oportunidade é mais limitada. Esta diferença pode ser explicada pela pressão adicional e menor disponibilidade de recursos durante os turnos da noite, como mencionado por Ayub et al. (2014).

Os enfermeiros que trabalham nos turnos da manhã também indicaram que o *handover* é mais completo e com menos interrupções, o que está em consonância com a literatura, que sugere que turnos com menor pressão de tempo proporcionam melhores condições para um *handover* mais detalhado (Jeffcott et al., 2009). Esta comparação entre turnos sublinha a necessidade de otimizar o tempo disponível para o *handover*, independentemente do turno,

garantindo que todos os profissionais tenham as mesmas oportunidades de realizar uma comunicação eficaz.

O modelo de Gioia revelou-se uma ferramenta eficaz para organizar e interpretar os dados qualitativos, permitindo uma compreensão mais profunda das perceções dos enfermeiros sobre o *handover*. Agrupar as respostas em categorias, facilitou a identificação de padrões e áreas de melhoria. Este método deu voz aos enfermeiros de forma clara e estruturada, algo que abordagens quantitativas nem sempre permitem. A combinação das análises qualitativa e quantitativa proporcionou uma visão mais completa e fundamentada do processo de *handover*.

Com a aplicação do modelo de Gioia, foi possível identificar que os enfermeiros reconhecem como um dos principais pontos fortes do *handover* a clareza na transmissão de informação, bem como a oportunidade de discutir casos clínicos complexos com os colegas.

O modelo de Gioia permitiu ainda ir além da análise quantitativa, capturando nuances nas respostas dos enfermeiros. Por exemplo, muitos destacaram que o formato verbal do *handover*, quando bem estruturado, facilita a compreensão e permite uma maior interação entre a equipa. Este resultado é consistente com a literatura, que sublinha que a comunicação clara e a oportunidade de discussão em equipa são elementos essenciais para garantir a continuidade e a segurança dos cuidados de saúde (Riley, 2015; Leonard et al., 2004).

Além disso, os enfermeiros apontaram a existência de protocolos padronizados como outro ponto positivo do *handover*, particularmente em serviços mais organizados, onde as práticas são uniformes e a informação é transmitida de forma sistemática. Esta conclusão é coerente com estudos como o de Anderson (2017), que defendem a padronização do *handover* como uma prática essencial para minimizar variações e garantir a precisão da informação transmitida.

Categorias como “falta de tempo” e “interrupções frequentes", surgiram através do modelo de Gioia para identificar as limitações do *handover*. Este método permitiu identificar que, apesar de muitos enfermeiros valorizarem a clareza da comunicação, há uma frustração comum quanto à falta de tempo disponível para a realização de um *handover* adequado. Muitos participantes referiram que a pressão do tempo e a sobrecarga de trabalho, especialmente nos turnos da tarde/noite, limitam a profundidade da discussão e a capacidade de transmitir toda a informação necessária. Esta questão é particularmente relevante em contextos onde há uma elevada rotatividade de profissionais, o que pode aumentar o risco de erros e omissões.

Adicionalmente, o modelo de Gioia evidenciou que as interrupções durante o *handover* são vistas como um grande obstáculo para a eficácia do processo. Os enfermeiros relataram interrupções frequentes por parte de familiares ou outros colegas, o que prejudica a fluidez da comunicação e aumenta o risco de informações importantes serem omitidas. Esta conclusão é

consistente com estudos de Tranquada (2013) e Epstein et al. (2018), que alertam para o impacto negativo das interrupções na comunicação entre profissionais e no *handover* em particular.

A "falta de envolvimento dos utentes" também foi uma limitação amplamente mencionada, refletindo a perceção de que o processo de *handover* raramente inclui a voz ativa dos utentes. Este ponto está em consonância com a literatura, que defende que uma maior inclusão dos utentes no *handover* poderia melhorar a continuidade dos cuidados e a satisfação com o serviço prestado (Wanzer et al., 2004).

Ao cruzar as sugestões de melhoria identificadas através do modelo de Gioia com a revisão de literatura, observa-se que há um potencial significativo para implementar boas práticas internacionais que podem melhorar o processo de *handover* nos contextos estudados.

Uma das sugestões recorrentes dos enfermeiros no presente estudo foi a necessidade de padronizar o processo de *handover*, de forma a garantir consistência na transmissão de informações. Esta recomendação vai ao encontro das práticas adotadas nos países nórdicos, onde o uso de ferramentas como o SBAR (Situação, Background, Avaliação, Recomendação) é amplamente difundido, especialmente na Suécia (British Journal of Nursing, 2023). O SBAR oferece uma estrutura clara para a comunicação, que reduz a ambiguidade e garante que informações cruciais sejam transmitidas de forma eficaz e uniforme.

Nos países nórdicos, a implementação de protocolos como o SBAR tem demonstrado ser eficaz em contextos de cuidados críticos, como unidades de cuidados intensivos e emergências, onde a precisão da informação é vital (Leonard et al., 2004). A aplicação de ferramentas semelhantes no contexto estudado poderia resolver um dos principais problemas identificados pelos enfermeiros: a falta de clareza e padronização na forma como a informação é transmitida durante o *handover*. Como foi evidenciado pelos participantes, a introdução de um modelo estruturado ajudaria a uniformizar as práticas e reduziria o risco de omissões ou falhas na comunicação.

Outra sugestão de melhoria apontada pelos enfermeiros foi a integração de novas tecnologias, nomeadamente sistemas eletrónicos de registo (EHR). Esta ideia encontra um forte suporte nas práticas dos países nórdicos, mais concretamente, na Finlândia, que se destaca pela utilização avançada do EHR, que permite aos profissionais de saúde aceder de forma rápida e eficiente às informações dos utentes (Rissanen et al., 2020). O sistema EHR assegura que todos os dados estão atualizados e acessíveis, o que é crucial para uma transição eficiente entre turnos.

A adoção de sistemas eletrónicos ao processo de *handover* pode minimizar muitos dos problemas relatados pelos enfermeiros neste estudo, nomeadamente a falta de tempo para a preparação do *handover* e a dificuldade de acesso a informações atualizadas. No contexto

português, a implementação de um sistema como o EHR permitiria uma partilha de dados mais eficiente e poderia reduzir a dependência exclusiva da comunicação verbal, que muitas vezes está sujeita a interrupções e omissões.

