

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA**  
**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em associação com a

**Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL**

Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES n.º R/B-AD-917/2007

Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Intervenção para a segurança do doente. Análise dos  
obstáculos existentes na transferência de informação  
durante a passagem de turno de Enfermagem**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Pedro Gonçalo Bento da Silva Afonso

N.º. 4449

Orientador (Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Univ. Évora):

Prof. Doutor. Manuel Agostinho Matos Fernandes

Orientador (Escola de Ciências Sociais, Univ. Évora):

Prof. Doutor. Carlos Alberto da Silva

[Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

**Évora/Lisboa**

**Abril, 2010**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA**  
**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em associação com a

**Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL**

Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES n.º R/B-AD-917/2007

Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Intervenção para a segurança do doente. Análise dos  
obstáculos existentes na transferência de informação  
durante a passagem de turno de Enfermagem**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Pedro Gonçalo Bento da Silva Afonso

N.º. 4449

Orientador (Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Univ. Évora):

Prof. Doutor. Manuel Agostinho Matos Fernandes

Orientador (Escola de Ciências Sociais, Univ. Évora):

Prof. Doutor. Carlos Alberto da Silva

[Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

**Évora/Lisboa**

**Abril, 2010**

## RESUMO

### **Intervenção para a segurança do doente. análise dos obstáculos existentes na transferência de informação durante a passagem de turno de Enfermagem**

O objectivo geral deste estudo foi compreender a percepção dos enfermeiros prestadores de cuidados sobre a eficácia do momento de passagem de turno no Hospital de São Francisco Xavier e que medidas poderiam ser implementadas neste processo de trabalho para a melhoria da segurança do utente.

O referencial teórico faz alusão ao tema da segurança do utente e à sua relação com a qualidade de cuidados. Aborda o conceito de erro em cuidados de saúde e a forma como o mesmo deve ser entendido e gerido, aborda também o papel da enfermagem para a segurança do utente e a relação de estreita ligação existente entre o processo de passagem de turno e a manutenção da segurança do utente.

Relativamente ao método de colheita de dados, optamos pela utilização de uma metodologia quantitativa mas com recurso à utilização de uma abordagem qualitativa em momentos específicos da análise. Neste estudo participaram 132 enfermeiros prestadores de cuidados.

Da recolha de dados emergiu a noção de que a passagem de turno nesta instituição tem uma duração média de 41 minutos, sendo o método escrito o mais utilizado para a transferência de informação (40,2%). Os enfermeiros referem que os métodos actualmente utilizados são eficazes no assegurar da continuidade de cuidados (93%) correspondendo a informação transmitida, maioritariamente, a um relato das ocorrências passadas no turno anterior. O enfermeiro responsável pelo utente é o emissor mais frequente da informação transmitida (85%) e o momento de passagem de turno tem lugar, de forma predominante, em locais/sala adaptados a outros fins que não a passagem de turno (44%).

Foi possível compreender que os componentes mais importantes para a eficácia da passagem de turno são, segundo a percepção dos enfermeiros prestadores de cuidados: a Oportunidade da Informação ( $\alpha=0,720$ ); a Oportunidade para a reflexão partilhada ( $\alpha=0,843$ ) e o Envolvimento do utente ( $\alpha=0,757$ ).

A análise dos dados qualitativos permitiu determinar que os factores positivos mais relevantes para a passagem de turno são os factores semânticos; os factores negativos mais relevantes são os factores físicos. Os dados colhidos permitiram ainda auferir medidas de aplicação ao contexto prático.

Utilizando os resultados obtidos através deste estudo realizamos uma proposta de intervenção para a instituição em causa.

**Palavras-Chave:** Enfermagem, Passagem de Turno, Qualidade de Cuidados, Segurança do Doente

## **ABSTRACT**

### **Healthcare intervention for user safety. Analysis of information transfer obstacles during nursing shift handover.**

The purpose of this study was to understand the perception of nursing care providers about the effectiveness of the handover at the Hospital de São Francisco Xavier, and what measures could be implemented in the process to improve safety for the user.

The theoretical framework refers to the issue of user safety and its relationship to quality of care. Discusses the concept of error in health care and how it should be understood and managed, it also addressed the role of nursing for the safety of healthcare and the relationship of the close link between the process of shift handover and maintenance of user safety .

For the method of data collection, we chose to use a quantitative methodology but with the use of qualitative methodology in different stages of analysis. This study enrolled 132 nurses care providers.

The collection of data has emerged the notion that the shift handover this institution has an average duration of 41 minutes, and the method used to the transfer of information could be described has "written" (40.2%). The nurses report that the methods currently used are effective in ensuring the continuity of care (93%). The nurse responsible for the user is the most common transmitter of information transmitted (85%) and when to shift handover takes place, so prevalent in place/room adapted for purposes other than the passage of the shift (44%).

It was possible to understand that the most important components for effective shift handover are, in the perception of nursing care providers: the opportunities of the information ( $\alpha=0.720$ ), the opportunity for shared reflection ( $\alpha=0.843$ ) and involvement of user ( $\alpha=0.757$ ).

The analysis of qualitative data revealed that the positive factors most relevant to the passage of the shift are the semantic factors. The most important negative factors are physical factors. The data collected also allowed to attain measures that could be implemented in the practical context.

Using the results obtained in this study we conducted an intervention proposal for the institution concerned.

**Key-Words:** Nursing, Handover, Quality of Care, Patient Safety

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais: Jorge Afonso e Maria Fernanda, pelo incentivo constante e me fazerem ver que a formação é sempre uma mais valia;

À Lúcia, pelo companheirismo, pela presença e pela paciência para os meus momentos de trabalho;

Ao Pedro Lourenço, amigo de todas as horas, pela leitura do texto e pela revisão possível do mesmo;

Aos professores Manuel Agostinho e Carlos Silva pela inspiração e energia, pela dedicação e rápida resposta em todos os momentos;

A todos os enfermeiros que se disponibilizaram a participar neste estudo através do preenchimento do questionário utilizado.

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Esquema que ilustra o Ciclo da Culpa.	21
<b>Figura 2</b> – O modelo do Queijo Suíço de Reason	22
<b>Figura 3</b> – Esquema que ilustra a trajectória do acidente médico tipo.	23
<b>Figura 4</b> – Esquema que ilustra as funções da comunicação nas organizações e a sua importância relativa.	31
<b>Figura 5</b> – Esquema interpretativo das componentes relevantes para a eficácia da passagem de turno em enfermagem.	82
<b>Figura 6</b> – Fluxograma de intervenção organizacional para a passagem de turno e para a melhoria da segurança do utente.	92

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Gráfico de Distribuição dos enfermeiros da amostra pelo sexo.	54
<b>Gráfico 2</b> – Gráfico de distribuição dos enfermeiros da amostra pelo tempo de serviço na profissão de enfermagem.	55
<b>Gráfico 3</b> – Gráfico de distribuição dos enfermeiros da amostra pela antiguidade na instituição.	56
<b>Gráfico 5</b> – Gráfico de distribuição dos enfermeiros da amostra consoante o tipo de informação transmitida na passagem de turno.	61
<b>Gráfico 6</b> – Gráfico da variância das componentes principais.	67

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Caracterização da amostra relativamente ao Sexo	54
<b>Quadro 2</b> – Caracterização da amostra de acordo com o tempo de serviço.	55
<b>Quadro 3</b> – Caracterização da amostra de acordo com a antiguidade na instituição.	55
<b>Quadro 4</b> – Caracterização da amostra de acordo com o Serviço.	56
<b>Quadro 5</b> – Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao tempo dispendido com a documentação relativa a cada utente (minutos).	57
<b>Quadro 6</b> – Tabela de frequências relativa ao tempo dispendido com a documentação relativa a cada utente (minutos).	58
<b>Quadro 7</b> – Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao tempo utilizado de forma a determinar a informação a transmitir ao colega que recebe o turno.	58
<b>Quadro 8</b> – Tabela de Frequências para tempo para determinar a informação a transmitir ao colega que recebe o turno (em minutos).	59
<b>Quadro 9</b> – Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao tempo de duração da passagem de turno.	59
<b>Quadro 10</b> - Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao método de transmissão de informação utilizado.	60
<b>Quadro 11</b> – Caracterização do momento de passagem de turno quanto à eficácia do método de transmissão de informação no assegurar da continuidade de cuidados.	60
<b>Quadro 12</b> – Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao tipo de informação transmitida na passagem de turno.	61
<b>Quadro 13</b> – Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao transmissor da informação durante a passagem de turno.	62
<b>Quadro 14</b> – Frequências de resposta na categoria Outros no que concerne à caracterização do momento de passagem de turno quanto ao transmissor da informação.	62
<b>Quadro 15</b> – Caracterização do momento de passagem de turno quanto a que outros membros da equipa de enfermagem deveriam participar na passagem de turno.	62
<b>Quadro 16</b> – Frequências de resposta na categoria Outros no que concerne à caracterização do momento de passagem de turno quanto a que outros membros da equipa de enfermagem deveriam participar .	63
<b>Quadro 17</b> – Caracterização do momento de passagem de turno quanto local onde ocorre.	63
<b>Quadro 18</b> – Frequências de respostas à categoria Outros na caracterização do momento de passagem de turno quanto local onde ocorre.	63
<b>Quadro 19</b> – Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao local de preferência para a sua ocorrência.	63



<b>Quadro 20</b> – Frequências de respostas à categoria Outros na caracterização do momento de passagem de turno quanto local ao local de preferência para a sua ocorrência.	64
<b>Quadro 21</b> - Caracterização do momento de passagem de turno quanto à presença de outros profissionais.	64
<b>Quadro 22</b> – Análise dos Componentes principais e da sua variância.	66
<b>Quadro 23</b> – Análise da variância e saturação do Componente 1 - Oportunidade de reflexão partilhada.	67
<b>Quadro 24</b> – Análise da variância e saturação do Componente 2 - Oportunidade da Informação.	68
<b>Quadro 25</b> – Análise da variância e saturação do Componente 3 - Oportunidade de reflexão partilhada.	68
<b>Quadro 26</b> – Análise da variância e saturação do Componente 4 - Factores negativos da passagem de turno.	69
<b>Quadro 27</b> – Análise da variância e saturação do Componente 5 – Confidencialidade da Informação.	69
<b>Quadro 28</b> – Análise da Consistência interna dos Componente determinados.	70
<b>Quadro 29</b> – Medidas de tendência central e de dispersão dos componentes determinados.	70
<b>Quadro 30</b> – Estatística para os Grupos da Variável Tempo de Serviço.	72
<b>Quadro 31</b> – Estatística para os Grupos da Variável Antiguidade na Instituição.	72
<b>Quadro 32</b> – Unidades de registo e respectivas frequência para factores que interferem positivamente na passagem de turno.	74
<b>Quadro 33</b> – Categorias e respectivas frequências para factores que interferem positivamente na passagem de turno.	74
<b>Quadro 34</b> – Unidades de registo e respectivas frequência para factores que interferem negativamente na passagem de turno.	75
<b>Quadro 35</b> – Categorias e respectivas frequências para factores que interferem negativamente na passagem de turno.	75
<b>Quadro 36</b> – Unidades de registo e respectivas frequência para medidas para a melhoria da eficácia da passagem de turno.	76
<b>Quadro 37</b> – Categorias e respectivas frequências de factores para a melhoria da eficácia da passagem de turno.	76
<b>Quadro 38</b> – Medidas identificadas pelos enfermeiros prestadores de cuidados para a melhoria da passagem de turno em enfermagem.	84
<b>Quadro 39</b> – Diagnóstico e soluções de Intervenção para a passagem de turno no Hospital de São Francisco Xavier	91

## ÍNDICE GERAL

0. INTRODUÇÃO	11
1. A SEGURANÇA DO UTENTE ENQUANTO FUNDAMENTO PARA A INTERVENÇÃO EM SAÚDE	15
2. COMPREENDER O CARÁCTER SISTÉMICO DOS PROBLEMAS DE SEGURANÇA	20
3. ENFERMAGEM: COMPETÊNCIAS PARA A SEGURANÇA DO UTENTE	25
4. PASSAGEM DE TURNO EM ENFERMAGEM: FACTOR CRÍTICO PARA A SEGURANÇA	29
4.1. A importância da Passagem de turno para a Segurança	29
4.2. Barreiras à manutenção da Segurança durante a Passagem de turno	33
4.3. Estratégias para a melhoria da eficácia da passagem de turno.	38
5. O PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	43
5.1. Justificação	43
5.2. Objectivos do Estudo	44
5.3. Questões de Investigação	45
6. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	46
6.1. Tipo de Estudo	46
6.2. População Alvo e Amostra	47
6.3. Descrição do Local de Estudo	48
6.4. Definição das Variáveis	48
6.5. Instrumentos de Medida	49
6.6. A Colheita de Dados	51
6.7. Considerações Éticas	52
6.8. Descrição do plano de análise de dados	52
7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	54
7.1. Caracterização da amostra	54
7.2. Características estruturais da passagem de turno em enfermagem	57
7.3. Componentes relevantes para a eficácia da passagem de turno em enfermagem	65
7.4. Relação entre a percepção da eficácia da passagem de turno e o tempo de serviço ou a antiguidade na instituição	71
7.5. Factores com influencia na passagem de turno	73
8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	78
9. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	86
10. CONCLUSÕES	87
11. PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DA PASSAGEM DE TURNO – HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER	90
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS	
ANEXO I – Pedido de autorização para a realização do estudo	
ANEXO I – Instrumento de colheita de dados	
ANEXO II – Outputs referentes à análise de dados	

## 0. INTRODUÇÃO

Este trabalho trata a temática da passagem de turno entre os enfermeiros, integrando este tema na problemática da manutenção da segurança do doente. Procuramos, através do mesmo, o desenvolvimento de estratégias de intervenção organizacional de aplicação ao contexto prático e que contribuam para a melhoria da segurança do utente neste momento específico da prestação de cuidados.

A implementação de estratégias de intervenção organizacional em saúde depende, clara e inequivocamente, do desenvolvimento de estudos aprofundados que permitam não só justificar a sua necessidade mas, também, estrutura-la, dar-lhe forma e sentido. Estes estudos fornecem fundamentação à implementação de medidas concretas para a melhoria organizacional e sem eles qualquer intervenção careceria da necessária consistência técnica, não podendo ser estruturada com qualquer grau de rigor.

Na realidade, a construção de modelos que permitam a melhoria dos processos de trabalho pode considerar-se, actualmente, como uma das principais prioridades no campo da intervenção organizacional em saúde. Por essa razão, importa construir uma adequada sustentação teórica e técnica, para que estes modelos de intervenção se possam constituir como um marco realmente decisivo na mudança organizacional. Esta melhoria deve basear-se por isso e de forma cada vez mais intensa, nos resultados obtidos pela evidencia científica. Podemos considerar que sem ela, os necessários esforços de transmutação das organizações de saúde serão, provavelmente, estéreis.

Como catalisador do movimento de melhoria em saúde e como base de inspiração para modelos sérios e actuais de intervenção nas organizações devemos encontrar uma forte orientação organizacional para o utente. Esta orientação deve conferir sentido à missão da organização, aos seus objectivos, e deve, também, emergir quando existe a necessidade de desenhar ou melhorar processos de trabalho instituídos (Davis, 2006). Processos estes que muitas vezes se podem encontrar insuficientemente preparados para a consecução dos objectivos para que foram idealizados (Donaldson, 2008).

Esta consideração para com a importância do utente vai também ao encontro das expectativas de uma população cada vez mais atenta à sua própria saúde e cada vez mais interessada em se sentir incluída nos momentos de prestação de cuidados. Sem esta consideração para com a centralidade do utente, que detém inclusivamente bastante sentido do ponto de vista concorrencial (Davis, 2006), caminhamos necessariamente para a obtenção de piores resultados organizacionais e para a concretização do afastamento entre utente e organizações de saúde. Por esta razão, acreditamos ser necessário privilegiar a construção de um novo entendimento sobre os processos de trabalho em saúde, onde o utente seja considerado peça central e *stakeholder* privilegiado. Acreditamos que esta deve ser a base para a construção de uma melhor resposta e desempenho por parte das organizações de saúde.

Como conceito agregador desta preocupação para com o utente encontramos, actualmente, a questão da segurança em cuidados de saúde. Este é um tema extremamente actual e cuja pertinência se encontra largamente demonstrada. Apesar de não gozar ainda de uma utilização consensual no tecido organizacional da saúde em Portugal (Fragata & Martins, 2004; Sousa, 2006), a temática da segurança do utente desempenha um papel fundamental para a construção de organizações verdadeiramente orientadas para o utente. Na realidade, atingir melhores resultados no campo da segurança do utente afigura-se como o passo essencial para a melhoria da qualidade geral de cuidados de saúde (Institute of Medicine, 2001).

Esta caminhada para a qualidade, requer uma verdadeira mudança cultural, requer uma valorização global da segurança ao nível das organizações de saúde e a sua constituição como um indicador para a qualidade. Isto permitirá avaliar, de forma concreta, os resultados obtidos a nível organizacional, permitindo assim melhorar processos de trabalho que não se encontrem convenientemente desenhados para a manutenção da segurança do utente. Ou seja, para a manutenção da qualidade.

Para que isto seja possível é necessário um esforço sistemático de todos os *stakeholders* organizacionais e a criação de uma verdadeira cultura *pró segurança*, de tal forma que a mesma passe a ser considerada uma questão fundamental tanto no discurso como na engenharia da qualidade. Para que isso possa ocorrer exige-se que se proceda a uma avaliação e ao eventual redesenhar de alguns processos de trabalho que se podem encontrar relacionados com falhas graves na manutenção da segurança do utente.

Nesta perspectiva assume especial interesse o momento de transferência de informação entre enfermeiros. Isto devido à sua omnipresença na prática de cuidados em enfermagem e ao seu papel na manutenção da continuidade dos mesmos e consequentemente na manutenção da segurança do utente em cuidados de saúde.

A nível internacional existe uma vasta nomenclatura para designar o momento de transferência de informação entre enfermeiros, ou seja, e como refere Friesen, Susan & Byers (2008, p. 1): “Existem um número de termos para descrever o processo de transferência de informação”<sup>1</sup>. Em Portugal este momento é geralmente designado como momento de passagem de turno, ou passagem de ocorrências. Neste trabalho utilizamos a designação: **passagem de turno** por ser a adoptada pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses para o momento de transferência de informação que ocorre no final de cada jornada de trabalho (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2001).

No âmbito deste trabalho procuramos assim centrar-nos na relação existente entre o momento de transferência de informação dos profissionais de enfermagem (a designada: passagem de turno) e a manutenção da segurança do utente. Isto porque este momento de comunicação assume hoje uma elevada importância e um papel

---

<sup>1</sup> *There are a number of terms used to describe the handoff process, such as handover, sign-out, signover, cross-coverage, and shift report*

central na temática da segurança e o seu estudo é considerado como fundamental para a melhoria dos resultados organizacionais (World Health Organization, 2007). Na realidade, a transferência de informação entre profissionais de saúde, neste caso entre enfermeiros, é um dos temas que mais relevo apresenta na área da segurança do utente. A importância do momento de passagem de turno em enfermagem para uma efectiva continuidade de cuidados e para a consequente manutenção da segurança do utente é afirmada e reconhecida no contexto internacional de uma forma praticamente consensual (Friesen et al., 2008).

A relevância desta questão levou organizações de controlo da qualidade em saúde de todo o mundo a definirem formas de melhorar da eficácia deste momento. Este é um passo importante para a manutenção da segurança do utente e para a melhoria global dos cuidados prestados pelas organizações de saúde.

Este trabalho procura contribuir para a enunciação de recomendações de aplicação prática ao momento de passagem de turno que forneçam suporte para a melhoria da segurança do utente no Hospital de São Francisco Xavier.

Assim, considerámos da maior importância desenvolver um estudo que permitisse observar o contexto prático de prestação de cuidados em enfermagem nesta organização de forma a compreender a natureza da relação entre a segurança do utente e o momento de passagem de turno de uma forma mais particular.

Definimos como pergunta de investigação: **Que medidas poderiam ser implementadas no momento de passagem de turno no Hospital de São Francisco Xavier, segundo a percepção dos enfermeiros prestadores de cuidados, para a melhoria da segurança do utente?**

O nosso objectivo geral, para este trabalho era compreender a percepção dos enfermeiros prestadores de cuidados sobre a eficácia do momento de passagem de turno no Hospital de São Francisco Xavier e que medidas poderiam ser implementadas neste processo de trabalho para a melhoria da segurança do utente.

Os nossos objectivos específicos eram:

- Compreender a estrutura da passagem de turno em enfermagem no Hospital de São Francisco Xavier;
- Compreender a percepção dos enfermeiros prestadores de cuidados sobre a eficácia da passagem de turno no Hospital de São Francisco Xavier;
- Identificar os factores que influenciam a eficácia da passagem de turno;
- Enunciar sugestões de intervenção com base na percepção dos enfermeiros e nos achados do estudo que permitam melhorar o momento de passagem de turno em enfermagem nesta organização de saúde, sob o ponto de vista da segurança do utente.

Este trabalho procura, desta forma, contribuir para a melhoria das condições e resultados relacionados com a segurança do utente e conseqüentemente para a melhoria global da qualidade dos cuidados prestados por esta organização de saúde.

Iniciamos este trabalho realizando uma abordagem conceptual sobre o tema, enquadrando-o no nível actual de conhecimentos com recurso à revisão bibliográfica. Neste processo de conceptualização são abordados temas como a segurança do doente e a qualidade dos cuidados, realizamos a discussão sobre as diferentes abordagens ao conceito de erro, sobre o papel da enfermagem na segurança do utente e a importância da passagem de turno para a mesma. Em seguida apresentamos a metodologia utilizada, os objectivos e o desenho do estudo. Por fim, serão apresentados e discutidos os resultados, salientando as principais conclusões e sugestões de intervenção no contexto prático.

## 1. A SEGURANÇA DO UTENTE ENQUANTO FUNDAMENTO PARA A INTERVENÇÃO EM SAÚDE

A complexidade introduzida na prestação de cuidados de saúde pela evolução das ciências médicas, pela crescente atenção mediática e pelo desenvolvimento de uma consciência social com forte poder reivindicativo tem vindo a obrigar as organizações de saúde à criação e implementação de estratégias de potenciação da qualidade de cuidados (Fragata & Martins, 2004). Esta consideração para com a qualidade e a procura constante da sua melhoria é um imperativo moral que preside às organizações de saúde e uma escolha inteligente no quadro de competitividade global hoje instituído (Fragata & Martins, 2004; Sousa, 2006). Por esta razão, a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de saúde assume um papel preponderante tendo em conta os desafios sociais hoje presentes.

A qualidade foi tema de dissertação para os antigos filósofos, como Aristóteles ou Platão, que a descreveram e a tornaram um dos conceitos com maior implementação e importância no moderno mundo ocidental. No entanto, muitas das definições de qualidade detêm, ainda hoje, um carácter tendencialmente abstracto, quase filosófico: “Qualidade é o equilíbrio óptimo entre as possibilidades reconhecidas e um conjunto de normas e valores”<sup>2</sup>, (Mitchell, 2008, p. 1). Ou seja, este conceito apresenta-se ainda, muitas vezes, como uma abstracção do intelecto humano e não se constitui (por essa razão) como uma entidade concreta e mensurável (Mitchell, 2008).

Apesar do conceito de qualidade ser actualmente utilizado de forma transversal, pelas diversas disciplinas que partilham o espaço pluridisciplinar dos cuidados de saúde, este é considerado pouco relevante para a construção de estratégias de intervenção organizacional quando considerado de forma isolada (Mitchell, 2008).

A abordagem mais recente realizada pelo *Institute of Medicine* (IOM), nos Estados Unidos da América (EUA) para a definição do conceito de qualidade procura o estabelecer de dimensões conceptuais, ou seja: “os cuidados de qualidade são seguros, efectivos, centraram-se no utente, são prestados em tempo útil, são eficientes e equitativos”<sup>3</sup> (Mitchell, 2008, p. 1). Neste trabalho concentramo-nos nos aspectos relacionados com a segurança dos cuidados de saúde.

A definição de estratégias de intervenção em saúde necessita de se fundamentar em conceitos claramente definidos e sistematizados (Runciman et al., 2009), e desta forma o conceito de *segurança do utente* adquire valor acrescentado, fornecendo um contributo importante face a esta necessidade de consubstanciação (Mitchell, 2008). Segundo muitas das principais entidades de promoção da qualidade em saúde, este

---

<sup>2</sup> Quality [is] an optimal balance between possibilities realized and a framework of norms and values

<sup>3</sup> Quality care is safe, effective, patient centered, timely, efficient, and equitable.

conceito apresenta-se como: “Indistinguível da prestação de cuidados de saúde de qualidade”<sup>4</sup> (Aspden, Corrigan, Wolcott & M. Erickson, 2004, p. 5). Com isto corrobora o IOM que considera a segurança do utente como a fundação em que se devem suportar as outras dimensões da qualidade de cuidados (Mitchell, 2008).

O conceito de segurança do utente foi definido como a ausência de dano causado pelas organização de saúde, ao utente, de forma acidental (Kohn, Corrigan & Donaldson, 1999); como: “O modo como os serviços de saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados” (Joint Commision International, 1993 como citado em Sousa, 2006, p. 310); e ainda como: “a prevenção do dano para o utente”<sup>5</sup> (Mitchell, 2008, p. 2).

Em 2008 a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conjunto com a Comissão das Comunidade Europeias, afirmou que o conceito de segurança do utente procura, em última análise, a construção de um ambiente que permita : “não os expor [os utentes] inutilmente a perigos reais ou potenciais no decurso da prestação de cuidados de saúde” (Comissão das Comunidades Europeias, 2008, p. 2)

No sentido de criar um maior grau de consenso quanto à definição deste conceito e para que o mesmo possa cumprir a sua função de auxiliar a criação de estratégias de intervenção em saúde Runciman et al. (2009, p. 21) sugere como definição internacional para o conceito de segurança do utente: “a redução, para um mínimo aceitável, do risco de ocorrência de um mal desnecessário.”<sup>6</sup>

Numerosos estudos têm vindo a contribuir para a valorização da temática da segurança a nível internacional demonstrando a gravidade e extensão das falhas actualmente existentes em muitas organizações de saúde (Aspden et al., 2004).

Em 1999 o IOM publicou o relatório: “*Errar é Humano: construir um sistema de saúde mais seguro*”<sup>7</sup> que desocultava a possibilidade de ocorrerem entre 48.000 e 98.000 mortes devido a erros nas organizações de saúde nos EUA (Aspden et al., 2004). Este relatório concluía, igualmente, que muitos dessas mortes poderiam ter sido evitadas (Aspden et al., 2004; Donaldson, 2008). Como consequência foram aprovadas leis em cerca de 15 estados norte-americanos que tornaram obrigatório o reporte de problemas relacionados com a segurança do utente (Sousa, 2006).

No ano 2000, o relatório: “*Organizações com Memória*”<sup>8</sup> (Reino Unido) apontava para a ocorrência de problemas relacionados com a segurança em cerca de 10% das admissões hospitalares, o que corresponderia a cerca de 850.000 incidentes por ano (Department of Health, 2000). Além disso foi também estimada a ocorrência de 400 mortes ou ferimentos graves devido a falhas com equipamento médico e um custo

---

<sup>4</sup> Patient safety is indistinguishable from the delivery of quality care

<sup>5</sup> The prevention of harm to patients

<sup>6</sup> the reduction of risk of unnecessary harm associated with healthcare to an acceptable minimum

<sup>7</sup> To Err is Human: Building a Safer Health System

<sup>8</sup> An Organization with a memory



aproximado de 2 biliões de libras devido ao aumento das estadias em meio hospitalar além do tempo previsto (Department of Health, 2000).

Na Austrália um estudo realizado por Wilson (1995 como citado em Fragata & Martins, 2004) constatou que o erro médico provoca mais de 18.000 mortes e mais de 50.000 doentes incapacitados por ano.

Na generalidade os dados de estudos realizados em vários países apontam para: “taxas de ocorrência de eventos adversos que variavam entre 4% e 17% do total de admissões” (Sousa, 2006, p. 314). Também a própria comissão das Comunidades Europeias (2008, p.2) alertou recentemente: “Se bem que limitado, o volume de dados que sustentam a prevalência e incidência dos acontecimentos adversos nos sistemas de saúde dos Estados-Membros da UE tem vindo a aumentar”.

Os dados apresentados demonstram, de forma bastante clara, que os problemas relacionados com a segurança do utente, na sua interacção com as organizações de saúde, se podem considerar um sério e urgente problema de saúde pública (Department of Health, 2000; Aspden et al., 2004; Sousa, 2006)

Devido ao reconhecimento da importância da segurança para a melhoria das respostas organizacionais em saúde, o estudo desta temática adquiriu uma elevada dimensão internacional e conseqüentemente o desenvolvimento de intervenções para a melhoria organizacional tem vindo a estabelecer-se como prioritária em vários contextos internacionais (Sousa, 2006). Desta forma, o tema da segurança é hoje considerado como uma verdadeira prioridade a nível internacional tanto que, conforme afirma Sousa (2006, p. 312): “O tema da segurança dos doentes tornou-se, na última década, uma questão central nas agendas de muitos países, um pouco por todo o mundo”.

Por essa razão, varias organizações e movimentos têm sido criados com o objectivo de dar resposta às interpelações originadas pela temática da segurança, com o objectivo de criar respostas concretas aos problemas existentes nas organizações.

Assim e segundo Sousa (2006, p.311), destacam-se nesta senda pela melhoria:

- *World Alliance for Patient Safety* (lançada em 2004 pela Organização Mundial de Saúde);
- *High Level Group of Health Services and Medical Care* (que estabeleceu um conjunto de programas e de sistema de relatórios de incidentes com a participação de vários países, incluindo a Suécia, Dinamarca, Holanda, Irlanda, Reino Unido e República Checa)
- Conferência da presidência Luxemburguesa da União Europeia em 2005 – *Luxembourg Presidency conference on Patient Safety*;
- A reunião final do *HOPE Exchange Programme 2005*, promovida pelo *HOPE – European Hospitals and Healthcare Federation*, que teve lugar em Cardiff, sob o tema *Patient Safety: Learning, Sharing, Improving*.

No entanto, e apesar da quase omnipresença do tema segurança a nível internacional (em especial em países como os EUA; Austrália e Reino Unido), em Portugal este assunto aparenta estar ainda olvidado em muitos contextos

organizacionais. Tanto que: “não é conhecida a verdadeira dimensão nem as consequências associadas às *falhas* na segurança dos doentes” (Sousa, 2006, p. 312). Na realidade existe ainda, em Portugal, a “falta de uma estratégia nacional explícita para esta problemática” (Sousa, 2006, p. 312).

Uma das referências mais recentes a esta problemática a nível nacional encontra-se no relatório: Governança dos Hospitais: Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT, onde se afirma a convicção de que: “em cada 100 internamentos hospitalares 10 se complicam por um qualquer erro, com dano para os doentes” (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., 2009, p. 16). Se houver verificação destes dados Portugal encontra-se em linha com a generalidade dos países onde existem dados concretos sobre a temática.

Por analogia aos dados internacionais “seria possível estimar entre 1.300 e 2.900 o número de mortes anuais, provocados por erros médicos”<sup>9</sup> (Fragata & Martins, 2004, p. 29). Estes números são da mesma ordem de grandeza que o número de mortes em acidentes de viação durante o ano de 2002 (Fragata & Martins, 2004).

Por essa razão assumem particular importância os esforços de melhoria levados a cabo pelas próprias organizações de saúde. Ou seja, o estudo dos problemas específicos que cada organização de saúde enfrenta e a construção de estratégias de resposta adequadas é considerada como fundamental para a melhoria global dos resultados relacionados com esta temática (Henriksen, Dayton, Keyes, Carayon, & Hughes, 2008).

Desta forma é importante e necessário que as organizações de saúde caminhem para a construção de intervenções que se baseiem na promoção da segurança do utente. Assim, é importante que as mesmas desenvolvam intervenções que permitam o estudo e prevenção da ocorrência dos chamados **eventos adversos**, ou seja de: “todo o efeito não desejado que resulta da intervenção dos cuidados de saúde ou da sua falta, mas não da doença ou do estado do utente.” (Fragata & Martins, 2004, p. 316).

É verdadeiramente importante que as organizações reflitam sobre o seu *modus operandi* e através dessa análise se preocupem em construir estratégias de intervenção que permitam combater este tipo de ocorrência (Runciman et al., 2009)

Tal como outro tipo de organizações altamente complexas (como centrais nucleares ou centros de controlo de tráfego aéreo, por exemplo), as organizações de saúde detêm uma relevância tal para a vida das pessoas que devem assumir uma postura de procura constante de formas de melhoria da sua acção, de melhoria da sua fiabilidade (Fragata & Martins, 2004; Henriksen et al., 2008).

Fragata & Martins (2004) referem-se às organizações altamente fiáveis como sendo organizações capazes de lidar com os riscos naturalmente inerentes ao seu funcionamento e atingir os seus objectivos mantendo boas performances mesmo quando expostas a ocorrências inesperadas. Assim, a procura da segurança centra-se no todo

---

<sup>9</sup> Compreendidos pelo autor como erros em cuidados de saúde.

que a organização constitui e no sistema de trabalho que a mesma representa, na construção de uma robustez organizacional que permita enfrentar os riscos inerentes à prática diária e minorar os danos quando estes ocorrem. A melhoria da segurança advém assim de uma compreensão sistémica da organização de saúde (Reason, 2002; Sousa, 2006; Fragata, 2008).

Em síntese, as expectativas sociais sobre a prestação de cuidados de saúde e sobre o funcionamento das organizações cresceu fortemente. O insucesso deixou de ser compreendido como obra do destino e as falhas na segurança deixaram de ser ignoradas pela população. A preocupação com a qualidade passa assim a ser uma necessidade e um desafio crescente para a gestão em saúde. Considerar a segurança como fundamental permitirá assegurar que a prestação de cuidados de saúde corresponde às expectativas dos utentes, isto porque: “Cada vez mais a Qualidade se define pelo encontro entre o serviço prestado e a expectativa dos utentes, não sendo mais a qualidade um standard abstracto mas a gestão do desejável encontro entre o nível dos serviços e o teor das expectativas geradas” (Fragata & Martins, 2004, p.18).

