

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

Passagem de turno:

contributo para a qualidade na gestão da informação

Ana Catarina Pais da Cunha Almeida Matos



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

Passagem de turno:

contributo para a qualidade na gestão da informação

Ana Catarina Pais da Cunha Almeida Matos

Orientadora: Professora Doutora Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientador: Mestre António Manuel Marques, Enfermeiro Supervisor, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem: Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados



Ao Manuel, à Matilde e ao Martim Os meus filhos

AGRADECIMENTOS

Constituindo este trabalho o resultado de um empenho conjunto, agradeço a todos os que direta ou indiretamente tornaram possível a sua realização.

Aos meus orientadores, a Professora Doutora Rosa Melo e o Mestre António Marques, pela disponibilidade e motivação, pelo desafio e exigência, pelo suporte e partilha do conhecimento.

À Enfermeira Diretora Áurea Andrade, pela permissão na colaboração do estudo e autorização da colheita de dados.

À Enfermeira Elisa Melo, pelo apoio e partilha do conhecimento.

À Enfermeira Virgínia Abreu, por facilitar e incentivar o percurso.

Aos colegas do GASIDE, pelas várias contribuições, pela amizade.

Aos colegas do Núcleo de Investigação em Enfermagem, pela disponibilidade e ajuda.

Aos colegas do Mestrado, pela partilha do crescimento e dos bons momentos.

Aos enfermeiros, pela forma expressiva como colaboraram na investigação.

Às pessoas doentes, pela motivação para ser e fazer cada vez melhor.

À família e aos amigos, os meus amores, por serem e por estarem, sempre.

A Ti, pelo amor.

Bem hajam

SIGLAS

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

COVID – Corona Virus Disease

DGS - Direção Geral da Saúde

GASIDE – Grupo de Assessoria aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem

HG – Hospital Geral

HP – Hospital Pediátrico

HSC – Hospital Sobral Cid

HUC - Hospitais da Universidade de Coimbra

IOM - Institute Of Medicine

ISBAR - Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MBB – Maternidade Bissaya Barreto

MDM - Maternidade Daniel de Matos

NH - Nursing Handover

NIE – Núcleo de Investigação em Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PT - Passagem de Turno

SI – Sistemas de Informação

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SIS - Sistemas de Informação em Saúde

WHO - World Health Organization

RESUMO

A passagem de turno (PT) é um momento de transmissão da informação para a continuidade dos cuidados e de reflexão sobre as práticas. Contudo, faltam modelos consistentes que orientem esta prática, no sentido de uma melhor qualidade na gestão da informação.

Realizou-se um estudo de âmbito institucional, descritivo-exploratório e correlacional, com abordagem quantitativa e qualitativa, usando amostragem aleatória estratificada dos serviços de internamento do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, cujos principais objetivos foram identificar o modelo em uso na PT nos serviços de internamento e identificar áreas de melhoria da qualidade da PT. Colhidos dados em 24 serviços por gravação de duas PT por serviço, usando duas grelhas de observação e dois questionários, construídos para este estudo.

Os aspetos mais valorizados foram Diagnósticos Médicos (68,5%), Atitudes Terapêuticas (70.7%), Prescrições Médicas (58.9) e «outros dados» (66%); os mais desvalorizados reportam-se à Avaliação Inicial (19.4%), Atividade Diagnóstica (36.8%), Diagnósticos de Enfermagem (41.8%) e Intervenções de Enfermagem (30.7%) em linguagem classificada. O enfermeiro gestor adotou uma intervenção promotora do pensamento de enfermagem em 13.0% dos casos. Verificou-se a existência de uma correlação positiva entre a prevalência dos referenciais teóricos nas auditorias realizadas aos sistemas de informação e documentação em enfermagem e a valorização dos Diagnósticos de Enfermagem e da área autónoma e concetual (global) na PT. Não se verificou a existência de relação entre a duração da PT e a quantidade de erros/inconsistências. Os Diagnósticos de Enfermagem tendem a ser mais valorizados nos serviços em que a intervenção do enfermeiro gestor é promotora do pensamento em enfermagem.

As sugestões de melhoria que emergiram foram nas áreas da gestão da informação, explicitação da tomada de decisão clínica em enfermagem, interrupções da PT, condições físicas/espaço, organização da PT e dotação de pessoal.

Prevalece ainda uma conceção de cuidados centrada numa lógica executiva em detrimento duma lógica concetual. Importando que o enfermeiro gestor adote uma liderança promotora do pensamento de enfermagem e da utilização do processo informatizado como suporte à transmissão da informação na PT.

Palavras-chave: passagem de turno, modelo em uso, enfermeiro gestor, qualidade.

ABSTRACT

The nursing handover is the moment in which information is transmitted to provide care continuity and of reflection of the practices. However, there is a lack of consistent models that guide towards this practice, in order to provide greater quality in information management.

A institutional, descriptive-exploratory and correlational scope study was undertaken with a quantitative and qualitative approach, using stratified random sampling of the inpatient services of the Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; in which the main objectives were the identification of the nursing handover model in use by the inpatient services, and to identify the areas in which the nursing handover could be improved. Data was collected from 24 services, from which two nursing handover's were recorded from each service, using two grids for observations and two questionnaires, created for this study.

The most valued aspects were the Medical Diagnostics (68.5%), Therapeutic Attitudes (70.7%) and Medical Prescriptions (58.9%) in classified language and «other data» (66%); the least valued were Initial Assessment (19.4%), Diagnose Activity (36.8%); Nursing Diagnoses (41.8%) and Nursing Interventions (30.7%) in classified language. The nurse manager adopted an intervention that promotes nursing thinking in 13.0% of the cases. There was a positive correlation between the prevalence of theoretical frameworks in the audits carried out on nursing information and documentation systems and the valuation of Nursing Diagnoses and the autonomous and conceptual area (global) in nursing handover. The existence of a relationship between the duration of the nursing handover and the quantity of errors/inconsistencies was not verified. The Nursing Diagnostics tend to be more valued in services where the intervention of the nurse manager promotes nursing thinking.

The suggestions for improvement that emerged were in the areas of information management, explanation of clinical decision-making in nursing, nursing handover interruptions, physical/space conditions, nursing handover organization and staffing.

The concept of centralised care still prevails under an executive logic rather than a conceptual logic. It is important that the nurse manager adopts a leadership that promotes nursing thinking and the use of the computerised process to support the transmission of information in the nursing handover.

Keywords: nursing handover, model in use, nurse manager, quality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estratificação proporcional da população65
Tabela 2 – Presença do enfermeiro gestor na passagem de turno
Tabela 3 – Presença e intervenção do enfermeiro gestor na passagem de turno 76
Tabela 4 – Presença dos enfermeiros na passagem de turno
Tabela 5 – Número de doentes internados e duração da passagem de turno 77
Tabela 6 – Local da passagem de turno e número de computadores disponíveis 78
Tabela 7 – Uso do sistema informático na passagem de turno e suportes alternativos
Tabela 8 – Consulta do mapa de cuidados79
Tabela 9 – Enfermeiro disponível para responder às solicitações durante a passagem de turno 79
Tabela 10 – Existência de norma interna para a passagem de turno
Tabela 11 – Conteúdo da informação oral transmitida na passagem de turno 81
Tabela 12 – Taxa de prevalência de referenciais teóricos nos registos de enfermagem.
82
Tabela 13 – Estudo da correlação entre a valorização da área autónoma e concetual na passagem de turno e os resultados das auditorias no que concerne à componente concetual dos registos de enfermagem
Tabela 14 – Estudo da correlação entre a duração da passagem de turno e aquantidade de erros/inconsistências83
Tabela 15 – Estudo da diferença na valorização da área autónoma e concetual napassagem de turno em função da intervenção do enfermeiro gestor na passagem deturno
Tabela 16 – Perspetiva dos enfermeiros acerca da passagem de turno
Tabela 17 – Categorias, subcategorias e frequências das unidades de registo das sugestões de melhoria da qualidade da passagem de turno

SUMÁRIO

	Pág
INTRODUÇÃO	19
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1 – GESTÃO EM ENFERMAGEM	25
1.1 – GESTÃO DE CUIDADOS	27
1.1.1 – Referenciais de cuidados	28
1.1.2 – Sistemas de Informação em Enfermagem	32
1.1.3 – O valor da informação em saúde	34
1.2 – QUALIDADE EM SAÚDE	36
1.3 – GESTÃO DA MUDANÇA: MODELO DE KOTTER	43
2 – PASSAGEM DE TURNO	47
2.1 – CONCEITOS E MODELOS DE PASSAGEM DE TURNO	47
2.2 – CONTINUIDADE DE CUIDADOS E SEGURANÇA DO DOENTE	53
2.3 – RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO GESTOR	56
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	59
1 – PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	61
2 – METODOLOGIA	63
2.1 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO	63
2.2 – TIPO DE ESTUDO	64
2.3 – POPULAÇÃO / AMOSTRA	64
2.4 – VARIÁVEIS E HIPÓTESES	65
2.5 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITAS DE DADOS	67
2.5.1 – Instrumentos de colheitas de dados	69
2.6 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	71
2.7 – ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS	72
3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	75

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	.115
CONCLUSÃO	.109
4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	95
3.2 – ÁREAS DE MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DA PT	86
3.1 – MODELO EM USO NA PASSAGEM DE TURNO	75

ANEXOS

ANEXO I – Questionário 1 (Enfermeiros Gestores)

ANEXO II – Questionário 2 (Enfermeiros)

ANEXO III - Grelha de Observação A

ANEXO IV - Grelha de Observação B

ANEXO V – Guião para preenchimento da Grelha de Observação B

ANEXO VI – Autorização da instituição

ANEXO VII - Informação enviada aos Senhores Enfermeiros Supervisores / Gestores

INTRODUÇÃO

A enfermagem afirma-se como uma profissão em permanente evolução onde é evidente a progressiva necessidade de cuidados de enfermagem, bem como a sua crescente complexidade. A excelência da prática dos enfermeiros está relacionada com cuidados de enfermagem baseados na evidência, ou seja, a tomada de decisão clínica em enfermagem deve ser fundamentada na melhor evidência científica disponível.

Enquanto ciência assente na interação humana, a enfermagem compreende uma riqueza informativa excecional (Pereira, 2009a), sendo que os enfermeiros na sua prática clínica diária veiculam informação permanentemente entre si.

A Passagem de Turno (PT) dos enfermeiros é o momento de eleição para a transmissão de informação efetiva para a continuidade de cuidados, assim como de análise e reflexão das práticas e de formação oportuna em contexto de trabalho, com impacto evidente na qualidade dos cuidados e segurança da pessoa doente.

Vários estudos evidenciam que algumas práticas relacionadas com a PT se mostraram frágeis e que são necessárias mudanças para garantir a segurança e nortear as práticas inerentes à PT (Gonçalves et al., 2017; Pearce, 2018; Silva et al., 2017).

Apesar de conhecidas as consequências negativas das passagens de turno inadequadas, poucas pesquisas foram feitas para identificar as melhores práticas. Há consistência na sugestão de estratégias para transferências efetivas, mas há uma escassez de evidências a apoiá-las (Riesenberg, Leisch & Cunningham, 2010). Os mesmos autores sugerem estudos de alta qualidade dos resultados das PT, focados nos fatores do sistema, no desempenho humano e na eficácia de protocolos e intervenções estruturados.

Fealy et al. (2019) referem que a prática da PT merece maior nível de destaque nas políticas dos hospitais ou nos procedimentos operacionais. É neste cenário que nasce o presente estudo, de âmbito institucional, solicitado pela Direção de Enfermagem do CHUC.

A PT afirma-se como uma estratégia de gestão fundamental para organização do processo de trabalho de enfermagem no cuidado hospitalar (Silva et al., 2017). Neste seguimento, torna-se necessário investir na temática da PT, particularmente com

enfoque na criação e adoção de práticas inovadoras, a fim de basear este cuidado na melhor evidência possível.

De acordo com o facto evidenciado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de que a PT exige uma transmissão da informação efetiva, esta entidade definiu como meta a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde durante a PT e transferência de doentes, pois a efetividade nesses processos promove a qualidade de cuidados e segurança dos doentes (World Health Organization (WHO), 2007).

Segundo Smeulers e Vermeuler (2016), para estabelecer uma comunicação efetiva no complexo processo de PT, é necessário um procedimento padronizado que também se ajuste à situação local. É este o desafio na prática da PT que emerge para o gestor em enfermagem. Que padrão? Que modelo?

Ciente de que a organização do CHUC abarca múltiplas realidades no contexto da transição de cuidados, o presente estudo justifica-se para reconhecimento dos modelos em uso, perspetivando a sua convergência para a tomada de decisão clínica em enfermagem subsidiada pelos referenciais teóricos adotados pela instituição.

Assim, atendendo à importância da problemática apresentada pretende-se estudar a organização / paradigma que orienta a PT dos enfermeiros nos serviços de internamento do CHUC. Deste modo, surge a questão principal deste estudo: Qual o contributo da PT dos enfermeiros nos serviços de internamento do CHUC para a qualidade na gestão da informação?

Nesse sentido, delineou-se como objetivo geral analisar a qualidade da PT nos serviços de internamento do CHUC e como objetivos específicos:

- Identificar o modelo em uso na PT nos serviços de internamento do CHUC;
- Analisar a relação entre a valorização da área autónoma e concetual na PT e os resultados das auditorias ao processo de prestação de cuidados de enfermagem, no que concerne à componente concetual dos registos de enfermagem;
- Identificar a relação entre a duração da PT e a quantidade de erros / inconsistências;
- Identificar a influência da intervenção do enfermeiro gestor na valorização da área autónoma e concetual na PT;
- Identificar áreas de melhoria da qualidade da PT;
- Proporcionar orientações para a elaboração de um guia orientador de boas práticas para a PT no CHUC.

Para a concretização destes objetivos, desenvolveu-se um estudo descritivo-exploratório com uma vertente correlacional em torno de hipóteses relevantes para a compreensão do fenómeno, analisando algumas das suas influências. Optou-se por uma abordagem mista, tendo sido realizada a colheita de dados qualitativos e quantitativos, com recurso a uma amostragem aleatória estratificada dos serviços de internamento do CHUC. Os instrumentos de colheita de dados foram desenvolvidos pelo Grupo de Assessoria aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem (GASIDE) e pelo Núcleo de Investigação em Enfermagem (NIE). Os dados foram recolhidos por gravação de duas passagens de turno por serviço de internamento (noite-manhã e manhã-tarde), recorrendo a duas grelhas de observação e dois questionários, destinados aos enfermeiros que participaram na PT e ao enfermeiro gestor.

Em termos estruturais, o presente estudo encontra-se dividido em duas grandes partes: uma primeira parte intitulada Enquadramento Teórico, onde é apresentada uma síntese da revisão da literatura acerca dos conceitos relacionados com a temática em análise e uma segunda parte designada Estudo Empírico, onde está descrita a metodologia de investigação usada no estudo e a análise e discussão dos resultados.

No enquadramento teórico aborda-se, no primeiro capítulo, a prática da gestão em enfermagem, assumindo particular relevância a gestão de cuidados assente nos referenciais de cuidados para a clarificação da intencionalidade e objetivo da ação terapêutica, na relevância dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) para a gestão da informação e no valor da informação para a tomada de decisão clínica. Neste capítulo salienta-se também a qualidade em saúde como uma prioridade, uma exigência e um requisito para a gestão das organizações de saúde e é ainda feita uma breve explicitação do modelo de Kotter para a gestão do processo de mudança. No segundo capítulo são clarificados alguns conceitos e modelos de PT, bem como salientada importância da PT para a continuidade de cuidados e segurança do doente. Ainda no segundo capítulo será dada particular evidência às responsabilidades do enfermeiro gestor na PT.

Segue-se o estudo empírico, onde é explicitado o contexto em que surge o estudo no primeiro capítulo. No segundo capítulo apresentam-se os aspetos metodológicos, nomeadamente a questão de investigação e os objetivos do estudo, o tipo de pesquisa, a determinação da população e amostra, as variáveis e as hipóteses a testar, os procedimentos de colheitas de dados e os procedimentos formais e éticos. No terceiro capítulo apresentam-se e analisam-se os resultados distribuídos pelo

modelo em uso na PT e pelas áreas de melhoria contínua da qualidade da PT. No quarto capítulo procede-se à discussão dos resultados obtidos, desenvolvida igualmente a partir dos objetivos do estudo, confrontando os resultados e os achados obtidos com os trabalhos desenvolvidos por outros autores e com o estado da arte.

Como corolário das várias etapas do processo de investigação apresentam-se os principais resultados e respetivas conclusões do estudo, finalizando com as sugestões de melhoria para a prática da PT e limitações do estudo.

Importa ainda referir que a formatação deste relatório teve como base orientadora o Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos emanado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra em 2016 e que as traduções são da autoria da redatora da dissertação.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – GESTÃO EM ENFERMAGEM

A área da gestão tem-se evidenciado como um dos mais importantes campos de atuação e diferenciação dos enfermeiros. Os enfermeiros gestores integram nas suas práticas conhecimento da ciência da gestão e são influenciados pelas tendências, teorias e princípios inerentes à disciplina da gestão. No entanto, ao alicerçarem o seu pensamento na disciplina de enfermagem, podem evidenciar valores, atitudes e comportamentos que se vertem numa visão distinta e específica da gestão em enfermagem (Potra, 2015).

Na sequência da especificidade e exigência que ancoram a prática de gestão em enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (OE) publicou em 2018 o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão onde é definido o perfil de competências do enfermeiro gestor, com vista a assegurar uma gestão de qualidade pela garantia do exercício profissional, em conformidade com a Deontologia Profissional e outros normativos específicos da enfermagem.

Numa perspetiva integrada e integradora e tendo por base o processo de desenvolvimento e valorização profissional, o exercício de funções de gestão por enfermeiros passa, assim, a necessitar de ser reconhecido, validado e certificado pela OE, sendo que o enfermeiro gestor é aquele:

que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da Organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à Organização e valor social aos enfermeiros; é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde. (Regulamento n.º 76/2018, p. 3478)

Este regulamento define cinco áreas e as respetivas competências do domínio da gestão, sendo que cada competência é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de competência, das quais se destacam duas pela relação com a problemática em estudo:

a) A prática profissional ética e legal (A):

Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional.

b) A gestão pela qualidade e segurança (B):

Desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações. (Regulamento n.º 76/2018, p. 3479)

A prática dos enfermeiros da área da gestão é determinante para garantir a qualidade e segurança do exercício profissional, tendo relação direta com a obtenção de ganhos em saúde. No âmbito do exercício profissional de enfermagem, o processo de gestão vai ao encontro da gradação da complexidade das suas funções, de acordo com os diferentes contextos do exercício profissional de enfermagem e aos três níveis da gestão, designadamente:

- "a) Nível estratégico ou institucional, referente à gestão de topo da Organização;
- b) Nível tático ou intermédio, referente à gestão de um conjunto de unidades e/ou serviços ou departamentos;
- c) Nível operacional, referente à gestão de serviço e/ou unidade assistencial" (Regulamento n.º 76/2018, p. 3479).

De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, a prestação de cuidados de saúde exige uma gestão atenta e inovadora dos vários e complexos aspetos humanos, técnicos e organizacionais, devido à necessidade permanente de adaptação à variedade de patologias, atos, diagnósticos e terapêuticas de cada serviço prestador de cuidados (Despacho n.º 1400-A/2015).

Os enfermeiros gestores ocupam uma posição decisiva na gestão das organizações de saúde, sendo que os gestores operacionais em enfermagem assumem um papel de gestão numa das áreas mais cruciais destas organizações – as unidades prestadoras de cuidados, onde há maior evidência da tomada de decisão dos enfermeiros sobre o processo de saúde-doença dos clientes, onde estas decisões têm o maior impacto e onde devem ser tomadas com maior rapidez (Potra, 2015). É neste

sentido que se explora de seguida uma área concreta da gestão em enfermagem: a gestão de cuidados.

1.1 – GESTÃO DE CUIDADOS

Os enfermeiros, sendo o grupo profissional mais representativo na área saúde, e em particular nas instituições hospitalares, desempenham um papel fundamental no processo de cuidados e na sua gestão. A gestão de cuidados emerge, assim, como uma área de intervenção da enfermagem essencial para a qualidade dos cuidados prestados pelas unidades de saúde.

Os novos modelos organizacionais e os modernos conceitos de gestão hospitalar circunscritos num conjunto de políticas, estratégias e processos baseados na qualidade, capazes de garantir a melhoria contínua, exigem centralidade inequívoca no cliente e fulcro na prestação dos cuidados de saúde (Barbosa et al., 2011).

O enfermeiro gestor deve conceber e implementar o processo de gestão e, particularmente, o processo de gestão de cuidados, alicerçado numa conceção da disciplina de enfermagem igual à que adota para a orientação da prática clínica. Tendo por base, entre outras, as perspetivas de qual a missão e valores da enfermagem, do que são cuidados de enfermagem de qualidade, das necessidades dos clientes e significativos, das condições do ambiente de cuidados que poderão ser promotoras de cuidados humanizados, esta conceção orientará as atividades clínicas e de gestão, promovendo uma visão partilhada da missão a toda a equipa de enfermagem (Potra, 2015).

Neste seguimento, o enfermeiro gestor tem um papel essencial na garantia de cumprimento do enunciado descritivo "a organização dos cuidados de enfermagem" dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2002). Na persecução da máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro deve atender, nomeadamente, aos seguintes aspetos:

- a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem;
- a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
- a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de

enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente;

- a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional;
- o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem;
- a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade;
- a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade. (OE, 2002, p. 15)

A gestão da qualidade, incluindo a dos cuidados de enfermagem, não existe sem avaliação que, por sua vez, é inexequível sem informação, pelo que são essenciais sistemas de informação (SI) capazes de produzir dados e indicadores consistentes e fiáveis, na perspetiva da saúde dos doentes e da qualidade dos cuidados de saúde prestados, úteis simultaneamente à boa prática clínica e à gestão, favorecendo a adoção de estratégias de decisão baseadas na evidência, e possibilitando a avaliação e o desenvolvimento de processos de auditoria e controlo de qualidade (Barbosa et al., 2011).

É de salientar, também, a importância de que este sistema de comunicação seja ágil, eficiente, facilmente acessível, desburocratizado, que permita a transmissão de informações e responsabilidades com procedimentos simplificados, respeitando códigos éticos, protegendo a confidencialidade e assegurando a continuidade dos cuidados (Barbosa et al., 2011).

1.1.1 - Referenciais de cuidados

Sendo uma ciência humana prática, a enfermagem concebe e usa um corpo de conhecimento disciplinar exclusivo, afirmando-se como uma disciplina científica com características próprias, distinta das outras profissões das ciências da saúde. O pensamento teórico tem evoluído nas últimas décadas num percurso de grande riqueza concetual, muito dele produzido pela investigação, gerando teorias e modelos com diferentes representações da enfermagem, com valor interpretativo da prática dos enfermeiros. Esta riqueza deve ser apropriada pelos enfermeiros de forma plural – teórica e metodológica (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

Falando de teorias e modelos, interessa antes de mais conceituá-los. A teoria pode ser definida como uma explicação sistemática de um evento em que os componentes e os

conceitos são identificados, os relacionamentos são propostos e as previsões são feitas. Para ser útil, uma teoria deve ser significativa e relevante, mas principalmente compreensível (Streubert & Carpenter, 2011). O valor de qualquer teoria de enfermagem, sobretudo das grandes teorias, é a sua capacidade para expandir a enfermagem enquanto ciência humana prática (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

Já os modelos concetuais e teóricos concebem instrumentos através dos quais os enfermeiros podem comunicar as suas convicções profissionais, proporcionam uma estrutura moral / ética para orientar as suas ações e favorecem um modo de pensar sistemático sobre a enfermagem e a sua prática (Chinn & Kramer, 2011).

Pode então dizer-se que os referenciais de cuidados são orientadores do processo de tomada de decisão, clarificando a intencionalidade e o objetivo da ação terapêutica, determinando respostas melhores e mais estruturadas às necessidades da pessoa.

No caso concreto da instituição onde decorreu o presente estudo, o CHUC, os referenciais de cuidados adotados para subsidiarem a tomada de decisão clínica dos enfermeiros são: a Teoria das Transições de Meleis, a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado de Orem, o Modelo de Calgary de Avaliação da Família e o Modelo de Parceria de Anne Casey.

A eleição destes referenciais de cuidados relaciona-se com a exigida abrangência da prática profissional do enfermeiro em resposta à diversidade da condição de saúdedoença das pessoas assistidas nos vários Polos do CHUC, compreendendo as diferentes fases do ciclo vital e a necessária adaptação ao seu processo de vida (Melo et al., 2017). De seguida, contextualiza-se sumariamente a pertinência de cada um dos referenciais enumerados para iluminar a prática dos enfermeiros do CHUC.