Um aspeto interessante destacado no estudo sobre os países nórdicos, particularmente na Noruega, é o equilíbrio entre o uso de sistemas eletrónicos e a comunicação direta entre os profissionais durante o *handover*. Os enfermeiros noruegueses realizam reuniões rápidas presenciais durante as transições de turno, o que permite uma troca direta e imediata de informações críticas (Randmaa et al., 2014). Esta prática é vista como fundamental para evitar mal-entendidos ou omissões de informação, e poderia ser uma solução valiosa para as limitações identificadas no presente estudo, onde muitos enfermeiros se queixam de interrupções frequentes e da falta de tempo para discussões mais aprofundadas. Incorporar um modelo misto, que combine a eficiência dos sistemas eletrónicos com a interação direta entre os profissionais, poderia não só melhorar a clareza e a retenção da informação, mas também fomentar uma cultura de maior cooperação entre a equipa de saúde. Além disso, a comunicação direta entre profissionais oferece a oportunidade de resolver dúvidas e discutir casos mais complexos em tempo real, algo que foi valorizado pelos enfermeiros no estudo atual.

Ainda nos países nórdicos, a abordagem centrada no utente é uma prática bem estabelecida, e algumas dessas regiões têm promovido a participação ativa dos utentes no processo de *handover*, especialmente em unidades de cuidados primários e em serviços de saúde mental (Oxford Academic, 2023). Embora a participação dos utentes no *handover* não seja comum em todos os contextos, o envolvimento do utente é visto como uma forma de garantir que as suas necessidades e preocupações sejam ouvidas e integradas nos cuidados prestados.

O estudo atual revelou uma lacuna significativa na participação dos utentes no *handover*, com a maioria dos enfermeiros a indicar que os utentes não participam no processo. A introdução de práticas que promovam uma maior inclusão dos utentes no *handover*, seguindo o exemplo de algumas iniciativas nórdicas, poderia melhorar a transparência e a confiança entre os utentes e os profissionais de saúde. Estudos como os de Wanzer et al. (2004) sugerem que o envolvimento ativo dos utentes pode reduzir a sua ansiedade e melhorar a satisfação com os cuidados, além de potencialmente contribuir para melhores resultados de saúde.

Ao comparar os resultados deste estudo com os de Carlos (2019), verificam-se convergências importantes quanto ao impacto do *handover* na segurança do doente e na continuidade dos cuidados. Ambos os estudos apontam que os enfermeiros reconhecem o *handover* como um momento crítico, embora enfrentem barreiras significativas que afetam a eficácia da comunicação. No estudo atual, destaca-se uma perceção moderada a elevada dos

enfermeiros quanto à clareza e atualização da informação transmitida, assim como também se realça que as interrupções são frequentes, o que vai de encontro ao estudo realizado por Carlos (2019), que sugere que as interrupções representam um obstáculo importante na passagem de turno. Ambos os estudos sugerem estratégias de melhoria. No estudo de Carlos (2019), este recomenda a implementação de checklists para reduzir falhas de comunicação, enquanto o estudo atual sublinha a importância de uma comunicação estruturada e completa, essencial para assegurar que a informação crítica seja transmitida de forma eficaz entre turnos. Esta comparação sublinha, assim, a necessidade contínua de intervenções que promovam um *handover* mais eficiente e menos suscetível a falhas, reforçando a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

V. Conclusões e Recomendações

Este estudo investigou o impacto da comunicação eficaz no desempenho dos enfermeiros, com foco no processo de *handover*, cumprindo os objetivos propostos. Desta forma, os objetivos específicos traduziram-se na avaliação da perceção dos enfermeiros sobre a eficácia do *handover*, explorar as diferenças entre os turnos da manhã e tarde/noite, identificar os pontos fortes e limitações do processo de *handover* e propor melhorias.

Os resultados mostram que a eficácia na troca de informações durante as transições de turno tem um impacto direto e significativo na segurança dos utentes e no funcionamento das equipas. A clareza, atualidade e suficiência da informação transmitida são fatores essenciais para a qualidade dos cuidados, especialmente em contextos de elevada pressão, como nos serviços de saúde.

Os dados sugerem que, quando o *handover* é conduzido de forma eficiente, os profissionais de saúde sentem-se mais capacitados para tomar decisões informadas e garantir a continuidade dos cuidados ao utente. Este aspeto é particularmente relevante em momentos críticos, onde uma comunicação inadequada pode levar a falhas graves, como erros médicos ou omissões de cuidados essenciais. Assim, uma comunicação clara e bem estruturada não só melhora o desempenho individual dos enfermeiros, mas também fomenta um ambiente de colaboração que resulta numa maior coesão e eficácia das equipas.

O estudo revelou desafios persistentes, como as interrupções frequentes durante o *handover* e a falta de envolvimento direto dos utentes, o que pode afetar a qualidade da informação e dos cuidados prestados. Também se observou uma disparidade entre as preferências dos profissionais e a prática atual. Embora a maioria valorize a troca verbal, há necessidade de harmonizar as abordagens escritas e verbais para garantir uma transmissão de informação completa e consistente.

Outro ponto que merece destaque é a importância da liderança no processo de comunicação dentro das equipas de saúde. A liderança assertiva e colaborativa é fundamental para criar um ambiente em que a partilha de informações seja feita de forma aberta, sem receio de repercussões ou julgamentos. Os líderes que promovem uma cultura de comunicação clara, valorizando a participação ativa de todos os membros da equipa, são essenciais para o sucesso do *handover* e para a criação de um ambiente de trabalho mais seguro e eficiente.

A análise do processo de *handover*, à luz das melhores práticas observadas em outros países, como nos nórdicos, reforça a relevância de implementar protocolos mais robustos, como o uso de ferramentas padronizadas (e.g.: SBAR) e o recurso a sistemas eletrónicos de registo

de dados. Estas medidas podem contribuir para minimizar as lacunas na comunicação e melhorar a retenção e partilha de informação entre os profissionais de saúde.

Em suma, este estudo reafirma a importância crucial da comunicação eficaz no ambiente dos serviços de saúde. Melhorar este processo não só beneficiará o desempenho dos profissionais de saúde, mas também aumentará a segurança dos utentes e a qualidade dos cuidados prestados.