## 2. COMPREENDER O CARÁCTER SISTÉMICO DOS PROBLEMAS DE SEGURANÇA

Apesar de se verificar uma maior preocupação com o risco naturalmente associado à prática de cuidados de saúde, a gestão do mesmo assenta ainda, frequentemente, em filosofias desadequadas que se centram na culpabilização do indivíduo e esquecem o papel fundamental que os próprios sistemas de trabalho detêm na manutenção da segurança (Fragata & Martins, 2004; Henriksen et al., 2008).

Compreender os problemas de segurança em saúde requer uma compreensão dos factores que se encontram relacionados com a sua origem. A ocorrência de problemas nas segurança do utente, de eventos adversos na prestação de cuidados, pode ser atribuída à ocorrência de **erro** a nível organizacional (Fragata & Martins, 2004).

O erro pode compreender-se, na perspectiva da organização, como: “falha na consecução de uma acção planeada como desejado ou aplicação de um plano desadequado”<sup>10</sup> (Runciman et al., 2009, p. 22) e não, apenas, como um acto protagonizado por um indivíduo de forma irregular. Tal como Pepper (citado por Cassiani & Miasso, 2000, p. 24) refere: “um indivíduo raramente é a única causa de um erro (...) os erros deveriam ser considerados como falhas de sistemas, ao invés de falhas do indivíduo”.

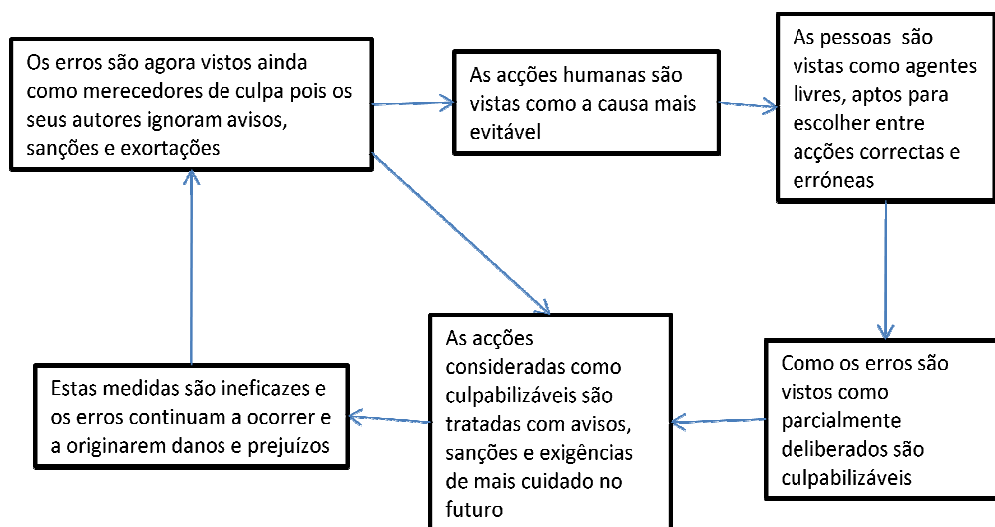
A **abordagem individual** sobre a ocorrência do erro organizacional assenta no pressuposto de que: “as pessoas são consideradas indivíduos livres e com vontade própria, os seus erros são vistos como acções voluntárias e, como tal, susceptíveis de serem alvos de avisos, sanções e admoestações” (Fragata & Martins, 2004, p.149). Segundo Sousa (2006, p. 312) esta perspectiva encontra-se muito presente no nosso país onde predomina: “uma cultura de culpabilização e ostracismo perante as falhas e suas potenciais consequências, em detrimento de uma cultura de análise e aprendizagem a partir das mesmas”

Assim, os problemas de segurança existentes nas organizações de saúde são dissecados à luz do erro individual seguindo um verdadeiro ciclo de culpa (**Figura 1**) que é emocionalmente satisfatório, pois conduz à punição daquele que errou, mas que do ponto de vista da gestão organizacional se torna insuficiente por não ajudar a constituir qualquer tipo de aprendizagem ou melhoria a partir do mesmo (Fragata & Martins, 2004).

---

<sup>10</sup> An error is a failure to carry out a planned action as intended or application of an incorrect plan

Figura 1 – Esquema que ilustra o Ciclo da Culpa.



Fonte: Reason (1997, como citado em Fragata & Martins, 2008, p.149).

A abordagem individual sobre a ocorrência de problemas na segurança do utente encontra-se particularmente presente nas organizações de saúde, tanto que: “Os profissionais de saúde têm habitualmente compreendido o erro como um sinal de incompetência individual ou desleixo”<sup>11</sup> (Donaldson, 2008, p. 2)

Por esta razão, importa salientar que a abordagem individual aos problemas de segurança geralmente não contribui para a resolução dos mesmos, conduzindo apenas à recriminação do indivíduo envolvido o que cria dificuldades para a desocultação das falhas existentes ao nível dos processos de trabalho. Com esta visão corrobora a própria Ordem dos Enfermeiros que alerta (referindo-se à questão do erro): “Acredita-se que a situação de sub-informação se deve ao receio de punição seja em forma de sanções, pelo receio de perda de emprego ou desaprovação dos colegas.” (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2006, p. 7).

A **abordagem sistémica** do erro no seio da organização procura criar um novo entendimento sobre a ocorrência de eventos adversos na segurança do utente e procura analisar este fenómeno de forma pragmática. Isto não exclui a eventual necessidade de responsabilização do indivíduo em causa, mas procura, sobretudo, causas latentes no sistema de trabalho de forma a actuar: “corrigindo os circuitos em falta e promovendo mecanismos de segurança que tornem menos provável que outros errem e, caso errem, permitam que os erros cometidos causem o menos dano possível” (Fragata & Martins, 2004, p.41).

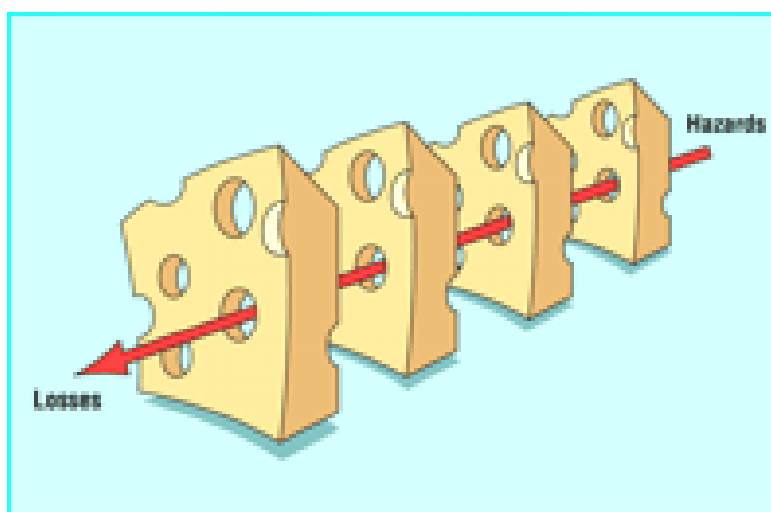
Assim e apesar do processo de análise das organizações enquanto sistemas complexos não ser natural para os profissionais de saúde, é importante sublinhar a importância deste tipo de entendimento para a melhoria da segurança do utente (Fragata

<sup>11</sup> Health care professionals have customarily viewed errors as a sign of an individual’s incompetence or recklessness

& Martins, 2004; Henriksen et al., 2008). Isto porque: “A melhoria da segurança surge da atenção dada aos frequentemente múltiplos factores latentes que contribuem para o erro e em alguns casos para danos sérios”<sup>12</sup> (Donaldson, 2008, p. 4).

Para ilustrar este carácter sistémico, Reason (2002) propôs o modelo do Queijo Suíço (Figura 2) onde se apresentam os problemas na segurança como o resultado de uma sucessão de falhas que quando se alinham provocam a ocorrência do erro e consequentemente possibilitam a ocorrência de eventos adversos na segurança do utente.

**Figura 2 – O modelo do Queijo Suíço de Reason**



Fonte: Reason (2002)

Segundo Reason (2002), para que se dê a ocorrência de um erro é necessária a existência e combinação de **falhas activas** e de **condições latentes**.

Assim, podemos considerar segundo Fragata & Martins, (2004, p. 46): Falhas activas: “os erros e as violações cometidas pelos que estão em contacto directo com a interface homem-sistema”. Estas falhas geralmente reproduzem efeitos imediatamente visíveis. Nas falhas activas há que fazer a distinção entre as falhas ditas “honestas” que estão naturalmente associadas à falibilidade humana e as violações que se associam à negligencia profissional e que por isso devem ser passíveis de punição.

As condições ou falhas latentes devem ser compreendidas como: “as acções tomadas mais a montante da organização e do sistema. Respeitam ao design do edifício e equipamentos, à estrutura, ao planeamento e aos recursos da organização.” (Fragata & Martins, 2004, p. 46).

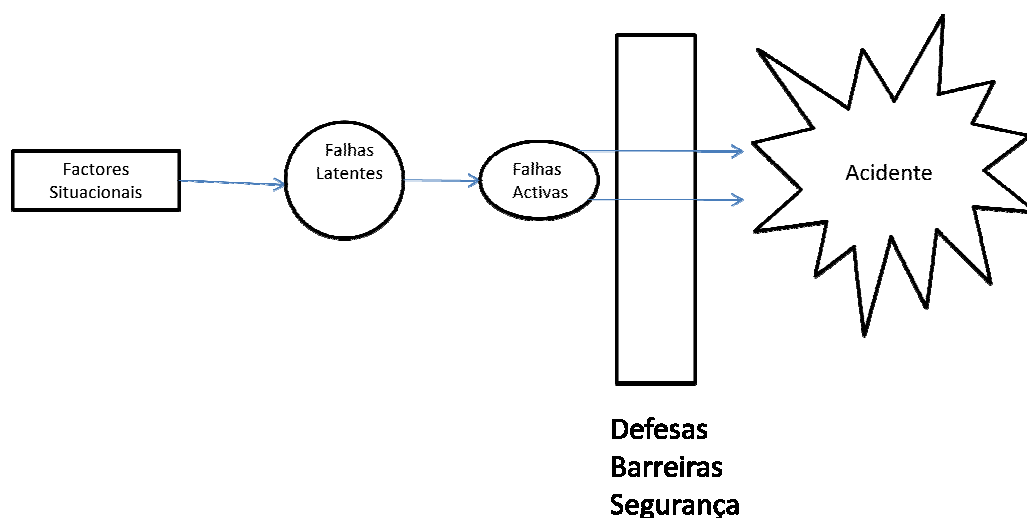
Assim, as falhas latentes são decisões tomadas por aqueles que não intervêm directamente no sistema mas que têm potencial de introduzir falhas no mesmo (administração, chefias, etc.). De notar que Reason (1994 como citado em Fragata &

<sup>12</sup> Improving safety, arises from attention to the often multiple latent factors that contribute to errors and in some cases, to injury

Martins, 2004, p. 75) refere: “o ponto chave a reter é que as falhas latentes são inevitáveis e estarão sempre presentes em qualquer sistema complexo”.

Assim, nas organizações de saúde, tal com em outras organizações altamente complexas existem elementos de vulnerabilidade que residem na própria estrutura do sistema e que facilitam a ocorrência de eventos adversos (**Figura 3**). A conjugação entre estes elementos de vulnerabilidade e a falibilidade naturalmente associada aos humanos – *errare humanum est*<sup>13</sup> - propicia a ocorrência de eventos adversos (Fragata & Martins, 2004).

**Figura 3** – Esquema que ilustra a trajetória do acidente médico tipo.



Fonte: Fragata (2004, p.45).

Por esta razão, para a intervenção na segurança a nível organizacional, é necessário considerar que os erros cometidos no âmbito da organização de saúde e a ocorrência de eventos adversos na segurança não correspondem, necessariamente, a uma falha ou defeito inerente à capacidade técnica ou a uma simples falta de profissionalismo (Donaldson, 2008). Estes fenómenos representam antes, geralmente, a manifestação de uma *falha no sistema*, ou seja: “uma falha, brecha ou disfunção nos métodos operacionais de uma organização, nos seus processos ou infra-estruturas”<sup>14</sup> (Runciman et al., 2009, p. 22). Esta constatação é da máxima importância para o estabelecer de medidas de gestão efectivas.

Desta forma, torna-se fundamental que os eventos adversos sejam compreendidos como um marcador (um sinal), da existência de um sistema que não se encontra preparado para cumprir a função que deveria desempenhar, uma vez que, como refere Henriksen et al. (2008, p. 3): “cada sistema está perfeitamente desenhado para a consecução dos resultados que obtém”<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> Errar é Humano.

<sup>14</sup> a fault, breakdown or dysfunction within an organization's operational methods, processes or infrastructure

<sup>15</sup> each system is perfectly designed to achieve exactly the results that it gets

Assim e tal como Hughes (2008, p. 2) refere: “a segurança e a qualidade dos cuidados pode ser melhorada tornando os sistemas responsáveis, redesenhando sistemas e processos de forma a minorar o efeito do factor humano e usando estratégias de melhoria”<sup>16</sup>.

Para isso impõem-se uma alteração substancial na conceptualização dos processos de trabalho e nos sistemas de prestação de cuidados. Alteração que se deve basear, fundamentalmente, num estudo sério sobre os factores que, de forma latente, se interpõem na manutenção da segurança do utente e numa intervenção congruente que venha minorar a sua importância para o despoletar de incidentes na segurança (Henriksen et al., 2008).

Esta mudança na perspectiva com que entendemos os problemas relacionados com a segurança pode constituir a diferença na construção de práticas de gestão realmente adequadas aos contextos de actuação e aos problemas existentes (Sousa, 2006; Henriksen et al., 2008).

Assim, é importante que as organizações de saúde intervenham de forma proactiva com o intuito de analisar os processos de trabalho instituídos de forma a diminuir as hipóteses de ocorrência de incidentes graves na segurança. Apesar de se considerar impossível assegurar a extinção do erro profissional nas organizações de saúde (Hughes, 2008), é possível: “alterar as condições de trabalho para que o potencial de ocorrência de erros seja reduzido e os efeitos da ocorrência desses mesmos erros contida”<sup>17</sup> (Reason 1990 como citado em Hughes, 2008, p.2).

Tendo em conta o exposto é manifestamente importante que a construção de práticas de segurança e as intervenções de gestão se alicercem na convicção de que a ocorrência de eventos adversos segurança pode ser controlada se as organizações agirem de forma proactiva e se analisarem os factores e problemas que subsistem nos seus sistema de trabalho.

A este trabalho interessam, principalmente, os factores latentes que se multiplicam de forma muitas vezes desconhecida nos processos de trabalho instituídos e que como vimos contribuem activamente para a potenciação do erro, enquanto fenómeno organizacional e para a ocorrência de eventos adversos na segurança. Consideramos que esta óptica de análise, que se concentra na perspectiva sistémica sobre a ocorrência de problemas na segurança, é a mais adequada à correcta identificação dos problemas organizacionais passíveis de intervenção. Bem como ao encontrar de estratégias e melhoria e à construção de sugestões de intervenção. Assim, este trabalho cursa sobre os factores que poderão originar erro organizacional e consequentemente eventos adversos na segurança do utente.

---

<sup>16</sup> safety and quality of care would be improved by holding systems accountable, redesigning systems and processes to mitigate the effects of human factors, and using strategic improvements

<sup>17</sup> change the working conditions so that the potential for errors is reduced and the effect of errors that do occur is contained



### 3. ENFERMAGEM: COMPETÊNCIAS PARA A SEGURANÇA DO UTENTE

O esforço para a manutenção da segurança do utente encontra-se presente desde o início da prática de cuidados de enfermagem. Tanto que, em 1855, *Florence Nightingale* conseguiu uma redução significativa na mortalidade dos soldados Britânicos através da análise e alteração de algumas práticas organizacionais e de higiene (Lohr, 1990).

O papel do profissional de enfermagem, no que toca ao garantir da segurança do utente foi, no passado, apenas considerado de forma pouco abrangente e as suas funções observadas de forma limitada (geralmente apenas no que toca ao evitar de erros relacionados com a medicação e quedas dos utentes) (Mitchell, 2008). Apesar disso, hoje compreendemos com outra profundidade o papel do profissional de enfermagem no campo da segurança e observamos com mais seriedade as suas funções (Mitchell, 2008). Na realidade, o estadio actual de conhecimentos sobre a temática da segurança nas organizações de saúde dá evidencia clara à importância da enfermagem para a vigilância e para a coordenação de estratégias que reduzam o número de eventos adversos (Mitchell, 2008).

Sobre o tema da segurança do utente a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2006, p. 9) refere: “a inevitabilidade da sua discussão entre nós (...). Designadamente, na análise de casos e no desenvolvimento de linhas de investigação que permitam sustentar as acções e as eventuais necessidades de mudança.”

A importância do profissional de enfermagem para a segurança do utente tem sido referida pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses, quer através do Código Deontológico do Enfermeiro, quer através da sua tomada de posição sobre esta temática. Assim, a mesma explicita, na sua Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente, a necessidade de o enfermeiro agir em contexto de cuidados segundo o princípio da *precaução* e da *responsabilidade*. Segundo esta instituição estes deveres resultam: “de um dever para com a essência da humanidade, a possibilidade de existência, de criação de condições para as gerações futuras” (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2006, p. 3). Esta entidade enuncia igualmente o dever de *prevenção* que: “apela a acautelar um risco *antes de*, ou seja, quando a periculosidade é incerta, potencial”; e ainda a virtude da *prudência* que “implica deliberar bem” (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2006, p. 3).

Como forma de concretizar medidas mais concretas a Ordem dos Enfermeiros aponta, também, o Código Deontológico do Enfermeiro onde encontramos múltiplas referências à segurança das pessoas (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2006). Esta obra indica, como competência do enfermeiro de cuidados gerais (segundo o ponto 12 da Prática segundo a Ética): “Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente” (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2004, p. 18)

Além disso, esta instituição refere ainda sobre a Gestão dos Cuidados, ser função do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2004, p. 22):

- “68- Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco;
- 69- Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais;
- 70- Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas;
- 71- Implementa procedimentos de controlo de infecção;
- 72- Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.”

Entidades como *International Council of Nurses* (ICN) “reconhecem o papel do profissional de enfermagem no assegurar da protecção do público<sup>18</sup>” (International Council of Nurses, 2006).

Explicitando, o ICN afirma a segurança como sendo: “fundamental à qualidade da saúde e do cuidado de enfermagem”<sup>19</sup> e que “os enfermeiros dão resposta aos aspectos relacionados com a segurança do utente em todos os momentos de cuidados”<sup>20</sup> (International Council of Nurses, 2002). Isto inclui informar o utente e outros profissionais de saúde acerca do risco e das formas possíveis para a sua redução; agir em defesa do utente e reportar a ocorrência de eventos adversos.

Assim, o enfermeiro assume papel central na manutenção da segurança do utente em todos os momentos de cuidados e a sua actuação pode, por essa razão, condicionar de forma decisiva os resultados obtidos através da prestação dos mesmos.

Por essa razão o ICN (2002) apresenta como sendo da responsabilidade dos enfermeiros e associações de enfermeiros:

- “Informar o utente e família sobre potenciais riscos;
- Reportar incidentes adversos às autoridades apropriadas;
- Ter papel activo no assegurar da segurança e qualidade dos cuidados
- Melhorar a comunicação com os utente e outros profissionais de saúde;
- Exigir um rácio enfermeiro/doente adequado;
- Apoiar medidas que melhorem a segurança do utente;
- Exigir políticas de tratamento estandardizadas e protocolos de actuação que minimizem o erro”

Este conjunto de enunciações demonstra a importância do papel do enfermeiro para a manutenção da segurança do utente. Assim, este profissional representa um dos mais importantes garantes da segurança em contexto da saúde e a sua acção detém grande transversalidade e profundidade na maioria dos contextos de prestação de

---

<sup>18</sup> The International Council of Nurses (ICN) and its member organizations believe that the overriding purpose of assuring the continuing competence of nurses is the protection of the public

<sup>19</sup> Patient safety is fundamental to quality health and nursing care

<sup>20</sup> Nurses address patient safety in all aspects of care.

cuidados, sendo através do mesmo que se operacionalizam a maioria dos actos terapêuticos (Hughes, 2008; Mitchell, 2008). Por essa razão: “os enfermeiros têm um papel crucial na identificação de situações de risco bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados” (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2006).

Sabe-se, por exemplo que: “a equipa de enfermagem é capaz de interceptar até 86% dos erros de medicação”<sup>21</sup> (Leape et al., 1995, p. 37) associados com a prescrição, transcrição e dispensa de fármacos. Isto demonstra o poder real que o profissional de enfermagem detém para a manutenção da segurança

Apesar da sua função central na prevenção e manutenção da segurança do utente, diversos factores têm sido identificados como conducentes ao dificultar desta acção. Assim, factores como baixos rácios enfermeiro/utente (Clarke & Donaldson, 2008); uma ambiente físico desadequado (Reiling, Murphy & Huges, 2008); o envelhecimento populacional (Jennings, 2008); a alteração constante das políticas para a saúde (Jennings, 2008); a instabilidade no trabalho e o baixo reconhecimento social (Jennings, 2008) interferem, de forma reconhecida, no exercício profissional dos enfermeiros e podem, de forma mais ou menos directa, concorrer para a diminuição da segurança do utente. Isto pelos entraves que colocam ao correcto desenvolvimento do exercício profissional de enfermagem.

Além dos já citados é ainda referido a crescente complexidade dos sistemas de trabalho em saúde e a dificuldade que os enfermeiros podem sentir em se adaptar a contextos e processos de funcionamento para os quais não tiveram suficiente formação. Ou seja, e como sintetiza Henriksen et al. (2008, p.3): “Infelizmente hoje podemos receber uma soberba educação médica ou em enfermagem e mesmo assim receber muito pouca instrução sobre a natureza dos sistemas que irão influenciar e moldar cada momento da nossa vida profissional”<sup>22</sup>.

Todos estes condicionantes e a circunstância de extrema proximidade em que o profissional de enfermagem exerce as suas funções coloca-o no designado “*sharp end*” dos cuidados de saúde, correndo, de acordo com Fragata & Martins (2004), o risco de ser responsabilizado por muitas das ocorrências detectadas na segurança do utente.

Tendo isto em conta o ICN (2002) apoia uma abordagem sistémica aos problemas de segurança baseada numa cultura de comunicação e justiça, não culpando os prestadores de cuidados, mas valorizando a implementação de medidas de melhoria do sistema e de estudo e prevenção dos eventos adversos.

Por essa razão importa, numa perspectiva de intervenção organizacional, compreender sob o ponto de vista da enfermagem, quais os momentos/factores que se apresentam com mais frequência como potenciadores de eventos adversos na

---

<sup>21</sup> Overall, nurses were responsible for 86% of all interceptions

<sup>22</sup> It is unfortunate that today one can receive an otherwise superb nursing or medical education and still receive very little instruction on the nature of systems that will shape and influence every moment of a provider's working life

segurança do utente. Isto porque esta análise e estudo permitirá contribuir para a melhoria dos processos de trabalho instituídos e para a conseqüente melhoria da segurança do utente.

## 4. PASSAGEM DE TURNO EM ENFERMAGEM: FACTOR CRÍTICO PARA A SEGURANÇA

### 4.1. A importância da passagem de turno para a segurança

A importância da comunicação no desenvolvimento da actividade profissional dos enfermeiros é inegável. Na realidade como afirma (Seago, 2008, p. 1): “ensinar comunicação a uma enfermeira é um pouco como ensinar as aves a voar”<sup>23</sup>. Isto porque a maioria das funções do enfermeiro dependem de algum grau de comunicação com o utente que é alvo de cuidados, ou com outros profissionais de saúde (Friesen et al., 2008).

O processo de comunicação envolve alguns actores fundamentais. Os trabalhos de *Shannon, Weaver e Scharamm* descrevem este processo como um “fluxo que vai de uma fonte (o emissor) para o receptor” (Chiavenato, 2005, p. 318). Além disso, este processo depende da transmissão de uma mensagem de sentido partilhado e perceptível contendo informação que é transmitida entre os vários colaboradores organizacionais (Chiavenato, 2005). A própria palavra comunicação: “provém do latim (*communis*) que significa tornar comum” (Chiavenato, 2005, p. 316).

Por esta razão, os processos de comunicação são a base que sustenta o funcionamento organizacional. Ou seja e como nos adverte Chivenato (2005, p. 313): “toda a organização funciona a partir dos processos de comunicação”. Por esta razão, torna-se fundamental que o processo de comunicação seja cuidadosamente considerado aquando do estudo dos problemas de segurança do utente, uma vez que é num bom suporte comunicacional que as organizações baseiam o desenvolvimento da maioria das suas funções (Chiavenato, 2005). Sem um adequado processo comunicacional: “as pessoas ficam isoladas e sem contacto entre si” (Chiavenato, 2005, p. 314).

Na prática diária dos enfermeiros, o momento de passagem de turno representa um momento de comunicação privilegiado mas extremamente complexo (Friesen et al., 2008). Isto porque se trata de: “um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objectivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação.” (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2001). A passagem de turno pode assim ser considerada um processo de construção de lógicas partilhadas pelos diversos intervenientes no processo (enfermeiros). Ou seja, é uma forma de construir um entendimento sobre o real, constituindo um verdadeiro momento de comunicação de carácter formal (Chivenato, 2005; Friesen et al., 2008).

---

<sup>23</sup> Instructing nurses on communication is a bit like instructing birds on flying

Além disso, o momento de passagem de turno deve dar resposta a várias solicitações simultâneas (Friesen et al., 2008). Ou seja, deve permitir a transferência da informação mais pertinente sobre o utente entre dois ou mais profissionais; deve incluir um método eficaz de comunicação entre emissor e receptor da mensagem; deve investir o receptor da mensagem da necessária responsabilidade profissional para a execução das suas funções e deve dar, simultaneamente, resposta às complexidades do sistema e cultura organizacional (Frisen et al., 2008). Por essa razão, o momento de passagem de turno adquire funções importantes, enquanto processo de comunicação nas organizações de saúde.

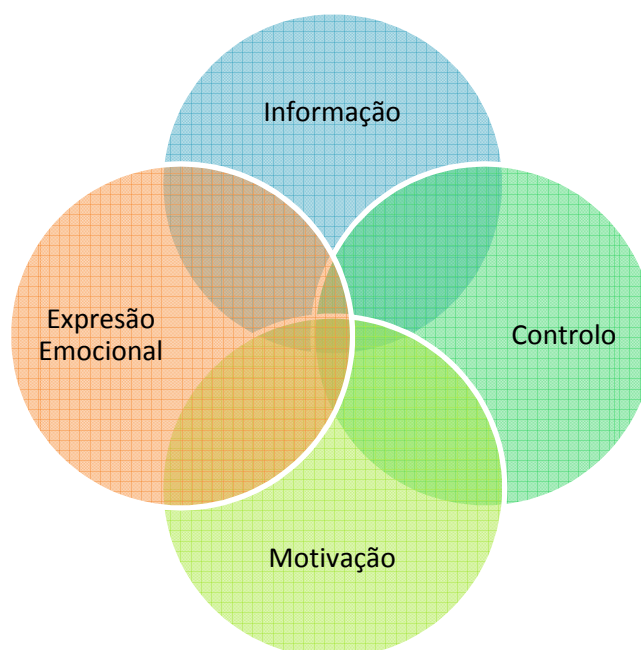
Este momento adquire, assim, a função de fornecer *informação* (Chiavenato, 2005) facilitando o processo de decisão do enfermeiro ao proporcionar dados para a tomada de decisão. Isto é particularmente importante devido à complexidade crescente do exercício profissional de enfermagem que obriga a que os enfermeiros estejam convenientemente preparados para as decisões a tomar, necessitando para isso de estar investidos da informação imprescindível (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2006). Sobre a informação transmitida, Liukkonen (1993) refere que os conteúdos geralmente relatados se relacionam com as necessidades físicas dos utentes e o tratamento médico instituído.

Este momento de comunicação detêm, também, a função de *motivação* dos profissionais envolvidos no processo auxiliando na definição de objectivos e avaliação dos resultados obtidos e a função de *controlo* quando permite o exercer de regulação externa em determinado contexto (Chiavenato, 2005).

Por ultimo, o momento de passagem de turno adquire ainda a função de auxílio à *expressão emocional* ao permitir a expressão de certas necessidades sociais, como a expressão de sentimentos (Chiavenato, 2005). Neste ultimo caso é de salientar que o momento de passagem de turno adquire especial relevo pela sua função de auxílio à expressão de problemas, sentimentos e dificuldades relacionados com a prestação de cuidados em ambiente de trabalho particularmente complexos e emocionalmente difíceis (Hopkinson J. B., 2002).

As funções da passagem de turno supra referidas concorrem para adensar a importância deste momento para a dinâmica organizacional. Estas funções detêm um peso relativo a cada contexto e momento de comunicação mas podem entender-se como complementares e igualmente importantes (ver **Figura 4**).

**Figura 4** – Esquema que ilustra as funções da comunicação nas organizações e a sua importância relativa.



Fonte: adaptado de Chiavenato (2005)

A importância do momento de passagem de turno para a segurança do utente encontra-se reconhecida a nível internacional (Hughes, 2008; World Health Organization, 2007; Frisen et al., 2008).

Sobre esta temática o IOM refere: “é nas transferências de informação desadequadas que a segurança muitas vezes falha primeiro.”<sup>24</sup> (Friesen et al., 2008, p. 1). Também O’Daniel & Rosenstein (2008, p. 1) corrobora afirmando: “quando os profissionais de saúde não comunicam de forma eficaz, a segurança do utente está em risco”<sup>25</sup>.

Validando esta visão encontramos a opinião de Friesen et al. (2008, p. 1), que refere: “passagens de turno ineficazes contribuem para omissões na prestação de cuidados ao utente e falhas na segurança do utente, incluindo erros de medicação, cirurgias em local errado e morte do utente”.<sup>26</sup>

Também a própria OMS, em parceria com a *Joint Commission International* (JCI), alerta para o facto de: “as falhas na comunicação serem a principal causa de incidentes reportados à *Joint Commission* nos Estados Unidos da América entre 1995 e 2006 e a

---

<sup>24</sup> it is in inadequate handoffs that safety often fails first

<sup>25</sup> When health care professionals are not communicating effectively, patient safety is at risk

<sup>26</sup> “Ineffective handoffs can contribute to gaps in patient care and breaches (i.e., failures) in patient safety, including medication errors, wrong-site surgery and patient deaths”.

primeira causa de queixa numa das principais agencias de seguros do país<sup>27</sup> (World Health Organization, 2007).

Esta visão é ainda reafirmada pela *Australian Commission on Quality and Safety in Health Care* (2008, p.8) que afirma: “A *Australian Commission on Quality and Safety in Health Care* identificou a transferência de informação entre profissionais de saúde como uma das suas prioridades de topo para o ano de 2007-2008<sup>28</sup>”.

Também o *Victorian Quality Council* (2008, p. 3). afirma: “A transferência de informação entre profissionais de saúde é um reconhecido problema de segurança para o utente<sup>29</sup>”.

Além do exposto, diversos estudos empíricos corroboram também a noção de que o momento de passagem de turno se pode constituir como um processo de trabalho com importância crítica para a manutenção da segurança.

Neste campo Buus (2006 como citado em *Australian Commission on Safety and Quality in Health*, 2008) apurou, através de um estudo de carácter etnográfico, que o momento de passagem de turno muitas vezes não fornecia aos enfermeiros a informação necessária para a prestação de cuidados.

Por seu lado Ye (2007 como citado em *Australian Commission on Safety and Quality in Health*, 2008) demonstrou que em 15,4% dos casos nem toda a informação necessária era fornecida durante o momento de passagem de turno e que destes 30,3% conduziram a efeitos adversos na prestação de cuidados ao utente.

De notar que apesar de Richard (1988 como citado em Frisen et al., 2008) referir a existência uma congruência de cerca de 70% entre a condição actual do utente a informação transmitida na passagem de turno, o mesmo autor refere que as omissões de informação correspondem a cerca de 12%, reservando o mesmo valor (12%) para as incongruência na informação transmitia.

Sobre os problemas mais comuns na passagem de turno Currie (2002), apurou que a falta de informação, as distrações e a falta de confidencialidade eram referidos como os mais frequentes.

Também Priest & Holmberg (2000 como citado em Friesen et al., 2008) referem a existência de vários deficits na passagem de turno e a necessidade de concentrar a transmissão de informação no utente e em factos concretos.

Um alargado estudo europeu, que envolveu cerca de 23.000 enfermeiros, permitiu determinar que um grande número destes profissionais se encontra insatisfeito com o momento de passagem de turno. Este estudo foi realizado em 10 países europeus e a percentagem de enfermeiros que se referiu insatisfeita com a passagem de turno

---

<sup>27</sup> Breakdown in communication was the leading root cause of sentinel events reported to the Joint Commission in the United States of America between 1995 and 2006 and one USA malpractice insurance agency's single most common root cause factor leading to claims resulting from patient transfer

<sup>28</sup> The Australian Commission on Quality and Safety in Health Care (the Commission) has identified clinical handover as one of its top priorities (Priority Area 5) for work in 2007-2008

<sup>29</sup> Clinical handover (CH) is a recognized patient safety issue.



variou entre 22% no Reino Unido e 61% em França. A insatisfação dos enfermeiros prendia-se, na maior parte dos casos, com a existência de demasiadas interrupções e com o pouco tempo para levar a cabo esta actividade (Meißner et al, 2007).

Os enfermeiros que participaram no estudo de metodologia qualitativa de Kerr (2002 como citado em Friesen et al., 2008 ) refeririam que este momento lhes causava tensão pela necessidade se serem explícitos e sintéticos apesar da grande quantidade de informação a transmitir .

