

# Passagem de turno em Enfermagem:

Processo fundamental para a qualidade de cuidados

Pedro Gonçalo Bento da Silva Afonso [1]

pedrofalco@hotmail.com

## Resumo

O conceito de segurança detém grande importância para a melhoria da qualidade global da prestação de cuidados de saúde. Neste campo o processo de comunicação entre profissionais de saúde assume particular importância, tendo sido identificado por algumas das mais importantes instituições de controlo da qualidade em saúde como área de actuação prioritária. No presente artigo exploramos a relação entre a segurança do utente e o processo de passagem de turno em enfermagem. Determinámos que a passagem de turno tem uma duração média de 41 minutos, ocorrendo maioritariamente em locais adaptados a este momento. A informação transmitida centra-se principalmente no relato das ocorrências do turno anterior e o método mais utilizado para a transferência de informação é o verbal. Os componentes mais importantes para a passagem de turno são a Oportunidade da Informação, a Oportunidade da Reflexão Partilhada e o Envolvimento do Utente. Os factores negativos mais relevantes são os factores físicos. São apontadas medidas de melhoria para o contexto prático.

**Palavras-Chave:** Enfermagem, passagem de turno, qualidade de cuidados, segurança do doente.

## Abstract

The concept of safety has great importance for improving the overall quality of health care. In this scope the communication process between health professionals is particularly important and as a result it has been identified by some of the most important institutions for quality control as a priority area for action. This paper explores the relationship between user safety and the process of shift handover in nursing. We determined that this process has an average duration of 41 minutes, occurring mostly in places set to fit this moment. The information transmitted is focused mainly on events account of previous shift and the method used for information transfer is verbal. The most important components for nursing handover are Opportunities of the Information, Opportunity for Reflection and Shared Involvement of the Patients. The more relevant negative factor are physical factors. Improvement measures for the practical context are identified.

**Keywords:** Nursing, shift handover, quality care, patient safety

## Introdução

Este trabalho resultou dum extracto da dissertação de mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, subordinado ao título de “Intervenção para a segurança do doente. Análise dos obstáculos existentes na transferência de informação durante a passagem de turno em Enfermagem”. Embora seja um trabalho académico realizado há vários anos, mas dada à actualidade da problemática, apresentamos aqui uma síntese da temática da passagem de turno entre os enfermeiros num Hospital do sector públi-

co, integrando este tema na problemática da manutenção da segurança do doente. Procuramos, através do mesmo, ilustrar a importância do desenvolvimento de estratégias de intervenção organizacional de aplicação ao contexto prático e que contribuam para a melhoria da segurança do utente neste momento específico da prestação de cuidados.

A implementação de estratégias de intervenção organizacional em saúde depende, clara e inequivocamente, do desenvolvimento de estudos aprofundados que permitam não só justificar a sua necessidade, mas, também, estrutura-la, dar-lhe forma e sentido.

Estes estudos fornecem fundamentação à implementação de medidas concretas para a melhoria organizacional e sem eles qualquer intervenção careceria da necessária consistência técnica, não podendo ser estruturada com qualquer grau de rigor.

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

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

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

uma melhor resposta e desempenho por parte das organizações de saúde.

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

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

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

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

A nível internacional existe uma vasta nomenclatura para designar o momento de transferência de infor-

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

No âmbito deste trabalho procuramos assim centrar-nos na relação existente entre o momento de transferência de informação dos profissionais de enfermagem (a designada: passagem de turno) e a manutenção da segurança do utente. Isto porque este momento de comunicação assume hoje uma elevada importância e um papel central na temática da segurança e o seu estudo é considerado como fundamental para a melhoria dos resultados organizacionais (World Health Organization, 2007). Na realidade, a transferência de informação entre profissionais de saúde, neste caso entre enfermeiros, é um dos temas que mais relevo apresenta na área da segurança do utente. A importância do momento de passagem de turno em enfermagem para uma efectiva continuidade de cuidados e para a consequente manutenção da segurança do utente é afirmada e reconhecida no contexto internacional de uma forma praticamente consensual (Friesen et al., 2008).

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

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

Assim, considerámos da maior importância desenvolver um estudo que permitisse observar o contexto prático de prestação de cuidados em enfermagem

nesta organização de forma a compreender a natureza da relação entre a segurança do utente e o momento de passagem de turno de uma forma mais particular.

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

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

Os nossos objectivos específicos eram:

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

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

Iniciamos este trabalho realizando uma síntese da abordagem conceptual sobre o tema, enquadrando-o no nível actual de conhecimentos com recurso à revisão bibliográfica. Neste processo de conceptualização são abordados temas como a segurança do doente

te e a qualidade dos cuidados, realizamos a discussão sobre as diferentes abordagens ao conceito de erro, sobre o papel da enfermagem na segurança do utente e a importância da passagem de turno para a mesma. Em seguida apresentamos sumariamente a metodologia utilizada e o desenho do estudo. Por fim, serão apresentados e discutidos uma síntese dos resultados, salientando as principais conclusões e sugestões de intervenção no contexto prático.

## 1- Questões teórico-conceituais

### 1.1- Compreender a dimensão dos problemas de Segurança em Saúde

Há quase duas décadas, o *Institute of Medicine americano* publicou o relatório “Errar é Humano: construir um sistema de saúde mais seguro” que desocultava a possibilidade de ocorrerem entre 48.000 e 98.000 mortes anuais devido a erros nas organizações de saúde nos Estados Unidos da América (Aspden et al., 2004). Este relatório concluía, igualmente, que muitas destas mortes poderiam ter sido evitadas (Aspden et al., 2004; Donaldson, 2008). Como consequência ocorreram incitativas de carácter legislativo em cerca de 15 estados norte-americanos com vista a tornar obrigatório o reporte de problemas relacionados com a segurança do utente (Sousa, 2006).

No ano seguinte é publicado no Reino Unido o relatório “Organizações com Memória” que apontava para a ocorrência de problemas relacionados com a segurança do utente em cerca de 10% das admissões hospitalares, o que corresponderia a cerca de 850.000 eventos adversos por ano (Department of Health, 2000). Além disso foi também estimada a ocorrência de 400 mortes ou ferimentos graves anualmente devido a falhas com equipamento médico e um custo aproximado de 2 biliões de libras devido ao aumento do tempo de permanência em meio hospitalar (Department of Health, 2000).