Uma das principais limitações deste estudo é o tamanho reduzido da amostra, composta por 51 enfermeiros, o que dificulta a generalização dos resultados para outros contextos dos serviços de saúde. A amostra não abrange todas as especialidades, o que pode influenciar a perceção sobre o *handover*. Amostras maiores e mais diversificadas poderiam fornecer uma visão mais abrangente das práticas de comunicação. Outra limitação é o uso de um questionário adaptado cultural e linguisticamente, que, apesar de validado, pode ter causado enviesamentos na interpretação e respostas dos enfermeiros. O estudo focou-se apenas nos enfermeiros, excluindo outras categorias profissionais, como médicos e assistentes técnicos, limitando a compreensão multidisciplinar da comunicação entre equipas, essencial para a continuidade dos cuidados.

Para superar as limitações identificadas neste estudo, futuras investigações devem considerar a inclusão de amostras maiores e mais diversificadas, que abranjam diferentes tipos de instituições de saúde, tanto públicas como privadas, e diversas regiões geográficas. Esta abordagem permitirá uma compreensão mais abrangente das práticas de *handover* em contextos distintos e especialidades, contribuindo para a generalização dos resultados. Além disso, a integração da perspetiva dos utentes no processo de *handover* poderá fornecer *insights* valiosos sobre a sua participação e envolvimento nos cuidados, algo que foi identificado como uma lacuna neste estudo.

Recomenda-se ainda a realização de estudos longitudinais que permitam analisar o impacto das intervenções na comunicação ao longo do tempo. Este tipo de investigação ajudará a compreender como a introdução de novos protocolos ou ferramentas no processo de *handover* afeta a eficiência da comunicação e a segurança dos cuidados. Ensaios clínicos que testem estratégias de melhoria, como o uso de ferramentas padronizadas, como o SBAR, podem fornecer evidências sólidas sobre as melhores práticas a adotar.

É igualmente importante explorar a integração de tecnologias, como os sistemas eletrónicos de registo de dados, que facilitam o acesso a informação atualizada e precisa durante o *handover*. A formação contínua dos profissionais em técnicas de comunicação e no uso dessas tecnologias é fundamental, dado o impacto direto na segurança e eficácia dos cuidados. Estas

áreas de investigação podem contribuir para uma melhoria significativa do processo de *handover* e da qualidade dos serviços de saúde.

VI. Bibliografia

Fontes

AHRQ. (2017). Patient safety network: Communication in healthcare. Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em https://psnet.ahrq.gov/

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). (2017). Implementation toolkit for clinical *handover* improvement. ACSQHC.

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2011). External Evaluation of the National Clinical Handover Initiative Pilot Program: Final Report. ACSQHC.

BMJ Quality & Safety. (2023). Improving clinical *handover*s: creating local solutions for a global problem.

British Journal of Nursing. (2023). Using the SBAR *handover* tool.

Cloutier, J. (1975). A Era de Emerec ou a comunicação audio-scripto-visual na hora dos self-media. Lisboa: Instituto de Tecnologia Educativa.

Cohen, M. D., & Hilligoss, B. (2010). *Handoffs in hospitals: A review of the literature on information exchange while transferring patient responsibility or control*. Quality and Safety in Health Care.

Iburg, K. M., et al. (2023). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in Nordic countries. Science Nordic. Disponível em https://sciencenordic.com

Joint Commission International. (2019). Improving America's Hospitals: The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources.

Joint Commission. (2017). Sentinel event data: Root causes by event type. The Joint Commission. Disponível em https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/

Lunenburg FC. (2010). Communication: the process, barriers, and improving effectiveness. Schooling Disponível em: http://www.nationalforum.com/Electronic%20Journal%20Volumes/Lunenburg,%20Fred%20C,%20Communication%20Schooling%20V1%20N1%202010.pdf.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. WHO. Disponível em https://iris.who.int/handle/10665/343477

Referências Bibliográficas

Anderson, H. M. (2017). Effective communication and teamwork improve patient safety (Doctoral dissertation, Walden University). Walden Dissertations and Doctoral Studies Collection.

Apker, J., Propp, K. M., & Zabava Ford, W. S. (2005). Negotiating Status and Identity Tensions in Healthcare Team Interactions: An Exploration of Nurse Role Dialectics. Journal of Applied Communication Research, 33(2), 93–115. https://doi:10.1080/00909880500044620

Avolio, B. J., & Bass, B. M. (2004). Multifactor Leadership Questionnaire: Manual and sampler set. Mind Garden.

Ayub, S. H., Manaf, N. A., & Hamzah, M. R. (2014). Leadership: Communicating Strategically in the 21st Century. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 155, 502–506. https://doi:10.1016/j.sbspro.2014.10.330

Berwick, D. M., & Finkelstein, J. A. (2010). Preparing medical students for the continual improvement of health and healthcare: Abraham Flexner and the new "public interest". Academic Medicine, 85(9), S56–S65. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181ead779

Black, A. D., Car, J., Pagliari, C., Anandan, C., Cresswell, K., Bokun, T., … Sheikh, A. (2011). The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. PLoS Medicine, 8(1), e1000387. https://doi:10.1371/journal.pmed.1000387

Brás, M., & Ferreira, J. (2016). A importância da comunicação na transferência de cuidados. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 34(1), 7-12.

Broca PV, Ferreira MA. (2015). Communication process in the nursing teama based on the dialogue between Berlo and King. Esc. Anna Nery [série online] 19(3).

Brown, A. (2020). Communication and leadership in healthcare quality governance. Journal of Health Organization and Management, 34(2), 144–161. https://doi:10.1108/jhom-07-2019-0194

Bryman, A. (2012). Social Research Methods. Oxford University Press.

Burgener, A. M. (2020). Enhancing Communication to Improve Patient Safety and to Increase Patient Satisfaction. The Health Care Manager, 39(3), 128–132. doi:10.1097/hcm.0000000000000298

Cloutier, J. (1975). A Era de Emerec ou a comunicação audio-scripto-visual na hora dos self-media. Lisboa: Instituto de Tecnologia Educativa.

Conceição, L. A. C., Marcellos, L. N., & Rachard, C. D. A. (2019). Comunicação Organizacional: Com ênfase na equipe de saúde. Revista Saúde em Foco [Internet], 11, 424-430.

Creswell, J. W. (2014). Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. SAGE.

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2023). Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches. SAGE.

de Sousa, J. B. A., Brandão, M. D. J. M., Cardoso, A. L. B., Archer, A. R. R., & Belfort, I. K. P. (2020). Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: Desafio na segurança do paciente/Effective communication as a quality tool: A challenge in patient safety.

De Vries, R.E. (2008). What are we measuring? Convergence of leadership with interpersonal

Deming, W. E. (1986). Out of the crisis. MIT Press.

Drucker, P. F. (1999). Management challenges for the 21st century. Harper Business.