No atual contexto de aumento das doenças crónicas com consequente alteração da condição saúde-doença das pessoas, a Teoria das Transições oferece uma estrutura que permite a ação profissional focada dos enfermeiros, no sentido de ajudar as pessoas a vivenciarem transições saudáveis. Por outro lado, quer o aumento da esperança de vida quer a presença de fatores condicionantes, têm potencial impacto na diminuição da capacidade / dependência na realização do autocuidado, encontrando os enfermeiros a estrutura do conhecimento disciplinar para a resposta a um conceito central da profissão — o autocuidado, na Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Orem. A assunção da família como unidade de cuidados e como contexto de cuidados exige aos enfermeiros a adoção de abordagens distintas em prol de cuidados mais efetivos que visem mais e melhor saúde da família, apresentando-se o Modelo de Calgary de Avaliação da Família como uma estrutura fundamental para

os enfermeiros no trabalho com as famílias. No que respeita aos contextos de cuidados pediátricos e neonatais, a introdução do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey emerge como uma ferramenta para os enfermeiros descreverem, discutirem e melhorarem o cuidado parental das crianças doentes (Melo et al., 2017).

O exercício profissional dos enfermeiros incorpora, então, conhecimento disciplinar norteado por teorias e modelos em enfermagem, hoje mais evidente nos modelos expostos do que nos modelos em uso.

Evidencia-se assim a necessidade de evolução de "modelos em uso muito circunscritos ao paradigma biomédico – com ênfase na gestão de sinais e sintomas da doença" (Silva, 2007, p. 14), para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, expressa na tomada de decisão dos enfermeiros e nas práticas sustentadas por referenciais de cuidados.

Em síntese, há

uma perceção generalizada de que o paradigma biomédico – no qual os enfermeiros atribuem todas as prioridades à gestão de sinais e sintomas das doenças e às atividades de colaboração direta com a medicina – é dominante e de que há dificuldades de vária ordem (individuais, profissionais, organizacionais, etc.) em introduzir aspetos característicos dos modelos expostos que emergiram do desenvolvimento disciplinar da Enfermagem, nos modelos em uso nas práticas profissionais. (Silva, 2007, p. 11)

Importa assim que o exercício profissional dos enfermeiros evolua dos modelos em uso para modelos que valorizem a teoria de enfermagem (Silva, 2007).

No entanto, a apropriação dos referenciais de cuidados pelos enfermeiros e a sua transferibilidade para a prática de cuidados são um processo complexo. Como referem Ribeiro, Martins, Tronchin e Silva (2018),

a intenção dos enfermeiros em adotar uma prática sustentada nos referenciais teóricos da disciplina tem sido negativamente influenciada pelos ambientes da prática, bem como pela dificuldade em compreender e integrar os referenciais teóricos, de onde emerge a necessidade de se adotarem estratégias. (p. 39)

No sentido de sustentar a prática de enfermagem nas conceções da disciplina, aproximando o modelo em uso ao modelo exposto, a implementação de estratégias como a reflexão, a formação e a medição através de auditorias e indicadores emergem como profícuas.

Os processos de reflexão na ação e sobre a ação são promotores da mudança. Nesta perspetiva, pretende-se que, no desenvolvimento da atitude reflexiva, os enfermeiros sejam capazes de

produzir instrumentos abstratos de conhecimento para interpretar contextos de ação reais, impedindo que a naturalização das práticas veja apenas rotinas e saberes tácitos e procedimentais. Pensamos que a reflexão crítica constitui-se como condição imprescindível ao desenvolvimento, quer na dimensão profissional, de acesso aos conhecimentos específicos de enfermagem (sejam de natureza científica, técnica ou contextual), quer na dimensão pessoal de acesso ao conhecimento de si próprio. (Sousa, 2006, p. 135)

No estudo de Ribeiro et al. (2018), a formação organizada pela instituição hospitalar assim como a formação em serviço são apontadas como estratégias para a integração dos referenciais teóricos de enfermagem. Também é sugerida como estratégia interessante a existência de enfermeiros da equipa que, decorrente de processos formativos anteriores, sejam capazes de potenciar e facilitar a mudança.

Também a análise objetiva de processos de doentes de uma forma sistemática permite obter evidências da expressão dos referenciais de cuidados, emergindo como elemento facilitador da mudança pretendida.

De acordo com Pereira (2009a, p.350), a

criação de mecanismos locais de auditoria à documentação processada, caminhará, lado a lado, com os programas centrados na melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, na medida em que os tempos de que dispomos são estes, com todos os seus sinais, movimentos e condicionalismos. Nesta perspetiva, urge "... fazer, em muitas situações, outra enfermagem", capaz de promover respostas humanas mais eficazes para lidar com as transições experimentadas. [sublinhado do autor]

Releva também que a documentação espelhe os cuidados prestados, os dados relevantes e centrados na pessoa e sua condição. A quantidade e a qualidade da informação conduzirão a uma melhor decisão, pelo que a informação se assume como elemento central no processo de tomada de decisão do enfermeiro.

Este aspeto é corroborado por Silva (2001, p. 19) quando evidencia que "hoje, o primeiro recurso a gerir é a informação e assim, os sistemas de informação em enfermagem, têm de ser alvo de investigação e reflexão, por forma a que a natureza peculiar dos cuidados de enfermagem não fique invisível nos SI do futuro". E o

enfermeiro, com o dever imposto pela regulamentação do exercício da profissão, "efetua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de Enfermagem" e "documenta o processo de cuidados" (Regulamento n.º 190/2015, p. 10089).

1.1.2 – Sistemas de Informação em Enfermagem

Sendo a atividade hospitalar bastante diversificada, complexa e de difícil gestão, requer métodos alinhados com SI hospitalar, que contribuem para gerir um aumento de produtividade, acresçam valor ao conhecimento técnico e que concebam maior grau de independência e qualidade na geração do conhecimento, uma vez que as tarefas de cunho exclusivamente rotineiras devem ser executadas pelos SI, com maior segurança, libertando assim as pessoas para funções de controlo e acompanhamento (Nóbrega, 2011).

Com vista a suportar a complexidade organizacional na área da assistência em saúde, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) agregam um conjunto de dados, informações e conhecimento utilizados na área de saúde para sustentar o planeamento, o aperfeiçoamento e o processo de tomada de decisão dos múltiplos profissionais e auxiliar no controlo das organizações de saúde (Marin, 2010).

Efetivamente, na área da saúde, os SI têm sido utilizados com o objetivo de transformar os dados recolhidos e armazenados, em informações pertinentes e fidedignas para o auxílio no processo de tomada de decisão, seja na gestão das informações ou na assistência ao cliente. Na realidade, constata-se que a inserção destes sistemas no ambiente de trabalho contribui para a promoção, de forma geral, grandes mudanças relacionadas com o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, constituindo-se como um instrumento de suporte importante neste processo (Cavalcante, Silva & Ferreira, 2011).

Globalmente, os maiores contributos dos SI informatizados são: otimização do tempo, melhor organização, linguagem padronizada, auxílio na tomada de decisão, maior facilidade para recuperação de dados, evitar a redundância, maior facilidade para comunicação multiprofissional, maior integração das informações e maior segurança e integridade dos dados (Palomares & Marques, 2010).

Desta forma, os SI que disponibilizam as informações de forma organizada e de fácil acesso tornam-se recursos tecnológicos capazes de potenciar a procura, o acesso e principalmente a efetividade das acões dos profissionais de saúde, tornando-se uma

ferramenta de apoio às atividades, auxiliando na tomada de decisão e aquisição de conhecimento e, como resultado, tem-se profissionais mais capacitados, criativos, capazes de mudar a realidade e melhorar o atendimento dos serviços de saúde, através de ações de inovação de processos de saúde, potenciando assim suas competências pessoais e coletivas no trabalho em saúde (Benito & Licheski, 2009).

Em suma, os SIS promovem maior eficiência, eficácia e efetividade. Os SIS, compostos por vários sistemas informatizados, como são exemplo os sistemas de enfermagem e de nutrição, são soluções para promover a eficiência dos processos de prestação de cuidados de saúde. Já os sistemas de cobrança e de previsão orçamental são exemplos de soluções para maximizar os benefícios dos serviços prestados, promovendo maior eficácia e eficiência. Os sistemas de telemedicina ou de apoio à tomada de decisão são exemplos de soluções para obtenção de maior efetividade, agilizando melhores práticas para a melhoria do atendimento e reduzindo os custos em saúde (Marin, 2010).

Concretamente no âmbito da enfermagem, o uso de SI como instrumento tecnológico, pode fazer com que a prática de enfermagem se torne visível no conjunto de dados de saúde, locais, nacionais e internacionais, de modo a influenciar na elaboração de políticas de saúde e de educação (Nóbrega & Garcia, 2009).

De entre os vários SI existentes na área da saúde, analisa-se agora em particular os SIE.

Os SIE definem-se como uma parte dos SIS e referem

o esforço de análise, formalização e modelação dos processos de recolha e organização de dados, e de transformação dos dados em informação e conhecimento – promovendo decisões baseadas no conhecimento empírico e na experiência – tendo em vista alargar o âmbito e aumentar a qualidade da prática profissional de Enfermagem. (Goossen conforme referido por Silva, 2006, p. 33)

Pela crescente importância e emergência da informatização dos serviços de saúde e pela verificação da relevância da informação para o processo de tomada de decisão, independentemente da sua natureza, no que se refere aos SIE e considerando o potencial dos registos de enfermagem, tal sistema deverá possibilitar a gestão da informação em qualquer ponto do contínuo de dados e a produção de conhecimento (OE, 2007).

Um dos desafios dos SIE é centrado na interoperabilidade entre os SI em uso, que não se limita à interoperabilidade técnica, mas reporta a uma dimensão central da interoperabilidade – a interoperabilidade semântica –, fundamental nos aspetos relativos aos cuidados de enfermagem. É neste contexto que emerge a importância das terminologias em Enfermagem, facto que levou a OE e o próprio governo português a assumir a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem® (CIPE) como o standard internacional de terminologia de enfermagem, a ser garantido em todos os SIS (Sousa, 2012).

Neste seguimento, destacam-se duas importantes vertentes dos SIE: permitem integrar uma 'base de conhecimento' a partir dos registos do processo do cliente e têm um papel relevante na produção e atualização de indicadores de desempenho para a qualidade dos cuidados (Fernandes & Tareco, 2016).

A sistematização do processo de cuidar assume-se como o alicerce, o eixo basilar e estruturante da construção do conhecimento e, consequentemente, da prática profissional, nomeadamente da gestão. Para tal, impõe-se a documentação apropriada do referido processo de cuidar em enfermagem, de modo a gerar evidências sobre eficácia e eficiência das intervenções, promover a visibilidade e o reconhecimento profissional, favorecer a avaliação da prática e, em última análise, o avanço da ciência de enfermagem (Garcia, 2016).

Em síntese, a utilização dos SIE apoia a tomada de decisão, gerando informação a todos os níveis de gestão hospitalar, acrescentando valor à organização (Monteiro, 2015) e ainda constitui uma mais-valia para a profissão de enfermagem, dando visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde das populações (Fernandes & Tareco, 2016).

Na realidade, parece existir alguma distância entre o potencial dos SIE e a forma como são usados e é nesta aproximação que urge haver investimento por parte dos enfermeiros, concretamente porque os SIE são duplamente uma ferramenta de trabalho e uma ferramenta de avaliação da qualidade.

1.1.3 – O valor da informação em saúde

As mudanças nas organizações desde o início do século, em que as empresas eram organizadas a partir dos princípios da Teoria Científica de Taylor até às mais recentes teorias, a Teoria Contingencial e a Teoria da Gestão pela Qualidade Total, transformaram as empresas em organizações cada vez mais complexas,

hierarquizadas, especializadas e que exigem supervisão e gestão, como são exemplo as instituições de saúde. Estas transformações apontam para um redireccionamento dos objetivos da organização, antes voltados para o controlo da produção de bens e serviços, agora orientados para a informação, na tecnologia e no consumo. Também a automação tem ocupado papel fundamental nos ambientes empresariais, permitindo o tratamento da informação necessária à tomada de decisão. E a forma como a informação é obtida, organizada, gravada, recuperada e posteriormente utilizada permite ao gestor atuar com mais segurança, aumentando a possibilidade de adequação na tomada de decisão (Guimarães & Évora, 2004).

É também crítico que as organizações hospitalares consigam atrair e reter competências técnicas diferenciadas, capazes de autonomamente desenvolver modelos de gestão da informação clínica e administrativa e de responder aos permanentes desafios de mudança para criação de valor quer ao acionista, quer a stakeholders e clientes (Nóbrega, 2011).

Assim, a organização e o seu SI são indissociáveis, uma vez que o SI desempenha um papel fundamental para assegurar a informação necessária à organização que suporta. Em concreto nas organizações de saúde, é fundamental que os SI assegurem a informação útil e necessária às diversas funções dos profissionais de saúde e aos diferentes níveis da instituição (Sousa, 2006).

Neste sentido, quanto melhor os sistemas informatizados conseguirem registar, armazenar e disponibilizar esta informação, melhor será o ato do profissional. A tomada de decisão, que se assume como uma constante na prática dos profissionais de saúde, terá maior qualidade em função de melhor informação (Marin, 2010).

Os dados e informações mais comumente utilizados são aqueles que se referem ao cuidado do cliente e aos recursos organizacionais disponíveis para a coordenação da unidade, em especial, os recursos humanos (Guimarães & Évora, 2004).

A informação impõe-se desta forma como a essência das profissões de saúde. Os profissionais de saúde necessitam de informação para poder exercer o processo de cuidar, de gestão e de avaliação. Pode dizer-se que todas as atividades em saúde estão relacionadas com a procura e o uso da informação (Marin, 2010).

Para a obtenção desta informação, os profissionais de saúde processam os dados e transformam-nos em informação necessária para uma tomada de decisão sustentada no conhecimento. No entanto, a informação em saúde é um bem perecível que tem o seu tempo de vida útil determinado pelo conhecimento e pelas decisões que a própria informação pode determinar (Sousa, 2006).

Por consequência, também a comunicação na saúde tem limites. Os limites estão na qualidade da informação e relacionam-se com a fiabilidade, isenção e independência da informação a disponibilizar, assim como com a legibilidade e aceitabilidade, adequação e bondade dessa informação (Despacho n.º 1400-A/2015).

Portanto, a transmissão de informação na área da saúde requer uma comunicação eficaz entre profissionais, essencial sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados. Esta informação caracteriza-se por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor (Direção Geral da Saúde (DGS), 2017).

No que diz respeito à informação em enfermagem em particular, é atualmente consensual que ela é imprescindível para a governação em saúde. Esta importância está relacionada não só com os imperativos de natureza legal e ética dos SI como dos que decorrem do seu interesse para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade dos cuidados, para a formação, a investigação, para os processos de tomada de decisão e nomeadamente para a gestão (OE, 2007).

Sendo os enfermeiros o maior grupo profissional na área da saúde em Portugal, são, consequentemente, o grupo que mais decisões toma, mais atos pratica e mais informação clínica produz, processa e utiliza, devido à proximidade e ao tempo de contacto baseado na relação interpessoal com as pessoas que cuidam (Jesus como referido por Petronilho, 2008). A informação emerge, assim, como essencial para a gestão e o cuidado de enfermagem, requerendo interpretação e integração de complexas informações clínicas, que subsidiam o enfermeiro na tomada de decisão clínica para a resolução e diminuição dos problemas em saúde (Barra & Sasso, 2011).

Na realidade nacional, tem-se assistido a um aumento progressivo da consciencialização da relevância da informação como o recurso essencial para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Nomeadamente os gestores e os decisores políticos pretendem aceder a informação em tempo útil, para a definição de políticas, programas de gestão e monitorização da qualidade dos cuidados disponibilizados (Sousa, 2012).

1.2 – QUALIDADE EM SAÚDE

Atualmente, a qualidade assume-se como um pilar fundamental em qualquer setor de atividade e em concreto no da saúde, onde é alvo de preocupações políticas, económicas e de gestão. A qualidade em saúde emerge como uma prioridade, uma

exigência e um requisito de enorme importância na gestão das organizações de saúde, representando a sua responsabilidade, ética e respeito pelos consumidores de cuidados.

O conceito geral de qualidade em saúde sofreu evolução ao longo dos tempos. A ideia de qualidade prevaleceu durante muito tempo associado ao controlo da qualidade industrial, após a 2ª Guerra Mundial, onde o paradigma da qualidade se prendia com fazer as coisas certas à primeira vez e sem defeitos. Este conceito foi evoluindo e compreendendo outros aspetos, nomeadamente a adequação ao uso, sendo acrescentadas dimensões relativas aos clientes e à avaliação. A partir da década de oitenta, emergiu a necessidade de orientar esta noção de qualidade para o atendimento às reais necessidades dos clientes, bem como a antecipação das suas necessidades e tentando exceder as suas expectativas, sendo que a tónica estaria na garantia da qualidade. Na década seguinte, verificou-se o desenvolvimento do conceito de garantia para o conceito de melhoria da qualidade. Atualmente, os programas de qualidade dos serviços de saúde têm por base modelos de melhoria numa lógica de promoção e desenvolvimento contínuo no âmbito da qualidade em saúde (Mezomo referido por Pereira, 2009a).

A qualidade em saúde tem ganho, em Portugal, gradual valorização e prioridade, explicitada pelas várias iniciativas formais referentes à qualidade em saúde e pelos vários programas e documentos que a têm regulado e legislado e que seguidamente se expõem, resumidamente.

A valorização crescente da qualidade fica atestada pela criação de organismos nacionais como o Instituto da Qualidade em Saúde, na década de oitenta, que veio, desde então, a dinamizar diversas iniciativas no âmbito da qualidade. No início da década seguinte e relativamente aos cuidados de enfermagem, foi desenvolvido e implementado nalguns hospitais o Método de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Hospitalares, no âmbito da DGS, centrado nas questões dos processos (Pereira, 2009a).

Em 1990, a Assembleia da República aprovou a Lei de Bases da Saúde, determinando que a proteção da saúde constitui um direito de todos os cidadãos, estabelecendo a universalidade da cobertura dos cuidados de saúde como alicerce, a equidade como um princípio do sistema de saúde e releva que as ações do sistema de saúde devem direcionar-se para a promoção da saúde e prevenção da doença (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, 1990).

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 identificou uma escassa cultura de qualidade associada a um défice organizacional dos serviços de saúde, assim como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão e o insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica. Nesta continuidade, o Ministério da Saúde aprovou, em 2009, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, caracterizada por ser global e integrada, difundida por todo o sistema de saúde, que teve como missão promover e disseminar uma cultura de melhoria contínua da qualidade e, para tal, estabeleceu prioridades estratégicas (Despacho n.º 14223/2009).

Segue-se o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 que favorece uma cultura de melhoria contínua da qualidade e perspetiva que a promoção da qualidade em saúde envolva a promoção da cadeia de valor em saúde, ciclos de melhoria contínua da qualidade e desenvolvimento profissional e institucional e, ainda, monitorização, benchmarking e avaliação (interna e externa) (DGS, 2013).

Mais recentemente, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 tem como principal missão "potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde" (p. 13552), adotando várias prioridades estratégicas de atuação, entre as quais o 'reforço da segurança dos doentes' (Despacho n.º 5613/2015).

Já o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 realça a característica multidimensional da qualidade em saúde, salientando que assenta na pertinência dos cuidados, na sua segurança, na sua aceitabilidade e acessibilidade e na sua prestação no momento oportuno. Evidencia também que a qualidade em saúde se alicerça, ainda, na garantia da continuidade dos cuidados, na sua eficiência e na sua efetividade (Despacho nº 1400-A/2015).

No que à enfermagem diz respeito e decorrente da necessidade prioritária de implementar sistemas de qualidade em saúde, a OE definiu em 2002 os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Foram definidas pela OE seis categorias de enunciados descritivos de qualidade de exercício profissional dos enfermeiros, que explicitam a natureza e englobam os diferentes aspetos do mandato social da profissão no sentido de precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos. As seis categorias definidas são: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção das complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. São os percursos na procura da excelência do exercício profissional, assegurando aos clientes um nível aceitável e desejável de cuidados (OE, 2002).

Já a excelência do exercício profissional está consagrada no Código Deontológico do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º 104/98), no Artigo 88º - Da Excelência do Exercício, que evidencia o dever do enfermeiro procurar a excelência do exercício em todo o ato profissional, na garantia da qualidade dos cuidados prestados e delegados.

Também no Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão emerge como área do domínio da gestão "a gestão pela qualidade e segurança", sendo atribuída ao enfermeiro gestor a competência de desenvolver "um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações" (Regulamento nº 76/2018, p. 3479).

Depois de uma análise breve da evolução da atribuição de valor à qualidade em saúde, importa agora definir concetualmente qualidade em saúde.

O Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos da América define qualidade em saúde como o grau em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e populações promovem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional mais recente. Este conceito evidencia uma noção mais global de qualidade em saúde, que denota a relação direta entre prestadores e clientes, na medida em que o serviço prestado se adequa às necessidades e expectativas de quem o recebe (IOM, 2001).

Já a OMS definiu como cuidados de saúde de qualidade os que contemplam um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos, assegurando resultados de saúde para os doentes com eficiência na utilização dos recursos. Como objetivos fundamentais das políticas de melhoria contínua da qualidade em cuidados de saúde, a OMS indica a promoção da saúde das populações, a restruturação dos serviços de saúde, a utilização racional e eficiente dos recursos humanos, físicos e financeiros disponíveis e a garantia da competência profissional prestada aos cidadãos por forma a satisfazer plenamente as suas necessidades (WHO, 2006).

Para Donabedian referido por Bulhões (2001, p. 223) a qualidade em saúde constitui a "capacidade de prestação de cuidados de saúde capazes de satisfazer as necessidades dos pacientes, mediante a utilização de conhecimentos profissionais atualizados e dos recursos disponíveis no momento". Posteriormente, Donabedian aponta a qualidade em saúde como um produto da interação de dois fatores, sob a ação de um conjunto de condições envolventes — "um é a ciência e tecnologia dos cuidados de saúde, e, o segundo é a aplicação desse conhecimento e tecnologia na prática" (Donabedian referido por Pereira, 2009a, p. 63).

Segundo a teoria de Donabedian, um dos pioneiros da avaliação da qualidade em saúde, a qualidade depende de três aspetos:

- Estrutura trata das condições para proporcionar a concretização do processo de cuidados com qualidade, inclui os recursos humanos, a planta física, os equipamentos, as fontes financeiras, etc.,
- Processo corresponde à prestação de cuidados com qualidade, abrange a qualidade dos dispositivos, a fixação, o controle da aplicação e correção de padrões para métodos diagnósticos e terapêuticos,
- Resultado engloba a satisfação dos clientes, as taxas de mortalidade e de morbilidade, incluindo de complicações e recidivas (Donabedian referido por Bulhões, 2001).

Ao longo dos tempos tem havido uma evolução a nível da valorização de determinados aspetos em detrimento de outros nas questões da avaliação da qualidade em saúde. Os primeiros trabalhos debruçaram-se sobretudo nas questões estruturais e de processo, particularmente no que se refere à estrutura hospitalar e ao processo de cuidados. Porém, nos estudos mais recentes o enfoque tem estado nos resultados, nomeadamente a mortalidade e satisfação dos doentes (Amaral, 2010).

Para Pisco e Biscaia (2001), o conceito de qualidade em saúde difere de acordo com as variáveis que assumem maior importância para cada indivíduo, considere-se o cliente, o prestador de cuidados de saúde ou o gestor. Para o cliente, a acessibilidade, os aspetos relacionais e a melhoria do seu estado de saúde assumem particular importância, para o gestor são prioridade a rentabilização dos investimentos e a avaliação do desempenho e da eficiência, enquanto a obtenção de resultados clínicos se evidencia como o fator mais relevante para o prestador, tornando-se desta forma complicado abordar a questão da qualidade em saúde.

Para Donabedian, os elementos centrais da definição concetual da qualidade em saúde e que constituem os quatro grandes pilares da definição operacional da qualidade em saúde são a eficácia, a efetividade, a eficiência e a adequação (Pereira, 2009a).

O IOM (2001) aponta seis dimensões da qualidade onde se incluem a efetividade e a eficiência, a equidade, a segurança e a prestação de cuidados atempada e centrada no doente.

Não obstante as diferentes definições que o conceito de qualidade em saúde pode assumir e as diferentes dimensões que incorpora, é possível identificar elementos

comuns que devem ser considerados, como a acessibilidade, a equidade, a eficiência, a efetividade, a adequação e a satisfação das expectativas dos cidadãos e dos profissionais.

Na relação entre as necessidades das pessoas e os cuidados de saúde de qualidade, a informação emerge como elemento essencial na competitividade das organizações, quando vista e gerida com efetividade, transparência, modernidade e inteligência (Beal referido por Kleinsorge, 2015). A gestão de informação assume-se como um elemento fundamental, enquanto meio de garantir a fiabilidade no trabalho (Pinho, Abrahão & Ferreira, 2003).