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

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

No entanto, e apesar da quase omnipresença do tema segurança a nível internacional, em Portugal este assunto aparenta estar ainda olvidado em muitos contextos organizacionais. Tanto que “*não é conhecida a verdadeira dimensão nem as consequências associadas às falhas na segurança dos doentes*” (Sousa, 2006, p. 312).

Uma das referências a esta problemática a nível nacional encontra-se no relatório “*Governança dos Hospitais: Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT*”, onde se afirma a convicção de que “*em cada 100 internamentos hospitalares 10 se compliquem por um qualquer erro, com dano para os doentes*” (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P, 2009, p. 16).

Estes dados sobre Portugal encontram-se de certo modo em linha com a generalidade dos países onde existe informação concreta sobre a temática. Assim e por analogia aos dados internacionais “*seria possível estimar entre 1.300 e 2.900 o número de mortes anuais, provocados por erros médicos*” (erros em cuidados de saúde) (Fragata e Martins, 2004, p. 29). Estes números são da mesma ordem de grandeza que o número de mortes em acidentes de viação durante o ano de 2002 (Fragata e Martins, 2004).

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

## 1.2- Concretizar a Qualidade em Saúde através da melhoria da Segurança do Utente

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

A qualidade foi tema de dissertação para os antigos filósofos, que a tornaram um dos conceitos com a maior relevância no moderno mundo ocidental. No entanto, muitas das definições de qualidade detêm, ainda hoje, um carácter tendencialmente abstracto “*Qualidade é o equilíbrio óptimo entre as possibilidades reconhecidas e um conjunto de normas e valores*”, (Mitchell, 2008, p. 1).

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

A preocupação com a qualidade passa assim a ser uma necessidade e um desafio crescente para a gestão em saúde e a definição de estratégias de melhoria da qualidade carece de se fundamentar em conceitos claramente definidos e sistematizados (Runciman et al., 2009).

Desta forma, o conceito de segurança do utente adquire valor acrescido, fornecendo um contributo importante face a esta necessidade de consubstanciação apresentando-se como “*Indistinguível da prestação de cuidados de saúde de qualidade*” (Aspden, 2004, p. 5).

Com isto corrobora o Institute of Medicine que considera a segurança do utente como a fundação em que se devem suportar as outras dimensões da qualidade de cuidados (Mitchell, 2008).

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

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

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

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

Na verdade, “*Uma garantia fundamental, implícita em todos os níveis e dimensões dos cuidados de saúde, que deve ser assumida pelos profissionais da área e partilhada com o doente*”.

*te, é que as falhas e os erros são realidades incontornáveis na prestação de cuidados de saúde, mesmo quando se trate de técnicas, diagnósticas ou terapêuticas, amplamente consensuais e realizadas por equipas altamente especializadas e com o recurso a equipamentos de 'última geração'. A prestação de cuidados de saúde é, pela sua natureza, uma actividade que envolve riscos.*" (Sousa, 2010, pp. 28-29). Por essa razão assumem particular importância os esforços de melhoria levados a cabo pelas próprias organizações de saúde. Ou seja, o estudo dos problemas específicos que cada organização de saúde enfrenta e a construção de estratégias de resposta adequadas é considerada como fundamental para a melhoria global dos resultados relacionados com esta temática (Henriksen et al., 2008).

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

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

Considerar a segurança como fundamental permitirá assegurar que a prestação de cuidados de saúde corresponde às expectativas dos utentes, isto porque *"Cada vez mais a Qualidade se define pelo encontro entre o serviço prestado e a expectativa dos utentes, não sendo mais a qualidade um standard abstracto mas a gestão do desejável encontro entre o nível dos serviços e o teor das expectativas geradas"* (Fragata e Martins, 2004, p. 18).

### 1.3- Compreender o carácter sistémico dos problemas de segurança

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

Compreender os problemas de segurança em saúde requer uma compreensão dos factores que se encontram relacionados com a sua origem. Tendo como base esta análise podemos considerar que a ocorrência de eventos adversos na prestação de cuidados pode ser atribuída à ocorrência de erro a nível organizacional (Fragata e Martins, 2004).

O erro pode compreender-se, na perspectiva da organização, como *"falha na consecução de uma acção planeada como desejado ou aplicação de um plano desadequado"* (Runciman et al., 2009, p. 22) e não, apenas, como um acto protagonizado por um indivíduo de forma irregular.

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

Assim, os problemas de segurança existentes nas organizações de saúde são dissecados à luz do erro individual e da culpabilização do indivíduo. Apesar deste processo ser emocionalmente satisfatório, pois conduz à punição daquele que errou, é insuficiente do ponto de vista da gestão organizacional por não ajudar a constituir qualquer tipo de aprendizagem ou melhoria a partir do mesmo (Fragata e Martins, 2004).

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

Por esta razão, importa salientar que a abordagem individual aos problemas de segurança geralmente não contribui para a resolução dos mesmos, conduzindo apenas à recriminação do indivíduo envolvido o que cria dificuldades para a desocultação das falhas existentes ao nível dos processos de trabalho.

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

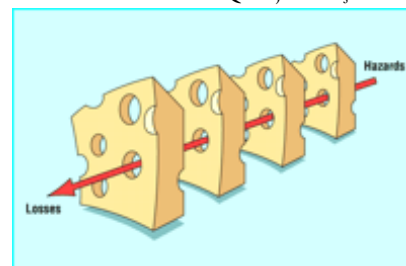
Assim e apesar do processo de análise das organizações enquanto sistemas complexos não ser natural para os profissionais de saúde, é importante sublinhar a importância deste tipo de entendimento para a melhoria da segurança do utente (Fragata e Martins, 2004; Henriksen et al., 2008). Isto porque “*A melhoria da segurança surge da atenção dada aos frequentemente múltiplos factores latentes que contribuem para o erro e em alguns casos para danos sérios*” (Donaldson, 2008, p. 4).

Para ilustrar este carácter sistémico, Reason (2002) propôs o modelo do Queijo Suíço (Figura 1) onde se apresentam os problemas na segurança como o resultado de uma sucessão de falhas que quando se alinham provocam a ocorrência do erro e consequentemente possibilitam a ocorrência de eventos adversos na segurança do utente.