Estes dados apontam para uma insatisfação latente por parte dos enfermeiros na sua relação com este processo de trabalho.

Apesar do descontentamento referido Patterson (1995 como citado em Friesen et al., 2008) refere que em 68% dos casos os enfermeiros estão satisfeitos com a informação transmitida na passagem de turno.

Desta forma, podemos considerar o momento de passagem de turno entre enfermeiros como uma das práticas em saúde com potencial para conduzir ao compromisso da segurança do utente. Sem uma nova consideração sobre os momentos de comunicação poderemos estar a comprometer o mandato social, profissional e ético que subleva a enfermagem e que, em ultima análise, corresponde à correcta manutenção da segurança do utente, em todos os momentos e contextos de prestação de cuidados de saúde.

Além disso, os problemas de segurança do utente causados por falhas na eficácia da comunicação durante a passagem de turno devem ser considerados como preveníveis nas organizações de saúde actuais (O'Daniel & Rosenstein, 2008).

Se uma comunicação pouco eficaz pode conduzir a problemas graves de segurança, a literatura aponta, também, que melhorar a comunicação entre profissionais tem resultados positivos como a melhora do percurso da informação a transmitir, a melhora da eficácia das práticas de saúde, o aumentar o bem estar de profissionais, utentes e famílias e a redução do tempo de internamento (O'Daniel& Rosenstein, 2008). Ou seja, melhorar a comunicação encoraja a cooperação, potencia o trabalho de equipa e ajuda à prevenção de erros (O'Daniel & Rosenstein, 2008). Em ultima análise, melhorar a comunicação pode conduzir a uma melhoria global da qualidade dos cuidados de saúde prestados (O'Daniel & Rosenstein, 2008).

## **4.2. Barreiras à manutenção da Segurança durante a Passagem de turno**

Devido à importância da passagem de turno em enfermagem para a manutenção da segurança do utente importa realizar um adequado diagnóstico dos problemas que afectam a eficácia deste momento. Isto de forma a perceber concretamente quais as falhas existentes em contexto prático e, também, quais as estratégias que poderiam ser implementadas para favorecer a melhoria. Ou seja: “deve promover-se um envolvimento

activo em investigação, integrando evidências em recomendações para a prática clínica” (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2006, p. 10).

O trabalho de Chiavenato (2005) sobre a comunicação aponta a existência de três tipos de barreiras a uma correcta comunicação organizacional, sendo elas:

- *Barreiras Pessoais;*
- *Barreiras Físicas;*
- *Barreiras Semânticas.*

As **barreiras pessoais** decorrem da interferência causada no fluxo de informação devido às diferenças entre as “limitações, emoções e valores humanos entre cada pessoa” Chiavenato (2005, p. 327).

Por esta razão, os valores e expectativas de cada enfermeiro e a forma como compreende a sua profissão podem criar diferentes concepções sobre os cuidados a prestar, sobre a sua função na organização e sobre a forma de dar resposta às solicitações diárias dos cuidados (Friesen et al., 2008). Este facto pode comprometer a dialéctica da comunicação, adulterando os sentidos e significados utilizados e contribuir para falhas na comunicação entre enfermeiros (O’Daniel & Rosenstein, 2008). Isto pode ocorrer, também, devido à grande hierarquização actualmente existente em muitas organizações de saúde, o que não contribui para o estabelecimento de formas claras de comunicação entre os diversos colaboradores organizacionais (O’Daniel & Rosenstein, 2008).

Também a memória e a fadiga são apontadas como barreiras pessoais importantes à correcta transmissão de informação nas organizações. Sobre este tipo de limitação verifica-se a existência de evidencia empírica que suporta a convicção de que o erro, aquando do momento de transmissão de informação em enfermagem, ocorre mais facilmente quando os enfermeiros trabalham por períodos prolongados ou demasiado esgotantes (Scott; Rogers; Hwang & Zhang, 2006).

Também a capacidade limitada de memória a curto prazo no ser humano promove a ocorrência de lapsos e esquecimentos, o que pode contribuir para perdas de informação relevante e deficits na informação comunicada durante a passagem de turno e que seria necessária à prestação de cuidados (Institute of Medicine, 2004; Gosbee & Gosbee, 2005).

Além disso, a própria experiência dos actores envolvidos no processo de passagem de turno pode condicionar, de forma definitiva, a eficácia da transferência de informação. Sobre este tópico são descritas dificuldade por parte de enfermeiros com menos experiência, que podem necessitar de informação complementar à transmita ou mesmo de esclarecimentos sobre a mesma. Além disso, a própria equipa de trabalho pode não ter recebido formação adequada sobre as formas mais eficazes de conduzir a passagem de turno (Haig, Sutton & Whittington, 2006; Ebright, 2004 como citado em Friesen et al., 2008).

A literatura consultada refere ainda que modelos de cultura organizacional que não promovam a segurança do utente, não permitam e não incentivem formas de comunicação aberta e congruente podem ser particularmente propensos à ocorrência de incidentes relacionados com a segurança devido à existência de uma comunicação geralmente deficitária entre profissionais (Institute of Medicine, 2004; Bodinson, 2005).

As **barreiras físicas** à comunicação correspondem à interferências que o ambiente externo introduz ao processo de comunicação. Estas barreiras físicas podem corresponder a acontecimentos precisos que interferem na transferência de informação ou a factores mais concretos, como a distância física entre as pessoas que comunicam (Chiavenato, 2005).

As distrações e interrupções são barreiras de ocorrência comum em ambiente hospitalar devido ao meio exigente em que os enfermeiros desenvolvem as suas funções. Sobre este tema referimos o estudo conduzido por Laxmisan (2007) analisou o momento de passagem de turno no serviço de Urgência e demonstrou que as interrupções ao momento de passagem de turno eram prevalentes e diversas na sua origem (White, 2004; Joint Commission International, 2008). Assim, este tipo de barreiras pode ser considerado um factor potenciador da diminuição da eficácia da comunicação, podendo promover a ocorrência de erros durante a mesma (Currie, 2002; Hughes, 2008).

Também o ruído, muitas vezes existente durante o momento de passagem de turno, causado por telefones, equipamentos, alarmes, outros profissionais, pode contribuir para dificultar a tarefa de ouvir ou para dificultar a interpretação da informação, devendo ser considerado como uma barreira física relevante a uma correcta comunicação entre profissionais (Yates, 2005)

Além do referido, também o rácio enfermeiro-utente pode contribuir para a diminuição da eficácia comunicacional por obrigar a que o profissional tenha de ultrapassar as suas limitações na acumulação/memorização da informação a transmitir devido à sobrecarga no numero de utentes sob sua responsabilidade (Institute of Medicine, 2004; Friesen et al., 2008).

Assim, este tipo de barreiras pode contribuir negativamente para uma transmissão de informação eficaz, uma vez que aumentam as dificuldades na transmissão da mensagem e dificultam a sua compreensão (Friesen et al., 2008).

As **barreiras semânticas** correspondem, por sua vez, às “limitações ou distorções decorrentes dos símbolos por meio dos quais a comunicação é feita” (Chiavenato, 2005, p. 327).

A importância da forma usada para comunicar é também referida por O’Daniel & Rosenstein (2008, p. 2), que afirma: “93% da comunicação é mais afectada pela

linguagem corporal, atitude e tom, deixando apenas 7% para o significado e intenção que subjaz às palavras realmente ditas<sup>30</sup>.

Por esta razão, os problemas de comunicação em enfermagem e o momento de passagem de turno não pode ser apenas compreendido e tratado sob o ponto de vista do conteúdo da mensagem, uma vez que a importância do conteúdo pode ver-se eclipsado por uma estratégia de comunicação desadequada (Friesen et al., 2008). A importância deste tipo de barreiras é tal que a informação considerada crítica é muitas vezes comunicada sobre a forma escrita, como forma de garantir a sua permanência no tempo (O'Daniel & Rosenstein, 2008).

Corroborando, os resultados empíricos demonstram que as diferenças existentes no discurso oral, as abreviações, entoações e nuances podem, por si só, conduzir a interpretações erróneas por parte do enfermeiro que recebe a informação comprometendo a sua função (Haig et al., 2006). Na verdade, até os próprios nomes da medicação podem conduzir ao erro pelas similitudes muitas vezes existentes entre produtos diferentes (Friesen et al., 2008).

A ausência de uma lógica sistematizada que guie o momento de passagem de turno tem também vindo a ser apontada como factor impeditivo, como barreira, a uma correcta transferência de informação e como possivelmente conducente a problemas de segurança. Com isto corroboram Strople & Ottani (2006) que desenvolveram uma revisão de literatura sobre o processo de passagem de turno em enfermagem onde se conclui a ineficácia das metodologias actuais de colecta e transmissão de informação e simultaneamente a importância que métodos novos e inovadores podem deter na melhoria deste processo.

Também Fenton (2006, p.35) ao realizar um estudo para o desenvolvimento um guião para a passagem de turno demonstra: “o valor do uso de uma abordagem estandardizada para otimizar a comunicação, minimizar omissões e reduzir o risco<sup>31</sup>”.

Sobre o método de transmissão de informação é importante referir os achados de Pothier, Monteiro, Mooktiar, & Shaw. (2005). Este estudo demonstrou que métodos de passagem de turno em enfermagem baseados apenas na oralidade podem resultar numa muito significativa perda de informação, assegurando apenas 0 a 26% de retenção da informação relevante, o que poderá ter impacto negativo nos cuidados de enfermagem prestados.

Segundo o mesmo autor o método escrito assegura a retenção de 31 a 58% da informação. O método que obteve melhores resultados neste estudo foi o de utilização de uma folha pré-impressa para suporte da passagem de turno, o que assegurou a retenção de 96 a 100% da informação transmitida.

---

<sup>30</sup> 93 percent of communication is more affected by body language, attitude, and tone, leaving only 7 percent of the meaning and intent based on the actual words said

<sup>31</sup> the value of using a standardized approach to optimize communication, minimize omissions and reduce risks

Também Bhabra, Mackeit, Monteiro e Pothier (2007) simularam o momento de passagem de turno (neste caso entre médicos) utilizando três métodos diferenciados (apenas com recurso à oralidade; com recurso à oralidade e escrita manual e através de formulário pré-impresso contendo). Os resultados demonstraram que o método que apenas recorria à oralidade era particularmente pobre e se afigurava como de elevado risco. Além disso demonstrou que o uso de um formulário pré-impresso suportava 99% da informação necessária à prestação de cuidados desde que preenchida correctamente.

Estes dados encontram-se em linha com os dados de Pothier et al. (2005) cujo estudo foi realizado no âmbito da transferência de informação em enfermagem.

Podemos, por esta razão, acreditar que o método utilizado na transferência de informação durante a passagem de turno é da maior importância para o assegurar da continuidade de cuidados especialmente quando grande quantidade de informação é transmitida durante a mesma.

No entanto, há a salientar que segundo a McKenna & Walsh (1997 como citado em Friesen et al., 2008) o mesmo método de passagem de turno pode não se adequar a contextos diferentes. Isto indica que, mais do que tentar determinar que método oferece melhores resultados na maioria das situações, o que se afigura de particular importância é o estudo concreto de cada contexto de prestação de cuidados, de cada serviço, na tentativa de encontrar respostas concretas e específicas.

A alteração das práticas no método de passagem de turno são valorizadas pelo estudo de Petersen, Orav, Teich, O'Neil & Brennan (1998) que refere a diminuição do número de eventos adversos identificados depois da implementação de um programa informático de passagem de turno, quando comparado com a transmissão de informação de forma tradicional.

As barreiras referidas (pessoais, físicas e semânticas) correspondem às mais comumente identificadas pela literatura consultada. De referir que estas podem: “ocorrer simultaneamente, fazendo com que a mensagem seja filtrada, bloqueada ou distorcida” (Chiavenato, 2005, p. 327).

Tendo em conta o exposto, consideramos que estas barreiras se podem entender como verdadeiros factores lactentes que, se não forem apreciados, podem contribuir para o dificultar da comunicação, para a ocorrência de erros durante o processo de troca de informação podendo vir a contribuir para a ocorrência de eventos adversos na segurança do utente.

Assim, este tipo de barreiras detêm o potencial de comprometer severamente a segurança do utente. Porque, como observamos, a manutenção da segurança durante a prestação de cuidados de saúde depende, em grande medida, de um processo de comunicação eficaz. Em última análise, momento de passagem de turno ineficazes comprometerão a desejada fiabilidade organizacional, potenciarão a insegurança e conduzirão à ocorrência de eventos adversos ou mesmo de dano para o utente.

### 4.3. Estratégias para a melhoria da eficácia da passagem de turno.

A forma como os colaboradores organizacionais interpretam e agem no seio da organização de saúde em que desempenham a sua actividade é determinado pela cultura organizacional que domina na organização. Todas as organizações de saúde possuem lógicas específicas que atribuem uma identidade, também ela única e diferenciadora, aos seus profissionais. Esta cultura deve contemplar a segurança do utente enquanto valor comum, enquanto objectivo claro da organização. A cultura organizacional é “um elemento estruturante fundamental para a segurança e fiabilidade” (Fragata & Martins, 2004, p.215).

Assim, os processos organizacionais devem estar orientados para a fiabilidade usando de uma gestão focalizada nos significados comuns, nas concepções que existem na organização e são partilhadas pelos colaboradores. Nesta lógica é necessária a implementação de estratégias para a melhoria, de medidas de índole prática, cuja necessidade seja conhecida por aqueles que as poderão utilizar. As medidas de gestão para a segurança só terão aplicação prática real se a sua importância for compreendida de forma transversal na organização (Fragata & Martins, 2004).

Como vimos, encontramos várias barreiras que se interpõem à manutenção da eficácia do processo comunicacional que a passagem de turno representa. Por essa razão é importante que a organização assuma uma cultura de busca da melhoria e construção da fiabilidade global. É importante que a gestão se ocupe deste tipo de problema com a certeza que são medidas de intervenção, de implementação prática, que podem representar a diferença nos ganhos conseguidos pela organização enquanto sistema. Considerar os problemas que afectam a prestação de cuidados do ponto na sua especificidade é dar resposta às necessidades dos prestadores de cuidados e dos próprios utentes. É construir respostas de gestão para a fiabilidade organizacional (Fragata & Martins, 2004).

Os estudos empíricos consultados apresentam soluções específicas de aplicação em contexto prático para a melhoria global da comunicação e conseqüentemente da segurança do utente.

Assim, como resposta a uma correcta manutenção da eficácia comunicacional durante o processo de passagem de turno os estudos consultados referem:

Quanto às **barreiras pessoais** à comunicação:

É sugerido a utilização primordial da comunicação presencial como forma preferencial de transmissão da informação, permitindo a comunicação directa entre actores deste momento e a colocação de questões que permitam o esclarecimento de

conceitos e a partilha de opiniões sobre o processo de cuidar do utente (Patterson ES, 2004).

É referida a importância da utilização de técnicas específicas como a leitura dos registos de enfermagem ou repetição propositada da informação importante para assegurar que a mesma é retida. É ainda sugerida a clarificação de termos ambíguos sempre que necessário (Patterson et al., 2004; Joint Commission International Center for Patient Safety, 2005; Joint Commission International, 2008).

O enfermeiro deve, também, evitar a utilização de abreviaturas e/ou de linguagem não técnica que possam dificultar a compreensão da informação relevante (Joint Commission International Center for Patient Safety, 2005).

É também proposto que a passagem de turno contenha uma avaliação técnica dos problemas que poderão ocorrer no futuro próximo, segundo a análise do enfermeiro que transmite a informação. (Joint Commission International Center for Patient Safety, 2005; Joint Commission, 2008; Yates, 2005).

Sobre a experiência do enfermeiro envolvido na passagem de turno, os estudos empíricos recomendam a criação de programas de orientação para enfermeiros com menos experiência e a ocorrência de formação específica nas equipas de trabalho que permitam o desenvolvimento de estratégias adequadas a cada contexto para a passagem de turno (Taylor, 2002).

Sobre as barreiras causadas pela fadiga, que como expusemos representam uma limitação à transferência de informação de forma eficaz, é sugerida a limitação de horas de trabalho como forma de reduzir a fadiga e o erros (Institute of Medicine, 2004; Hughes & Rogers, 2004; Rogers, Hwang, Scott, Aiken & Dinges, 2004; White, 2004).

Além disso, é proposto o uso de sistemas de apoio para a informação que permitam a redução do uso da memória (Gosbee & Gosbee, 2005; White, 2004).

Quanto às **barreiras físicas** à comunicação:

Sobre as distrações e interrupções que podem comprometer a transferência de informação durante o momento de passagem de turno a evidência aconselha o uso de um local/ambiente que reduza este tipo de barreiras à comunicação (White, 2004). Devendo também ser assegurado a existência de tempo formal para esta actividade garantindo-se assim que é permitido espaço para a colocação de questões entre profissionais, bem como a discussão e revisão da informação mais relevante (Joint Commission International, 2008).

Também se encontra referida a necessidade de eliminação/limitação das interrupções e a adopção de estratégias que permitam que as funções do enfermeiro se mantenham correctamente suportadas durante o período de transição entre turnos (Patterson et al., 2004; Joint Commission International Center for Patient Safety, 2005; Joint Commission International, 2008)

Refere-se ainda, a necessidade de assegurar que os recursos humanos disponíveis se encontram adequados à manutenção da segurança do utente, o que também acontece com os recursos materiais e mesmo com as oportunidades de formação das equipas de trabalho, que devem ser alertadas para a importância desta temática (Institute of Medicine, 2004).

A redução do número de passagens de turno é também citada como uma das estratégias possíveis para a melhoria da eficácia da transferência de informação. Se bem que os estudos empíricos sobre esta evidência se centrem, principalmente, nas transferências de informação entre sectores diferenciados de cuidados de saúde (p.e., entre o recobro operatório e a enfermaria de internamento), esta evidência pode fornecer pistas para a transferência de informação realizada de forma mais geral, fazendo equacionar a possível importância de conceber formas de organização do trabalho adaptadas à melhoria das condições de segurança do utente.

Além disso é referido que os próprios profissionais devem ser estimulados a participar no *design* do seu ambiente e condições de trabalho, devendo a sua visão crítica e experiência do real ser considerada fundamental para a melhoria e mitigação das barreiras físicas que se interpõem à melhoria da comunicação durante a passagem de turno (Institute of Medicine, 2004).

#### Quanto às **barreiras semânticas**:

As variações existentes no processo de passagem de turno e a sua grande plasticidade de conteúdos/formatos é associada a diversos tipos de problemas, como a omissão de informação relevante.

Em termos empíricos é sugerido como forma de melhoria, o estabelecimento e utilização de uma forma estandardizada e consistente de efectuar a passagem de turno que se adapte às contingências específicas de cada local (Joint Commission International Center for Patient Safety, 2005; Leonard, Graham & Bonacum, 2009; Haig et al., 2006).

Independentemente do método de passagem de turno a utilizar, este deve ter em conta a importância da criação de um *plafon* de informação considerada essencial pela equipa de trabalho. Isto para que a informação transmitida corresponda às necessidades específicas da população a quem são prestados cuidados e do contexto onde a passagem de turno ocorre (Currie, 2002; Joint Commission International Center for Patient Safety, 2005). Também O'Connell & Penney (2001) e Fenton (2006) recomendam a criação de guiões para orientar a passagem de turno.

A utilização de métodos informáticos para impressão de um guião para o momento de passagem de turno é referido por autores como Pothier et al. (2005). Corroboram Upperman (2005 como citado em Friesen et al., 2008) ao referir que a utilização de métodos informáticos pode reduzir os problemas na leitura dos registos.



Expõe ainda Petersen et al. (1998) que a implementação de um programa informático de passagem de turno contribuiu para a diminuição do número de eventos adversos identificados, quando comparado com a transmissão de informação de forma tradicional.

Além das medidas já expostas e com o objectivo de conduzir as organizações de saúde à necessária melhoria da eficácia do momento de passagem de turno, a Joint Commission International (JCI) introduziu em 2005, orientações de segurança específicos para momentos de passagem de turno mais seguros. Estas medidas constituem uma proposta para que as organizações de saúde intervenham para a melhoria da comunicação durante o momento de passagem de turno e podem entender-se como uma síntese de fácil compreensão e mobilização nas organizações de saúde (Friesen et al., 2008).

Estratégias para melhorar a comunicação durante o momento de passagem de turno (adaptado de Friesen et al., 2008, p.819):

1. Uso de linguagem clara e não utilização de abreviaturas ou termos que podem ser incorrectamente interpretados;
2. Uso de técnicas mais efectivas para a comunicação. Limitação das interrupções. Implementação da leitura de registos e confirmação da informação transmitida;
3. Uso de uma forma standardizada de passagem de turno;
4. Utilização da tecnologia para facilitar a comunicação através de um registo electrónico actualizado

Os estudos e opiniões técnicas apresentadas representam um conjunto de medidas que apontam para a necessidade de construir a melhoria da comunicação durante o momento de passagem de turno. Estas representam um plafon de medidas que poderá ser mobilizado segundo a necessidade do contexto de aplicação, de forma bastante específica. Na realidade cada instituição deverá decidir que tipo de informações necessitam de ser comunicadas, através de que meios e com que frequência Joint Commission International (2008).

Tendo as opiniões técnicas supra expostas em conta, acreditamos que a melhoria organizacional se deve construir auscultando a opinião e o conhecimento técnico dos enfermeiros prestadores de cuidados, a sua avaliação e a sua sensibilidade face ao problema. Aproveitando a sua sabedoria prática poderemos construir sugestões concretas que, firmando-se na teoria, encontrem no entanto eco e aceitação na realidade existente. Esta consideração para com os enfermeiros prestadores de cuidados permitirá, igualmente, que os mesmos vejam a sua avaliação da situação valorizada e assim se criem bases para a construção de uma cultura pela eficácia e segurança no momento de passagem de turno.

Este trabalho surge assim na tentativa de demonstrar e alertar para a importância que a temática da segurança detêm na actualidade e visa permitir a enunciação de sugestões concretas para a melhoria da mesma, que se baseiem na evidência empírica e no conhecimento científico já existente.

Espera-se que este estudo contribua para o encontrar de novas lógicas que favoreçam a manutenção da segurança do utente. Sendo este passo compreendido como fundamental para a melhoria da eficácia da passagem de turno em enfermagem e para a construção de uma maior fiabilidade organizacional.

## **5. O PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO**

Neste capítulo apresentamos a formulação do problema de investigação, a sua justificação, bem como os objectivos e as questões de investigação que norteiam o mesmo. Esta é uma etapa fundamental para a efectivação do processo de investigação e para a consequente construção de conhecimento sobre a temática.

### **5.1. Justificação**

Conforme demonstrámos, a importância da passagem de turno entre profissionais de saúde para a manutenção da segurança do utente é suportada por evidência crescente. Esta demonstra que os riscos na segurança causados por este processo de trabalho podem ter consequências altamente nefastas para o doente/família e mesmo para os próprios profissionais de saúde.

Tendo isto em conta, as principais instituições de controlo da qualidade de cuidados de saúde mencionam o processo de passagem de turno como fundamental à manutenção da segurança do utente e procuram estabelecer formas de intervenção que permitam dar resposta aos problemas que este processo de trabalho possa ocasionar à mesma.

Espera-se dos profissionais de saúde, e consequentemente dos profissionais de enfermagem, que consigam dar respostas de qualidade na sua prática diária, no entanto as situações de risco para a segurança existentes na sua prática constituem um obstáculo inerente a ter em conta. Tal como vimos os riscos na segurança do utente causados pelo momento de passagem de turno são um facto real e que muitas vezes escapa ao controlo e à análise consciente dos indivíduos envolvidos no mesmo ou mesmo aos responsáveis pela gestão.

Estas situações de risco para a segurança exigem respostas adequadas que se baseiem num conhecimento sólido sobre os processos de trabalho, as suas fragilidades e as medidas que poderiam ser instituídas para a melhoria. Este problema exige a aplicação de estratégias de intervenção organizacional que permitam lidar com este tipo de risco de forma a minimiza-lo, tornando a passagem de turno mais eficaz e a organização globalmente mais fiável.

Este estudo visa contribuir para o aumento de conhecimentos numa área onde os estudos em enfermagem aparentam ainda ser escassos, ou seja: a eficácia da comunicação durante o momento de passagem de turno e respectivas formas de melhoria.

Acreditando que para a melhoria deste processo organizacional a compreensão do fenómeno é fundamental, consideramos lógico direccionar esta investigação para a desocultação da percepção dos enfermeiros prestadores de cuidados sobre a passagem

de turno, sobre a sua eficácia e sobre as medidas que poderiam, sob o seu ponto de vista e análise, ser implementadas para a melhoria da mesma.

Esperamos que a compreensão do fenómeno contribua para a futura implementação de medidas ajustadas a esta instituição de cuidados e a adopção de uma nova atitude na compreensão da importância da passagem de turno em enfermagem no assegurar da segurança do utente em cuidados de saúde.

## 5.2. Objectivos do Estudo

Para a delimitação dos objectivos do estudo considerámos a exigência de evidencia empírica e teórica que aponta o momento de passagem de turno entre profissionais de saúde como causa da ocorrência de falhas na segurança do utente e como factor contributivo para o seu aumento. Considerámos ainda o papel central que a passagem de turno, enquanto processo de trabalho, adquire na prática diária dos enfermeiros e ainda o reconhecimento formal dado a esta problemática pelas principais instituições de controlo da qualidade em cuidados de saúde.

Assim e tendo em conta o supra exposto, considerámos que este estudo deveria contribuir para o aumento de conhecimentos sobre esta temática permitindo, se assim se considerar pertinente, a implementação de estratégias de intervenção em sede prática que melhor preparem a instituição em causa para lidar com este problema.

Por esta razão, interessa neste momento do trabalho explicitar correctamente o objectivo geral e os objectivos específicos que nortearam o processo de investigação. Isto porque o processo de investigação obriga à utilização de procedimentos e estratégias sistematizadas e congruentes, sendo a definição clara dos objectivos fundamental ao subsequente desenvolvimento do estudo (Fortin, 1999).

Assim, importa neste trabalho compreender, através do manifestado pelos principais intervenientes neste processo de trabalho (os enfermeiros prestadores de cuidados), qual a sua percepção sobre a eficácia do momento de passagem de turno em enfermagem no assegurar da continuidade de cuidados e simultaneamente, compreender que melhorias poderiam ser introduzidas para a segurança.

Por esta razão, este estudo tem como objectivo geral:

- Compreender a percepção dos enfermeiros prestadores de cuidados sobre a eficácia do momento de passagem de turno no Hospital de São Francisco Xavier e que medidas poderiam ser implementadas neste processo de trabalho para a melhoria da segurança do utente.

Como objectivos específicos para estes estudo apontamos os seguintes enunciados que nos permitirão consubstanciar questões que mais facilmente norteiem a investigação, assim:

- Compreender a estrutura da passagem de turno em enfermagem no Hospital de São Francisco Xavier;
- Compreender a percepção dos enfermeiros prestadores de cuidados sobre a eficácia da passagem de turno no Hospital de São Francisco Xavier;
- Identificar os factores que influenciam a eficácia da passagem de turno
- Enunciar sugestões de intervenção com base na percepção dos enfermeiros e nos achados do estudo que permitam melhorar o momento de passagem de turno em enfermagem nesta organização de saúde, sob o ponto de vista da segurança do utente.

### **5.3. Questões de Investigação**

Tendo em conta os objectivos já expostos considerámos oportuno definir questões de investigação que permitissem sistematizar o nosso objectivo geral e simultaneamente conduzir o processo de análise de dados, isto porque tal com afirma Talbot (1995 como citado em Fortin, 1999, p.101): “As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação”. Ou seja, a enunciação de questões de investigação concretas e a explicitação dos métodos de análise que as mesmas determinam é fundamental ao desenvolvimento da investigação.

Desta forma formulamos as seguintes questões de investigação:

- Quais as características em termos estruturais da passagem de turno no Hospital de São Francisco Xavier?
- Quais os componentes considerados relevantes para a eficácia da passagem de turno em enfermagem pelos enfermeiros prestadores de cuidados no Hospital de São Francisco Xavier?
- Existe uma relação entre a percepção da eficácia da passagem de turno e o tempo de serviço ou antiguidade na instituição?
- Quais os factores que interferem positivamente e negativamente na passagem de turno segundo os enfermeiros prestadores de cuidados no Hospital de São Francisco Xavier?
- Que medidas poderiam ser consideradas para melhorar a eficácia da passagem de turno segundo os enfermeiros prestadores de cuidados no Hospital de São Francisco Xavier?

## 6. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo apresentamos as opções metodológicas tendo em conta o estadió de conhecimentos actualmente existentes sobre a temática. Expomos o tipo de estudo utilizado, a população alvo e a técnica amostral utilizada. Realizamos a descrição do local de colheita de dados e das variáveis em estudo. Descrevemos o processo de construção do instrumento de medida utilizado e a forma como foram colhidos os dados. Efectuamos uma abordagem sobre os princípios éticos subjacentes à investigação e descrevemos sumariamente a forma como foi realizada a análise dos dados do estudo.

### 6.1. Tipo de estudo

Tendo em conta os objectivos formulados para o estudo e considerando o nível de conhecimentos existente sobre esta temática, considerou-se pertinente a utilização de um método de estudo **não experimental**. Isto porque, no método não experimental o investigador procura construir conhecimento sobre um fenómeno ou explorar acontecimentos à medida que eles ocorrem naturalmente, estudando para isso as relações e as diferenças entre as variáveis sem, no entanto, exercer qualquer forma de manipulação sobre as mesmas (Fortin, 1999).

Uma vez que existe demonstração empírica sobre a importância da passagem de turno para a manutenção da segurança do utente a nível internacional mas que se observa a falta de conhecimento sobre esta temática nível nacional, classificamos o nosso estudo como de carácter **descritivo-correlacional**. Isto porque se verifica que já ocorreu a definição e a descrição das variáveis num nível precedente o que conduz o investigador a explorar a existência de relações entre variáveis (Fortin, 1999). Desta forma, é objectivo do investigador descrever e documentar o fenómeno sem a manipulação de variáveis, pretendendo-se a descoberta de factores relacionados ao mesmo. Simultaneamente procuramos determinar a existência de relações entre variáveis que “não foram estudadas em relação com outras variáveis ou junto de outras populações.” (Fortin 1999, p.139).

A opção sobre a abordagem metodológica que norteará o estudo é fundamental pois a definição do fenómeno depende, naturalmente, da forma como o mesmo é estudado. No entanto, e apesar das características e géneses aparentemente dicotómicas das abordagens qualitativa e quantitativa é de salientar que, conforme referem Reichardt e Cook (1986 como citado em Carmo & Ferreira 1998:183): “...um investigador não é obrigado a optar pelo emprego exclusivo de métodos quantitativos ou qualitativos e se a investigação o exigir poderá combinar a sua utilização”. Neste estudo optamos pela utilização de uma **abordagem quantitativa e qualitativa** em dois momentos distintos.

Assim, a primeira parte do estudo tenta medir a eficácia da passagem de turno e descobrir quais os factores importantes para a mesma. Por esta razão utiliza de

metodologia quantitativa realizando uma avaliação da percepção dos enfermeiros através da análise das suas respostas a uma escala de questões. A segunda parte deste estudo, por outro lado, procurou desocultar a percepção individual dos enfermeiros prestadores de cuidados. Por esta razão e devido a esta necessidade, considerou-se pertinente a manutenção das questões abertas presentes no questionário original e o seu tratamento por metodologia qualitativa por ser considerada a mais adequada ao estudo das opiniões dos participantes.

## 6.2. População Alvo e Amostra

Foram seleccionados como **população alvo** para este estudo o conjunto de enfermeiros prestadores de cuidados a exercer funções no Hospital de São Francisco Xavier em serviços onde se verifica a existência formal do momento de passagem de turno. Neste estudo considerámos o enfermeiro prestador de cuidados como o elemento da amostra.

Uma vez que: “A população alvo raramente é acessível na sua totalidade ao investigador” (Fortin, 1999, p.202) o estudo decorreu, na realidade, sobre uma **população acessível**. Assim e devido aos constrangimentos de tempo existentes para a consecução deste trabalho e à necessidade de avaliar a percepção dos profissionais de forma transversal e prática em todo o Hospital de São Francisco Xavier, foram considerados como critérios de inclusão na amostra:

1. O local escolhido para a colheita de dados seria o Hospital de São Francisco Xavier;
2. A amostra seleccionada deveria ser composta apenas por enfermeiros prestadores de cuidados no referido hospital;
3. Os enfermeiros teriam de exercer funções em serviços onde existisse um momento formal de passagem de turno;
4. Os enfermeiros teriam de participar no estudo no período compreendido entre Junho e Agosto de 2009.

Assim, a colheita de dados desenvolveu-se tendo como base uma **amostragem não probabilística**, accidental ou de conveniência. O carácter não probabilístico da amostra deve-se às contingências que tornam impossível que todos os elementos deste tipo de população tenham a mesma probabilidade de ser seleccionados para a participação no estudo uma vez que este decorre num espaço de tempo específico. A amostra é accidental uma vez que é “formada por sujeitos ou elementos que são facilmente acessíveis num preciso momento” (Fortin 1999, p.213), neste caso os

enfermeiros que além de deterem critérios de inclusão, aceitaram preencher o questionário fornecido.

### **6.3. Descrição do local de estudo**

Tal como já foi referido seleccionamos como local de realização deste estudo o Hospital de São Francisco Xavier - CHLO, em Lisboa. Esta escolha foi realizada de forma intencional por ser o local onde o investigador exerce a sua actividade profissional e com o desejo de possibilitar uma eventual utilização de resultados para fomentar a melhoria da segurança do utente através da melhoria dos cuidados de enfermagem.

O edifício que viria a ser utilizado para instalações do Hospital de São Francisco Xavier foi construído em 1972 (inicialmente apenas o Edifício 1, sendo o Edifício 2 inaugurado em 2006), ainda enquanto clínica privada na zona do Restelo, Lisboa. No entanto, em 1986 o Ministério da Saúde decide comprar as instalações do Grupo Império que as havia adquirido em 1981 para as tornar no novo Hospital da Cuf.