Clarificando conceitos, a informação consiste numa representação de factos da realidade mediante regras, com posterior estabelecimento de ligação entre fatos da realidade ou as ideias de algumas pessoas e as ideias ou conhecimento de outras. Já o processo de geração da informação compreende um ciclo que tem como elementos os dados que se transformam em informações e que subsidiam o processo de tomada de decisão (Carvalho como referido por Borges, 2014).

Quanto à análise conceitual da gestão da informação no contexto da saúde, pode ser categorizada como um instrumento de apoio ao processo de tomada de decisão, possibilitando o conhecimento da realidade, ou seja, circunscreve-se numa ferramenta capaz de planear, organizar, dirigir e controlar informações que alimentarão a tomada de decisão e possibilita a solução de questões de maneira estratégica e oportuna (Borges, 2014). Por outras palavras, pode dizer-se que a gestão da informação se traduz na transformação da informação em ação (Pereira, 2009a).

Os componentes da gestão de informação são:

- organização consiste em agrupar as informações e ordená-las, para poder mais facilmente manipulá-las, especialmente quando existem em quantidade razoável;
- armazenamento equivale a colocá-las em local seguro e facilmente identificável, para que não se percam e para que estejam disponíveis e sejam localizadas sem dificuldade quando são necessárias;
- recuperação razão de ser do processo, que corresponde à localização das informações que foram armazenadas e à sua retirada do local em que estão armazenadas para colocá-las em uso (Chaves como referido por Borges, 2014).

De acordo com Beal referido por Kleinsorge (2015), uma área da gestão da informação que diz respeito a todas as etapas do fluxo informacional é a segurança, cujo objetivo é garantir proteção da informação de acordo com seus requisitos de:

- confidencialidade: proteção contra a divulgação indevida de informações,
- integridade: a informação deve ser recuperada na sua forma original, no momento em que foi armazenada. É a proteção de dados ou informações contra modificações intencionais ou acidentais não autorizadas,
- autenticidade: garantia de que a informação seja proveniente da fonte à qual é atribuída,
- disponibilidade: garantia de que as informações e serviços importantes estejam disponíveis para os utilizados quando requisitados.

A gestão estratégica da informação requer competências e capacidades de direção, comando, condução e comunicação (Miranda como referido por Borges, 2014). Esta exige o estabelecimento de definições, formatos, estruturas, domínios e regras que permitam tratar a informação como um recurso a ser administrado, com responsabilidades claras com relação a provimento, padronização, distribuição, acesso, armazenamento e proteção (Beal referido por Kleinsorge, 2015).

Voltando ao conceito de informação e relacionando-o em concreto com a enfermagem, pode dizer-se que teve uma evolução ao longo do tempo, progredindo duma visão da informação como algo inerente às relações de cuidados, centrada nos aspetos referentes ao processamento, documentação e armazenamento da informação decorrente dos cuidados de enfermagem, para uma visão da informação enquanto recurso a ser gerido de forma a acrescentar valor / qualidade aos cuidados de enfermagem (Pereira, 2009a).

Emerge desta forma, um "paradigma informativo da gestão em enfermagem", orientado para "os contributos que a gestão da informação pode dar para a melhoria gradual do exercício profissional dos enfermeiros e, por força de razão, da qualidade em saúde" (Pereira, 2009a, p. 37). [sublinhado do autor]

A PT evidencia-se como uma situação efetiva de gestão individual e coletiva da informação essencial à realização da prática de enfermagem, dando visibilidade a uma das formas de gerir a informação no contexto hospitalar (Pinho et al., 2003).

1.3 – GESTÃO DA MUDANÇA: MODELO DE KOTTER

Atualmente, as políticas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde constituem um imperativo nacional que exige mudança na direção de soluções que permitam identificar ganhos em saúde e aumentar a qualidade e a satisfação dos clientes e dos profissionais de saúde (Barbosa et al., 2011).

A mudança representa a principal característica da atualidade e constitui-se como aspeto crucial da criatividade e inovação das organizações. A mudança pode ser entendida como a passagem de um estado para outro diferente ou a transição de uma situação para outra, envolvendo transformação, interrupção, perturbação e rutura. Consoante a intensidade, a mudança compreende um processo desenvolvido em três etapas: descongelamento, mudança e recongelamento. Na fase inicial, o descongelamento, as antigas ideias e práticas são abandonadas. Na fase da mudança são substituídas por novas ideias e práticas que são aprendidas e experimentadas. Na etapa final, o recongelamento, as ideias e práticas são incorporadas definitivamente no comportamento (Chiavenato, 2014).

Quanto à gestão da mudança organizacional, o mesmo autor refere que tem um significado extremamente amplo e sistémico e aponta a competência organizacional em mudança planeada como o nível mais elevado de gestão da mudança. Neste nível, a gestão competente da mudança é evidente em todos os níveis organizacionais e é parte da propriedade intelectual da organização e do seu eixo competitivo, concretizada através de processos globais de melhoria contínua, resultando numa elevada responsividade e lucratividade da organização. Para tal, os programas de mudança organizacional devem centrar-se na atitude e no comportamento das pessoas e não se limitar a mudanças no trabalho. A cultura organizacional circunscreve-se no modo institucionalizado de pensar e de agir que existe na organização, revelando-se no sistema de significados e no conjunto de hábitos e crenças estabelecidos por normas, valores, atitudes e expectativas, partilhado por todos os membros dessa organização. A cultura organizacional privilegia hoje a inovação e a mudança de hábitos e formas de pensar e de agir.

Já Kotter (2017) reconhece que, sendo importante gerir a mudança, o maior desafio para uma grande parte das organizações é liderar a mudança. A liderança tem um papel crucial para ultrapassar as fontes de inércia e motivar as ações necessárias para alterar comportamentos de uma forma significativa, ou seja, a liderança define o futuro, alinha as pessoas com a visão e inspira-as para a concretização apesar dos

obstáculos. Mais, defende que a liderança é a chave para criar e sustentar uma organização bem-sucedida – não apenas uma liderança de topo, mas também dispersa por toda a organização.

Desta forma, é competência do enfermeiro gestor liderar a mudança, sendo que para tal "adota estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização" (Regulamento n.º 76/2018, p. 3479).

Em síntese, no processo de mudança não importa apenas apontar a meta, é imprescindível planear o percurso. A chave do sucesso demanda estratégia de mudança e exige definição de estruturas e processos (planeamento, monitorização e avaliação) nas etapas decisivas (Barbosa et al., 2011).

Existem vários modelos que conduzem o processo de mudança. De seguida expõe-se o modelo de Kotter, por parecer adequado para melhorar transmissão da informação na PT, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados.

Para Kotter (2017), a condução de mudanças de sucesso nas organizações, de qualquer dimensão compreende oito fases, a saber:

estabelecer um sentido de urgência, criar uma coligação liderante, desenvolver uma visão e uma estratégia, comunicar a visão da mudança, dar poder a um amplo conjunto de pessoas para tomar iniciativas, gerar vitórias de curto prazo, consolidar os ganhos e produzir mais mudança, e institucionalizar as novas abordagens na cultura da organização. (p. 34)

De acordo com o mesmo autor, todas as etapas têm que ser atravessadas na sequência acima descrita para se conseguir uma mudança de sucesso. Podem ser desenvolvidas várias fases ao mesmo tempo, mas saltar uma fase ou alterar a ordem, sem uma base sólida, pode criar dificuldades no processo de mudança. As quatro primeiras etapas do processo de transformação ajudam a tornar o estado atual mais fluido, enquanto as seguintes introduzem práticas novas e as últimas fases enraízam as mudanças na cultura organizacional e promovem a sua permanência. De seguida, explicitam-se, sumariamente, as fases do modelo de Kotter (2017):

1 – Estabelecer um sentido de urgência

Para adquirir a cooperação necessária das pessoas para trabalhar no problema de mudança é crucial estabelecer um sentido de urgência. Com a complacência em níveis elevados, as transformações geralmente tornam-se difíceis, porque são poucas as pessoas interessadas em trabalhar no problema da mudança. Assim, aumentar a

urgência exige que se removam as fontes de complacência ou se minimize o seu impacto;

2 – Criar a coligação liderante

Uma coligação liderante é essencial para sustentar o processo de mudança, apesar das forças de inércia. Uma coligação liderante eficiente é composta por membros portadores de quatro características fundamentais: posição de poder, competência, credibilidade e liderança. Este grupo que trabalha em conjunto, com a composição certa, o nível de confiança certo e um objetivo comum, tem poder suficiente para gerir e liderar a mudança;

3 – Desenvolver uma visão e uma estratégia

A visão "refere-se a uma imagem do futuro com alguns comentários implícitos ou explícitos sobre os motivos pelos quais as pessoas devem criar esse futuro" (p. 84) e as estratégias correspondem a "um caminho lógico pelo qual a visão pode ser alcançada" (p. 87). A conceção da visão é frequentemente desordenada, difícil e envolve, por vezes, uma grande carga emocional. As características de uma visão eficiente são: imaginável, desejável, viável, focada, flexível e comunicável;

4 – Comunicar a visão da mudança

O verdadeiro poder da visão é libertado apenas quando a maioria das pessoas da organização tem uma compreensão comum dos seus objetivos e direção. Alcançar este sentido partilhado de um futuro desejável que pode ajudar a motivar e a coordenar as ações que criam transformação não é fácil, especialmente em organizações de grande dimensão;

5 – Capacitar as pessoas para uma ação alargada

O propósito desta etapa é capacitar a maioria das pessoas para atuar e produzir a mudança, removendo o máximo de barreiras à concretização da visão nesta fase do processo, sendo para tal essencial: comunicar uma visão adequada às pessoas; tornar as estruturas compatíveis com a visão; providenciar a formação que as pessoas necessitam; alinhar os SI e pessoal com a visão; e confrontar os gestores que prejudicam a mudança necessária;

6 – Gerar vitórias de curto prazo

A grande mudança demora, por vezes, muito tempo, pelo que se torna extremamente arriscado liderar um esforço de transformação sem a atenção às vitórias de curto prazo. Na promoção de uma boa vitória de curto prazo há que ter em atenção as três

seguintes características: é visível (as pessoas podem ver por si próprias se o resultado é real), não é ambígua (não pode haver grandes discussões sobre o que está em causa) e está claramente relacionada com o esforço de mudança;

7- Consolidar os ganhos e produzir mais mudança

Nesta fase, utiliza-se o aumento de credibilidade para modificar sistemas, estruturas e políticas que não estejam harmonizados entre si e não sejam adequados à visão da mudança. Também nesta etapa se pode contratar, promover e desenvolver pessoas que possam implementar a visão da mudança, assim como revigorar o processo com novos projetos, temas e agentes de mudança;

8 – Ancorar as novas abordagens na cultura da organização

Com vista a incorporar a nova mudança na cultura, importa gerar melhor desempenho através de comportamentos orientados para o cliente, melhor liderança e gestão mais eficiente. Nesta fase, é fundamental evidenciar as ligações entre os novos comportamentos e o sucesso da organização, desenvolvendo maneiras de assegurar o desenvolvimento de lideranças e sucessão.

Concluída a pesquisa sobre o processo de mudança, em particular sobre o modelo de Kotter, ficou claro que as grandes mudanças não acontecem facilmente, levam tempo, requerem um processo sequencial e liderança efetiva.

Face ao exposto, torna-se evidente que a implementação de mudança nas práticas dos enfermeiros na PT, numa organização de saúde de grande dimensão e complexidade, terá necessariamente que ser suportada por uma liderança capaz de unir toda a instituição em torno de uma visão, de a implementar e fazer crescer, mesmo em contextos adversos.

2 - PASSAGEM DE TURNO

Desde sempre é assumida a importância da comunicação oral para a prática da enfermagem, especialmente no que diz respeito à continuidade dos cuidados, assumindo aqui a PT um lugar de relevo. As dificuldades inerentes a esta rotina despertaram interesse dos enfermeiros e muitos foram os estudos desenvolvidos ao longo de décadas no sentido da sua compreensão e melhoria.

Já em 1974, Jorge, no seu estudo sobre efetividade da comunicação dos enfermeiros, reconhecia que a PT depende da filosofia dos cuidados, devendo focar o cuidado no doente, e a "informação deve ser correta, concisa e clara" (p. 151). Este autor enfatiza que a comunicação efetiva é a chave do êxito da coordenação das atividades de enfermagem.

Quase cinco décadas depois, o centro da discussão sobre esta prática recai sobre as mesmas premissas. De modo a explicitar a temática da PT, neste capítulo será clarificado o conceito, modelos e fatores que influenciam a prática da PT, bem como evidenciado o seu impacto na continuidade dos cuidados e segurança do doente, explanando também as responsabilidades do enfermeiro gestor na PT.

2.1 – CONCEITOS E MODELOS DE PASSAGEM DE TURNO

O Conselho Jurisdicional da OE (2001) refere-se à PT como

um momento de reunião da equipa de Enfermeiros, tendo como objetivo 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. (p. 1)

A PT assume-se assim, simultaneamente, como uma prática da equipa de enfermagem e uma estratégia de gestão fundamental para organização do processo de trabalho de enfermagem na prática hospitalar, que tem como finalidade a transmissão objetiva e concisa de dados de assistência e gestão sobre intervenções e práticas adotadas durante um turno de trabalho, cujo conhecimento permite a continuidade do cuidado (Silva et al., 2017).

Podem também ser atribuídas outras finalidades ao momento da PT, como a função de socialização, de organização, de educação e de esclarecimento (O'Connell, Macdonal & Kelly, 2008). O aspeto da socialização é evidenciado por Meissner et al. (2007), ao referir que a PT oral possui um contexto social e emocional inerente, tornando-se num momento de coesão da equipa, podendo desenvolver alguma familiaridade entre os enfermeiros.

A PT emerge assim como um recurso estratégico para a organização dos cuidados de enfermagem, sendo para tal necessário que as informações transmitidas se centrem na área assistencial do enfermeiro e sejam claras e objetivas (Portal & Magalhães, 2008).

Quanto à escolha do local para realizar a PT, esta relaciona-se com as finalidades pretendidas, bem como com o contexto de trabalho e suas características, podendo ser usados espaços de trabalho exclusivos dos enfermeiros, a unidade de cada doente, ou ambos (OE, 2001).

De seguida, explicitam-se os vários tipos subjacentes à prática da PT, de acordo com os vários autores, elencando vantagens e inconvenientes associados.

De acordo com Moura (2013), a PT tem subjacente vários tipos de organização, tendo em conta o tamanho do serviço, número e perfil de doentes, tempo de permanência destes e número de elementos da equipa. A PT poderá ser feita por relatório oral ou escrito, individualmente ou em grupos, junto ao leito do doente ou no gabinete / sala de enfermagem. Cada equipa decidirá qual a melhor forma de garantir que a PT seja efetiva e adequada à realidade da unidade.

Encerrando aspetos como o local (onde), o método (como) e o conteúdo (o quê), Smeulers, Tellingen, Lucas e Vermeulen (2012) sistematizam a existência de diferentes tipos de PT: junto à cama do doente (a PT localiza-se junto à cama do doente, promovendo a participação deste no seu tratamento, encorajando-o através de uma conversa face a face e colocando o doente como elemento central na troca de informação), verbal (localizada em sala própria, o enfermeiro responsável por um grupo de pacientes troca informação relevante e documentada com os colegas), não verbal (localizada em sala própria, os enfermeiros passam informação lendo o registo de saúde do doente, o que inclui notas de evolução, medicação e planos de cuidados) e gravada (localizada em sala própria, o enfermeiro responsável reúne uma série de informação relevante e grava-a, de modo a que os enfermeiros do turno seguinte possam ouvir a informação em tempo conveniente).

A certeza sobre qual destes tipos de PT se evidencia como prática mais efetiva não existe. Smeulers, Lucas e Vermeulen (2014), na pesquisa sobre a efetividade dos diferentes estilos de PT de enfermagem, não encontraram estudos elegíveis para inclusão na revisão e, portanto, não houve evidências disponíveis para apoiar conclusões sobre a efetividade dos diferentes estilos de PT de enfermagem.

Concretamente na opção entre PT junto ao leito do doente ou em gabinete/sala de enfermagem, a OE (2001) sugere que poderão coexistir os dois tipos de espaços, em sequência, sendo que a acontecer junto do doente terão que ser acautelados aspetos relacionados com o conteúdo da informação.

Na mesma linha de pensamento e de acordo com Ferreira, Luzio e Santos (2010), a realização da PT junto do doente deve ser ponderada dado os constrangimentos encontrados no estudo, entre os quais as questões da confidencialidade, não ser personalizada e provocar desconforto, a existência de pouca interação com o doente e as informações transmitidas serem repetitivas, complexas e com pouco interesse. Porém, são apontadas também alguns benefícios como o conhecimento entre doentes e enfermeiros, a supervisão dos cuidados e a validação da informação transmitida. A adoção desta prática requeria um maior envolvimento com os doentes, o respeito pela individualidade e confidencialidade, assim como a clarificação da linguagem usada.

Perante esta diversidade subjacente à prática da PT, é importante que os hospitais adotem um modelo de PT padronizado bem definido e diretrizes de transferência com vista a melhorar a segurança do doente (Yu, Lee, Sherwood & Kim, 2018). A falta de modelo pode resultar em informações não confiáveis, bem como falta de informações necessárias para tomada de decisão baseada em dados concretos (Almeida & Costa, 2017).

Considerando a sistematização da PT uma ferramenta essencial perante a complexidade do cuidar, Lima e Silva (2017) desenvolveram um instrumento de registo sistematizado para a PT, que contribui para a reflexão sobre a importância do compromisso profissional e da valorização do processo de PT para o planeamento da prestação de cuidados, visto que a mesma permite avaliar a assistência prestada, promovendo intervenções sobre os planos de cuidados dos doentes e garantindo uma assistência contínua e de qualidade.

Dando continuidade à problemática da falta de modelos consistentes de PT, Riesenberg et al. (2010) referem que são necessários estudos de alta qualidade sobre os resultados da PT, focados nos fatores do sistema, no desempenho humano e na eficácia de protocolos e intervenções estruturados.

Na adoção de modelos de PT pelos hospitais, o consenso baseado na evidência emerge como um método viável para combinar evidências da literatura com o contexto local, sendo ambos ingredientes importantes no desenvolvimento e na implementação de uma efetiva transferência de enfermagem, que é um elo essencial para a continuidade e a segurança do doente. A incorporação das opiniões e sugestões dos enfermeiros no modelo de PT resultará em maior propriedade e apoio à implementação, bem como numa sustentação duradoura (Smeulers & Vermeulen, 2016).

Exploram-se agora os fatores facilitadores e condicionantes da PT referidos nos estudos consultados. Os fatores evidenciados nos estudos são diversificados e referem-se a aspetos institucionais, ambientais ou intrínsecos à própria equipa de enfermagem.

São apontados como aspetos facilitadores da PT a coordenação do enfermeiro, a pontualidade, a discussão dos problemas em equipa e o conteúdo, forma e recursos da comunicação, uma vez que tendem a diminuir conflitos e atingir os objetivos definidos (Silva et al., 2017).

De acordo com Afonso (2017), a boa qualidade da informação, a linguagem / método adequado ou a existência de protocolo de PT constituem também elementos que contribuem positivamente para a eficácia da PT.

Ao invés, condições ambientais relacionadas com desconforto sonoro como chamadas telefónicas ou campainhas, espaço físico inadequado, falta de condições físicas (temperatura e/ou outros) ou privacidade no local onde ocorre a PT são apontados como aspetos dificultadores (Afonso, 2017; Lamberty et al., 2016; Silva et al., 2017).

A comunicação na PT pode ser também comprometida devido a fatores institucionais como a falta de tempo, o excesso de doentes, a elevada carga de trabalho e a gestão hospitalar, originando falta e/ou perda de informação acerca da condição do doente (Burley, 2011; Eller, Gomes, Souza & Rodrigues, 2017; Rodriguez et al., 2013).

São igualmente práticas que se evidenciam frágeis, para a garantia da continuidade e segurança de cuidados os registos incompletos no processo do doente, informações incompletas durante a PT, repetição de informações que podem ser encontradas nos planos de cuidados dos doentes, transmissão de informações por um enfermeiro que não cuidou do doente, falha no processo de comunicação verbal e escrita e a não utilização de recursos tecnológicos (Almeida & Costa, 2017; Gonçalves et al., 2017; O'Connell et al., 2008).

Outro tipo de fatores que interferem na PT relacionam-se com o comportamento da equipa de enfermagem e envolvem conversas paralelas, falta de clareza, saídas antecipadas, entradas e saídas dos profissionais, desvalorização da relevância da PT, documentação insuficiente e brincadeiras durante a PT (Gonçalves et al., 2017; Lamberty et al., 2016; Silva et al., 2017).

Ainda outro fator que emerge como condicionante da PT é a falta de pontualidade, que pode traduzir-se por atraso no início da PT, bem como por PT prolongadas, além de poder gerar conflitos entre os elementos da equipa (Almeida & Costa, 2017; Eller et al., 2017; Rodriguez et al.2013).

Similarmente, as interrupções assumem particular influência na PT. Os enfermeiros referem ser frequentemente interrompidos durante o processo de transferência da informação (Almeida & Costa, 2017; O'Connell et al., 2008; Spooner, Chaboyer & Aitken, 2019). Existem várias estratégias que podem ser introduzidas para minimizar as interrupções durante a PT, que incluem formação sobre a segurança do doente, incorporação de sistema de alerta que informa a equipa que está a decorrer um momento importante e que as interrupções não são recomendadas, e usando os enfermeiros que terminaram a PT para intercetar e gerir as interrupções (Spooner et al., 2019).

No sentido de minimizar os fatores condicionantes da PT, Silva e Campos (2007) sugerem a capacitação da equipa multidisciplinar, consciencializando-a da necessidade e importância da PT, para que os registos sejam, de facto, feitos e utilizados como fonte fidedigna de informações sobre o doente, porque aquilo que não é registado e deixado como base para consulta posterior impossibilita a procura de informações adicionais e relevantes sobre o doente.

A este propósito, importa relembrar que de acordo com o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, o enfermeiro "comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência" (Regulamento n.º 190/2015, p. 10089).

Representando a informação a essência da PT, explicita-se seguidamente o que se encontrou na literatura consultada sobre a qualidade da informação na PT, a sua fonte e o seu conteúdo.

A qualidade da informação depende da capacidade de quem verbaliza, do modelo de PT adotado, do tempo usado, e do compromisso da equipa em registar as informações

de todos os procedimentos realizados durante a prestação de cuidados e que relatem as intercorrências com o doente (Almeida & Costa, 2017).

No estudo de O'Connell et al. (2008) alguns enfermeiros consideraram ter recebido informações suficientes sobre os doentes e tiveram oportunidade de esclarecer as informações sobre o doente, enquanto outros consideraram a informação incompleta, subjetiva e irrelevante.

Também a irrelevância das informações e a repetitividade podem, muitas vezes sobrepor-se, às informações importantes sobre o doente (Pereira, Brito, Pontes & Guimarães, 2011).

Na mesma linha de pensamento e contrariamente à crença de que a PT é essencial para a continuidade e consistência do cuidado ao doente, algumas das transferências promoveram confusão e muitas vezes não esclareceram questões sobre o estado do doente, tratamentos ou gestão (Sexton et al., 2004).

Impõe-se, deste modo, a necessidade a organizar as informações para a PT, sendo que para tal os enfermeiros utilizam dados constantes do processo do doente, de comunicações da equipa, de anotações e registos de diferentes fontes, que possam ser contributos atualizados e relevantes para a continuidade dos cuidados (Silva et al., 2017).

No que respeita à informação apresentada durante a PT, os resultados da pesquisa de Sexton et al. (2004) mostraram que quase 85% das informações transmitidas na PT estavam documentadas no processo do doente e que 9,5% das informações discutidas não foram relevantes para a continuidade de cuidados ao doente. Apenas 5,9% do conteúdo da PT envolveu discussões relacionadas com questões de continuidade de cuidados ou de gestão da unidade que não estavam registadas em nenhuma fonte de documentação existente.

Semelhantemente, no estudo de O'Connell et al. (2008) os enfermeiros relataram que a informação transmitida na PT poderia ser encontrada nos processos dos doentes.

Na sequência da informação recebida na PT, os enfermeiros fazem anotações pessoais que funcionam como estratégias operacionais com vista a gerir as diferentes informações simultaneamente. O uso dessas anotações facilita o trabalho, agrega rapidez, fiabilidade e eficácia à prática do enfermeiro (Pinho et al., 2003).

Sexton et al. (2004) referem que, se as fontes de documentação fossem mantidas atualizadas e o conteúdo fosse claro e conciso, o tempo gasto na PT poderia ser encurtado e o tempo restante gasto na consulta da documentação essencial. A

questão permanece, no entanto, que se esta informação já está disponível, será necessário repeti-la oralmente ou mesmo em folhas de entrega escritas?