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

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

Figura 1 – O modelo do Queijo Suíço de Reason

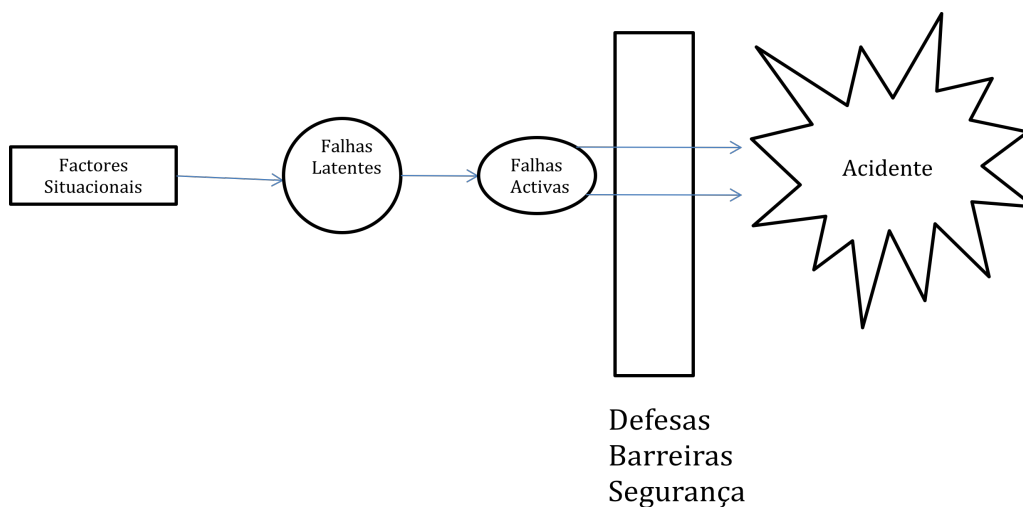


Fonte: Reason (2002)

As condições ou falhas latentes devem ser compreendidas como “*as acções tomadas mais a montante da organização e do sistema. Respeitam ao design do edifício e equipamentos, à estrutura, ao planeamento e aos recursos da organização*.” (Fragata e Martins, 2004, p. 46). Desta forma, as falhas latentes são decisões tomadas por aqueles que não intervêm directamente no sistema, mas que têm potencial de introduzir falhas no mesmo (administração, chefias, etc.). De notar que Reason (1994 como citado em Fragata e Martins, 2004, p. 75) refere “*o ponto chave a reter é que as falhas latentes são inevitáveis e estarão sempre presentes em qualquer sistema complexo*”.

Assim, nas organizações de saúde, tal com em outras organizações altamente complexas existem elementos de vulnerabilidade que residem na própria estrutura do sistema e que facilitam a ocorrência de eventos adversos (Figura 2). A conjugação entre estes elementos de vulnerabilidade e a falibilidade naturalmente associada aos humanos – *errare humanum est* - propicia a ocorrência de eventos adversos (Fragata e Martins, 2004).

Figura 2 – Esquema que ilustra a trajetória do acidente médico tipo



Fonte: Fragata (2004, p. 45)

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

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

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

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

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

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



#### 1.4- Concretizar a Qualidade em Saúde através da melhoria da Segurança do Utente

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

Por esta razão, os processos de comunicação são a base que sustenta o funcionamento organizacional. Ou seja, como nos adverte Chivenato (2005, p. 313) “*toda a organização funciona a partir dos processos de comunicação*”. Por esta razão, torna-se fundamental que estes processos sejam cuidadosamente considerados aquando do estudo dos problemas de segurança do utente, uma vez que é num bom suporte comunicacional que as organizações baseiam o desenvolvimento da maioria das suas funções (Chiavenato, 2005). Sem um adequado processo comunicacional “*as pessoas ficam isoladas e sem contacto entre si*” (Chiavenato, 2005, p. 314). A própria palavra comunicação “*provém do latim (communis) que significa tornar comum*” (Chiavenato, 2005, p. 316).

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

Além disso, o momento de passagem de turno deve dar resposta a várias solicitações simultâneas (Frie-

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

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

Sobre esta temática o Institute of Medicine americano refere “*é nas transferências de informação desadequadas que a segurança muitas vezes falha primeiro*.” (Friesen et al., 2008, p. 1). Também O’Daniel e Rosenstein (2008, p. 1) corrobora afirmando “*quando os profissionais de saúde não comunicam de forma eficaz, a segurança do utente está em risco*”.

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

Também a própria OMS, em parceria com a Joint Commission International (JCI), alerta para o facto de “*as falhas na comunicação serem a principal causa de incidentes reportados à Joint Commission nos Estados Unidos da América entre 1995 e 2006 e a primeira causa de queixa numa das principais agências de seguros do país*” (World Health Organization, 2007).

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

Também o Victorian Quality Council (2008, p. 3) australiana afirma “*A transferência de informação entre*

*profissionais de saúde é um reconhecido problema de segurança para o utente”.*

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

Um alargado estudo europeu, que envolveu cerca de 23.000 enfermeiros, permitiu determinar que um grande número destes profissionais se encontra insatisfeito com o momento de passagem de turno. Este estudo foi realizado em 10 países europeus e a percentagem de enfermeiros que se referiu insatisfeita com a passagem de turno variou entre 22% no Reino Unido e 61% em França. A insatisfação dos enfermeiros prendia-se, na maior parte dos casos, com a existência de demasiadas interrupções e com o pouco tempo para levar a cabo esta actividade (Meißner et al, 2007).

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

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

Se uma comunicação pouco eficaz pode conduzir a problemas graves de segurança, a literatura aponta, também, que melhorar a comunicação entre profissionais tem resultados positivos como a melhora do percurso da informação a transmitir, a melhora da eficácia das práticas de saúde, o aumentar o bem-estar de profissionais, utentes e famílias e a redução do tempo de internamento (O’Daniel e Rosenstein, 2008).

Ou seja, melhorar a comunicação encoraja a cooperação, potencia o trabalho de equipa e ajuda à prevenção de erros (O’Daniel e Rosenstein, 2008). Em última análise, melhorar a comunicação pode conduzir a uma melhoria global da qualidade dos cuidados de saúde prestados (O’Daniel e Rosenstein, 2008).

## 2- Procedimentos metodológicos

O estudo realizado teve como principal objectivo compreender a percepção dos enfermeiros prestadores de cuidados sobre a eficácia do momento de passagem de turno no Hospital XPTO do sector público e que medidas poderiam ser implementadas neste processo de trabalho para a melhoria da segurança do utente.