Após esta aquisição é inaugurado o Hospital de São Francisco Xavier a 24 de Abril de 1987. Esta organização de saúde integra a Unidade de Saúde Central da Sub-Região de Lisboa e da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, servindo as freguesias de Alcântara, Ajuda, Santa Maria de Belém, São Francisco Xavier e Santo Condestável. Em Oeiras, abrange as freguesias de Carnaxide, Paço de Arcos, Barcarena, Oeiras, Algés, Dafundo/Cruz Quebrada, Linda-a-Velha e Queijas.

Em 9 de Dezembro de 2002 esta instituição é convertida a Sociedade Anónima de capitais exclusivamente públicos. Mais tarde e até à actualidade o Hospital de São Francisco Xavier é integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, um agrupamento composto pela referida instituição, pelo Hospital de Santa Cruz e ainda pelo Hospital de Egas Moniz, sob a forma de Entidade Pública Empresarial em administração comum.

### **6.4. Definição das variáveis**

Segundo Fortin (1999, p.36): “Quando um conceito é colocado em acção numa investigação ele toma o nome de «variável»”. Tendo em conta o nível de conhecimentos existente sobre a temática da segurança e a sua relação como o momento de passagem de turno em enfermagem, considerámos relevante que o estudo realizado se debruçasse sobre as características estruturais da passagem de turno, sobre a percepção da eficácia da mesma e sobre as estratégias de melhoria. Sendo assim vários conceitos foram mobilizados e considerados como variáveis.

Desta forma, o primeiro grupo de perguntas do questionário refere-se aos dados biográficos dos enfermeiros participantes, mais concretamente: o sexo; a experiencia



profissional enquanto enfermeiro; a experiência profissional na instituição e o serviço em que trabalha. Estas variáveis atributo, que correspondem a características dos sujeitos (Fortin, 1999), serão consideradas variáveis independentes neste estudo.

O segundo grupo de perguntas do questionário refere-se aos dados caracterizadores da passagem de turno. Assim, após consulta da literatura relevante e após realizada adaptação ao instrumento de colheita de dados original foram consideradas as variáveis: Tempo dispendido com a documentação de cada utente; Tempo dispendido na preparação da informação a transmitir na passagem de turno; Duração da passagem de turno; Método utilizado na passagem de turno; Tipo de informação transmitida na passagem de turno; Enfermeiros intervenientes nas passagem de turno; Local utilizado para a passagem de turno; Presença de outros profissionais durante a passagem de turno.

Sendo objectivo deste estudo compreender a percepção dos enfermeiros sobre a eficácia da passagem de turno em enfermagem e simultaneamente compreender como melhorar a sua eficácia deste processo de trabalho no âmbito da segurança do doente, consideramos o conceito de eficácia da passagem de turno em enfermagem o que, conseqüentemente, a torna variável dependente neste estudo através das dimensões presentes na escala da Secção C do questionário utilizado (ver **Anexo I**).

## 6.5. Instrumento de medida

O instrumento de colheita de dados é da maior importância pois permite colher as informações necessárias de forma válida e pertinente para a realização do trabalho de investigação (Polit & Hungler, 2004).

Neste estudo utilizámos como processo de recolha de dados o questionário. Este pode ser compreendido como um conjunto de enunciados e/ou questões que permitem recolher informação junto dos sujeitos, normalmente atitudes, opiniões ou crenças (Fortin, 1999).

A colheita de dados para este estudo teve assim como base o questionário: **Percepção dos Enfermeiros sobre a Passagem de Turno (Anexo I)**. Uma vez que não foi encontrado nenhum estudo semelhante em Portugal, recorremos, depois de consultadas as autoras e de nos ter sido fornecida autorização para o mesmo, à utilização do questionário: “*Clinical Handover Staff Survey*” desenvolvido por O’Connell; Macdonald & Cherene (2008), tendo este sido traduzido e adaptado para utilização na população Portuguesa.

Apesar de não ser objectivo específico deste estudo, o seu desenvolvimento obrigou à adaptação de um instrumento de medida existente à realidade cultural do nosso País. A utilização de instrumentos de medida não desenhados para a realidade onde deverão ser utilizados obrigam à aplicação de um processo rigoroso de tradução,

adaptação e validação. Na realidade é de notar que a adaptação de um instrumento de medida suplanta a simples tradução uma vez que as diferenças culturais não são muitas vezes convenientemente ultrapassadas pelo processo de tradução (Guillemin, 1995).

Assim, o processo de adaptação do instrumento de medida necessita do desenvolver de várias etapas específicas, designadamente a tradução, a síntese, a retroversão, a revisão por um grupo de peritos, o pré-teste e a verificação das propriedades métricas (Guillemin, 1995).

Assim e para que o questionário original pudesse ser utilizado foram contactadas as autoras através de correio electrónico pedindo autorização para a utilização do instrumento. A decisão foi favorável tendo o investigador se comprometido a citar a versão original do instrumento utilizado e dar a conhecer os resultados às autoras do estudo original.

Uma vez que a validação do instrumento de medida não era um objectivo deste estudo a tradução do instrumento de medida foi realizada pelo próprio investigador tendo sido depois exposta à crítica de um especialista com domínio da língua Inglesa. Como resultado, foram feitas alterações pontuais à construção frásica e palavras usadas através das sugestões dadas por este especialista para melhor adaptação do instrumento ao Português. Tal como Fortin refere (1999, p.233): “a qualidade final da tradução assenta num certo número de factores que dizem respeito aos investigadores, aos tradutores e aos contextos de utilização”. Em momento posterior consultou-se um painel de peritos para realizar a **revisão**. O papel deste painel composto por dois peritos foi o de verificar a qualidade da adaptação realizada e definir se a mesma poderá ser sujeita a pré-teste.

Este painel de peritos considerou que nesta adaptação se deveria realizar uma emenda ao instrumento original que compreendia a existencia de momentos definidos de forma distinta durante a passagem de turno consoante o tipo de informação transmitida. Ou seja, por não se verificar de forma generalizada uma estratificação/separação da informação a transmitir segundo o grau que o enfermeiro ocupa na equipe de trabalho, foi sugerido como adequado não considerar esta estratificação/separação aquando do momento de questionamento sobre a: **Estrutura da passagem de turno existente no serviço** (secção B). Também nesta secção foram introduzidas adaptações às palavras utilizadas nas opções de resposta para melhor contemplar a realidade Portuguesa.

O pré-teste a este instrumento foi realizado pedindo a colaboração de cinco enfermeiros prestadores de cuidados no Hospital de São Francisco Xavier. Cada enfermeiro foi entrevistado no final do preenchimento. Como resultado foram realizadas algumas alterações ao instrumento.

Assim, ao verificar-se que a informação oral transmitida pelo investigador à equipa de trabalho não seria considerada suficiente optou-se pela introdução de um texto de apresentação ao estudo o que inicialmente não tinha acontecido respeitando o formato original do instrumento. Na versão inicial sujeita a pré-teste, o questionário foi

considerado como potencialmente identificador do respondente através de uma questão que discriminava a posição do enfermeiro participante na equipe profissional, por essa razão e uma vez que esse grau de especificação não era necessário aos nossos objectivos decidimos pela eliminação dessa questão. Além disso foram também feitas alterações pontuais às instruções de preenchimento do instrumento de forma a torna-lo de mais fácil compreensão. A versão final foi submetida a novo pré-teste tendo sido considerada adequada pelos participantes.

Na sua versão final o instrumento de recolha de dados encontrava-se composto por: texto de apresentação do estudo (escrito em tom coloquial para que os participantes compreendessem o objectivo do mesmo) e 3 secções distintas. A secção A – Dados Demográficos, era composta por quatro questões; a secção B – Estrutura da passagem de turno existente no serviço, constituída por doze questões, todas de resposta múltipla. Na secção C – Percepções dos enfermeiros sobre a passagem de turno, esperava-se que os participantes demonstrassem o seu grau de concordância ou discordância com uma série de afirmações através de uma escala tipo *Likert* de 7 pontos que variava entre: Discordo Totalmente e Concordo Totalmente. Além disso esta secção continha ainda quatro questões abertas.

## 6.6. A colheita de dados

Depois de seleccionado o local para o desenvolvimento do estudo foi solicitada autorização para a sua realização à Direcção de Enfermagem da referida instituição tendo tido aval positivo (Anexo II)

A colheita de dados propriamente dita teve assim lugar entre os meses de Junho e Agosto de 2009. O investigador deslocou-se aos serviços escolhidos para a realização da recolha de dados onde, após um esclarecimento e pedido de autorização local aos responsáveis pela chefia de enfermagem, foram cedidas cópias do instrumento de colheita de dados.

Foram distribuídas cerca de 500 cópias deste instrumento em doze serviços do Hospital de São Francisco Xavier onde se verifica a existência de um momento formal de passagem de turno:

- UCIC;
- Urgência Geral;
- UCIM;
- Medicina III;
- Medicina IV;
- Ortopedia;
- Cirurgia Geral;
- Bloco de Partos;
- Urgência Pediátrica;

- Neonatologia;
- Obstetrícia;
- Medicina Materno Fetal.

Apesar de outros serviços terem sido considerados adequados à realização da investigação e da colheita de dados, não foi possível realizar a distribuição do instrumento por indisponibilidade dos mesmos em responder à solicitação ou devido aos constrangimentos de tempo que o investigador enfrentava.

Após o preenchimento os enfermeiros colocaram o questionário em caixa ou envelope identificada e colocada em local proeminente no serviço. A recolha de dados teve a duração aproximada de duas semanas em cada serviço, tendo alcançado 132 questionários válidos. A taxa de sucesso (retorno dos questionários) da recolha de dados situou-se na ordem dos 26,4%.

## **6.7. Considerações éticas**

A realização deste estudo teve em consideração os aspectos éticos que necessariamente presidem ao processo de investigação. Para a aplicação do instrumento usado no estudo, foi obtida autorização dos respectivos órgãos directivos, nomeadamente da Direcção de Enfermagem do Hospital de São Francisco Xavier.

Apesar de existir menção à proveniência/serviço dos questionários a posição/grau na equipe de trabalho dos enfermeiros não foi utilizada como questão (apesar de estar presente no instrumento original) pelas dúvidas que suscitou durante a fase de pré-teste e por ter sido identificada como uma preocupação pelos participantes devido ao seu carácter potencialmente identificador.

Foi realizada uma explicação pessoal de forma informal aos enfermeiros chefes de cada serviço, ou representante autorizado na sua ausência, sobre os objectivos do estudo, aferindo a disponibilidade para acolher o estudo.

Os questionários foram entregues aos enfermeiros chefes juntamente com um envelope ou caixa própria de características invioláveis onde os questionários eram recolhidos após o preenchimento. Após a recolha dos questionários estes foram codificados individualmente e tratados estatisticamente sendo manuseados, apenas, pelo investigador, isto com o intuito de zelar pela confidencialidade e anonimato das respostas dadas.

## **6.8. Descrição do plano de análise de dados**

As opções de abordagem metodológicas para tratamentos dos dados são feitas consoante o tipo de estudo, a técnica de amostragem e os instrumentos de mediada utilizados (Fortin, 1999). Neste estudo utilizamos metodologia quantitativa e metodologia qualitativa.

Assim, as questões fechadas do instrumento de medida foram tratadas através de procedimento estatístico que como Pestana & Gageiro (2000) refere são necessários para recolher, analisar, apresentar e interpretar dados através de indicadores matemáticos. Para proceder a esta análise foi utilizando o programa informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 16.0, pela rapidez e capacidade de cálculo que o mesmo detém.

Foi efectuada a análise descritiva das variáveis já identificadas com o objectivo de melhor compreender as características subjacentes à estrutura e processo de passagem de turno. Os dados foram, quando conveniente, organizados em quadros e gráficos de forma a facilitar a sua compreensão.

Para melhor compreensão e caracterização da variável dependente - conceito de eficácia da passagem de turno, procedeu-se à análise factorial da escala utilizada uma vez que, segundo Pestana & Gageiro (2000, p. 487): “A análise factorial é um conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para o descrever”.

Assim, a escala utilizada para a colheita de dados foi submetida a redução factorial tendo sido identificados factores explicativos da eficácia da passagem de turno. A consistência interna desta análise foi verificada recorrendo à análise do *Alpha de Cronbach*, uma vez que esta “é uma das medidas mais usadas na verificação da consistência interna de um grupo de variáveis” (Pestana & Gageiro, 2000, p. 525), tendo sido considerado que os dados detinham razoável consistência interna.

Procurou-se determinar a existência de relação entre as variáveis independentes – Tempo de Serviço e Antiguidade na Instituição e a variável dependente - Conceito de eficácia da passagem de turno em enfermagem. Para a realização desta análise de relação começámos por dividir as variáveis Tempo de Serviço e Antiguidade na Instituição em intervalos segundo a sua mediana, depois foi realizada uma comparação de médias destes grupos utilizando o teste *T-Student* que compara amostras independentes.

As questões abertas presentes no questionário foram submetidas ao processo de análise de conteúdo. Como refere Bardin (2004, p.44): “a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por detrás das palavras sobre as quais se debruça (...) é uma busca de outras realidades através das mensagens”, o que se adequa à informação pouco estruturada, recolhida nas questões abertas do questionário. No sentido de estruturar o processo de categorização dos dados qualitativos recolhidos utilizamos as barreiras à comunicação referidas por Chiavenato (2005) como categorias previamente definidas, no sentido de estruturar a análise dos dados.

## 7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo fazemos a apresentação dos resultados do estudo. Num primeiro momento começamos por realizar a caracterização da amostra utilizada para a colheita de dados. Em seguida apresentamos os dados de forma a dar resposta às questões de investigação formuladas. Iniciamos esta análise pelas questões analisadas através de métodos quantitativos e no momento seguinte damos resposta às questões de investigação respondidas através da utilização de métodos de análise qualitativa.

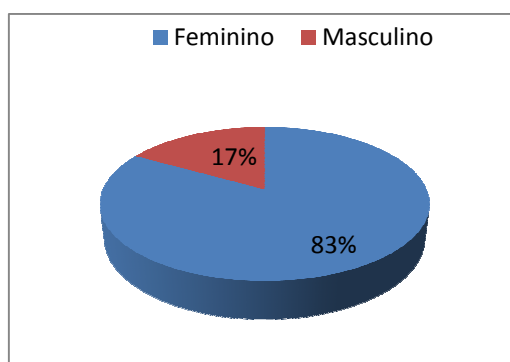
### 7.1. Caracterização da amostra

No estudo realizado participaram 132 enfermeiros. No grupo de participantes estudado (ver **Quadro 1**), que corresponde aos enfermeiros prestadores de cuidados de forma directa ao utente nesta instituição, 110 eram do sexo feminino (83,3%) e 22 do sexo masculino (16,7%) (ver **Gráfico 1**).

**Quadro 1** – Caracterização da amostra relativamente ao Sexo.

	Frequência	Percentagem
<b>Feminino</b>	110	83,3
<b>Masculino</b>	22	16,7
<b>TOTAL</b>	132	100

**Gráfico 1:** Gráfico de distribuição dos enfermeiros da amostra pelo sexo.

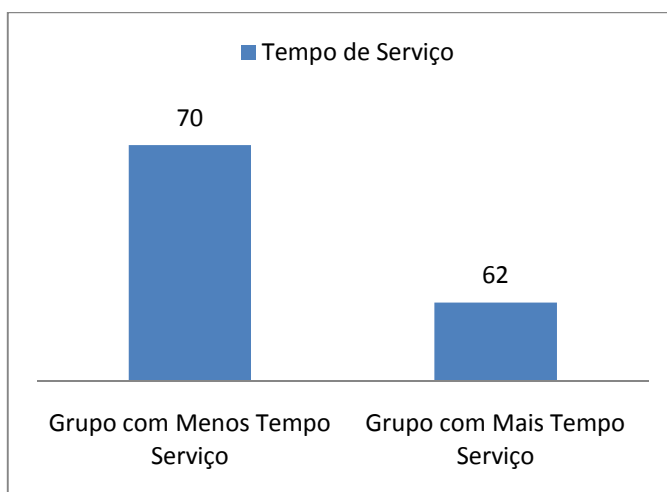


A média de anos de tempo de serviço foi de 90,67 meses, para um mínimo de 4 meses e um máximo de 378 meses (ver **Quadro 2**). Para melhor interpretação dos resultados sobre o tempo de exercício profissional, os mesmos foram divididos em dois intervalos de tempo deduzidos através da mediana (48 meses), sendo designados respectivamente como: «**Grupo com mais tempo de serviço**» e «**Grupo com menos tempo de serviço**». Podemos observar que o grupo com maior frequência é o grupo com «**Grupo com menos tempo de serviço**», com 70 enfermeiros. (ver **Gráfico 2**).

**Quadro 2** – Caracterização da amostra de acordo com o tempo de serviço.

Número de respostas	132
Mínimo	4
Máximo	378
Média	90,67

**Gráfico 2** – Gráfico de distribuição dos enfermeiros da amostra pelo tempo de serviço na profissão de enfermagem.

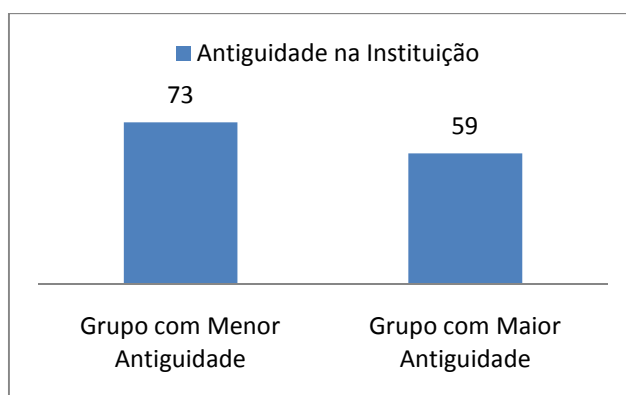


A média de anos de prestação de cuidados na instituição onde se realizou o estudo foi de 61,76 meses, para um mínimo de 1 mês e um máximo de 264 meses (ver **Quadro 3**). Também para esta variável se estabeleceu uma divisão em dois intervalos através da mediana (36 meses). Para esta variável, designou-se o primeiro grupo como o de «**Grupo com menor antiguidade**» e o segundo grupo como «**Grupo com maior antiguidade**». Podemos observar que o grupo com maior frequência é o grupo com «**Grupo com menor antiguidade**», contendo 73 enfermeiros (ver **Gráfico 3**).

**Quadro 3** – Caracterização da amostra de acordo com a antiguidade na instituição.

Número de respostas	132
Mínimo	1
Máximo	264
Média	61,76

**Gráfico 3** – Gráfico de distribuição dos enfermeiros da amostra pela antiguidade na instituição.



A distribuição dos enfermeiros respondentes pelos diversos serviços da instituição hospitalar em que se desenvolveu a colheita de dados pode ser consultada no **Quadro 4**, exposto abaixo. Como era expectável, as percentagens por serviços não foram muito elevadas, sendo as mais relevantes as oriundas da Cirurgia Geral, Bloco Partos/Urgência Obstétrica, Medicina IV e Ortopedia.

**Quadro 4** – Caracterização da amostra de acordo com o Serviço.

	Frequência	Percentagem
UCIC	4	3,0
Urgência Geral	9	6,8
UCIM	13	9,8
Medicina III	5	3,8
Medicina IV	15	11,4
Ortopedia	14	10,6
Cirurgia Geral	22	16,7
Bloco Partos/Urgência Obstétrica	20	15,2
Urgência Pediátrica	11	8,3
Neonatologia	9	6,8
Obstetria	3	2,3
Medicina Materno Fetal	4	3,0
Total	129	97,7
Não Responde	3	2,3
TOTAL	132	100,0



## 7.2. Características estruturais da passagem de turno em enfermagem

Sendo nosso objectivo compreender a estrutura da passagem de turno nesta instituição, ou seja, o *modus operandi* que se assume como predominante para este processo de trabalho, considerámos importante que o estudo efectuado procurasse dar resposta à questão de investigação:

- Quais as características em termos estruturais da passagem de turno no Hospital de São Francisco Xavier?

Assim, desejávamos obter uma visão transversal sobre a passagem de turno em enfermagem nesta instituição, construindo uma visão global sobre a forma como a mesma se desenvolve através da análise dos dados quantitativos.

Apesar de se ter inquirido os enfermeiros prestadores de cuidados sobre o tempo dispendido com a documentação de registo de cada utente verificou-se que os dados obtidos demonstravam valores aparentemente incongruentes. A análise inicial dos dados apresentava um valor médio de 107,53 minutos para esta actividade e um valor máximo de 480 minutos (ver **Quadro 5**). Segundo a experiência da prática do investigador, enquanto prestador de cuidados de enfermagem, os valores obtidos nesta questão encontravam-se desfasados do possível.

**Quadro 5** – Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao tempo dispendido com a documentação relativa a cada utente (minutos).

Número de respostas	129
Mínimo	2
Máximo	480
Média	107,53

Por este facto e para compreender os valores obtidos realizou-se uma confirmação da parametrização realizada aos dados. Não tendo sido determinada qualquer irregularidade nesta parametrização observou-se a tabela de frequências para esta questão (ver **Quadro 6**).

**Quadro 6** – Tabela de frequências relativa ao tempo despendido com a documentação relativa a cada utente (minutos).

Tempo despendido com a documentação de cada utente (minutos)	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
0 - 30	34	25,8	26,4	26,4
31 - 60	29	22,0	22,5	48,8
61 - 90	6	4,5	4,7	53,5
91 - 120	27	20,5	20,9	74,4
151 – 180	21	15,9	16,3	90,7
Mais de 181	12	9,1	9,3	100,0
Respostas	129	97,7	100,0	
Não Respostas	3	2,3		
TOTAL	132	100,0		

Através desta consulta, observou-se que se atingem aproximadamente 50% das respostas, para valores compreendidos entre 0 e 90 minutos. Os valores a partir dos 91 minutos parecem serem demasiados elevados, sendo baixa a probabilidade de os mesmos ocorrerem em contexto real, excepto nos cuidados intensivos. Por esta razão, parece ser uma questão a aprofundar em novos estudos

Por esta razão o investigador optou por considerar esta questão como não válida para a análise. Acreditamos que esta questão terá sido mal interpretada pelos participantes.

No que toca ao tempo utilizado de forma a determinar a informação a transmitir ao colega que recebe o turno, os dados apontam uma média de 26,28 minutos, para um mínimo de 0 minutos e um máximo de 120 minutos (ver **Quadro 7**).

**Quadro 7** – Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao tempo utilizado de forma a determinar a informação a transmitir ao colega que recebe o turno.

Número de respostas	131
Mínimo	0
Máximo	120
Média	26,28

Apesar de, aparentemente, se poder considerar excessivo o valor de 120 minutos enquanto valor máximo obtido para esta questão, a análise da respectiva tabela de frequências (ver **Quadro 8**) demonstra-nos que 55% das respostas referem valores que se situam entre os 0 e os 20 minutos. A sensibilidade e experiência profissional do investigador corroboram os resultados obtidos pelo que se considerámos válida esta questão.

**Quadro 8** – Tabela de Frequências para tempo para determinar a informação a transmitir ao colega que recebe o turno (em minutos).

Tempo para determinar informação a transmitir (minutos)	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
0 – 20	72	54,5	55,0	55,0
21 - 40	37	28,0	28,2	83,2
41 – 60	16	12,1	12,2	95,4
61 - 80	1	0,8	0,8	96,2
81 - 100	2	1,5	1,5	97,7
101 - 120	3	2,3	2,3	100,0
<b>Respostas</b>	131	99,2	100,0	
<b>Não Respostas</b>	1	0,8		
<b>TOTAL</b>	132	100,0		

Ao procurarmos compreender qual o tempo médio de duração da passagem de turno, auferimos que esta dura, em média, cerca de 41 minutos, sendo o máximo referido para esta duração os 120 minutos e o mínimo os 10 minutos (ver **Quadro 9**).

**Quadro 9** – Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao tempo de duração da passagem de turno.

Número de respostas	131
Mínimo	10
Máximo	120
Média	41,02

Na questão que inquiria sobre os métodos utilizados para a transferência de informação na passagem de turno foi possível determinar que em 24,2% das respostas os enfermeiros prestadores de cuidados referem utilizar o Método Verbal, de forma exclusiva.

Constituindo uma associação de dois métodos, observamos que o Método Verbal aparece associado ao método Escrito em 40,2% das vezes. Nesta associação a passagem de turno baseia-se na transferência de informação através de um suporte previamente escrito de forma manual, sendo complementada pela transmissão verbal da informação necessária.

Em 18,2% das vezes é referida a utilização de uma folha pré-impressa por meios informáticos, sendo esta complementada pela utilização do método verbal e escrito.

Além das respostas já mencionadas, é de referir que 9 enfermeiros responderam que a sua passagem de turnos se processa por Outro Método (6,9%) (ver **Quadro 10**). A análise destas respostas demonstrou que os enfermeiros se referiram, na sua totalidade, à utilização de métodos informáticos com base na linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

**Quadro 10** - Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao método de transmissão de informação utilizado.

Método Utilizado	Frequência	Percentagem
<b>Método Verbal &amp; Restantes</b>	98	74,2%
▪ <b>Método Verbal Apenas</b>	32	24,2%
▪ <b>Método Verbal + Escrito</b>	53	40,2%
▪ <b>Método Verbal + Escrito + Folha Pré- Impressa</b>	24	18,2%
<b>Outros</b>	9	6,9%
<b>Não Respostas</b>	25	18,9%
<b>TOTAL</b>	132	100%

Na questão que inquiria sobre a eficácia dos métodos normalmente utilizados na passagem de turnos para o assegurar a continuidade de cuidados 93,1% das respostas consideraram que o método normalmente utilizado na passagem de turno é eficaz no assegurar da continuidade de cuidados (ver **Quadro 11**).

**Quadro 11** – Caracterização do momento de passagem de turno quanto à eficácia do método de transmissão de informação no assegurar da continuidade de cuidados.

Eficácia dos Métodos Actuais	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
<b>Não</b>	9	6,8	6,9	6,9
<b>Sim</b>	122	92,4	93,1	100,0
<b>Total</b>	131	99,2	100,0	
<b>Não respostas</b>	1	,8		
<b>TOTAL</b>	132	100,0		

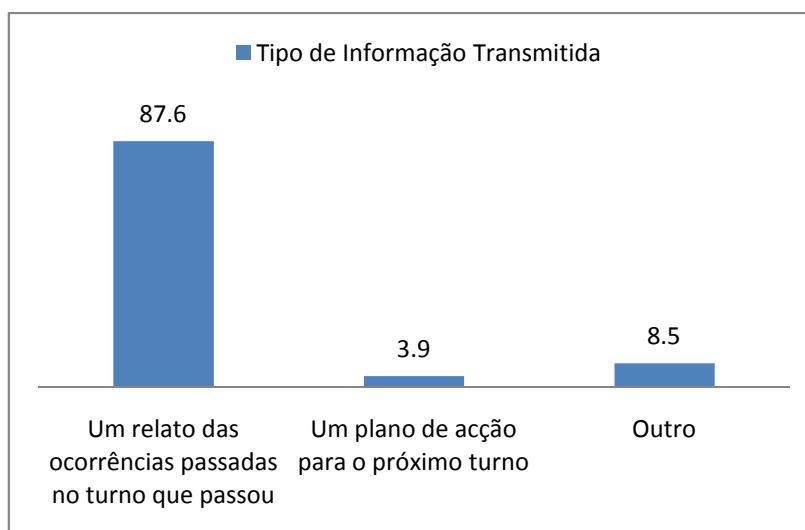
A questão seguinte tinha como objectivo compreender que método de passagem, de turno era considerando como mais adequado para o assegurar da continuidade de cuidados. Esta questão deveria ser respondida caso os enfermeiros considerassem quem os métodos actualmente existentes **NÃO** asseguravam essa mesma continuidade. Assim, verificámos que apenas se obtiveram 10 respostas a esta questão. Este número de respostas vem corroborar os cerca de 93% que afirmam considerar que o método actualmente existente assegura a continuidade de cuidados (na questão anterior). O volume de respostas obtidas nesta questão corresponde a uma percentagem de 7,6% em relação ao tamanho da amostra. Tendo isto em conta o investigador optou por não considerar como importante a sua análise.

Sobre o tipo de informação transmitida na passagem de turno 85,6% dos enfermeiros responderam que esta se pode considerar um relato das ocorrências passadas no turno que passou. Apenas 3,8% responde que na sua passagem de turno a informação pode ser considerada um plano de acção para o próximo turno (ver **Quadro 12** e **Gráfico 4**).

**Quadro 12** – Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao tipo de informação transmitida na passagem de turno.

Tipo de informação transmitida	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Um relato das ocorrências passadas no turno que passou	113	85,6	87,6	87,6
Um plano de acção para o próximo turno	5	3,8	3,9	91,5
Outro	11	8,3	8,5	100,0
Total	129	97,7	100,0	
Não Respostas	3	2,3		
TOTAL	132	100,0		

**Gráfico 4** – Gráfico de distribuição dos enfermeiros da amostra consoante o tipo de informação transmitida na passagem de turno.



A análise da categoria **Outro Tipo** (8,5%) revelou respostas em que os enfermeiros escolhiam os dois itens anteriores em simultâneo. A escolha simultânea dos dois itens viola o enunciado da questão que pretendia averiguar o carácter que a informação transmitida no momento da passagem de turno adquire de forma predominante. Tendo isto em conta estas respostas não foram consideradas como válidas.

Quanto ao emissor da informação durante a passagem de turno os enfermeiros referiram que em 85,0% dos casos este era o Enfermeiros responsável pelo utente e que em 15,0% dos casos a informação era transmitida por Outro (ver **Quadro 13**).

**Quadro 13** – Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao transmissor da informação durante a passagem de turno.

Quem transmite a informação	Frequência	Percentagem	Percentagem de Casos
Enf. Responsável pelo Utente	130	85,0%	100,0%
Outro	23	15,0%	17,7%

Assim, os enfermeiros participantes indicaram que apesar do Enfermeiro responsável adquirir o papel de emissor da informação na globalidade das situações, este é muitas vezes auxiliado por outros membros da equipa de enfermagem nesta transmissão de informação.

A análise das respostas à categoria **Outros** permitiu averiguar as seguintes frequências de respostas, com maior incidência na figura do “chefe de equipa”:

**Quadro 14** – Frequências de resposta na categoria Outros no que concerne à caracterização do momento de passagem de turno quanto ao transmissor da informação.

Chefe de Equipa	11
Coordenador do Serviço	9
Enfermeiro Chefe	4
Outros colegas detentores de informação relevante	2
Todos os elementos	1

Quanto aos elementos da equipa de enfermagem que deveriam participar na passagem de turno, verifica-se a ocorrência de apenas 57 respostas e 75 não respostas. Tendo isto em conta, observamos que os enfermeiros respondentes consideram que deveriam participar na passagem de turno: o Enfermeiro Coordenador em 46,2% dos casos e o Enfermeiro Chefe em 37,5% dos casos. A opção **Outros** apenas foi referida em 2,9% das respostas. Além disso o próprio Enfermeiro responsável pelo utente é referido em 13,5% dos casos (ver **Quadro 15**).

**Quadro 15** – Caracterização do momento de passagem de turno quanto a que outros membros da equipa de enfermagem deveriam participar na passagem de turno.

Que outros membros da equipa deveriam participar	Frequência	Percentagem	Percentagem de Casos
Enf. Responsável pelo Utente	14	13,5%	24,6%
Enf. Coordenador	48	46,2%	84,2%
Enf. Chefe	39	37,5%	68,4%
Outro	3	2,9%	5,3%

**Quadro 16** – Frequências de resposta na categoria Outros no que concerne à caracterização do momento de passagem de turno quanto a que outros membros da equipa de enfermagem deveriam participar .

<b>Chefe de Equipa</b>	2
<b>Todos os elementos</b>	1

Segundo os dados colhidos neste estudo pudemos perceber que a passagem de turno nesta instituição ocorre em 27,5% dos casos na Sala de Enfermagem, em 28,2% na Unidade do Utente e em 44,3% em Outros locais (ver **Quadro 17**).

**Quadro 17** – Caracterização do momento de passagem de turno quanto local onde ocorre.

Local onde ocorre a passagem de turno	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
<b>Sala de enfermagem</b>	36	27,3	27,5	27,5
<b>Unidade do utente</b>	37	28,0	28,2	55,7
<b>Outro</b>	58	43,9	44,3	100,0
<b>Total</b>	131	99,2	100,0	
<b>Não Respostas</b>	1	,8		
<b>TOTAL</b>	132	100,0		

Na análise da categoria **Outros locais**, a análise destas respostas permitiu auferir as frequências de resposta expostas no **Quadro 18**.

**Quadro 18** – Frequências de respostas à categoria Outros na caracterização do momento de passagem de turno quanto local onde ocorre.

<b>Sala normalmente utilizada para outros fins</b>	<b>30</b>
<b>Central de Enfermagem em local aberto</b>	19
<b>Sala específica para a passagem de turno</b>	9

Quanto aos locais considerados preferenciais para a realização da passagem de turno pelo enfermeiros: 47,7% referiram a Sala de enfermagem, 25,8% a Unidade do utente e 25% Outros locais (ver **Quadro 19**).

**Quadro 19** – Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao local de preferência para a sua ocorrência.

Local onde deveria ocorrer a passagem de turno	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
<b>Sala de enfermagem</b>	63	47,7	48,5	48,5
<b>Unidade do utente</b>	34	25,8	26,2	74,6
<b>Outro</b>	33	25,0	25,4	100,0
<b>Total</b>	130	98,5	100,0	
<b>Não Respostas</b>	2	1,5		
<b>TOTAL</b>	132	100,0		

A análise da categoria **Outros** demonstrou que os enfermeiros referem vários locais como preferenciais para a realização da passagem de turno o que pode sugerir uma adaptação às características de cada serviço e às contingências a elas associadas. De notar que 14 destes enfermeiros referem desejar uma: Sala específica para a passagem de turno (ver **Quadro 20**).

