



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA

**O *HANDOVER* NA SALA DE EMERGÊNCIA ENTRE O
ENFERMEIRO E A EQUIPA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-
HOSPITALAR**

Patrícia Santos Botelho

Leiria, março 2016



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA

**O *HANDOVER* NA SALA DE EMERGÊNCIA ENTRE O
ENFERMEIRO E A EQUIPA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-
HOSPITALAR**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica

Patrícia Santos Botelho

Nº de aluno: 5130287

Unidade Curricular: Dissertação

Professor Orientador: Professora Doutora Helena da Conceição Borges Pereira Catarino

Professor Coorientador: Professora Doutora Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de
Almeida

Leiria, março de 2016

AGRADECIMENTOS

O meu primeiro grande agradecimento vai para a Professora Doutora Helena da Conceição Borges Pereira Catarino e para a Professora Doutora Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida Ramalho pelo precioso apoio, incentivo e disponibilidade.

Ao João, no início deste percurso namorado e agora marido, pela compreensão, pela paciência, pelas palavras de apoio ao longo deste caminho que nem sempre foi fácil.

Aos meus pais, por tudo o que fazem por mim e me incentivarem a ir mais além.

Aos meus colegas de trabalho, por me auxiliarem na gestão do tempo indispensável à concretização deste projeto.

Aos meus amigos, por compreenderem a minha ausência em muitas ocasiões.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSQHC - Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

AEM – Ambulância de Emergência Médica

AS – Ambulância de Socorro

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

HQRF – *Handover Quality Rating Form*

HQRF-PT - *Handover Quality Rating Form-Versão Portuguesa*

I-CARE - *Integrated Clinical Ambulance Record*

IITDH – Escala da Importância da Informação Transmitida Durante o *Handover*

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

KMO - *Kaiser-Meyer-Olkin*

M – Média

N – Amostra

Nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEM - Posto de Emergência Médica

r - Coeficiente de Correlação de Pearson

rho – Coeficiente de Correlação de Spearman

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV - Suporte Imediato de Vida

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

TAE - Técnicos de Ambulância de Emergência

TAS – Tripulante de Ambulância de Socorro

TAT - Tripulante de Ambulância de Transporte

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

WHO - *World Health Organization*

X máx. – Valor Máximo

X mín. – Valor Mínimo

α – Alfa Cronbach

RESUMO

Um *Handover* é um momento particularmente crítico num serviço de urgência, comprometendo a segurança e a qualidade dos cuidados (Joint Commission Perspectives, 2012).

Para averiguar qual a perceção da qualidade e os fatores relacionados com *Handover* que ocorre numa sala de emergência, entre os enfermeiros e a equipa de assistência pré-hospitalar, validou-se para a população portuguesa o instrumento de medida *Handover Quality Rating Form* (HQRF) de Manser et al. (2010), construiu-se e validou-se para a população portuguesa o instrumento de medida, Importância da Informação Transmitida Durante o *Handover* (IITDH) e identificaram-se as dificuldades durante o *Handover*.

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal e correlacional e aplicou-se um questionário a 143 enfermeiros do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leira e Centro Hospitalar do Oeste.

A consistência interna das escalas HQRF-PT e IITDH e ficou demonstrada por um alfa de Cronbach de 0,830. A HQRF-PT apresentou um score médio de 2,19 (DP=0,58). A IITDH demonstrou que todos os itens apresentam importância elevada, com valores médios compreendidos entre 3,25 e 4,92. As dificuldades durante a realização do *Handover* foram o “ruído”, o “difícil acesso ao relatório escrito da equipa de assistência pré-hospitalar”, a “escuta ativa perante um doente em deterioração” e o “ambiente stressante”. Por fim, concluímos que a qualidade do *Handover* é tanto maior quanto menor for a pressão do tempo da pessoa que entrega ($\rho = -0,244$; $p \leq 0,01$) e da que assume a responsabilidade do doente ($\rho = -0,188$; $p \leq 0,05$), da complexidade ($\rho = -0,166$; $p \leq 0,05$) e da incerteza da situação ($\rho = -0,297$; $p \leq 0,05$), e que existe uma correlação estatisticamente não significativa entre a perceção da qualidade do *Handover* e a importância da informação transmitida durante o *Handover*.

Palavras-chave: *Handover*, enfermeiros, instrumento, informação, dificuldades, qualidade.

ABSTRACT

Handover is a critical moment in an emergency department compromising the safety and quality of care (Joint Commission Perspectives, 2012).

In order to find out the perception of the quality and the Handover's related factors that occur in an emergency room between nurses and the pre-hospital care team, the measuring scale Handover Quality Rating Form (HQRF) by Manser et al. (2010) was validated to the portuguese population, the measuring instrument Importance of the Transmitted Information during Handover (ITIDH) was developed and validated to the portuguese population and the Handover's difficulties were identified.

A quantitative, cross-sectional and correlational study was developed and a questionnaire was applied to 143 nurses of the emergency department of Centro Hospitalar de Leiria e Centro Hospitalar do Oeste.

The internal consistency of scales HQRF-PT and ITIDH was demonstrated by a Cronbach's alfa of 0.830. The HQRF-PT showed an average score of 2.19 (DP=0.58). The ITIDH demonstrated that all items have a high importance degree, with average values between 3.25 and 4.92.

During Handover the difficulties were the "noise", the "difficult access to the written report of the pre-hospital care team" the "active listening before a deteriorating patient" and a "stressful environment".

Finally we conclude greater the quality of Handover the smaller the pressure of the person delivering the patient ($\rho=-0.244$; $p\leq 0,01$) and the one's taking the responsibility ($\rho=-0.188$; $p\leq 0,05$), complexity ($\rho=-0.166$; $p=0.05$) and the uncertainty of the situation ($\rho=-0.297$; $p=0.05$), It can also be concluded that there is statistically significant correlation between the perception of quality of Handover and the importance of the information transmitted during handover

Keywords: Handover, nurses, instrument, information, difficulties, quality.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 12

1. O *HANDOVER* NO SERVIÇO DE URGÊNCIA 18

1.1. CONCEITO DE *HANDOVER* 18

1.2. INFORMAÇÃO TRANSMITIDA DURANTE O *HANDOVER* NA SALA DE EMERGÊNCIA ENTRE A EQUIPA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR E A EQUIPA MULTI-DISCIPLINAR DO SERVIÇO DE URGÊNCIA 19

1.3. FATORES CONDICIONANTES DO *HANDOVER* NA SALA DE EMERGÊNCIA 23

1.4. A QUALIDADE DO *HANDOVER* 25

2. MATERIAL E MÉTODOS 31

2.1. PLANO DE ESTUDOS E OBJETIVOS 31

2.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 32

2.3. HIPÓTESES 33

2.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA 33

2.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS 34

2.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 39

2.7. TRATAMENTO DE DADOS 40

3. RESULTADOS 42

4. DISCUSSÃO 56

5. CONCLUSÃO 66

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 69

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de recolha de dados

ANEXO II – *Handover Quality Rating Form*

ANEXO III - *Handover Quality Rating Form* versão portuguesa HQRF-PT

ANEXO IV – Pedido de autorização aos autores da *Handover Quality Rating Form*
e respetiva autorização

ANEXO V – Pedidos de autorização ao Centro Hospitalar de Leiria e Centro
Hospitalar do Oeste e respetivas autorizações

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sociodemográficos, profissionais e académicos da amostra (N=143) 42

Tabela 6 – Distribuição das respostas dos inquiridos quando às dificuldades durante o *Handover* (N=143) 49

Tabela 7 - Distribuição das respostas relativas a outras dificuldades dos inquiridos durante realização do *Handover* 49

Tabela 2 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e os coeficientes de consistência interna da escala IITDH 44

Tabela 3 – Matriz de componentes principais dos 16 itens da escala IITDH 46

Tabela 4 - Matriz de correlação de Pearson entre os 4 fatores da escala IITDH e entre os 4 fatores da escala IITDH e o total da escala IITDH 47

Tabela 5 – Caracterização da amostra quanto à importância atribuída às informações transmitidas durante o *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar 48

Tabela 8 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e os coeficientes de consistência interna da escala HQRF-PT 51

Tabela 9 – Matriz de componentes principais dos 10 itens da escala HQRF-PT 52

Tabela 10 - Matriz de correlação de Pearson entre o fator HQRF-PT e o item sobre a qualidade em geral do *Handover* 52

Tabela 11 – Medidas de tendência central, dispersão e variabilidade dos itens da escala HQRF-PT 53

Tabela 12 – Medidas de tendência central, dispersão e variabilidade do item sobre a qualidade em geral do *Handover* 54

Tabela 13 – Medidas de tendência central, dispersão e variabilidade das variáveis de controlo da escala HQRF-PT 54

Tabela 14 - Matriz de correlação de Spearman entre as variáveis de controlo e escala HQRF-PT 55

Tabela 15 – Matriz de correlação de Spearman entre escala HQRF-PT e a escala IITDH 55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - *Scree Plot* da IITDH 45

INTRODUÇÃO

Para a Joint Commission International e Joint Commission Resources Reviewers (2010) o processo de transição de um prestador de cuidados para outro ou de um serviço de saúde para outro pode não fornecer toda a informação que é essencial para a prestação de cuidados seguros, o que pode comprometer a continuidade dos cuidados, levar a um tratamento inapropriado e potencialmente causar danos.

A investigação tem origem a partir de uma situação problemática, que segundo Fortin 2009, p. 17) “a investigação científica é (...) um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para as questões precisas que merecem uma investigação (...) e leva à aquisição de novos conhecimentos”.

A investigação na área da transição dos cuidados é crucial permitindo descobrir os pontos específicos de risco e os factores condicionantes de modo a desenvolver e implementar soluções que melhorem a eficácia da comunicação (Shamji, Baier, Gravenstein & Gardner, 2014).

Para Martins (2014), a comunicação é um processo que se realiza nas interações humanas, na qual se partilham ideias. Contudo, este processo num serviço de urgência pode ser comprometido devido ao ambiente caótico, às interrupções constantes, às multitarefas dos profissionais e ao facto de se estar perante um doente em risco de vida (Bost, Crilly, Patterson & Chaboyer, 2012; Bruce & Suserud, 2005; Eisenberg et al., 2005; Talbot & Bleetman, 2007).

O doente crítico é aquele em que, por “disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” e o seu processo de transferência pode dar-se entre profissionais, serviços e instituições e têm como objetivo garantir a continuidade de cuidados (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p.9).

De acordo com Dunn, Gwinnutt e Gray (2007), o processo de transferências do doente pode ser classificado em transporte primário e transporte secundário (intra-hospitalar e inter-hospitalar). Os mesmos autores referem que o transporte primário diz respeito à transferência do doente do ambiente pré-hospitalar até à admissão na unidade de saúde.

De acordo com o Despacho n.º 10109/2014 de 6 de agosto de 2014, os meios de emergência médica que transportam os doentes até às unidades de saúde, tendo em conta uma diferenciação assente nas competências dos profissionais que os tripulam, são os seguintes:

- **Ambulâncias de Emergência Médica (AEM):** são ambulâncias de socorro com equipamento que permitem a aplicação de Suporte Básico de Vida (SBV) e Desfibrilhação Automática Externa (DAE) e têm como missão a deslocação rápida da equipa ao local da ocorrência, a estabilização clínica das vítimas de acidente ou de doença súbita e o transporte assistido para o serviço de urgência mais adequado ao seu estado clínico. A tripulação é constituída por dois Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), devidamente habilitados com os cursos de Tripulante de Ambulância de Socorro (TAS), de DAE e de Condução de Emergência.
- **Ambulâncias de Socorro (AS):** asseguram a deslocação rápida de uma tripulação com formação em técnicas de emergência médica no mínimo tempo possível, em complementaridade e articulação com os outros meios de emergência médica pré-hospitalar, e o eventual transporte para a unidade de saúde mais adequada ao estado clínico da vítima. Estão fixadas em Postos de Emergência Médica (PEM) operados por entidades agentes de proteção civil e/ou por elementos do Sistema Integrado de Emergência Médica, sendo tripuladas por elementos pertencentes às respetivas entidades, com formação específica em técnicas de emergência médica pré-hospitalar, definida e certificada pelo INEM.
- **Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV):** tripuladas por um enfermeiro e por um TAE e têm a possibilidade de administração de fármacos e realização de atos terapêuticos invasivos, mediante protocolos aplicados sob supervisão médica. Encontram-se localizadas em unidades de saúde.

- Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER): tripuladas por um médico e um enfermeiro, constituindo um meio de suporte avançado de vida (SAV).
- Helicópteros: são utilizados no transporte de doentes graves entre unidades de saúde ou entre o local de ocorrência e a unidade de saúde. Encontra-se equipados com material de SAV, sendo a tripulação composta por médico, enfermeiro e dois pilotos.

A passagem do doente do meio de emergência médica para um serviço de urgência traduz o primeiro contacto físico entre equipa de assistência pré-hospitalar e a equipa multidisciplinar do serviço de urgência e é neste momento que dá a transferência da responsabilidade do doente e são transmitidas todas as informações relacionadas com a ocorrência (Bruce & Suserud, 2005; Queensland Ambulance Service, 2015). A World Health Organization (WHO) (2009) acrescenta que a realização de uma comunicação efetiva numa equipa de saúde é particularmente crítica num serviço de urgência.

Ao longo da pesquisa bibliográfica não se encontrou um termo, na língua portuguesa, que definisse com precisão este momento. Como tal, recorreu-se ao termo *Handover*. O termo *Handover* pode ser considerado sinónimo de *Handoff* (Friesen, White & Jacqueline, 2008) e em português encontra-se relacionado com termo transferência (Dicionário Escolar de Inglês-Português/Português-Inglês, 2011).

O *Handover* é um momento crítico para a segurança do doente, sendo necessária uma coordenação adequada entre os prestadores de cuidados para continuidade de cuidados (Manser & Foster, 2011). Para a Joint Commission Perspectives (2012), um *Handover* não eficaz é reconhecido como um problema na segurança do doente crítico, estimando-se que cerca de 80% dos erros graves que ocorrem, envolvem a falta de comunicação entre cuidadores durante a transferência dos doentes. As recomendações desta entidade concentram-se na melhoria da eficácia da comunicação entre os cuidadores, sendo a uma comunicação ineficaz citada como a causa mais frequente de eventos sentinela.

No estudo realizado por Jenkin, Abelson-Michell e Cooper (2007) verifica-se que a equipa que recebe o doente por parte da equipa de assistência pré-hospitalar é na sua maioria constituída por enfermeiros. Também Yong, Dent e Weiland (2008) mencionam

que 97% dos *Handovers* que ocorrem no serviço de urgência estabelecem-se entre a equipa de assistência pré-hospitalar e enfermeiros.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2007, p.1) refere que,

“O enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência (...)”.

OE (2011) reforça afirmando que o enfermeiro deve co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo de forma e assegurar a continuidade dos cuidados.

Para além do referido anteriormente, é importante salientar a existência do Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro sobre o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 que visa atingir os objetivos estratégicos de aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; assegurar a prática sistemática de notificação e análise; e prevenção de incidentes.

Estes pressupostos, a escassa evidência científica de estudos realizados em Portugal sobre o *Handover* que é realizado numa sala de emergência, mais precisamente entre a equipa de assistência pré-hospitalar e enfermeiros, e o facto de ser enfermeira num serviço de urgência levaram-nos a questionar “Qual é a qualidade e que fatores estão relacionados com *Handover* que ocorre numa sala de emergência, entre os enfermeiros do serviço de urgência e a equipa de assistência pré-hospitalar?”. Consideramos ser importante realizar um estudo sobre o *Handover* com objetivo de melhorar as práticas, reduzir o erro, promover a segurança do doente e prestar cuidados com qualidade.

Assim, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Qual é a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar?
- Quais são as dificuldades dos enfermeiros do serviço de urgência que realizam o *Handover* numa sala emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar?

- Qual é a percepção dos enfermeiros do serviço de urgência que realizam o *Handover* numa sala emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar, sobre a qualidade do *Handover*?
- Qual é a relação entre a qualidade do *Handover* e a pressão do tempo, complexidade e incerteza do *Handover*?
- Qual é a relação entre a qualidade do *Handover* e a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar?

Este estudo tem os seguintes objetivos:

- Construir e validar para a população portuguesa o instrumento de medida Importância da Informação Transmitida Durante o Handover (IITDH);
- Validar para a população portuguesa o instrumento de medida *Handover Quality Rating Form* (HQRF);
- Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar;
- Identificar as dificuldades dos enfermeiros do serviço de urgência que realizam o *Handover* numa sala emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar;
- Avaliar a percepção dos enfermeiros do serviço de urgência sobre a qualidade do *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar;
- Avaliar a relação entre a qualidade do *Handover* e a pressão do tempo, complexidade e incerteza do *Handover*;
- Avaliar a relação entre a qualidade do *Handover* e a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o *Handover*, numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar.

Por fim, para análise da relação entre as variáveis em estudo formularam-se as seguintes hipóteses:

- Há relação entre a qualidade do *Handover* e a pressão do tempo, complexidade e incerteza do *Handover* da HQRF-PT;

- Há relação entre a qualidade do *Handover* e a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o *Handover*, numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar.

Para a concretização dos objetivos traçados, desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal e correlacional. A população-alvo foi constituída pelos enfermeiros que desempenham funções nos serviços de urgência do Centro Hospitalar de Leiria e Centro Hospitalar do Oeste, num total de 250 enfermeiros, sendo a amostra constituída por 143 enfermeiros, selecionados por amostragem não probabilística intencional.

Esta dissertação é composta pela fundamentação teórica que suporta a investigação. Nesse capítulo, explora-se o conceito de *Handover*, a informação que é transmitida durante o momento, os fatores que o podem condicionar e a qualidade do mesmo. A segunda parte do trabalho representa o estudo empírico onde fazemos referência aos objetivos, às opções metodológicas relativas à população e amostra, aos resultados relativos às propriedades psicométricas dos instrumentos aplicados na recolha de dados, e ao tratamento estatístico dos dados. São também apresentados e discutidos os resultados. Por fim, enunciamos as implicações para a teoria e prática de cuidados, as limitações, as sugestões/orientações futuras para o campo específico e as principais conclusões.

1. *HANDOVER* NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Ao longo deste capítulo, vamos abordar o conceito de *Handover*, mais precisamente o que é realizado na sala de emergência entre a equipa multi-disciplinar do serviço de urgência e a equipa de assistência pré-hospitalar, bem como, referir o tipo de informação que pode ser transmitida durante o *Handover*, descrever os fatores condicionantes deste momento e explorar qualidade do mesmo.

1.1 CONCEITO DE *HANDOVER*

De acordo com Bruce e Suserud (2005), o *Handover* realizado entre a equipa de assistência pré-hospitalar e a equipa da sala de emergência é definido como o momento em que o doente passa da maca da ambulância para a maca hospitalar e é colocado junto de equipamentos de vigilância necessários, acompanhado por um relato verbal e/ou entrega de documentação escrita. Estes autores reforçam que, na prestação de cuidados a doentes graves, o *Handover* que é realizado entre a equipa de assistência pré-hospitalar e a equipa da sala de emergência, constitui um momento crítico, podendo comprometer a vida do doente.