O local de realização deste estudo foi o Hospital XPTO do sector, em Lisboa. Esta escolha do local foi realizada de forma intencional por ser o local onde o investigador exerce a sua actividade profissional e com o desejo de possibilitar uma eventual utilização de resultados para fomentar a melhoria da segurança do utente através da melhoria dos cuidados de enfermagem.

Tratou-se de um estudo, essencialmente quantitativo, do tipo descritivo-correlacional, tendo vista a exploração das relações entre variáveis (Fortin, 1999). A colheita de dados para este estudo teve como base o questionário: Percepção dos Enfermeiros sobre a Passagem de Turno desenvolvido (com permissão das autoras) a partir do questionário “*Clinical Handover Staff Survey*” desenvolvido por O’Connell et al., (2008).

Foi realizado um pré-teste e na sua versão final o instrumento de recolha de dados encontrava-se composto por um texto de apresentação do estudo e 3 secções distintas. A secção **A – Dados Demográficos**, era composta por quatro questões; a secção **B – Estrutura da passagem de turno existente no serviço**, constituída por doze questões, todas de resposta múltipla. Na secção **C – Percepções dos enfermeiros sobre a passagem de turno**, esperava-se que os participantes demonstrassem

o seu grau de concordância ou discordância com uma série de afirmações (20 itens) através de uma escala tipo Likert de 7 pontos que variava entre: (1) Discordo Totalmente e (7) Concordo Totalmente. Além disso esta secção continha ainda quatro questões abertas.

Neste estudo optamos pela abordagem predominantemente quantitativa no tratamento da informação recolhida, focada em dois momentos distintos. Assim, após a autorização institucional, a colheita de dados desenvolveu-se tendo como base uma amostragem não probabilística, acidental ou de conveniência (132 enfermeiros). Foram salvaguardados os princípios de confidencialidade dos respondentes e demais procedimentos de consentimento informado e esclarecido.

As questões fechadas do instrumento de colheita de dados foram tratadas através de procedimento estatístico através de aplicação informática do SPSS v16. Foi efectuada a análise descritiva das variáveis quantitativas com o objectivo de melhor compreender as características subjacentes à estrutura e processo de passagem de turno. Para melhor compreensão e caracterização da variável dependente - conceito de eficácia da passagem de turno, procedeu-se à análise factorial da escala utilizada procurando *“explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para o descrever”* (Pestana e Gageiro 2000, p. 487).

A escala utilizada para a colheita de dados foi submetida a redução factorial tendo sido identificados 3 componentes explicativos da eficácia da passagem de turno. A consistência interna desta análise foi verificada recorrendo à análise de consistência interna de Alpha de Cronbach, uma vez que esta *“é uma das medidas mais usadas na verificação da consistência interna de um grupo de variáveis”* (Pestana e Gageiro, 2000, p. 525), tendo sido considerado que os dados detinham razoável consistência interna.

Procurou-se determinar a existência de relação entre as variáveis independentes – Tempo de Serviço e Antiguidade na Instituição e a variável dependente - Conceito de eficácia da passagem de turno em enfermagem. Para a realização desta análise de relação começámos por dividir as variáveis Tempo de Ser-

viço e Antiguidade na Instituição em intervalos segundo a sua mediana, depois foi realizada uma comparação de médias destes grupos utilizando o teste *T-Student* que compara duas amostras independentes.

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

### 3- Resultados

O estudo realizado contou com a participação de 132 enfermeiros dos quais 83% eram mulheres e 17% homens, distribuição considerada expectável a profissão de enfermagem (Carapinheiro e Lopes, 1996). O tempo de serviço apresentou-se como globalmente elevado aproximando-se dos 8 anos (em valor médio) e o valor aferido para a antiguidade na instituição correspondeu a cerca de 5 anos (em valor médio). Consideramos estes valores como elevados e acreditamos que permite aos profissionais deter uma opinião crítica sobre a importância da passagem de turno na manutenção da segurança do utente.

O maior número de resposta foi obtido nos serviços de Cirurgia Geral (22 questionários); Bloco de Partos/Urgência Obstétrica (20 questionários) e Medicina IV (15 questionários), serviços altamente especializados e onde a prestação de cuidados poderá estar bastante dependente da eficácia da passagem de turno. Determinamos que o tempo médio de duração da passagem de turno em enfermagem nesta instituição é de 41 minutos. Este valor é corroborado por estudos como o de Liukkonen (1993) que

refere que a passagem de turno dura, normalmente, entre 30 e 90 minutos.

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

Os achados deste estudo revelam, também, que os enfermeiros consideram que os métodos utilizados são eficazes no assegurar da continuidade de cuidados (93%). De referir que também no estudo realizado por Patterson et al. (2004) se determinou que em 68% dos casos os enfermeiros estão satisfeitos com a informação transmitida na passagem de turno. Também no estudo de O'Connell et al. (2008) se refere que os enfermeiros detinham uma percepção positiva da eficácia do momento de passagem de turno. Pudemos aferir que a informação transmitida na passagem de turno corresponde maioritariamente a um relato das ocorrências passadas no turno anterior (88%).

Determinámos ainda, que o enfermeiro responsável pelo utente é o emissor da informação em 85% dos casos sendo a informação transmitida por Outro em 15% das vezes. Na categoria Outros o chefe da equipa assume-se como o actor mais frequente (n=11). Pudemos compreender através da análise descritiva dos dados colhidos que a passagem de turno nesta instituição ocorre predominantemente em Outros locais (44%) como Sala normalmente utilizada para outros fins (n=30); Central de Enfermagem em local aberto (n=19) ou Sala específica para a passagem de turno (n=9). Em 27,3% dos casos a passagem de turno ocorre na Sala de Enfermagem, em 28,0% na Unidade do Utente.

### 3.1- Principais factores que interferem com o processo de passagem do turno em enfermagem

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

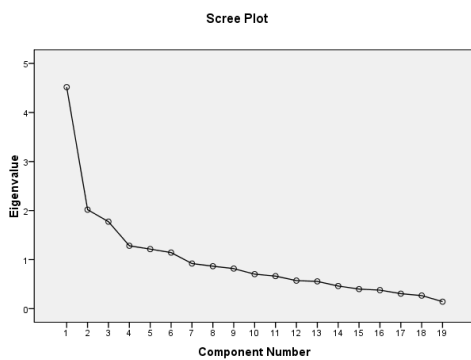
A determinação destes componentes foi feita através do procedimento de análise factorial por componentes principais (AFCP) sobre uma matriz de dados 20\*132. Para isso começamos por aplicar o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para verificar a exequibilidade desta técnica de tratamento de dados. Comumente consideram-se necessários para a exequibilidade deste tipo de análise valores de KMO superiores a 0,6 uma vez que “*é inaceitável fazer uma análise factorial com um KMO inferior a 0,5*” (Kaiser e Rice 1974, citado em Hill & Hill 2008, p. 275).