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2018). The values and value of patient-centered care. The Annals of Family Medicine, 9(2), 100-103. https://doi.org/10.1370/afm.1239

Fiedler, F. E. (1964). A Contingency Model of Leadership Effectiveness. Advances in Experimental Social Psychology, 149–190. https://doi:10.1016/s0065-2601(08)60051-9

Fortin, M. (2009). O processo de investigação: Da concepção à realização. Loures: Lusociência.

Freixo, M.J.V. (2011). Teorias e modelos de comunicação. Lisboa. Instituto Piaget.

Gandara, E., Moniz, T., Ungar, J., Lee, J., Chan-Macrae, M., O'Malley, T., & Schnipper, J. L. (2009). Communication and information deficits in patients discharged to rehabilitation facilities: An evaluation of five acute care hospitals. Journal of Hospital Medicine, 4(8), E28–E33. https://doi:10.1002/jhm.474

Gausvik, C., Lautar, A., Miller, L., Pallerla, H., & Schlaudecker, J. D. (2015). Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 8, 33–37. https://doi.org/10.2147/JMDH.S72623

Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2012). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research. Organizational Research Methods, 16(1), 15–31. https://doi:10.1177/1094428112452151

Gordon MB, Melvin P, Graham D, et al. (2011). Unit-based care teams and the frequency and quality of physician–nurse communications. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 165(5). https://doi:10.1001/archpediatrics.2011.5

Gordon, M., Jones, L. J., & Hughes, S. A. (2021). Communication training in healthcare: What is the evidence?. BMJ Open, 11(3), e041985.

Imran, R., Zahoor, F., & Zaheer, A. (2011). Transformational leadership and employee organizational commitment: A study in banking sector of Pakistan. Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business, 2(11), 230-236.

Jeffcott, S. A., Evans, S. M., Cameron, P. A., Chin, G. S. M., & Ibrahim, J. E. (2009). Improving measurement in clinical handover. Quality and Safety in Health Care, 18(4), 272–276. https://doi:10.1136/qshc.2007.024570

Jha, A. K., Prasopa-Plaizier, N., Larizgoitia, I., & Bates, D. W. (2010). Patient safety research: an overview of the global evidence. Quality and Safety in Health Care, 19(1), 42–47. https://doi:10.1136/qshc.2008.029165

Koopman, P., & Wierdsma, A. (1998). Participative management. In P. J. D. Drenth, H. Thierry, & C. J. de Wolff (Eds.), Handbook of work and organizational psychology (pp. 297–324). Psychology Press. https://doi.org/10.4324/9780203765432

Leonard, M., Graham, S., & 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(suppl 1), i85–i90. https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010033

Malucelli, A. et. al. (2010). Sistema de informação para apoio à sistematização da assistência de enfermagem.

Manser, T. (2008). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 53(2), 143–151. doi:10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2017). Fundamentos de metodologia científica (7ª ed.). São Paulo: Atlas.

Maroco, J. (2007). Análise estatística: Com utilização do SPSS. Edições Sílabo.

McCall, M. W. (1986). Leadership and performance beyond expectations, by Bernard M. Bass. New York: The Free Press, 1985, 191 pp. $26.50. Human Resource Management, 25(3), 481–484. https://doi:10.1002/hrm.3930250310

McCorry, L., & Mason, J. (2020). Communication skills for healthcare professionals. McGraw-Hill Education.

Mendes Carlos, M. M. (2019). Handover e segurança do doente: Um estudo em enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Mendes, E. C. A. (2020). A relação dos estilos de liderança e comunicação com a satisfação e esforço extraordinário: Estudo de caso dos pilotos de linha aérea (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

Mintzberg, H. (2011). Managing the myths of health care. World Hospitals and Health Services, 47(3), 4-7.

O'Connell, B., Ockerby, C., & Hawkins, M. (2013). Construct validity and reliability of the Handover Evaluation Scale. Journal of Clinical Nursing, 23(3-4), 560–570. https://doi:10.1111/jocn.12189

O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional communication and team collaboration. In R. G. Hughes (Ed.), Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses (pp. 273-285). Agency for Healthcare Research and Quality. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2637/

Pânişoară, G., Sandu, C., Pânişoară, I.-O., & Duţă, N. (2015). Comparative Study Regarding Communication Styles of The Students. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 186, 202–208. https://doi:10.1016/j.sbspro.2015.04.066

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS. Edições Sílabo.

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining health care: Creating value-based competition on results. Harvard Business School Press.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2013). Manual de investigação em ciências sociais. Gradiva.

Răducan, R., & Răducan, R. (2014). Leadership and Management. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 149, 808–812. https://doi:10.1016/j.sbspro.2014.08.322

Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L., & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and reduces incident reports due to communication errors: A prospective intervention study. BMJ Open, 4(1), e004268. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004268

Ranerup, A. (2010). Transforming patients to consumers: evaluating national healthcare portals. International Journal of Public Sector Management, 23(4), 331–339. https://doi:10.1108/09513551011047224

Reason, J. (2000). Human error: models and management. BMJ, 320(7237), 768–770. https://doi:10.1136/bmj.320.7237.768

Riesenberg, L. A., Leitzsch, J., & Cunningham, J. M. (2010). Nursing handoffs: A systematic review of the literature. The American Journal of Nursing, 110(4), 24-34. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000370154.79857.09

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

Riley, J. B. (2015). Communication in nursing (8th ed.). Elsevier.

Salas E., Sims D., Klein C., Burke C.S. (2003). Can teamwork enhance patient safety? Forum Risk Manag., v. 23, n. 3, p. 5-9.

Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. Mayo Clinic Proceedings, 92(1), 129-146. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004

Spath, P. (2022). Error reduction in healthcare: A systems approach to improving patient safety. Jossey-Bass.

Srour. Robert Henry. Poder, Cultura e Ética nas Organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2022). The impact of patient-centered care on outcomes. Journal of Family Practice, 49(9), 796-804.