Pelo exposto, emerge a necessidade de melhorias na prática da PT, como a delimitação de conteúdos de discussão e/ou a utilização de fontes de documentação. Estas medidas podem eliminar problemas como redundância da informação, confusão, precisão, estereótipos do doente ou falta de relevância (Sexton et al., 2004).

Em suma, constatou-se que o conteúdo da informação que é transmitida durante a PT incide maioritariamente no que foi realizado e não no que se planeia fazer. Confirmação deste facto foi a referência ao plano de cuidados do doente em apenas 1% das PT de enfermagem, em parte porque os planos não são atualizados. Foi também constatado que aproximadamente 20 a 30% da informação referida durante a PT não estava documentada no processo clínico (Patterson & Wears, 2010; Sexton, et al., 2004).

Evidenciando uma lacuna na produção científica, não foram encontradas publicações que abordassem a valorização da área autónoma e concetual de enfermagem enquanto conteúdo de informação para subsidiar a PT.

Existe falta de pesquisas que estudem o conteúdo da PT através de um processo de análise sistemática do conteúdo, assim como uma falta de diretrizes específicas na literatura para o que deve ser incluído no conteúdo da informação a transmitir na PT. Sem orientações, os enfermeiros podem relatar aquilo que percebem ser importante e que pode ou não ser relevante (Sexton et al., 2004), pondo em causa aquele que é o "momento da prestação em que se verifica a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos" (DGS, 2017, p. 4).

2.2 - CONTINUIDADE DE CUIDADOS E SEGURANÇA DO DOENTE

As mudanças de turno representam, pela sua complexidade, um dos momentos vulneráveis e críticos da transição de cuidados para a segurança do doente, por envolverem um maior risco de erro na transferência de informação (DGS, 2017).

Deste modo, as PT podem resultar em eventos adversos se as informações clinicamente relevantes não forem transmitidas com precisão e em tempo útil. Outras consequências de uma PT menos adequada podem ser atrasos no tratamento e diagnóstico, tratamento inadequado e omissão de cuidados. No entanto, a ineficiência devido à duplicação de trabalho, as comunicações e atividades redundantes também

podem resultar em menor assistência e satisfação do doente, aumento de custos, aumento do tempo de internamento hospitalar e readmissões (Smeulers et al., 2014).

De acordo com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, a qualidade do sistema de saúde está intimamente ligada à segurança dos cuidados, pelo que o 'reforço da segurança dos doentes' emerge neste documento como uma das prioridades estratégicas, como referido anteriormente (Despacho n.º 5613/2015).

Também o já supracitado Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 salienta que a qualidade em saúde assenta, dentre outros, na garantia da continuidade dos cuidados, na sua eficiência e na sua efetividade e define vários objetivos estratégicos, dos quais se destaca 'aumentar a segurança da comunicação' (Despacho nº 1400-A/2015). Segundo o mesmo plano, a comunicação é "um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, como as mudanças de turno" (Despacho nº 1400-A/2015, p. 3882-3). No que concerne à segurança e à continuidade de cuidados, no mesmo documento pode ler-se que "as tecnologias de informação e comunicação desempenham, neste contexto, uma função estruturante fundamental (...) entre serviços da mesma instituição ou profissionais do mesmo serviço" (p. 3882-3).

A comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, caracterizada por ser precisa e atempada de forma a reduzir a ocorrência de erros e evitar lacunas na transmissão da informação, é primordial para garantir transições de cuidados seguros e a continuidade informacional nos cuidados de saúde. Pode então dizer-se que a comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde é mandatória para melhorar a segurança do doente e contribui para a diminuição dos eventos adversos. No panorama internacional, uma das principais causas de eventos adversos na saúde, cerca de 70%, dizem respeito a falhas na comunicação entre os profissionais, sendo exemplo omissões e erros nas informações, falta de precisão e de priorização das atividades (DGS, 2017).

Desta forma, a comunicação na saúde guarda estreita relação com a necessária instituição de orientações e de normas nacionais de boa prática profissional (Despacho nº 1400-A/2015). Neste seguimento, a DGS publicou em 2017 uma norma sobre comunicação eficaz na transição de cuidados, onde explicita que a transição de cuidados, da qual a PT é exemplo, deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência da informação entre os profissionais, para segurança do doente. Releva

também que, nas situações em que a transmissão de informação assume a forma oral, deve ocorrer sem interrupções, como é o caso particular da PT (DGS, 2017).

A mesma norma aponta a técnica ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation) como estratégia para garantir a eficácia da comunicação em todos os níveis de prestação que envolva a transição de cuidados. A metodologia ISBAR uniformiza a comunicação entre os profissionais de saúde e ajuda a memorizar construções complexas a utilizar na transmissão verbal da informação, em que I: representa a Identificação, S: a Situação atual, B: os Antecedentes, A: a Avaliação, R: as Recomendações, promovendo a tomada de decisão, o pensamento crítico e a rápida integração de novos elementos, bem como a diminuição do tempo de transferência.

Como referido anteriormente, a transmissão de informação realizada de forma oral na PT não substitui o registo de enfermagem, mas complementa a documentação de cuidados realizada em notas de evolução / continuidade e/ou avaliação do plano de cuidados (OE, 2001).

Ora a continuidade de cuidados, de que é exemplo a continuidade entre os turnos, creditada pela realização de um plano terapêutico proposto, assegura um trabalho contínuo, com recurso à informação recolhida nos turnos anteriores e à efetivação do plano de cuidados (OE, 2015).

Ainda na relação entre a continuidade de cuidados e a sua documentação, a alínea d) do artigo 104.º reitera o dever do enfermeiro de "assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas" (Lei n.º 156/2015, p. 8079).

Ou seja, assegurar a qualidade dos cuidados à pessoa doente passa, invariavelmente, pela documentação da tomada de decisão clínica dos enfermeiros nas várias dimensões que constituem o processo de enfermagem. Documentar cuidados é, portanto, documentar a tomada de decisão clínica que permite assegurar a continuidade dos mesmos, significando que, enquanto enfermeiros, "tomamos decisões no sentido de um agir que responda às necessidades das pessoas – por isso, a tomada de decisão não se dispensa, nem a ela não se renuncia" (Nunes, 2006, p. 3).

Pelo exposto neste subcapítulo, fica evidente que a estratégia de segurança dos doentes é essencial para a satisfação global, dos doentes e dos profissionais. Assim, compete às organizações implementar uma estratégia de gestão do risco associada à melhoria da qualidade e segurança do doente enquanto metodologia integrada e

sistemática, que implica responsabilidades adicionais aos responsáveis e colaboradores na identificação, análise, avaliação e monitorização dos riscos associados às diversas atividades hospitalares. Esta estratégia deve integrar programas de melhoria contínua da qualidade, criar condições, promover e reforçar práticas seguras de trabalho, visando o aumento da segurança (Barbosa et al., 2011). A PT impõe-se como uma dessas práticas hospitalares.

Apesar de várias décadas de pesquisa sobre a comunicação da informação do doente na PT de enfermagem, o processo de transferência continua a representar desafios para a gestão em enfermagem (O'Connell et al., 2008). Estes desafios emergem nas várias áreas que vão desde proporcionar um ambiente adequado até à promoção de momentos de reflexão e formação em contexto de PT, que seguidamente se expõem.

2.3 - RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO GESTOR

O enfermeiro gestor tem que estar ciente que uma adequada transição de cuidados exige compreensão do seu objetivo, liderança, tempo reservado, uma abordagem sistematizada e um ambiente clínico de apoio, com vista à redução de erros, danos e lapsos na continuidade dos cuidados (Jorm, White & Kaneen, 2009).

O gestor de enfermagem deve então reconhecer a importância da PT, coordenar e conduzir esta atividade, garantir que as informações são transmitidas corretamente, assegurar as condições ambientais e orientações a todos os elementos da equipa de enfermagem na realização desta atividade (Moura, 2013; Silva & Campos, 2007), assim como proporcionar um espaço não perturbado para a PT, limitando as interrupções durante o processo de transferência (Yu et al., 2018).

Na mesma linha de pensamento, o papel do enfermeiro gestor na coordenação da PT é também destacado no estudo de Silva et al. (2017), tanto na promoção da organização do trabalho, apresentação da síntese dos cuidados prestados e das informações relevantes, assim como pela representação do enfermeiro gestor perante a própria equipa.

A PT emerge também como sendo um momento oportuno para o enfermeiro gestor fomentar a partilha, a entreajuda e o espírito de equipa, pois, de acordo com Magalhães (2006), é fundamentalmente no período da PT que ocorre a comunicação oral intradisciplinar, onde se "promove a troca de diferentes pontos de vista, criando um espaço de dialógico onde são tomadas decisões, onde se promove a reflexão tanto sobre as experiências positivas como sobre as negativas" (p. 64). E, acerca do

seu impacto na assistência ao doente, acrescenta que é "neste contexto qualificante que se modificam as rotinas de trabalho, atualizam-se os conhecimentos e as competências reais e implícitas, minimiza-se o individualismo potencializando o desenvolvimento de objetivos e projetos comuns" (p. 64).

Como referido anteriormente, o Conselho Jurisdicional da OE (2005) aponta como finalidade da PT a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, concretizada por momentos de análise das práticas e de formação em serviço / em situação. Este descritivo realça as vertentes de aprendizagem, discussão e prática reflexiva que devem ser promovidas pelo enfermeiro gestor durante a PT. De acordo com o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (2018), são critérios de competências comuns da gestão operacional que o enfermeiro gestor "assegura a coexistência da formação informal e formal", "organiza espaços de reflexão sobre as práticas" e "incentiva a explicitação do processo de tomada de decisão clínica" (p. 3484).

A importância de proporcionar espaços de reflexão durante a PT é convergente com os resultados encontrados no estudo de Afonso (2017), onde a Oportunidade para a Reflexão Partilhada foi considerado pelos enfermeiros o segundo componente mais importante para a eficácia da PT (precedido da Oportunidade da Informação).

Neste seguimento, Magalhães (2006) recorda que a formação qualificante é uma formação discreta que não provém de programas pré-determinados de formação, mas é consubstanciada pela reflexão no coletivo de trabalho, que constitui simultaneamente o seu pressuposto e o seu produto. Neste âmbito, é particularmente significativa a formação desenvolvida em contexto da PT, onde as experiências significativas são dialogadas, cedendo lugar a uma linguagem partilhada, onde se comunicam inovações, práticas e analisam incidentes. Decorre daqui uma aprendizagem tática, coletiva, refletida e, por isso, promotora do reconhecimento da complexidade das competências na prática e indutora de nova relação teoria / prática.

No mesmo alinhamento, Barbosa et al. (2011) recorda que a formação deve desenvolver competências e capacidades para o exercício da profissão, valorizando o papel e o brio profissional individual para um caminhar coletivo. Os processos de formação devem centrar-se no desempenho e na decisão clínica, com a preocupação constante com a qualidade e continuidade da prestação de cuidados, tendo em vista melhorias significativas em matéria de qualidade e eficiência na prestação de cuidados. Deste modo, as estratégias de formação devem ser adotadas internamente nos serviços, suportadas por modelos adequados às realidades e necessidades

formativas suscetíveis de gerarem mudanças nas práticas, ao nível individual e organizacional.

Em suma, é preciso que o enfermeiro gestor assuma uma atitude de liderança inovadora, criativa e responsabilizadora do papel de cada um, sendo que a sua principal responsabilidade "é responder pela qualidade dos cuidados de enfermagem no seu serviço", promovendo o desenvolvimento de competências dos profissionais e orientando o seu desempenho (Nunes, 2006, p. 11).

Numa conjuntura em que a qualidade se impõe como uma preocupação e, em particular, a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no contexto hospitalar, urge a identificação de estratégias diferenciadas que possam contribuir para uma prática profissional de excelência. Neste sentido, os modelos de prática profissional de enfermagem, enquanto estruturas que fornecem aos enfermeiros orientação para a prática, podem constituir uma dessas estratégias. 0 desenvolvimento e implementação dos modelos de prática profissional de enfermagem têm consequências positivas para os doentes e para os enfermeiros, sendo que, no caso destes últimos, as consequências positivas verificam-se, nomeadamente, na melhoria da comunicação (Ribeiro, Martins & Tronchin, 2016).

Pelo exposto, é notória a necessidade de discutir a temática da PT, particularmente com enfoque na criação e adoção de modelos de práticas inovadoras, a fim de valorizar o contributo desta prática para um cuidado de excelência.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1 - PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Decorrente do Plano Estratégico da Direção de Enfermagem 2012 / 2015 para o CHUC, foram implementados dois projetos que vieram dar resposta a duas grandes áreas do exercício da profissão: Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem e Capacitação dos Enfermeiros em Conceção de Cuidados, nos quais o GASIDE, constituído por um grupo de enfermeiros do CHUC denominados Facilitadores, teve um papel importante ao nível do planeamento e execução.

A documentação da tomada de decisão clínica em enfermagem no CHUC é hoje suportada por um sistema de informação em enfermagem informatizado — SClínico, facilitador do acompanhamento da explicitação do processo de cuidar e da respetiva medição através de auditorias e indicadores. Com base nos resultados obtidos em cada serviço do CHUC, é possível promover a necessária reflexão na e sobre a ação e a definição de estratégias de melhoria, essenciais à melhoria continua da qualidade dos cuidados.

Com vista a clarificar as Teorias e Modelos mais relevantes para a orientação da prática profissional dos enfermeiros que exercem a sua atividade no CHUC e a facilitar a apropriação dos referenciais teóricos referidos na Parte I deste relatório, foi realizada formação teórico-prática a diferentes grupos.

No processo formativo requerido por ambos os projetos foram usados vários modelos de formação formal / informal e em contexto do serviço, envolvendo enfermeiros nos diferentes conteúdos funcionais: Supervisores, Gestores, Responsáveis pela Formação em Serviço, Elos dos diferentes projetos institucionais, com momentos e dinâmicas formativas de diferente teor, dependendo do projeto em desenvolvimento (Melo et al., 2017).

A implementação dos referidos projetos circunscreve-se num processo de mudança na organização CHUC, mobilizador de um conjunto de conhecimentos e competências dos enfermeiros, com a noção clara de que as dificuldades não se centram na aquisição de conhecimentos, mas na transferibilidade do conhecimento para a prática (Melo et al., 2017).

Notoriamente, nos últimos anos, a organização CHUC está a mudar, embora lentamente, de cultura. Assiste-se à transição de um modelo de cuidados de enfermagem essencialmente biomédico, para uma conceção e sistematização dos

cuidados alicerçada num enquadramento teórico assumido como essencial, aplicável e norteador da tomada de decisão clínica em enfermagem.

É neste contexto que emerge este estudo de âmbito institucional solicitado pela Direção de Enfermagem do CHUC, desenvolvido com a colaboração do GASIDE e do NIE do CHUC, com vista a identificar o modelo em uso na PT nos serviços de internamento do CHUC e, posteriormente, introduzir medidas corretivas promotoras de melhoria contínua.

Neste estudo, a referência a modelo em uso diz respeito a aspetos organizacionais da PT e conteúdo da informação oral transmitida. Estão incluídos elementos como:

- Intervenção do enfermeiro gestor na PT e os pressupostos que lhe estão adjacentes,
- Existência de norma interna para a PT,
- Presença de enfermeiro para atender às solicitações durante a PT,
- Utilização do sistema de informação e documentação enquanto um recurso para a PT,
- Existência de suportes informativos alternativos que integrem a organização da informação do doente,
- Abordagem da condição clínica do doente realizada com recurso a linguagem classificada que expresse a tomada e decisão clínica em enfermagem,
- Que outras áreas da organização dos cuidados estão a ser considerados como prioritárias durante a PT,
- Perspetiva que os enfermeiros, enquanto intervenientes na PT, têm acerca da qualidade e segurança da informação recebida.

A relevância do presente enquadramento radica no facto de requerer incidências metodológicas peculiares e, concretamente, na impossibilidade de utilizar instrumentos de colheita de dados existentes, atenta a singularidade do CHUC nesta matéria.

2 - METODOLOGIA

Neste capítulo apresenta-se a metodologia do estudo, explicitando-se as etapas, procedimentos e estratégias de recolha e análise de dados do estudo (Polit & Beck, 2019).

Começa por se definir a questão de investigação e os objetivos do estudo, bem como o tipo de pesquisa. De seguida determina-se a população e amostra, as variáveis e as hipóteses a testar, apresentam-se os procedimentos de colheitas de dados e por fim, os procedimentos formais e éticos e, por fim, a análise e tratamento dos dados.

2.1 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

A questão de investigação refere-se à pergunta específica que o investigador quer responder para tratar um problema de pesquisa (Polit & Beck, 2019).

O estudo pretende dar resposta à questão central: Qual o contributo da PT dos enfermeiros nos serviços de internamento do CHUC para a qualidade na gestão da informação?

Partindo da questão de investigação apresentada, este estudo tem como finalidade contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados pela melhoria da transmissão da informação na PT.

Delinearam-se os seguintes objetivos para o estudo:

Objetivo geral: Analisar a qualidade da PT nos serviços de internamento do CHUC;

Objetivos específicos:

- Identificar o modelo em uso na PT nos serviços de internamento do CHUC;
- Analisar a relação entre a valorização da área autónoma e concetual na PT e
 os resultados das auditorias ao processo de prestação de cuidados de
 enfermagem, no que concerne à componente concetual dos registos de
 enfermagem;
- Identificar a relação entre a duração da PT e a quantidade de erros / inconsistências:
- Identificar a influência da intervenção do enfermeiro gestor na valorização da área autónoma e concetual na PT;
- Identificar áreas de melhoria da qualidade da PT;

 Proporcionar orientações para a elaboração de um guia orientador de boas práticas para a PT no CHUC.

2.2 - TIPO DE ESTUDO

A presente investigação configura um estudo descritivo-exploratório, uma vez que segue uma lógica indutiva e exploratória, procurando identificar e descrever o fenómeno. Apesar desta classificação traduzir o essencial do estudo, ele contém uma vertente correlacional em torno de hipóteses relevantes para a compreensão do fenómeno em causa, através da análise de algumas das suas eventuais influências.

A pesquisa descritiva tem como finalidade principal observar, descrever e documentar aspetos de uma situação, permitindo retratar com precisão as características de pessoas ou circunstâncias e/ou a frequência com que determinado fenómeno ocorre (Polit & Beck, 2019).

A presente investigação assenta numa abordagem em que coexistirão ambas as metodologias, tanto a quantitativa como a qualitativa.

A pesquisa quantitativa refere-se à investigação de fenómenos que se prestam à medição e à quantificação precisas, envolvendo frequentemente um delineamento rigoroso e controlado. Já na pesquisa qualitativa, a investigação de fenómenos é feita de modo detalhado e holístico, envolvendo colheita de ricos materiais narrativos e usando um delineamento de pesquisa flexível (Polit & Beck, 2019).

2.3 – POPULAÇÃO / AMOSTRA

O método de amostragem utilizado neste estudo foi a amostragem probabilística aleatória estratificada dos serviços de internamento do CHUC. Assim, para garantir aleatoriedade dos contextos para análise, a população alvo deste estudo são os serviços de internamento do CHUC, num total de 67, incluindo todos os Polos do Centro Hospitalar: Hospital Geral (HG), Hospital Pediátrico (HP), Hospital Sobral Cid (HSC), Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), Maternidade Bissaya Barreto (MBB) e Maternidade Daniel de Matos (MDM).

Na amostragem aleatória estratificada, a população foi inicialmente dividida em cinco estratos / grupos de acordo com as áreas de cuidados do CHUC (Pediátrico, Maternidade, Psiquiatria, Medicina e Cirurgia), dos quais os serviços de internamento

foram aleatoriamente selecionados. A opção por este método tem o objetivo de incrementar a representatividade (Polit & Beck, 2019).

Uma vez que as variáveis de estratificação tiveram por efeito a divisão da população em subpopulações (áreas de cuidados do CHUC) de tamanho desigual, decidiu escolher-se um número de indivíduos (serviços) correspondente à percentagem da população que representa o estrato a que eles pertencem, usando-se assim uma amostragem estratificada proporcional (Fortin, 2009).

Tabela 1 – Estratificação proporcional da população

Grupo (Área de cuidados)	População (nº serviços)	Proporção	Amostra (nº serviços)
Pediátrico (HP)	5	7,46%	2
Maternidade (MBB+MDM)	6	8,96%	2
Psiquiatria (HUC+HSC)	9	13,43%	4
Medicina (HG+HUC)	23	34,33%	9
Cirurgia (HG+HUC)	24	35,82%	10

A amostra foi constituída por 27 serviços de internamento e a seleção aleatória dos serviços para os diferentes grupos foi realizada através do site www.random.org.

Determinaram-se como critérios de inclusão no estudo: ser serviço de internamento do CHUC e o serviço ter enfermeiro gestor ou enfermeiro em funções de chefia.

Os critérios de exclusão reportam-se às unidades de cuidados intensivos e intermédios e aos serviços de internamento onde a PT se organiza em dois momentos, com divisão dos elementos da equipa e passagem individual simultânea.

Para o preenchimento do Questionário 2 pelos enfermeiros participantes na PT foi utilizada a técnica de amostragem por conveniência, aplicando-se o instrumento aos enfermeiros presentes no momento da observação da PT, não deixando de conservar a aleatoriedade uma vez que não existe processo de escolha prévia.

No que concerne à principal unidade de análise do estudo, o N é constituído por cada doente cuja informação é transmitida na PT, sendo a amostragem decorrente da seleção de serviços supracitada.

2.4 – VARIÁVEIS E HIPÓTESES

Segundo Polit e Beck (2019), variável é um atributo que varia, podendo ser qualquer qualidade ou pessoa, grupo ou situação que varia ou que assume diferentes valores.

No estudo são consideradas variáveis independentes, que causam ou influenciam a variável dependente, e uma variável dependente cujo comportamento, resposta ou resultado face às variáveis independentes, importa pesquisar.

Assim, a pesquisa centrou-se no estudo da valorização da informação transmitida durante a PT e na existência de relação entre esta valorização e os resultados das auditorias à componente concetual dos registos de enfermagem, a duração da PT e a intervenção do enfermeiro gestor na PT.

Variável dependente

A variável dependente considerada neste estudo é a "valorização da informação transmitida durante a PT" e foi estudada através da gravação áudio das PT. Pretendeu-se avaliar o valor atribuído à informação transmitida, de acordo com as unidades de significação das verbalizações efetuadas pelos enfermeiros.

Para avaliar esta variável recorreu-se à Grelha de Observação B, com oito categorias, as quais possibilitaram analisar a informação oral transmitida pelos enfermeiros, agrupando-a em quatro conjuntos de referências:

- Autónomas com enquadramento concetual;
- Outras da área autónoma;
- Interdependentes;
- Inadequadas.

As "referências autónomas com enquadramento concetual" correspondem à informação catalogada nas categorias: atividade diagnóstica, diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem.

As "outras referências da área autónoma" relacionam-se com a informação catalogada na categoria: avaliação inicial.

As "referências interdependentes" circunscrevem-se com a informação catalogada nas categorias: diagnósticos médicos, atitudes terapêuticas e prescrições médicas.

Por fim, as "referências inadequadas" dizem respeito à informação catalogada na categoria: outros dados.

Variáveis independentes

A variável resultados das auditorias à componente concetual dos registos de enfermagem foi extraída do *dashboard* de enfermagem do CHUC, pelo indicador disponível "taxa de prevalência dos referenciais teóricos na documentação dos cuidados".

A variável duração da PT foi quantificada pelo tempo absoluto em minutos monitorizado pelos facilitadores do GASIDE e foi avaliada na Grelha de Observação A.

A variável intervenção do enfermeiro gestor na PT foi avaliada pela questão n.º 1 da Grelha de Observação A. Considera-se que há intervenção promotora do pensamento de enfermagem na PT pelo enfermeiro gestor quando a opção assinalada recai sobre o item "promovendo reflexões sobre os conteúdos valorizados na PT" e que, ao invés, não existe intervenção promotora do pensamento de enfermagem na PT quando a opção incide sobre qualquer outro dos itens de resposta.

A hipótese é uma declaração em forma de predição, geralmente envolvendo uma relação prevista entre duas ou mais variáveis (Polit & Beck, 2019).

Partindo dos objetivos e da questão de investigação e com vista à compreensão do fenómeno em causa e à análise de algumas das suas influências, estabeleceram-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Existe diferença estatisticamente significativa entre a valorização da área autónoma e concetual na PT e os resultados das auditorias no que concerne à componente concetual dos registos de enfermagem.

H2: Existe relação estatisticamente significativa entre a duração da PT e a quantidade de erros/inconsistências, por falta de enfoque adequado.

H3: Existe diferença estatisticamente significativa na valorização da área autónoma e concetual na PT conforme a intervenção do enfermeiro gestor na PT.