O *Handover* é um momento de transição na prestação de cuidados ao doente, em que a transmissão de informação relativa ao doente passa de um profissional ou equipa de saúde para outros (Cohen & Hilligoss, 2010; Galliers, Wilnson, Randell & Woodward; 2011). Trata-se da passagem da responsabilidade profissional de alguns ou todos os aspetos relacionados com cuidado do doente ou grupo de doentes, a outra pessoa ou grupo de profissionais em carácter temporário ou permanente (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2012 (ACSQHC); Sujan et al., 2014).

Sujan et al. (2014) referem que o *Handover* pode ocorrer entre membros da mesma profissão, por exemplo, durante mudança de turno da equipa de enfermagem, ou entre indivíduos pertencentes a diferentes profissões médicas ou mesmo entre organizações

diferentes, como a equipa de assistência pré-hospitalar e a equipa multidisciplinar do serviço de urgência.

Cohen e Hilligoss (2010) descrevem que este momento tem a função de aumentar a eficácia das ações tomadas pela parte recetora, à medida que assumem a responsabilidade pelo cuidado do doente.

Para Queensland Ambulance Service (2015), um *Handover* eficaz é confiante, sucinto, claro, assertivo, estruturado, não devendo conter informação não relevante. Deve ser congruente com a documentação de apoio e deve ser finalizado com um pedido de *feedback*. A Joint Commission International e Joint Commission Resources Reviewers (2010) reconhecem este processo como cenário de alto risco para a segurança do doente, onde, a descontinuidade dos cuidados, eventos adversos e negligência podem estar presentes.

Por sua vez, Carter, Davis, Evans e Cone (2009) e Zimmer et al. (2010) acrescentam que num serviço de urgência, o *Handover* realizado entre a equipa de assistência pré-hospitalar e os profissionais de saúde tende a ser incompleto, não se transmitido todas as informações pertinentes relativas ao cuidado do doente e nesta perspetiva torna importante abordar os aspetos relativos à informação, neste contexto.

1.2 INFORMAÇÃO TRANSMITIDA DURANTE O *HANDOVER* NA SALA DE EMERGÊNCIA ENTRE A EQUIPA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR E A EQUIPA MULTI-DISCIPLINAR DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

De acordo com a Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) (2012) uma comunicação eficaz e precisa durante o *Handover* é fundamental para garantir a continuidade de cuidados e a prevenção da modificação ou omissão de qualquer componente relacionada com o tratamento do doente.

Sujan e Spurgeon (2013) defendem que a importância informação que é transmitida durante o *Handover* é dependente da finalidade do mesmo, das ocorrências durante o transporte até ao serviço de urgência e das características pessoais do indivíduo que a verbaliza ou recebe.

Jenkin et al. (2007) desenvolveram, no Reino Unido, um estudo com o objetivo de avaliar o processo de transferência de informação durante o *Handover* entre a equipa de assistência pré-hospitalar e a equipa de um serviço de urgência (n=80).

Neste estudo, onde 21 dos participantes eram enfermeiros, a análise de questionários demonstrou que a informação que a equipa do serviço de urgência considera essencial ser transmitida pela equipa de assistência pré-hospitalar é: o motivo da ocorrência, problemas que requerem rápida intervenção, tratamentos já realizados pela equipa pré-hospitalar e antecedentes pessoais importantes.

Seguindo a linha de investigação de Yong et al. (2008), através da observação de 311 *Handovers* e a realização de questionários (n=79) dos quais, 24 foram respondidos por enfermeiros, a informação transmitida com mais frequência é: o problema do doente (98,8%), os sinais vitais (76,9%), os antecedentes médicos relevantes (74%), a medicação habitual (46,4%) e o tratamento realizado durante em ambiente pré-hospitalar (44,5%).

Welsh, Flanagan e Ebricht (2010), referem que, um dos aspetos facilitadores no processo de transferência do doente é o recurso a *checklist*/mnemónicas, que servem de suporte à transmissão oral de informação, evitam a perda de dados e estruturam a informação escrita. A evidência sugere também que um *Handover* completo e conciso encontra-se associado à utilização de uma linguagem estruturada, levando à redução de eventos adversos e a uma prática de cuidados com qualidade (Dawson, King & Grantham, 2013). Além disso, Suján e Spurgeon (2013) acrescentam que devido à elevada carga de trabalho num serviço de urgência, o *Handover* é uma das atividades que é suscetível de ser abreviado a fim de poupar tempo.

As revisões sistemáticas da literatura realizadas por Cohen e Hilligoss (2009) e Riesenber, Leitzsch e Little (2009) identificam uma série de mnemónicas/*ckecklist* que são utilizadas como ferramentas de comunicação durante o *Handover*, sendo a mais utilizada, presente em 69,6% dos estudos, a SBAR - S (situação), B (antecedentes pessoais), A (avaliação) e R (recomendações).

A WHO (2007) defende a utilização da mnemónica/*checklist* SBAR deve ser usada nas organizações de saúde, com o objetivo de tornar a comunicação mais eficaz e coerente, criar condições para intercâmbio de informações precisas e incentivar o diálogo entre equipa. Seguindo esta linha de pensamento, Randmaa, Mårtensson, Swenne e Engström

(2014) reforçam que, esta ferramenta facilita a comunicação entre profissões, aumenta o clima segurança, diminui os efeitos negativos da hierarquia profissional e leva a uma tendência para a melhoria da comunicação precisa dentro do grupo. Recentemente, num estudo realizado por Koval (2015), numa amostra de 47 estudantes de medicina, em que estes foram questionados sobre a utilização da mnemónica/*checklist* SBAR, 91% dos inquiridos achava a ferramenta de fácil aprendizagem, 85% referiu ser bastante útil durante o *Handover* e cerca de 83% da amostra ficou satisfeita com aplicação da ferramenta, pois, promove uma linguagem comum entre os membros da equipa e diminui a confusão durante a comunicação.

Na Austrália, Evans, Murray, Patrick, Fitzgerald, Smith e Cameron (2010) concluíram que, num *Handover* entre a equipa de assistência pré-hospitalar a equipa multidisciplinar da sala de emergência, o conteúdo e a sequência da informação deve ser transmitida segundo a mnemónica/*checklist* MIST - M (mecanismo de lesão/queixa), I (lesões), S (sinais) e T (tratamento iniciado). Segundo os autores, esta é a mnemónica mais utilizada, especialmente em situações de emergência de trauma, contudo, as evidências que apoiam a sua utilização são limitadas.

Para Iedema et al. (2012), em sequência à mnemónica/*checklist* MIST deve-se utilizar a AMPLE. Com a utilização do AMPLE há referência às alergias (A), à medicação habitual (M), aos antecedentes (*Past illnesses*) (P), à última refeição (*Last meal*) (L) e por último aos eventos (E), sendo esta mnemónica/*checklist* considerada uma das mais adequadas para a transferência do doente do meio pré-hospitalar para serviço de urgência. Os mesmos autores desenvolveram, na Austrália, um estudo que envolveu paramédicos, médicos e enfermeiros (n=291), que tinha como objetivo identificar a estrutura do *Handover* através da análise o conteúdo transmitido por meio de vídeo-gravações. Este estudo permitiu concluir que a estrutura do *Handover* tinha como base as três mnemónicas/*checklists* SBAR, MIST e AMPLE, dando origem à IMIST – AMBO. Com esta mnemónica/*checklist* há referência à identificação do doente (I), ao mecanismo de lesão/queixa (M), às lesões (*Injuries*) (I): aos sinais (S), ao tratamento iniciado (fármacos/fluídos) (T), às alergias (A), à medicação habitual (M), aos antecedentes (*Background*) (B) e outras informações (O). Para estes autores, a utilização deste método leva a um maior volume de informação transmitida, a uma comunicação consistente e ordenada, a uma redução da duração do *Handover* e a mais retenção da informação.

Em Portugal, a Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) referem que no momento da transferência, deve existir uma transmissão de informação formal por parte da equipa de transporte do serviço de origem. Essa passagem, para além dos dados clínicos, deve incluir uma nova observação clínica, segundo a metodologia da mnemónica/*checklist* ABCDE (via área, ventilação, circulação, estado neurológico e exposição).

Com o objetivo de fornecer o máximo de informação relativa ao doente e à ocorrência, também é usada a mnemónica/*checklist* CHAMU – circunstâncias do acidente (com avaliação do local e recolha de elementos de relevo), história médica anterior (antecedentes pessoais), alergias, medicação habitual e última refeição (INEM, 2012).

Há muita literatura sobre o uso de registos eletrónicos para melhorar o processo de transferências em saúde. Reconhece-se que a tecnologia da informação desempenha um papel importante na obtenção de ganhos na qualidade e segurança do doente (Till, Sall & Wilkinson, 2014)

De acordo com INEM (2010), em Portugal utiliza-se a aplicação de registo clínico eletrónico, o *Integrated Clinical Ambulance Record (I-CARE)*, destinado a apoiar a prestação de serviços por parte de profissionais de saúde e a permitir um melhor acesso à informação e personalização de cuidados. O I-CARE, segundo a mesma fonte, é utilizado pelas ambulâncias SIV e VMER para conferir uma maior qualidade no atendimento em ambiente pré-hospitalar e melhorar os tempos de respostas. Permite à equipa de assistência pré-hospitalar receber automaticamente do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) as informações dos eventos, sem tempo consumido ao telefone, enviando posteriormente a informação em tempo real para os serviços de urgência. Os dados que equipa de assistência pré-hospitalar deve registar no I-CARE são: motivo da ocorrência, hora de ativação, hora de chegada ao local, dados do doente (nome, sexo, idade, data de nascimento, morada e número de utente), avaliação (escala de avaliação do estado de consciência, escala de coma de Glasgow, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura, estado da pele, estado das pupilas, glicémia capilar),

As ambulâncias PEM e de SBV do INEM recorrem à utilização do verbete de socorro/transporte (INEM, 2013). Neste documento são registados os seguintes dados:

entidade que presta socorro, origem do pedido, data e hora do pedido, tempos de movimentos da ambulância, local da ocorrência, motivo da chamada, número de doentes, dados do doente, exame primário (estado de consciência, estado das pupilas, pulso e presença de hemorragias) exame secundário (coluna cervical, crânio, face, abdómen, coluna dorso-lombar, cintura pélvica, e membros superiores e inferiores), tipos de lesões (presença de lesões fechadas, escoriações, feridas incisivas, feridas contusas, feridas penetrantes, amputações, queimaduras, fraturas e hemorragias), atuação (ressuscitação cardiopulmonar, oxigenoterapia, pensos, ligaduras, imobilizações, aspiração e controlo de temperatura), sinais vitais e observações.

1.3 FATORES CONDICIONANTES DO *HANDOVER*

De acordo com Delrue (2013), a eficiência e eficácia do *Handover* são afetadas pela complexidade do ambiente onde este se realiza.

Bruce e Suserud (2005), num estudo qualitativo com entrevistas realizadas a 6 enfermeiros, referem que uma das maiores dificuldades na realização do *Handover* num serviço de urgência é o facto de este se realizar sob condições stressantes, sendo efetuado num curto espaço de tempo, quando o doente se encontra em risco de vida.

Vários estudos realizados indicam que a carga de trabalho das equipas do serviço de urgência é um dos fatores condicionantes do *Handover* (Bost et al. 2012; Bruce & Suserud, 2005; Suján et al. 2014; Suján, Spurgeon & Cooke, 2015).

Para Jenkin et al. (2007), as principais dificuldades centram-se na transmissão de informação não essencial por parte da equipa de assistência pré-hospitalar e na necessidade de repetição de informação por parte da mesma. Por sua vez, Yong et al. (2008) concluíram que 67% da amostra do seu estudo sentiu que a informação essencial não foi transmitida durante o *Handover* verbal.

Owen, Hemmings e Brown (2009), num estudo qualitativo realizado através de entrevistas semi-estruturadas (n=50), das quais 15 foram realizadas a enfermeiros, concluíram que a necessidade de repetição dos dados transmitidos levava a perda e alteração da informação.

No estudo realizado por Talbot e Bleetman (2007), concluiu-se com a observação de 10 *Handovers*, que apenas 56,6% da informação que é transmitida entre a equipa de assistência pré-hospitalar é retida pela equipa multidisciplinar do serviço de urgência. Estes autores referem que médicos e enfermeiros focam-se nos cuidados iniciais do doente, o que impossibilita ouvir de uma forma cuidadosa a informação transmitida pela equipa de assistência pré-hospitalar. Também no estudo de Owen et al. (2009), verificou-se que a equipa multidisciplinar do serviço de urgência inicia a prestação de cuidados durante o *Handover*, levando a tensões entre o fazer e o ouvir.

No *Handover* existe dificuldade em partilhar uma imagem cognitiva entre as diferentes equipas, isto é, há dificuldade da equipa de assistência pré-hospitalar descrever o contexto pré-hospitalar onde se encontrava o doente (Owen et al, 2009).

Horwitz, Moin, Krumholz, Wang e Bradley (2009) mencionam que nas 139 entrevistas realizadas, 29% dos entrevistados relataram a presença de um evento adverso e identificaram o meio ambiente, o fluxo de doentes, a presença de tecnologias da informação diferentes e atribuição de responsabilidades como causas de vulnerabilidade do *Handover*.

Na revisão sistemática da literatura realizada por Bost, Crilly, Wallis, Patterson e Chaboyer (2010), concluiu-se que um *Handover* não eficaz entre a equipa de assistência pré-hospitalar e a equipa do serviço de urgência inclui a falta de linguagem comum, a falta de entendimento entre as equipas, a falta de habilidades de escuta ativa, a falta de habilidades de trabalho em equipa, o agitado e complexo ambiente de trabalho e a necessidade repetição da informação.

No estudo desenvolvido por Bost et al. (2012), numa amostra constituída por vários profissionais de saúde (n=163), dos quais 65 enfermeiros, cujo objetivo foi identificar os fatores que têm impacto no *Handover*, com base na observação dos participantes, realização de entrevistas e na análise das ferramentas utilizadas concluíram que o excesso de trabalho leva a interrupções e por sua vez, a um *Handover* demasiado longo. Os mesmos autores referem que as relações existentes entre os vários elementos das equipas que participam no *Handover* condicionam a quantidade de informação transmitida, o ambiente durante o mesmo e a confiança depositada na informação.

Graneto e Damm (2013) identificaram o ruído no serviço de urgência como o responsável por interferências na comunicação e conseqüentemente pela interrupção de procedimentos complexos e tomada de decisões.

No estudo recente de Suján et al. (2014), com o objetivo de identificar os fatores organizacionais que têm impacto sobre a qualidade do *Handover*, foram analisados cerca de 270 *Handovers* entre a equipa de emergência de assistência pré-hospitalar e a equipa multidisciplinar do serviço de urgência e realizada a análise temática de conteúdo de 29 entrevistas semi-estruturadas. Os autores concluíram que as dificuldades baseiam-se nas diferentes necessidades de informação, na dificuldade na gestão da transferência da responsabilidade e na diferente priorização dos diferentes aspetos do cuidar por parte de ambas as equipas. Verificaram também que, o *Handover* entre as equipas pode também ser afetado pelo ruído e pela falta de privacidade, levando a uma comunicação destruída e confusa.

1.3 A QUALIDADE DO *HANDOVER*

A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados visando a melhoria contínua e o aumento da efetividade dos mesmos, aliada a um melhor desempenho pessoal e organizacional, constitui uma finalidade dos sistemas de saúde modernos (Sousa, Pinto, Costa & Uva, 2008)

O Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio referente à Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020, define qualidade em saúde como:

“ A prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (...) Está intimamente ligada à segurança dos cuidados, é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do Sistema de Saúde Português”.

A segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como

para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efetivos e eficientes (Direção Geral de Saúde, 2013).

Nos dias de hoje, verifica-se uma preocupação com a qualidade dos cuidados, centrada na segurança do doente. Esta é definida pela Direção Geral de Saúde (2011, p.14) como:

“ A redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento”.

Segundo a WHO (2009), a cultura de segurança de uma organização é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde.

De acordo com a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2011), uma cultura de segurança eficaz, deverá passar pela implementação de sistemas de gestão de risco clínico e não clínico, pela melhoria da qualidade e da segurança dos doentes, pela mudança de atitudes na forma como os profissionais vêm o seu trabalho, pela promoção do trabalho em equipa e procurando envolver mais os doentes na tomada de decisões, em todas as fases da prestação de cuidados. Lima (2011) reforça afirmando que é essencial a mudança de comportamentos, a padronização de melhores práticas, uma fomentação e o apoio de uma cultura geradora de ideias em que a segurança é um princípio fundamental da prática nas organizações de saúde.

WHO (2007) defende que os hospitais devem implementar uma abordagem padronizada e sistematizada para a comunicação nas transferências dos doentes, de forma a minimizarem a possibilidade de ocorrência de eventos adversos.

Borowitz Waggoner-Fountain, Bass e Sledd (2008) referem que a transferência de informações entre os profissionais de saúde é crucial para a segurança do doente e eficácia dos cuidados e que quando é incompleta ou pouco clara pode afetar negativamente a qualidade dos cuidados.

Para Scovell (2010), o *Handover* trata-se de um momento crucial na prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e que quaisquer erros ou omissões cometidas

durante este processo podem ter consequências danosas. Por sua vez, Patterson e Wears (2010) reforçam que uma comunicação pobre durante o *Handover* resulta em atrasos nos tratamentos, baixo grau de satisfação dos doentes e leva a mais readmissões.

A comunicação é um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde (Direção-Geral de Saúde, 2011). Trata-se de um fator central para um trabalho em equipa seguro e de alta qualidade em sistemas complexos, pois, sem uma comunicação eficaz, indivíduos competentes formam uma equipa pouco competente (Lingard, 2012). Frankel et al. (2012) acrescentam que o *Handover* ocorre numa complexa teia de interações assíncronas e relações entre profissionais que têm influência no fluxo de trabalho e na qualidade do mesmo.

Para a Joint Commission International e Joint Commission Resources Reviewers (2010), um *Handover* ineficaz põe em risco a segurança do doente, causando-lhe danos (atrasos no tratamento, tratamentos inadequados e maior tempo de permanência no hospital).

Para a ACSQHC (2012) o objetivo fundamental de qualquer *Handover* é conseguir uma transferência de informação de forma eficiente e com qualidade.

Ao longo da pesquisa realizada sobre o *Handover* na área da saúde verificou-se que a grande maioria dos estudos são descritivos, isto é, demonstram as dificuldades ou a informação que é ou não transmitida, e que poucos se encontram relacionados com a qualidade do mesmo.

Apesar dos estudos iniciais já realizados sobre o *Handover*, o conhecimento do papel da comunicação da equipa na qualidade do mesmo é muito limitado, sendo necessário para o desenvolvimento de interações eficazes, estudos que liguem a análise detalhada dos processos de comunicação durante o *Handover* com medidas de qualidade (Manser, Foster, Flin & Patey, 2013).