**Quadro 20** – Frequências de respostas à categoria Outros na caracterização do momento de passagem de turno quanto local ao local de preferência para a sua ocorrência.

Sala específica para a passagem de turno	14
Central de Enfermagem em local aberto	9
Sala normalmente utilizada para outros fins	7
Local Privado	2
Onde ocorre	1

No que toca à presença de outros profissionais durante o momento de passagem de turno observamos que em 77,4% dos casos os enfermeiros respondentes referem que nenhum outro profissional de saúde está presente. Quando existe presença de outros profissionais 15,0% das vezes são Médicos e 3,0% Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (como Fisioterapeutas, Dietistas, etc.). Em 4,5% dos casos foram referidas a presença de Outros profissionais, correspondendo as respostas à presença de Assistentes Operacionais (ver **Quadro 21**).

**Quadro 21** - Caracterização do momento de passagem de turno quanto à presença de outros profissionais.

Outros profissionais presentes	Frequência	Percentagem	Percentagem de Casos
Médico	20	15,0%	15,7%
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	4	3,0%	3,1%
Nenhum outro profissional presente	103	77,4%	81,1%
Outro	6	4,5%	4,7%

Assim, e como súpula da análise efectuada podemos afirmar que a passagem de turno nesta instituição detém uma duração média de cerca de 41 minutos, recorrendo-se principalmente à utilização do método verbal em conjunto com o método escrito para a transmissão de informação durante a passagem de turno. A passagem de turno ocorre primordialmente em locais que se podem considerar como a sala ou central de enfermagem o que corresponde ao desejo dos profissionais de enfermagem nesta instituição, sendo referido (no entanto) o desejo de que a passagem de turno seja efectuada em local adequado para o efeito. O emissor mais frequente da informação é o



enfermeiro responsável pelos cuidados ao utente mas os enfermeiros referem desejar maior participação dos enfermeiros responsáveis pela coordenação e chefia do serviço. Na maioria dos casos a informação transmitida corresponde a um resumo das ocorrências que tiveram lugar no turno anterior. Os Enfermeiros referem considerar que o método utilizado na sua passagem de turno é eficaz na manutenção da continuidade de cuidados. Além disso concluiu-se que na maioria dos casos nenhum outro profissional está presente durante a passagem de turno.

### **7.3. Componentes relevantes para a eficácia da passagem de turno em enfermagem**

Tendo o presente estudo como objectivo compreender a percepção dos enfermeiros prestadores de cuidados sobre a eficácia da passagem de turno, considerámos importante que o nosso estudo respondesse à questão de investigação:

- Quais os componentes considerados relevantes para a eficácia da passagem de turno em enfermagem pelos enfermeiros prestadores de cuidados no Hospital de São Francisco Xavier?

A determinação dos componentes considerados relevantes para a eficácia da passagem de turno em enfermagem foi realizada através da análise da escala de percepção da eficácia da passagem de turno utilizando o método de análise factorial.

A análise factorial tem o objectivo de avaliar a variância comum de um conjunto de variáveis para explicar as correlações entre as mesmas. Este método de análise foi escolhido por ser considerado adequado ao desocultar de regularidades presentes nos dados e que não se encontram facilmente acessíveis ao investigador (Pestana & Gageiro, 2005)

Tal como Pestana & Gageiro (2005, p.515 ) refere: “Caso alguma variável não estivesse classificada no mesmo sentido, o seu peso factorial, obtido na matriz das componentes após rotação, teria sinal negativo. Nesta situação ter-se-ia que inverter essa escala antes de proceder a qualquer análise”. Tendo isto em conta começamos, nesta análise, por realizar uma inversão das variáveis que de tinham sentido contrário à maioria, na escala da **Secção C: Percepções dos Enfermeiros sobre a passagem de turno**, do instrumento de recolha de dados.

Ou seja, realizámos uma inversão da escala nas questões em que um score mais elevado correspondia a uma percepção de características mais negativas por parte do enfermeiro. Esta inversão foi realizada nos itens: 19; 23; 25; 29 e 31.

Após esta inversão procedeu-se à redução factorial utilizando todas as questões da escala, ou seja, de 17 a 36. Para isso começamos por aplicar o teste de Kaiser-

*Meyer-Olkin* (KMO) para verificar a exequibilidade deste método de análise. Comumente consideram-se necessários para a exequibilidade deste tipo de análise valores de KMO superiores a 0,6 uma vez que “é inaceitável fazer uma análise factorial com um KMO inferior a 0,5” (Kaiser e Rice 1974 como citado em Hill & Hill 2008, p.275).

Nesta primeira análise o valor de KMO foi de 0,720 o que demonstra uma boa correlação entre variáveis. O teste de esfericidade de *Bartlett* para esta primeira extracção factorial apresentava associado um nível de significância de 0,000. Isto permite rejeitar a hipótese de nulidade segundo a qual a matriz de correlações seria igual à matriz identidade, não possuindo correlações significativas.

Apesar dos testes previamente referidos demonstrarem uma razoável correlação verificou-se, através da análise da tabela de rotação *Varimax* e da distribuição dos *eigenvalues*, (ou valores próprios), que o item **25** se encontrava associada a dois factores distintos, não contribuindo para tornar a identificação dos factores perceptível. Por essa razão consideramos oportuno realizar nova extracção factorial não considerando este item. Esta nova extracção factorial apresentou um **KMO** de 0,732, mantendo um nível de significância de 0,000 no teste de *Bartlett* o que permite considerar o método de análise factorial como uma boa escolha para a análise dos dados do estudo.

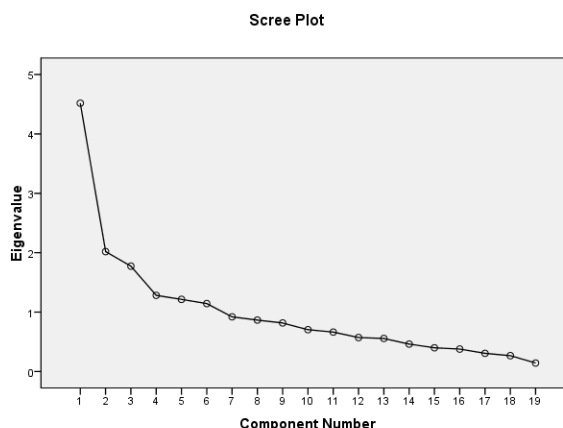
Utilizando a análise factorial com rotação *Varimax*, extraímos 6 factores com *eigenvalues* (valor próprio) superior a 1 segundo o critério *Kaiser* (que define valores superiores a 1 para a definição dos factores a reter). Estes 6 factores explicavam 62,89% da variância acumulada dos dados (ver **Quadro 22**).

**Quadro 22** – Análise dos Componentes principais e da sua variância.

Valor Próprio			
Factor	Total	% da Variância	% da Variância acumulada
1	4,52	23,78	23,78
2	2,02	10,62	34,40
3	1,77	9,34	43,74
4	1,28	6,75	50,48
5	1,21	6,39	56,87
6	1,14	6,02	62,89

A análise do Gráfico *Scree plot* (**Gráfico 5**) vem, também, confirmar que a inclinação se apresenta como mais acentuada até ao sexto factor, que se situa a nível 1 no eixo das coordenadas, tornando-se depois a recta paralela em relação ao eixo das abcissas.

**Gráfico 5** – Gráfico da variância das componentes principais.



No gráfico da variância os pontos com maior declive indicam o número de componentes a reter. Assim, se a curva presente no gráfico evidenciar uma estabilização dos valores próprios devem reter-se, apenas, os eixos com números de ordem superiores àqueles em que se inicia esta estabilização. Neste caso a estabilização inicia-se no número de ordem 6, sugerindo que se devem reter os 6 factores acima.

Os factores extraídos podem assim entender-se como componentes que emergem do conjunto dos dados obtidos como tendo relevância para a eficácia da passagem de turno em enfermagem neste contexto. Assim, a cada um dos componentes determinados foi dada uma designação que permitisse reflectir e identificar a natureza dos itens que o compõem.

Ao analisarmos a extracção factorial observamos que o primeiro componente, designado: **Oportunidade de reflexão partilhada** explica 23,78% da variância dos dados, correspondendo aos itens: 32, 33, 34, 35 e 36. Estes itens apresentam saturações neste factor que variam entre 0,891 e 0,671 (ver **Quadro 23**).

**Quadro 23** – Análise da variância e saturação do Componente 1 - Oportunidade de reflexão partilhada.

Componente 1 - Oportunidade de reflexão partilhada 23,78% da Variância total		
Item	Descrição	Loading
32	Tenho a oportunidade de discutir as situações clínicas difíceis que experienciei.	0,756
33	Tenho a oportunidade de reflectir em conjunto com outros colegas quando tive um turno difícil	0,891
34	Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a quantidade/carga de trabalho.	0,839
35	Tenho a oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendo	0,731
36	A passagem de turno é utilizada como momento de formação em serviço	0,671

O segundo factor, designado: **Oportunidade da Informação** explica 10,62% da variância dos dados, correspondendo aos itens: 17, 20, 21, 24, 26, 31. Estes valores apresentam saturações entre 0,736 e 0,506 (ver **Quadro 24**).

**Quadro 24** – Análise da variância e saturação do Componente 2 - Oportunidade da Informação.

<b>Componente 2 - Oportunidade da Informação</b> <b>10,62% da Variância total</b>		
<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Loading</b>
<b>17</b>	É-me fornecida informação suficiente sobre os utentes.	0,736
<b>20</b>	A forma como a informação me é fornecida é fácil de acompanhar.	0,725
<b>21</b>	Tenho a possibilidade de clarificar a informação que me foi fornecida	0,562
<b>24</b>	A informação que eu recebo está actualizada.	0,506
<b>26</b>	Sou capaz de me manter concentrado na informação que me é transmitida.	0,673
<b>31</b>	Eu sinto que nem sempre me é fornecida informação importante durante a passagem de turno.	0,638

O terceiro componente, designado: **Envolvimento do Utente** explica 9,34% da variância dos dados e satura nos itens: 28 e 30. Apresenta valores de saturação de: 0,894 e 0,839 (ver **Quadro 25**).

**Quadro 25** – Análise da variância e saturação do Componente 3 - Oportunidade de reflexão partilhada.

<b>Componente 3 - Envolvimento do Utente</b> <b>9,34% da Variância total</b>		
<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Loading</b>
<b>28</b>	Tenho a possibilidade de verificar o estado do utente durante a passagem de turno.	0,839
<b>30</b>	Os utentes são envolvidos/estão presentes no processo de passagem de turno.	0,894

O quarto componente, designado por: **Factores negativos da passagem de turno**, explica 6,75% da variância total, saturando nos itens 23 e 19 com valores de: 0,659 e 0,644 (ver **Quadro 26**).

**Quadro 26** – Análise da variância e saturação do Componente 4 - Factores negativos da passagem de turno.

Componente 4 - Factores negativos da passagem de turno 6,75% da Variância total		
Item	Descrição	Loading
19	É-me muitas vezes dada informação durante a passagem de turno que não é relevante para a prestação de cuidados.	0,659
23	Acho que a passagem de turno ocupa demasiado tempo.	0,644

O quinto componente, designado: **Confidencialidade**, explica 6,39% da variância total dos dados e sutura nos itens 27 e 29, com valores de: 0,753 e 0,567 (ver **Quadro 27**)

**Quadro 27** – Análise da variância e saturação do Componente 5 – Confidencialidade da Informação.

Componente 5 – Confidencialidade da Informação 6,39% da Variância total		
Item	Descrição	Loading
27	Tenho a oportunidade de discutir informação confidencial ou privada acerca do utente.	0,753
29	Sou muitas vezes interrompido por utentes ou pessoas significativas para os mesmos durante a passagem de turno	0,567

O índice 18 - *Eu posso obter a informação transmitida na passagem de turno através do processo clínico do utente* - constitui, um factor isolado com *Loading* de 0,818 que explica 6,02% da variância total dos dados. De acordo com a literatura consultada (Polit & Hungler, 2004; Moreira, 2004; Hill & Hill, 2008) um factor onde satura apenas um item não deve ser considerado como factor válido. Tal como refere Moreiran (2004, p.392): “O factor é a variável e vice-versa...não faz sentido efectuar uma análise factorial quando se tem apenas uma variável”. Na nossa análise não consideramos este factor como explicativo da percepção da eficácia da passagem de turno.

Seguidamente apresentamos a análise de consistência interna dos dados através da análise do valor de *Alpha de Cronbach*. Esta medida é uma das mais utilizadas para concluir sobre a consistência interna de um grupo de dados. O valor obtido através deste teste corresponde ao limite inferior da consistência interna, sendo esta considerada avaliada segundo o valor obtido. Assim, pode ser considerada: “Muito boa – *alpha* superior a 0,9; Boa – *alpha* entre 0,8 e 0,9; Razoável - *alpha* entre 0,7 e 0,8; Fraca - *alpha* entre 0,6 e 0,7 e Indamissível - *alpha* < 0,6” (Pestana & Gageiro, 2005, p. 526)

Iniciámos a análise da consistência interna determinando o valor de *Alpha de Cronbach* para a escala de questões utilizada na recolha de dados. O valor de *Alpha* para os 20 itens da escala foi de 0,701, o que se pode considerar como razoável.

Após verificado o valor de *Alpha* para a escala completa optamos por submeter cada um dos componentes encontrados ao teste de *Alpha de Cronbach* para averiguar se todos poderiam ser usados para explicar a eficácia da passagem de turno (ver **Quadro 28**).

**Quadro 28** – Análise da Consistência interna dos Componente determinados.

Análise da Consistência Interna		
	Número de Itens	<i>Alpha de Cronbach's</i>
<b>Componente 1</b>	5	<b>0,843</b>
<b>Componente 2</b>	6	<b>0,720</b>
<b>Componente 3</b>	2	<b>0,757</b>
<b>Componente 4</b>	2	0,250
<b>Componente 5</b>	2	0,139

Tendo em conta os valores obtidos compreendemos que o **Componente 1 – Oportunidade para a reflexão partilhada**; o **Componente 2 – Oportunidade da informação** e o **Componente 3 – Envolvimento do Utente** podem ser considerados como detendo adequada consistência interna, sendo relevantes para explicar a eficácia da passagem de turno neste contexto. Os restantes componentes (4 e 5) não se podem considerar como válidos uma vez que apresentam valores de *Alpha* inadmissíveis (0,250 e 0,139). Em conjunto estes três factores explicam 43,74% da variância total dos dados.

Tendo em conta a consistência interna de cada componente realizou-se uma nova análise da consistência interna da escala utilizada para a colheita de dados considerando, apenas, os itens que compõem cada um dos três componentes determinados como válidos. Esta análise permitiu auferir um valor de *Alpha* de 0,768 para os 13 itens considerados.

A análise descritiva destes factores permite-nos afirmar que é o **Componente 2 - Oportunidade da Informação** que apresenta uma média mais elevada ( $M=5,59$ ) e simultaneamente com menor desvio padrão ( $DP=0,72$ ), seguido do **Componente 1 - Oportunidade de Reflexão Partilhada** ( $M=5,10$  e  $DP=1,12$ ); apresentando-se em ultimo lugar o **Componente 3 - Envolvimento do utente**, com um valor de média mais baixo para o maior desvio padrão ( $M=3,50$  e  $DP=1,66$ ) (ver **Quadro 29**).

**Quadro 29** – Medidas de tendência central e de dispersão dos componentes determinados.

	Frequência	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<b>Componente 1</b>	127	2,00	7,00	5,10	1,12
<b>Componente 2</b>	127	3,67	7,00	5,59	0,72
<b>Componente 3</b>	127	1,00	7,00	3,50	1,66

Assim, e tendo em conta os resultados obtidos através do processo de análise factorial propomos, como escala de avaliação da percepção dos enfermeiros para a

eficácia da passagem de turno, um conjunto de treze itens. Estes itens demonstraram, através da nossa análise, importância real para a compreensão da eficácia da passagem de turno e desta forma consideramos que os mesmos se afiguram como um verdadeira escala de avaliação da percepção da eficácia da passagem de turno aplicável ao contexto em estudo.

#### **7.4. Relação entre a percepção da eficácia da passagem de turno e o tempo de serviço ou a antiguidade na instituição**

Para se compreender se existe uma relação entre o tempo de serviço do enfermeiro/ antiguidade na instituição e a sua percepção da eficácia da passagem de turno procurou-se, neste momento do trabalho, dar resposta à seguinte questão de investigação:

- Existe uma relação entre a percepção da eficácia da passagem de turno e o tempo de serviço ou a antiguidade na instituição?

Assim, para a determinação desta relação consideramos os 3 componentes extraídos no ponto prévio através do método de análise factorial como identificadores da percepção da eficácia da passagem de turno. Como identificadores das variáveis tempo de serviço e antiguidade na instituição utilizamos os grupos previamente definidos para estas variáveis

Para auferirmos sobre esta relação estudamos inicialmente o comportamento da variável percepção e em especial a sua distribuição em comparação com as variáveis de distribuição dita normal, uma vez que a mesma condicionaria as opções metodológicas a tomar para realizar a dita análise. Isto ocorre porque a normalidade é um dos pressupostos para a utilização de muitos testes, nomeadamente do teste *T-Student* para a comparação de dois grupos independentes.

Para estudar o comportamento da variável percepção esta foi submetida ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*, observando-se que a variável percepção da eficácia da passagem de turnos segue uma distribuição normal ( $KMO = 1,064$ ).

Tendo em conta distribuição normal da variável foi utilizado o teste *T-Student* para comparar os grupos: «Grupo com Menor Tempo de Serviço»; «Grupo com Maior Tempo de Serviço» (ver **Quadro 30**). Foi utilizado um valor de significância de 0,05.

**Quadro 30 – Estatística para os Grupos da Variável Tempo de Serviço.**

<b>Tempo de Serviço – Percepção da Eficácia</b>			
	Frequência	Média	Desvio Padrão
<b>Grupo com Menor Tempo de Serviço</b>	70	4,94	0,73
<b>Grupo com Maior Tempo de Serviço</b>	62	5,14	0,708

Foi verificada a homogeneidade de variâncias através do teste de *Levene* ( $F=0,041$ ;  $P=0,840$ ), o que assegura a exequibilidade do teste *T-Student*.

A análise dos valores obtidos através deste teste permitem-nos afirmar a **inexistência** de diferenças significativas ( $P = 0,122$ ) quanto à percepção da eficácia da passagem de turno em enfermagem nos dois grupos definidos através da experiência profissional

Sendo também nosso objectivo analisar a existência ou não de uma relação entre a percepção da eficácia da passagem de turno e a antiguidade na instituição utilizou-se o método de análise já referido para realizar esta análise. Utilizamos a variável percepção, como no exercício anterior, para realizar a comparação de médias entre os Grupos com: «Menor Antiguidade» e «Maior Antiguidade» (ver **Quadro 31**).

**Quadro 31 – Estatística para os Grupos da Variável Antiguidade na Instituição.**

<b>Antiguidade na Instituição – Percepção da Eficácia</b>			
	Frequência	Média	Desvio Padrão
<b>Grupo com Menor Antiguidade</b>	73	5,03	0,705
<b>Grupo com Maior Antiguidade</b>	59	5,04	0,751

Para se auferir sobre esta relação foi mais uma vez utilizado o teste *T-Student*. Também neste caso o teste de *Levenes* ( $F=1,155$ ;  $P=0,285$ ) demonstra a homogeneidade de variâncias podendo o teste *T-Student* ser utilizado para a comparação de dois grupos independentes.

Tal como no caso anterior, também neste caso não se verificam diferenças significativas na percepção dos enfermeiros prestadores de cuidados consoante a sua experiência profissional na instituição ( $P=0,940$ ).



## 7.5. Factores com influência na passagem de turno

Com o intuito de conhecer a opinião dos enfermeiros sobre os factores que interferem positiva e negativamente na passagem de turno e que alterações poderiam ser implementadas para a melhoria da mesma foram inseridas questões abertas no questionário que reflectiam as seguintes questões de investigação:

- Quais os factores que interferem positivamente e negativamente na passagem de turno segundo os enfermeiros prestadores de cuidados no Hospital de São Francisco Xavier?
- Que medidas poderiam ser consideradas para melhorar a eficácia da passagem de turno segundo os enfermeiros prestadores de cuidados no Hospital de São Francisco Xavier?

Na análise destas questões abertas do questionário foi utilizada a análise de conteúdo. Tal como Ghiglione & Malaton (1993, p. 258) afirmam sobre a codificação das questões abertas: “trata-se, de facto, de um problema de análise de conteúdo, tendo em vista apresentar os resultados sob uma forma mais simples”.

A análise de conteúdo visa obter uma descrição sobre o conteúdo da mensagem, isto através de um conjunto de procedimentos sistemáticos e objectivos. Estes procedimentos consistem na organização, divisão, síntese e procura de padrões nos dados existentes com vista a extrair deles um sentido. De notar que Bardin (2004) classifica a análise das respostas a perguntas abertas de um questionário como, análise de conteúdo do tipo classificatório.

Para realizar a análise das respostas a estas questões foi primeiramente sublinhado tudo aquilo que considerámos importante e significativo à luz da nossa pergunta de investigação e dos conhecimentos teóricos emergentes da revisão bibliográfica. Ou seja e como refere Hosti, citado por Bardin (2004, p.103): “a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo”.

Tal como refere Carmo & Ferreira (1998, p.255): “as categorias devem advir do próprio documento em análise ou de um conhecimento geral do domínio a que dizem respeito”. No caso do nosso estudo os dados foram organizados de acordo com categorias previamente definidas através da revisão da literatura. Para uma mais fácil

compreensão das respostas dadas a frequência de cada uma das unidades de registo é identificada.

Assim, no que toca aos factores que interferem positivamente na passagem de turno foram identificadas as seguintes unidades de registo nas frequências apresentadas (ver **Quadro 32**).

**Quadro 32** – Unidades de registo e respectivas frequências para factores que interferem positivamente na passagem de turno.

Factor Positivo	Frequência
Boa qualidade da Informação	39
Presença da equipa e boa relação entre os seus membros	30
Silencio/Evitar distrações	21
Linguagem/método adequado	21
Existência de informação escrita complementar	14
Utilizar a passagem de turno como momento de formação	12
Informação em Suporte de papel	9
Passagem de turno em local próprio	7
Presença das Chefias	6
Tempo adequado	2
Existência de Protocolo de Passagem de Turno	1

Assim e tendo em conta as nossas categorias previamente definidas através da teoria estas unidades foram agrupadas nas seguintes categorias (ver **Quadro 33**).

**Quadro 33** – Categorias e respectivas frequências para factores que interferem positivamente na passagem de turno.

Factores pessoais	Factores físicos	Factores semânticos
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presença da equipa e boa relação entre os seus membros</li> <li>▪ Utilizar a passagem de turno como momento de formação</li> <li>▪ Presença das Chefias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Silencio/Evitar distrações</li> <li>▪ Existência de informação escrita complementar</li> <li>▪ Informação em suporte de papel</li> <li>▪ Passagem de turno em local próprio</li> <li>▪ Tempo adequado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Boa qualidade da Informação</li> <li>▪ Linguagem/método adequado</li> <li>▪ Existência de Protocolo de Passagem de Turno</li> </ul>
<b>Frequência 48</b>	<b>Frequência 53</b>	<b>Frequência 74</b>

A análise do quadro apresentado anteriormente permite-nos compreender que os factores positivos com maior frequência de resposta são os factores semânticos (Frequência=74)

No que toca aos factores que interferem negativamente na passagem de turno foram identificadas as seguintes subcategorias nas frequências expostas (ver **Quadro 34**)

**Quadro 34** – Unidades de registo e respectivas frequências para factores que interferem negativamente na passagem de turno.

Factor Negativo	Frequência
Interrupções ao momento de passagem de turno	42
Ruído/Barulho	25
Passagem de turno demasiado longa	17
Informação incompleta ou inadequada	16
Falta condições físicas ou privacidade no local onde ocorre a passagem de turno	15
Desvio do discurso para assuntos não relacionados com o utente	12
Linguagem ou método utilizado pouco adequados	6
Suporte Inadequado para a Informação	6
Cansaço/Distracção	5
Problemas com Registos	5
Baixo Rácio Enfermeiro/Utente	4
Pouco tempo para a passagem de turno	4
Pouca organização do momento de passagem de turno	3
Urgências durante a Passagem de Turno	3
Má relação entre colegas	1

Para melhor compreensão destes achados e tendo em conta que os mesmos representam tipos de barreiras à correcta comunicação organizacional considerou-se a sua organização segundo as categorias já referidas (ver **Quadro 35**).

**Quadro 35** – Categorias e respectivas frequências para factores que interferem negativamente na passagem de turno.

Barreiras pessoais	Barreiras físicas	Barreiras semânticos
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desvio do discurso para assuntos não relacionados com o utente</li> <li>▪ Cansaço/Distracção</li> <li>▪ Má relação entre colegas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interrupções ao momento de passagem de turno</li> <li>▪ Ruído/Barulho</li> <li>▪ Falta condições físicas ou privacidade no local onde ocorre a passagem de turno</li> <li>▪ Baixo Rácio Enfermeiro/Utente</li> <li>▪ Pouco tempo para a passagem de turno</li> <li>▪ Pouca organização do momento de passagem de turno</li> <li>▪ Urgências durante a Passagem de Turno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Passagem de turno demasiado longa</li> <li>▪ Informação incompleta ou inadequada</li> <li>▪ Linguagem ou método utilizado pouco adequados</li> <li>▪ Suporte Inadequado para a Informação</li> <li>▪ Problemas com Registos</li> </ul>
<b>Frequência 18</b>	<b>Frequência 96</b>	<b>Frequência 50</b>

Assim, quanto aos factores que contribuem negativamente para a eficácia da passagem de turno em enfermagem verificamos um predomínio das barreiras físicas (Frequência=96).

Com o intuito de conhecer a opinião dos enfermeiros sobre as medidas que poderiam ser tomadas para melhorar a eficácia da passagem de turno foi introduzida uma questão aberta no questionário onde, tal como nas restantes questões abertas, foi utilizando a análise de conteúdo.

**Quadro 36** – Unidades de registo e respectivas frequências para medidas para a melhoria da eficácia da passagem de turno.

Medidas Identificadas	Frequência
Existir sala apropriada para a passagem de turno	18
Existir folha/suporte para a informação	12
Assegurar confidencialidade/diminuir distração	11
Melhorar qualidade da informação transmitida	8
Modificar a estrutura da passagem de turno	7
Passar o turno junto do utente	7
Unanimidade no Método de Passagem de Turno	4
Melhorar o desempenho/interesse da Equipa	3
Presença de Superiores Hierárquicos	3

Também neste caso as unidades de registo identificadas foram agrupadas segundo categorias lógicas que emergem do enquadramento teórico:

**Quadro 37** – Categorias e respectivas frequências de factores para a melhoria da eficácia da passagem de turno.

Medidas Pessoal	Medidas Físico	Medidas Semântico
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Melhorar o desempenho/interesse da Equipa</li> <li>▪ Presença de Superiores Hierárquicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existir sala apropriada para a passagem de turno</li> <li>▪ Assegurar confidencialidade/diminuir distração</li> <li>▪ Passar o turno junto do utente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existir folha/suporte para a informação</li> <li>▪ Melhorar qualidade da informação transmitida</li> <li>▪ Modificar a estrutura da passagem de turno</li> <li>▪ Unanimidade no Método de Passagem de Turno</li> </ul>
<b>Frequência 6</b>	<b>Frequência 36</b>	<b>Frequência 31</b>

Como síntese podemos afirmar que os aspectos mais valorizados pelos enfermeiros prestadores de cuidados como **positivos** são os factores **semânticos**

(Frequência=74). Individualmente os factores positivos mais referidos são: Boa qualidade de Informação; Presença da equipa e boa relação entre os seus membros; Silêncio/Evitar distrações e Linguagem/método adequados (com frequência superior a 20 referencias). Por outro lado os factores referidos como **negativos** com maior frequência foram os factores **físicos** (Frequência = 96). Individualmente são referidos como negativos: Interrupções ao momento de passagem de turno e Ruído/Barulho (com frequência superior a 20 referencias). As **medidas** com maior frequência de resposta foram as de carácter **físico** (Frequência = 36). Individualmente as medidas mais referidas foram: Existir sala apropriada para a passagem de turno; Existir folha/suporte para a informação e Assegurar a confidencialidade/diminuir a distração (superior a 10 referências).

## 8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após termos realizado a apresentação dos resultados obtidos, realizámos a discussão dos mesmos à luz dos conhecimentos actuais sobre a temática da manutenção da segurança do utente. Sempre que se justificou, foi mobilizada a experiência profissional do investigador como forma de enriquecer o processo de discussão. Assim, são apresentados os valores de coerência para os exercícios e são feitas análises comparativas com estudos realizados por outros autores, cujos traços gerais são apresentados em seguida.

O estudo realizado procurava compreender a percepção dos enfermeiros prestadores de cuidados sobre a eficácia do momento de passagem de turno no Hospital de São Francisco Xavier e simultaneamente que medidas poderiam ser implementadas neste processo de trabalho para a sua melhoria.

Este estudo decorreu no período compreendido entre os meses de Junho e Agosto de 2009 no Hospital de São Francisco Xavier, em Lisboa. A amostra foi recolhida de forma não probabilística o que não permite a extrapolação dos resultados aqui obtidos a outras realidades.

O estudo realizado contou com a participação de 132 enfermeiros. Podemos considerar que o sexo feminino como preponderante no nosso estudo (83%). Consideramos esta distribuição expectável para a nossa amostra uma vez que na profissão de enfermagem “ainda hoje, 81% dos profissionais são mulheres” (Carapinheiro & Lopes, 1996, p. 51).

O **tempo de serviço** apresentou-se como globalmente elevado aproximando-se dos **8 anos** (em valor médio) e o valor auferido para a **antiguidade na instituição** correspondeu a cerca de **5 anos** (em valor médio). Consideramos estes valores como elevados e acreditamos que permitirão aos profissionais deter uma opinião crítica sobre a importância da passagem de turno na manutenção da segurança do utente.

O maior **número de resposta** foi obtido nos serviços de Cirurgia Geral (22 questionários); Bloco de Partos/Urgência Obstétrica (20 questionários) e Medicina IV (15 questionários), serviços altamente especializados e onde a prestação de cuidados poderá estar bastante dependente da eficácia da passagem de turno.

Considerámos da máxima importância que o nosso estudo tentasse compreender as características estruturais da passagem de turno em enfermagem nesta instituição, sendo este um dos nossos objectivos. Isto porque como defende Reason, (2002), a ocorrência de eventos adversos na segurança é geralmente o produto de factores latentes que subsistem nas organizações devido a processos de trabalho desenhados de forma deficiente.

Determinamos que o **tempo médio de duração** da passagem de turno em enfermagem nesta instituição é de **41 minutos**. Este valor é corroborado por estudos

como o de Liukkonen (1993) que refere que a passagem de turno dura, normalmente, entre 30 e 90 minutos.

No que toca ao **tempo utilizado de forma a determinar a informação a transmitir ao colega que recebe o turno** auferimos um valor médio de 26 minutos. Apesar dos valores máximos determinados nesta questão serem elevados (Max = 120min) não se verificaram irregularidades na análise dos dados e a experiência profissional do investigador confirma a plausibilidade do valor médio encontrado.

Nesta instituição são usados vários métodos na transferência de informação durante a passagem de turno. O **Método Verbal** é referido **24,2%** das respostas como sendo usado de forma isolada. O **Método Escrito** (Verbal + Escrito) surge em **40,2%** das respostas, constituindo o conjunto de métodos com maior percentagem de referências. A utilização de uma **Folha Pré-impressa** (Verbal + Escrito + Folha), em que o enfermeiro transmite ao colega a informação fornecendo também um suporte escrito previamente impresso, foi referido em **18,2%** das respostas. A utilização de **Outros Métodos** de passagem de turno foi referida em **6,9%** dos casos, sendo referidos métodos informáticos com base na linguagem CIPE em todas estas respostas.

Tendo em conta os achados sobre os métodos de passagem de turno utilizados neste instituição importa referir a existência de evidência teórica e empírica que adverte para a ineficácia do método verbal quando utilizado de forma isolada. Esta evidência é suportada por autores como Pothier et al. (2005), Stroppe & Ottani (2006) e Bhabra et al. (2007). De recordar que Pothier et al. (2005) determinou uma retenção da informação relevante de apenas 0 a 26% utilizando este método de forma isolada. Também instituições, como a Joint Commission International (2005), têm vindo a demonstrar a necessidade de abandonar a utilização da transmissão de informação apenas por via verbal.

O Método Escrito surge como aquele que ocorre em maior percentagem. Apesar deste método constituir uma forma mais segura de transmissão de informação quando comparado com o anteriormente mencionado, não deixa de ser bastante vulnerável à ocorrência de problemas na transmissão de informação. Com isto corroboram os achados de Pothier et al. (2005) que refere uma retenção da informação relevante de apenas 31 a 58% para este método.

A utilização de uma Folha Pré-Impressa é considerada como um dos métodos mais seguros pela literatura consultada. Com isto corroboram Pothier et al. (2005); Upperman (2005 como citado em Friesen et al., 2008); Fenton (2006); Bhabra et al. (2007). Estes autores demonstram empiricamente que este método de transmissão de informação assegurava uma boa retenção da informação necessária à prestação de cuidados e conseqüentemente da segurança do utente. Também Petersen et al. (1998) refere a diminuição do número de eventos adversos identificados depois da implementação de um programa informático de auxílio à passagem de turno.

Apesar das diferenças existentes nos diferentes contextos de prestação de cuidados não permitirem a utilização padronizada de um único método de passagem de turno (McKenna & Walsh, 1997 como citado em Friesen et al., 2008), acreditamos que seria benéfica a implementação de políticas conscientes de mobilização de métodos de passagem de turno que, empiricamente, tenham demonstrado uma maior eficácia. Este poderá ser um passo importante para uma melhoria da comunicação durante o momento de passagem de turno e uma contribuição decisiva para a manutenção da segurança do utente.