Nesta primeira análise, o valor de KMO foi de 0,720 o que demonstra uma boa correlação entre variáveis. O teste de esfericidade de Bartlett para esta primeira extracção factorial apresentava associado um nível de significância de 0,000 (*Approx. Chi-Square: 757,43; df=190*). Isto permite rejeitar a hipótese de nulidade segundo a qual a matriz de correlações seria igual à matriz identidade, não possuindo correlações significativas.

Apesar dos testes previamente referidos demonstrarem uma razoável correlação verificou-se, através da análise da tabela de rotação Varimax e da distribuição dos *eigenvalues*, (ou valores próprios), que o item 25 se encontrava associada a dois factores distintos, não contribuindo para tornar a identificação dos factores perceptível. Por essa razão consideramos oportuno realizar nova extracção factorial não considerando este item. Esta nova extracção factorial apresentou um KMO de 0,732, mantendo um nível de significância de 0,000 (*Approx. Chi-Square: 706,412; df=171*) no teste de Bartlett o que permite considerar o método de análise factorial como uma boa escolha para a análise dos dados do estudo. Utilizando novamente a AFCP com rotação Varimax, extraímos 6 factores com *eigenvalues* (valor próprio) superior a 1 segundo o critério Kaiser (que define

valores superiores a 1 para a definição dos factores a reter). Estes 6 factores explicavam 62,89% da variância acumulada dos dados (ver Tabela em Anexo), sendo estes os factores a reter. A análise do *Scree plot* (Figura 3) vem, também, confirmar que a inclinação se apresenta como mais acentuada até ao sexto factor, que se situa a nível 1 no eixo das ordenadas, tornando-se depois a recta paralela em relação ao eixo das abcissas.

Figura 3- Representação gráfica dos valores próprios dos componentes factoriais



Fonte: output do spss

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

Ao analisarmos a extracção factorial observamos que o primeiro componente, designado: **Oportunidade de reflexão partilhada** explica 23,78% da variância dos dados, correspondendo aos itens: 32, 33, 34, 35 e 36. Estes itens apresentam saturações neste factor que variam entre 0,891 e 0,671. O segundo factor, designado: **Oportunidade da Informação** explica 10,62% da variância dos dados, correspondendo aos itens: 17, 20, 21, 24, 26, 31. Estes valores apresentam saturações entre 0,736 e 0,506.

O terceiro componente, designado: **Envolvimento do Utente** explica 9,34% da variância dos dados e satura nos itens: 28 e 30. Apresenta valores de saturação de: 0,894 e 0,839. O quarto componente, designado por: **Factores negativos da passagem de turno**, explica 6,75% da variância total, suturando nos itens 23 e 19 com valores de: 0,659 e 0,644. O quinto componente, designado: **Confidencialidade**, explica 6,39% da variância total dos dados e sutura nos itens 27 e 29, com valores de: 0,753 e 0,567. O sexto componente é apenas representado pelo índice 18 (*Eu posso obter a informação transmitida na passagem de turno através do processo clínico do utente*) que constitui, um factor isolado com *loading* de 0,818 que explica 6,02% da variância total dos dados (ver Tabela em Anexo).

De acordo com a literatura consultada (Polit & Hungler, 2004; Moreira, 2004; Hill & Hill, 2008) um factor onde satura apenas um item não deve ser considerado como factor válido. Tal como refere Moreiran (2004, p. 392): “*O factor é a variável e vice-versa... não faz sentido efectuar uma análise factorial quando se tem apenas uma variável*”. Na nossa análise não consideramos este factor como explicativo da percepção da eficácia da passagem de turno.

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

Iniciámos a análise da consistência interna determinando o valor de Alpha de Cronbach para a escala de questões utilizada na recolha de dados. O valor global de Alpha para os 20 itens da escala foi de 0,701, o que se pode considerar como razoável. Após verificado o valor de Alpha para a escala completa optamos por submeter cada um dos componentes encontrados ao teste de Alpha de Cronbach para averiguar se todos poderiam ser usados

para explicar a eficácia da passagem de turno (Tabela 1).

Tabela 1- Consistência interna dos factores

	Número de Itens	Alpha de Cronbach's
Comp. 1	5	0,843
Comp. 2	6	0,720
Comp. 3	2	0,757
Comp. 4	2	0,250
Comp. 5	2	0,139

Fonte: output do spss

Tendo em conta os valores obtidos compreendemos que o Componente 1 – **Oportunidade para a reflexão partilhada** (Alpha=0,843); o Componente 2 – **Oportunidade da informação** (Alpha=0,720) e o Componente 3 – **Envolvimento do Utente** (Alpha=0,757) podem ser considerados como detendo adequada consistência interna, sendo relevantes para explicar a eficácia da passagem de turno neste contexto. Os restantes componentes (4 e 5) não se podem considerar como adequados ou válidos uma vez que apresentam valores de Alpha inadmissíveis (0,250 e 0,139). Em conjunto estes três factores retidos explicam 43,74% da variância total dos dados.

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

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

(ver Tabela 2).

Tabela 2- Medidas de tendência central e de dispersão dos principais factores

	Freq	Mín	Máx	Média	Desvio Padrão
Comp 1	127	2,00	7,00	5,10	1,12
Comp 2	127	3,67	7,00	5,59	0,72
Comp 3	127	1,00	7,00	3,50	1,66

Fonte: output do spss

### 3.2- Percepção da eficácia da passagem de turno e o tempo de serviço ou a antiguidade na instituição

Para a determinação destas percepções, consideramos os 3 componentes extraídos no ponto prévio através do método de análise factorial como identificadores da percepção da eficácia da passagem de turno. Recriámos através do SPSS a variável “percep\_eticacia” procedendo ao somatório dos itens mais relevantes de cada factor. Como identificadores das variáveis tempo de serviço e antiguidade na instituição utilizamos os grupos previamente definidos para estas variáveis.