De acordo com Jeffcott, Evans, Cameron, Chin e Ibrahim (2009), para melhorar as lacunas nos conhecimentos em torno do conceito do *Handover*, seria importante medir a segurança e a qualidade do momento. Para tal, os mesmos autores elaboraram um estudo com o objetivo de desenvolver uma ferramenta concetual para apoiar a pesquisa. Após a realização de uma revisão da literatura, foram identificadas cinco possíveis ferramentas

de avaliação que foram posteriormente analisadas por um grupo de peritos. Com base num quadro conceptual pré existente, um modelo de *Donabedian* e um quadro normativo usado nos cuidados de saúde primários para apoiar a investigação, formularam um quadro híbrido para a avaliação da qualidade do *Handover*. O quadro híbrido era composto por três elementos-chave: a informação (comunicação entre os profissionais de saúde sobre o estado do doente), a responsabilidade (apresenta um cariz individual) e o sistema (o contexto que se encontra em redor do doente). Os três elementos encontravam-se, por sua vez, relacionados com a política (princípio escrito/regra que guia a ação), a prática (atividade padronizada) e a avaliação (processo de determinar se um item ou atividade atende aos critérios especificados). Com a aplicação deste quadro, concluíram que as informações transferidas durante o *Handover* ainda não se encontravam devidamente definidas, que a responsabilidade era uma área que devia ser esclarecida e desenvolvida, e que o sistema requeria uma investigação translacional para explicar as variações do ambiente em que ocorre o *Handover*. Por fim, era crucial que as intervenções dos indivíduos, equipas e organização fossem concebidas de modo a que o *Handover* seja seguro e com qualidade.

Em 2010, foi publicado um estudo realizado por Manser, Foster, Gisin, Jaeckel e Ummenhofer (2010), na Universidade de Aberdeen, no Reino Unido, com objetivo de criar e testar uma ferramenta de avaliação da qualidade de *Handover*. Este estudo deu origem ao *Handover Quality Rating Form* (HQRF), desenvolvido com o objetivo de ser capaz de medir a qualidade de um *Handover* numa variedade de cenários e de servir como uma ferramenta de autoavaliação para os envolvidos. Esta ferramenta foi elaborada com base em 126 *Handovers* realizados entre três contextos clínicos diferentes: entre a equipa de emergência pré-hospitalar e equipa multidisciplinar do serviço de urgência, entre o bloco operatório e a unidade de recuperação pós-anestésica e entre a unidade de recuperação pós-anestésica e o serviço de internamento, com o objetivo de encontrar os elementos que constituem um *Handover* eficaz e seguro. O instrumento de dados foi desenvolvido através da revisão de instrumentos de avaliação pré-existentes sobre a qualidade do *Handover*, de uma entrevista realizada a três profissionais de saúde experientes centrada na questão "O que constitui um *Handover* seguro e eficaz?" e através da realização de observações de campo. O instrumento é então constituído por 16 itens que descrevem o *Handover* avaliados em uma escala tipo *Likert* ("agree", "partially agree", "partially disagree" e "disagree"). Foi também analisado de que forma a pressão

do tempo podia influenciar a qualidade do *Handover* através de 2 itens, que não entraram para análise exploratória por não existir relação entre a qualidade do *Handover* e a pressão do tempo. Por fim, a qualidade em geral do *Handover* foi avaliada através de um único item. Para estabelecerem a dimensionalidade do instrumento, recorreram ao uso da análise fatorial exploratória (análise de componentes principais) com a rotação *Varimax*. A análise fatorial exploratória revelou três fatores que representaram 49,96% de variância: transferência de informação (relacionada com aspetos técnicos da transmissão e organização da informação *Handover*), compreensão compartilhada da informação entre o remetente e o destinatário, e a atmosfera de trabalho (relacionada trabalho em equipa, as tensões e o respeito pelo doente). O valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) foi de 0,81 o que mostrou boa adequação da amostra. Por fim, através de um teste de esfericidade de *Bartlett* significativo ($p = 0,00001$) e a matriz de intercorrelação de 0,053, mostrou que as intercorrelações entre os itens eram adequadas. O fator “transferência de informação” ($r = 0,54, p \leq 0,001$) foi o que apresentou a maior correlação com a qualidade do *Handover*, seguido do fator “compreensão compartilhada” ($r = 0,040, p \leq 0,001$) e por fim, pelo fator “atmosfera de trabalho” ($r = 0,19, p \leq 0,01$). A análise de regressão demonstrou a mesma relação entre os fatores e a qualidade do *Handover*: “transferência de informação” ($\beta = 0,59, p \leq 0,001$), “compreensão compartilhada” ($\beta = 0,28, p \leq 0,001$) e “atmosfera de trabalho” ($\beta = 0,16, p \leq 0,01$). Por fim, os autores concluíram que a qualidade do *Handover* trata-se de um conceito multidimensional e que o instrumento construído constituiu uma ferramenta de avaliação viável, abrangente e importante para futuras pesquisas relacionadas com a qualidade do *Handover*. A avaliação da qualidade do *Handover* é realizada através da análise do score médio de cada fator da escala e do item referente à avaliação da geral da qualidade do *Handover*.

Recentemente, Manser et al. (2013) publicaram um estudo cujo objetivo foi a análise da comunicação da equipa durante o *Handover*. Para tal, foi realizada a análise de 117 *Handovers* que ocorreram entre a equipa do bloco operatório e a equipa do recobro ($n=50$), entre o enfermeiro do recobro e o enfermeiro do serviço de internamento ($n=42$), entre a equipa do bloco operatório e a equipa de cuidados intensivos de cardiologia ($n=25$). No total participaram 21 enfermeiros do bloco operatório, 31 anestesistas, 36 enfermeiros do bloco operatório, 36 enfermeiros do recobro, 31 enfermeiros do serviço de internamento e 12 enfermeiros da unidade de cuidados intensivos de cardiologia. Imediatamente, após a realização do *Handover*, os participantes avaliaram a qualidade do

mesmo utilizando uma ferramenta estruturada para a avaliação da qualidade, que teve como base o estudo de Manser et al. (2010). O instrumento elaborado era constituído por 21 itens, isto é, os 16 itens da HQRF, um único item relacionado com qualidade em geral do *Handover* e mais 4 itens que analisam a influência da pressão do tempo, incerteza e complexidade do *Handover*. Tal como no estudo anterior, para estabelecerem a dimensionalidade do instrumento recorreram ao uso da análise fatorial exploratória (análise de componentes principais) com a rotação *Varimax*. Os controlos preliminares mostraram uma boa adequação da amostra, como indicado pelo valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) de 0,80. Além disso, as intercorrelações entre os itens mostraram-se adequadas, através da análise do teste de esfericidade de *Bartlett* ($p = 0,000$) e uma matriz de intercorrelação de 0,045. A análise fatorial exploratória revelou 4 fatores que representaram 49,96% de variância: “discussão da informação relacionada com os cuidados do doente”, a “organização do *Handover*”, o “estabelecimento de uma compressão compartilhada” e a “conduta do *Handover*”. O fator “discussão da informação relacionada com os cuidados do doente” foi a que apresentou maior correlação com a qualidade em geral do *Handover* ($\beta = 0.46$, $p < 0.001$) seguido pela “organização do *Handover*” ($\beta = 0.33$, $p < 0.001$) e “estabelecimento de uma compreensão compartilhada” ($\beta = 0.28$, $p < 0.001$). A “conduta do *Handover*” não apresentou uma correção significativa com a qualidade em geral do *Handover* ($\beta = 0.03$). A qualidade do *Handover* foi pontuada positivamente. Verificaram-se fatores pontuados com um valor mínimo de 3,1 e máximo de 3,9. Por fim, afirmam que descrições detalhadas dos processos de comunicação relacionadas com o *Handover* de alta qualidade irá ajudar a compreender melhor este processo.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O desenho metodológico da investigação é de grande importância para o processo de aprendizagem e tem de ser conduzido com rigor científico, de forma a assegurar a qualidade e fiabilidade dos resultados. Segundo Fortin (2009) a metodologia trata-se de conjunto de condutas e métodos que orientam a elaboração do processo de investigação científica e que explica as técnicas e os métodos utilizados na investigação. Para este autor, os principais elementos que permitem estabelecer um projeto de investigação são: o ou os meios onde o estudo será realizado; a seleção dos sujeitos e o tamanho da amostra; o tipo de estudo; os instrumentos de recolha de dados; e o tratamento estatístico.

A revisão bibliográfica permite uma melhor preparação para a definição da finalidade e dos objetivos do estudo, bem como para a determinação do desenho de investigação.

De seguida descrevem-se os procedimentos metodológicos tendo presente os objetivos do estudo.

2.1 PLANO DE ESTUDOS E OBJETIVOS

De acordo com Fortin (2009), o objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que evidencia as variáveis chave, a população alvo e o assunto da investigação. Os objetivos que se traçaram para este estudo foram:

- Construir e validar para a população portuguesa o instrumento de medida Importância da Informação Transmitida Durante o Handover (IITDH);
- Validar para a população portuguesa o instrumento de medida *Handover Quality Rating Form* (HQRF);
- Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar;
- Identificar as dificuldades dos enfermeiros do serviço de urgência que realizam o *Handover* numa sala emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar;

- Avaliar a percepção dos enfermeiros do serviço de urgência sobre a qualidade do *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar;
- Avaliar a relação entre a qualidade do *Handover* e a pressão do tempo, complexidade e incerteza do *Handover*;
- Avaliar a relação entre a qualidade do *Handover* e a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o *Handover*, numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar.

Face à problemática em estudo e tendo em conta os objetivos traçados trata-se de um estudo quantitativo, transversal e correlacional.

2.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Fortin (2009, p.53),

“Uma questão de investigação é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direção que se entende tomar, quer seja descrever conceitos ou fenómenos, como nos estudos descritivos, quer seja explorar relações entre os conceitos, como nos estudos descritivos-correlacionais.”

Subjacente aos objetivos delineados, formulámos as seguintes questões de investigação:

- Qual é a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar?
- Quais são as dificuldades dos enfermeiros do serviço de urgência que realizam o *Handover* numa sala emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar?
- Qual é a percepção dos enfermeiros do serviço de urgência que realizam o *Handover* numa sala emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar, sobre a qualidade do *Handover*?
- Qual é a relação entre a qualidade do *Handover* e a pressão do tempo, complexidade e incerteza do *Handover*?

- Qual é a relação entre a qualidade do *Handover* e a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar?

2.3 HIPÓTESES

De acordo com Fortin (2009) a hipótese é uma predição sobre uma relação existente entre variáveis que se verifica empiricamente. Atendendo à problemática em estudo, aos objetivos propostos e com base na fundamentação teórica, formularam-se as seguintes hipóteses:

- Há relação entre a qualidade do *Handover* e a pressão do tempo, complexidade e incerteza do *Handover* da HQRF;
- Há relação entre a qualidade do *Handover* e a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o *Handover*, numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar.~

2.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Quando iniciamos uma investigação é fundamental que se defina a população alvo junto da qual será recolhida a informação. Fortin (2009) define uma população, como uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. De acordo com Hill e Hill (2005), se a população for demasiado extensa, devido ao facto do investigador não ter tempo e recursos para recolher e analisar dados para cada um dos casos, este deve apenas considerar uma parte dos casos que constituem a população, isto é a amostra. Segundo Fortin (2009), a amostra constitui uma fração da população que possui determinadas características conhecidas, que têm que estar presentes em todos os elementos da população.

Para este estudo foi definida como população alvo o conjunto dos enfermeiros que desempenham funções nos serviços de urgência no Centro Hospitalar de Leiria (Hospital Santo André, Hospital de Pombal e Hospital Bernardino Lopes de Oliveira) e Centro Hospitalar do Oeste (Hospital das Caldas da Rainha, Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo e Hospital de Torres Vedras), um total 250 enfermeiros.

A seleção dos sujeitos que integram a amostra foi obtida recorrendo ao método de amostragem não probabilística e intencional. Do total de questionários entregues, foram devolvidos 143 não tendo sido rejeitado nenhum. A amostra é então constituída por 143 enfermeiros (57,2% da população alvo).

Pelo facto do estudo envolver a construção e validação de instrumentos, seguimos as recomendações preconizadas. Para Pestana e Gageiro (2008) é essencial que a amostra seja suficientemente grande, de forma a garantir que numa segunda análise se mantenham os mesmos fatores. Tinsley e Tinsley (1987), citados por Pais Ribeiro (2008, p. 46) sugerem que “ (...) uma regra a seguir é considerar 10 sujeitos, ou 5 sujeitos como o mínimo requerido, por variável [K] em análise”. Atendendo a que a escala HQRF desenvolvida por Manser et al. (2010) e Manser et al. (2013) é constituída por 21 itens seriam necessários pelo menos 105 indivíduos, apesar de para Pais-Ribeiro (2008) uma amostra de 100 já ser considerada suficiente.

2.5 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para Vilelas (2009), os instrumentos de recolha de dados são ferramentas às quais o investigador recorre para conhecer fenómenos e dele retirar a informação que necessita.

Tendo em conta o tipo de estudo, optou-se pela realização de um questionário. De acordo com Hill e Hill (2005, p. 69) a elaboração de questionário é “ (...) útil quando a investigação principal tem como objetivo a confirmação, ou a extensão de um trabalho na literatura e não existe um questionário adequado à investigação”.

Foi elaborado um questionário (ANEXO I) construído para o efeito, constituído por um conjunto de questões acerca das características sociodemográficas, profissionais e académicas da amostra, uma questão sobre as dificuldades durante a realização do *Handover*, uma questão sobre a perceção da importância atribuída às informações transmitidas durante o *Handover* e uma questão relacionada com a perceção sobre qualidade do *Handover*. As variáveis foram selecionadas com base na literatura e experiência do investigador na área.

A avaliação dos dados sociodemográficos, profissionais e académicos foi efetuada através de quatro questões operacionalizadas da seguinte forma:

- **Idade** - a variável quantitativa contínua operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta para ser respondida em número de anos.
- **Sexo** - Variável qualitativa nominal operacionalizada através pergunta fechada com duas opções:
 - *Feminino*
 - *Masculino*
- **Número de anos de experiência num serviço de urgência** - a variável contínua operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta para ser respondida em número de anos.
- **Formação** – variável qualitativa nominal operacionalizada através pergunta relativa à formação académica com cinco opções:
 - *Licenciatura*
 - *Pós-graduação*
 - *Curso pós-licenciatura*
 - *Mestrado*
 - *Doutoramento*

Para avaliar as **dificuldades durante a realização do *Handover***, foi realizada uma pergunta fechada de resposta múltipla composta por catorze itens para opção:

- *Transmissão de informação não essencial por parte da equipa de assistência pré-hospitalar;*
- *Omissão de informação essencial por parte da equipa de assistência pré-hospitalar;*
- *Escuta ativa perante um doente em deterioração;*
- *Não possibilidade repetição da informação pela equipa de assistência pré-hospitalar;*
- *Perceção do contexto pré-hospitalar do doente;*
- *Tensão entre o fazer e o ouvir;*
- *Ruído;*
- *Ambiente stressante;*
- *Carga de trabalho;*
- *Falta de privacidade do doente;*
- *Comunicação destruturada;*

- *Criar uma visão holística do doente;*
- *Tensão entre equipas;*
- *O difícil acesso ao relatório escrito da equipa de assistência pré-hospitalar.*

Foi ainda dada a possibilidade de mencionar qualquer outra dificuldade sentida no *Handover*, através de uma pergunta de resposta aberta.

Para avaliar a **importância da informação transmitida durante o *Handover*** e atendendo a que não havia um instrumento de medida para utilizar, optámos por construir e validar para a população portuguesa um instrumento a partir da evidência científica existente (ACSQHC, 2012; Cohen & Hilligoss, 2009; Dawson et al., 2013; Evans et al., 2010; Iedema et al., 2012; INEM, 2012; Jenkin et al., 2007; Koval, 2015; Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008; Randmaa et al., 2014; Riesenberget al., 2009; Suján & Spurgeon, 2013; Welsh et al., 2010; WHO, 2007; Yong et al., 2008). Desta forma foram selecionados dezasseis itens, operacionalizadas numa escala tipo *Likert*, variando de 1 a 5, em que a pontuação 1 corresponde a *Nada importante* e a 5 corresponde a *Muito importante*.

- *Nome do doente;*
- *Sexo do doente;*
- *Idade do doente;*
- *Motivo da ocorrência;*
- *Tratamentos já realizados pela equipa de assistência pré-hospitalar;*
- *Hora de administração da terapêutica realizada no ambiente pré-hospitalar;*
- *Efeito do tratamento realizado no ambiente pré-hospitalar;*
- *Alergias;*
- *Medicação habitual;*
- *Antecedentes pessoais do doente;*
- *Hora do incidente/início dos sintomas;*
- *Lesões suspeitas;*
- *Sinais vitais;*
- *Mecanismo de lesão;*
- *História social;*
- *Estado mental.*

Também foi tida em conta a possibilidade de mencionar, através de uma pergunta de resposta aberta, outra informação que fosse importante ser mencionado durante o *Handover*.

Para avaliar a **percepção dos enfermeiros do serviço de urgência sobre a qualidade do *Handover***, numa sala emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar, atendendo a que nas pesquisas bibliográficas realizadas não se encontrou um instrumento validado para a população portuguesa, optou-se por realizar a validação transcultural do instrumento *Handover Quality Rating Form* de Manser et al. (2010). A este instrumento, tal como no estudo de Manser et al. (2013) introduzimos as 2 variáveis de controlo, relacionadas com a incerteza e a complexidade do *Handover* (ANEXO II).

O instrumento HQRF é constituído por 21 itens avaliados numa escala tipo *Likert* com 4 categorias (*yes* = 4, *rather yes* = 3, *rather no* = 2 e *no* = 1). Os 21 itens encontram-se divididos em 4 dimensões: *Circumstances of the Handover* (4 itens correspondentes às variáveis de controlo), *Conduct of the Handover* (8 itens), *Teamwork* (4 itens) e *Handover Quality* (5 itens). O item 21 avalia a qualidade do *Handover* em geral.

Para Fortin (2009), o estudo da validade e fidelidade de novos instrumentos de medida, permite aos investigadores utilizá-los com toda a confiança, como tal procedeu-se ao processo de adaptação cultural da HQRF.

O processo de adaptação cultural, validação linguística e conceptual, do HQRF foi realizado de acordo com as *guidelines* internacionais (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000; Rahman, Waheed & Hussain, 2003), tendo em conta cinco etapas: tradução, retroversão, submissão a um comité de juízes, reflexão falada e aplicação a um grupo de enfermeiros com características semelhantes à população em estudo.

O processo de equivalência linguística e conceptual iniciou-se com duas traduções em língua portuguesa por dois tradutores especializados, cuja língua materna era português e eram fluentes na língua de origem do instrumento (inglês). A tradução incidiu sobre a equivalência conceitual dos termos, ou seja, não alterar o significado original de cada item. Da análise e comparação das duas versões traduzidas, as quais apresentavam poucas diferenças do ponto de vista linguístico e conceptual, resultou a 1ª versão da escala em português de Portugal.