Sutton, J., & Austin, Z. (2015). Qualitative Research: Data Collection, Analysis, and Management. The Canadian Journal of Hospital Pharmacy, 68(3). https://doi:10.4212/cjhp.v68i3.1456

The Joint Commission. (2015). Improving patient and worker safety: Opportunities for synergy, collaboration and innovation. The Joint Commission. https://www.jointcommission.org/

Toralles-Pereira, M. L., Sardenberg, T., Mendes, H. W. B., & Oliveira, R. A. de. (2004). Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. Ciência & Saúde Coletiva, 9(4), 1013–1022. https://doi:10.1590/s1413-81232004000400022

Vikkelsø, S. (2010). Mobilizing information infrastructure, shaping patient-centred care. International Journal of Public Sector Management, 23(4), 340–352. https://doi:10.1108/09513551011047233

Waldherr, A., & Muck, P. M. (2011). Towards an integrative approach to communication styles: The Interpersonal Circumplex and the Five-Factor Theory of personality as frames of reference. Communications, 36(1), 1–27. https://doi:10.1515/comm.2011.001

Wanzer, M. B., Booth-Butterfield, M., & Gruber, K. (2004). Perceptions of Health Care Providers' Communication: Relationships Between Patient-Centered Communication and Satisfaction. Health Communication, 16(3), 363–384. https://doi:10.1207/s15327027hc1603_6

Weiner, B. J. (2016). A theory of organizational readiness for change. Implementation Science, 4, 67-72. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-67

Witiski, M., Makuch, D. M. V., Rozin, L., & de Matia, G. (2019). Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. Ciência, cuidado e saúde, 18(3).

Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. Journal of Nursing Management, 21(5), 709–724. https://doi:10.1111/jonm.12116

Wong, M. C., Mutch, A. J., & Duckett, S. J. (2013). Patient safety and leadership: The importance of keeping close to the sharp end. The Medical Journal of Australia, 199(5), 21-24.

Yin, R. K. (2015). Estudo de caso: Planeamento e métodos. Bookman.

VII. Anexos

Anexo A – Questionário utilizado para a recolha de dados

Questionário - *Handover*

Início do bloco: ESCALA DE AVALIAÇÃO "*HANDOVER*"

Instruções O presente estudo surge no âmbito de um projeto de investigação do mestrado em Gestão de Serviços de Saúde a decorrer no ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa. Este estudo tem como objetivo compreender a importância que uma comunicação eficaz tem no desempenho dos profissionais na área da saúde.

O questionário está dividido em secções que abordam diferentes aspetos de comunicação em ambiente de trabalho, incluindo questões Sócio-Profissional, Estrutura do "*Handover*" e Percepção do "*Handover*".

Instruções:
Todas as respostas serão tratadas de forma confidencial e anonimizada.
Se tiver dúvidas, não hesite em contactar através do e-mail fornecido abaixo.

Obrigado.

Quebra de página

*

Declaro ter compreendido os objetivos do estudo, o processo de recolha e tratamento de dados e aceito participar no estudo.

- ○ Sim (1)
- ○ Não (2)

Fim do bloco: ESCALA DE AVALIAÇÃO "*HANDOVER*"

Início do bloco: A:Sócio-Profissional

Q1 Sexo

- ○ Masculino (1)
- ○ Feminino (2)
- ○ Não binário / terceiro género (3)
- ○ Prefere não dizer (4)

Q2 Tempo de exercício profissional (Anos ou Meses)

_____

Q3 Tempo no atual serviço (Anos ou Meses)

_____

Quebra de página

Q4 Categoria Profissional

- ○ Médico (1)
- ○ Enfermeiro (2)
- ○ Enfermeiro Gestor (3)
- ○ Outro (especifique) (4) _____

Q5 Vínculo laboral

- ○ Contrato por tempo determinado (1)
- ○ Contrato definitivo (2)
- ○ Contrato por tempo indeterminado (3)
- ○ Sem vínculo/Prestação de Serviços (4)

Q6 Regime de horário profissional

- ☐ Horas de Trabalho semanais (1)

_____

- ☐ Horário Fixo (2)
- ☐ Rotativo (3)

Q7 Tempo (médio) que despende por turno em registos de enfermagem (Horas e minutos)

_____

Q8 Qual o setor/especialidade em que trabalha?

_____

Fim do bloco: A:Sócio-Profissional

Início do bloco: Seção B: Estrutura do "*Handover*"

Q9 Qual é o turno em que trabalha (caso trabalhe em mais que um turno, escolha apenas um para responder ao questionário)?

- ○ Manhã (7 horas) (1)
- ○ Tarde (13 horas) (2)
- ○ Noite (19 horas) (3)
- ○ Outro (Especifique) (4)

_____

Q10 Tempo despendido na preparação do seu *handover*: (Horas e minutos)

_____

Quebra de página

Nos serviços/unidades, as equipas de enfermagem recebem regularmente informação da equipa quando iniciam o turno (*Handover* recebido) e passam informação ao sair (*handover* realizado). Caso haja alguma diferença entre o "*handover*" recebido e o *handover* que o seu turno realiza, por favor complete a pergunta consecutiva com a resposta diferente.

Quebra de página

Q11 Normalmente, quanto tempo demora o *handover* do seu turno? ("*Handover* Recebido")

_____

Q12 Normalmente, quanto tempo demora o *handover* do seu turno? ("*Handover* Realizado")

_____

Q13 De que forma é realizado o *Handover* do seu turno? ("*Handover* Recebido")

- ☐ Verbal (1)
- ☐ Escrito (2)
- ☐ Gravado (3)
- ☐ Outro (especifique) (4)

_____

Q14 De que forma é realizado o *Handover* do seu turno? ("*Handover* Realizado")

- ☐ Verbal (1)
- ☐ Escrito (2)
- ☐ Gravado (3)
- ☐ Outro (especifique) (4)

_____

Quebra de página

Q15 De que forma gostaria que fosse realizado o *handover* do seu turno? ("*Handover* Recebido")

- ○ Verbal (1)
- ○ Escrito (2)
- ○ Gravado (3)
- ○ Outro (especifique) (4) _____

Q16 De que forma gostaria que fosse realizado o *handover* do seu turno? ("*Handover* Realizado")

- ○ Verbal (1)
- ○ Escrito (2)
- ○ Gravado (3)
- ○ Outro (especifique) (4) _____

Q17 Quem costuma transmitir a informação? ("*Handover* Recebido")

- ○ Líder da equipa (1)
- ○ Próprio (2)
- ○ Colega de equipa (3)
- ○ Outro (especifique) (4) _____

Q18 Quem costuma transmitir a informação? ("*Handover* Realizado")

- ○ Líder da equipa (1)
- ○ Próprio (2)
- ○ Colega de equipa (3)
- ○ Outro (especifique) (4) _____

Quebra de página

Q19 Quem gostaria que transmitisse a informação? ("*Handover* Recebido")

- ○ Líder da equipa (1)
- ○ Próprio (2)
- ○ Colega de equipa (3)
- ○ Outro (especifique) (4) _____