Considera-se H1 como a principal do estudo, na medida em que, a sua verificação, traduzirá a visão de uma verdadeira filosofia de cuidar, transversal, concetualmente suportada, por se verificar constância nas mais diversas formas de produção de evidência (registos de enfermagem / escrita e PT / verbal).

2.5 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITAS DE DADOS

Os dados foram colhidos com recurso a gravação áudio, observação direta e preenchimento de questionário.

A gravação áudio e observação direta foram realizadas pelos facilitadores do GASIDE, em grupos de dois, por serviço de internamento. A intenção era que a gravação áudio e observação direta fossem efetuadas nas PT da noite para a manhã e da manhã para a tarde, em dias diferidos, num total de duas avaliações por serviço.

A opção por efetuar a gravação áudio e observação direta nas PT da noite para a manhã e da manhã para a tarde, em dias diferidos, num total de duas avaliações por serviço prendeu-se com a diversidade de aspetos que as diferentes PT pudessem incluir. Omitiu-se a PT da tarde para a noite por ser a que envolve menos participantes.

A colheita de dados iniciou-se no dia 3 de março de 2020, mas no dia 12 do mesmo mês houve necessidade da sua suspensão, decorrente da implementação do plano de contingência com vista a minimizar o impacto da atividade epidémica da Corona Virus Disease (COVID)-19 no CHUC.

Esta ocorrência, associada à emanação de "orientações relativas à passagem de informação imprescindível à garantia da continuidade de cuidados e serviços segura" pela Enfermeira Diretora do CHUC a 18 de março de 2020 e posteriormente, a 25 de maio de 2020, a aprovação das "Linhas Orientadoras de Prevenção e Controlo de Infeções em Contexto de Pandemia COVID-19 — Fase de Retoma de Atividade Assistencial", onde pode ler-se "evitar todas as práticas que potenciem uma eventual cadeia de contágio, principalmente as que impliquem grandes concentrações de pessoas: reuniões de serviço, visitas presenciais aos serviços, passagens de turno (...)" (CHUC, 2020, p. 2), inviabilizou o prosseguimento da colheita de dados.

Por decisão da Enfermeira Diretora do CHUC a colheita de dados foi retomada 29 de setembro de 2020, tendo decorrido até 4 de novembro de 2020. A colheita de dados ocorreu em 24 dos 27 serviços de internamento do CHUC previamente selecionados para a amostra, sendo que nem em todos os serviços se efetuou nos dois momentos previstos (uma PT da noite para a manhã e uma PT da manhã para a tarde). Este facto prendeu-se com vários motivos, nomeadamente, encerramento de um serviço de internamento, mudança na tipologia de horários / turnos e recurso ao direito de recusa por parte dos enfermeiros.

No grupo "Cirurgia" foram colhidos dados em 90% dos serviços (9), sendo que em 5 se conseguiu os dois momentos e nos restante 4 apenas se conseguiu uma PT da noite para a manhã ou da manhã para a tarde.

No grupo "Medicina" foram colhidos dados em 100% dos serviços selecionados (9). Em 8 dos serviços conseguiram-se os dois momentos por serviço, sendo que num deles ficou restrito a um dos momentos (PT da noite para a manhã).

Nos grupos "Maternidade" e "Pediátrico", foram colhidos dados em 100% dos serviços selecionados (2+2), compreendendo os dois momentos por serviço.

No grupo "Psiquiatria" foram colhidos dados em 50% dos serviços (2), sendo que num deles apenas se conseguiu um dos momentos (PT da manhã para a tarde).

2.5.1 – Instrumentos de colheitas de dados

Pelo exposto na problemática do estudo fica clarificado que, com esta investigação se pretende conhecer os aspetos organizacionais da PT do CHUC, bem como o conteúdo da informação oral transmitida, particularmente no que concerne à expressão do pensamento de enfermagem e conceção subjacente à prática traduzida na explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem durante a PT.

Pela escassez de estudos nesta área com enfoque no enquadramento teórico e inexistência de instrumentos de colheita de dados que correspondessem ao que se pretende estudar, houve necessidade da sua construção.

Os quatro instrumentos de colheita de dados usados no estudo, apresentados de seguida, foram desenvolvidos pelo GASIDE e pelo NIE do CHUC e são designados por Questionário 1 e Questionário 2, Grelha de Observação A e Grelha de Observação B.

Questionário 1 (Enfermeiros Gestores)

O Questionário 1 dirigido aos enfermeiros gestores, centra-se em aspetos organizacionais da PT, nomeadamente, presença do enfermeiro gestor, existência de norma do serviço para o efeito, local de realização da PT e computadores disponíveis para uso dos enfermeiros (Anexo I). Este questionário foi entregue em envelope fechado e recolhido em urna após preenchimento pelos enfermeiros gestores.

Questionário 2 (Enfermeiros)

O Questionário 2 destina-se a todos os enfermeiros participantes na PT e centra-se na utilização do processo eletrónico do doente como ponto de partida para a prestação de cuidados. Integra também a perspetiva dos enfermeiros sobre aspetos da PT como qualidade da informação, segurança e organização da PT, avaliada através de escala de Likert com cinco níveis de resposta. Inclui ainda recolha de sugestões de melhoria da qualidade da PT, com recurso a uma pergunta aberta (Anexo II).

O preenchimento do Questionário 2 foi realizado em suporte de papel e a recolha foi efetivada com recurso a urna, no próprio dia, garantindo o anonimato.

Grelha de Observação A

A Grelha de Observação A foi preenchida pelos facilitadores do GASIDE responsáveis pela recolha de dados, e centra-se nos aspetos organizacionais da PT, particularmente, duração, recurso ao sistema de informação e documentação em enfermagem em uso, existência de suportes alternativos para transmissão e receção de informação (como quadros de informação, folhas-tipo criadas pelo serviço, notas escritas redigidas no momento, processo clínicos em suporte papel) e distribuição intencional de enfermeiro para atender a solicitações durante a PT. Centra-se ainda na intervenção do enfermeiro gestor do enfermeiro gestor na PT, verificando se a sua intervenção recai sobre questões de organização do serviço / cumprimento dos MCDT's ou se promove reflexões sobre os conteúdos valorizados na PT adotando uma intervenção promotora do pensamento de enfermagem (Anexo III).

Grelha de Observação B

A Grelha de Observação B centra-se no conteúdo da informação oral transmitida gravada em áudio, tendo sido alocada a: diagnósticos médicos; avaliação inicial (dados que constem da estrutura da Avaliação Inicial parametrizada no CHUC, nomeadamente hábitos de vida, equipamento adaptativo, processo familiar); atividade diagnóstica (informação que permita chegar à identificação e validação de um Diagnóstico de Enfermagem referida de acordo com a estrutura de dados da Atividade Diagnóstica do SClínico); diagnósticos de enfermagem (referidos em linguagem classificada e com explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem, assim como referência a evolução diagnóstica); intervenções de enfermagem (referidas em linguagem classificada e cuja enunciação explicite o processo de tomada de decisão clínica em enfermagem - integridade referencial); atitudes terapêuticas (que explicitem o processo de tomada de decisão clínica em enfermagem - integridade referencial); prescrições médicas (fármacos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), ...) e outros dados (dados que não explicitem o processo de tomada de decisão clínica em enfermagem, não tendo significado / integridade referencial, nomeadamente: transmissão de normalidades, diagnósticos de enfermagem/ intervenções de enfermagem/ atitudes terapêuticas em linguagem natural, atitudes terapêuticas desconexas, sem explicitação da sua razão de ser, erros, inconsistências, informação redundante, contraditória, imprecisa ou não útil) (Anexo IV).

A Grelha de Observação B foi preenchida por pares de peritos, - facilitadores do GASIDE, que procedem à categorização da análise de conteúdo da informação

recolhida na PT, que foi gravada. A categorização, realizada por dois peritos, obedeceu às orientações do guião elaborado para preenchimento da grelha de análise da informação oral (Anexo V), no sentido de obter validade científica sustentada. Estratégias que foram eleitas para garantia da fiabilidade e reprodutibilidade da categorização.

Os instrumentos de colheita de dados foram sujeitos a um pré-teste realizado em cinco serviços com características distintas e, portanto, cinco observações em pares (abrangendo 9 facilitadores do GASIDE) no sentido de aferir a reprodutibilidade dos mesmos.

Após a realização do pré-teste, houve necessidade de introduzir as seguintes alterações:

- Reformulação de duas questões, no Questionário 2, que se revelaram menos claras;
- Reorganização da Grelha de Observação A;
- Reestruturação da Grelha de Observação B e decisão de gravação das passagens de turno, por dificuldades na categorização imediata da informação dispersa pelas diferentes categorias, relacionadas com a rapidez da transmissão da informação e a dificuldade da perceção do contexto da informação;
- Análise diferida da informação transmitida na PT em pares de peritos para garantia da fiabilidade da categorização (facilitadores do GASIDE);
- Elaboração de um guião com vista a orientar o preenchimento da Grelha de Observação B – grelha de análise da informação oral transmitida na PT, gravada em áudio.

Após este pré-teste e incluídas as alterações devidas, chegou-se aos quatro instrumentos de colheita de dados finais.

2.6 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para a consecução do estudo foram cumpridos diversos processos inerentes ao cumprimento de normas e condutas relacionadas com as exigências formais e éticas de um trabalho de investigação.

O Projeto de Investigação foi submetido ao Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, obtendo resposta favorável para a sua realização.

A Enfermeira Diretora do CHUC aprovou a realização do estudo de natureza institucional e promovido pela Direção de Enfermagem (Anexo VI).

Foi enviada informação pela Enfermeira Diretora do CHUC, via correio eletrónico, aos enfermeiros gestores dos serviços de internamento que constavam da amostra, comunicando que, a partir de determinada data, se iria proceder à recolha de dados realizada por facilitadores do GASIDE. Foi solicitado aos enfermeiros gestores que a informação enviada fosse divulgada à equipa que lideravam (Anexo VII).

Da informação enviada aos enfermeiros gestores constava a garantia do anonimato e o direito de recusa de resposta e gravação a todos os intervenientes, a garantia que os dados recolhidos fossem utilizados unicamente para os fins descritos no estudo e que os questionários e as gravações seriam destruídas após a catalogação / categorização.

Não obstante a garantia absoluta de anonimato e da destruição da gravação, cada enfermeiro participante na PT foi efetivamente livre de recusar a gravação da sua intervenção ou a resposta ao questionário, informando no momento os facilitadores do GASIDE que procediam à recolha dos dados.

De modo a garantir a confidencialidade dos dados, o conteúdo das gravações foi do conhecimento exclusivo dos peritos que procederam à categorização da informação transmitida na PT.

2.7 – ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

A escolha do tipo de análise a desenvolver, depende do tipo de dados colhidos anteriormente e do tipo de estudo em causa. Como se trata de um estudo misto, onde foram recolhidos dados qualitativos e dados quantitativos, a análise de cada um deste tipo de achados também se realizou de forma distinta. A seguir, apresenta-se separadamente como foi tratada e analisada cada uma desta informação.

A análise quantitativa refere-se à organização e teste de dados numéricos através de procedimentos estatísticos com o propósito de descrição de fenómenos e avaliação da relação entre eles (Polit & Beck, 2019).

No tratamento dos dados foi utilizado o programa IBM Satistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS), versão 25. Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizaram-se técnicas de estatística descritiva e de estatística inferencial, tais como: medidas de frequência (absoluta e percentual), medidas de tendência central (média e mediana), medidas de dispersão (valor mínimo, valor máximo e

desvio padrão) e, para o teste das hipóteses, o coeficiente de correlação de *Pearson* com o respetivo teste de significância e o teste t de *Student* para grupos independentes.

Já a análise qualitativa reporta-se à organização e interpretação de dados narrativos com o propósito de descobrir temas, categorias e padrões subjacentes relevantes (Polit & Beck, 2019).

Para a exploração dos achados encontrados no conteúdo manifesto das sugestões de melhoria da qualidade da PT feitas por 70 enfermeiros respondentes ao questionário 2, foi realizada a análise de conteúdo das respostas. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016), seguindo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados (inferência e interpretação).

A pré-análise foi iniciada por uma leitura "flutuante" da transcrição das sugestões, permitindo a ocorrência de um conjunto de impressões e orientações iniciais, que facilitaram as sucessivas leituras e, mais tarde, a construção de categorias. Na fase de exploração do material, procedeu-se à transformação dos dados brutos em unidades de significação, através da codificação. Após a delimitação das unidades de registo, estas foram organizadas em subcategorias e, posteriormente, em categorias – análise de conteúdo do tipo temática / categorial (Bardin, 2016).

De acordo com as orientações da mesma autora, procurou-se que as categorias estabelecidas respeitassem os princípios da exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade.

Após a elaboração da revisão bibliográfica da temática em estudo e delineamento do desenho da investigação, no capítulo seguinte faz-se a apresentação e análise dos resultados.

3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo do trabalho, procede-se à apresentação dos resultados obtidos durante este percurso de investigação. Anteriormente foram salientados os processos de análise e tratamento dos dados, pelo que neste capítulo se procede à sua apresentação. Os resultados são apresentados em dois subcapítulos de acordo com duas áreas estruturantes do trabalho: o modelo em uso na PT e a identificação das áreas de melhoria contínua da qualidade da PT.

3.1 - MODELO EM USO NA PASSAGEM DE TURNO

No que respeita ao modelo em uso na PT, importa voltar a clarificar que, no contexto do presente estudo, a referência a modelo em uso integra aspetos organizacionais da PT e aspetos do conteúdo da informação oral transmitida. Estão incluídos elementos como intervenção do enfermeiro gestor na PT e os pressupostos que lhe estão adjacentes, existência de norma interna para a PT, presença de enfermeiro para atender às solicitações durante a PT, utilização do sistema de informação e documentação enquanto um recurso para a PT, existência de suportes informativos alternativos que integrem a organização da informação do doente, abordagem da condição clínica do doente realizada com recurso a linguagem classificada que expresse a tomada e decisão clínica em enfermagem, e ainda, que outras áreas da organização dos cuidados estão a ser considerados como prioritárias durante a PT. Inclui também a perspetiva que os enfermeiros, enquanto intervenientes na PT têm acerca da qualidade e segurança da informação recebida.

Neste seguimento, os resultados são apresentados distribuídos pelos seguintes tópicos: aspetos organizacionais da PT, conteúdo da informação oral transmitida na PT e perspetiva dos enfermeiros sobre a qualidade da PT.

Aspetos organizacionais da PT

Presença e intervenção do enfermeiro gestor na PT

O questionário aplicado aos enfermeiros gestores, no qual participaram 24 respondentes, permitiu obter os resultados que se apresentam na tabela 2. Verifica-se que a maioria dos enfermeiros gestores, concretamente 62.5%, referiu estar sempre

presente na PT da noite para a amanhã. Já na PT da manhã para a tarde esta percentagem diminui para 41.7%, aumentando as situações em que os enfermeiros gestores referiram estar quase sempre presentes (33.3%), e daquelas em que a presença era irregular (25.0%).

Como pode constatar-se, dois terços (66.7%) dos enfermeiros gestores geriam apenas um contexto de prestação de cuidados com PT.

Tabela 2 – Presença do enfermeiro gestor na PT

Questão	n	%
O Enfermeiro Chefe está presente na passagem de turno N / M		
Sempre (até 2 ausências/mês)	15	62.5
Quase sempre (até 4 ausências/mês)	7	29.2
Irregularmente (mais do que 5 ausências/mês	2	8.3
O Enfermeiro Chefe está presente na passagem de turno M / T		
Sempre (até 2 ausências/mês)	10	41.7
Quase sempre (até 4 ausências/mês)	8	33.3
Irregularmente (mais do que 5 ausências/mês	6	25.0
O Enfermeiro Chefe gere mais do que um contexto com PT		
Sim	8	33.3
Não	16	66.7

Como pode verificar-se na tabela 3, em 51.1% das observações o enfermeiro gestor estava presente na PT.

Em 47.8% dos 23 registos em que o enfermeiro gestor estava presente na PT, a intervenção foi rara e sem provocar reflexão. Na mesma percentagem, a intervenção do enfermeiro gestor incidiu sobre questões de organização de serviço. O enfermeiro gestor promoveu reflexões sobre os conteúdos valorizados na PT em 13.0% das observações, adotando uma intervenção promotora do pensamento de enfermagem.

Tabela 3 – Presença e intervenção do enfermeiro gestor na PT

Observações	n	%
Presença do Enfermeiro Chefe na passagem de turno		
Sim	23	51.1
Não	22	48.9
O Enfermeiro Chefe intervém na passagem de turno:		
Raramente sem provocar reflexão	11	47.8
Sobre questões de organização de serviço	11	47.8
Promovendo o cumprimento dos MCDT	2	8.7
Promovendo reflexões sobre os conteúdos valorizados na passagem de turno	3	13.0

Presença dos enfermeiros na PT

Analisando a tabela 4, verifica-se que 66.8% dos enfermeiros afirmaram que, no momento da PT da noite para a manhã, estão presentes todos os enfermeiros que terminam o turno e todos os que o recebem (excetuando atrasos pontuais e situações excecionais). A mesma resposta foi dada por 60.1% dos enfermeiros quando a

questão era referente à PT da manhã para a tarde e por 76.9% relativamente à PT da tarde para a noite.

Tabela 4 – Presença dos enfermeiros na PT

Questão	n	%
No momento da PT N / M estão presentes todos os enfermeiros que		
terminam o turno e todos os que o recebem (excetuando atrasos		
pontuais e situações excecionais)		
Sim	179	66.8
Não	89	33.2
No momento da PT M / T estão presentes todos os enfermeiros que		
terminam o turno e todos os que o recebem (excetuando atrasos		
pontuais e situações excecionais)		
Sim	161	60.1
Não	107	39.9
No momento da PT T / N estão presentes todos os enfermeiros que		
terminam o turno e todos os que o recebem (excetuando atrasos		
pontuais e situações excecionais)		
Sim	206	76.9
Não	62	23.1

Número de doentes internados e duração da PT

Como pode verificar-se na tabela 5, o número de doentes internados aquando da realização das 45 observações efetuadas nos serviços envolvidos no estudo, situou-se entre 5 e 32, sendo a média, aproximadamente, 19 doentes e desvio padrão 7 doentes. Constata-se que em 53.4% das observações os serviços tinham entre 10 e 19 doentes.

O tempo de duração da PT situou-se entre 4 e 65 minutos, sendo o tempo médio 24.30 minutos com desvio padrão 10.35 minutos. Na maioria das observações (68.9%) foi registado entre 15 e 30 minutos de duração da PT. Em metade das observações efetuadas, as PT tiveram uma duração igual ou superior a 23 minutos.

Tabela 5 – Número de doentes internados e duração da PT

Observações	n	%
Número de doentes internados no serviço		
< 10	5	11.1
10 – 19	24	53.4
20 – 29	11	24.4
≥ 30	5	11.1
Média ≈ 19 Mediana = 19 Desvio padrão ≈ 7 Valor mínimo = 5 V	alor máximo) = 32
Tempo de duração da passagem de turno (minutos)		
< 15	5	11.1
[15 – 30[31	68.9
[30 – 45[7	15.6
≥ 45	2	4.4
Média = 24.30 Mediana = 23.00 Desvio padrão = 10.35 Valor mínimo =	4 Valor m	áximo = 65

Local da PT e número de computadores

Na maior parte dos serviços (95.8%) o gabinete de enfermagem foi o local utilizado para realizar a PT, como pode constatar-se na tabela 6.

Em 62.5% dos locais onde se realizava a PT existia um ou dois computadores e em 45.8% dos serviços existiam cinco ou seis computadores disponíveis para uso dos enfermeiros, seguindo-se 41.7% dos serviços nos quais o número de computadores para uso dos enfermeiros era de três ou quatro.

Tabela 6 – Local da PT e número de computadores disponíveis

Questão	n	%
Local onde se realiza a PT		
Gabinete de Enfermagem	23	95.8
Cabeceira do doente	-	0.0
Gabinete de Enfermagem e Cabeceira do doente	1	4.2
Número de computadores existentes no gabinete onde se realiza a PT		
1 – 2	15	62.5
3 – 4	9	27.5
Número de computadores existentes no serviço disponíveis para uso		
dos enfermeiros		
1 – 2	2	8.3
3 – 4	10	41.7
5 – 6	11	45.8
7 – 8	1	4.2

Uso do sistema informático na PT e suportes informativos alternativos

Como se pode constatar pelos resultados apresentados na tabela 7, em 93.3% das observações registou-se a utilização de notas escritas redigidas no momento da PT e em 91.1% a utilização de folhas-tipo criadas pelo serviço, como suportes alternativos para a transmissão e receção de informação.

Nenhum enfermeiro foi observado a utilizar o sistema informático para transmissão de informação.

Tabela 7 – Uso do sistema informático na PT e suportes alternativos

Observações	n	%
Número de enfermeiros a utilizar o sistema informático para transmissão		
de informação		
Nenhum	45	100.0
Suportes alternativos utilizados para a transmissão e receção da		
informação		
Quadros de informação (afixados ou em folhas de informação clínica		
dos doentes)	14	31.1
Folhas-tipo criadas pelo serviço	41	91.1
Notas escritas redigidas no momento da passagem de turno	42	93.3
Processos clínicos em suporte de papel	1	2.2

Consulta do mapa de cuidados

Observando a tabela 8, pode constatar-se que a maioria dos enfermeiros (70.9%) referiu que consultava o Mapa de cuidados / Plano de trabalho antes da prestação de cuidados. Também a maioria (51.6%) dos 190 enfermeiros que responderam que consultavam o Mapa de cuidados / Plano de trabalho antes da prestação de cuidados, referiu que demorava, em média, entre 10 e 20 minutos a fazer a consulta, seguindose 38.4% que afirmaram demorar menos de 10 minutos. Os tempos de consulta referidos situaram-se entre 1 e 60 minutos, sendo o valor médio 10.48 minutos com desvio padrão 7.19 minutos.

Tabela 8 - Consulta do mapa de cuidados

Questão	n	%
Consulta o Mapa de cuidados / Plano de trabalho antes da prestação		
Sim	190	70.9
Não	78	29.1
Tempo médio total de consulta do Mapa de cuidados / Plano de trabalho		
(minutos)		
< 10	73	38.4
[10 – 20[98	51.6
[20 – 30]	10	5.3
≥ 30	9	4.7
Média = 10.48 Mediana = 10.00 Desvio padrão = 7.19 Valor mínimo = 1	Valor má	aximo = 60

Enfermeiro disponível para responder a solicitações

Verificou-se, conforme tabela 9, que em 73.3% das observações não existia enfermeiro intencionalmente disponível para dar resposta às solicitações que ocorressem durante a PT.

Tabela 9 – Enfermeiro disponível para responder às solicitações durante a PT

Observações						n	%
Enfermeiro intencion	almente dispon	ível para	dar	resposta	às		
solicitações durante a p	passagem de turn	0					
Sim						12	26.7
Não						33	73.3

Norma interna para a PT

O questionário aplicado aos enfermeiros gestores permitiu também obter os resultados que se apresentam na tabela 10. Verificou-se que na maioria dos serviços (62.5%) não existia qualquer norma elaborada para PT.

Tabela 10 – Existência de norma interna para a PT

Questão	n	n %
Existe uma norma elaborada pelo serviço para a PT		
Sim	9	9 37.5
Não	15	15 62.5

Conteúdo da informação oral transmitida na PT

Aspetos valorizados e desvalorizados na PT

Da análise da informação oral transmitida nas passagens de turno com recurso à grelha de observação B, obteve-se a informação que se estrutura na tabela 11.

Tendo por base a análise dos 655 registos da informação transmitida oralmente, verifica-se que em 51.3% desses registos foi feita uma ou duas referências aos Diagnósticos Médicos e em 31.6% não foi encontrado qualquer referência a Diagnósticos Médicos.

Em 80.6% dos registos não foi feita qualquer referência a dados da Avaliação Inicial e em 19.1% foram encontradas uma ou duas referências.

Em 63.2% dos registos não foi observada qualquer referência a informação relativa à Atividade Diagnóstica e em 33.7% observaram-se uma ou duas referências.

Na maioria dos registos (58.2%) não foram enunciados Diagnósticos de Enfermagem em linguagem classificada e em apenas 3.3% dos 274 registos onde tal se verificou foi feita explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem. Ainda em 5.8% daqueles registos foi feita referência a evolução diagnóstica positiva.

Relativamente à referência a Intervenções de Enfermagem com utilização de linguagem classificada, contata-se que elas não foram observadas em 69.3% dos registos e em 28.2% dos registos foram identificados uma ou duas destas situações. Nos 201 registos em que foi observada a referência a Intervenção de Enfermagem em linguagem classificada, 95.4% não foram feitos com integridade referencial.

Quanto à referência a Atitudes Terapêuticas, em 40.8% dos registos foram identificadas uma ou duas referências e em 19.7% foram identificadas três ou quatro referências. Em 29.3% dos registos não foi observada a situação em causa. Verificase que, nos 463 registos onde foram enunciadas atitudes terapêuticas, em 93.5% deles não houve explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem (integridade referencial).