Os achados neste estudo revelam, também, que os enfermeiros consideram que **os métodos utilizados são eficazes no assegurar da continuidade de cuidados (93%)**. De referir que também no estudo realizado por Patterson et al. (2004) se determinou que em 68% dos casos os enfermeiros estão satisfeitos com a informação transmitida na passagem de turno. Também no estudo de O'Connell et al. (2008) se refere que os enfermeiros detinham uma percepção positiva da eficácia do momento de passagem de turno.

Pudemos auferir que a informação transmitida na passagem de turno corresponde maioritariamente (88%) a um relato das ocorrências passadas no turno que passou. O tipo de informação transmitida durante a passagem de turno reveste-se de importância real para a manutenção da segurança. Assim e pelo carácter dinâmico que a prestação de cuidados actualmente adquire considera-se importante que a informação transmitida na passagem de turno contenha uma avaliação técnica dos problemas e desenvolvimentos que deverão ocorrer no futuro próximo (Joint Commission International 2005; Yates GR 2005). Este tipo de informação é considerada fundamental para que o enfermeiro prestador de cuidados possa tomar as decisões necessárias em consciência. Estes achados podem indicar a necessidade de rever os conteúdos/informação considerada importante à passagem de turno em enfermagem nesta instituição.

Determinámos, também, que o **enfermeiro responsável pelo utente é o emissor** da informação em 85% dos casos sendo a informação transmitida por **Outro** em **15%** das vezes. Na categoria Outros o chefe da equipa assume-se como o actor mais frequente (Frequência=11). Os achados empíricos apresentam assim a passagem de turno como um momento que se deseja partilhado pela globalidade da equipa de trabalho em enfermagem, com a intervenção de enfermeiros prestadores de cuidados (actores principais), mas com subsídios e participação activa do enfermeiro coordenador (46%) e do enfermeiro chefe (36%)

Pudemos compreender através dos dados colhidos que a passagem de turno nesta instituição ocorre predominantemente em **Outros locais (44%)** como Sala normalmente utilizada para outros fins (Frequência=30); Central de Enfermagem em local aberto (Frequência=19) ou Sala específica para a passagem de turno (Frequência=9). Em 27,3% dos casos na Sala de Enfermagem, em 28,0% na Unidade do Utente.



A importância do local de passagem de turno tem vindo a ser demonstrado pela literatura existente sobre o tema. Chiavenato (2005) adverte a existência de barreiras físicas à comunicação e autores como White (2004), Laxmisan (2007), Hughes (2008), Friesen et al. (2008) e a própria Joint Commission International (2008) apontam o ambiente hospitalar como particularmente propenso à existência de distrações, interrupções e ruído, o que, comprovadamente, dificulta a transmissão de informação e aumenta o número de erros durante a mesma. Tal pode resultar num aumento do número de eventos adversos na segurança do utente.

Estes resultados apontam para a importância/necessidade de assegurar um local adequado para a ocorrência de passagem de turno. Esta consideração poderá ajudar a diminuir o número de factores latentes que contribuem para a potenciação da ocorrência de eventos adversos na segurança.

No estudo realizado era também nosso objectivo compreender quais os **componentes que contribuíam para a eficácia da passagem de turno em enfermagem**, segundo a percepção dos enfermeiros prestadores de cuidados.

A determinação destes componentes foi feita através do método de análise factorial. Durante a realização deste procedimento eliminamos 1 item (25) por não se associarem a apenas um componente (factor). Após a eliminação deste item obtivemos um modelo com 6 componentes explicativos da eficácia da passagem de turno, sendo um deles um factor que saturava em apenas 1 item e que por essa razão não foi considerado útil à análise segundo a literatura consultada.

A consistência interna destes componentes foi analisada através do *Alpha de Cronbach's* o que obrigou à eliminação de dois componentes (com *Alpha* inferior a 0,7).

Assim, terminámos com um modelo de 3 componentes que designamos como **Oportunidade para a Reflexão Partilhada** (*Alpha*=0,843); **Oportunidade da Informação** (*Alpha* = 0,720) e **Envolvimento do Utente** (*Alpa* = 0,757). Em conjunto estes três componentes explicam aproximadamente 44% da variância acumulada.

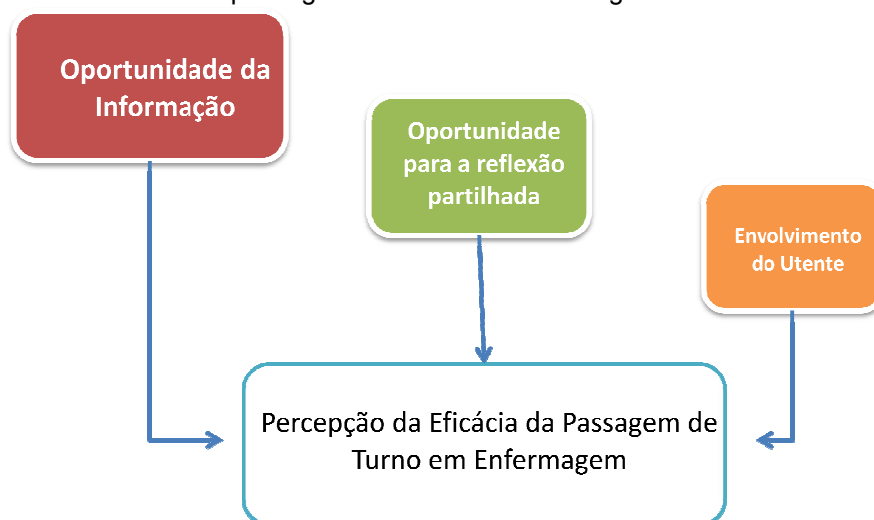
A análise do *Alpha* da escala utilizada, após a eliminação de todos os itens que não intervieram na definição dos componentes e contendo agora 13 itens obteve um valor de 0,768 o que se pode considerar como razoável segundo Pestana & Gageiro (2005).

Foi possível compreender que os enfermeiros prestadores de cuidados consideram que o componente mais importante para a eficácia da passagem de turno é a **Oportunidade da Informação**, uma vez que é o que apresenta maior média ( $M=5,59$ ) e simultaneamente com menor desvio padrão ( $DP=0,72$ ), logo seguido da **Oportunidade para a Reflexão Partilhada** ( $M=5,10$  e  $DP=1,12$ ) e do **Envolvimento do Utente** ( $M=3,50$  e  $DP=1,66$ ).

Assim, a percepção da eficácia da passagem de turno em enfermagem pelos enfermeiros prestadores de cuidados no Hospital de São Francisco Xavier pode ser

explicada por estas três dimensões caracterizadoras conforme é ilustrado no esquema proposto abaixo.

**Figura 5** – Esquema interpretativo das componentes relevantes para a eficácia da passagem de turno em enfermagem



Fonte: Autor do estudo

Apesar de ser nosso objectivo compreender se existiam diferenças de percepção da eficácia da passagem de turno consoante o tempo de serviço como enfermeiro ou antiguidade na instituição e apensar da literatura consultada lhes fazer referência, esta diferença não se verificou neste estudo. Isto pode apontar para uma elevada importância dos factores organizacionais enquanto aspecto decisivo para a eficácia do momento de passagem de turno.

Os **factores que contribuem positivamente** para a eficácia da passagem de turno, através da manutenção da continuidade de cuidados relacionam-se, principalmente, com os **factores semânticos**. Assim, os enfermeiros respondentes referem em maior frequência a importância de factores como: Boa qualidade da Informação; Linguagem/método adequado ou a Existência de Protocolo de Passagem de Turno.

Quanto aos **factores que influem negativamente** na passagem de turno observamos a presença, em maior frequência de **factores físicos**. Desta forma os enfermeiros referem como negativos para a eficácia da passagem de turno a existência de factores como: Interrupções ao momento de passagem de turno; Ruído/Barulho; Falta condições físicas ou privacidade no local onde ocorre a passagem de turno; Baixo Rácio Enfermeiro/Utente; Pouco tempo para a passagem de turno; Pouca organização do momento de passagem de turno; Urgências durante a Passagem de Turno.

De notar que estes factores negativos se encontram concordantes com os referidos no estudo conduzido por O'Connell et al. (2008) onde foram referidos factores similares.

A análise do tipo de factores/barreiras mais frequente nesta instituição aponta assim para um ambiente de trabalho onde as barreiras/factores físicos à transmissão de informação são referidas como a mais frequentes. Este facto é importante pois se segundo Chiavenato (2005), as barreiras físicas à comunicação correspondem a factores/acontecimentos concretos que interferem na transferência de informação e por essa razão a podem condicionar.

Como vimos, os resultados do estudo revelaram que os enfermeiros consideram as práticas actuais de passagem de turno como adequadas à manutenção da continuidade de cuidados. No entanto, os mesmos achados demonstram que os enfermeiros prestadores de cuidados referem variados factores negativos que contribuem para a ineficácia da passagem de turno. Estas diferenças na forma de perceber o momento de passagem de turno podem indicar que diferentes grupos de enfermeiros podem ter necessidades e expectativas também diferentes para este momento. Esta aparente contradição entre a qualidade percebida e os factores negativos identificados é também referida por O'Connell et al. (2008). Este autor sugere a importância de desenvolver estratégias concretas e protocolos de passagem de turno de forma a que este momento de trabalho possa corresponder melhor às necessidades de cada contexto e dos prestadores de cuidados. Esta sugestão parece-nos igualmente válida para o nosso estudo.

Além do necessário diagnóstico organizacional era também nosso objectivo realizar a enunciação de medidas de ordem prática que permitam minimizar estas barreiras. A importância deste tipo de medidas, de aplicação prática, é referida por autores como White (2004), Patterson ES (2004) e por instituições relevantes como o Institute of Medicine (2004) e a Joint Commission International (2005).

A análise destas medidas demonstra que os enfermeiros prestadores de cuidados consideram importante a tomada de medidas de âmbito prático para a melhoria da passagem de turno em enfermagem especialmente as que se relacionam com as características físicas da transferência de informação (em frequência). Assim foram referidas as seguintes medidas para os tipos de barreiras antes identificadas (ver **Quadro 38**).

**Quadro 38** – Medidas identificadas pelos enfermeiros prestadores de cuidados para a melhoria da passagem de turno em enfermagem.

Medidas Pessoal	Medidas Físico	Medidas Semântico
<ul style="list-style-type: none"><li>Melhorar o desempenho/interesse da Equipa</li><li>Presença de Superiores Hierárquicos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Existir sala apropriada para a passagem de turno</li><li>Assegurar confidencialidade/diminuir distração</li><li>Passar o turno junto do utente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Existir folha/suporte para a informação</li><li>Melhorar qualidade da informação transmitida</li><li>Modificar a estrutura da passagem de turno</li><li>Unanimidade no Método de Passagem de Turno</li></ul>

As medidas identificadas oferecem assim resposta prática aos problemas que a transmissão de informação durante a passagem de turno pode enfrentar e podem ser consideradas verdadeiras medidas de aplicação prática. Ou seja, trata-se de medidas adaptadas e avaliadas pelos actores do processo de trabalho em estudo, medidas que poderão ser implementadas para a melhoria do mesmo e consequentemente para a melhoria global da segurança do utente.

Devemos ainda notar a congruência existente na relação entre os factores referidos como negativos e as medidas propostas para a melhoria. Observamos assim que as medidas referidas (**individualmente**) com maior frequência (Existir sala apropriada para a passagem de turno; Existir folha/suporte para a informação e Assegurar a confidencialidade/diminuir a distração) parecem dar resposta aos factores negativos mais comumente identificados (Interrupções ao momento de passagem de turno e Ruído/Barulho). Observamos também, neste conjunto de factores e medidas alguma relação com os componentes previamente determinados como relevantes para a eficácia da passagem de turno. Estes factores parecem assim vir corroborar os componentes anteriormente determinados apontando num mesmo sentido.

Assim consideramos que se poderá realizar uma associação entre factores/medidas: Boa qualidade da informação; Linguagem/métodos adequados; Existir folha/suporte para a informação e o componente: Oportunidade da Informação.

O mesmo ocorre para os factores/medidas: Presença da equipa e boa relação entre os seus membros e o componente: Oportunidade para a reflexão partilhada.

Podemos ainda considerar como relacionados os factores/medidas: Assegurar a confidencialidade/diminuir a distração com o componente: Envolvimento do utente.

Tendo em conta o exposto e as confluências de sentido encontradas nos dados após a sua análise podemos considerar que os enfermeiros prestadores de cuidados ouvidos através deste estudo detêm opiniões técnicas que dão resposta aos problemas que os próprios identificam. Considerar estas opiniões será, em nosso entender, um primeiro passo na melhoria da segurança do utente na sua relação com este processo de trabalho.

No final da discussão dos resultados obtidos no nosso estudo e tendo como linha

orientadora as questões desta investigação previamente apresentadas, consideramos ter dado resposta adequada aos objectivos definidos para este estudo.

## 9. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Ao realizar este estudo deparamo-nos com uma série de factores que contribuíram para a sua limitação e que por essa razão são mencionados neste ponto do mesmo para melhor compreensão dos resultados obtidos e opções tomadas a montante.

O primeiro destes factores foi, sem dúvida, a nossa inexperiência em metodologia de investigação e em análise quantitativa. O uso desta metodologia obrigou-nos a uma longa caminhada de aprendizagem e dificultou, em parte, um decurso mais fluido e rápido do processo de investigação. Temos plena consciência que este é apenas o início de um longo percurso que esperamos trilhar no trajecto de futuro investigador e tendo isto em conta consideramos que o processo de aprendizagem, crescimento pessoal e de competências foi da maior relevância.

De referir o facto da questão da segurança do utente ser ainda um tema periférico à investigação em enfermagem estando a mesma ainda centrada nos erros de administração de medicação e ainda não existindo trabalho teórico e empírico em Português com dimensão suficiente para uma melhor fundamentação teórica do tema e para realizar comparações mais aturadas com os resultados que obtivemos. Seria benéfico realizar comparações com a realidade nacional e averiguar se os factores referidos como interferindo positiva e negativamente na passagem de turno em enfermagem encontram paralelo noutras organizações.

Além disso apontamos, também, o facto de não existir, de momento, nenhum instrumento de recolha de dados comparável em Português e o facto de a literatura utilizada como auxílio na adaptação do instrumento ser, primordialmente, em língua Inglesa. Este facto poderá ter causado algumas dificuldades de adaptação do mesmo e ter criado constrangimentos à tradução contribuindo para a obtenção de valores de resposta que nem sempre se coadunam com o contexto real das práticas. Apesar do referido acreditarmos que estas ocorrências não comprometem os resultados obtidos.

Salientamos ainda o período em que o estudo decorreu como uma limitação pelas imposições e limitações que conferiu ao mesmo uma vez que se trata de um período fortemente utilizado para férias por parte dos profissionais o que poderá ter limitado o número de participantes e mesmo a participação de alguns serviços.

Apresentamos como sugestão de futuro a validação do instrumento de recolha de dados utilizado e a realização de um estudo similar numa outra amostra populacional com o intuito de verificar se os resultados se apresentam como congruentes.

A relevar ainda que as conclusões a que chegámos se reportam apenas à amostra estudada e os resultados obtidos não são passíveis de generalização à população escolhida.

## 10. CONCLUSÕES

As modernas organizações de prestação de cuidados de saúde e os profissionais que nelas exercem são hoje frequentemente examinados sob o enfoque da segurança. Este deixou de ser um conceito ignorado nos contextos de prestação de cuidados para adquirir uma centralidade justificada em dados internacionais que demonstram o carácter prejudicial que os cuidados de saúde podem deter para o utente. As organizações de saúde são, cada vez mais, consideradas organizações de elevada complexidade onde a eficácia dos processos de trabalho é um imperativo.

O potencial de dano para o utente ligado à prestação de cuidados de saúde está geralmente relacionado com a forma como os sistemas de prestação de cuidados, os seus técnicos, componentes e processos de trabalho se organizam. Hoje, não existe justificação teórica ou empírica para abordar o problema da segurança do utente utilizando uma abordagem individual, centrada na culpa e não numa atitude de gestão reformadora e proactiva. Hoje, a abordagem dos problemas que se relacionam com a segurança do utente centra-se (fundamentalmente) numa abordagem sistémica, geradora de medidas de gestão fecundas e que incentivem a melhoria dos processos de trabalho e conseqüentemente que favoreçam a manutenção da segurança do utente aquando da prestação de cuidados.

A comunicação profissional nas organizações de saúde é actualmente considerada como um dos processos com maior relevância para uma correcta manutenção da segurança do utente e as falhas que lhe estão associadas são consideradas como um dos factores que mais contribui para a ocorrência de eventos adversos em saúde.

O nosso estudo centrou-se na passagem de turno em enfermagem enquanto momento de comunicação, procurando conhecer a forma como este momento se organiza a nível organizacional, que componentes são considerados como mais importantes para a sua eficácia, que factores interferem nessa eficácia e que medidas poderiam ser mobilizadas para a sua melhoria.

Considerando os resultados obtidos podemos concluir a importância de encontrar políticas conscientes de melhoria do momento de passagem de turno.

Propomos a utilização crescente da transmissão de informação com base no Método de Folha Pré-Impressa que, como os resultados demonstram, já se encontra em utilização na instituição mas ainda em pequena monta. Logicamente, a utilização de qualquer método de transmissão de informação necessita de ser cuidadosamente considerada para se adequar ao contexto específico devendo caber essa escolha às equipas de enfermagem de cada serviço.

Os resultados propõem ainda a necessidade de mobilizar com maior frequência informação que permita a acção proactiva dos profissionais. Ou seja, seria desejável a inclusão de informação técnica que reflecta a evolução esperada para o utente de forma

a que fosse possível ao enfermeiro que recebe a informação adequar e planear os seus cuidados em conformidade.

Além disso, apresenta-se como provável a necessidade de favorecer que a passagem de turno ocorra em locais que melhor promovam a sua eficácia, que diminuam as barreiras que lhe podem estar associadas e que, desta forma, melhorem o processo comunicacional durante este momento. A criação de locais especificamente destinados à passagem de turno ou o assegurar que os locais existentes detêm a necessária tranquilidade e privacidade parece ser uma medida útil à melhoria deste processo de trabalho.

A análise da percepção da eficácia deste momento demonstra a importância que deve ser dada à Oportunidade da Informação, à Oportunidade para a Reflexão Partilhada e ao Envolvimento do Utente para a eficácia da passagem de turno. Considerar cuidadosamente estes componentes permitirá a criação e potenciação de estratégias e de contextos mais preparados para potenciar a eficácia da passagem de turno em enfermagem.

Importa igualmente referir a relevância dos factores semânticos como contribuindo positivamente para um momento de passagem de turno que assegure a continuidade de cuidados e dos factores físicos como sendo os principais responsáveis por influências negativamente este momento de transmissão de informação. Considerar estes factores será encontrar formas de aplicação prática que permitam potenciar os primeiros e minorar os últimos. Esta consideração implicará o estudo e determinação de estratégias *in loco*, implicará ouvir os actores de cuidados e redesenhar os sistemas de trabalho encontrando adaptações que permitam à passagem de turno manter a sua eficácia e contribuir assim para a manutenção da segurança do utente aquando da prestação de cuidados de enfermagem.

O estudo realizado permitiu também aferir medidas de carácter extremamente concreto que permitirão a melhoria da continuidade de cuidados e conseqüentemente da segurança do utente. Estas medidas devem ser cuidadosamente consideradas pelos responsáveis organizacionais podendo ser mobilizadas nos contextos onde o mesmo se justifique. Esta mobilização permitirá, segundo os enfermeiros ouvidos através deste estudo, melhorar a continuidade de cuidados prestados o que influirá, directamente, na melhoria da segurança do utente. Considerar estas medidas como válidas e importantes poderá representar um passo decisivo para a melhoria dos contextos de trabalho e para a melhoria do momento de passagem de turno.

Além das sugestões aqui propostas este estudo permitiu constatar que a temática da segurança do utente, em especial na sua relação com a transmissão de informação é ainda um assunto pouco abordado pela literatura e investigação em Portugal salientando-se por isso a necessidade de este assunto ser mais aprofundado.

Consideramos também que para além das medidas apresentadas é da máxima importância a adopção de uma abordagem justa e não punitiva do erro a nível



organizacional, bem como uma cultura organizacional baseada na confiança e na análise objectiva.

Além disso, pensamos ser da maior importância a realização de formação aos profissionais de saúde sobre a importância da passagem de turno na manutenção da segurança, sobre o erro profissional e sobre as medidas que podem ser implementadas para a melhoria dos sistemas e processos de trabalho.

A segurança do utente deve também deixar de ser considerada como um assunto menor no quadro das prioridades organizacionais, deve assumir-se como um dos referenciais de qualidade e ser considerada como prioridade, tanto pelos profissionais de prestação de cuidados como pelas próprias equipas de gestão organizacional.

Isto como a certeza que apenas melhorando os sistemas em que se suporta a organização, valorizando a opinião dos seus profissionais e zelando pela melhoria constante dos processos de trabalho será possível atingir a excelência que hoje se exige na prestação de cuidados de saúde.

Por último desejamos deixar patente a importância que este trabalho deteve para o nosso crescimento pessoal e profissional. Através do mesmo adquirimos novos conhecimentos e competências, nomeadamente ao nível da investigação.

Acreditamos que os objectivos a que nos propusemos aquando do início deste trabalho foram convenientemente atingidos através da investigação realizada uma vez que demos resposta à nossa questão de investigação e aos objectivos a que nos propusemos inicialmente.

Para terminar, dizer que esperamos que esta investigação seja útil, permitindo despertar consciências para a importância desta temática e melhorar procedimentos de forma a contribuir para a melhoria global da qualidade da prestação de cuidados em saúde.

## **11. PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DA PASSAGEM DE TURNO – HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER**

Sistematizando e aprofundando as sugestões realizadas no momento anterior, este capítulo espera esboçar um plano de intervenção organizacional passível de ser aplicado à instituição onde este estudo foi realizado: o Hospital de São Francisco Xavier em Lisboa.

Tal como referimos anteriormente a melhoria da qualidade global dos cuidados de saúde, depende da melhoria da segurança do utente e da melhoria da fiabilidade dos processos organizacionais. Para isto concorre, também, a melhoria da eficácia da passagem de turno em enfermagem enquanto processo de trabalho que, como vimos, se assume como fundamental à manutenção da segurança do utente.

Para que esta procura da melhoria organizacional seja realmente efectiva é necessário compreender os principais factores que a podem comprometer e que podem contribuir para tornar os processos de trabalho menos eficazes. É necessário compreender que barreiras se colocam a cada um dos processos de trabalho, em cada contexto específico e que medidas de índole prática poderiam ser mobilizadas para as suplantarem. Esta é a forma mais adequada ao desenvolver de medidas de gestão realmente efectivas, com a necessária profundidade e aplicabilidade.

Neste plano de intervenção apresentamos os problemas identificados no processo de trabalho e realizamos propostas de intervenção que se baseiem no estudo realizado e conseqüentemente na literatura existente. Os problemas identificados e soluções propostas podem considerar-se como tendo sido avalizadas pelos actores da prática diária de cuidados, os enfermeiros prestadores de cuidados.

O plano de intervenção que propomos é aqui apresentado em dois momentos. O primeiro realiza um diagnóstico dos principais problemas encontrados neste processo de trabalho e propõe soluções para as mesmas; o segundo apresenta um plano de implementação dessas mesmas soluções para a instituição em que este estudo foi realizado.

A primeira fase deste plano de intervenção concentra-se no explicitar dos problemas determinados, do conseqüente diagnóstico organizacional e na apresentação de soluções concertadas para os mesmos. Para melhor compreensão deste processo de conceptualização apresentamos esta fase do plano através do **Quadro 39**.

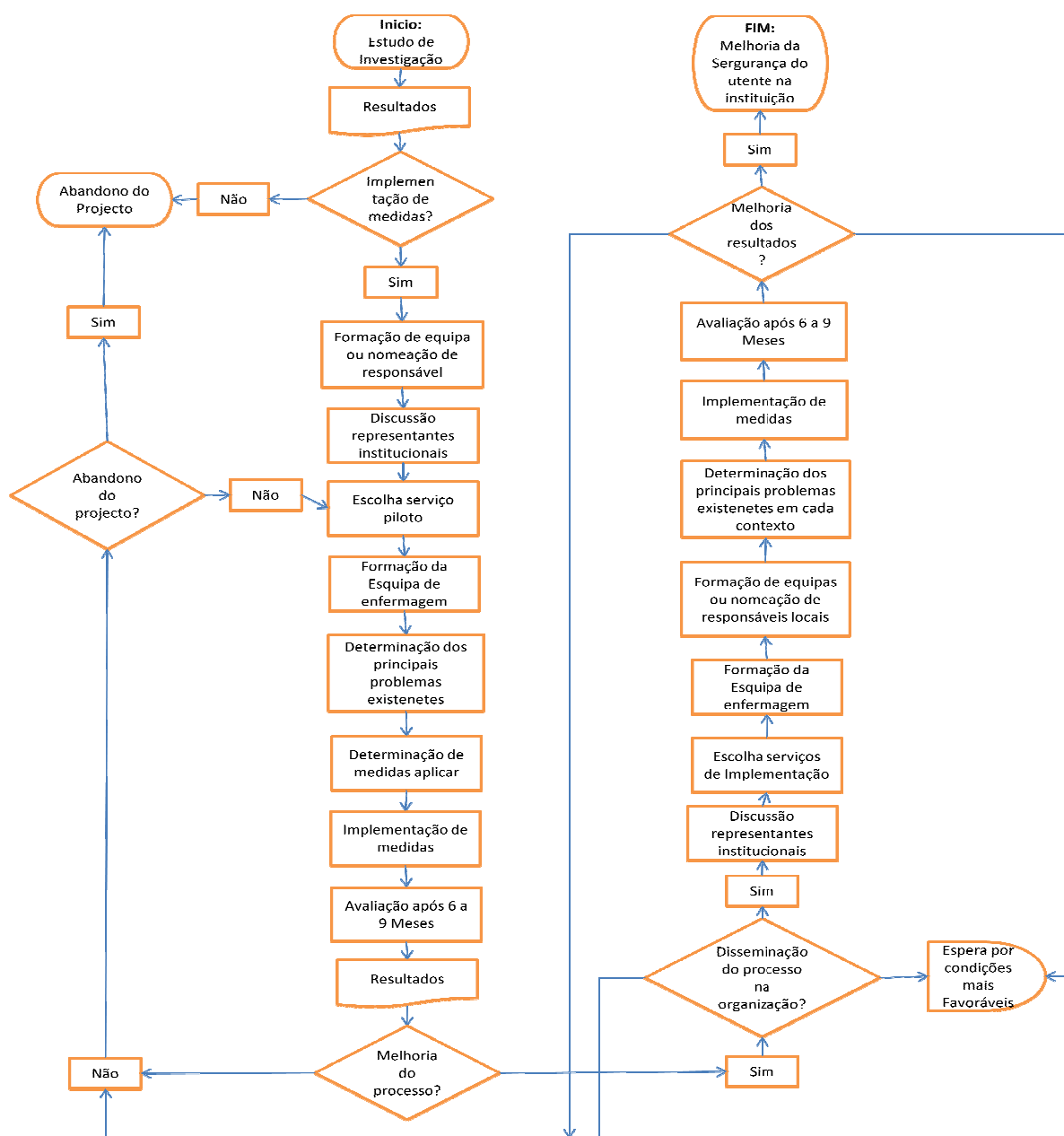
**Quadro 39** – Diagnóstico e Soluções de Intervenção para a passagem de turno no Hospital de São Francisco Xavier

<b>PRINCIPAIS PROBLEMAS DETERMINADOS</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>SOLUÇÕES DE INTERVENÇÃO PROPOSTAS</b>
<p>Desvio do discurso para assuntos não relacionados com o utente</p> <p>Cansaço/Distracção</p> <p>Má relação entre colegas</p> <p>Pouco tempo para a passagem de turno</p> <p>Pouca organização do momento de passagem de turno</p> <p>Urgências durante a Passagem de Turno</p> <p>Baixo Rácio Enfermeiro/Utente</p>	<p><b>Necessidade de maior valorização do momento de passagem de turno a nível organizacional e nas equipas de enfermagem.</b></p>	<p>Estabelecer a passagem de turno como momento formal nos serviços de forma a que o mesmo possa ser respeitado como detendo importância organizacional;</p> <p>Estimular um melhorar o desempenho/interesse da equipa de enfermagem através da realização de formação sobre a temática;</p> <p>Presença de superiores hierárquicos devidamente motivados e conhecedores da importância deste momento.</p>
<p>Interrupções ao momento de passagem de turno</p> <p>Ruído/Barulho</p> <p>Falta condições físicas ou privacidade no local onde ocorre a passagem de turno</p>	<p><b>Local de passagem de turno pouco adequado à transmissão de informação complexa.</b></p>	<p>Existir sala apropriada para a passagem de turno ou passar o turno junto do utente (consoante o contexto);</p> <p>Assegurar confidencialidade/diminuir distração durante este momento.</p>
<p>Informação incompleta ou inadequada</p> <p>Passagem de turno demasiado longa</p>	<p><b>Informação desadequada ou demasiado concentrada nas ocorrências do turno anterior/passado.</b></p>	<p>Inclusão de informação técnica que reflecta a evolução esperada para o utente no próximo turno;</p> <p>Estipular qual a informação geralmente necessária à passagem de turno em cada serviço – protocolo;</p> <p>Melhorar qualidade da informação transmitida através do estabelecer de práticas de reflexão investigação sobre as práticas.</p>
<p>Linguagem ou método utilizado pouco adequados</p> <p>Suporte Inadequado para a Informação</p> <p>Problemas com Registos</p>	<p><b>Método de passagem de turno que podem contribuir para a omissão de informação.</b></p>	<p>Utilização crescente da transmissão de informação com base no Método de Folha Pré-Impressa (dentro das contingências de cada serviço e após avaliação);</p> <p>Modificar a estrutura da passagem de turno;</p> <p>Unanimidade no Método de Passagem de Turno.</p>

Após explicitação do diagnóstico organizacional realizado e das soluções de intervenção propostas consideramos lógico apresentar o plano de discussão e implementação destas soluções. Para a implementação destas soluções acreditamos que os serviços devem ser ouvidos nas suas especificidades, a necessidade de implementação deve ser avaliada em cada contexto e o processo de aplicação deve ser acompanhado de formação sobre a temática em causa.

Assim, para a superação dos problemas determinados, propomos que a intervenção organizacional a levar a cabo se centre em várias etapas sequencialmente dispostas, conforme exposto na **Figura 6**.

**Figura 6** – Fluxograma de intervenção organizacional para a passagem de turno e para a melhoria da segurança do utente.



O plano de intervenção organizacional proposto pode assim ser compreendido como um processo que se inicia com o estudo que realizamos e que atravessa várias etapas diferenciadas para a implementação da melhoria da segurança do utente nesta instituição.

Assim, o plano aqui proposto pode dividir-se em dois momentos, no primeiro realiza-se um teste de implementação num serviço piloto como forma de avaliar se existem melhorias do processo de passagem de turno após a implementação das medidas definidas. O segundo momento propõe a implementação do plano de intervenção para a melhoria na globalidade da instituição.

Acreditamos que esta a utilização de um plano de intervenção que siga os passos propostos permitirá, não só, dar resposta aos problemas determinados através deste estudo e consequentemente responder à necessidade de melhoria existentes para o processo de passagem de turno, mas também, promover o despertar da consciência organizacional para este problema a partir da partilha dos resultados da intervenção levada a cabo.

A intervenção organizacional aqui explanada poderá assim ser será benéfica à melhoria da eficácia da passagem de turno, à melhoria da fiabilidade da organização, à melhoria da qualidade global dos cuidados de saúde prestados e logicamente, à melhoria da segurança do utente.

## 12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (2009). *Governança dos hospitais: Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT*. Recuperado em 12 de novembro de 2009, de Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP: [http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20CI%C3%ADnica%20dos\\_hospitais\\_-\\_Conclus%C3%B5es\\_finais\\_20\\_07\\_09\\_.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20CI%C3%ADnica%20dos_hospitais_-_Conclus%C3%B5es_finais_20_07_09_.pdf)

Aspden, P., Corrigan, J., Wolcott, J., & Erickson, S. (2004). *Patient safety: achieving a new standard for care*. Recuperado em 12 de janeiro de 2009, de The National Academies Press: [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=10863&page=5](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10863&page=5)

Australian Commission on Safety and Quality in Health. (Abril de 2008). *A Structured Evidence-based Literature Review regarding the Effectiveness of Improvement Interventions in Clinical Handover*. Recuperado em 21 de setembro de 2009, de Australian Department of Health and Ageing: [http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/E0B59E130FA90A50CA2573AF007BC3C8/\\$File/CHoverLitReview.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/E0B59E130FA90A50CA2573AF007BC3C8/$File/CHoverLitReview.pdf)

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bhabra, G., Mackeith, S., Monteiro P., & Pothier, D. (2007). *An experimental comparison of handover methods*. Recuperado em 23 de novembro de 2009, de *National Center for Biotechnology Information*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1964745/pdf/rcse8903-298.pdf>

Bodinson, G. (Novembro de 2005). *Change Healthcare Organizations From Good to Great*. Recuperado em 4 de março de 2009, de *Quality Texas*: <http://www.texas-quality.org/SiteImages/125/Reference%20Library/Good%20to%20Great%20Healthcare%20-%20Bodinson.pdf>

Carapineiro, G., & Lopes, N. (1996). *Recursos e condições de trabalho dos Enfermeiros portugueses*. Lisboa: Instituto Superior Ciências do Trabalho e da Empresa.

Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Cassiani S., & Miasso, A. (Março de 2000). *Erros na Administração de Medicamentos: Divulgação de Conhecimentos e Identificação do doente como aspectos relevantes*. Recuperado em 11 de setembro de 2009, de *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/493.pdf>

Chiavenato, I. (2005). *Comportamento Organizacional: A dinamica do sucesso das organizações* (2.<sup>a</sup> Edição ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Clarke, S., & Donaldson, N. (2008). *Nurse Staffing and Patient Care Quality and Safety*. In A. f. Quality, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Vol 25) (pp. 1-25). Rockville: AHRQ Publication.

Comissão das Comunidades Europeias. (2008). *Documento de trabalho dos serviços da comissão que acompanha a Comunicação e a Recomendação sobre a segurança dos doentes*. Recuperado em 10 de agosto de 2009, de Comissão das Comunidades Europeias: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/patient\\_ia\\_exs\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_ia_exs_pt.pdf)

Currie, J. (2002). Improving the efficiency of patient handover. *Emergency Nurse* , 10 (3), pp. 24-27.

Davis, K. (2006). A Patient-centered health system. *Roger Larson Memorial Lecture* (pp. 1-10). New York: The Commonwealth Fund. Recuperado em 21 de setembro de 2009 de American Hospital Association:  
<http://www.aha.org/aha/content/2006/pdf/060501speech.pdf>

Department of Health. (2000). *An organisation with a memory*. Londres: The Stationery Office Limited. Recuperado em 13 de agosto de 2009 de Department of Health:  
[http://www.dh.gov.uk/dr\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4065086.pdf](http://www.dh.gov.uk/dr_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4065086.pdf)

Donaldson, M. (2008). An Overview of To Err is Human: Re-emphasizing the Message of Patient Safety. In A. f. Quality, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Vol 3) (pp. 1-9). US: AHRQ Publication.

Fenton, W. (Dezembro de 2006). Developing a guide to improve the quality of nurses handover. *Nursing older people* , pp. 32-36.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.

Fragata, J., & Martins, L. (2004). *O Erro em Medicina: Prespectivas do Indivíduo da Organização e da Sociedade*. Coimbra: Edições Almedina.

Friesen, M., Susan, V., & Byers, J. (2008). Handoffs: Implications for Nurses. In A. f. Quality, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Vol 34) (pp. 1-48). Rockville: AHRQ Publications.

Ghiglione, R., & Malaton, B. (1993). *O Inquerito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta.

Gosbee, J., & Gosbee, L.. (2005). *Using human factors engineering to improve patient safety*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources.

Guillemin, F. (1995). Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scandinavian Journal of Gerontological Nursing* , pp. 28-33.

Haig, K., Sutton, S., & Whittington, J. (Março de 2006). SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. Recuperado em 1 de maio de 2009, de *Health of Wales Information Services*:  
[http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/781/Whittington\\_SBAR\\_JtCommJ\\_Mar06.pdf](http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/781/Whittington_SBAR_JtCommJ_Mar06.pdf)

Henriksen, K., Dayton, E., Keyes, M., Carayon, P., & Hughes, R. (2008). Understanding Adverse Events: A Human Factors Framework. In A. f. Quality, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Vol 5) (pp. 1-19). Rockville: AHRQ Publication.

Hill, M., & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário* (2.ª Edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Hopkinson, J. (20 de Julho de 2002). The hidden benefit: the supportive function of the nursing handover for qualified nurses caring for dying people in hospital. *Journal of Clinical Nursing* , pp. 168-175.

Hughes, R., & Rogers, A. (Março de 2004). First, Do No Harm: Are You Tired? Sleep deprivation compromises nurses' health—and jeopardizes patients. Recuperado em 21

de fevereiro de 2009, de *Nursing Center.com*:

<https://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=494023>

Hughes, R. (2008). Nurses at the “Sharp End” of Patient Care. In A. f. Qualit, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Vol 2). (pp. 1-30).

Rockville: AHRQ Publication.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press. Recuperado em 25 de dezembro de 09 de The National Academie Press:

<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309072808>

Institute of Medicine. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Recuperado em 13 de novembro de 2009, de The National Academies Press:

[http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=10851&page=R2](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10851&page=R2)

International Council of Nurses. (2002). *Patient Safety*. Recuperado em 1 de Março de 2009, de International Council of Nurses:

[http://www.icn.ch/PS\\_D05\\_Patient%20Safety.pdf](http://www.icn.ch/PS_D05_Patient%20Safety.pdf)

Jennings, B. (2008). Work Stress and Burnout Among Nurses: Role of the Work Environment and Working Conditions. In A. f. Quality, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Vol 26). (pp. 1-12). Rockville: AHRQ Publication.

Joint Commission International. (2008). *2008 National Patient Safety Goals*. Recuperado em 12 de janeiro de 2009, de The Joint Commission:

[http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/82B717D8-B16A-4442-AD00-CE3188C2F00A/0/08\\_HAP\\_NPSGs\\_Master.pdf](http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/82B717D8-B16A-4442-AD00-CE3188C2F00A/0/08_HAP_NPSGs_Master.pdf)

Joint Commission International Center for Patient Safety. (5 de Abril de 2005). *MCIC Patient Safety* . Recuperado em 11 de fevereiro de 2009, de MCIC Patient Safety :

<http://ps.mcicvermont.com/appdocs/lps/Strategies%20to%20Improve%20Handoff%20Communication.pdf>

Joint Commission International Center for Patient Safety. (Janeiro de 2005). *Using medication reconciliation to prevent errors*. Recuperado em 2 de fevereiro de 2009, de The Joint Commission:

[http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea\\_35.htm](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_35.htm)

Joint Commission International. (2004). *Patient Safety/ The Joint Commission*.

Recuperado em 10 de janeiro de 2009, de Setting the Standarts for Quality in Health Care: [http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/6C33FEDB-BB50-4CEE-950B-A6246DA4911E/0/setting\\_the\\_standard.pdf](http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/6C33FEDB-BB50-4CEE-950B-A6246DA4911E/0/setting_the_standard.pdf)

Kohn L., Corrigan J., & Donaldson M. (1999). To err is human: building a safer health system. Washington, DC: *National Academy Press*. Recuperado em: 15 de dezembro de 2009 de Natinal Academy Press: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>

Laxmisan, F. (Nov-Dec de 2007). The multitasking clinician: decision-making and cognitive demand during and after team handoffs in emergency care. *International Journal of Medical Information* , 76 (11-12), pp. 801-11.

Leape, L., Bates, D., Cullen, D., Cooper, J., Demonaco, H., Gallivan., Theresa., et al. (5 de Julho de 1995). Systems Analysis of Adverse Drug Events. Recuperado em 11 de dezembro de 2009, de *The Journal Of the American Medical Association*:



<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/274/1/35?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=System+s+analysis+of+adverse+drug+events&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>

Leonard M., Graham S., & D Bonacum. (2009). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Recuperado em 1 de março de 2009, de *QSHC online*: [http://qshc.bmj.com/cgi/content/abstract/13/suppl\\_1/i85](http://qshc.bmj.com/cgi/content/abstract/13/suppl_1/i85)

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

Lohr, K. (1990). Committee to Design a Strategy for Quality. Recuperado em 1 de março de 2009, de *The National Academies Press*: [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=1547](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=1547)

Meißner, A., Hasselhorn, H., Estryng-Behar, M., Nézet, O., Pokorski, J., & Gould, D. (2007). Nurses' perception of shift handovers in Europe: results from the European Nurses Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 535-542.

Mitchell, P. (2008). Defining Patient Safety and Quality Care. In A. f. Quality, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Vol 1) (pp. 1-5). U.S: AHRQ Publication.

Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Livraria Almedina.

O'Connell, B., Macdonald, K., & Cherene, K. (Agosto de 2008). Nursing Handover: It's time for a change. *Contemporary Nursing*, pp. 2-11.

O'Connell, B., & Penney, W. (2001). Challenging the handover ritual: Recommendations for research and practice. *College of Nursing*, 18 (3), pp. 14-18.

O'Daniel, M., & Rosenstein, A. (2008). Professional Communication and Team Collaboration. In A. f. Quality, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Vol 33) (pp. 1-14). Rockville: AHRQ Publication.

Ordem dos Enfermeiros Portugueses. (8 de Junho de 2006). *Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente*. Recuperado em 1 de setembro de 2009, de Ordem dos Enfermeiros Portugueses: [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/Tomada\\_Posio\\_segurancadoente\(1\).pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/Tomada_Posio_segurancadoente(1).pdf)

Ordem dos Enfermeiros Portugueses. (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros Portugueses. (14 de Maio de 2001). *Passagem de Turno*. Recuperado em 1 de setembro de 2009, de Ordem dos Enfermeiros Portugueses: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=164>

Patterson, E., Roth, E., Wood, D., Chow, R., & Gomes, J. (2004). Handoff strategies in settings with high consequences for failure: Lessons for health care operations. Recuperado em 13 de novembro de 2009, de *The International Journal for Quality in Health Care*: <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/16/2/125>

- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementariedade do SPSS* (4ª Edição ed.). Lisboa: Silabo.
- Petersen, L., Orav E., Teich J., O'Neil, A., & Brennan, T. (1998). Using a computerized sign-out program to improve continuity of inpatient care and prevent adverse events. *Jt Comm J Qual Improv* , 24 (2), pp. 77-87.
- Polit, D., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (5.ª Edição ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pothier, D., Monteiro, P., Mooktiar, M., & Shaw, A.. (2005). Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *Br J Nurs* , pp. 1090-1093.
- Reason, J. (2002). *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reiling, J., Murphy, M., & Huges, R. (2008). The Impact of Facility Design on Patient Safety. In A. f. Quality, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Vol 28). (pp. 1-26). Rockville: AHRQ Publication
- Rogers, A., Hwang, W., Scott, L., Aiken, L., & Dinges, D. (Agosto de 2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Recuperado 11 de novembro de 2009, de *Health Affairs*: <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/23/4/202>
- Runciman, W., Hibbert, P., Thomson, R., Van, D., Sherman, H., & Lewalle, P. (2009). Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International Journal for Quality in Health Care* , pp. 18–26. Recuperado em 11 de novembro de 2009 de International Journal for Quality in Health Care: <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/21/1/18>
- Scott, L., Rogers A., Hwang W., & Zhang Y. (2006). Effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patients' safety. *American Journal of Critical Care* , 15 (1), pp. 30-37. Recuperado em 3 de novembro de 2009: <http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/reprint/15/1/30>
- Seago, J. (2008). Professional Communication. In A. f. Quality, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Vol 32) (pp. 1-20). Rockville: AHRQ Publication.
- Sousa, P. (5 de Maio de 2006). Patient Safety: A Necessidade de uma Estratégia Nacional. Lisboa, Portugal. Recuperado em 02 de maio de 2009 de *Acta Médica Portuguesa*: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/4/309-318.pdf>
- Strople, & Ottani. (2006). Can technology improve intershift report? What the research reveals. *Journal of Professional Nursing* , 22 (3), pp. 197-204.
- Taylor, C. (2002). Assessing patients' needs: Does the same information guide expert and novice nurses? *Int Nurs Rev* , pp. 11-19.
- Victorian Quality Council. (Maio de 2008). *Evaluation of the effectiveness and acceptability of standardised clinical handover tools at four Victorian health services*. Recuperado em 23 de maio de 2009, de Victorian Government Health Information: [http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/downloads/ch\\_evaluation.pdf](http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/downloads/ch_evaluation.pdf)
- White, S. (2004). Improving patient safety using quality tools and techniques. In S. V. Jacqueline Fowler Byers, *Patient Safety: Principles & Practice* (pp. 87-134). New York: Springer Publishing Company.

World Health Organization. (2007). *Communication During Patient Hand-Overs*. Recuperado em 25 de outubro de 2008, de Collaborating Centre for Patient Safety Solutions: <http://www.ccforspatientsafety.org/fpdf/presskit/PS-Solution3.pdf>

Yates GR, B. D. (2005). Building and sustaining a systemwide culture of safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 31, pp. 684-689.

## ANEXO I

Ex.<sup>mo</sup> Sr.

Director de Enfermagem do  
Hospital de São Francisco Xavier – CHLO.

**Assunto:** Autorização para recolha de dados no âmbito do projecto de investigação “*Intervenção para a segurança do doente. Análise dos obstáculos existentes na transferência de informação durante a passagem de turno de Enfermagem*”, conducente à dissertação de mestrado.

Encontrando-me neste momento numa fase de concretização da minha dissertação de mestrado subordinada ao título de “*Intervenção para a segurança do doente. Análise dos obstáculos existentes na transferência de informação durante a passagem de turno de Enfermagem*”, integrada no V Curso de Mestrado em Intervenção Socio-Organizacional na Saúde, na área de especialização em “Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde”, curso ministrado pela Universidade de Évora, sob a orientação do Professor Doutor Manuel Agostinho Matos Fernandes e co-orientação do Professor Doutor Carlos Alberto da Silva, venho pela presente solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> a devida autorização para efectuar a recolha de informação na instituição que dirige.

O trabalho em causa tem como objectivos:

- Compreender quais os factores (obstáculos) que interferem com uma boa passagem de turno.
- Compreender qual a percepção dos enfermeiros prestadores de cuidados no Hospital de São Francisco Xavier (HSFX) sobre o papel do momento de passagem de turno na manutenção da segurança do utente;
- Determinar, segundo a percepção dos enfermeiros prestadores de cuidados no HSFX, que medidas poderiam ser implementadas no momento de passagem de turno para a melhoria das condições de segurança do utente;
- Enunciar sugestões de intervenção com base na percepção dos enfermeiros que permitam melhorar o momento de passagem de turno em enfermagem nesta organização de saúde, sob o ponto de vista da segurança do utente.

Apresento-me inteiramente disponível para qualquer esclarecimento adicional referente ao estudo em causa.

Agradecendo a atenção dispensada, subscrevo com consideração.

Lisboa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

O mestrando

---

(nome)

Contactos:

Nome: Pedro Gonçalo Bento da Silva Afonso  
Morada: Rua Gil Vicente n.º 11 R/C esquerdo  
Código Postal: 2790-352 Queijas  
e-mail: pedrofalco@hotmail.com  
Telemóvel: 96 505 23 98

## ANEXO II

# PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS PRESTADORES DE CUIDADOS SOBRE A PASSAGEM DE TURNO

**PARA USO DO INVESTIGADOR:**

QUESTIONÁRIO N.º

--	--	--

Este questionário faz parte de um estudo sobre a segurança do utente e na sua relação com o momento de passagem de turno em enfermagem no Hospital de São Francisco Xavier, realizado no âmbito do V Curso de Mestrado em Intervenção Socio-Organizacional na Saúde, curso ministrado pela Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Saúde de Lisboa. Este trabalho conta com a orientação do Professor Doutor Manuel Agostinho Matos Fernandes e co-orientação do Professor Doutor Carlos Alberto da Silva. Será salvaguardado o direito ao anonimato dos respondentes em conformidade com as exigências éticas que se sublevam. **Ao preencher este questionário o enfermeiro participante assume-se como prestador de cuidados ao utente de forma regular.**

## QUESTIONÁRIO

### SECÇÃO A: DADOS DEMOGRÁFICOS

<b>1</b>	Sexo
<input type="radio"/>	Masculino
<input type="radio"/>	Feminino
<b>2</b>	Há quanto tempo é Enfermeiro?
	<input type="text"/> <input type="text"/> Anos <b>OU</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Meses
<b>3</b>	Há quanto tempo trabalha no Hospital de São Francisco Xavier?
	<input type="text"/> <input type="text"/> Anos
<b>4</b>	Em que serviço trabalha? (por favor consulte o final do Questionário para indicar o código do seu serviço)
	<input type="text"/> <input type="text"/> Código

### SECÇÃO B: ESTRUTURA DA PASSAGEM DE TURNO EXISTENTE NO SERVIÇO

NESTA SECÇÃO, POR FAVOR, RESPONDA ÀS PERGUNTAS SOBRE A PASSAGEM DE TURNO NO SEU SERVIÇO

5	Em média, quanto tempo dispensa por turno com a documentação relativa a cada utente (planos de cuidados; notas de enfermagem, etc.)?
	<input type="text"/> <input type="text"/> Horas <b>OU</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minutos
6	Em média quanto tempo utiliza para preparar a passagem de turno de forma a determinar que informação deve transmitir ao colega que recebe o turno? (em cada <b>TURNO</b> )
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minutos
7	Em média quanto tempo dura a passagem de turno no seu serviço?
	<input type="text"/> <input type="text"/> Minutos
8	Que métodos são normalmente utilizados para transmitir informação na passagem de turno no seu serviço?
	<p><input type="radio"/> Verbal (em que o enfermeiro transmite ao colega verbalmente a informação)</p> <p><input type="radio"/> Escrito (em que o enfermeiro transmite ao colega a informação fornecendo <b>também</b> um suporte previamente escrito de forma manual)</p> <p><input type="radio"/> Com folha pré impressa (em que o enfermeiro transmite ao colega a informação fornecendo <b>também</b> um suporte escrito previamente impresso)</p> <p><input type="radio"/> Outro (especifique): _____</p>
9	Considera os métodos normalmente utilizados na passagem de turno no seu serviço eficazes no assegurar da continuidade de cuidados?
	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>
10	<b>Caso tenha respondido NÃO na pergunta anterior</b> por favor indique que métodos de passagem de turno considera mais adequados ao assegurar da continuidade de cuidados ?
	<p><input type="radio"/> Verbal (em que o enfermeiro transmite ao colega verbalmente a informação)</p> <p><input type="radio"/> Escrito (em que o enfermeiro transmite ao colega a informação fornecendo <b>também</b> um suporte previamente escrito de forma manual)</p> <p><input type="radio"/> Com folha pré impressa (em que o enfermeiro transmite ao colega a informação fornecendo <b>também</b> um suporte escrito previamente impresso)</p> <p><input type="radio"/> Outro (especifique): _____</p>



<b>11</b>	A informação transmitida na passagem de turno no seu serviço contempla, principalmente que tipo de informação? (assinalar apenas <b>UMA</b> opção)
	<input type="radio"/> Um relato das ocorrências passadas no turno que passou <input type="radio"/> Um plano de acção para o próximo turno <input type="radio"/> Outro (especifique): _____
<b>12</b>	Na passagem de turno no seu serviço, quem transmite a informação sobre o utente? (assinalar <b>TODAS</b> as que se aplicarem)
	<input type="radio"/> Enf. Responsável pelo Utente <input type="radio"/> Outro (especifique): _____
<b>13</b>	Considera que outros elementos da equipa de Enfermagem do seu serviço deveriam participar na passagem de turno? Se <b>SIM</b> , assinale quais:
	<input type="radio"/> Enf. Responsável pelo Utente <input type="radio"/> Enf. Coordenador <input type="radio"/> Enf. Chefe <input type="radio"/> Outro (especifique): _____
<b>14</b>	Onde ocorre normalmente a passagem de turno no seu serviço? (assinale apenas <b>UMA</b> opção)
	<input type="radio"/> Sala de enfermagem <input type="radio"/> Unidade do utente <input type="radio"/> Outro (especifique): _____
<b>15</b>	Onde gostaria que ocorresse a passagem de turno no seu serviço? (assinale apenas <b>UMA</b> opção)
	<input type="radio"/> Sala de enfermagem <input type="radio"/> Unidade do utente <input type="radio"/> Outro (especifique): _____

<b>16</b>	Por favor indique se normalmente existem outros profissionais presentes durante a passagem de turno no seu serviço.
<input type="radio"/>	Médico
<input type="radio"/>	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (Fisioterapeuta; Dietista; etc.)
<input type="radio"/>	Nenhum outro profissional presente
<input type="radio"/>	Outro (especifique): _____

**SECÇÃO C: PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE A PASSAGEM DE TURNO.**

O momento de passagem de turno pode ter varias funções como a transferência de informação relativa ao utente, permitir a partilha de experiencias entre enfermeiros e ser um espaço de formação em serviço.

Por favor indique, **sob a perspectiva de um enfermeiro que inicia o turno no seu serviço**, o grau de discordância ou concordância com as afirmações que se seguem.

	Discordo Totalmente	Discordo	Discordo em Parte	Não Discordo nem	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente
	1	2	3	4	5	6	7
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							

37 - Por favor indique sucintamente, por extenso, que factores interferem positivamente/potenciam, na passagem de turno, a manutenção da continuidade dos cuidados de Enfermagem:

---

---

---

---

---

---

38 – Por favor indique sucintamente, por extenso, que factores/barreiras interferem negativamente, na passagem de turno, para a manutenção da continuidade dos cuidados de Enfermagem:

---

---

---

---

---

---

39 - Por favor indique sucintamente por extenso que alterações poderiam ser implementadas para melhorar a passagem de turno no seu serviço para melhor assegurar a continuidade de cuidados de Enfermagem:

---

---

---

---

---

---

40 – Existem outros assuntos sobre a passagem de turno que não tenham sido abordados neste questionário? Se **sim**, por favor indique-os.

---

---

---

---

---

---

***O nosso obrigado pela sua participação neste questionário. Uma vez completo por favor coloque-o na caixa/envelope destinado a esse efeito!***

**Códigos dos Serviços**

<b>Serviço</b>	<b>Código</b>	<b>Serviço</b>	<b>Código</b>
UCIC	<b>00</b>	Cirurgia Geral	<b>07</b>
Urgência Geral	<b>01</b>	Bloco Partos/Urgência Obstétrica	<b>08</b>
UCIM	<b>02</b>	Urgência Pediátrica	<b>09</b>
Medicina III	<b>03</b>	Neonatologia	<b>10</b>
Hematologia	<b>04</b>	Pediatria	<b>11</b>
Medicina IV	<b>05</b>	Obstetrícia	<b>12</b>
Ortopedia	<b>06</b>	Medicina Materno Fetal	<b>13</b>
		Bloco Operatório	<b>14</b>

## ANEXO III

FREQUENCIES VARIABLES=Sexo  
 /PIECHART PERCENT  
 /ORDER=ANALYSIS.

**Frequencies**

**Statistics**

1 - Sexo do Inquirido

N	Valid	132
	Missing	0

**1 - Sexo do Inquirido**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Feminino	110	83,3	83,3	83,3
Masculino	22	16,7	16,7	100,0
Total	132	100,0	100,0	

DESCRIPTIVES VARIABLES=tempo\_enf tempo\_chlo  
 /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX KURTOSIS SKEWNESS.

**Descriptives**

**Descriptive Statistics**

		2 - Há quanto tempo é Enfermeiro? (meses)	3 - Há quanto tempo trabalha no Hospital de São Francisco Xavier? (meses)	Valid N (listwise)
N	Statistic	132	132	132
Minimum	Statistic	4	1	
Maximum	Statistic	378	264	
Mean	Statistic	90,67	61,76	
Std. Deviation	Statistic	83,534	64,503	
Skewness	Statistic	1,223	1,618	
	Std. Error	,213	,212	
Kurtosis	Statistic	,791	1,921	
	Std. Error	,423	,422	

FREQUENCIES VARIABLES=servico  
 /ORDER=ANALYSIS.

**Frequencies**

**Statistics**

4 - Em que serviço trabalha?

N	Valid	129
	Missing	3

#### 4 - Em que serviço trabalha?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	UCIC	4	3,0	3,1	3,1
	Urgência Geral	9	6,8	7,0	10,1
	UCIM	13	9,8	10,1	20,2
	Medicina III	5	3,8	3,9	24,0
	Medicina IV	15	11,4	11,6	35,7
	Ortopedia	14	10,6	10,9	46,5
	Cirurgia Geral	22	16,7	17,1	63,6
	Bloco Partos/Urgência Obstétrica	20	15,2	15,5	79,1
	Urgência Pediátrica	11	8,3	8,5	87,6
	Neonatologia	9	6,8	7,0	94,6
	Obstetrícia	3	2,3	2,3	96,9
	Medicina Materno Fetal	4	3,0	3,1	100,0
	Total		129	97,7	100,0
Missing	System	3	2,3		
Total		132	100,0		

DESCRIPTIVES VARIABLES=horas\_doc tempo\_turno tempo\_pass  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX KURTOSIS SKEWNESS.

#### Descriptives

##### Descriptive Statistics

		5 - Em média, quanto tempo dispensa por turno com a documentação relativa a cada utente? (minutos)	6 - Em média quanto tempo utiliza para preparar a passagem de turno de forma a determinar que informação deve transmitir ao colega que recebe o turno? (minutos)	7 - Em média quanto tempo dura a passagem de turno no seu serviço? (minutos)	Valid N (listwise)
N	Statistic	129	131	131	129
Minimum	Statistic	2	0	10	
Maximum	Statistic	480	120	90	
Mean	Statistic	107,53	26,28	41,02	
Std. Deviation	Statistic	94,775	23,258	16,122	
Skewness	Statistic	1,746	2,004	,406	
	Std. Error	,213	,212	,212	
Kurtosis	Statistic	3,906	4,930	-,235	
	Std. Error	,423	,420	,420	



```

IF (horas_doc <= 30) horas_doc_agrup = 1 .
EXECUTE .
IF (horas_doc >= 31 & horas_doc <= 60) horas_doc_agrup = 2 .
EXECUTE .
IF (horas_doc >= 61 & horas_doc <= 90) horas_doc_agrup = 3 .
EXECUTE .
IF (horas_doc >= 91 & horas_doc <= 120) horas_doc_agrup = 4 .
EXECUTE .
IF (horas_doc >= 121 & horas_doc <= 150) horas_doc_agrup = 5 .
EXECUTE .
IF (horas_doc >= 151 & horas_doc <= 180) horas_doc_agrup = 6 .
EXECUTE .
IF (horas_doc >= 181) horas_doc_agrup = 7 .
EXECUTE .
IF (tempo_turno <= 20) tempo_turno_agrup = 1 .
EXECUTE .
IF (tempo_turno >= 21 & tempo_turno <= 40) tempo_turno_agrup = 2 .
EXECUTE .
IF (tempo_turno >= 41 & tempo_turno <= 60) tempo_turno_agrup = 3 .
EXECUTE .
IF (tempo_turno >= 61 & tempo_turno <= 80) tempo_turno_agrup = 4 .
EXECUTE .
IF (tempo_turno >= 81 & tempo_turno <= 100) tempo_turno_agrup = 5 .
EXECUTE .
IF (tempo_turno >= 101 & tempo_turno <= 120) tempo_turno_agrup = 6 .
EXECUTE .
FREQUENCIES
  VARIABLES=horas_doc_agrup tempo_turno_agrup
  /ORDER= ANALYSIS .

```

**Frequencias  
Statistics**

		5 - Em média, quanto tempo dispensa por turno com a documentação relativa a cada utente? (minutos)	6 - Em média quanto tempo utiliza para preparar a passagem de turno de forma a determinar que informação deve transmitir ao colega que recebe o turno? (minutos)
N	Valid	129	131
	Missing	3	1

**Frequency Table**

**5 - Em média, quanto tempo dispensa por turno com a documentação relativa a cada utente? (minutos)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-30 Minutos	34	25,8	26,4	26,4
	31-60 Minutos	29	22,0	22,5	48,8
	61-90 Minutos	6	4,5	4,7	53,5
	91-120 Minutos	27	20,5	20,9	74,4
	151-180 Minutos	21	15,9	16,3	90,7
	Mais de 180 Minutos	12	9,1	9,3	100,0
	Total	129	97,7	100,0	
Missing	System	3	2,3		
Total		132	100,0		

**6 - Em média quanto tempo utiliza para preparar a passagem de turno de forma a determinar que informação deve transmitir ao colega que recebe o turno? (minutos)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-20 Minutos	72	54,5	55,0	55,0
	21-40 Minutos	37	28,0	28,2	83,2
	41-60 Minutos	16	12,1	12,2	95,4
	61-80 Minutos	1	,8	,8	96,2
	81-100 Minutos	2	1,5	1,5	97,7
	101-120 Minutos	3	2,3	2,3	100,0
	Total	131	99,2	100,0	
Missing	System	1	,8		
Total		132	100,0		

```

COMPUTE verbal_escrito=0.
EXECUTE.
IF (metodos_verbal=1 & metodos_escrito=1) verbal_escrito=1.
EXECUTE.
COMPUTE verbal_escrito_folha=0.
EXECUTE.
IF (metodos_verbal=1 & metodos_escrito=1 & metodos_folha=1) verbal_escrito_folha=1.
EXECUTE.
p{color:0;font-family:Monospaced;font-size:13pt;font-style:normal;font-weight:normal;text-decoration:none}
FREQUENCIES
  VARIABLES=metodos_verbal verbal_escrito verbal_escrito_folha
  /FORMAT=DFREQ
  /ORDER= ANALYSIS .

```

**Frequencies Statistics**

		Método Verbal	Método Verbal e Escrito	Método Verbal, Escrito e Folha
N	Valid	131	132	132
	Missing	1	0	0

**Frequency Table Método Verbal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Verbal	98	74,2	74,8	74,8
	False	33	25,0	25,2	100,0
	Total	131	99,2	100,0	
Missing	System	1,8			
Total		132	100,0		

**Método Verbal e Escrito**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	False	79	59,8	59,8	59,8
	Método Verbal e Escrito	53	40,2	40,2	100,0
	Total	132	100,0	100,0	

**Método Verbal, Escrito e Folha**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	False	108	81,8	81,8	81,8
	Método Verbal, Escrito e Folha	24	18,2	18,2	100,0
	Total	132	100,0	100,0	

```

COMPUTE verbal_exclusivo=0.
EXECUTE.
IF (metodos_verbal=1 & metodos_escrito=0 & metodos_folha=0)
verbal_exclusivo=1.
EXECUTE.
FREQUENCIES VARIABLES=verbal_exclusivo
/ORDER=ANALYSIS.
    
```

**Frequencies**

**Statistics**

Método Verbal Exclusivo

N	Valid	132
	Missing	0

**Método Verbal Exclusivo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	False	100	75,8	75,8	75,8
	Método Verbal Exclusivo	32	24,2	24,2	100,0
	Total	132	100,0	100,0	

```

FREQUENCIES VARIABLES=av_metodos
/BARCHART PERCENT
/ORDER=ANALYSIS.
    
```

**Frequencies**

**Statistics**

9 - Considera os métodos normalmente utilizados na passagem de turno no seu serviço eficazes no assegurar da continuidade dos cuidados?

N	Valid	131
	Missing	1

**9 - Considera os métodos normalmente utilizados na passagem de turno no seu serviço eficazes no assegurar da continuidade dos cuidados?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	9	6,8	6,9	6,9
	Sim	122	92,4	93,1	100,0
	Total	131	99,2	100,0	
Missing	System	1	,8		
Total		132	100,0		

```
MULT RESPONSE GROUPS=$MetodosDesejados 'MetodosDesejados'
(metodo_eficaz_verbal metodo_eficaz_escrito metodo_eficaz_folha
metodo_efi
caz_protocolo metodo_eficaz_outro (1))
/FREQUENCIES=$MetodosDesejados.
```

### Multiple Response

#### Case Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$MetodosDesejados <sup>a</sup>	10	7,6%	122	92,4%	132	100,0%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

```
FREQUENCIES VARIABLES=inf_turno
/BAHART PERCENT
/ORDER=ANALYSIS.
```

### Frequencies

#### Statistics

11 – A informação transmitida na passagem de turno no seu serviço contempla, principalmente que tipo de informação?

N	Valid	129
	Missing	3

11 – A informação transmitida na passagem de turno no seu serviço contempla, principalmente que tipo de informação?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Um relato das ocorrências passadas no turno que passou	113	85,6	87,6	87,6
	Um plano de acção para o próximo turno	5	3,8	3,9	91,5
	Outro	11	8,3	8,5	100,0
	Total	129	97,7	100,0	
Missing	System	3	2,3		
Total		132	100,0		

```
MULT RESPONSE GROUPS=$QuemtransmtInf 'QuemtransmtInf' (quem_inf_enf
quem_inf_outro (1))
/FREQUENCIES=$QuemtransmtInf.
```

### Multiple Response

#### Case Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$QuemtransmtInf <sup>a</sup>	130	98,5%	2	1,5%	132	100,0%

**Case Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$QuemtransmtInf <sup>a</sup>	130	98,5%	2	1,5%	132	100,0%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

**\$QuemtransmtInf Frequencies**

		Responses		
		N	Percent	Percent of Cases
QuemtransmtInf	Enf. Responsável pelo Utente	130	85,0%	100,0%
	Outro	23	15,0%	17,7%
	Total	153	100,0%	117,7%

```
MULT RESPONSE GROUPS=$QuemDeveriaParticipar 'QuemDeveriaParticipar'
(outros_inf_enf outros_inf_coord outros_inf_chefe outros_inf_out
ro (1))
/FREQUENCIES=$QuemDeveriaParticipar.
```

**Multiple Response**

**Case Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$QuemDeveriaParticipar <sup>a</sup>	57	43,2%	75	56,8%	132	100,0%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

**\$QuemDeveriaParticipar Frequencies**

		Responses		
		N	Percent	Percent of Cases
QuemDeveriaParticipar	Enf. Responsável pelo Utente	14	13,5%	24,6%
	Enf. Coordenador	48	46,2%	84,2%
	Enf. Chefe	39	37,5%	68,4%
	Outro	3	2,9%	5,3%
	Total	104	100,0%	182,5%

```
FREQUENCIES VARIABLES=onde_ocorre
/BARCHART PERCENT
/ORDER=ANALYSIS.
```

**Frequencies**

**Statistics**

14 - Onde ocorre normalmente a passagem de turno no seu serviço?

N	Valid	131
	Missing	1

**14 - Onde ocorre normalmente a passagem de turno no seu serviço?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sala de enfermagem	36	27,3	27,5	27,5
	Unidade do utente	37	28,0	28,2	55,7
	Outro	58	43,9	44,3	100,0
	Total	131	99,2	100,0	
Missing	System	1	,8		
Total		132	100,0		

FREQUENCIES VARIABLES=onde\_gostaria  
/ORDER=ANALYSIS.

**Frequencies**

**Statistics**

15 - Onde gostaria que ocorresse a passagem de turno no seu serviço?