Para estudar o comportamento da variável percepção esta foi submetida ao teste da bondade do ajustamento de Kolmogorov-Smirnov, observando-se que a variável percepção da eficácia da passagem de turnos segue uma distribuição normal (K-S=1,064; sig.= 0,207).

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

Tendo em conta distribuição normal da variável foi utilizado o teste *T-Student* para comparar os grupos:

«Grupo com Menor Tempo de Serviço»; «Grupo com Maior Tempo de Serviço». Foi utilizado um valor de significância de 0,05.

Tabela 3- Estatísticas o Tempo de Serviço

Tempo de Serviço – Percepção da Eficácia			
	Freq	Média	Desvio Padrão
<b>Grupo com Menor Tempo de Serviço</b>	70	4,94	0,729
<b>Grupo com Maior Tempo de Serviço</b>	62	5,14	0,708

Fonte: output do spss

Foi verificada a homogeneidade de variâncias através do teste de Levene ( $F=0,041$ ;  $p=0,840$ ), o que assegura a exequibilidade do teste *T-Student*. A análise dos valores obtidos através deste teste permite-nos afirmar a inexistência de diferenças significativas ( $t= -1,556$ ;  $df=128$ ;  $p=0,122$ ) quanto à percepção da eficácia da passagem de turno em enfermagem nos dois grupos definidos através da experiência profissional.

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

Tabela 4- Estatísticas o Tempo de Serviço

Tempo de Serviço – Percepção da Eficácia			
	Freq	Média	Desvio Padrão
<b>Grupo com Menor Antiguidade</b>	73	5,03	0,705
<b>Grupo com Maior Antiguidade</b>	59	5,04	0,751

Fonte: output do spss

Para se aferir sobre esta relação foi mais uma vez utilizado o teste *T-Student*. Também neste

caso o teste de Levenes ( $F=1,155$ ;  $p=0,285$ ) demonstra a homogeneidade de variâncias podendo o teste *T-Student* ser utilizado para a comparação de dois grupos independentes. Tal como no caso anterior, também neste caso não se verificam diferenças significativas na percepção dos enfermeiros prestadores de cuidados consoante a sua experiência profissional na instituição ( $t=-,076$ ;  $df=128$ ;  $p=0,940$ ).

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

### 3.3- Outras considerações sobre a problemática da passagem de turno em enfermagem

Questionados os inquiridos sobre os factores que interferem positiva e negativamente na passagem de turno e que alterações poderiam ser implementadas para a melhoria da mesma, obtivemos um conjunto de resultados relacionados com os factores físicos, semânticos e os de ordem pessoal.

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

Quanto aos factores que influem negativamente na passagem de turno observamos a presença, em maior frequência de factores físicos. Desta forma os enfermeiros referem como negativos para a eficácia da passagem de turno a existência de factores como:

*Interrupções ao momento de passagem de turno; Ruído/Barulho; Falta condições físicas ou privacidade no local onde ocorre a passagem de turno; Baixo Rácio Enfermeiro/Utente; Pouco tempo para a passagem de turno; Pouca organização do momento de passagem de turno; Urgências durante a Passagem de Turno.*

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

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

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

A análise destas medidas demonstra que os enfermeiros prestadores de cuidados consideram importante a tomada de medidas de âmbito prático para a melhoria da passagem de turno em enfermagem especialmente as que se relacionam com as características físicas da transferência de informação (em frequência), como: Existir sala apropriada para a passagem de turno; Assegurar confidencialidade/diminuir distração; Passar o turno junto do utente.

## Considerações finais e recomendações

Tendo em consideração os resultados do estudo, podemos concluir que os enfermeiros prestadores de cuidados no Hospital XPTO consideram que o componente mais importante para a eficácia da passagem de turno é a **Oportunidade da Informação**, logo seguido da **Oportunidade para a Reflexão Partilhada** (e do **Envolvimento do Utente**).

Assinalamos igualmente que no contexto organizacional estudado, a *Boa qualidade da Informação*, a *Linguagem/método adequado* ou a *Existência de Protocolo de Passagem de Turno* constituem elementos que contribuem positivamente para a eficácia da passagem de turno. No que se referem aos contributos menos positivos, predominam as situações relacionadas com *Interrupções ao momento de passagem de turno*, *Ruído/Barulho*, *Falta condições físicas ou privacidade no local onde ocorre a passagem de turno*.

Os resultados do estudo permitiram ainda constatar que a temática da segurança do utente no campo da qualidade em saúde, em especial na sua relação com a transmissão de informação é ainda um assunto pouco abordado pela literatura e investigação em Portugal, salientando-se por isso a necessidade de este assunto ser mais aprofundado.

Consideramos também que para além das medidas apresentadas é da máxima importância a adopção de uma abordagem justa e não punitiva do erro a nível organizacional, bem como uma cultura organizacional baseada na confiança e na análise objectiva.

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

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



Para a implementação destas soluções acreditamos que os serviços devem ser ouvidos nas suas especificidades, a necessidade de implementação deve ser avaliada em cada contexto e o processo de aplicação deve ser acompanhado de formação sobre a temática em causa.

Assim, para a superação dos problemas determinados, propomos que a intervenção organizacional a levar a cabo se centre em várias etapas sequencialmente dispostas, conforme exposto na Figura 4.