Verificou-se que, nos 655 registos, 47.3% tinham uma ou duas referências a Prescrições Médicas, mas em 41.1% tal não foi observado. Em 90.2% dos 386 registos em que foram feitas referências a Prescrições Médicas tal não ocorreu com integridade referencial.

Por último, observaram-se 66% dos registos em que foram mencionados outros dados.

Tabela 11 – Conteúdo da informação oral transmitida na PT

1 - 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 - 2 361 55.1 3 - 4 60 9.2 5 - 6 10 1.5 > 6 1 0.2	•		
Diagnósticos médicos	Observações	n	0/2
1 − 2		- "	/0
3 - 4			
5 − 6 30 4.6 7 − 8 2 0.3 Não observado 207 31.6 Avaliação inicial 1 2 2 0.3 1 − 2 125 19.1 2 0.3 0.6 Atividade diagnóstica 2 2 3.3 3.6 0.6 Atividade diagnóstica 2 2 3.7 3.7 3.7 3.7 3.7 3.7 3.7 3.7 3.7 3.7 3.7 3.7 3.7 3.7 3.7 3.7 3.7 3.0 3.0 4.4 6.3 2.2 3.3 3.0 4.4 6.3 2.2 3.1 3.0 4.4 6.3 2.2 3.1 4.1 6.3 2.2 3.1 3.0 4.4 6.3 2.2 3.1 3.0 4.4 6.3 2.2 3.1 4.1 6.3 2.2 3.1 3.0 4.1 6.2 2.2 3.1 4.1 6.3 2.2 3.2 4.1 6.2 2.2 3.2 4.1 6.2 2.2 9.2 5.2 9.2	1 – 2	336	
7 − 8 2 0.9 Não observado 207 31.6 Avaliação inicial 125 19.1 1 − 2 125 19.1 Não observado 528 80.6 Atividade diagnóstica 20 3.1 1 − 2 20 3.1 Não observado 414 63.2 Diagnóstico de Enfermagem – Linguagem classificada 210 32.1 1 − 2 41 6.3 5.0 3 − 4 41 6.3 5.0 5.0 8.0 3.0 4.4 6.3 2.3 1.5 2.3 1.5 2.3 3.1 5.2 3.3 1.4 6.3 5.0 8.0 3.1 5.0 5.0 1.8 5.0 5.0 8.0 3.1 5.0 3.3 1.4 1.5 2.3 3.3 1.4 1.5 2.3 3.1 5.0 2.8 3.3 0.4 1.0 2.0 3.3 3.3 1.4 1.0 2.0 3.3	3 – 4	74	11.3
7 − 8 2 0.9 Não observado 207 31.6 Avaliação inicial 125 19.1 1 − 2 125 19.1 Não observado 528 80.6 Atividade diagnóstica 20 3.1 1 − 2 20 3.1 Não observado 414 63.2 Diagnóstico de Enfermagem – Linguagem classificada 210 32.1 1 − 2 41 6.3 5.0 3 − 4 41 6.3 5.0 5.0 8.0 3.0 4.4 6.3 2.3 1.5 2.3 1.5 2.3 3.1 5.2 3.3 1.4 6.3 5.0 8.0 3.1 5.0 5.0 1.8 5.0 5.0 8.0 3.1 5.0 3.3 1.4 1.5 2.3 3.3 1.4 1.5 2.3 3.1 5.0 2.8 3.3 0.4 1.0 2.0 3.3 3.3 1.4 1.0 2.0 3.3	5 – 6	30	4.6
Não observado			_
Não observado		_	
Availação Inicial	· ·		
1-2 2 3.3 3.6 3.5 3.6		207	31.6
1-2 2 3.3 3.6 3.5 3.6	Avaliação inicial		
Não observado 528 80.6		125	19.1
Não observado 528 80.6 Atividade diagnóstica 221 33.7 1 − 2 20 3.1 Não observado 414 63.2 Diagnóstico de Enfermagem – Linguagem classificada 210 32.1 3 − 4 41 6.3 5 − 6 15 2.3 7 − 8 5 0.8 Não observado 265 96.7 Diagnóstico de Enfermagem – Linguagem classificada com explicitação 1 9 3.3 0.4 Não observado 265 96.7 <td< td=""><td>• =</td><td>_</td><td>-</td></td<>	• =	_	-
Atividade diagnóstica 1 - 2			
1 - 2		320	60.0
Não observado			
Não observado 414 63.2 Diagnóstico de Enfermagem – Linguagem classificada 210 32.1 3 − 4 41 6.3 5 − 6 15 2.3 7 − 8 5 0.8 > 8 3 0.4 Não observado 381 56.2 Diagnóstico de Enfermagem – Linguagem classificada com explicitação 1 9 3.3 Não observado 265 96.7 Diagnóstico de Enfermagem – Evolução positiva 1 16 5.8 Não observada 258 94.2 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada 1 15 2.3 3 − 4 15 2.3 4 15 2.3 Não observado 192 9 4.5 Não observado 192 95.4 Atitudes terapêuticas 192 95.4 Atitudes terapêuticas 12 2 47 7.2 7 − 8 15 0.8 3 9.5 0.8 Não obser	1 – 2	221	33.7
Diagnóstico de Enfermagem – Linguagem classificada 210 32.1 3 − 4 41 6.3 5 − 6 15 2.3 7 − 8 5 0.8 > 8 3 0.4 Não observado 381 58.2 Diagnóstico de Enfermagem – Linguagem classificada com explicitação 1 16 5.8 Não observada 258 94.2 Intervenções de Enfermagem – Evolução positiva 1 16 5.8 1 ∧ 20 185 28.2 185 28.2 3 − 4 15 2.3 > 4 1 0.2 8 9 4.5 8 9 4.5 8 9 4.5 8 9 4.2 1 0.2 8 9 4.2 1 0.2 8 4 2 1 0.2 3 4 2 1 0.2 3 4 1 0.2 8 3 1 0.2 3 4 1	3 – 4	20	3.1
Diagnóstico de Enfermagem – Linguagem classificada 210 32.1 3 − 4 41 6.3 5 − 6 15 2.3 7 − 8 5 0.8 > 8 3 0.4 Não observado 381 58.2 Diagnóstico de Enfermagem – Linguagem classificada com explicitação 1 16 5.8 Não observada 258 94.2 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada 1 − 2 185 28.2 3 − 4 15 2.3 > 4 1 0.2 Não observado 454 69.3 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada com integridade referencial 1 9 4.5 1 − 2 9 4.5 40.8 3 4 40.9 3 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada com integridade referencial 1 − 2 9 4.5 40.8 3 4 40.9 3 4 40.9 3 4 40.8 3 4 </td <td>Não observado</td> <td>414</td> <td>63.2</td>	Não observado	414	63.2
1 − 2			00.2
3 − 4		0.40	00.4
5 − 6 15 2.3 7 − 8 3 0.4 Não observado 381 58.2 Diagnóstico de Enfermagem – Linguagem classificada com explicitação 9 3.3 Não observado 265 96.7 Diagnóstico de Enfermagem – Evolução positiva 16 5.8 Não observada 258 94.2 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada 16 5.8 1 − 2 185 28.2 3 − 4 15 2.3 4 5 69.3 15 2.3 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada com integridade referencial 10.2 454 69.3 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada com integridade referencial 10.2 9 4.5 Não observado 192 95.4 Atitudes terapêuticas 267 40.8 40.8 3 − 4 129 19.7 5 6 47 7.2 7.8 15 2.3 8 15 2.8 8 15 2.8 8 15 2.8 8 10.2 2.9 6.3 2.		_	-
7 - 8		41	
7 − 8 5 0.8 > 8 3 0.4 Não observado 381 58.2 Diagnóstico de Enfermagem – Linguagem classificada com explicitação 9 3.3 Não observado 265 96.7 Diagnóstico de Enfermagem – Evolução positiva 1 16 5.8 Não observada 258 94.2 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada 185 28.2 3 − 4 15 2.3 Não observado 454 69.3 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada com integridade referencial 1 − 2 9 4.5 1 − 2 9 4.5 454 69.3 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada com integridade referencial 1 − 2 9 4.5 1 − 2 9 4.5 40.8 9.3 Attitudes terapêuticas 192 95.4 Attitudes terapêuticas 2 2 1 0.2 Não observado 192 29.3 6.3 2 2 Não observado 433 93.5 9.8 1 0.2	5 – 6	15	2.3
Não observado	7 – 8		_
Não observado 381 58.2 Diagnóstico de Enfermagem - Linguagem classificada com explicitação 1 9 3.3 Não observado 265 96.7 Diagnóstico de Enfermagem - Evolução positiva 16 5.8 Não observada 258 94.2 Intervenções de Enfermagem - Linguagem classificada 15 2.3 1 - 2 15 2.3 Não observado 454 69.3 Intervenções de Enfermagem - Linguagem classificada com integridade referencial 9 4.5 1 - 2 9 4.5 Não observado 192 95.4 Atitudes terapêuticas 192 95.4 1 - 2 267 40.8 3 - 4 129 19.7 5 - 6 47 7.2 7 - 8 15 2.3 8 5 0.8 Não observado 433 93.5 Prescrições médicas 1 - 2 3 6 1 0.2 Não observado			
Diagnóstico de Enfermagem – Linguagem classificada com explicitação 9 3.3 Não observado 265 96.7 Diagnóstico de Enfermagem – Evolução positiva 1 16 5.8 Não observada 258 94.2 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada 185 28.2 3 - 4 15 2.3 > 4 15 2.3 > 4 1 0.2 Não observado 454 69.3 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada com integridade referencial 1-2 9 4.5 Não observado 192 95.4 Atitudes terapêuticas 267 40.8 3 - 4 129 19.7 5 - 6 47 7.2 7 - 8 15 2.3 > 8 15 2.3 Não observado 192 29.3 Atitudes terapêuticas – com integridade referencial 29 6.3 1 - 2 310 47.3 3 - 4 67 10.2		_	
1		381	58.2
Não observado 265 96.7 Diagnóstico de Enfermagem – Evolução positiva 1 16 5.8 Não observada 258 94.2 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada 185 28.2 3 – 4 15 2.3 y Ado observado 454 69.3 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada com integridade referencial 7.2 9 4.5 Não observado 192 95.4 4.5 Atitudes terapêuticas 267 40.8 4.5 2.2 3 – 4 129 19.7 5.6 47 7.2 7.8 15 2.3 8 15 2.3 8 15 2.3 8 15 2.3 8 15 2.3 8 15 2.3 8 15 2.3 8 15 2.3 8 15 2.3 8 15 2.3 8 15 2.3 8 15 2.3 8 1.2 2.3 8 1.2	Diagnóstico de Enfermagem – Linguagem classificada com explicitação		
Não observado 265 96.7 Diagnóstico de Enfermagem – Evolução positiva 1 16 5.8 Não observada 258 94.2 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada 185 28.2 3 – 4 1 0.2 Não observado 454 69.3 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada com integridade referencial 7 2 9 4.5 4.5 9.3 4.5 9.3 4.5 9.3 4.5 9.3 4.5 9.3 4.5 9.3 9.3 4.5 9.3 9.3 4.5 9.3 9.3 4.5 9.3 9.3 4.5 9.3 9.5 4.5 9.3 9.5 9.4 5.0 9.3 9.5 9.4 5.0 9.3 9.5 9.4 5.0 9.3 9.4 5.0 9.3 9.5 9.6 4.0 9.2 9.3 4.5 9.2 9.2 4.5 9.2 9.2 4.5 9.2 9.3 9.2 9.2	1	9	3.3
Diagnóstico de Enfermagem – Evolução positiva 1 5.8 94.2 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada 185 28.2 1 − 2 185 28.2 3 − 4 15 2.3 > 4 15 2.3 > 4 15 2.3 1 − 2 Não observado 454 69.3 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada com integridade referencial 1 − 2 9 4.5 Não observado 192 95.4 4.5 Atitudes terapêuticas 267 40.8 40.8 1 − 2 267 40.8 40.2 40.8 40.2 40.8 40.2 40.8	Não observado	265	
1		200	00.7
Não observada 258 94.2 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada 1 − 2	Diagnostico de Enlerniageni – Evolução positiva	40	5 0
Intervenções de Enfermagem - Linguagem classificada 1 - 2 3 - 4 15 2.3 2.3 2.4 1 0.2 0.	1	_	
1 − 2		258	94.2
1 − 2	Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada		
3 - 4 15 2.3 2.3 2.4 69.3 1 0.2 2.5		185	28.2
Não observado			_
Não observado 454 69.3 Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada com integridade referencial 9 4.5 1 − 2 9 4.5 Não observado 192 95.4 Atitudes terapêuticas 267 40.8 3 − 4 129 19.7 5 − 6 47 7.2 7 − 8 15 2.3 > 8 15 0.8 Não observado 192 29.3 Atitudes terapêuticas − com integridade referencial 29 6.3 1 − 2 29 6.3 > 2 1 0.2 Não observado 433 93.5 Prescrições médicas 1 − 2 310 47.3 3 − 4 67 10.2 > 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas − com integridade referencial 1 − 2 3 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 − 2 361 55.		_	
Intervenções de Enfermagem - Linguagem classificada com integridade referencial 1 - 2	·	-	
referencial		454	69.3
referencial	Intervenções de Enfermagem - Linguagem classificada com integridade		
1 - 2 95.4 Não observado 192 95.4 Atitudes terapêuticas 267 40.8 1 - 2 267 47.7 5 - 6 47 7.2 7 - 8 15 2.3 > 8 5 0.8 Não observado 192 29.3 Atitudes terapêuticas - com integridade referencial 1 - 2 29 6.3 > 2 1 0.2 Não observado 433 93.5 Prescrições médicas 27 1 1 - 2 310 47.3 3 - 4 67 10.2 5 - 6 8 1.2 > 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas - com integridade referencial 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 348 90.2 Outros dados 1 - 2 361 55.1 3 - 4 60 9.2 5 - 6 10 1.5			
Não observado 192 95.4 Atitudes terapêuticas 267 40.8 3 - 4 129 19.7 5 - 6 47 7.2 7 - 8 15 2.3 > 8 5 0.8 Não observado 192 29.3 Atitudes terapêuticas - com integridade referencial 29 6.3 1 - 2 29 6.3 > 2 1 0.2 Não observado 433 93.5 Prescrições médicas 1 - 2 310 47.3 3 - 4 67 10.2 5 - 6 8 1.2 > 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas - com integridade referencial 1 - 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 - 2 361 55.1 3 - 4 60 9.2 5 - 6 10 1.5 5 - 6 10 1.5 <tr< td=""><td></td><td>a</td><td>45</td></tr<>		a	45
Atitudes terapêuticas 1 − 2 267 40.8 3 − 4 129 19.7 5 − 6 47 7.2 7 − 8 15 2.3 > 8 5 0.8 Não observado 192 29.3 Atitudes terapêuticas − com integridade referencial 29 6.3 1 − 2 2 1 0.2 Não observado 433 93.5 Prescrições médicas 1 − 2 310 47.3 3 − 4 67 10.2 5 − 6 8 1.2 > 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas − com integridade referencial 1 − 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 − 2 361 55.1 3 − 4 60 9.2 5 − 6 10 1.5 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 − 2 3 6 <td>· =</td> <td></td> <td>_</td>	· =		_
1 − 2		192	95.4
129 19.7 19.7 19.7 19.7 19.7 19.7 19.7 19.7 15.6 47 7.2 7.8 15 2.3 15 2.3 19.8 19.2 29.3 29.3			
5 - 6	1 – 2	267	40.8
7 − 8 15 2.3 > 8 5 0.8 Não observado 192 29.3 Atitudes terapêuticas – com integridade referencial 29 6.3 1 − 2 29 6.3 > 2 1 0.2 Não observado 433 93.5 Prescrições médicas 1 − 2 310 47.3 3 − 4 67 10.2 5 − 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas – com integridade referencial 38 9.8 1 − 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 − 2 361 55.1 3 − 4 60 9.2 5 − 6 10 1.5 5 − 6 10 1.5 5 − 6 10 1.5 5 − 6 10 1.5 5 − 6 10 1.5 5 − 6 10 1.5 5 − 6 1 1.0 <td>3 – 4</td> <td>129</td> <td>19.7</td>	3 – 4	129	19.7
7 − 8 15 2.3 > 8 5 0.8 Não observado 192 29.3 Atitudes terapêuticas – com integridade referencial 29 6.3 1 − 2 29 6.3 > 2 1 0.2 Não observado 433 93.5 Prescrições médicas 1 − 2 310 47.3 3 − 4 67 10.2 5 − 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas – com integridade referencial 38 9.8 1 − 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 − 2 361 55.1 3 − 4 60 9.2 5 − 6 10 1.5 5 − 6 10 1.5 5 − 6 10 1.5 5 − 6 10 1.5 5 − 6 10 1.5 5 − 6 10 1.5 5 − 6 1 1.0 <td>5 – 6</td> <td>47</td> <td>72</td>	5 – 6	47	72
> 8 5 0.8 Não observado 192 29.3 Atitudes terapêuticas – com integridade referencial 29 6.3 1 - 2 29 6.3 > 2 1 0.2 Não observado 433 93.5 Prescrições médicas 1 - 2 310 47.3 3 - 4 67 10.2 5 - 6 8 1.2 > 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas – com integridade referencial 1 - 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 348 90.2 5 - 6 10 1.5 5 - 6 10 1.5 5 - 6 10 1.5 5 - 6 10 1.5 5 - 6 1 0.2			
Não observado 192 29.3 Atitudes terapêuticas – com integridade referencial 1 − 2 29 6.3 > 2 1 0.2 Não observado 433 93.5 Prescrições médicas 1 − 2 310 47.3 3 − 4 67 10.2 5 − 6 8 1.2 > 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas – com integridade referencial 1 − 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 − 2 361 55.1 3 − 4 60 9.2 5 − 6 10 1.5 5 − 6 10 1.5 5 − 6 10 1.5 5 − 6 1 0.2			
Atitudes terapêuticas – com integridade referencial 1 - 2 29 6.3 > 2 1 0.2 Não observado 433 93.5 Prescrições médicas 1 - 2 310 47.3 3 - 4 67 10.2 5 - 6 8 1.2 > 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas – com integridade referencial 1 - 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 - 2 361 55.1 3 - 4 60 9.2 5 - 6 10 1.5 > 6 1 0.2			
1 − 2 29 6.3 > 2 1 0.2 Não observado 433 93.5 Prescrições médicas 1 − 2 310 47.3 3 − 4 67 10.2 5 − 6 8 1.2 > 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas − com integridade referencial 1 − 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 − 2 361 55.1 3 − 4 60 9.2 5 − 6 10 1.5 > 6 1 0.2		192	29.3
1 − 2 29 6.3 > 2 1 0.2 Não observado 433 93.5 Prescrições médicas 1 − 2 310 47.3 3 − 4 67 10.2 5 − 6 8 1.2 > 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas − com integridade referencial 1 − 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 − 2 361 55.1 3 − 4 60 9.2 5 − 6 10 1.5 > 6 1 0.2	Atitudes terapêuticas – com integridade referencial		·
> 2 1 0.2 Não observado 433 93.5 Prescrições médicas 1 - 2 310 47.3 3 - 4 67 10.2 5 - 6 8 1.2 > 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas - com integridade referencial 1 - 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 - 2 361 55.1 3 - 4 60 9.2 5 - 6 10 1.5 > 6 1 0.2	•	29	6.3
Não observado 433 93.5 Prescrições médicas 310 47.3 3 - 4 67 10.2 5 - 6 8 1.2 > 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas - com integridade referencial 1 - 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 361 55.1 3 - 4 60 9.2 5 - 6 10 1.5 > 6 1 0.2			
Prescrições médicas 1 - 2 310 47.3 3 - 4 67 10.2 5 - 6 8 1.2 > 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas - com integridade referencial 1 - 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 - 2 361 55.1 3 - 4 60 9.2 5 - 6 10 1.5 > 6 1 0.2	• =	1	
1 - 2 310 47.3 3 - 4 67 10.2 5 - 6 8 1.2 > 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas - com integridade referencial 1 - 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 - 2 361 55.1 3 - 4 60 9.2 5 - 6 10 1.5 > 6 10 0.2		433	93.5
3-4 67 10.2 5-6 8 1.2 > 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas – com integridade referencial 1-2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1-2 361 55.1 3-4 60 9.2 5-6 10 1.5 > 6 1 0.2			
3-4 67 10.2 5-6 8 1.2 > 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas – com integridade referencial 1-2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1-2 361 55.1 3-4 60 9.2 5-6 10 1.5 > 6 1 0.2	1 – 2	310	47.3
5-6 8 1.2 > 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas – com integridade referencial 1-2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1-2 361 55.1 3-4 60 9.2 5-6 10 1.5 > 6 1 0.2		67	10.2
> 6 1 0.2 Não observado 269 41.1 Prescrições médicas – com integridade referencial 1 - 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 - 2 361 55.1 3 - 4 60 9.2 5 - 6 10 1.5 > 6 1 0.2	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
Não observado 269 41.1 Prescrições médicas – com integridade referencial 1 – 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 – 2 361 55.1 3 – 4 60 9.2 5 – 6 10 1.5 > 6 1 0.2			
Prescrições médicas – com integridade referencial 1 – 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 – 2 361 55.1 3 – 4 60 9.2 5 – 6 10 1.5 > 6 1 0.2		1	
1 - 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 - 2 361 55.1 3 - 4 60 9.2 5 - 6 10 1.5 > 6 1 0.2	> 6		
1 - 2 38 9.8 Não observado 348 90.2 Outros dados 1 - 2 361 55.1 3 - 4 60 9.2 5 - 6 10 1.5 > 6 1 0.2	> 6 Não observado		41.1
Não observado 348 90.2 Outros dados 361 55.1 1 - 2 361 55.1 3 - 4 60 9.2 5 - 6 10 1.5 > 6 1 0.2	> 6 Não observado		
Outros dados 361 55.1 1 - 2 361 55.1 3 - 4 60 9.2 5 - 6 10 1.5 > 6 1 0.2	> 6 Não observado Prescrições médicas – com integridade referencial	269	
1-2 361 55.1 3-4 60 9.2 5-6 10 1.5 > 6 1 0.2	> 6 Não observado Prescrições médicas – com integridade referencial 1 – 2	269 38	9.8
3-4 60 9.2 5-6 10 1.5 > 6 1 0.2	> 6 Não observado Prescrições médicas – com integridade referencial 1 – 2 Não observado	269 38	9.8
5-6 >6 10 1.5 1 0.2	> 6 Não observado Prescrições médicas – com integridade referencial 1 – 2 Não observado Outros dados	269 38 348	9.8 90.2
> 6 1 0.2	> 6 Não observado Prescrições médicas – com integridade referencial 1 – 2 Não observado Outros dados 1 – 2	269 38 348 361	9.8 90.2 55.1
> 6 1 0.2	> 6 Não observado Prescrições médicas – com integridade referencial 1 – 2 Não observado Outros dados 1 – 2	269 38 348 361	9.8 90.2 55.1
	> 6 Não observado Prescrições médicas – com integridade referencial 1 – 2 Não observado Outros dados 1 – 2 3 – 4	269 38 348 361 60	9.8 90.2 55.1 9.2
Não observado 223 34.0	> 6 Não observado Prescrições médicas – com integridade referencial 1 – 2 Não observado Outros dados 1 – 2 3 – 4 5 – 6	38 348 361 60 10	9.8 90.2 55.1 9.2 1.5

Relação entre a valorização da área autónoma e concetual na PT e os resultados das auditorias

Os dados apresentados na tabela 12 foram extraídos do *Dashboard* de Enfermagem do CHUC e mostram a taxa de prevalência dos referenciais teóricos na documentação dos cuidados, obtida com base em auditorias à componente concetual nos registos de enfermagem. Verificam-se taxas de prevalências entre 8.33% e 92.31%, sendo a taxa de prevalência média 47.95% com desvio padrão 19.72%. Em 45.8% dos serviços foram observadas taxas de prevalência entre 50% e 75%, seguindo-se 33.3% em que a taxa de prevalência se situou entre 25% e 50%. Em metade dos serviços foram observadas taxas de prevalência de referenciais teóricos nos registos de enfermagem de pelo menos 50.00%.

Tabela 12 – Taxa de prevalência de referenciais teóricos nos registos de enfermagem

Taxa de prevalência de referenciais teóricos (%)	n	%
< 25	3	12.5
[25 – 50[8	33.3
[50 – 75]	11	45.8
[75 – 100]	2	8.3
Média = 47.95 Mediana = 50.00 Desvio padrão = 19.72 Valor mínim	no = 8.33 Valor má	ximo = 92.31

Para testar a hipótese 1 «Existe diferença estatisticamente significativa entre a valorização da área autónoma e concetual na PT e os resultados das auditorias no que concerne à componente concetual dos registos de enfermagem», procedeu-se ao estudo da correlação entre a valorização da área autónoma e concetual na PT (Atividade diagnóstica; Diagnósticos de Enfermagem – Linguagem classificada; Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada; Valorização da área autónoma e concetual na PT (global)) e os resultados das auditorias no que concerne à componente concetual dos registos de enfermagem.