Q20 Quem gostaria que transmitisse a informação? ("*Handover* Realizado")

- ○ Líder da equipa (1)
- ○ Próprio (2)
- ○ Colega de equipa (3)
- ○ Outro (especifique) (4) _____

Q21 Onde é realizada a passagem de informação? ("*Handover* Recebido")

- ○ Sala própria (1)
- ○ Sala do serviço (2)
- ○ Outro (especifique) (3) _____

Q22 Onde é realizada a passagem de informação? ("*Handover* Realizado")

- ○ Sala própria (1)
- ○ Sala do serviço (2)
- ○ Outro (especifique) (3) _____

Quebra de página

Q23 Onde gostaria que fosse realizada a passagem de informação? ("*Handover* Recebido")

- ○ Sala Própria (1)
- ○ Sala do serviço (2)
- ○ Outro (especifique) (3) _____

Q24 Onde gostaria que fosse realizada a passagem de informação? ("*Handover* Realizado")

- ○ Sala Própria (1)
- ○ Sala do serviço (2)
- ○ Outro (especifique) (3) _____

Q25 Que grupos estão presentes na passagem de informação? ("*Handover* Recebido")

- ○ Enfermeiros (1)
- ○ Médicos (2)
- ○ Gestores (3)
- ○ Administrativos (4)
- ○ Outro (especifique) (5) _____

Q26 Que grupos estão presentes na passagem de informação? ("*Handover* Realizado")

- ○ Enfermeiros (1)
- ○ Médicos (2)
- ○ Gestores (3)
- ○ Administrativos (4)
- ○ Outro (especifique) (5) _____

Fim do bloco: Seção B: Estrutura do "*Handover*"

Início do bloco: Seção C: Percepção do "*Handover*"

Q27 Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis?

- ○ Discordo totalmente (1)
- ○ Discordo parcialmente (2)
- ○ Nem concordo nem discordo (3)
- ○ Concordo parcialmente (4)
- ○ Concordo totalmente (5)

Q28 Sou capaz de verificar/observar como está o utente durante o *handover*.

- ○ Discordo totalmente (1)
- ○ Discordo parcialmente (2)
- ○ Nem concordo nem discordo (3)
- ○ Concordo parcialmente (4)
- ○ Concordo totalmente (5)

Q29 Tenho informação suficiente sobre o utente.

- ○ Discordo totalmente (1)
- ○ Discordo parcialmente (2)
- ○ Nem concordo nem discordo (3)
- ○ Concordo parcialmente (4)
- ○ Concordo totalmente (5)

Quebra de página

Q30 Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.

- ○ Discordo totalmente (1)
- ○ Discordo parcialmente (2)
- ○ Nem concordo nem discordo (3)
- ○ Concordo parcialmente (4)
- ○ Concordo totalmente (5)

Q31 Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.

- ○ Discordo totalmente (1)
- ○ Discordo parcialmente (2)
- ○ Nem concordo nem discordo (3)
- ○ Concordo parcialmente (4)
- ○ Concordo totalmente (5)

Q32 Durante o *handover*, recebo, muitas vezes, informação que não é relevante para os cuidados ao utente.

- ○ Discordo totalmente (1)
- ○ Discordo parcialmente (2)
- ○ Nem concordo nem discordo (3)
- ○ Concordo parcialmente (4)
- ○ Concordo totalmente (5)

Quebra de página

Q33 A forma como a informação me é transmitida é fácil de compreender.

- ○ Discordo totalmente (1)
- ○ Discordo parcialmente (2)
- ○ Nem concordo nem discordo (3)
- ○ Concordo parcialmente (4)
- ○ Concordo totalmente (5)

Q34 Sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos utentes e os seus familiares.

- ○ Discordo totalmente (1)
- ○ Discordo parcialmente (2)
- ○ Nem concordo nem discordo (3)
- ○ Concordo parcialmente (4)
- ○ Concordo totalmente (5)

Q35 Consigo esclarecer a informação que me foi transmitida.

- ○ Discordo totalmente (1)
- ○ Discordo parcialmente (2)
- ○ Nem concordo nem discordo (3)
- ○ Concordo parcialmente (4)
- ○ Concordo totalmente (5)

Quebra de página

Q36 A informação sobre o utente é transmitida no momento certo.

- ○ Discordo totalmente (1)
- ○ Discordo parcialmente (2)
- ○ Nem concordo nem discordo (3)
- ○ Concordo parcialmente (4)
- ○ Concordo totalmente (5)

Q37 Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.

- ○ Discordo totalmente (1)
- ○ Discordo parcialmente (2)
- ○ Nem concordo nem discordo (3)
- ○ Concordo parcialmente (4)
- ○ Concordo totalmente (5)

Q38 Considero que o *handover* demora muito tempo.

- ○ Discordo totalmente (1)
- ○ Discordo parcialmente (2)
- ○ Nem concordo nem discordo (3)
- ○ Concordo parcialmente (4)
- ○ Concordo totalmente (5)

Quebra de página

Q39 A informação que recebo está atualizada.

- ○ Discordo totalmente (1)
- ○ Discordo parcialmente (2)
- ○ Nem concordo nem discordo (3)
- ○ Concordo parcialmente (4)
- ○ Concordo totalmente (5)

Q40 Os utentes participam no processo de *handover*.

- ○ Discordo totalmente (1)
- ○ Discordo parcialmente (2)
- ○ Nem concordo nem discordo (3)
- ○ Concordo parcialmente (4)
- ○ Concordo totalmente (5)

Q41 Consigo memorizar a informação que foi transmitida.

- ○ Discordo totalmente (1)
- ○ Discordo parcialmente (2)
- ○ Nem concordo nem discordo (3)
- ○ Concordo parcialmente (4)
- ○ Concordo totalmente (5)

Quebra de página

Q42 Tenho conhecimento sobre os diferentes aspectos dos cuidados de enfermagem.

- ○ Discordo totalmente (1)
- ○ Discordo parcialmente (2)
- ○ Nem concordo nem discordo (3)
- ○ Concordo parcialmente (4)
- ○ Concordo totalmente (5)

Q43 Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.

- ○ Discordo totalmente (1)
- ○ Discordo parcialmente (2)
- ○ Nem concordo nem discordo (3)
- ○ Concordo parcialmente (4)
- ○ Concordo totalmente (5)

Quebra de página

Q44 Quais são os pontos fortes do "*handover*" que utiliza?