De seguida, fez-se a retroversão desta 1ª versão portuguesa para a língua inglesa, por dois tradutores especializados da nacionalidade de origem do instrumento e com domínio fluente de português, sem contacto com a versão original. Os retradutores apenas tiveram a cópia das escalas traduzidas para o Português e não tiveram acesso as escalas originais.

Da análise dos dois documentos resultou a versão inglesa que foi submetida a uma avaliação de concordância semântica com versão original por um grupo de peritos na área de cuidados em questão, verificando-se que existia pouca dissemelhança entre as duas versões e a original.

O instrumento final em língua inglesa foi enviado aos autores para aprovação, havendo concordância.

Para Pais-Ribeiro (2008), no caso de os constructos não serem idênticos nas duas culturas, por vezes há necessidade de se estabelecer se os conceitos em análise existem e caso existam devem ser interpretados de modo semelhante nas duas culturas. No processo de tradução manteve-se o formato dos itens e das instruções, sempre que foi possível. Traduziram-se os itens de direta e sempre que não foi possível a tradução literal, tentou-se manter o sentido essencial do item original. Contudo, no processo de tradução inicial, ambos os tradutores referiram dificuldade na tradução do termo *Handover* para português, devido ao vasto número de significados que este pode assumir, tais como, entrega, devolução ou transferência. Deste modo, houve necessidade de dar indicações aos tradutores sobre os objetivos do estudo e esclarecimento de questões relacionadas com a equivalência da tradução. No sentido de assegurar que a versão traduzida mantinha o mesmo significado da versão original, foi mantido o termo em inglês, *Handover* na versão traduzida. Outros ajustes necessários estão relacionados com ajustes de tempos verbais e construção frásica.

Deste processo resultou a versão final portuguesa da HQRF-PT, dando-se como finalizado o processo de adaptação linguística e conceptual para a população portuguesa (ANEXO III).

O questionário com os dois instrumentos de medida foi submetido a um pré-teste a um grupo de cinco enfermeiros com características semelhantes à população em estudo. O pré-teste teve o intuito de determinar se o questionário se encontrava redigido de uma forma clara, sem tendenciosidade, se solicitava o tipo de informação pretendida e se a

apresentação permitia um preenchimento correto. Este processo permite ainda excluir a possibilidade de falhas que o questionário possa apresentar e saber os tempos médios de preenchimento do mesmo. Foi ainda realizada uma análise crítica das questões apresentadas no instrumento, com o objetivo de identificar eventuais dificuldades interpretativas, utilizando o método de reflexão falada (*Thinking Aloud*), que decorreu num clima informal com a presença da investigadora.

2.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

Para Nunes (2013, p.5) a “ (...) ética na investigação abrange todas as etapas do processo e investigação, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos”. Perante isto, para a realização deste estudo foram tidos em conta os cinco direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos pelos códigos de ética: direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato/confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto/prejuízo e direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 2009).

Após a escolha do instrumento para avaliação da qualidade do *Handover*, o *HQRF*, foi pedida autorização aos autores da escala original para a sua utilização, tendo a mesma sido autorizada (ANEXO IV). Posteriormente, foi solicitada a autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados aos Conselhos de Administração do Centro Hospitalar de Leiria e do Centro Hospitalar do Oeste, tendo estas sido concedidas (ANEXO V).

De acordo com Nunes (2013), deve-se ainda informar devidamente os participantes para que estes possam decidir se querem participar no estudo para que estes possam participar de forma livre, esclarecida e consciente. Segundo Fortin (2009) para que o consentimento ocorra é necessário informar os envolvidos sobre vários elementos, nomeadamente as finalidades e objetivos do estudo, riscos incorridos, relação risco-benefício da participação, assim como a informação sobre a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento.

Os questionários, individualizados em envelopes para posterior encerramento, foram entregues aos enfermeiros chefes de cada serviço, a quem foram explicados os objetivos do estudo. Na primeira página do questionário foi colocada uma carta de apresentação

com os objetivos do estudo, assim como a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados colhidos e o contacto da investigadora para eventual esclarecimento de dúvidas. O direito à confidencialidade assim como ao anonimato, também foram assegurados através da codificação dos questionários para que a informação não pudesse ser associada a quem a forneceu.

Após o cumprimento do prazo para o seu preenchimento, os questionários foram recolhidos em cada serviço pelo enfermeiro chefe. O período de aplicação dos questionários decorreu entre 16 de maio a 30 de outubro de 2015.

2.7 TRATAMENTO DE DADOS

Neste capítulo faz-se referência aos procedimentos que permitiram efetuar a análise e interpretação dos dados colhidos.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21 e utilizaram-se técnicas de estatística descritiva, como frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, valor mínimo e valor máximo).

Para o estudo da validade das escalas HQRF-PT e IITDH, testou-se a fidelidade através da análise da consistência interna, recorrendo à determinação do coeficiente alfa de Cronbach (Fortin, 2009; Pais Ribeiro, 2008; Pestana & Gageiro, 2008; Streiner & Norman, 2008) e para a análise fatorial em componentes principais foi utilizada a rotação ortogonal do tipo *Varimax* (Pestana & Gageiro, 2008; Streiner & Norman, 2008), tendo-se procedido à extração de fatores com valores próprios superiores a um. O gráfico de *scree plot* foi utilizado para comprovar o número de fatores a reter, e o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o índice de *Bartlett* foram usados para aferir a qualidade das correlações entre as variáveis e testar a validade da matriz fatorial. De salientar ainda que para se obter uma estrutura fatorial harmoniosa e fiável utilizaram-se para a eliminação dos itens, os seguintes critérios: saturação inferior ou igual a 0,3; correlação simultânea com dois fatores, sendo que a distância entre ambos os valores não é superior a 0,1 (Pestana & Gageiro, 2008; Streiner & Norman, 2008).

Para o teste de hipóteses e tendo em conta o resultado do teste da normalidade utilizou-se o teste não paramétrico de Correlação de Spearman.

O tratamento das respostas às perguntas foi realizado através de análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2011, p.40), esta é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Este autor refere que a análise atende a três etapas: pré-análise (colheita e organização do material a ser analisado), descrição analítica (estudo aprofundado do material, orientado pelo referencial teórico e posterior construção de categorias e de acordo com a frequência das mesmas surgem os quadros de referência) e a interpretação inferencial (com os quadros de referência, os conteúdos revelados em função dos propósitos do estudo). Desta forma as perguntas de resposta aberta foram tratadas através da análise de conteúdo contabilizando a sua frequência, uma vez que os participantes optaram por respostas sucintas.

3. RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à apresentação dos dados obtidos da aplicação do questionário.

a) Características sociodemográficas, profissionais e académicas da amostra

Na tabela 1 são apresentados os resultados relativos às características sociodemográficas, profissionais e académicas da amostra. Na amostra em estudo, verificou-se que a idade dos enfermeiros variou entre 23 e 60 anos, sendo a média 35,62 anos (DP=7,74). Constatou-se que a maioria dos inquiridos, 109, pertence ao sexo feminino, constituindo 76,2% do total da amostra. Relativamente ao número de anos de experiência num serviço de urgência, este variou entre 1 e 40 anos, para uma média de 8,30 anos (DP= 6,81). Do ponto de vista académico, a maioria dos enfermeiros, 103 (72%), é detentora de uma licenciatura e de uma pós-graduação, 22 (15,4%). Por fim, 11 (7,7%) são detentores de um mestrado e 7 (4,9%) de um curso pós-licenciatura. Nenhum dos inquiridos referiu ser detentor de doutoramento.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos, profissionais e académicos da amostra (N=143):

Atributos		X _{min.}	X _{máx.}	M	DP
Idade		23	60	35,62	7,74
Número de anos de experiência num serviço de urgência		1	40	8,30	6,81
Formação académica		Nº	%		
	Licenciatura	103	72,0		
	Pós-graduação	22	15,4		
	Curso pós-licenciatura	7	4,9		
	Mestrado	11	7,7		
	Doutoramento	0	0		
Sexo	Feminino	109	76,2		
	Masculino	31	21,7		
	Não respondeu	3	2,1		

b) Importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar

Para avaliar a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar foi construída para o efeito uma escala que designamos por “Importância da Informação Transmitida Durante o *Handover*” (IITDH), sendo necessário estudar as características psicométricas da mesma.

Martins (2006) refere que todo o instrumento de medida deve reunir dois requisitos essenciais, validade e fidelidade. O mesmo autor defende que desta forma as medidas tornam-se fiáveis sendo replicáveis e consistentes, gerando o mesmo resultado, e que medidas válidas são representações precisas das características que se pretende medir.

Características psicométricas da escala IITDH

O estudo de fidelidade foi realizado através da determinação do alfa (α) Cronbach e coeficiente de Correlação de Pearson (r).

Fortin (2009) refere que o resultado do coeficiente alfa Cronbach pode variar entre 0,00 e 1,00, considerando-se maior fidelidade quanto mais próximo de 1. Para Pais Ribeiro (2008) considera-se uma boa consistência interna quando o valor de α excede o valor de 0,80. Por sua vez, a homogeneidade é determinada através da utilização do coeficiente de correlação de Pearson. De acordo com Fortin (2009), este cálculo é realizado com o objetivo de aferir a correlação de cada item com a nota global, o que permite dar uma ideia de como cada item se combina com o todo, sendo que quanto mais o coeficiente de aproxima de $\pm 1,00$, mais forte é a relação entre as duas variáveis.

O α Cronbach foi calculado para a escala IITDH com a totalidade dos 16 itens. A consistência interna calculada para a escala apresentou um valor de α Cronbach global de 0,830, sem retirar qualquer item. Na análise não se constaram itens com um α de Cronbach sem o item superiores ao α global e com valores de correção sem o item inferiores a 0,30. De salientar que o item “nome do doente” (item 1) apresenta um valor de α igual ao α de Cronbach global, contudo não foi excluído em virtude da sua exclusão não melhorar a consistência interna da escala e ser importante para o constructo do estudo.

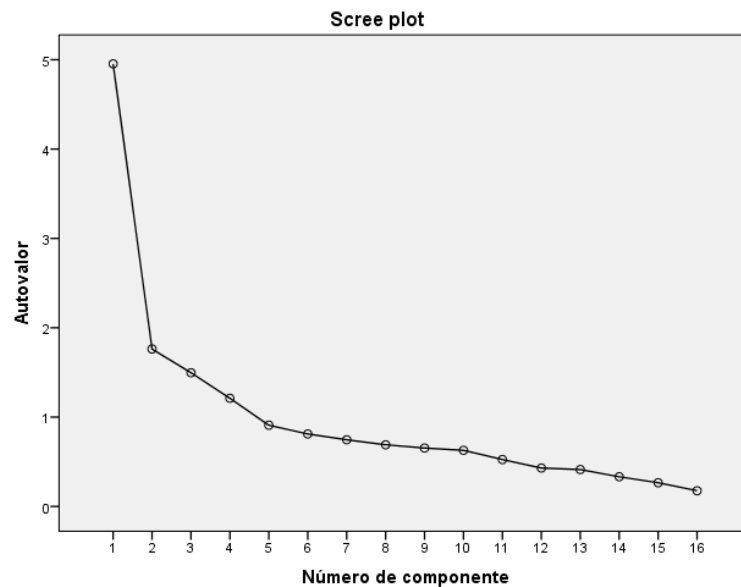
Desta forma, e como se pode visualizar na tabela 2, a escala IITDH ficou composta pelos 16 itens iniciais.

Tabela 2 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e os coeficientes de consistência interna da escala IITDH.

Nº do item	Item	r corrigido	α de Cronbach sem o item
1	Nome do doente	0,346	0,830
2	Sexo do doente	0,459	0,827
3	Idade do doente	0,467	0,819
4	Motivo da ocorrência	0,355	0,826
5	Tratamentos já realizados pela equipa de assistência pré-hospitalar	0,302	0,828
6	Hora de administração da terapêutica realizada no ambiente pré-hospitalar	0,328	0,826
7	Efeito do tratamento realizado no ambiente pré-hospitalar	0,449	0,821
8	Alergias	0,403	0,823
9	Medicação habitual	0,630	0,809
10	Antecedentes pessoais do doente	0,567	0,813
11	Hora do incidente/início dos sintomas	0,559	0,817
12	Lesões suspeitas	0,485	0,818
13	Sinais vitais	0,513	0,818
14	Mecanismo de lesão	0,334	0,826
15	História social	0,589	0,810
16	Estado mental	0,524	0,815
α de Cronbach global			0,830

Para a validade do instrumento do ponto de vista da sua estrutura interna, procedeu-se à análise fatorial. Pela observação do *Scree Plot* (gráfico 1) verifica-se que os 16 itens podem agrupar-se em 4 fatores.

Gráfico 1 - *Scree Plot* da IITDH



De acordo com Martins (2006), em termos gerais a validade refere-se ao grau em que um instrumento realmente mede a variável que pretende medir. Com o objetivo de estudar a validade do instrumento do ponto de vista da sua estrutura interna, realizaram-se procedimentos de análise fatorial. Por sua vez, a análise fatorial é um método que permite reter agrupamentos de conceitos fortemente ligados entre si, chamados fatores, sendo útil para determinar se os enunciados de uma escala de medida se reagrupam em torno de um só factor (Fortin, 2009).

Recorreu-se ao método de condensação em componentes principais (tabela 3), onde os 4 fatores explicam 58,896% da variância total. Como se pode ver na tabela 5 existem 5 itens que se enquadram no fator 1 designado como “informação sobre o incidente/estado clínico do doente” que explica 17,399% da variância comum; 4 itens se enquadram no fator 2 designado “informação sociodemográfica” que explica 14,678% da variância comum; 3 itens que se enquadram no fator 3 designado “informação sobre os antecedentes pessoais e clínicos do doente” que explica 14,140% da variância comum; e 4 itens que se enquadram no fator 4 designado “informação pré-hospitalar” que explica 12,678% da variância comum.

Com o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e esfericidade de Bartlett, procurou medir-se a adequação ao modelo fatorial (tabela 3). Estes procedimentos estatísticos possibilitam

retificar a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a prosseguir com a análise fatorial (Pestana & Gageiro, 2008). O teste de KMO obteve um valor igual a 0,767. Os valores de KMO variam entre: 1-0,9 (análise fatorial muito boa); 0,8-0,9 (análise fatorial boa); 0,7-0,8 (análise fatorial média); 0,6-0,7 (análise fatorial razoável); 0,5-0,6 (análise fatorial má); e <0,5 (análise fatorial inaceitável) (Pestana & Gageiro, 2008).

Por sua vez, Marques (2010) refere que o teste de esfericidade de Bartlett testa a hipótese nula de que a matriz de correlação original é uma matriz de identidade. Um teste significativo ($p < 0,05$) mostra que a matriz de correlações não é uma matriz de identidade, e que, portanto, há algumas relações entre as variáveis que se espera incluir na análise. O teste de esfericidade de Bartlett ($X^2=766,729$; $p < 0,0001$) foi altamente significativo e a realização da análise fatorial é apropriada.

Tabela 3 – Matriz de componentes principais dos 16 itens da escala IITDH.

Nº do item	Item	H ²	1	2	3	4
1	Nome do doente	0,379		0,459		
2	Sexo do doente	0,698		0,824		
3	Idade do doente	0,512		0,664		
4	Motivo da ocorrência	0,539				0,685
5	Tratamentos já realizados pela equipa de assistência pré-hospitalar	0,618			0,457	0,629
6	Hora de administração da terapêutica realizada no ambiente pré-hospitalar	0,685				0,772
7	Efeito do tratamento realizado no ambiente pré-hospitalar	0,622	0,380		0,315	0,610
8	Alergias	0,431				0,604
9	Medicação habitual	0,742	0,356			0,737
10	Antecedentes pessoais do doente	0,782				0,819
11	Hora do incidente/início dos sintomas	0,553	0,660			
12	Lesões suspeitas	0,623	0,765			
13	Sinais vitais	0,550	0,672	0,303		
14	Mecanismo de lesão	0,595	0,688			
15	História social	0,560		0,653		
16	Estado mental	0,531	0,533	0,472		
% de variância explicada por fator			17,399	14,678	14,140	12,678
% total da variância				58,895		
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)				0,767		
Teste de esfericidade de Bartlett				766,729		

$P < 0,0001$

Analisando a matriz de correlação (tabela 4) podemos inferir que todos os fatores estão correlacionados positivamente entre si ($r > 0,30$), o que permite afirmar que tendem a medir o mesmo construto, permitindo interpretações unidimensionais. De salientar que os valores de r do total da escala de IITDH com os 4 fatores é $r > 0,594$.

Tabela 4 - Matriz de correlação de Pearson entre os 4 fatores da escala IITDH e entre os 4 fatores da escala IITDH e o total da escala IITDH.

Fatores	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Total da IITDH
Fator 1	1,000				
Fator 2	0,438**	1,000			
Fator 3	0,743**	0,452**	1,000		
Fator 4	0,594**	0,287**	0,420**	1,000	
Total da IITDH	0,785**	0,811**	0,743**	0,594**	1,000

**P < 0,01

Caracterização da amostra quanto à importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar.

Relativamente à importância atribuída às informações transmitidas durante do *Handover*, os dados inscritos na tabela 5 demonstram, todos os itens apresentam um grau de importância elevado, com valores compreendidos entre 3,25 e 4,92. No entanto, são de realçar os itens referentes ao “tratamentos já realizados pela equipa de assistência pré-hospitalar” (M=4,92; DP=0,29), ao “motivo da ocorrência” (M=4,87; DP=0,40), às “alergias” (M=4,81; DP=0,46), à “hora do incidente/início dos sintomas” (M=4,72; DP=0,48) e à “hora de administração da terapêutica realizada no ambiente pré-hospitalar” (M=4,72; DP=0,53), por apresentarem valores médios muito próximos do valor máximo. Por sua vez, a informação relativa ao “sexo do doente” (M=3,25; DP=1,18) e à “história social” (M=3,27; DP=0,80) foram os dados menos valorados.

Tabela 5 – Caracterização da amostra quanto à importância atribuída às informações transmitidas durante o *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar.

		IITDH	N	X _{min.}	X _{máx.}	M	DP
Fator 1	Informação sobre o incidente/estado clínico do doente	Hora do incidente/início dos sintomas	143	3	5	4,72	0,48
		Lesões suspeitas	143	2	5	4,48	0,67
		Sinais vitais	143	3	5	4,66	0,53
		Mecanismo de lesão	143	2	5	4,66	0,54
		Estado mental	143	2	5	4,22	0,86
Fator 2	Informação sociodemográfica	Nome do doente	143	1	5	4,48	0,94
		Sexo do doente	143	1	5	3,25	1,18
		Idade do doente	143	1	5	4,03	0,79
		História social	143	1	5	3,27	0,80
Fator 3	Informação sobre os antecedentes pessoais e clínicos do doente	Alergias	143	3	5	4,81	0,46
		Medicação habitual	143	2	5	4,30	0,67
		Antecedentes pessoais do doente	143	2	5	4,46	0,67
Fator 4	Informação pré-hospitalar	Motivo da ocorrência	143	2	5	4,87	0,40
		Tratamentos já realizados pela equipa de assistência pré-hospitalar	143	3	5	4,92	0,29
		Hora de administração da terapêutica realizada no ambiente pré-hospitalar	143	3	5	4,72	0,53
		Efeito do tratamento realizado no ambiente pré-hospitalar	143	3	5	4,63	0,54
Total IITDH			143	3,25	5	4,40	0,36

c) As dificuldades dos enfermeiros do serviço de urgência que realizam o Handover numa sala emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar

Quando os inquiridos foram questionados sobre as suas dificuldades durante a realização do Handover (tabela 6), as mais assinaladas foram o “ruído” (56,6%), o “difícil acesso ao relatório escrito da equipa de assistência pré-hospitalar” (38,5%), a “escuta ativa perante um doente em deterioração” (38,5%) e o “ambiente stressante” (30,8%). As dificuldades menos assinaladas foram o “criar uma visão holística do doente” (7,7%), a “tensão entre equipas” (14%) e a “falta de privacidade do doente” (17%).