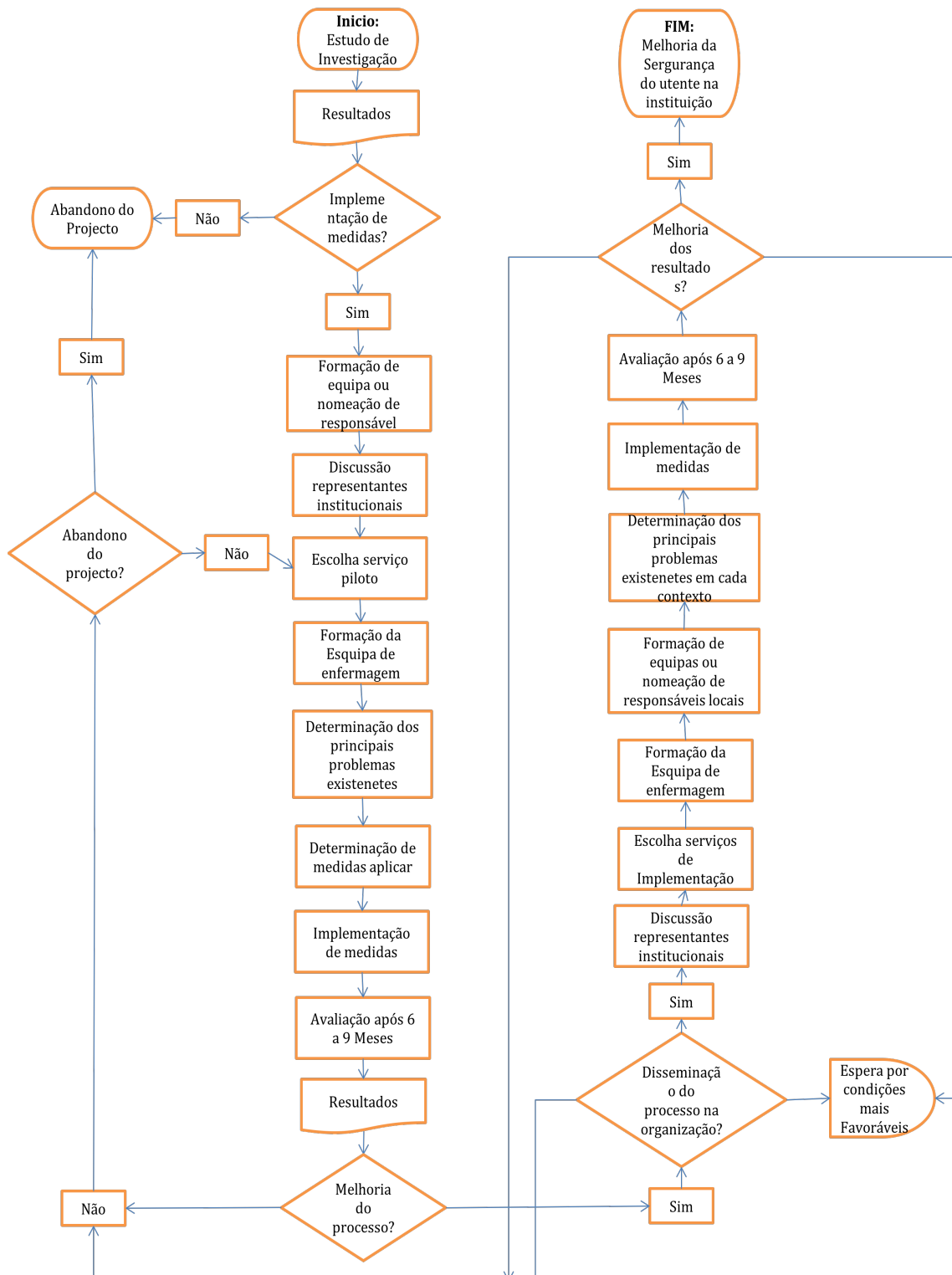
O plano de intervenção organizacional proposto pode assim ser compreendido como um processo que se inicia com o estudo que realizamos e que atravessa várias etapas diferenciadas para a implementação da melhoria da segurança do utente nesta instituição.

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

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

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

Figura 4 – Fluxograma de intervenção organizacional para a passagem de turno e para a melhoria da segurança do utente.



Fonte: autor

## Referências bibliográficas

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (2009). Governação dos hospitais: Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT, [http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20Cl%C3%ADnica%20dos\\_hospitais\\_Conclus%C3%B5es\\_finais\\_20\\_07\\_09\\_.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20Cl%C3%ADnica%20dos_hospitais_Conclus%C3%B5es_finais_20_07_09_.pdf) (Accessed on 12 November 2009)
- Aspden, P., Corrigan, J., Wolcott, J., e Erickson, S. (2004). Patient safety: achieving a new standard for care, [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=10863&page=5](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10863&page=5) (Accessed on 12 Jan 2009)
- Australian Commission on Safety and Quality in Health. (April 2008). A Structured Evidence-based Literature Review regarding the Effectiveness of Improvement Interventions in Clinical Handover, [http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/E0B59E130FA90A5CA2573AF007BC3C8/\\$File/CHoverLitReview.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/content/E0B59E130FA90A5CA2573AF007BC3C8/$File/CHoverLitReview.pdf) (Accessed on 21 September 2009)
- Bardin, L. (2004). Análise de conteúdo. Lisboa: Ed 70
- Carapinheiro, G. & Lopes, N. (1996). *Enfermeiros portugueses*. Lisboa: ISCTE
- Chiavenato, I. (2005). *Comportamento Organizacional: A dinâmica do sucesso das organizações*. Rio de Janeiro: Elsevier
- Comissão das Comunidades Europeias. (2008). Documento de trabalho dos serviços da comissão que acompanha a Comunicação e a Recomendação sobre a segurança dos doentes, [http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/patient\\_ia\\_exs\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_ia_exs_pt.pdf) (Accessed on 10 Agosto 2009)
- Department of Health. (2000). An organisation with a memory, [http://www.dh.gov.uk/dr\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4065086.pdf](http://www.dh.gov.uk/dr_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4065086.pdf) (Accessed on 13 Agosto 2009)
- Donaldson, M. (2008). An Overview of To Err is Human: Re-emphasizing the Message of Patient Safety, in *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, US: AHRQ Publication
- Fragata, J., & Martins, L. (2004). *O Erro em Medicina: Perspectivas do Indivíduo da Organização e da Sociedade*. Coimbra: Edições Almedina
- Friesen, M., Susan, V., & Byers, J. (2008). Handoffs: Implications for Nurses, in *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, US: AHRQ Pub.
- Henriksen, K., Dayton, E., Keyes, M., Carayon, P., & Hughes, R. (2008). Understanding Adverse Events: A Human Factors Framework, in *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, US: AHRQ Publication
- Hughes, R. (2008). Nurses at the “Sharp End” of Patient Care, in *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, US: AHRQ Publication
- Institute of Medicine. (2004). Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses, [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=10851&page=R2](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10851&page=R2) (Accessed on 13 November 2009)
- Joint Commission International Center for Patient Safety. (5 de Abril de 2005). MCIC Patient Safety, <http://ps.mcicvermont.com/appdocs/lps/Strategies%20to%20Improve%20Handoff%20Communication.pdf> (Accessed on 11 Fevereiro 2009)
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (1999). To err is human: building a safer health system, <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371> (Accessed on 15 December 2009)
- Liukkonen, A. (1993). The content of nurses’ oral shift reports in homes for elderly people, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 18, N. 7, pp. 1095-1100
- Meißner, A., Hasselhorn, H., Estryng-Behar, M., Nézet, O., Pokorski, J., & Gould, D. (2007). ‘Nurses’ perception of shift handovers in Europe: results from the European Nurses Early Exit Study’, *Journal of Advanced Nursing*, pp. 535–542
- Mitchell, P. (2008). Defining Patient Safety and Quality Care, in *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, US: AHRQ Publication
- O’Connell, B., Macdonald, K., & Cherene, K. (2008). Nursing Handover: It’s time for a change. *Contemporary Nursing*, pp. 2-11
- O’Daniel, M., & Rosenstein, A. (2008). Professional Communication and Team Collaboration, in *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, US: AHRQ Publication