_____

Q45 Quais são as limitações do "*handover*" que utiliza

_____

Q46 De que forma poderia ser melhorado o "*handover*" que utiliza?

Quebra de página

Q47 Existem diferenças na forma de realizar o "*handover*" de manhã, à tarde e à noite no seu serviço?

- ○ Não (1)
- ○ Sim (2)

Apresentar esta pergunta:

If Q47 = Sim

Q48 Se existe diferença na forma de realizar o "*handover*" nos três turnos, por favor, justifique sua resposta, identificando em qual turno há diferença e qual é essa diferença apontada.

_____

Q49 Na sua opinião, qual é o "*handover*" mais efetivo no seu serviço? (Escolha apenas um dos "*handover*")

- ○ Manhã (7 horas) (1)
- ○ Tarde (13 horas) (2)
- ○ Noite (19 horas) (3)
- ○ Outro (Especifique) (4)

_____

Quebra de página

Q50 Caso deseje, deixe alguma sugestão/observação sobre o "*handover*" ou sobre este estudo que contribua para discutir as metodologias de "*handover*s" e suas implicações para a segurança do paciente.

Fim do bloco: Seção C: Percepção do "*Handover*"

Anexo B - Distribuição da amostra segundo as características socioprofissionais

Variáveis		**n**	**%**
Serviço onde exerce funções	Psiquiatria	1	3,9
	Urologia/Nefrologia	4	7,8
	Medicina Interna	5	9,8
	Urgência	8	15,7
	Cuidados Intensivos	9	17,6
	Bloco operatório	2	3,9
	Pediatria	4	7,8
	Cardiologia/Cardíaco	2	3,9
	Diabetes	1	2,0
	Saúde Materna/Obstetrícia	7	13,7
	Oncologia	1	2,0
	Enfermagem do Trabalho	1	2,0
	Hemodiálise	1	2,0
	Hematologia	1	2,0
	Neurocirurgia	1	2,0
	Consulta Externa	2	3,9
Sexo	Feminino	12	23,5
	Masculino	39	76,5
Tempo de exercício profissional (anos)	< 1 ano	7	13,7
	1 - 5	3	5,9
	6 - 10	7	13,7
	11 – 20	2	3,9
	21 - 30	2	3,9
	≥30	30	58,8
$\bar{x}$ = 4,55 Md =6,00 s = 1,942 p < 0.001			
Tempo no atual serviço (anos)	< 1 ano	10	19,6
	1 - 5	9	17,6
	6 - 10	6	11,8
	11 – 20	6	11,8
	21 - 30	2	3,9
	≥30	18	35,3
$\bar{x}$ = 3,69 Md =4,00 s = 2,005 p < 0.001			
Categoria Profissional	Enfermeiro	50	98
	Enfermeiro Gestor	1	2,0
Vínculo Profissional	Contrato Tempo Determinado	2	3,9
	Contrato Definitivo	9	17,6

	Contrato Tempo Indeterminado	38	74,5
	Sem vinculo/Prestação Serviços	2	3,9
Tempo de Trabalho semanal (horas)	20	1	2,0
	35	39	7,8
	40	4	76,5
Tipo de Horário	Fixo	10	11,6
	Rotativo	33	38,4
	Horas Semanais	43	50,0
Tempo médio despendido, em registos de enfermagem (horas)	<1	20	39,2
	1 - 2	18	35,3
	2 – 3	8	15,7
	3 – 4	3	5,9
	4 - 5	2	3,9
$\bar{x}$ = 1,78 Md =1,5 s = 1,176 p < 0.001			

Anexo C - Medidas descritivas referentes à perceção sobre o *handover* da manhã

Itens	$\bar{x}$	**Md**	**s**	x_{min}	$x_{máx}$
Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis?	4,08	4,00	1,018	2	5
Sou capaz de verificar/observar como está o utente durante o *handover*.	3,42	4,00	1,501	1	5
Tenho informação suficiente sobre o utente	4,21	4,00	0,932	1	5
Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.	4,42	5,00	0,776	2	5
Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.	3,50	4,00	1,351	1	5
Durante o *handover*, recebo, muitas vezes, informação que não é relevante para os cuidados ao utente.	3,54	4,00	1,062	1	5
A forma como a informação me é transmitida é fácil de compreender	4,21	4,00	0,932	1	5
Sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos utentes e os seus familiares.	2,42	2,00	1,381	1	5
Consigo esclarecer a informação que me foi transmitida.	4,38	4,00	0,576	3	5
A informação sobre o utente é transmitida no momento certo	4,00	4,00	0,885	2	5
Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.	4,29	4,00	0,690	3	5
Considero que o *handover* demora muito tempo.	3,42	4,00	1,283	1	5
A informação que recebo está atualizada.	4,25	4,00	0,608	3	5
Os utentes participam no processo de *handover*.	1,42	1,00	0,881	1	4
Consigo memorizar a informação que foi transmitida.	3,50	4,00	1,063	2	5
Tenho conhecimento sobre os diferentes aspectos dos cuidados de enfermagem.	4,33	4,00	0,702	3	5
Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.	3,38	4,00	0,924	1	4

Variável		**n**	**%**
Perceção Global do *handover* da manhã	[1 – 2[	0	0,0
	[2 – 3[	2	8,3
	[3 – 4[	18	75,0
	[4 – 5[	5	16,7
	[5 – 6]	0	0,0
$\bar{x}$ = 3,69 Md =3,74 s = 0,386 x_{min} = 2,71 $x_{máx}$ = 4,29 p = 0,415			

Anexo D - Medidas descritivas referentes à perceção sobre o *handover* da tarde/noite

Itens	$\bar{x}$	**Md**	**s**	x_{min}	$x_{máx}$
Tenho a oportunidade de discutir situações clínicas mais complexas/difíceis?	3,85	4,00	0,989	2	5
Sou capaz de verificar/observar como está o utente durante o *handover*.	3,44	4,00	1,368	1	5
Tenho informação suficiente sobre o utente	4,15	4,00	0,534	3	5
Tenho a oportunidade de reunir e falar/discutir com os meus colegas quando tenho situações mais difíceis.	4,07	4,00	1,035	2	5
Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a carga de trabalho.	3,33	3,00	1,109	1	5
Durante o *handover*, recebo, muitas vezes, informação que não é relevante para os cuidados ao utente.	3,52	4,00	0,893	2	5
A forma como a informação me é transmitida é fácil de compreender	4,15	4,00	0,534	3	5
Sou muitas vezes interrompido durante o *handover*, pelos utentes e os seus familiares.	3,48	4,00	1,673	1	5
Consigo esclarecer a informação que me foi transmitida.	4,26	4,00	0,594	3	5
A informação sobre o utente é transmitida no momento certo	3,89	4,00	0,892	2	5
Tenho a oportunidade de colocar questões sobre a informação que não compreendi.	4,33	4,00	0,734	2	5
Considero que o *handover* demora muito tempo.	3,37	4,00	1,275	1	5
A informação que recebo está atualizada.	4,33	4,00	0,620	3	5
Os utentes participam no processo de *handover*.	1,37	1,00	0,792	1	4
Consigo memorizar a informação que foi transmitida.	3,78	4,00	0,974	2	5
Tenho conhecimento sobre os diferentes aspectos dos cuidados de enfermagem.	4,41	4,00	0,501	4	5
Sinto que há informação importante que nem sempre me é transmitida.	3,63	4,00	1,006	1	5