Tabela 6 – Distribuição das respostas dos inquiridos quando às dificuldades durante o *Handover* (N=143).

Dificuldades durante o <i>Handover</i>	Nº	%
Transmissão de informação não essencial por parte da equipa de assistência pré-hospitalar	37	25,9
Omissão de informação essencial por parte da equipa de assistência pré-hospitalar	40	28,0
Escuta ativa perante um doente em deterioração	55	38,5
Não possibilidade repetição da informação pela equipa de assistência pré-hospitalar	24	16,8
Perceção do contexto pré-hospitalar do doente	29	20,3
Tensão entre o fazer e o ouvir	34	23,8
Ruído	81	56,6
Ambiente stressante	44	30,8
Carga de trabalho	41	28,7
Falta de privacidade do doente	17	11,9
Comunicação destruturada	34	23,8
Criar uma visão holística do doente	11	7,7
Tensão entre equipas	14	9,8
O difícil acesso ao relatório escrito da equipa de assistência pré-hospitalar	55	38,5

Quando questionados se existia outro tipo de dificuldade, 3 inquiridos responderam “sim”, mencionando “é fornecida demasiada informação”; “falta de formação das equipas de bombeiros voluntários, no que concerne à distinção do doente crítico e não crítico”; e “utilização de diferentes protocolos por parte de ambas as equipas” (tabela 3).

Tabela 7 - Distribuição das respostas relativas a outras dificuldades dos inquiridos durante realização do *Handover*.

Outro tipo de dificuldades	Nº
“É fornecida demasiada informação”	1
“Falta de formação das equipas de bombeiros voluntários, no que concerne à distinção do doente crítico e não crítico”	1
“Utilização de diferentes protocolos por parte de ambas as equipas”	1
Total	3

d) Perceção dos enfermeiros do serviço de urgência sobre a qualidade do *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar

Para avaliar a perceção dos enfermeiros do serviço de urgência sobre a qualidade do *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar, de acordo

com Martins (2006), também foi necessário estudar as características psicométricas da escala HQRF-PT resultante da validação conceptual da HQRF: a fidelidade e a validade.

Para a análise da fidelidade e a validade, tal como nos estudos de Manser et al. (2010) e Manser et al. (2013) excluíram-se as variáveis de controlo: “pessoa que entregou o doente estava sobre pressão do tempo” (item 1), “a pessoa que assumiu a responsabilidade do doente estava sobre pressão do tempo” (item 2), “o caso do *Handover* era de elevada complexidade” (item 3) e “o caso do *Handover* envolveu uma grande incerteza” (item 4). Foi também excluído o item “no geral, a qualidade do *Handover* foi muito alta” (item 21) que avalia a qualidade em geral do *Handover*, sendo por isso feita a análise com os 16 itens restantes.

Características psicométricas da escala HQRF-PT

O estudo de fidelidade foi realizado através da determinação do alfa (α) Cronbach e coeficiente de correlação de Pearson (r). O α Cronbach foi calculado para a escala HQRF-PT com a totalidade dos 16 itens. A consistência interna calculada para a escala apresentou um valor de α Cronbach global de 0,719, sem retirar qualquer item. No entanto, aquando da análise constaram-se itens com um α de Cronbach sem o item superiores ao α global e com valores de correção sem o item inferiores a 0,30. Os itens “não foi permitido tempo suficiente para o *Handover*” (item 7), “no caso de interrupções durante o *Handover* foram feitas tentativas para as minimizar” (item 8), “houve tensão dentro da equipa durante o *Handover*” (item 14), “foi transmitida demasiada informação” (item 18), “foi pedida demasiada informação” (item 19) e “o respeito pelo doente foi considerado durante o *Handover*” (item 20), foram os 6 itens suprimidos. De salientar que o item “prioridades para a continuidade de cuidados foram abordadas” (item 10) apresenta um valor de α igual ao α de Cronbach global, contudo não foi excluído em virtude da sua exclusão não melhorar a consistência interna da escala e ser importante para o constructo do estudo. Como se pode visualizar na tabela 8, a escala HQRF-PT ficou composta por 10 itens com um α de Cronbach global de 0,830.

Tabela 8 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e os coeficientes de consistência interna da escala HQRF-PT.

Nº do item	Item	r corrigido	α de Cronbach sem o item
5	O <i>Handover</i> seguiu uma estrutura lógica.	0,534	0,813
6	A pessoa que entregou o doente utilizou a documentação disponível (ex.: <i>Integrated Clinical Ambulance Record</i> /verbete de INEM) para estruturar o <i>Handover</i> .	0,483	0,821
9	Toda a informação relevante foi selecionada e comunicada.	0,668	0,800
10	Prioridades para a continuidade de cuidados foram abordadas.	0,371	0,830
11	A pessoa que entregou o doente comunicou a sua avaliação do doente de uma forma clara.	0,611	0,806
12	Foram discutidos possíveis riscos e complicações.	0,452	0,822
13	Foi fácil estabelecer contacto no início do <i>Handover</i> .	0,410	0,825
15	Questões e ambiguidades foram resolvidas (indagação ativa pela pessoa que assumiu responsabilidade pelo doente).	0,501	0,816
16	A equipa assegurou, em conjunto, que o <i>Handover</i> estava completo.	0,567	0,810
17	A documentação estava completa.	0,636	0,803
α de Cronbach global			0,830

Recorreu-se ao método de condensação em componentes principais (tabela 9), tendo resultado um fator que explica 40,860% da variância total e engloba a totalidade dos itens. Os itens apresentam um valor mínimo de 0,471 e máximo de 0,772. Como se trata de um fator único atribuímos-lhe a designação de Qualidade do *Handover*.

O teste de KMO obteve um valor igual a 0,861 (tabela 9). Atendendo aos valores de referência do teste de KMO apontados por Pestana e Gageiro (2008), podemos afirmar que há uma correlação boa entre as variáveis da HQRF-PT.

O resultado do teste de esfericidade de Bartlett ($X^2=410,254$; $p < 0,0001$) foi altamente significativo portanto, a realização da análise fatorial é apropriada (Marques, 2010).

Tabela 9 – Matriz de componentes principais dos 10 itens da escala HQRF-PT.

Nº do item	Item	H ²	1
5	O <i>Handover</i> seguiu uma estrutura lógica.	0,430	0,656
6	A pessoa que entregou o doente utilizou a documentação disponível (ex.: <i>Integrated Clinical Ambulance Record</i> /verbete de INEM) para estruturar o <i>Handover</i> .	0,343	0,586
9	Toda a informação relevante foi selecionada e comunicada.	0,596	0,772
10	Prioridades para a continuidade de cuidados foram abordadas.	0,221	0,471
11	A pessoa que entregou o doente comunicou a sua avaliação do doente de uma forma clara.	0,530	0,728
12	Foram discutidos possíveis riscos e complicações.	0,304	0,551
13	Foi fácil estabelecer contacto no início do <i>Handover</i> .	0,293	0,541
15	Questões e ambiguidades foram resolvidas (indagação ativa pela pessoa que assumiu responsabilidade pelo doente).	0,371	0,609
16	A equipa assegurou, em conjunto, que o <i>Handover</i> estava completo.	0,445	0,667
17	A documentação estava completa.	0,553	0,743
% total da variância		40,860	
Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		0,861	
Teste de esfericidade de Bartlett		410,254	

p<0,0001

De acordo com Filho e Júnior (2009), o coeficiente de Correlação Pearson (r) varia de -1 a 1 em que o sinal indica direção positiva ou negativa do relacionamento e o valor sugere a força da relação entre as variáveis. Estes autores acrescentam também que, quanto mais perto de 1 (independente do sinal) maior é o grau de dependência estatística linear entre as variáveis e quanto mais próximo de zero, menor é a força dessa relação. Os resultados expressos na tabela 10 permitem concluir que existe uma correlação positiva e muito significativa entre a escala HQRF-PT o item que mede a qualidade em do *Handover* em geral o (r = 0,706), o que significa medem o mesmo construto, a qualidade do *Handover*.

Tabela 10 - Matriz de correlação de Pearson entre a Qualidade do Handover (HQRF-PT) e a qualidade em geral do *Handover*.

Correlação de Pearson (r)			
		HQRF-PT	
Nº do item	Item	r	p
21	No geral, a qualidade do <i>Handover</i> foi muito alta.	0,706**	0,000

**P <0,01

Perceção sobre a qualidade do *Handover*

A HQRF-PT teve com objetivo avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a qualidade do *Handover*. De acordo com as indicações de Manser et al. (2010) utilizou-se o score médio de cada dimensão. Podemos verificar na tabela 11 que o valor do score médio do total da escala foi de 2,19 (DP=0,58). Os itens que integram esta escala variaram entre um valor de mínimo de 2,10 e máximo de 3,34. O item 13 “foi fácil estabelecer contacto no início do *Handover*” (M=3,34; D=0,84) foi o que apresentou um valor mais alto e o item 6 “a pessoa que entregou o doente utilizou a documentação disponível (ex.: *Integrated Clinical Ambulance Record*/verbete de INEM) para estruturar o *Handover*” foi o item com o valor mais baixo (M=2,10; DP= 1,13).

Tabela 11 – Medidas de tendência central, dispersão e variabilidade dos itens da escala HQRF-PT

Fator	Nº do item	Item	N	X _{min.}	X _{máx.}	M	DP
Qualidade do <i>Handover</i>	5	O <i>Handover</i> seguiu uma estrutura lógica.	143	1	4	3,02	0,89
	6	A pessoa que entregou o doente utilizou a documentação disponível (ex.: <i>Integrated Clinical Ambulance Record</i> /verbete de INEM) para estruturar o <i>Handover</i> .	143	1	4	2,10	1,13
	9	Toda a informação relevante foi selecionada e comunicada.	143	1	4	3,04	0,88
	10	Prioridades para a continuidade de cuidados foram abordadas.	143	1	4	2,79	0,98
	11	A pessoa que entregou o doente comunicou a sua avaliação do doente de uma forma clara.	143	1	4	3,03	0,84
	12	Foram discutidos possíveis riscos e complicações.	143	1	4	2,35	0,97
	13	Foi fácil estabelecer contacto no início do <i>Handover</i> .	143	1	4	3,34	0,84
	15	Questões e ambiguidades foram resolvidas (indagação ativa pela pessoa que assumiu responsabilidade pelo doente).	143	1	4	2,98	0,84
	16	A equipa assegurou, em conjunto, que o <i>Handover</i> estava completo.	143	1	4	2,74	0,93
	17	A documentação estava completa.	143	1	4	2,65	0,89
	Score médio da escala			143	1	3,80	2,19

Por sua vez, na tabela 12, ao analisar o item 21 “No geral, a qualidade do *Handover* foi muito alta”, obtivemos um valor médio de 2,92 (DP=0,69)., o que vem reforçar a informação fornecida pelos dados anteriores.

Tabela 12 – Medidas de tendência central, dispersão e variabilidade do item sobre a qualidade em geral do *Handover*

Nº do item	Item	N	X _{min.}	X _{máx.}	M	DP
21	No geral, a qualidade do <i>Handover</i> foi muito alta	143	1	4	2,92	0,69

No que diz respeito às variáveis de controlo, na tabela 13, os itens foram pontuados entre um valor mínimo de 2,48 e um valor máximo de 2,90. O item que apresenta um valor mais alto foi “o caso do *Handover* envolveu uma grande incerteza” (M=2,90; DP=0,87) e o item com um valor mais baixo foi “o caso do *Handover* era de elevada complexidade” (M=2,48; DP=0,88).

Tabela 13 - Medidas de tendência central, dispersão e variabilidade das variáveis de controlo da escala HQRF-PT

Variáveis de controlo						
Nº do item	Item	N	X _{min.}	X _{máx.}	M	DP
1	A pessoa que entregou o doente estava sobre pressão do tempo.	143	1	4	2,79	0,87
2	A pessoa que assumiu a responsabilidade do doente estava sobre pressão do tempo.	143	1	4	2,71	0,96
3	O caso do <i>Handover</i> era de elevada complexidade.	143	1	4	2,48	0,87
4	O caso do <i>Handover</i> envolveu uma grande incerteza.	143	1	4	2,90	0,88

e) Teste de Hipóteses

Há relação entre a qualidade do *Handover* e a pressão do tempo, a complexidade e a incerteza do *Handover* da HQRF-PT

Na tabela 14 podemos visualizar que há correlação entre a qualidade do *Handover* e as variáveis de controlo, sendo as correlações negativas e estatisticamente significativas no item 1 “a pessoa que entregou o doente estava sobre pressão do tempo” (rho= -0,244; p≤0,01), no item 2 “pessoa que assumiu a responsabilidade do doente estava sobre pressão do tempo” (rho= -0,188; p≤0,05), no item 3 “o caso do *Handover* era de elevada complexidade (rho=-0,166; p≤0,05) e no item 4 “o caso do *Handover* envolveu uma grande incerteza) (rho= -0,297; p≤0,05). Desta forma, concluímos que a perceção da

qualidade do *Handover* é tanto maior quanto menor for a pressão do tempo da pessoa que entrega e da que assume a responsabilidade do doente, da complexidade e da incerteza da situação.

Tabela 14 - Matriz de correlação de Spearman entre as variáveis de controlo e a escala HQRF-PT

Correlação de Spearman (rho)			
Nº do item	Item	HQRF-PT	
		rho	p
1	A pessoa que entregou o doente estava sobre pressão do tempo.	-0,244**	0,003
2	A pessoa que assumiu a responsabilidade do doente estava sobre pressão do tempo.	-0,188*	0,024
3	O caso do <i>Handover</i> era de elevada complexidade.	-0,166*	0,047
4	O caso do <i>Handover</i> envolveu uma grande incerteza.	-0,312**	0,000

** P < 0,01

* P < 0,05

Há relação entre a qualidade do *Handover* e a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o *Handover*, numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar

De acordo com a tabela 15, verificou-se que entre a perceção dos enfermeiros sobre qualidade do *Handover* e os fatores da IITDH existe uma correlação positiva apenas para o fator 1 “informação sobre o incidente/estado clínico do doente” (rho=0,112), e negativa para o fator 2 “informação sociodemográfica” (rho=-0,050), fator 3 “informação sobre os antecedentes pessoais e clínicos do doente” (rho=-0,046) e fator 4 “informação pré-hospitalar” (rho=-0,035). Contudo, verificou-se que as correlações existentes são estatisticamente não significativas (p>0,05).

Tabela 15 – Matriz de correlação de Spearman entre escala HQRF-PT e a escala IITDH

Correlação de Spearman (rho)				
		Qualidade do <i>Handover</i>		
		rho	p	
Fatores	1	Informação sobre o incidente/estado clínico do doente	0,112	0,181
	2	Informação sociodemográfica	-0,050	0,052
	3	Informação sobre os antecedentes pessoais e clínicos do doente	-0,046	0,052
	4	Informação pré-hospitalar	-0,084	0,032
Total IITDH			-0,035	0,680

DISCUSSÃO

Ao longo deste capítulo vamos apresentar os resultados encontrados e analisá-los, discutindo-os à luz dos estudos apresentados no enquadramento teórico. A discussão é realizada no sentido de encontrar evidências que nos permitam intervir, melhorando a eficácia e a eficiência do *Handover* realizado na sala de emergência entre a equipa de assistência pré-hospitalar e a equipa de enfermagem.

A amostra deste estudo é constituída por 143 enfermeiros, 57,2% da população alvo. Os estudos relacionados com esta temática foram na maioria constituídos por várias classes profissionais, onde, para além de enfermeiros, participavam médicos e a equipa de assistência pré-hospitalar (Bost et al., 2012; Delrue, 2013; Jenkin et al., 2007; Manser, et al., 2010; Manser et al., 2013; Owen et al., 2009; Yong et al., 2008). No estudo de Yong et al. 2008 e Bost et al. (2012), os enfermeiros constituíram a maioria da amostra, envolvendo 24 e 65 enfermeiros, respetivamente. Em contrapartida, no estudo de Jenkin et al. (2007), o grupo profissional com menor taxa de resposta foi o grupo dos enfermeiros.

A idade dos inquiridos varia entre 23 e 60 anos, tendo em média 35,62 anos (DP=7,74). Maioritariamente, os inquiridos são do sexo feminino, cerca de 109, constituindo 76,2% da amostra, sendo estes dados idênticos aos apresentados pela OE (2015) onde refere que cerca de 81,8% dos enfermeiros ativos em Portugal são do sexo feminino. Do ponto de vista académico, 103 inquiridos são detentores de uma licenciatura (72%), 22 de uma pós-graduação (15,4%), 11 de um mestrado (7,7%) e nenhum é detentor de um doutoramento. O referido também está em concordância com a OE (2015) que refere que apenas 20,9% dos enfermeiros ativos em Portugal têm uma das seis especialidades em enfermagem. Por último, o número de anos de experiência num serviço de urgência foi em média de 8,3 anos (DP=6,81), variando entre um mínimo de 1 e máximo de 40 anos.

Relativamente à importância atribuída às informações transmitidas durante o *Handover*, verificamos que todos os itens apresentaram um grau de importância elevado, com valores compreendidos entre 3,25 e 4,92. A informação relativa aos “tratamentos já realizados pela equipa de assistência pré-hospitalar” ao “motivo da ocorrência” às “alergias à “hora

do incidente/início dos sintomas” e a “hora de administração da terapêutica realizada no ambiente pré-hospitalar” foram os itens considerados mais importantes de serem transmitidos durante o *Handover*. Por sua vez, a o “sexo do doente” e a “história social” foram os itens considerados menos importantes a serem transmitidos durante o *Handover*.

De acordo com Suján e Spurgeon (2013) a informação que é transmitida pela equipa de assistência pré-hospitalar durante o *Handover* é dependente da finalidade do mesmo e das ocorrências durante o transporte até ao serviço de urgência e, nesta perspetiva os nossos resultados são concordantes com o mencionado pelos autores.

Yong et al. (2008) e Jenkin et al. (2007) referem que os profissionais de saúde que participam neste tipo de *Handover* consideram o motivo da vinda ao serviço de urgência e os tratamentos já realizados, quer no local do incidente quer durante o transporte pela equipa de assistência pré-hospitalar, como informações essenciais a serem transmitidas pela equipa de assistência pré-hospitalar.