Na tabela 13 apresentam-se os valores observados para o coeficiente de correlação de *Pearson* e os resultados do respetivo teste de significância. Verifica-se a existência de correlação fraca, mas estatisticamente significativa (p < 0.050) na valorização dos Diagnósticos de Enfermagem – Linguagem classificada (r = + 0.22; p < 0.001) e, também, na valorização da área autónoma e concetual na PT (global) (r = + 0.11; p = 0.017). Em ambas as situações se constata que a correlação é positiva. Tal pode ser interpretado como evidência de que nos serviços em que são mais valorizados os Diagnósticos de Enfermagem na PT e mais valorizada a área autónoma e concetual na PT (global) tendem a registar-se, nas auditorias, taxas de prevalência de referenciais teóricos mais elevadas no que concerne à componente concetual dos registos de enfermagem.

Tabela 13 – Estudo da correlação entre a valorização da área autónoma e concetual na PT e os resultados das auditorias no que concerne à componente concetual dos registos de enfermagem

Valorização da área autónoma e concetual na PT	Resultados das auditorias no que concer à componente concetual dos registos d enfermagem		
	n	r	р
Atividade diagnóstica	241	+ 0.10	0.120
Diagnósticos de Enfermagem – Linguagem classificada	274	+ 0.22	< 0.001
Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada	201	- 0.02	0.732
Valorização da área autónoma e concetual na passagem de turno (global)	444	+0.11	0.017

Relação entre a duração da PT e a quantidade de erros / inconsistências

Para o teste da segunda hipótese «Existe relação estatisticamente significativa entre a duração da PT e a quantidade de erros/inconsistências» procedeu-se, igualmente, ao estudo da correlação entre os resultados das duas variáveis, aplicando o coeficiente de correlação de *Pearson* e o respetivo teste de significância (tabela 14). A correlação é muito fraca e não significativa (r = + 0.07; p = 0.146). Atendendo a estes resultados, admite-se que os dados não corroboram a hipótese formulada e, consequentemente, que não existem evidências estatísticas de que haja relação entre a duração da PT e a quantidade de erros/inconsistências.

Tabela 14 – Estudo da correlação entre a duração da PT e a quantidade de erros/inconsistências

	Quantidade de erros/inconsistências		
9	n	r	р
Duração da passagem de turno	432	+ 0.07	0.146

Influência da intervenção do enfermeiro gestor na valorização da área autónoma e concetual na PT

A hipótese 3 «Existe diferença estatisticamente significativa entre a valorização da área autónoma e concetual na PT conforme a intervenção do enfermeiro gestor na PT» foi testada através do teste t de *Student*, comparando a valorização da área autónoma e concetual na PT (Avaliação diagnóstica; Diagnósticos de Enfermagem – Linguagem classificada; Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada; Valorização da área autónoma e concetual na PT (global)) em função da intervenção do enfermeiro gestor na PT, dicotomizada em duas categorias (Intervenção do

enfermeiro gestor promotora do pensamento em enfermagem e Intervenção do enfermeiro gestor sem relação com a valorização da área autónoma e concetual).

Os resultados que constituem a tabela 15, revelam a existência de diferença estatisticamente significativa (t = 3.249; p = 0.002) em termos dos Diagnósticos de Enfermagem - Linguagem classificada. Constata-se que, os Diagnósticos de Enfermagem - Linguagem classificada, tendem a ser mais valorizados nos serviços em que a intervenção do enfermeiro gestor é promotora do pensamento em enfermagem.

Tabela 15 - Estudo da diferença na valorização da área autónoma e concetual na PT em

função da intervenção do enfermeiro gestor na PI					
Valorização da área autónoma e concetual na PT Intervenção do enfermeiro gestor na PT	n	Média	Desvio padrão	t	р
Atividade diagnóstica			-		
Intervenção do enfermeiro gestor promotora do pensamento em	30	1.33	0.45		
promotora do pensamento em enfermagem	30	1.33	0.45		
				-1.445	0.155
Intervenção do enfermeiro gestor sem					
relação com a valorização da área autónoma e concetual	211	1.48	0.72		
Diagnósticos de Enfermagem – Linguagem					
classificada					
Intervenção do enfermeiro gestor	07	2.16	1.86		
promotora do pensamento em enfermagem	37	2.16	1.86		
omormagom				3.249	0.002
Intervenção do enfermeiro gestor sem					
relação com a valorização da área autónoma e concetual	237	1.59	0.76		
Intervenções de Enfermagem – Linguagem					
classificada					
Intervenção do enfermeiro gestor	40	4 54	0.74		
promotora do pensamento em enfermagem	43	1.51	0.74		
omormagom				1.039	0.300
Intervenção do enfermeiro gestor sem					
relação com a valorização da área	158	1.39	0.69		
autónoma e concetual Valorização da área autónoma e concetual na					
passagem de turno (global)					
Intervenção do enfermeiro gestor					
promotora do pensamento em enfermagem	67	2.45	1.47		
ememayem				-1.523	0.131
Intervenção do enfermeiro gestor sem					
relação com a valorização da área	377	2.77	2.09		
autónoma e concetual					

Perspetiva dos enfermeiros acerca da qualidade da PT

Os dados apresentados na tabela 16, resultantes do questionário aplicado aos enfermeiros, permitem conhecer a sua perspetiva acerca da PT. Verifica-se que a maioria dos enfermeiros concordou com as afirmações «Recebo informação suficiente sobre o doente» (70.1%), «Posso facilmente colocar as questões para as quais 84

necessito de clarificação» (83.6%), «Posso facilmente discutir as situações clínicas que considero necessário» (75.7%), «São claramente identificados os doentes que geram maior preocupação» (82.5%), «São claramente identificados os doentes recémadmitidos» (82.1%) e «São identificados os doentes a mobilizar para procedimentos e MCDT» (73.5%). Nas restantes afirmações houve uma maior divergência de respostas pelo que não pode identificar-se uma tendência clara em qualquer delas.

Conjugando a informação resultante das respostas dadas pelos enfermeiros nas dez afirmações, através do cálculo da pontuação média, pode verificar-se que 53.0% dos profissionais situaram a PT num nível razoável (3 a 4 pontos), seguidos de 46.3% que consideraram a PT boa ou muito boa (4 a 5 pontos).

Tabela 16 – Perspetiva dos Enfermeiros acerca da PT

Afirmação	n	%
Recebo informação suficiente sobre o doente		
Discordo	-	0.0
Discordo parcialmente	4	1.5
Não concordo nem discordo	3	1.1
Concordo parcialmente	73	27.2
Concordo	188	70.1
Recebo informação que não é relevante para o cuidar do doente		
Discordo	53	19.8
Discordo parcialmente	45	16.8
Não concordo nem discordo	31	11.6
Concordo parcialmente	101	37.7
Concordo	38	14.2
Posso facilmente colocar as questões para as quais necessito de		
clarificação		
Discordo	1	0.4
Discordo parcialmente	6	2.2
Não concordo nem discordo	6	2.2
Concordo parcialmente	31	11.6
Concordo	224	83.6
Posso facilmente discutir as situações clínicas que considero necessário		
Discordo	1	0.4
Discordo parcialmente	8	3.0
Não concordo nem discordo	6	2.2
Concordo parcialmente	50	18.7
Concordo	203	75.7
São claramente identificados os doentes que geram maior preocupação		
Discordo	-	0.0
Discordo parcialmente	2	0.7
Não concordo nem discordo	2	0.7
Concordo parcialmente	43	16.0
Concordo	221	82.5
São claramente identificados os doentes recém-admitidos		
Discordo	-	0.0
Discordo parcialmente	1	0.4
Não concordo nem discordo	2	0.7
Concordo parcialmente	45	16.8
Concordo	220	82.1
São identificados os doentes a mobilizar para procedimentos e MCDT		
Discordo	-	0.0
Discordo parcialmente	3	1.1
Não concordo nem discordo	9	3.4
Concordo parcialmente	59	22.0
		73.5

São emitidos, com frequência, juízos de valor relativamente a utentes, familiares ou outros profissionais de saúde		
Discordo	55	20.5
Discordo parcialmente	55	20.5
Não concordo nem discordo	56	20.9
Concordo parcialmente	88	32.8
Concordo	14	5.2
Durante a passagem de turno os profissionais têm que, simultaneamente,		
realizar outras tarefas		
Discordo	67	25.0
Discordo parcialmente	39	14.6
Não concordo nem discordo	24	9.0
Concordo parcialmente	75	28.0
Concordo	63	23.5
Existem, frequentemente, interrupções várias durante a passagem de turno		
Discordo	29	10.8
Discordo parcialmente	28	10.4
Não concordo nem discordo	25	9.4
Concordo parcialmente	78	29.1
Concordo	108	40.3
Perspetiva global acerca da PT		
[1 – 2[-	0.0
[2 – 3[2	0.7
[3 – 4[142	53.0
[4-5]	124	46.3

3.2 – ÁREAS DE MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE DA PT

Para a identificação das áreas de melhoria contínua da qualidade da PT foram tidos em conta os aspetos que emergiram da análise efetuada no subcapítulo anterior, assim como as sugestões de melhoria realizadas pelos enfermeiros participantes na PT.

Neste seguimento, procedeu-se à análise de conteúdo das referidas sugestões de melhoria, tendo-se apurado como categorias centrais: Gestão da informação, Interrupções da PT, Condições físicas, Organização da PT e Dotação de pessoal, cujas subcategorias correspondentes são apresentadas na tabela 17, assim como a contabilização das unidades de registo que se associaram a cada uma das subcategorias de cada categoria.

De acordo com Bardin (2016) a importância de uma unidade de registo aumenta com a frequência de surgimento, razão pela qual se optou por apresentar as frequências das unidades de registo.

Tabela 17 – Categorias, subcategorias e frequências das unidades de registo das sugestões de melhoria da qualidade da PT

Categorias	Subcategorias	Nº
Gestão da informação	Linguagem classificada	2
	Diagnósticos de enfermagem	1
	Plano do doente	3
	Sistematização da informação	2
	Sintetização da informação	3
	Objetividade/Relevância/Repetições	10
	Conversas paralelas	2
	Discussão de casos	1
	Juízos de valor	2
	Evitação de interrupções	28
lat	Entradas e saídas	1
Interrupções da passagem de turno	Telefone	4
	Porta fechada	3
	Espaço físico	2
Condições físicas	Mobiliário	2
	Ruído	2
	Pontualidade/cumprimento de horários	7
Organização da passagem de turno	Atividades aprontadas previamente	2
	Presença de todos	9
	Tipo de organização	2
	Uniformização/modelo	5
Dotação de pessoal	Carga de trabalho	1
TOTAL		94

De seguida, detalhada e separadamente aborda-se cada uma das categorias e subcategorias, realizando a apresentação dos dados com a utilização de unidades de registo. De realçar que a ordem de apresentação não tem qualquer relação hierárquica.

Gestão da informação

A gestão da informação assume particular relevo na PT e consequentemente na prática da enfermagem, assentando na premissa da qualidade desta informação. Da análise das sugestões feitas pelos enfermeiros participantes, identificaram-se, no que se refere à categoria Gestão da informação, 26 unidades de registo, distribuídas pelas subcategorias que seguidamente se expõe.

Linguagem classificada

Na transmissão da informação na PT é primordial o rigor da linguagem usada, salientada desta forma pelos participantes no estudo:

"Utilizar linguagem classificada para tornar a PT um momento mais objetivo e claro na partilha de informação" [Q15]

"Utilizar mais termos técnicos" [Q158]

Diagnósticos de enfermagem

O diagnóstico de enfermagem constitui um elemento fulcral de um plano de cuidados sistemático e individualizado às necessidades individuais de cuidado:

"Maior relevo aos diagnósticos de enfermagem" [Q68]

Plano do doente

O plano de cuidados integrado no processo do doente elege-se como a principal fonte de dados e informação segura e atual. Tal é evidenciado na narrativa dos participantes:

"Passar a informação de acordo com o planeamento para o utente" [Q114]

"PT com apresentação do mapa de cuidados de cada doente" [Q243]

Um dos participantes realça ainda a importância de consultar o plano do doente após a PT:

"Haver a possibilidade de consultar o plano de cuidados antes de iniciar o turno" [Q222]

Sistematização da informação

O valor reconhecido à informação transmitida segundo critérios organizados, com um método subjacente, fica evidente nos seguintes excertos:

"PT mais sistemática" [Q10]

"...aprofundar informações sobre o utente" [Q69]

Sintetização da informação

A transmissão de informação na PT exige uma comunicação eficaz entre enfermeiros que transferem a responsabilidade da prestação de cuidados. Impõe-se que esta informação seja precisa, sem ambiguidade e atual, como apontam os excertos das sugestões dos respondentes:

"Sintetizar a informação pertinente sobre o doente" [Q8]

"Sermos mais objetivos e com maior síntese na mensagem (algo que se pode treinar em grupo)" [Q113]

Objetividade/Relevância/Repetições

Foram identificadas nesta subcategoria 10 unidades de registo. A informação transmitida na PT deve caracterizar-se também por ser oportuna, útil, completa e pertinente, como ilustram as sugestões dos participantes:

"Passar só a informação necessária / relevante para a continuidade de cuidados" [Q6]

"Não repetir informação já do conhecimento de todos os colegas" [Q116]

"Maior objetividade na informação transmitida" [Q131]

Conversas paralelas

O momento da PT requer um ambiente tranquilo, isento de estímulos, permitindo a transmissão da informação de forma completa pelo emissor e a compreensão pelo recetor. A importância atribuída a este aspeto fica explícita na sugestão:

"Menos conversas paralelas" [Q9]

"Evitar conversas paralelas" [Q156]

Discussão de casos

A discussão de casos pela equipa de enfermagem potencia a visão crítica e reflexiva da assistência de enfermagem, contribuindo para o aperfeiçoamento da prática clínica:

"Haver maior discussão das situações clínicas e planos de cuidados em equipa" [Q130]

Juízos de valor

O relevo dado à informação transmitida de uma forma imparcial e isenta de juízos de valor fica evidente na expressão:

"Apenas que fossem eliminados os juízos de valor, frequentemente presentes" [Q149]

"Informação (...) sem juízo de valores" [Q176]

Interrupções da PT

Identificaram-se nesta categoria 36 unidades de registo, onde fica evidente o valor atribuído à formalidade do momento que reveste a PT e à importância de evitar as

interrupções, o que denota a preocupação dos enfermeiros participantes com a qualidade e segurança da informação transmitida.

Evitação de interrupções

A importância em evitar interrupções da PT assume particular relevância para os enfermeiros participantes, reunindo esta subcategoria 28 unidades de registo, entre as quais:

"Ausência de interrupções (visitantes, médicos, assistentes operacionais e enfermeiros)" [Q1]

"Diminuir as interrupções externas e internas durante a PT" [Q8]

"Mais respeito pela PT, muitas interrupções" [Q11]

"Terminar com interrupções sucessivas durante a PT" [Q69]

"Alguns profissionais do serviço não entendem a importância da PT e, por vezes, interrompem sem grande necessidade" [Q184]

Entradas e saídas

Nesta expressão fica patente uma das causas atribuídas à interrupção da PT:

"Mobilidade (entradas e saídas) na PT" [Q27]

Telefone

A existência de telefone e consequentemente de chamadas durante a PT, emerge como outra das causas que mais contribuem para as interrupções da PT, como se constata na citação:

"Retirar o telefone da sala de PT para evitar interrupções e mais ruído" [Q29]

"Não haver telefone" [Q 264]

Porta fechada

O encerramento da porta da sala onde está a decorrer a PT é fundamental para criar um ambiente mais tranquilo, essencial à transmissão de informação. Tal é revelado pela importância atribuída à manutenção da porta fechada nas sugestões dos participantes:

"Passar o turno com a porta fechada de modo a evitar interrupções" [Q137]

"Realizar a PT com a porta do gabinete fechada e ficar um elemento no serviço por fim a diminuir as interrupções que ocorrem durante a PT" [Q138]

Condições físicas

As condições físicas do local onde decorre a PT foi um dos aspetos referidos pelos participantes. Esta categoria reúne 6 unidades de registo que se distribuem uniformemente pelas três seguintes subcategorias.

Espaço físico

Um espaço físico adequado em tamanho, luminosidade e temperatura, é uma premissa para o normal decorrer da PT e conforto dos intervenientes. Tal é evidenciado pelo relato dos participantes:

"...espaço físico agradável e funcional para realizar a PT" [Q1]

"A sala é pequena..." [Q105]

<u>Mobiliário</u>

É essencial a existência de mobiliário confortável e em número suficiente para acomodar todos os intervenientes na PT. Relativamente à insatisfação com mobiliário, tem-se as seguintes citações:

"...espaço e condições (cadeiras) para a presença de alunos na PT..." [Q1]

"...temos de passar o turno e escrever de pé ou mal sentados" [Q105]

Ruído

O descontentamento com o ruído aquando da PT é revelado em algumas expressões dos enfermeiros participantes:

"Mais respeito e silêncio no momento da PT" [Q29]

"Diminuição (...) do ruído na região envolvente" [Q222]

Organização da PT

A PT representa um momento de transição de cuidados e de transferência de responsabilidade, com impacto considerável na continuidade e qualidade dos cuidados, bem como na diminuição de eventos adversos pelo que a normalização desta prática é fulcral, como evidenciam as 25 unidades de registo identificadas nesta categoria.

Pontualidade/cumprimento de horários

É evidente o valor atribuído à importância de iniciar a PT à hora certa, assim como cumprir o tempo destinado à ocorrência da mesma:

"Pontualidade no horário da PT" [Q3]

"O cumprimento do horário das passagens de turno" [Q9]

Atividades aprontadas previamente

Identificou-se também a preocupação em ter as atividades cumpridas previamente à PT de forma a assegurar a disponibilidade dos enfermeiros para participarem neste momento:

"...com a totalidade das tarefas realizadas..." [Q1]

"Enfermeiros com registos efetuados na hora da PT (pelo menos na sua maioria)" [Q6]

Presença de todos

Relativamente à presença de todos os intervenientes durante a PT, a posição dos enfermeiros respondentes não é concordante. Se alguns assumem a importância da permanência dos enfermeiros durante toda a PT:

"Estarem todos os enfermeiros presentes durante toda a PT" [Q94]

"Todos os enfermeiros estarem presentes na totalidade da PT, para conhecer a enfermaria no geral, não apenas os doentes atribuídos" [Q235]

Outros consideram não ser vantajoso a presença durante toda a PT:

"Gostava (...) que não estivessem sempre todos os elementos da equipa, como acontece muitas vezes" [Q212]

"Passagem de informação apenas do doente/enfermeiro, principalmente na transmissão do turno M/T (apenas os dois enfermeiros referentes aos quartos)" [Q215]

Tipo de organização

Não é consensual para os enfermeiros respondentes qual o tipo de organização que deve estar subjacente à prática da PT, como fica evidente nas seguintes expressões:

"A PT mista (doentes/sala de enfermagem) não é muito produtiva há quebra de informação. Seria preferencialmente na sala de enfermagem" [Q48]

"PT junto dos utentes" [Q65]

Uniformização/modelo

A explicitação do modelo que normaliza a PT, que inclua orientações eficazes e contextualizadas, é essencial à melhoria da qualidade desta prática clínica. Pelos relatos dos enfermeiros participantes, ficou claro que alguns dos serviços de internamento da amostra não têm esta prática normalizada:

"Necessidade de uniformização da PT" [Q10]

"As passagens de turno deviam ser remodeladas. Termos parâmetros para atender tipo esquematização" [Q139]

Enquanto que noutros relatos fica evidente a existência de modelo/normas:

"(...) acho o modelo implementado no serviço muito adaptado e funcional" [Q149]

"Gostava que se cumprissem sempre as normas emanadas" [Q212]

Dotação de pessoal

A prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e segurança dependem de uma adequada dotação de recursos de enfermagem.

Carga de trabalho

A evidência de que uma elevada carga de trabalho dos enfermeiros pode comprometer a segurança do doente, nomeadamente no que concerne à necessária transferência efetiva da informação durante a PT, é notória na expressão:

"Na PT da noite temos muita dificuldade em transmitir a informação pelo cansaço causado pelo excesso de rotinas desse turno" [Q11]

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Posteriormente à apresentação e análise dos dados, importa necessariamente discutir os resultados obtidos, procurando interpretá-los à luz do contexto teórico efetuado, salientando-se os mais relevantes.

A discussão dos resultados será desenvolvida a partir dos objetivos estabelecidos para este trabalho de investigação. No decurso da discussão dos resultados procurarse-á dar resposta à questão de investigação, confrontando os resultados e achados obtidos com trabalhos desenvolvidos por outros autores e com o estado da arte.

Começando pelo primeiro objetivo, **Identificar o modelo em uso na PT nos serviços** de internamento do CHUC, importa voltar a clarificar que, no contexto do presente estudo, a referência a modelo em uso integra aspetos organizacionais da PT e aspetos de conteúdo da informação oral transmitida, bem como a perspetiva dos enfermeiros sobre a PT.

Acerca do local utilizado para realizar a PT, na maior parte dos serviços (95.8%) foi usado o gabinete de enfermagem. A escolha da localização para a PT não é consensual de acordo com os diversos estudos consultados. No estudo de Gonçalves et al. (2017), 62.8% das PT aconteceram junto ao leito do doente e 37.2% no balcão central da unidade. Já no estudo de Afonso (2017) a PT ocorreu predominantemente em "outros locais" (44%) como uma sala normalmente utilizada para outros fins, em 27.3% dos casos na sala de enfermagem e em 28.0% na unidade do doente. No estudo de Sousa (2013), a PT ocorreu em sala própria para o efeito. A seleção do local de realização da PT deve ter em conta o contexto de trabalho e as suas particularidades, assim como as finalidades, e pode compreender sala/gabinete de enfermagem, unidade do doente ou outro, podendo acontecer em várias das opções, sequencialmente (OE, 2001).

Quanto ao tempo de duração da PT, situou-se entre 4 e 65 minutos, sendo o tempo médio 24.30 minutos. A duração média da PT evidenciada é menor que noutros estudos realizados em hospitais portugueses. No estudo de Afonso (2017) constatouse um tempo médio de duração da PT foi de 41 minutos e no estudo de Tranquada (2013) verificou-se uma duração média de 44 minutos. A justaposição de tempo entre a equipa que termina o turno e a que inicia promove a organização do trabalho, com vista a atender as necessidades de cuidados do doente, o cumprimento do horário do enfermeiro e a garantia de qualidade da informação (Silva & Campos, 2007). No

CHUC está instituída uma sobreposição de 30 minutos entre turnos para a ocorrência da PT, estando o tempo médio, 24.30 minutos, dentro do tempo previsto para que a PT aconteça. De acordo com a OE (2017), o tempo para a ocorrência da PT não se encontra definido e deve ser a equipa de enfermagem de cada serviço a encontrar o tempo necessário para a transmissão da informação relevante.

No que respeita à disponibilidade de computadores para uso dos enfermeiros nos locais onde de realiza a PT, constatou-se que em 62.5% dos locais existia um ou dois computadores e em 45.8% dos serviços existiam cinco ou seis computadores. Não obstante a acessibilidade aos computadores, nenhum enfermeiro foi observado a utilizar o sistema informático para transmissão de informação. Este resultado é concordante com o estudo de Gonçalves et al. (2017), que referem que a utilização de recursos tecnológicos como apoio para a realização da PT não foi identificada em nenhuma das observações realizadas. No entanto, Nazareth et al. (2017) evidenciam que a utilização do processo informatizado do doente na PT diminuiu a perda de informações essenciais para o cuidado ao doente. Com essa sistemática, acredita-se que a comunicação efetiva promove uma adequada PT contribuindo para a qualidade dos cuidados e para o uso otimizado do tempo, garantido a continuidade dos cuidados e a segurança do doente.

No presente estudo, a maioria dos enfermeiros (70.9%) referiu que consultava o Mapa de cuidados / Plano de trabalho antes da prestação de cuidados. Os tempos de consulta referidos situaram-se entre 1 e 60 minutos, sendo o valor médio 10.48 minutos. De acordo com Marin (2010), o uso do SIE auxilia o processo de tomada de decisão clínica em enfermagem de forma direta e indireta. O apoio indireto diz respeito, por exemplo, ao uso do processo clínico eletrónico, que inclui o Mapa de cuidados / Plano de trabalho, que fornece informação que vai subsidiar a decisão do enfermeiro. O apoio direto está relacionado com o uso dos chamados sistemas de apoio à decisão, que são sistemas desenvolvidos para serem usados como suporte ao processo de tomada de decisão, diminuindo a ocorrência de erros e salvaguardando a segurança do doente. No caso concreto do CHUC está em uso o SClínico V2 que possibilita a associação entre dados e a identificação de diagnósticos ou resultados de enfermagem.