Variável		**n**	**%**
Perceção Global do *handover* da manhã	[1 – 2[	0	0,0
	[2 – 3[	3	11,1
	[3 – 4[	18	66,7
	[4 – 5[	6	22,2
	[5 – 6]	0	0,0

$\bar{x}$ = 3,73 Md =3,76 s = 0,345 x_{min} = 2,88 $x_{máx}$ = 4,41 p = 0,925

Anexo E – Análise de componentes principais

Componente	**Autovalores Iniciais**					
	Total	**% de Variância**	**% Acumulativa**	**Total**	**% de Variância**	**% Acumulativa**
1	4,596	27,033	27,033	4,596	27,033	27,033
2	2,141	12,592	39,624	2,141	12,592	39,624
3	1,860	10,939	50,564	1,860	10,939	50,564
4	1,442	8,483	59,046	1,442	8,483	59,046
5	1,284	7,556	66,602	1,284	7,556	66,602
6	1,109	6,523	73,125	1,109	6,523	73,125
7	,798	4,692	77,817			
8	,731	4,300	82,117			
9	,590	3,471	85,588			
10	,543	3,193	88,781			
11	,492	2,895	91,676			
12	,405	2,382	94,058			
13	,346	2,034	96,092			
14	,273	1,608	97,700			

15	,170	,999	98,699			
16	,151	,890	99,589			
17	,070	,411	100,000			

Anexo F – Distribuição dos 8 elementos do turno da manhã da amostra que consideram existirem diferenças na forma de realizar o *handover* entre os turnos, segundo a respetiva estrutura

Variáveis		***Handover* Recebido**		***Handover* Realizado**	
		n	%	n	%
Tempo que demora o *handover* da manhã (minutos)	Menos de 30 minutos	2	25,0	2	25,0
	Entre 30 minutos e 60 minutos	4	50,0	4	50,0
	Entre 60 minutos e 120 minutos	2	25,0	2	25,0
Handover Recebido: $\bar{x}$ = 27 Md = 25 s = 15 p = 0,015.					
Handover Realizado: $\bar{x}$ = 27,5 Md = 30 s =15,5 p = 0,063					
Forma como é realizado o *handover* da manhã	Verbal	8	80,0	8	72,7
	Escrito	0	0,0	0	0,0
	Outro (verbal e escrito)	2	20,0	3	27,3
Forma como gostaria que fosse realizado o *handover* da manhã	Verbal	7	87,5	7	87,5
	Escrito	1	12,5	1	12,5
Quem costuma transmitir a informação de manhã	Líder de equipa	3	37,5	2	25,0
	Próprio	2	25,0	4	50,0
	Colega de equipa	2	25,0	1	12,5
	Outro	1	12,5	1	12,5
Quem gostaria que transmitisse a informação de manhã	Líder de equipa	4	50,0	3	37,5
	Próprio	2	25,0	4	50,0
	Colega de equipa	1	12,5	0	0,0
	Outro	1	12,5	1	12,5
Onde é realizado o *handover* da manhã	Sala Própria	0	0,0	2	25,0
	Sala do Serviço	6	75,0	5	62,5
	Outro	2	25,0	1	12,5
Onde gostaria que fosse realizado o *handover* da manhã	Sala Própria	1	12,5	2	25,0
	Sala do Serviço	6	75,0	5	62,5
	Outro	1	12,5	1	12,5
Outros grupos que estejam presentes no *handover* da manhã	Enfermeiros	8	100	8	100
	Médicos	0	0,0	0	0,0

Anexo G – Distribuição dos 12 elementos do turno da manhã da amostra que consideram existirem diferenças na forma de realizar o *handover* entre os turnos, segundo a respetiva estrutura

Variáveis		***Handover* Recebido**		***Handover* Realizado**	
		n	%	N	%
Tempo que demora o *handover* da manhã (minutos)	Menos de 30 minutos	7	58,3	7	58,3
	Entre 30 minutos e 60 minutos	3	25,0	3	25,0
	Entre 60 minutos e 120 minutos	2	25,0	2	25,0
Handover Recebido: $\bar{x}$ = 41 Md = 35 s = 20,7 p = 0,127					
Handover Realizado: $\bar{x}$ = 40 Md = 35 s =22,6 p = 0,517					
Forma como é realizado o *handover* da manhã	Verbal	12	66,7	12	70,6
	Escrito	0	0,0	0	0,0
	Outro (verbal e escrito)	6	33,3	5	29,4
Forma como gostaria que fosse realizado o *handover* da manhã	Verbal	7	58,3	8	66,7
	Escrito	3	25,0	2	16,7
	Gravado	1	8,3	1	8,3
	Outro	1	8,3	1	8,3
Quem costuma transmitir a informação de manhã	Líder de equipa	1	8,3	0	0,0
	Próprio	7	58,3	11	91,7
	Colega de equipa	4	33,3	1	8,3
Quem gostaria que transmitisse a informação de manhã	Líder de equipa	1	8,3	0	0,0
	Próprio	7	58,3	11	91,7
	Colega de equipa	4	33,3	1	8,3
Onde é realizado o *handover* da manhã	Sala Própria	4	33,3	4	33,3
	Sala do Serviço	7	58,3	7	58,3
	Outro	1	8,3	1	8,3
Onde gostaria que fosse realizado o *handover* da manhã	Sala Própria	8	66,7	8	66,7
	Sala do Serviço	3	25,0	3	25,0
	Outro	1	8,3	1	8,3
Outros grupos que estejam presentes no *handover* da manhã	Enfermeiros	12	100	12	100
	Médicos	0	0,0	0	0,0