Para Carter et al. (2009) a informação relativa ao que aconteceu ao doente antes da sua chegada ao serviço de urgência garante cuidados apropriados à situação. Zimmer et al. (2010) descrevem que no seu estudo que nenhum dos *Handovers* realizados com equipa de assistência pré-hospitalar foi considerado completo pelos profissionais de saúde do serviço de urgência, sendo a informação relativa tratamento realizado em ambiente pré-hospitalar várias vezes omitida.

Jenkin (2007), ao contrário dos resultados obtidos no nosso estudo, aponta a hora da administração da terapêutica e as alergias como informações consideradas pouco essenciais. Por sua vez, Iedema et al. (2012) e o INEM (2012), contradizem o referido por este autor, reforçando a importância da transmissão das alergias do doente durante o *Handover*.

Para Suján e Spurgeon (2013) o *Handover* que ocorre entre a equipa de assistência pré-hospitalar e o enfermeiro inclui, para além do motivo da ocorrência, dos tratamentos realizados em ambiente pré-hospitalares e dos sinais vitais, os dados demográficos do doente e os aspetos importantes da história clínica e social.

Tal como no nosso estudo, vários são os autores que apontam um grau de menor importância à informação sobre o sexo do doente (Carter et al., 2009; Iedema et al., 2012; Sujan et al., 2015; Talbot & Bleetman, 2007; Yong et al., 2007;).

No diz respeito à informação relativa à história social, Sujan et al. (2015) referem que apenas, aproximadamente, 5% dos *Handovers* apresentam informação relativa às circunstâncias sociais do doente e acrescentam que os *Handovers* que contêm este tipo de informação, o tempo despendido na sua transmissão é reduzido. Os mesmos autores concluem que a equipa de assistência pré-hospitalar transmite este tipo de informação quando o motivo da vida ao serviço de urgência se encontra relacionado com as circunstâncias sociais do doente.

As dificuldades mais assinaladas pelos inquiridos do nosso estudo, como interferindo com a realização do *Handover* foram o “ruído” (56,6%) o “difícil acesso ao relatório escrito da equipa de assistência pré-hospitalar” (38,5%), a “escuta ativa perante um doente em deterioração” (38,5%) e o “ambiente stressante” (30,4%).

Tal como os resultados evidenciados por este estudo, o ambiente ruidoso do serviço de urgência é apontado por vários autores como uma barreira à comunicação impedindo que o *Handover* seja seguro e eficaz (Bost et al., 2012; Bruce & Suserud, 2005; Evans et al., 2010; Manser et al., 2010). Também Delrue (2013) afirma que a eficiência e eficácia do *Handover* são afetadas pela complexidade do ambiente onde este se realiza. Graneto e Damm (2013) acrescentam que o ruído no serviço de urgência é considerado elevando pelos enfermeiros, sendo o mesmo responsável por interferências na comunicação e consequentemente pela interrupção de procedimentos complexos e tomada de decisões. Para Sujan et al. (2015) a comunicação verbal, num serviço de urgência, muitas vezes ocorre em locais menos adequados, onde existem interrupções frequentes, altos níveis de ruído e atividade e pouca privacidade.

O difícil acesso ao relatório escrito da equipa de assistência pré-hospitalar foi apontado pelos inquiridos como uma dificuldade, tal como no estudo de Yong et al. (2008). Estes autores identificaram que apenas 50% dos *Handovers* eram acompanhados de informação escrita. No entanto, Sujan e Spurgeon (2013) referem que existe a ideia de que uma documentação adequada leva a uma redução do tempo do *Handover*, mas a informação contida nesses documentos pode não ser precisa e com qualidade variável, pois a equipa

de assistência pré-hospitalar tende a escrever menos em situação de excesso de trabalho. Owen et al. (2009) afirmam que a dificuldade em realizar uma escuta ativa perante um doente em deterioração ocorre, uma vez a equipa multidisciplinar do serviço de urgência inicia a prestação de cuidados durante o *Handover*, levando a tensões entre o fazer e o ouvir. Talbot e Bleetman (2007) referem que a memória a curto prazo do cérebro humano é capaz de reter informação durante 15 a 45 minutos e que este processo depende da capacidade de concentração do indivíduo. Os mesmos autores referem que no serviço de urgência este processo por ser comprometido pela distração em olhar para outro doente, pela fadiga e pelo stress. Por sua vez, a falta de escuta ativa leva à necessidade de repetição da informação que conseqüentemente leva à perda e alteração da mesma (Owen et al., 2009). Jenkin et al. (2007) verificaram que nos *Handovers* associados a doentes em risco de vida, a informação deve ser transmitida em duas fases: numa primeira fase, a informação essencial e focada para a resolução rápida do problema doente, e numa segunda fase, a informação menos revelante após o tratamento do doente ser sido iniciado. Bost et al. (2010) reforçam esta evidência, afirmando que a incapacidade de escuta ativa por parte dos enfermeiros está fortemente relacionada com as suas multitarefas no serviço de urgência. Para Martins (2014), a escuta ativa é uma arte situada no coração da prática do enfermeiro e, por isso, cada um de nós deverá desenvolvê-la e sendo a chave para a diminuição dos fatores de risco, impedindo complicações e melhorando os resultados de saúde.

No que diz respeito ao ambiente stressante, e corroborando os resultados do nosso estudo, vários são os autores que apontam esta dificuldade (Bost et al., 2010; Bost et al., 2012; Horwitz et al., 2009; Sujan et al., 2014; Sujan et al., 2015). Para Bruce e Suserud (2005) acrescentam que uma das maiores dificuldades na realização do *Handover* num serviço de urgência é o facto de este se realizar sob condições stressantes, sendo efetuado num curto espaço de tempo, quando o doente se encontra em risco de vida.

Por sua vez, as dificuldades menos assinaladas pelos inquiridos, neste estudo, foram “criar uma visão holística do doente” (7,7%), “tensão entre equipas” (14%) e “falta de privacidade do doente” (17%).

No estudo de Owen et al. (2009), ao contrário do nosso, uma das dificuldades apontadas foi a incapacidade de criar uma visão holística do doente. Segundo os autores, esta capacidade pode estar comprometida pela dificuldade em partilhar uma imagem

cognitiva, isto é, a dificuldade da equipa de assistência pré-hospitalar descrever o contexto pré-hospitalar onde se encontrava o doente.

Apesar da tensão entre equipas durante o *Handover* ter sido uma das dificuldades menos assinaladas pelos inquiridos, esta é referida por vários autores. De acordo com Eisenberg et al. (2005), todos os atos comunicativos incluem uma dimensão de conteúdo e uma dimensão relacional, reforçando as relações sociais entre ambas as partes. Bost et al. (2012) referem que quantidade da informação transmitida e o tempo de transferência e confiança da mesma dependem da relação existente entre a equipa de assistência pré-hospitalar e a equipa multidisciplinar do serviço de urgência. Para Suján et al. (2014), a tensão entre equipas durante o *Handover* ocorre quando os membros da equipa apresentam diferentes objetivos. Estes últimos autores acrescentam que a existência desta dificuldade pode estar relacionada com a gestão da capacidade de procura de informação e de diferentes formas de estruturação da comunicação.

Pouco são os estudos que fazem referência à falta de privacidade do doente. Suján et al. (2015) referem que uma comunicação destruturada pode estar relacionada com a falta de privacidade do doente.

Decorrente do estudo psicométrico, a HQRF-PT ficou constituída por 10 itens inseridos num único fator ao qual atribuímos o nome “Qualidade do Handover”. Este resultado foi dissimilante ao apresentado por Manser et al. (2010) e Manser et al. (2013). No estudo de Manser et al. (2010), o HQRF ficou constituído por 13 itens inseridos em 3 fatores. Por sua vez, no estudo de Manser et al. (2013) também ficou constituída por 13 itens mas inseridos em 4 fatores. No entanto, a HQRF-PT apresentou valores do teste de KMO de 0,861, sendo este valor superior ao dos resultados dos testes de KMO dos estudos mencionados anteriormente.

Para avaliar a perceção dos enfermeiros do serviço de urgência sobre a qualidade do *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar, de acordo com Manser et al. (2010) e Manser et al. (2013) que utilizou-se o score médio de cada fator. O score médio do fator “Qualidade do Handover” da HQRF-PT foi de 2,192, sendo este valor mais baixo do que os apresentados nos estudos dos autores mencionados anteriormente. No estudo de Manser et al. (2010), os 3 fatores apresentaram um score médio mínimo 3,33 e um máximo de 4,00. Por sua vez, os resultados da validação

realizada por Manser et al (2013) apresentaram nos 4 fatores um score médio um mínimo 3,10 e um máximo de 3,90. De salientar que o item 21 “no geral, a qualidade do *Handover* foi muito alta”, obtivemos um valor médio de 2,923, valor muito semelhante ao apresentado no estudo de Manser et al. (2010) que foi de 3,00.

De acordo com Sousa et al. (2008), a qualidade implica a quantificação do seu valor e a avaliação dos cuidados de saúde tem sido utilizada numa lógica de regulação, melhoria e promoção. Analisando individualmente os itens da HQRF-PT observamos que os valores médios dos itens variaram entre um valor médio mínimo de 2,105 e máximo de 3,343. O item 13 “foi fácil estabelecer contacto no início do *Handover*” foi o que apresentou um valor mais alto e o item 6 “a pessoa que entregou o doente utilizou a documentação disponível (ex.: *Integrated Clinical Ambulance Record*/verbete de INEM) para estruturar o *Handover*” foi o item com o valor mais baixo. Em contradição, no estudo de Delrue (2013), o item “a pessoa que entregou o doente utilizou a documentação disponível (ex.: *Integrated Clinical Ambulance Record*/verbete de INEM) para estruturar o *Handover*” apresentou um valor médio mais elevado, 3,48.

Para Frankel et al. (2012), a diferença entre os valores apresentados pode dar-se ao fato dos estudos terem sido realizados em ambientes culturais diferentes, pois a qualidade atribuída ao *Handover* está relacionada com as diferenças culturais, o que leva a variações no desempenho do *Handover*. Estes autores referem que o comportamento dos indivíduos que participam no *Handover* é imprevisível, não se conformando com os mesmos padrões de qualidade. Suján et al. (2014) referem que o *Handover* apresenta diferentes objetivos e intervenientes com funções diferentes, estando estas diferenças relacionadas com a gestão da capacidade de procura de informação, a transferência de responsabilidade, as diferentes formas de comunicação e com as diferentes formas de priorização dos cuidados ao doente.

Um outro motivo pode estar eventualmente relacionado com o facto do preenchimento da escala nos estudos de Manser et al. (2010) e Manser et al. (2013) ter sido preenchida imediatamente após o *Handover* e neste estudo foi solicitado aos inquiridos para se reportarem ao seu último *Handover*. De acordo com Borowitz et al. (2008), a perceção da qualidade do *Handover* varia ao longo do tempo, isto é, a qualidade atribuída ao *Handover* imediatamente após a sua realização é diferente da atribuída duas horas mais tarde ou mesmo no fim do turno.

As variáveis de controlo relacionadas com a pressão do tempo, complexidade e incerteza do *Handover* da HQRF-PT, foram pontuadas com valor médio mínimo de 2,48 e máximo de 2,90. O item que apresenta um valor mais alto foi “o caso do *Handover* envolveu uma grande incerteza” e o item com um valor mais baixo foi “o caso do *Handover* era de elevada complexidade”. Verificámos existia uma correlação entre a perceção da qualidade do *Handover* e as variáveis de controlo, sendo a correlação negativa e estatisticamente significativa em todos os itens. Assim, concluímos que a qualidade do *Handover* é tanto maior quanto menor for a pressão do tempo da pessoa que entrega e da que assume a responsabilidade do doente, da complexidade e da incerteza da situação. Estes resultados são contraditórios aos estudos de Manser et al. (2010) e Manser et al. (2013), onde não se verificou uma correlação entre as variáveis de controlo e a qualidade do *Handover*.

Também se analisou a relação entre a perceção da qualidade do *Handover* e a importância da informação transmitida durante o *Handover*. Concluiu-se que existe apenas uma correlação positiva apenas para o fator 1 “informação sobre o incidente/estado clínico do doente”, e negativa para o fator 2 “informação sociodemográfica”, fator 3 “informação sobre os antecedentes pessoais e clínicos do doente” e o fator 4 “informação pré-hospitalar”. Contudo, verificou-se que as correlações existentes eram estatisticamente não significativas. Jeffcott et al. (2009) reforça esta informação, referindo que as informações transmitidas durante o *Handover* ainda não se encontram devidamente definidas, sendo crucial que as intervenções dos indivíduos, equipas e organização sejam concebidas de modo a que o *Handover* seja seguro e com qualidade.

O Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio afirma que a melhoria da qualidade no Sistema de Saúde se trata também de um imperativo moral, porque contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados.

O enfermeiro, atendendo à exigência cada vez maior de padrões de qualidade na assistência em saúde, assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados de qualidade (OE, 2011). No Artigo 83º - Do direito ao cuidado do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro deve “a) co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e

respetivo tratamento” e de “ (...) d) assegurar a continuidade dos cuidados (...) ” (OE, 2011 p.107).

O *Handover* é uma transição entre diferentes prestadores de cuidados, alicerçado na partilha de informação oral e escrita. No entanto, na evidência científica existe uma grande variação nas práticas de *Handover*. Desta forma surge a necessidade de considerar a introdução de mudanças neste processo. Vários são os estudos que apontam que a standardização do *Handover* nos cuidados de saúde melhora a qualidade dos cuidados prestados ao doente (ACSQHC, 2012; Cohen & Hilligoss, 2010; Evans et al., 2010; Iedema et al., 2012; Joint Commission International & Joint Commission Resources Reviewers, 2010; Manser et al., 2010; Manser et al., 2013; Randmaa et al., 2014; Sujan et al., 2014; Welsh et al., 2010; WHO, 2007). Lima (2011) reforça a ideia, referindo que a padronização deste processo melhora as atividades diárias e respetivas rotinas, uniformiza procedimentos e contribui para a melhoria da comunicação dos profissionais de saúde. Para Sujan et al. (2014), é necessária uma maior colaboração entre a equipa multidisciplinar de forma a alcançar a melhoria da qualidade dos *Handover*.

Como implicações deste estudo consideramos a importância da disponibilização de duas escalas validadas para a população portuguesa, a IITDH e a HQRF-PT, com boas características psicométricas, permitindo a sua utilização na prática de cuidados e na investigação. A validação das escalas nesta população permitiu uma melhor compreensão do *Handover* realizado entre os enfermeiros do serviço de urgência e a equipa de assistência pré-hospitalar numa sala emergência, no que diz respeito, à perceção da importância da informação a transmitir e a qualidade deste momento.

Pestana e Gageiro (2008) afirmam que um instrumento de pesquisa deverá apresentar tanto características de validade quanto de fiabilidade para que possa ser adequadamente utilizado.

Após a elaboração da escala IITDH relativa à importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar, com base na evidência científica, e sua aplicação, procedeu-se ao processo de validação da mesma. Como tal, com a análise da consistência interna, ficou demonstrada a fidelidade pelo coeficiente de α Cronbach global de 0,830, sendo constituída pelos 16 itens iniciais. Para Pais Ribeiro (2008) e

Streiner e Norman (2008) considera-se uma boa consistência interna quando α excede o valor de 0,80. Para a validade do instrumento do ponto de vista da sua estrutura interna, procedeu-se à análise fatorial, e constatou-se que os itens se organizavam em quatro fatores que explicam 58,896% da variância total. Assim, o fator 1 “informação sobre o incidente/estado clínico do doente” ficou com 5 itens, o fator 2 “informação sociodemográfica com 4 itens, o fator 3 “informação sobre os antecedentes pessoais e clínicos do doente” com 3 itens e o fator 4 “informação pré-hospitalar” com 4 itens. O resultado do teste de KMO igual a 0,767 indica-nos uma correlação entre variáveis considerada razoável e o resultado do teste de esfericidade de Bartlett ($X^2=766,729$; $p < 0,0001$) demonstrou que o modelo fatorial é uma boa escolha para a análise dos dados (Marques, 2010; Pestana & Gameiro, 2008).

Por fim, para avaliar a perceção dos enfermeiros do serviço de urgência sobre a qualidade do *Handover* numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar procedeu-se à validação para a população portuguesa do instrumento de medida HQRF de Manser et al. (2010). O processo de adaptação cultural da HQRF deu origem à HQRF-PT. O estudo de fidelidade da HQRF-PT realizou-se através da determinação do alfa (α) Cronbach e coeficiente de correlação de Pearson (r). O α Cronbach foi calculado para a escala HQRF-PT com a totalidade dos 16 itens, apresentando um valor de α Cronbach global de 0,719, sem retirar qualquer item. No entanto, aquando da análise constaram-se itens com um α de Cronbach sem o item superiores ao α global e com valores de correlação sem o item inferiores a 0,30, sendo esta forma excluídos 6 itens. A escala HQRF-PT ficou assim composta por 10 itens com um α de Cronbach global de 0,830, apresentando uma boa consistência interna (Pais & Ribeiro, 2008; Fortin, 2009). Posteriormente, recorreu-se ao método de condensação em componentes principais, tendo resultado um fator que explica 40,860% da variância total e engloba a totalidade dos itens, que designámos por “Qualidade do *Handover*”. Relativamente ao teste de KMO obteve-se um valor igual a 0,861, que tendo em conta o apontado por Pestana e Gameiro (2008) pode-se afirmar que há uma correlação boa entre as variáveis da HQRF-PT. Por fim, o teste de esfericidade de Bartlett ($X^2=410,254$; $p < 0,0001$) foi altamente significativo sendo a análise fatorial considerada apropriada (Marques, 2010). A existência de uma correlação positiva e muito significativa entre a escala HQRF-PT o item que mede a qualidade em do *Handover* em geral (item 21) ($r = 0,706$), indica que medem o mesmo construto, a qualidade do *Handover*.

A validação destes instrumentos e a sua implementação em Portugal poderá constituir uma ferramenta essencial para uma abordagem planificada na área da formação, investigação e prática clínica do *Handover* realizado entre os enfermeiros do serviço de urgência e a equipa de assistência pré-hospitalar, numa sala emergência.

No que diz respeito às dificuldades para a realização deste estudo, gostaríamos de referir que apesar da comunicação entre elementos da equipa de saúde ser foco de atenção e objeto de diversos estudos de investigação, a pesquisa revelou uma escassez de estudos realizados em Portugal. Também, a disponibilidade da população acessível para o preenchimento do instrumento obrigou a um alargamento do intervalo de tempo para o seu preenchimento por uma amostra com tamanho suficiente já que implicava o estudo psicométrico e validade de duas escalas.

Em estudos futuros, sugere-se a utilização de uma amostra de maior dimensão de modo a confirmar as propriedades psicométricas das escalas HQRF-PT e a IITDH. Sugerimos também a realização de estudos comparativos utilizando as mesmas escalas, mas englobando as equipas de assistência pré-hospitalar.