N	Valid	130
	Missing	2

**15 - Onde gostaria que ocorresse a passagem de turno no seu serviço?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sala de enfermagem	63	47,7	48,5	48,5
	Unidade do utente	34	25,8	26,2	74,6
	Outro	33	25,0	25,4	100,0
	Total	130	98,5	100,0	
Missing	System	2	1,5		
Total		132	100,0		

MULT RESPONSE GROUPS=\$OutrosProfPresentes 'OutrosProfPresentes'  
(outros\_porf\_med outros\_porf\_tec outros\_porf\_nenhum outros\_porf\_outro  
o (1))  
/FREQUENCIES=\$OutrosProfPresentes.

**Multiple Response**

**Case Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$OutrosProfPresentes <sup>a</sup>	127	96,2%	5	3,8%	132	100,0%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

**\$OutrosProfPresentes Frequencies**

		Responses		
		N	Percent	Percent of Cases
OutrosProfPresentes	Médico	20	15,0%	15,7%
	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	4	3,0%	3,1%
	Nenhum outro profissional presente	103	77,4%	81,1%
	Outro	6	4,5%	4,7%
	Total	133	100,0%	104,7%

## Análise Factorial

```
RECODE item19 (1=7) (2=6) (3=5) (4=4) (5=3) (6=2) (7=1) InfNaoRelevante.  
VARIABLE LABELS InfNaoRelevante ' InfNaoRelevante '  
EXECUTE.
```

```
RECODE item23 (1=7) (2=6) (3=5) (4=4) (5=3) (6=2) (7=1) DemasiadoTempo.  
VARIABLE LABELS DemasiadoTempo ' DemasiadoTempo '  
EXECUTE.
```

```
RECODE item25 (1=7) (2=6) (3=5) (4=4) (5=3) (6=2) (7=1) InfSubjectiva.  
VARIABLE LABELS InfSubjectiva ' InfSubjectiva '  
EXECUTE.
```

```
RECODE item31 (1=7) (2=6) (3=5) (4=4) (5=3) (6=2) (7=1) InfImportante.  
VARIABLE LABELS InfImportante ' InfImportante '  
EXECUTE.
```

FACTOR

```
  /VARIABLES item17 item18 InfNaoRelevante item20 item21 item22  
DemasiadoTempo item24 InfSubjectiva item26 item27 item28 Interrupção  
  Utentes item30 InfImportante item32 item33 item35 item34 item36  
  /MISSING LISTWISE  
  /ANALYSIS item17 item18 InfNaoRelevante item20 item21 item22  
DemasiadoTempo item24 InfSubjectiva item26 item27 item28 InterrupçãoU  
  tentes item30 InfImportante item32 item33 item35 item34 item36  
  /PRINT INITIAL KMO EXTRACTION ROTATION  
  /FORMAT SORT BLANK(.45)  
  /PLOT EIGEN  
  /CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)  
  /EXTRACTION PC  
  /CRITERIA ITERATE(25)  
  /ROTATION VARIMAX  
  /METHOD=CORRELATION.
```

## Factor Analysis

### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,720
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	757,430
	df	190,000
	Sig.	,000

### Communalities

	Initial	Extraction
17 É-me fornecida informação suficiente sobre os utentes.	1,000	,617
18 Eu posso obter a informação transmitida na passagem de turno através do processo clínico do utente.	1,000	,613
19-É-me muitas vezes dada informação durante a passagem de turno que não é relevante para a prestação de cuidados	1,000	,489
20 A forma como a informação me é fornecida é fácil de acompanhar.	1,000	,645
21 Tenho a possibilidade de clarificar a informação que me foi fornecida	1,000	,498
22 A informação sobre o utente é-me dada de forma oportuna (sem perda de tempo).	1,000	,353
23-Acho que a passagem de turno ocupa demasiado tempo	1,000	,507
24 A informação que eu recebo está actualizada.	1,000	,469
25-A informação que eu recebo é subjectiva.	1,000	,629
26 Sou capaz de me manter concentrado na informação que me é transmitida.	1,000	,616
27 Tenho a oportunidade de discutir informação confidencial ou privada acerca do utente.	1,000	,544
28 Tenho a possibilidade de verificar o estado do utente durante a passagem de turno	1,000	,736
29-Sou muitas vezes interrompido por utentes ou pessoas significativas para os mesmos durante a passagem de turno	1,000	,661
30 Os utentes são envolvidos/estão presentes no processo de passagem de turno.	1,000	,792
31-Eu sinto que nem sempre me é fornecida informação importante durante a passagem de turno	1,000	,666
32 Tenho a oportunidade de discutir as situações clínicas difíceis que experienciei	1,000	,680
33 Tenho a oportunidade de reflectir em conjunto com outros colegas quando tive um turno difícil.	1,000	,830
35 Tenho a oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendo	1,000	,658
34 Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a quantidade/carga de trabalho.	1,000	,772
36 A passagem de turno é utilizada como momento de formação em serviço	1,000	,542

Extraction Method: Principal Component Analysis.

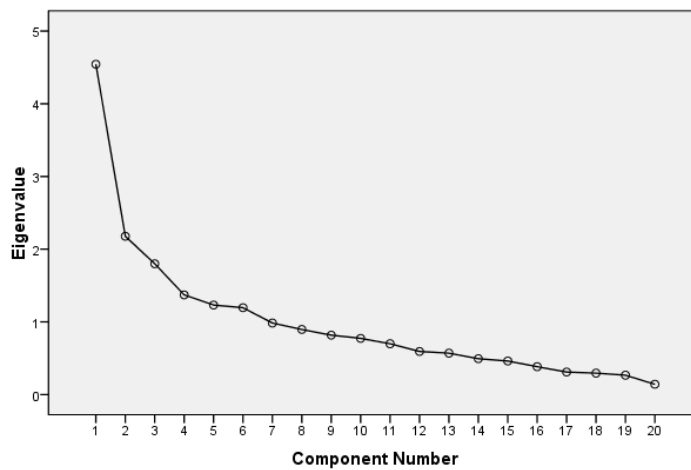


**Total Variance Explained**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,544	22,719	22,719	4,544	22,719	22,719	3,322	16,608	16,608
2	2,177	10,885	33,604	2,177	10,885	33,604	2,955	14,775	31,383
3	1,800	8,998	42,602	1,800	8,998	42,602	1,815	9,077	40,459
4	1,371	6,855	49,457	1,371	6,855	49,457	1,577	7,885	48,345
5	1,232	6,159	55,616	1,232	6,159	55,616	1,341	6,704	55,049
6	1,195	5,977	61,593	1,195	5,977	61,593	1,309	6,544	61,593
7	,984	4,920	66,513						
8	,895	4,477	70,990						
9	,817	4,087	75,077						
10	,773	3,865	78,941						
11	,699	3,494	82,435						
12	,593	2,963	85,398						
13	,570	2,849	88,247						
14	,493	2,466	90,713						
15	,461	2,307	93,021						
16	,383	1,917	94,937						
17	,310	1,548	96,485						
18	,295	1,475	97,960						
19	,266	1,332	99,292						
20	,142	,708	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Scree Plot**



Component Matrix<sup>a</sup>

	Component					
	1	2	3	4	5	6
33 Tenho a oportunidade de reflectir em conjunto com outros colegas quando tive um turno difícil.	,719	-,485				
35 Tenho a oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendo	,718					
32 Tenho a oportunidade de discutir as situações clínicas difíceis que experienciei	,699					
34 Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a quantidade/carga de trabalho.	,670	-,556				
17 É-me fornecida informação suficiente sobre os utentes.	,607					
21 Tenho a possibilidade de clarificar a informação que me foi fornecida	,603					
20 A forma como a informação me é fornecida é fácil de acompanhar.	,562			,500		
31-Eu sinto que nem sempre me é fornecida informação importante durante a passagem de turno	,548	,500				
36 A passagem de turno é utilizada como momento de formação em serviço	,529					
24 A informação que eu recebo está actualizada.	,453					
22 A informação sobre o utente é-me dada de forma oportuna (sem perda de tempo).						
25-A informação que eu recebo é subjectiva.		,539		-,459		
30 Os utentes são envolvidos/estão presentes no processo de passagem de turno.			,741			
28 Tenho a possibilidade de verificar o estado do utente durante a passagem de turno			,727			
19-É-me muitas vezes dada informação durante a passagem de turno que não é relevante para a prestação de cuidados			,546			
23-Acho que a passagem de turno ocupa demasiado tempo						
27 Tenho a oportunidade de discutir informação confidencial ou privada acerca do utente.					,643	
29-Sou muitas vezes interrompido por utentes ou pessoas significativas para os mesmos durante a passagem de turno					,572	
18 Eu posso obter a informação transmitida na passagem de turno através do processo clínico do utente.						,716
26 Sou capaz de me manter concentrado na informação que me é transmitida.						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 6 components extracted.

Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component					
	1	2	3	4	5	6
33 Tenho a oportunidade de reflectir em conjunto com outros colegas quando tive um turno difícil.	,894					
34 Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a quantidade/carga de trabalho.	,846					
32 Tenho a oportunidade de discutir as situações clínicas difíceis que experienciei	,751					
35 Tenho a oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendo	,715					
36 A passagem de turno é utilizada como momento de formação em serviço	,676					
17 É-me fornecida informação suficiente sobre os utentes.		,737				
20 A forma como a informação me é fornecida é fácil de acompanhar.		,732				
26 Sou capaz de me manter concentrado na informação que me é transmitida.		,682				
31-Eu sinto que nem sempre me é fornecida informação importante durante a passagem de turno		,646				
21 Tenho a possibilidade de clarificar a informação que me foi fornecida		,515				
24 A informação que eu recebo está actualizada.		,474				
22 A informação sobre o utente é-me dada de forma oportuna (sem perda de tempo).		,471				
30 Os utentes são envolvidos/estão presentes no processo de passagem de turno.			,886			
28 Tenho a possibilidade de verificar o estado do utente durante a passagem de turno			,841			
23-Acho que a passagem de turno ocupa demasiado tempo				,673		
25-A informação que eu recebo é subjectiva.				,551	,474	
19-É-me muitas vezes dada informação durante a passagem de turno que não é relevante para a prestação de cuidados				,538		
18 Eu posso obter a informação transmitida na passagem de turno através do processo clínico do utente.					,763	
27 Tenho a oportunidade de discutir informação confidencial ou privada acerca do utente.						,690
29-Sou muitas vezes interrompido por utentes ou pessoas significativas para os mesmos durante a passagem de turno						,598

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 11 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4	5	6
1	,715	,639	,123	,197	,098	,131
2	-,604	,607	-,340	,231	,302	,080
3	-,286	,056	,854	,411	-,004	-,125
4	-,195	,401	,292	-,735	-,362	,210
5	-,050	-,196	,016	,244	-,126	,940
6	,039	-,144	,232	-,372	,867	,181

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

```

FACTOR
/VARIABLES item17 item18 InfNãoRelevante item20 item21 item22
DemasiadoTempo item24 item26 item27 item28 InterrupçãoUtentes item30
InfImportante item32 item33 item35 item34 item36
/MISSING LISTWISE
/ANALYSIS item17 item18 InfNãoRelevante item20 item21 item22
DemasiadoTempo item24 item26 item27 item28 InterrupçãoUtentes item30
InfImportante item32 item33 item35 item34 item36
/PRINT INITIAL KMO EXTRACTION ROTATION
/FORMAT SORT BLANK(.45)
/PLOT EIGEN
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25)
/ROTATION VARIMAX
/METHOD=CORRELATION.

```

## Factor Analysis

### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,732
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	706,412
	df	171,000
	Sig.	,000

### Communalities

	Initial	Extraction
17 É-me fornecida informação suficiente sobre os utentes.	1,000	,620
18 Eu posso obter a informação transmitida na passagem de turno através do processo clínico do utente.	1,000	,704
19-É-me muitas vezes dada informação durante a passagem de turno que não é relevante para a prestação de cuidados	1,000	,543
20 A forma como a informação me é fornecida é fácil de acompanhar.	1,000	,636
21 Tenho a possibilidade de clarificar a informação que me foi fornecida	1,000	,508
22 A informação sobre o utente é-me dada de forma oportuna (sem perda de tempo).	1,000	,410
23-Acho que a passagem de turno ocupa demasiado tempo	1,000	,473
24 A informação que eu recebo está actualizada.	1,000	,441
26 Sou capaz de me manter concentrado na informação que me é transmitida.	1,000	,554
27 Tenho a oportunidade de discutir informação confidencial ou privada acerca do utente.	1,000	,661
28 Tenho a possibilidade de verificar o estado do utente durante a passagem de turno	1,000	,745
29-Sou muitas vezes interrompido por utentes ou pessoas significativas para os mesmos durante a passagem de turno	1,000	,654
30 Os utentes são envolvidos/estão presentes no processo de passagem de turno.	1,000	,805
31-Eu sinto que nem sempre me é fornecida informação importante durante a passagem de turno	1,000	,693
32 Tenho a oportunidade de discutir as situações clínicas difíceis que experienciei	1,000	,671
33 Tenho a oportunidade de reflectir em conjunto com outros colegas quando tive um turno difícil.	1,000	,836
35 Tenho a oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendo	1,000	,695
34 Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a quantidade/carga de trabalho.	1,000	,761
36 A passagem de turno é utilizada como momento de formação em serviço	1,000	,541

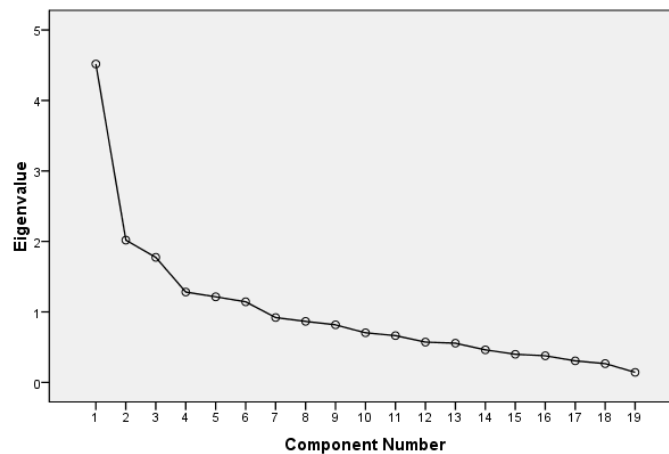
Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Total Variance Explained**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,518	23,777	23,777	4,518	23,777	23,777	3,301	17,375	17,375
2	2,018	10,623	34,401	2,018	10,623	34,401	2,929	15,418	32,792
3	1,774	9,337	43,737	1,774	9,337	43,737	1,769	9,311	42,103
4	1,282	6,747	50,484	1,282	6,747	50,484	1,433	7,541	49,644
5	1,214	6,390	56,874	1,214	6,390	56,874	1,264	6,653	56,297
6	1,144	6,020	62,894	1,144	6,020	62,894	1,253	6,597	62,894
7	,920	4,843	67,736						
8	,866	4,557	72,294						
9	,817	4,298	76,592						
10	,703	3,702	80,294						
11	,663	3,491	83,784						
12	,572	3,009	86,793						
13	,556	2,928	89,722						
14	,462	2,429	92,151						
15	,399	2,101	94,252						
16	,377	1,986	96,237						
17	,306	1,609	97,847						
18	,266	1,402	99,249						
19	,143	,751	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Scree Plot**



Component Matrix<sup>a</sup>

	Component					
	1	2	3	4	5	6
33 Tenho a oportunidade de reflectir em conjunto com outros colegas quando tive um turno difícil.	,731					
35 Tenho a oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendo	,724					
32 Tenho a oportunidade de discutir as situações clínicas difíceis que experienciei	,702					
34 Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a quantidade/carga de trabalho.	,687	,509				
17 É-me fornecida informação suficiente sobre os utentes.	,599	-,463				
21 Tenho a possibilidade de clarificar a informação que me foi fornecida	,597					
20 A forma como a informação me é fornecida é fácil de acompanhar.	,563					
36 A passagem de turno é utilizada como momento de formação em serviço	,541					
31-Eu sinto que nem sempre me é fornecida informação importante durante a passagem de turno	,533	-,479				
26 Sou capaz de me manter concentrado na informação que me é transmitida.						
22 A informação sobre o utente é-me dada de forma oportuna (sem perda de tempo).						
24 A informação que eu recebo está actualizada.						
30 Os utentes são envolvidos/estão presentes no processo de passagem de turno.			,693			
28 Tenho a possibilidade de verificar o estado do utente durante a passagem de turno			,660			
19-É-me muitas vezes dada informação durante a passagem de turno que não é relevante para a prestação de cuidados			,481			
29-Sou muitas vezes interrompido por utentes ou pessoas significativas para os mesmos durante a passagem de turno				,653		
23-Acho que a passagem de turno ocupa demasiado tempo					,540	
18 Eu posso obter a informação transmitida na passagem de turno através do processo clínico do utente.					-,514	,625
27 Tenho a oportunidade de discutir informação confidencial ou privada acerca do utente.						,525

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 6 components extracted.

Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component					
	1	2	3	4	5	6
33 Tenho a oportunidade de reflectir em conjunto com outros colegas quando tive um turno difícil.	,891					
34 Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a quantidade/carga de trabalho.	,839					
32 Tenho a oportunidade de discutir as situações clínicas difíceis que experienciei	,756					
35 Tenho a oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendo	,731					
36 A passagem de turno é utilizada como momento de formação em serviço	,671					
17 É-me fornecida informação suficiente sobre os utentes.		,736				
20 A forma como a informação me é fornecida é fácil de acompanhar.		,725				
26 Sou capaz de me manter concentrado na informação que me é transmitida.		,673				
31-Eu sinto que nem sempre me é fornecida informação importante durante a passagem de turno		,638				
21 Tenho a possibilidade de clarificar a informação que me foi fornecida		,562				
24 A informação que eu recebo está actualizada.		,506				
22 A informação sobre o utente é-me dada de forma oportuna (sem perda de tempo).						
30 Os utentes são envolvidos/estão presentes no processo de passagem de turno.			,894			
28 Tenho a possibilidade de verificar o estado do utente durante a passagem de turno			,839			
19-É-me muitas vezes dada informação durante a passagem de turno que não é relevante para a prestação de cuidados				,659		
23-Acho que a passagem de turno ocupa demasiado tempo				,644		
27 Tenho a oportunidade de discutir informação confidencial ou privada acerca do utente.					,753	
29-Sou muitas vezes interrompido por utentes ou pessoas significativas para os mesmos durante a passagem de turno					,567	
18 Eu posso obter a informação transmitida na passagem de turno através do processo clínico do utente.						,818

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 11 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4	5	6
1	,730	,632	,118	,168	,105	,118
2	,530	-,675	,465	,087	-,073	-,188
3	-,423	,241	,763	,411	-,092	,059
4	-,065	,120	,361	-,633	,621	-,255
5	-,057	-,037	-,238	,602	,531	-,542
6	-,011	-,267	-,011	,180	,554	,767

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

```

RELIABILITY
/VARIABLES=item17 item18 InfNãorelevante item20 item21 item22
DemasiadoTempo item24 InfSubjectiva item26 item27 item28 Interrupção
Utentes item30 InfImportante item32 item33 item34 item35 item36
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE
/SUMMARY=TOTAL.

```

## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	124	93,9
	Excluded <sup>a</sup>	8	6,1
	Total	132	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,701	20

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
17 É-me fornecida informação suficiente sobre os utentes.	5,8710	,91035	124
18 Eu posso obter a informação transmitida na passagem de turno através do processo clínico do utente.	5,3790	1,51734	124
19-É-me muitas vezes dada informação durante a passagem de turno que não é relevante para a prestação de cuidados	3,4677	1,50574	124
20 A forma como a informação me é fornecida é fácil de acompanhar.	5,8145	,96581	124
21 Tenho a possibilidade de clarificar a informação que me foi fornecida	6,1210	,82238	124
22 A informação sobre o utente é-me dada de forma oportuna (sem perda de tempo).	5,2903	1,27371	124
23-Acho que a passagem de turno ocupa demasiado tempo	3,5806	1,95101	124
24 A informação que eu recebo está actualizada.	5,7823	1,09367	124
25-A informação que eu recebo é subjectiva.	4,3710	1,55374	124
26 Sou capaz de me manter concentrado na informação que me é transmitida.	5,6532	1,05956	124
27 Tenho a oportunidade de discutir informação confidencial ou privada acerca do utente.	5,7016	1,30652	124
28 Tenho a possibilidade de verificar o estado do utente durante a passagem de turno	4,2984	1,91264	124
29-Sou muitas vezes interrompido por utentes ou pessoas significativas para os mesmos durante a passagem de turno	3,9113	1,87847	124
30 Os utentes são envolvidos/estão presentes no processo de passagem de turno.	2,7339	1,78115	124
31-Eu sinto que nem sempre me é fornecida informação importante durante a passagem de turno	4,3145	1,64967	124
32 Tenho a oportunidade de discutir as situações clínicas difíceis que experienciei	5,1048	1,36637	124
33 Tenho a oportunidade de reflectir em conjunto com outros colegas quando tive um turno difícil.	5,0403	1,52699	124
34 Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a quantidade/carga de trabalho.	4,9032	1,48389	124
35 Tenho a oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendo	5,5806	1,04451	124
36 A passagem de turno é utilizada como momento de formação em serviço	4,8710	1,62284	124



**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
17 É-me fornecida informação suficiente sobre os utentes.	91,9194	116,481	,433	,682
18 Eu posso obter a informação transmitida na passagem de turno através do processo clínico do utente.	92,4113	123,317	,006	,715
19-É-me muitas vezes dada informação durante a passagem de turno que não é relevante para a prestação de cuidados	94,3226	118,172	,164	,700
20 A forma como a informação me é fornecida é fácil de acompanhar.	91,9758	116,316	,411	,682
21 Tenho a possibilidade de clarificar a informação que me foi fornecida	91,6694	116,792	,469	,681
22 A informação sobre o utente é-me dada de forma oportuna (sem perda de tempo).	92,5000	113,618	,389	,680
23-Acho que a passagem de turno ocupa demasiado tempo	94,2097	112,476	,230	,696
24 A informação que eu recebo está actualizada.	92,0081	115,862	,372	,683
25-A informação que eu recebo é subjectiva.	93,4194	119,172	,124	,704
26 Sou capaz de me manter concentrado na informação que me é transmitida.	92,1371	117,892	,295	,689
27 Tenho a oportunidade de discutir informação confidencial ou privada acerca do utente.	92,0887	116,618	,265	,690
28 Tenho a possibilidade de verificar o estado do utente durante a passagem de turno	93,4919	111,976	,251	,693
29-Sou muitas vezes interrompido por utentes ou pessoas significativas para os mesmos durante a passagem de turno	93,8790	133,522	-,259	,751
30 Os utentes são envolvidos/estão presentes no processo de passagem de turno.	95,0565	116,021	,172	,702
31-Eu sinto que nem sempre me é fornecida informação importante durante a passagem de turno	93,4758	110,430	,365	,679
32 Tenho a oportunidade de discutir as situações clínicas difíceis que experienciei	92,6855	109,079	,521	,666
33 Tenho a oportunidade de reflectir em conjunto com outros colegas quando tive um turno difícil.	92,7500	105,978	,557	,660
34 Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a quantidade/carga de trabalho.	92,8871	107,516	,523	,664
35 Tenho a oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendo	92,2097	112,866	,534	,672
36 A passagem de turno é utilizada como momento de formação em serviço	92,9194	112,546	,309	,686

```

RELIABILITY
/VARIABLES=item32 item33 item34 item35 item36
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE
/SUMMARY=TOTAL.

```

## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	127	96,2
	Excluded <sup>a</sup>	5	3,8
	Total	132	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,843	5

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
32 Tenho a oportunidade de discutir as situações clínicas difíceis que experienciei	20,3858	21,207	,635	,815
33 Tenho a oportunidade de reflectir em conjunto com outros colegas quando tive um turno difícil.	20,4567	18,345	,799	,767
34 Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a quantidade/carga de trabalho.	20,5669	19,470	,738	,786
35 Tenho a oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendo	19,8976	23,648	,644	,821
36 A passagem de turno é utilizada como momento de formação em serviço	20,6142	21,096	,498	,859

```

RELIABILITY
/VARIABLES=item17 item20 item21 item24 item26 InfImportante
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE
/SUMMARY=TOTAL.

```

## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	127	96,2
	Excluded <sup>a</sup>	5	3,8
	Total	132	100,0

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	127	96,2
	Excluded <sup>a</sup>	5	3,8
	Total	132	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,720	6

### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
17 É-me fornecida informação suficiente sobre os utentes.	5,8661	,90292	127
20 A forma como a informação me é fornecida é fácil de acompanhar.	5,8189	,95467	127
21 Tenho a possibilidade de clarificar a informação que me foi fornecida	6,1339	,82001	127
24 A informação que eu recebo está actualizada.	5,7638	1,13709	127
26 Sou capaz de me manter concentrado na informação que me é transmitida.	5,6535	1,04940	127
31-Eu sinto que nem sempre me é fornecida informação importante durante a passagem de turno	4,3228	1,65175	127

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
17 É-me fornecida informação suficiente sobre os utentes.	27,6929	13,897	,608	,647
20 A forma como a informação me é fornecida é fácil de acompanhar.	27,7402	14,003	,544	,660
21 Tenho a possibilidade de clarificar a informação que me foi fornecida	27,4252	15,246	,451	,688
24 A informação que eu recebo está actualizada.	27,7953	14,355	,366	,708
26 Sou capaz de me manter concentrado na informação que me é transmitida.	27,9055	14,229	,439	,686
31-Eu sinto que nem sempre me é fornecida informação importante durante a passagem de turno	29,2362	11,007	,462	,706

RELIABILITY

```

/VARIABLES=item28 item30
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE
/SUMMARY=TOTAL.
    
```

## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	127	96,2
	Excluded <sup>a</sup>	5	3,8
	Total	132	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,757	2

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
28 Tenho a possibilidade de verificar o estado do utente durante a passagem de turno	4,2913	1,91945	127
30 Os utentes são envolvidos/estão presentes no processo de passagem de turno.	2,7165	1,76787	127

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
28 Tenho a possibilidade de verificar o estado do utente durante a passagem de turno	2,7165	3,125	,612	. <sup>a</sup>
30 Os utentes são envolvidos/estão presentes no processo de passagem de turno.	4,2913	3,684	,612	. <sup>a</sup>

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

```

RELIABILITY
/VARIABLES=InfNaoRelevante DemasiadoTempo
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE
/SUMMARY=TOTAL.

```

## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	128	97,0
	Excluded <sup>a</sup>	4	3,0
	Total	132	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,250	2

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
19-É-me muitas vezes dada informação durante a passagem de turno que não é relevante para a prestação de cuidados	3,4609	1,49489	128
23-Acho que a passagem de turno ocupa demasiado tempo	3,6250	1,96023	128

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
19-É-me muitas vezes dada informação durante a passagem de turno que não é relevante para a prestação de cuidados	3,6250	3,843	,148	. <sup>a</sup>
23-Acho que a passagem de turno ocupa demasiado tempo	3,4609	2,235	,148	. <sup>a</sup>

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

RELIABILITY

```

/VARIABLES=item27 InterrupçãoUtentes
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE
/SUMMARY=TOTAL.
    
```

## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	127	96,2
	Excluded <sup>a</sup>	5	3,8
	Total	132	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,139	2

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
27 Tenho a oportunidade de discutir informação confidencial ou privada acerca do utente.	5,6772	1,33263	127
29-Sou muitas vezes interrompido por utentes ou pessoas significativas para os mesmos durante a passagem de turno	3,9213	1,86278	127

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
27 Tenho a oportunidade de discutir informação confidencial ou privada acerca do utente.	3,9213	3,470	,079	. <sup>a</sup>
29-Sou muitas vezes interrompido por utentes ou pessoas significativas para os mesmos durante a passagem de turno	5,6772	1,776	,079	. <sup>a</sup>

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

```
COMPUTE Factor1_OportunidadeReflexaoPartilhada =(item32 + item33 + item34
+ item35 + item36) / 5.
```

```
EXECUTE.
```

```
COMPUTE Factor2_OportunidadeInformacao =(item17 + item20 + item21 +
item24 + item26 + InfImportante) / 6.
```

```
EXECUTE.
```

```
COMPUTE Factor3_EnvolvimentoUtente =(item30 + item28) / 2.
```

```
EXECUTE.
```

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=Factor1_OportunidadeReflexaoPartilhada
Factor2_OportunidadeInformacao Factor3_EnvolvimentoUtente
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Factor1_OportunidadeReflexaoPartilhada	127	2,00	7,00	5,0961	1,11721
Factor2_OportunidadeInformacao	127	3,17	7,00	5,5932	,72273
Factor3_EnvolvimentoUtente	127	1,00	7,00	3,5039	1,65531
	126				

```
RELIABILITY
```

```
/VARIABLES=item17 item20 item21 item24 item26 InfImportante item30
item28 item32 item33 item34 item35 item36
```

```
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
```

```
/MODEL=ALPHA
```

```
/STATISTICS=DESCRIPTIVE
```

```
/SUMMARY=TOTAL.
```

## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	126	95,5
	Excluded <sup>a</sup>	6	4,5
	Total	132	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,769	13

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
17 É-me fornecida informação suficiente sobre os utentes.	5,8730	,90319	126
20 A forma como a informação me é fornecida é fácil de acompanhar.	5,8175	,95834	126
21 Tenho a possibilidade de clarificar a informação que me foi fornecida	6,1270	,81960	126
24 A informação que eu recebo está actualizada.	5,7937	1,09045	126
26 Sou capaz de me manter concentrado na informação que me é transmitida.	5,6508	1,05313	126
31-Eu sinto que nem sempre me é fornecida informação importante durante a passagem de turno	4,3016	1,64083	126
30 Os utentes são envolvidos/estão presentes no processo de passagem de turno.	2,7143	1,77474	126
28 Tenho a possibilidade de verificar o estado do utente durante a passagem de turno	4,2698	1,91170	126
32 Tenho a oportunidade de discutir as situações clínicas difíceis que experienciei	5,0873	1,38576	126
33 Tenho a oportunidade de reflectir em conjunto com outros colegas quando tive um turno difícil.	5,0159	1,53875	126
34 Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a quantidade/carga de trabalho.	4,9048	1,47202	126
35 Tenho a oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendo	5,5794	1,03810	126
36 A passagem de turno é utilizada como momento de formação em serviço	4,8571	1,63323	126

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
17 É-me fornecida informação suficiente sobre os utentes.	60,1190	76,330	,441	,754
20 A forma como a informação me é fornecida é fácil de acompanhar.	60,1746	75,649	,452	,752
21 Tenho a possibilidade de clarificar a informação que me foi fornecida	59,8651	76,918	,453	,754
24 A informação que eu recebo está actualizada.	60,1984	77,216	,297	,763
26 Sou capaz de me manter concentrado na informação que me é transmitida.	60,3413	77,187	,314	,762
31-Eu sinto que nem sempre me é fornecida informação importante durante a passagem de turno	61,6905	72,807	,307	,766
30 Os utentes são envolvidos/estão presentes no processo de passagem de turno.	63,2778	75,898	,164	,785
28 Tenho a possibilidade de verificar o estado do utente durante a passagem de turno	61,7222	71,690	,271	,775
32 Tenho a oportunidade de discutir as situações clínicas difíceis que experienciei	60,9048	69,623	,543	,739
33 Tenho a oportunidade de reflectir em conjunto com outros colegas quando tive um turno difícil.	60,9762	66,743	,596	,731
34 Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a quantidade/carga de trabalho.	61,0873	67,312	,605	,731
35 Tenho a oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendo	60,4127	71,972	,628	,737
36 A passagem de turno é utilizada como momento de formação em serviço	61,1349	70,198	,411	,753



```

COMPUTE percep_eficacia=(item32 + item33 + item34 + item35 + item36 +
item17 + item20 + item26 + InfImportante + item21 + item24 + it
em30 + item28) / 13.
EXECUTE.

```

```

NPAR TESTS
/K-S(NORMAL)=percep_eficacia
/MISSING ANALYSIS.

```

### NPar Tests

#### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Percepção de eficácia
N		130
Normal Parameters <sup>a</sup>	Mean	5,0332
	Std. Deviation	,72287
Most Extreme Differences	Absolute	,093
	Positive	,067
	Negative	-,093
Kolmogorov-Smirnov Z		1,064
Asymp. Sig. (2-tailed)		,207
a. Test distribution is Normal.		

```

T-TEST GROUPS=experiencia(0 1)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=percep_eficacia
/CRITERIA=CI(.9500)

```

### T-Test Group Statistics

Experiência Profissional		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Percepção de eficácia	Menos Tempo Serviço	70	4,9409	,72858	,08771
	Mais Tempo Serviço	62	5,1376	,70781	,09063

### Independent Samples Test

		Percepção de eficácia		
		Equal variances assumed	Equal variances not assumed	
Levene's Test for Equality of Variances	F	,041		
	Sig.	,840		
t-test for Equality of Means	t	-1,556	-1,559	
	df	128	126,846	
	Sig. (2-tailed)	,122	,121	
	Mean Difference	-,19664	-,19664	
	Std. Error Difference	,12635	,12612	
	95% Confidence Interval of the Difference	Lower	-,44664	-,44622
		Upper	,05335	,05293

T-TEST GROUPS=tempo\_Hospital(0 1)  
 /MISSING=ANALYSIS  
 /VARIABLES=percep\_eficacia  
 /CRITERIA=CI(.9500).

**T-Test**

**Group Statistics**

Antiguidade no SFX		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Percepção de eficácia	Menor Antiguidade	73	5,0288	,70483	,08306
	Maior Antiguidade	59	5,0386	,75083	,09859

**Independent Samples Test**

		Percepção de eficácia		
		Equal variances assumed	Equal variances not assumed	
Levene's Test for Equality of Variances	F	1,155		
	Sig.	,285		
t-test for Equality of Means	t	-,076	-,075	
	df	128	118,649	
	Sig. (2-tailed)	,940	,940	
	Mean Difference	-,00973	-,00973	
	Std. Error Difference	,12804	,12892	
	95% Confidence Interval of the Difference	Lower	-,26307	-,26500
		Upper	,24362	,24555