- Ordem dos Enfermeiros Portugueses. (2001). Passagem de Turno, <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=164> (Accessed on 1 Setembro 2009)
- Patterson, E., Roth, E., Wood, D., Chow, R., & Gomes, J. (2004). Handoff strategies in settings with high consequences for failure: Lessons for health care operations, <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/16/2/125> (Accessed on 13 November 2009)
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementariedade do SPSS. Lisboa: Silabo
- Reason, J. (2002). *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press
- Runciman, W., Hibbert, P., Thomson, R., Van, D., Sherman, H., & Lewalle, P. (2009). Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms, <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/21/1/18> (Accessed on 11 November 2009)
- Seago, J. (2008). Professional Communication, in *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, US: AHRQ Publication
- SOUSA, P. (2006). Patient Safety: A Necessidade de uma Estratégia Nacional. Lisboa, Portugal, <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/4/309-318.pdf> (Accessed on 02 Maio 2009)
- SOUSA, P. (2010). Qualidade em Saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados. *TMQ - A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas*, Número Temático 1, pp. 19-31
- Victorian Quality Council. (2008). Evaluation of the effectiveness and acceptability of standardized clinical handover tools at four Victorian health services, [http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/downloads/ch\\_evaluation.pdf](http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/downloads/ch_evaluation.pdf) (Accessed on 23 May 2009)
- White, S. (2004). Improving patient safety using quality tools and techniques, em *Patient Safety: Principles & Practice*. New York: Springer Publishing Company
- World Health Organization. (2007). Communication During Patient Hand-Overs, <http://www.ccforspatientsafety.org/fpdf/presskit/PS-Solution3.pdf> (Accessed on 25 Outubro 2008).

## Nota:

- [1] Enfermeiro, Mestre em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde, Área de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, Universidade de Évora / Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL - Instituto Politécnico de Lisboa

**Tabela Anexo 1** – Caracterização da amostra de acordo com o Serviço do Hospital XPTO.

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

**Tabela Anexo 2** – Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao tempo despendido com a documentação relativa a cada utente (minutos).

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

**Tabela Anexo 3** – Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao tempo utilizado de forma a determinar a informação a transmitir ao colega que recebe o turno (minutos).

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

**Tabela Anexo 4** – Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao tempo de duração da passagem de turno (minutos).

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

**Tabela Anexo 5** - Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao método de transmissão de informação utilizado.

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

**Tabela Anexo 6** – Caracterização do momento de passagem de turno quanto ao tipo de informação transmitida na passagem de turno.

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

**Tabela Anexo 7 – Seção C: Percepções dos Enfermeiros sobre a passagem de turno: Análise dos Componentes principais e da sua variância.**

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

**Tabela Anexo 8 – Seção C: Percepções dos Enfermeiros sobre a passagem de turno: Loading dos Componente 1 a 5.**

<b>Componente 1 - Oportunidade de reflexão partilhada 23,78% da Variância total</b>		
<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Loading</b>
32	Tenho a oportunidade de discutir as situações clínicas difíceis que experienci.	0,756
33	Tenho a oportunidade de reflectir em conjunto com outros colegas quando tive um turno difícil	0,891
34	Tenho a oportunidade de discutir assuntos relacionados com a quantidade/carga de trabalho.	0,839
35	Tenho a oportunidade de colocar questões sobre assuntos que não compreendo	0,731
36	A passagem de turno é utilizada como momento de formação em serviço	0,671
<b>Componente 2 - Oportunidade da Informação 10,62% da Variância total</b>		
<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Loading</b>
17	É-me fornecida informação suficiente sobre os utentes.	0,736
20	A forma como a informação me é fornecida é fácil de acompanhar.	0,725
21	Tenho a possibilidade de clarificar a informação que me foi fornecida	0,562
24	A informação que eu recebo está actualizada.	0,506
26	Sou capaz de me manter concentrado na informação que me é transmitida.	0,673
31	Eu sinto que nem sempre me é fornecida informação importante durante a passagem de turno.	0,638
<b>Componente 3 - Envolvimento do Utente 9,34% da Variância total</b>		
<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Loading</b>
28	Tenho a possibilidade de verificar o estado do utente durante a passagem de turno.	0,839
30	Os utentes são envolvidos/estão presentes no processo de passagem de turno.	0,894
<b>Componente 4 - Factores negativos da passagem de turno 6,75% da Variância total</b>		
<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Loading</b>
19	É-me muitas vezes dada informação durante a passagem de turno que não é relevante para a prestação de cuidados.	0,659
23	Acho que a passagem de turno ocupa demasiado tempo.	0,644
<b>Componente 5 – Confidencialidade da Informação 6,39% da Variância total</b>		
<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Loading</b>
27	Tenho a oportunidade de discutir informação confidencial ou privada acerca do utente.	0,753
29	Sou muitas vezes interrompido por utentes ou pessoas significativas para os mesmos durante a passagem de turno	0,567

**Tabela Anexo 9** – Unidades de registo e respectivas frequência para factores que interferem positivamente na passagem de turno.

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

**Tabela Anexo 10** – Categorias e respectivas frequências para factores que interferem positivamente na passagem de turno.

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

**Tabela Anexo 11** – Unidades de registo e respectivas frequência para factores que interferem negativamente na passagem de turno.

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

**Tabela Anexo 12** – Categorias e respectivas frequências para factores que interferem negativamente na passagem de turno.

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

**Tabela Anexo 13** – Unidades de registo e respectivas frequência para medidas para a melhoria da eficácia da passagem de turno.

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

**Tabela Anexo 14** – Categorias e respectivas frequências de factores para a melhoria da eficácia da passagem de turno.

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