CONCLUSÃO

A comunicação efetiva numa equipa de saúde é importante e particularmente crítica num serviço de urgência, sendo reconhecida como um problema na segurança do doente, causando-lhe atrasos no tratamento, tratamentos inadequados e maior tempo de permanência no hospital. Desta forma, afirmamos que o objetivo fundamental de qualquer *Handover* é conseguir uma transferência de informação de forma eficiente e com qualidade.

Com este estudo, pretendeu-se verificar qual a qualidade e que fatores estão relacionados com o *Handover* que ocorre numa sala de emergência, entre os enfermeiros do serviço de urgência e a equipa de assistência pré-hospitalar.

Na amostra em estudo, verificou-se que a idade dos enfermeiros variou entre 23 e 60 anos, sendo a média 35,62 anos, sendo na maioria do sexo feminino. Relativamente ao número de anos de experiência num serviço de urgência, este variou entre 1 e 40 anos, para uma média de 8,30 anos (DP=6,81). Do ponto de vista académico, a maioria dos enfermeiros, 103 (72%), é detentora de uma licenciatura.

Tendo em conta a análise psicométrica efetuada pode dizer-se que a IITDH e a HQRFP-PT são um instrumentos válidos e fiáveis, podendo ser utilizados por outros investigadores em futuras pesquisas com o intuito de avaliar/medir quer a importância da informação transmitida durante *Handover*, quer a qualidade do mesmo.

A escala IITDH ficou composta por 16 itens, com um α de Cronbach global de 0,830. Com o método de condensação em componentes principais verificou-se a existência de 4 fatores que explicam 58,896% da variância total. Existem 5 itens que se enquadram no fator 1 designado como “informação sobre o incidente/estado clínico do doente”, 4 itens se enquadram no fator 2 designado “informação sociodemográfica”, 3 itens que se enquadram no fator 3 designado “informação sobre os antecedentes pessoais e clínicos do doente” e 4 itens que se enquadram no fator 4 designado “informação pré-hospitalar”.

A escala HQRF-PT ficou composta por 10 itens, com um α de Cronbach global de 0,830. Com o método de condensação em componentes principais, tendo resultado um fator que explica 40,860% da variância total e engloba a totalidade dos itens, ao qual foi atribuído o mesmo nome da escala.

Relativamente à importância atribuída às informações transmitidas durante o *Handover* através da IITDH, todos os itens apresentam um grau de importância elevado, com valores compreendidos entre 3,25 e 4,92. Os “tratamentos já realizados pela equipa de assistência pré-hospitalar”, o “motivo da ocorrência”, as “alergias”, a “hora do incidente/início dos sintomas” e a “hora de administração da terapêutica realizada no ambiente pré-hospitalar” foram os itens aos quais foram atribuído um maior grau de importância. Por sua vez, a informação com um grau de importância mais baixo foi o “sexo do doente” e a “história social”.

Quando os inquiridos foram questionados sobre as suas dificuldades durante a realização do *Handover*, os itens mais assinalados foram com o “ruído”; o “difícil acesso ao relatório escrito da equipa de assistência pré-hospitalar”, a “escuta ativa perante um doente em deterioração” e o “ambiente stressante”. As dificuldades menos assinaladas foram “criar uma visão holística do doente”, “tensão entre equipas” e “falta de privacidade do doente”.

A HQRF-PT teve com objetivo analisar qual a perceção dos enfermeiros sobre a qualidade do *Handover*. O valor do score médio do fator “Qualidade do *Handover*” foi de 2,19 (DP=0,58). Os itens que integram esta escala variaram entre um valor de mínimo de 2,105 e um máximo de 3,343. O item 13 “foi fácil estabelecer contacto no início do *Handover*” foi o que apresentou um valor mais alto e o item 6 “a pessoa que entregou o doente utilizou a documentação disponível (ex.: *Integrated Clinical Ambulance Record*/verbete de INEM) para estruturar o *Handover*” foi o item com o valor mais baixo.

Com o estudo de correlação de dados, verificou-se que há relação entre a qualidade do *Handover* e as variáveis de controlo, sendo as correlações negativas e estatisticamente significativas para os 4 itens ($p \leq 0,005$). Assim, concluímos que a qualidade do *Handover* é tanto maior quanto menor for a pressão do tempo da pessoa que entrega e da que assume a responsabilidade do doente, da complexidade e da incerteza da situação.

Por fim, verificámos se existia relação entre a qualidade do *Handover* e a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o

Handover, numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar. Com os resultados obtidos verificou-se que a perceção dos enfermeiros sobre qualidade do *Handover* e os fatores da IITDH tem uma correlação positiva apenas para o fator 1 “informação sobre o incidente/estado clínico do doente”, e negativa para o fator 2 “informação sociodemográfica”, fator 3 “informação sobre os antecedentes pessoais e clínicos do doente” e o fator 4 “informação pré-hospitalar”. Contudo, verificou-se que as correlações existentes entre as variáveis são estatisticamente não significativas ($p>0,05$).

Consideramos que a concretização deste estudo nos proporcionou momentos de reflexão, de procura, de indagação, de construção de pensamentos e ideias que proporcionaram uma visão diferente sobre o *Handover* realizado numa sala de emergência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente Numa Amostra de Hospitais Portugueses: Resultados do Estudo Piloto Dezembro 2011*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2012) *Safety and Quality Improvement Guide Standard 6: Clinical Handover*. Sydney: ACSQHC.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. (L. A. Reto, A. Pinheiro, Trad.) Lisboa: Edições 70. (trabalho original em Francês publicado em 1977).
- Beaton D. & Bombardier C., Guillemin F. e Ferraz M. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine 25 (24)*, 3186–3191.
- Borowitz, S. M., Waggoner-Fountain, L. A., Bass, E.J., Sledd, R. M. (2008). Adequacy of information transferred at resident sign-out (in-hospital handover of care): a prospective survey. *Qual Saf Health Care, 17*, 6-10.
- Bost, N., Crilly J., Wallis M., Patterson E. & Chaboyer W. (2010). Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department – a literature review. *Int Emerg Nurs, 18 (4)*, 210-220.
- Bost, N., Crilly, J, Patterson, E. & Chaboyer, W. (2012). Clinical handover of patients arriving bu ambulance to hospital emergency department: A qualitative stuy. *International Emergency Nursing, 20*, 133-141.
- Bruce, B. & Suserud, B. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing in Critical Care, 10 (4)*, 201-209.
- Carter, A., Davis, K., Evans, L. & Cone, D. (2009). Information Loss in Emergency Medical Services Handover of Trauma Patients. *Pré-Hospital Emergency Care, 13*, 280-285.

- Cohen, M. & Hilligoss, B. (2009). *Handoffs in Hospitals: A Review of the Literature on Information Exchange While Transferring Patient Responsibility or Control*. Ann Arbor: University of Michigan.
- Cohen, M. D., & Hilligoss, P. B. (2010). The published literature on handoffs in hospitals: Deficiencies identified in an extensive review. *Quality and Safety in Health Care*, 19, 493-497.
- Dawson, S., King, L. & Grantham, H. (2013). Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient, *Emergency Medicine Australasia*, 25, 393-405.
- Delrue, K. (2013). *An Evidence Based Evaluation of the Nursing Handover Process for Emergency Department Admissions*. Doctoral Dissertation. Grand Valley State University.
- Despacho n.º 10109/2014 de 6 de agosto de 2014. Definir os meios de emergência médica pré-hospitalar do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P. (INEM). Diário da República II Série. N.º 150 (06-08-2014), 20233-20234.
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro de 2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República II série. N.º 28 (10-02-2015), 3882(2)-3883(2).
- Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. Diário da República II Série. N.º 102 (27-05-15), 13550 -13553.
- Dicionário Escolar de Inglês-Português/Português-Inglês (2011). Porto: Porto Editora.
- Direção Geral de Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. (Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde, Trad.) Lisboa (trabalho original em inglês publicado em 2009).
- Dunn, M. J. G., Gwinnutt, C. L. & Gray, A. J. (2007). Critical care in the emergency department: patient transfer. *Emergency Medicine Journal*, 24 (1), 40-44.

Eisenberg, E., Murphy, A., Sutcliffe, K., Wears, R., Schenkel, S., Perry, S. & Vanderhoef, M. (2005). *Communication in emergency medicine: Implications for patient safety: Communication Monograph*, 72 (4), 390–413.

Enfermagem no Pré-hospitalar: Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar. In: Enunciado de Posição 01/07. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 8 de janeiro de 2016 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>

Evans, S. M., Murray A., Patrick, I., Fitzgerald, M., Smith S. & Cameron, P. (2010) Clinical handover in the trauma setting: a qualitative study of paramedics and trauma team members. *Qual Saf Health Care*, 19, 1-6.

Filho, D. & Júnior, J.(2009). Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje*, 18 (1), 115-146.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (1ª edição). Loures: Lusociência.

Frankel, R., Flanagan, M., Ebright, P., Bergman, A., O'Brien, C., Franks, Z., ... Seleem, J. (2012). Context, culture and (non-verbal) communication affect handover quality. *BMJ Qual Saf*, 21, i121-i128.

Friesen, M. A., White, S. V. & Jacqueline, F. B. (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

Galliers, J., Wilson, S., Randell, R., & Woodward, P. (2011). Safe use of symbols in handover documentation for medical teams. *Behaviour & Information Technology*, 30 (4), 499-506.

Graneto, J. & Damm, T. (2013). Perception of Noise by Emergency Department Nurses. *West J Emerg Med*, 14 (5), 547–550.

Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa. Edições Sílabo.

- Horwitz, L. I., Moin, T., Krumholz, H. M., Wang, L., & Bradley, E. H. (2009). What are covering doctors told about their patients? Analysis of sign-out among internal medicine house staff. *Quality and Safety in Health Care*, 18, 248.
- Iedema, R., Ball, C., Daly, B., Young, J., Green, T., Middleton P. M., Foster-Curry, C., Jones, M., ... Comerford, D. (2012). Design and trial of a new ambulance-to-emergency department handover protocol: IMIST-AMBO. *BMJ Qual Saf*, 21, 627-633.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2010). *Súmula do Relatório de uma Comissão de Serviço (3 anos: 07/10/2010 a 06/10/2013)*. Lisboa, Ministério da Saúde.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2012). *Manual TAS/TAT Abordagem à vítima*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2013). *Sistema Integrado de Emergência Médica*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2013). *Carteiras de Serviços*. Lisboa: INEM.
- Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde de Leiria (2011). Guia de elaboração de trabalhos escritos.
- Jeffcott, S., Evans, S., Cameron, P., Chin, G., & Ibrahim, J. (2009). Improving measurement in clinical handover. *Quality and Safety in Health Care*, 18, 272.
- Jenkin, A., Abelson-Michell, N. & Cooper, S. (2007). Patient handover: Time for a change? *Accident and Emergency Nursing*, 15, 141-147.
- Joint Commission International & Joint Commission Resources Reviewers (2010). *Improving Communication During Transitions of Care*. Illinois: The Joint Commission
- Joint Commission Perspectives (2012). *Joint Commission Center for Transforming Healthcare Releases Targeted Solutions Tool for Hand-Off Communications*. Illinois: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

- Jonhson, J. & Barach, P. (2009). Patient Care Handovers: What will it Take to Ensure Quality and Safety During Times of Transition. *The Medical Journal of Australia*, 190 (11), 110-111.
- Klim, S., Kelly, A., Kerr, D., Wood, S., McCann, T. (2013). Developing a framework for nursing handover in emergency department: na individualised and systematic approach. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2233-2243.
- Koval, V. (2015). *The Use of Standardized Communication Protocol for Patient Handover in Emergency Department Setting*. Doctoral Thesis. The University Of British Columbia.
- Lima, S.S. (2011). Sistemas de Notificação de Eventos Adversos: Contributos para a Melhoria da Segurança do Doente. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Lingard, L. (2012). Productive complications: Emergent ideas in team communication and patient safety. *Healthcare Quarterly*, 15, 18-23.
- Manser, T & Foster, S. (2011). Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 25 (2), 181-191.
- Manser, T., Foster, S., Flin, R. & Patey, R. (2013). Team Communication During Patient Handover From the Operating Room: More Than Facts and Figures. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 55, 138-156.
- Manser, T., Foster, S., Gisin, S., Jaeckel, D., & Ummenhofer, W. (2010). Assessing the quality of patient handoffs at care transitions. *Quality and Safety in Health Care*, 19, 1-5.
- Marques, A. F. (2010). Aplicação da análise multivariada na infraestrutura e no desempenho das escolas públicas do Ensino Fundamental e Médio pertencentes ao Núcleo Regional de Educação de Paranavaí. *Acta Scientiarum. Technology Maringá*, 32 (1), 75-81.
- Martins, G. (2006). Sobre Confiabilidade e Validade. *RBGN*, 8 (20), 1-12.

- Martins, P. (2014). Escuta ativa nos cuidados de enfermagem: uma intervenção confortadora. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.
- OE (2011). *Código Deontológico*. Acedido em 23 fevereiro de 2016 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). 2015. *Dados Estatísticos a 31-12-2014*. Lisboa.
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. Lisboa.
- Owen, C., Hemmings, L. e Brown, T. (2009). Lost in translation: Maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department. *Emergency Medicine Australia*, 21, 102-107.
- Pais-Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 2ª Ed. Porto: Livpsic.
- Patterson, E. & Wears, R. (2010). Patient handoffs: standardized and reliable measurement tools remain elusive. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 36 (2), 52-61.
- Pesanka, D. A., Greenhouse, P. K., Rack, L. L., Delucia, G. A., Perret, R. W., Scholle, C. C., ... Janov, C. L. (2009). Tickt to ride: reducing handoff risk during hospital patient transport. *Journal of Nursing Care Quality*, 24 (2), 109-115.
- Pestana, M. H & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. 5ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Queensland Ambulance Service. (2015). *Clinical Practice Procedures: Other/Clinical Handover*. Queensland: Queensland Government.
- Rahman A, I. Z. & Waheed W, Hussain N. (2003). Translation and cultural adaptation of health questionnaires. *Journal of Pakistan Medical Association* 53(4), 142-147.

- Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incidente reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open*, 4, 1-8.
- Riesenberg, L.A., Leitzsch, J., Little, B.W. (2009). Systematic review of handoff mnemonics literature. *Am J Med Qual*, 24, 196-204.
- Scovell, S. (2010) Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nursing Standart*, 24 (20), 35-39.
- Segurança do Doente*. In: Departamento da Qualidade em Saúde. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Acedido em 26 de janeiro de 2016. Acedido em <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0&codigono=001100150028AAAAAAAAAAAA>
- Shamji, H., Baier, R., Gravenstein, S. & Gardner, R., (2014) Improving the Quality of Care and Communication During Patient Transitions: Best Practices for Urgent Care Centers. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 40 (7), 319-324.
- Sousa, P., Pinto, F., Costa, C., & Uva, A. S. (2008). Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença crónica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático, 57-65.
- Streiner, D. & Norman, G. (2008). *Health and Measurement Scales. A practical guide fortheir development and use* (4ª edição). Oxford: Oxford University Press.
- Sujan, M. & Spurgeon, P. (2013). Safety of Patient Handover in Emergency Care – Results of a Qualitative Study. In: *Proceedings of Annual European Safety & Reliability Conference (ESREL)*, Amesterdão.
- Sujan, M., Spurgeon, P., Inada-Kim, M., Rudd, M., Fitton, L., Horniblow, S., Cross, S., ... Cooke, M. W. (2014). Clinical handover within the emergency care pathway and the potential risks of clinical handover failure (ECHO): primary research. *Health Serv Deliv Res*, 2 (5).

- Sujan, P., Spurgeon, P. & Cooke, M. (2015). The role of dynamic trade-offs in Creating safety – A qualitative study of handover across care Boundaries in emergency care. *Reliability Engineering and System Safety*, 141, 54-62.
- Talbot, R. & Bleetman, A. (2007). Retention of information by emergency department staff at ambulance handover: do standardised approaches work?. *Emerg Med J*, *24*, 539-543.
- Till A., Sall H. & Wilkinson J. (2014). Safe Handover: Safe Patients - The Electronic Handover System. *BMJ Qual Improv Report*, *2*, 1-4.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento* (1ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Welsh, C., Flanagan, M. & Ebright, P. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nurs Outlook*. *58* (3), 148-154.
- World Health Organization. (2007). *Communication During Patient Hand-Over: Patient Safety Solutions*. Geneva, WHO.
- World Health Organization. (2009). *WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools*. (1th ed.). Geneva: WHO.
- Ye, K., Taylor, D., Knott, J., Dent, A., MacBean, C. (2007). Handover in Emergency department: Deficiencies and adverse effects. *Emergency Medicine Australasia*, *19*, 433-441.
- Yong, G., Dent, W. A. e Weiland, J. T. (2008). Handover from paramedics: Observations and emergency department clinician perceptions. *Emergency Medicine Australasia*, *20*, 149-155.
- Zimmer, M., Wassmer, R., Latasch, L., Oberndörfer, D., Wilken, V., Ackermann, H. & Breitkeutz, R. (2010). Initiation of risk management: incidence of failures in simulated Emergency Medical Service scenarios. *Resuscitation*, *81* (7), 882-886.

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de recolha de dados

O HANDOVER NA SALA DE EMERGÊNCIA ENTRE O ENFERMEIRO E A EQUIPA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

O meu nome é Patrícia Botelho e estou a fazer um estudo sobre *Handover*. Encontro-me na fase de recolha de dados para dar consecução à pesquisa que me proponho realizar. Segundo *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2010)*, *Handover*, trata-se da passagem da responsabilidade profissional de alguns ou todos os aspetos relacionados com cuidado do doente ou grupo de doentes, a outra pessoa ou grupo de profissionais em caráter temporário ou permanente.

Este estudo baseia-se no *Handover* entre a equipa de assistência pré-hospitalar e a equipa de enfermagem, na sala de emergência e surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica no Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde, sob a orientação do Professora Doutora Helena Catarino e co-orientação da Professora Doutora Sónia Ramalho.

Os objetivos principais do estudo são:

- Construir e validar para a população portuguesa o instrumento de medida Importância da Informação Transmitida Durante o Handover (IITDH);
- Validar para a população portuguesa o instrumento de medida Handover Quality Rating Form (HQRF);
- Identificar a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o Handover numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar;
- Identificar as dificuldades dos enfermeiros do serviço de urgência que realizam o Handover numa sala emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar;
- Avaliar a perceção dos enfermeiros do serviço de urgência sobre a qualidade do Handover numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar;
- Avaliar a relação entre a qualidade do Handover e a pressão do tempo, complexidade e incerteza do Handover;
- Avaliar a relação entre a qualidade do Handover e a importância atribuída pelos enfermeiros do serviço de urgência à informação transmitida durante o Handover, numa sala de emergência, com a equipa de assistência pré-hospitalar.

A sua colaboração consiste no preenchimento deste questionário cujo tempo despendido está estimado em cerca de 5 minutos. Para o seu preenchimento deve **reporta-se ao seu último handover na sala de emergência**. Os dados obtidos serão utilizados estritamente no âmbito desta investigação e durante a sua divulgação. O anonimato e a confidencialidade dos dados serão sempre mantidos. É livre vontade abandonar a sua participação no estudo, em qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de prejuízo para si. Para eventuais dúvidas ou esclarecimentos contacte-me por correio eletrónico: patriciabotelho.87@gmail.com.

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Eu abaixo assinado, declaro ter lido e compreendido as informações que me foram fornecidas pela investigadora que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar ou não recusar em participar no estudo sobre o “O HANDOVER NA SALA DE EMERGÊNCIA ENTRE O ENFERMEIRO E A EQUIPA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR” sem qualquer tipo de consequências.

Desta forma, aceito que participar neste estudo e permito a utilização dos dados, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

QUESTIONÁRIO

1. **Idade:** _____ anos

2. **Sexo:** Feminino Masculino

3. **Qual o seu número de anos de experiência num serviço de urgência?** _____ anos

4. **Qual a sua a sua formação?**

a) Licenciatura

b) Pós-graduação

c) Curso pós-licenciatura

d) Mestrado

e) Doutoramento

5. **Assinale quais foram as suas dificuldades durante realização do *Handover*:**

a) Transmissão de informação não essencial por parte da equipa de assistência pré-hospitalar

b) Omissão de informação essencial por parte da equipa de assistência pré-hospitalar

c) Escuta ativa perante um doente em deterioração

d) Não possibilidade repetição da informação pela equipa de assistência pré-hospitalar

e) Perceção do contexto pré-hospitalar do doente

f) Tensão entre o fazer e o ouvir

g) Ruído

h) Ambiente stressante

i) Carga de trabalho

j) Falta de privacidade do doente

k) Comunicação destruturada

l) Criar uma visão holística do doente

m) Tensão entre equipas

n) O difícil acesso ao relatório escrito da equipa de assistência pré-hospitalar.

5.1 5.1 Existe outra dificuldade para além das acima mencionadas? Sim Não

Se sim, Qual?

6. Esta questão é composta por um conjunto de informações possíveis de serem transmitidas durante o *Handover*. Assinale o grau de importância que atribui a cada opção.

	Nada importante				Muito importante
Nome do doente	1	2	3	4	5
Sexo do doente	1	2	3	4	5
Idade do doente	1	2	3	4	5
Motivo da ocorrência	1	2	3	4	5
Tratamentos já realizados pela equipa de assistência pré-hospitalar	1	2	3	4	5
Hora de administração da terapêutica realizada no ambiente pré-hospitalar	1	2	3	4	5
Efeito do tratamento realizado no ambiente pré-hospitalar	1	2	3	4	5
Alergias	1	2	3	4	5
Medicação habitual	1	2	3	4	5
Antecedentes pessoais do doente	1	2	3	4	5
Hora do incidente/início dos sintomas	1	2	3	4	5
Lesões suspeitas	1	2	3	4	5
Sinais vitais	1	2	3	4	5
Mecanismo de lesão	1	2	3	4	5
História social	1	2	3	4	5
Estado mental	1	2	3	4	5

6.1 Da informação acima referida existe outra que ache importante? Sim Não

Se sim, Qual?

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO *HANDOVER*

(*Handover Quality Rating Form by Manser, Foster, Gisin, Jaeckel & Ummenhofer, 2010*)

7. Reportando-se ao seu último *Handover* na sala de emergência, indique a opção que melhor representa a sua opinião.

	Sim (1)	Preferencialmente sim (2)	Preferencialmente não (3)	Não (4)
Circunstâncias do <i>Handover</i>				
1 - A pessoa que entregou o doente estava sobre pressão do tempo.	4	3	2	1
2 - A pessoa que assumiu a responsabilidade do doente estava sobre pressão do tempo.	4	3	2	1
3 - O caso do <i>Handover</i> era de elevada complexidade.	4	3	2	1
4 - O caso do <i>Handover</i> envolveu uma grande incerteza.	4	3	2	1
Conduta do <i>Handover</i>				
5 - O <i>Handover</i> seguiu uma estrutura lógica.	4	3	2	1
6 - A pessoa que entregou o doente utilizou a documentação disponível (ex.: <i>Integrated Clinical Ambulance Record</i> /verbete de INEM) para estruturar o <i>handover</i>	4	3	2	1
7 - Não foi permitido tempo suficiente para o <i>Handover</i> .	4	3	2	1
8 - No caso de interrupções durante o <i>Handover</i> foram feitas tentativas para as minimizar.	4	3	2	1
9 - Toda a informação relevante foi selecionada e comunicada.	4	3	2	1
10 - Prioridades para a continuidade de cuidados foram abordadas.	4	3	2	1
11 - A pessoa que entregou o doente comunicou a sua avaliação do doente de uma forma clara	4	3	2	1
12 - Foram discutidos possíveis riscos e complicações.	4	3	2	1
Trabalho de Equipa				
13 - Foi fácil estabelecer contacto no início do <i>Handover</i> .	4	3	2	1
14 - Houve tensão dentro da equipa durante o <i>Handover</i> .	4	3	2	1
15 - Questões e ambiguidades foram resolvidas (indagação ativa pela pessoa que assumiu responsabilidade pelo doente).	4	3	2	1
16 - A equipa assegurou, em conjunto, que o <i>Handover</i> estava completo.	4	3	2	1
Qualidade do <i>Handover</i>				
17 - A documentação estava completa.	4	3	2	1
18 - Foi transmitida demasiada informação.	4	3	2	1
19 - Foi pedida demasiada informação.	4	3	2	1
20 - O respeito pelo doente foi considerado durante o <i>Handover</i> .	4	3	2	1
21 - No geral, a qualidade do <i>Handover</i> foi muito alta	4	3	2	1

ANEXO II

Handover Quality Rating Form

Handover Quality Rating Form

Handover from-to: Theatre-Recovery Theatre-General ICU
 Recovery-Ward Theatre-Cardiac ICU

Rater:

Transferring team member: Physician Nurse
Receiving team member: Physician Nurse

yes
 rather yes
 rather no
 no

Circumstances of the handover

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The person handing over the patient was under time pressure. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The person taking on responsibility for the patient was under time pressure. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The case that was handed over was of high complexity. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The case that was handed over involves high uncertainty. |

Conduct of the handover

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The handover followed a logical structure. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The person handing over the patient continuously used the available documentation (patient chart, etc.) to structure the handover. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Not enough time was allowed for the handover. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | In case of interruptions during handover, attempts were made to minimize them. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | All relevant information was selected and communicated. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Priorities for further treatment were addressed. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The person handing over the patient communicated her/his assessment of the patient clearly. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Possible risks and complications were discussed. |

Teamwork

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | It was easy to establish good contact at the beginning to the handover. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | There were tensions within the team during handover. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Questions and ambiguities were resolved (active inquiry by the person taking on responsibility for the patient). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The team jointly assured that the handover was complete. |

Handover quality

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Documentation was complete. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | There was too much information given. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Too much information was asked for. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | The patient's experience was considered carefully during handover (respect). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Overall, the quality of this handover was very high. |

Comments on the handover:

.....

.....

.....

ANEXO III

Handover Quality Rating Form Versão Portuguesa (HQRF-PT)

Handover Quality Rating Form Versão Portuguesa (HQRF-PT)

	Sim (1)	Preferencialmente sim (2)	Preferencialmente não (3)	Não (4)
Circunstâncias do Handover				
1 - A pessoa que entregou o doente estava sobre pressão do tempo.	4	3	2	1
2 - A pessoa que assumiu a responsabilidade do doente estava sobre pressão do tempo.	4	3	2	1
3 - O caso do <i>Handover</i> era de elevada complexidade.	4	3	2	1
4 - O caso do <i>Handover</i> envolveu uma grande incerteza.	4	3	2	1
Conduta do Handover				
5 - O <i>Handover</i> seguiu uma estrutura lógica.	4	3	2	1
6 - A pessoa que entregou o doente utilizou a documentação disponível (ex.: <i>Integrated Clinical Ambulance Record</i> /verbete de INEM) para estruturar o <i>handover</i>	4	3	2	1
7 - Não foi permitido tempo suficiente para o <i>Handover</i> .	4	3	2	1
8 - No caso de interrupções durante o <i>Handover</i> foram feitas tentativas para as minimizar.	4	3	2	1
9 - Toda a informação relevante foi selecionada e comunicada.	4	3	2	1
10 - Prioridades para a continuidade de cuidados foram abordadas.	4	3	2	1
11 - A pessoa que entregou o doente comunicou a sua avaliação do doente de uma forma clara	4	3	2	1
12 - Foram discutidos possíveis riscos e complicações.	4	3	2	1
Trabalho de Equipa				
13 - Foi fácil estabelecer contacto no início do <i>Handover</i> .	4	3	2	1
14 - Houve tensão dentro da equipa durante o <i>Handover</i> .	4	3	2	1
15 - Questões e ambiguidades foram resolvidas (indagação ativa pela pessoa que assumiu responsabilidade pelo doente).	4	3	2	1
16 - A equipa assegurou, em conjunto, que o <i>Handover</i> estava completo.	4	3	2	1
Qualidade do Handover				
17 - A documentação estava completa.	4	3	2	1
18 - Foi transmitida demasiada informação.	4	3	2	1
19 - Foi pedida demasiada informação.	4	3	2	1
20 - O respeito pelo doente foi considerado durante o <i>Handover</i> .	4	3	2	1
21- No geral, a qualidade do <i>Handover</i> foi muito alta	4	3	2	1

ANEXO IV

Pedido de autorização aos autores da *Handover Quality Rating Form* e respetiva autorização



Patrícia Botelho <patriciabotelho87@gmail.com>

Fwd: Interested in your handoff quality tool

Patrícia Botelho <patriciabotelho87@gmail.com>
Para: tanja.manser@ukb.uni-bonn.de

2 de março de 2015 às 15:32

My name is Patrícia Botelho. I'm a nurse and student at the School of Health Sciences of the Polytechnic Institute of Leiria in Portugal. I am currently completing my Master's Degree. I have been developing a project in the field of handover, particularly between the emergency department nurses and paramedics in the emergency room.

Thus, among my bibliographic research, I had the pleasure to read some of your work. Your publication describing the development and testing of a tool to measure handoff quality. Therefore, it would be extremely helpful for my research if I could use and apply it. Hence I would like to obtain your authorization to translate, apply and validate your scale for the Portuguese population. Is that possible?

Thanks for your attention and collaboration.
I'm looking forward for your replay.
Best regards

Patrícia Botelho



Patricia Botelho <patriciabotelho87@gmail.com>

Fwd: Interested in your handoff quality tool

Tanja.Manser@ukb.uni-bonn.de <Tanja.Manser@ukb.uni-bonn.de> 4 de março de 2015 às 09:08
Para: Patricia Botelho <patriciabotelho87@gmail.com>

Dear Patricia

Thank you for your interest in our work and for letting me know that you want to use it in Portugal. I am happy for you to translate the tool. I have attached the document we used in our study in Scotland and the publication that goes with it. If you have any further questions, please let me know.

Best wishes and good luck with your study, Tanja

Prof. Dr. Tanja Manser

Direktorin
Institut für Patientensicherheit

--

Tel.: +49 228 287 13782
Mobil: +49 151 44048475
Fax: +49 228 73-8305
E-Mail: tanja.manser@ukb.uni-bonn.de
www: <http://www.ifpsbonn.de>

Büro:
Universitätsklinikum Bonn, Sigmund-Freud-Straße 25
Gebäude 303 (Augenklinik), 2. OG, Raum 372

Postanschrift:
Universitätsklinikum Bonn, Institut für Patientensicherheit
Stiftsplatz 12, D-53111 Bonn

Vorstand:
Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Wolfgang Holzgreve, MBA –Vorsitzender und Ärztlicher Direktor
Dipl.-Kfm. Karsten Honsel –Kaufmännischer Direktor
Prof. Dr. Max P. Baur –Dekan der Med. Fakultät
Prof. Dr. Andreas Hoeft –stellv. Ärztlicher Direktor
Alexander Pröbstl – Pflegedirektor
Aufsichtsratsvorsitzender:
Dr. Wolfgang Riedel

Gerichtsstand Bonn •Finanzamt Bonn Innenstadt •Steuernummer: 205-5783-1215
•Ust-IdNr.: DE 811 917 555

ANEXO V

Pedidos de autorização ao Centro Hospitalar de Leiria e Centro Hospitalar do Oeste e respetivas autorizações



IPL
escola superior
de saúde
instituto politécnico
de leiria

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.
Rua das Olhalvas - Pousos
2410-197 Leiria

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

SUA Vossa REFERÊNCIA

SUA DATA

Sol. IPL 2015 - 3460
2015-03-20

ASSUNTO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a mestranda Patrícia Santos Botelho que exerce funções como Enfermeira no Centro Hospitalar de Leiria, está a desenvolver um trabalho de investigação no que diz respeito ao "Handover na admissão do doente na Sala de Emergência". O estudo, integrado na Unidade Curricular de Dissertação, decorre sob a orientação científica da Prof. Doutora Helena Catarino e co-orientação da Prof. Doutora Sónia Ramalho.

Vimos assim, por este meio, requerer autorização para a realização de um questionário aos Enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Urgência Geral das unidades hospitalares que integram o Centro Hospitalar de Leiria.

Os principais objetivos deste estudo são os seguintes:

- Identificar a informação que os enfermeiros consideram importante ser transmitida durante o handover.
- Identificar a sequência de informação que os enfermeiros consideram que deve ser utilizada no handover.
- Conhecer as dificuldades sentidas pelos enfermeiros durante o handover.
- Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a qualidade do handover.

Informamos que será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados em todas as etapas da investigação. Em caso de interesse enviaremos os resultados da pesquisa.

Anexamos o instrumento de recolha de dados e o formulário de consentimento informado.

Agradecendo a vossa colaboração, ficamos ao dispor para quaisquer esclarecimentos necessários.

Com os melhores cumprimentos, *com afecto e consideração pessoal*

O Diretor,


José Carlos Rodrigues Gomes

Anexo: Instrumento de recolha de dados
Formulário de consentimento informado

DIR/hg

Campus 2 - Morru do Lena - Alto do Vieiro
Apartado 4137 | 2411-901 Leiria - PORTUGAL
Tel.: (+351) 244 846 300 | Fax: (+351) 244 846 339
asm@i@ip.leiria.pt | www.ess.et.leiria.pt



Patrícia Botelho <patriciabotelho87@gmail.com>

FW: Pedido de autorização para estudo de investigação

1 mensagem

De: Margarida Castro

Enviada: quarta-feira, 6 de Maio de 2015 10:37

Para: 'esslei@ipleiria.pt'

Assunto: Pedido de autorização para estudo de investigação

Exmo. Senhor

Diretor da Escola Superior de Saúde

Dr. José Carlos Rodrigues Gomes

No seguimento do Vosso ofício com a ref.ª Sai.IPL.2015.3760 de 2015.03.30, a solicitar autorização para que, a mestranda, Patrícia Santos Botelho, que exerce funções como Enfermeira neste Centro Hospitalar e que se encontra a desenvolver um trabalho de investigação subordinado ao tema "Handover na admissão do doente na Sala de Emergência", realize um inquérito aos enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Urgência Geral das unidades hospitalares que integram o CHL, encarrega-me o Dr. Licínio Oliveira de Carvalho, Vogal Executivo deste Centro Hospitalar, de informar que o Conselho de Administração, em 2015.04.30, após parecer da Direção e dos Enfermeiros Chefe dos Serviços de Urgência Geral, deliberou autorizar o pedido.

Mais se informa que foi dado conhecimento do teor desta deliberação à Direção e aos Enfermeiros Chefe dos Serviços de Urgência Geral do CHL.

Com os melhores cumprimentos.

<http://192.168.100.3/ass/ass.php?nome=Margarida+Castro&cargo=Secret%C3%A1ria+Conselho+de+Administra%C3%A7%C3%A3o&telefone=244+817070&ext=2015&button=%3D%3D%3D%3E+Gerar+Assinatura+%3C%3D%3D%3D>

2 anexos

image001.png
24K

image002.png
24K



IPL
escola superior
de saúde
Instituto politécnico
de leiria

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar do Oeste
Rua Diário de Notícias
2500-176 Caldas da Rainha

SUA IDENTIFICAÇÃO

SUA COMUNICAÇÃO DE

DATA DE RECEBIMENTO

SECTOR

2015-03-30
2015-03-30

ASSUNTO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a mestrande Patrícia Botelho que exerce funções como Enfermeira no Centro Hospitalar de Leiria, está a desenvolver um trabalho de investigação no que diz respeito ao "Handover na admissão do doente na Sala de Emergência". O estudo, integrado na Unidade Curricular de Dissertação, decorre sob a orientação científica da Prof. Doutora Helena Catarino e co-orientação da Prof. Doutora Sónia Ramalho.

Vimos assim, por este meio, requerer autorização para a realização de um questionário aos Enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Urgência Geral das unidades hospitalares que integram o Centro Hospitalar Oeste.

Os principais objetivos deste estudo são os seguintes:

- Identificar a informação que os enfermeiros consideram importante ser transmitida durante o handover.
- Identificar a sequência de informação que os enfermeiros consideram que deve ser utilizada no *handover*.
- Conhecer as dificuldades sentidas pelos enfermeiros durante o *handover*.
- Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a qualidade do *handover*.


Informamos que será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados em todas as etapas da investigação. Em caso de interesse enviaremos os resultados da pesquisa.

Anexamos o instrumento de recolha de dados e o formulário de consentimento informado.

Agradecendo a vossa colaboração, ficamos ao dispor para quaisquer esclarecimentos necessários.

Com os melhores cumprimentos,

O Diretor,


José Carlos Rodrigues Gomes

Anexo: Instrumento de recolha de dados

Formulário de consentimento informado

DIRhg

Campos 2 - Morre do Leme - Alto do Vieiro
Apartado 4137 | 2411-901 Leiria - PORTUGAL
Tel.: (+351) 244 845 300 | Fax: (+351) 244 845 309
es101@leiria.ipp.pt | www.esleiria.ipleiria.pt



Patrícia Botelho <patriciabotelho87@gmail.com>

FW: Pedido de Autorização para Estudo de Investigação "Handover na Admissão do Doente na Sala de Emergência" Vª Refª SAI.IPL 2015. 3759 de 30-03-2015

De: CA - Centro Hospitalar Oeste [<mailto:ca.cho@choeste.min-saude.pt>]

Enviada: sexta-feira, 26 de Junho de 2015 12:39

Para: Helena Maria de Melo Gaspar

Assunto: RE: Pedido de Autorização para Estudo de Investigação "Handover na Admissão do Doente na Sala de Emergência" Vª Refª SAI.IPL 2015. 3759 de 30-03-2015

Exmº Senhor

Diretor da Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Leiria

Dr. José Carlos Rodrigues Gomes

Na sequência do solicitado por Vª Exª no ofício em epígrafe, somos a informar que o mesmo foi autorizado nos termos propostos.

Mais informamos, que gostaríamos que nos fossem facultados os resultados obtidos.

Desejando o maior êxito no trabalho a desenvolver, apresentamos os melhores cumprimentos.

Cecília Ramos
Enfermeira Diretora

Email: ca.cho@choeste.min-saude.pt; secretariado.ca@choeste.min-saude.pt

Telefone: +351 262 830 304 – Fax: 262880579

www.choeste.pt