No presente estudo verificou-se que 66.7% dos enfermeiros gestores geriam apenas um contexto de prestação de cuidados com PT e que a maioria dos enfermeiros gestores, concretamente 62.5%, referiram estar sempre presentes na PT da noite para a amanhã, sendo que na PT da manhã para a tarde esta percentagem diminui para

41.7%. Em 51.1% das observações realizadas, o enfermeiro gestor estava presente na PT. De realçar que a presença do enfermeiro gestor na PT assume importância primeiramente pela representação do papel deste profissional perante a própria equipa de enfermagem (Silva et al., 2017).

Em 47.8% dos 23 registos em que o enfermeiro gestor estava presente na PT, a intervenção foi rara e sem provocar reflexão e, na mesma percentagem, a intervenção incidiu sobre questões de organização de serviço. O enfermeiro gestor promoveu reflexões sobre os conteúdos valorizados na PT em 13.0% das observações, adotando uma intervenção promotora do pensamento de enfermagem. Aspetos como a organização do trabalho e a apresentação da síntese das informações relevantes são igualmente valorizados estudo de Silva et al. (2017), como responsabilidades do enfermeiro gestor na coordenação da PT. Não obstante, esta análise permite identificar uma lacuna no exercício da liderança pelo enfermeiro gestor na PT, pela baixa expressividade que a promoção do pensamento de enfermagem assume no presente estudo. No estudo de Meissner et al. (2007), a baixa qualidade da liderança foi fortemente associada à insatisfação dos enfermeiros com a PT. Como referido no enquadramento teórico, o Conselho Jurisdicional da OE (2005) aponta como finalidade da PT a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, concretizada por momentos de análise das práticas e de formação em serviço / em situação. Este descritivo realça as vertentes de aprendizagem, discussão e prática reflexiva que devem ser promovidas pelo enfermeiro gestor durante a PT. De acordo com o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (2018), são critérios de competências comuns da gestão operacional, que o enfermeiro gestor "assegura a coexistência da formação informal e formal", "organiza espaços de reflexão sobre as práticas" e "incentiva a explicitação do processo de tomada de decisão clínica" (p. 3484).

Quanto ao uso de suportes alternativos para a transmissão e receção de informação pelos enfermeiros, em 93.3% das observações registou-se a utilização de notas escritas redigidas no momento da PT e em 91.1% a utilização de folhas-tipo criadas pelo serviço. Efetivamente, a literatura revela que, nos contextos da PT, os enfermeiros confiam em rascunhos e têm pouco tempo para detalhes. Para que a comunicação efetiva seja uma realidade, é essencial que os enfermeiros tenham acesso atempado a informação adequada e necessária ao desempenho dos seus papéis, de forma eficiente e apropriada. Gradualmente têm sido criadas folhas prépreparadas para as mudanças de turno, que contêm informação sobre todos os doentes do serviço, no entanto este processo consome mais tempo e esforço (Bhabra

et al., 2007), e exige duplicação face ao que já está documentado, para além de serem criadas conforme o perfil de conceção de cada enfermeiro.

No que respeita à presença de enfermeiro para atender às solicitações durante a PT, verificou-se que em 73.3% das observações não existia enfermeiro intencionalmente disponível para dar resposta às solicitações que ocorressem. Ora, sendo a PT um momento destinado à garantia da segurança do doente, tanto ele quanto o serviço não devem ser abandonados nesta ocasião, uma vez que a ausência dos enfermeiros coloca o doente em situação vulnerável aos eventos adversos. Logo, é necessário o planeamento e organização desta rotina, pois, enquanto estiver a ser realizada a PT, parte da equipa de enfermagem deve estar envolvida na assistência aos doentes, assegurando continuidade de cuidados (Oliveira & Rocha, 2016).

No estudo pretendeu-se também perceber se o processo da PT se encontrava padronizado, com explicitação de regras, atividades e conteúdos numa norma de procedimento interna ao serviço. Verificou-se que na maioria dos serviços, concretamente em 62.5%, não existia qualquer norma elaborada para PT. No complexo processo da PT de enfermagem, a qualidade da informação transmitida depende, entre outros, do modelo instituído (Almeida & Costa, 2017) e a comunicação eficaz necessita de processo padronizado que também se ajuste ao contexto local (Smeulers & Vermeulen, 2016). O estudo de Yu et al. (2018) destaca igualmente a importância da padronização dos processos e sistemas da PT, uma vez que esta carece de uma estrutura adequada, processo ou diretrizes de qualidade para que a transmissão da informação seja clara e efetiva. Afonso (2017) refere ainda, que a existência de protocolo de PT contribui positivamente para a eficácia da PT.

Relativamente aos aspetos mais valorizados na informação transmitida na PT, constatou-se que as áreas que assumiram maior evidência foram a referência a Diagnósticos Médicos (68,5%), a referência a Atitudes Terapêuticas (70.7%), a referência a Prescrições Médicas (58.9) e a referência a «outros dados» (66%). Recorde-se que a referência a «outros dados» incluiu dados que não explicitam o processo de tomada de decisão clínica em enfermagem, não tendo significado / integridade referencial, nomeadamente: transmissão de normalidades, diagnósticos de enfermagem / intervenções de enfermagem / atitudes terapêuticas em linguagem natural, atitudes terapêuticas desconexas, sem explicitação da sua razão de ser, erros, inconsistências, informação redundante, contraditória, imprecisa ou não útil.

Ao invés, as áreas da informação transmitida mais desvalorizadas, nas quais as referências são inferiores, reportam-se a dados da Avaliação Inicial (19.4%), à

informação relativa à Atividade Diagnóstica (36.8%), à enunciação de Diagnóstico de Enfermagem em linguagem classificada (41.8%) e à referência a Intervenções de Enfermagem com utilização de linguagem classificada (30.7%).

Quanto à explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem – integridade referencial dos dados, que se refere à "relação adequada e portadora de sentido entre dados de diferentes campos de informação: e.g. dado/diagnóstico, dado/objetivo, dado/intervenção, diagnóstico/objetivo, diagnóstico/intervenção, e objetivo/intervenção" (Silva, 2006, p. 75), a expressividade foi baixa, nomeadamente no caso dos Diagnósticos de Enfermagem (3.3%), das Intervenções de Enfermagem (4.6%), das Atitudes Terapêuticas (6.5%) e das Prescrições Médicas (9.8%).

Estes resultados evidenciam um maior domínio da conceção de cuidados centrada numa lógica executiva e baseada em modelos biomédicos, em detrimento duma lógica mais concetual baseada em teorias de enfermagem, consubstanciada em práticas de enfermagem progressivamente melhor sistematizadas na utilização do conhecimento da disciplina. Conquanto este facto, é de realçar, embora sem uma grande expressividade, o uso de linguagem classificada na transmissão da informação durante a PT, assim como o esboço de explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem, como preditores da mudança de cultura na organização CHUC.

Perspetiva-se deste modo, a evolução dos cuidados à pessoa, com o desprendimento duma prática com "maior competência e mais competências para o desempenho centrado na lógica executiva – frequentemente baseada em modelos biomédicos que têm por 'core' o diagnóstico e o tratamento da doença" (Silva, 2007, p. 18), no sentido de uma prática com

maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais concetual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de enfermagem que têm por 'core' o diagnóstico e a assistência em fase das respostas humanas às transições vividas; e mais competências de tomada de decisão. (Silva, 2007, p. 18)

Verificou-se que a maioria dos enfermeiros concordou que recebia informação suficiente sobre o doente e que podia colocar questões e discutir situações clínicas, assim como eram claramente identificados os doentes recém-admitidos, os que geram maior preocupação e os doentes a mobilizar para procedimentos / MCDT's. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Gonçalves et al. (2017) onde se verificou a oportunidade para esclarecimento de dúvidas e questionamento sobre os cuidados e

tratamentos prescritos, em todas as PT, e também no estudo de Pedro, Nicola e Oliveira (2018), onde foram relatadas as condições do doente em 95% das PT, as alterações significativas na evolução do doente em 90% e as recomendações sobre os cuidados de enfermagem a serem prestados em 100% das PT.

Acerca da perspetiva dos enfermeiros participantes sobre a PT, verificou-se que 53.0% dos profissionais situaram a PT num nível que poderá traduzir uma apreciação razoável (3 a 4 pontos), seguidos de 46.3% que consideraram a PT uma boa ou muito boa (4 a 5 pontos). Este resultado não é corroborado pelo estudo realizado em dez países europeus, que envolveu cerca de 23.000 enfermeiros, que constatou que a proporção de enfermeiros insatisfeitos com a PT varia consideravelmente, sendo que a percentagem de enfermeiros insatisfeitos variou de 22% em Inglaterra a 61% em França (Meissner et al., 2007).

A valorização da área autónoma e concetual foi um aspeto considerado no desenvolvimento deste trabalho, dando cumprimento ao objetivo Analisar a relação entre a valorização da área autónoma e concetual na PT e os resultados das auditorias ao processo de prestação de cuidados de enfermagem, no que concerne à componente concetual dos registos de enfermagem. Constatou-se que nos serviços em que são mais valorizados os Diagnósticos de Enfermagem na PT e mais valorizada a área autónoma e concetual na PT (global) tendem a registar-se, nas auditorias, taxas de prevalência de referenciais teóricos mais elevadas no que concerne à componente concetual dos registos de enfermagem.

Este resultado é particularmente pertinente pela relevância que o diagnóstico de enfermagem assume no processo de enfermagem uma vez que é "estabelecido com o objetivo de guiar o cuidado de enfermagem" (Lunney, 2011, p. 57).

Neste seguimento, o diagnóstico de enfermagem é internacionalmente aceite como constituindo uma etapa crucial de um plano de cuidados sistemático e individualizado de acordo com o processo de enfermagem (Ehrenberg e Ehnfors, 1999), por integrar o "julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais" e constituir "a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável" (NANDA International, 2010, p.436).

Efetivamente, na organização CHUC pode assistir-se, nos últimos anos, à transição de um modelo de cuidados de enfermagem essencialmente biomédico, para uma conceção e sistematização dos cuidados alicerçada em referenciais de cuidados norteadores da tomada de decisão clínica em enfermagem. Acerca da mudança na

instituição duma lógica executiva para uma lógica mais concetual, faz sentido a reflexão de Sousa (2006) quando refere que

o conhecimento prático é a forma de conhecimento que os profissionais constroem a partir da sua atividade. Este é o conhecimento que não diz respeito unicamente aos aspetos concetuais, mas que faz referência às experiências, conhecimentos e crenças que são úteis para a prática profissional, sendo fundamental para a compreensão do contexto de atuação. Por seu lado, partindo da prática este tem a possibilidade de experimentar e impregnar-se dos valores que regem a atividade humana, permitindo a integração e aplicação de conhecimentos teóricos adquiridos, utilizando a reflexão sobre a própria prática. (p. 135)

É também de realçar que a sistematização e a necessidade de tempo são fundamentais para que os enfermeiros "possam perceber a pertinência de uma prática baseada na teoria, em detrimento de um desempenho ancorado em rotinas e prescrições de outros profissionais" (Ribeiro et al., 2018, p. 46), o que pode explicar os resultados obtidos no presente estudo.

No âmbito do efeito entre o tempo despendido na PT e a qualidade da informação, pretendeu-se proceder também à discussão do objetivo: Identificar a relação entre a duração da PT e a quantidade de erros / inconsistências. Tendo em conta os resultados do estudo, assume-se que não existem evidências estatísticas de que haja relação entre a duração da PT e a quantidade de erros / inconsistências. A transmissão de informações erróneas ou inconsistentes é um fator dificultador da PT (Otto, 2017) e relatos de informações irrelevantes gastam tempo indevido da PT (Carlos, 2014). A relação entre a duração da PT e a qualidade, quantidade e modo de transmissão da informação representa um desafio. Se o tempo despendido na PT for curto, as informações têm que ser transmitidas de forma rápida, deixando margem para perdas ou interpretações erróneas (Silva & Campos, 2007). Por outro lado, uma PT prolongada torna-se cansativa, desgastante e causa desmotivação dos profissionais, que deixam de abordar os aspetos fundamentais, tanto dos doentes como da unidade, promovendo a superficialidade das informações (Pereira et al., 2011; Sammer, Lykens, Singh, Mains & Lackan, 2010). Estes factos relatados nos estudos anteriores não se verificaram no presente estudo.

A intervenção do enfermeiro gestor na PT no sentido da valorização da área autónoma e concetual foi um dos enfoques deste trabalho, concretizando o objetivo **Identificar a influência da intervenção do enfermeiro gestor na valorização da área autónoma**

e concetual na PT. Constatou-se que os Diagnósticos de Enfermagem – Linguagem classificada tendem a ser mais valorizados nos serviços em que a intervenção do enfermeiro gestor é promotora do pensamento em enfermagem.

A tomada de decisão clínica em enfermagem alicerça-se nas questões centradas no processo de tomar decisões (tipo de pensamento envolvido, capacidades cognitivas e disposições afetivas para utilizar o pensamento crítico, entre outros) e na substância do conhecimento usado nas tomadas de decisão e ao próprio objeto da tomada de decisão. E os enfermeiros enquanto trabalhadores do conhecimento, consomem níveis elevados de atividade cognitiva e usam conhecimento teórico e analítico de forma sofisticada e desenvolvem atividades manuais complexas (Silva, 2006).

Ora, perante estas premissas e na persecução da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, impera que o enfermeiro gestor incentive a explicitação do processo de tomada de decisão clínica, elegendo a PT como um momento de excelência para análise das práticas e de formação em serviço. O enfermeiro gestor tem que estar ciente que "a formação não se adquire por acumulação de cursos e diplomas", mas emerge antes da relação entre os saberes e a reflexão diária sobre a prática (Nóvoa como referido por Rosário, 2007, p. 22).

Os gestores assumem assim um papel fundamental na partilha da informação, uma vez que o conhecimento partilhado é superior ao conhecimento individual. Isto porque "a gestão do conhecimento, para além de construir uma fonte de inovação e de desempenho, assegura o desenvolvimento das competências dos seus membros" (Carapeto & Fonseca, 2006, p.302). Na mesma linha de pensamento, Frederico e Leitão (1999) referem que a formação em enfermagem se reveste de um caráter prático, que reforça e corrige comportamentos através da consolidação de saberes e de experiências que se encontram dispersos, promovendo a reflexão crítica sobre o cuidar e a inovação.

Para a concretização do objetivo **Identificar áreas de melhoria para a PT** concorreram as áreas de melhoria que decorrem dos resultados atrás evidenciados e simultaneamente as áreas que surgiram das sugestões de melhoria da qualidade da PT dadas pelos enfermeiros participantes no estudo.

Dos resultados do presente estudo atrás apresentados emerge a evidência de práticas menos corretas relativas à PT e que, consequentemente, necessitam de melhoria, das quais merecem destaque a utilização do processo informático do doente para a transmissão da informação, intervenção do enfermeiro gestor na PT que promova o pensamento de enfermagem, presença de enfermeiro intencionalmente disponível

para atender às solicitações durante a PT, uso de linguagem classificada com explicitação da tomada de decisão clínica em enfermagem e existência de diretrizes para orientar o processo da PT.

As áreas de melhoria que decorrem das sugestões de melhoria da qualidade da PT dadas pelos enfermeiros participantes no estudo expõem-se de seguida, confrontando os achados obtidos com estudos desenvolvidos por outros autores.

Sugestões relacionadas com a gestão da informação foram referidas pelos enfermeiros participantes no estudo, o que é revelador da importância dada a elementos como o uso de linguagem classificada na PT, a relevância do plano de cuidados e a ênfase aos Diagnósticos de Enfermagem. A valorização destes aspetos no presente estudo vai ao encontro do explicitado em estudos anteriores, que referem que sem uso de linguagem classificada é impossível produzir informação válida e fiável sobre os cuidados de enfermagem (Pereira, 2009b) e que o diagnóstico de enfermagem constitui uma etapa crucial de um plano de cuidados sistemático e individualizado de acordo com o processo de enfermagem (Silva, 2011). A existência de uma linguagem comum (ex. CIPE) foi igualmente apontada como sugestão de melhoria da PT no estudo de Sousa (2013).

Nas sugestões dos enfermeiros, ficou igualmente evidente a relevância atribuída à qualidade da informação transmitida na PT no sentido da sintetização, da objetividade, da relevância e da isenção de repetições da informação. Estas sugestões convergem com o mencionado noutros estudos, que evidenciam que a transmissão das informações durante a PT deve ser relevante, objetiva e simultaneamente concisa, garantindo assim a compreensão e o bom fluxo das informações. Caso não haja confiança na qualidade das informações, também as decisões tomadas a partir dessas informações são questionáveis (Almeida & Costa, 2017; Gonçalves et al., 2017; Rodriguez et al., 2013). Ainda de acordo com Pereira (2009a), "a informação é sempre informativa acera da alguma coisa e o resultado de um processo que transforma *inputs* em *outputs*" (p. 33), traduzindo a informação algo de novo, logo a repetição não é informação.

Outro aspeto que gerou preocupação aos enfermeiros respondentes foi o comportamento dos profissionais na PT, concretamente as conversas paralelas que podem prejudicar a apreensão das informações que são transmitidas. Eller et al. (2017) elucidam que o compromisso com a PT e a habilidade de quem transmite a informação, manifestados por conversas paralelas e falta de clareza, emergem também como influentes na comunicação da informação.

Foi sugerido como elemento favorecedor da melhoria da qualidade da PT a discussão de casos pela equipa de enfermagem. No estudo de Sousa (2013) foi também apontada como proposta de melhoria da PT, a existência de momento para discussão de casos mais complicados / questões éticas. Convergente com este aspeto, Silva e Campos (2007) entendem a PT como um momento para formação e reflexão, objetivando reavaliar práticas, proporcionar crescimento mútuo e melhorar o desenvolvimento dos cuidados.

A valorização da transmissão de informação imparcial e isenta de juízos de valor foi também evidenciada pelos enfermeiros participantes. De acordo com a alínea e) do Artigo 81.º do Código Deontológico do Enfermeiro, este assume o deve de "abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida (...)" (OE, 2005, p. 91).

Tendo em consideração a importância de uma PT livre de interrupções para a efetividade deste relevante processo de comunicação na enfermagem, os enfermeiros participantes no estudo evidenciaram particular relevância aos aspetos relacionados com a promoção de um ambiente tranquilo como evitar entrada e saída de pessoas, controlo das chamadas telefónicas e manutenção da porta fechada. No estudo de Sousa (2013), a sugestão de melhoria que prevaleceu perante as restantes, foi, à semelhança do presente estudo, reduzir o número de interrupções durante a PT. Também no estudo de Pedro et al. (2018) ficou evidente que os aspetos relacionados com o ambiente da PT assumiram, com grande expressividade (80%), que este não era tranquilo e livre de interrupções. No mesmo estudo, constatou-se ainda que na maioria dos casos (55%), a PT foi realizada em sala com trânsito de pessoas e que em 50% das situações existiam sons que podiam atrapalhar a PT.

Quanto ao ambiente propício para a realização da PT, segundo os enfermeiros respondentes as condições físicas devem incluir um espaço agradável e adequado em termos de mobiliário e ruído. Tal facto é confirmado por Portal e Magalhães (2008), que enfatizam que é necessário organização prévia e pontualidade, assim como assegurar um ambiente tranquilo, espaçoso, ventilado, iluminado e com cadeiras suficientes para todos os intervenientes, para que a PT decorra adequadamente.

Os enfermeiros atribuíram também valor à pontualidade e cumprimento de horários na PT. Almeida e Costa (2017) também reconhecem que um dos problemas relativos à PT de enfermagem são os atrasos que podem ocorrer não apenas por impontualidade de quem deve receber o turno, como também por excesso de informações a serem transmitidas, o tempo prolongado da PT e a consequente saída tardia da equipa que passa o turno.

No que tange à disponibilidade da equipa de enfermagem para participar na PT, os enfermeiros participantes referiram que no momento da PT a participação dos profissionais devia acontecer com todas as atividades já realizadas. Este facto é corroborado no estudo de Silva et al. (2017), que destaca que o pouco tempo dispensado para a PT pode decorrer da sobrecarga dos profissionais que não conseguem organizar-se por causa da exigência de trabalho da unidade.

Relativamente à presença de todos os enfermeiros durante a PT, a posição dos enfermeiros não é concordante. Se alguns defendem a importância da permanência e participação de todos os enfermeiros na PT, outros consideram não ser necessária a presença durante toda a PT. No estudo de O'Connell et al. (2008), os enfermeiros valorizaram que lhes fosse dada uma visão geral de todos os doentes do serviço, sugerindo que era particularmente útil quando substituíam os outros enfermeiros nas pausas. A questão se esta prática é ou não necessária, requer maior debate e avaliação, visto que a transferência de informação de todos os doentes é um processo demorado.

No que se refere ao tipo de organização que deve estar subjacente à prática da PT, o ponto de vista dos enfermeiros não é consensual. Se por um lado há enfermeiros que mencionam que na PT que acontece em dois momentos sequenciais (quarto dos doentes e sala de enfermagem) há quebra de informação, por outros é sugerida a PT juntos ao leito dos doentes. Acerca da PT junto ao leito dos doentes, Morgado e Nunes (2016) concluíram que promove a observação do doente e o estabelecimento de relação empática, assim como o planeamento de cuidados. Contudo, consideram necessário clarificar o seu objetivo, incentivar o envolvimento do doente, usar um discurso compreensível e garantir a privacidade da informação.

Relativamente ao uso de um modelo que oriente PT, ficou explícito nas sugestões dos enfermeiros que nalguns serviços esta prática não está normalizada, enquanto noutros é dado testemunho do investimento feito nesta área. No sentido de favorecer esta prática, no estudo Silva et al. (2017) é sugerida a adoção de formatos que possam inovar a PT, adaptada ao contexto da equipa de enfermagem e do hospital. Já Almeida e Costa (2017) advertem que o facto de não haver um modelo para a PT, deixa ao critério das equipas que realizam a PT a decisão sobre o que entendem ou não como significativo.

No que concerne ao efeito de uma elevada carga de trabalho, foi referido pelos enfermeiros que, particularmente na PT noite-manhã, existe dificuldade na transmissão da informação causada pelo cansaço no final do turno. No estudo de Eller

et al. (2017) foi igualmente constatado que a comunicação na PT pode ser comprometida devido a fatores institucionais, como a falta de tempo e o excesso de doentes. Também a OE (2014) reconhece que elevadas cargas de trabalho dos enfermeiros têm consequências para doentes e profissionais. Conduzem a insatisfação, desmotivação e *burnout* dos enfermeiros, assim como podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados.

Dando cumprimento do último objetivo **Proporcionar orientações para a elaboração de um guia orientador de boas práticas para a PT no CHUC** sugerem-se de seguida medidas de melhoria das práticas reveladas como frágeis na realização da PT no CHUC.

O ambiente propício para a PT requer espaço, ventilação, luminosidade, cadeiras suficientes para todos os intervenientes e deve ser tranquilo, sem ruído na zona envolvente e sem interrupções. Neste sentido, torna-se importante controlar as causas das interrupções, sendo que a disponibilidade intencional de um enfermeiro para dar resposta às solicitações que acontecerem durante a PT, evidencia-se útil.

A participação de todos os enfermeiros da equipa que termina o turno e da que inicia na reunião da PT revela-se como vantajosa, dado que estes são momentos oportunos para a prática reflexiva e a formação em serviço / situação. A presença do enfermeiro gestor é particularmente importante uma vez que deve adotar uma liderança promotora do pensamento de enfermagem e estimular a análise das práticas, promover discussão de casos e incentivar a explicitação do processo de tomada de decisão clínica durante a PT.

Apresentando-se o processo informatizado como a principal fonte de dados do doente, este deve ser o suporte usado sistematicamente como apoio à transmissão da informação durante a PT, promovendo uma comunicação efetiva, a valorização da área autónoma e concetual, a apropriação da linguagem classificada e a explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem.

Concluída a PT, os enfermeiros que iniciam o turno devem, quando possível, consultar o Mapa de cuidados / Plano de trabalho antes de iniciar a prestação de cuidados, para se inteirarem dos cuidados planeados para cada doente e da informação necessária ao processo de tomada de decisão.

É ainda de realçar a importância das dotações seguras, no sentido de permitir que o tempo destinado à PT seja usado unicamente para essa prática, assim como evitar o compromisso da comunicação pela elevada carga de trabalho.

Os resultados deste estudo sugerem que diferentes enfermeiros podem apresentar diferentes necessidades e valorizações relativas à PT, o que evidencia a necessidade de desenvolver diretrizes para a PT de modo a simplificar e padronizar o processo de transição de cuidados ao nível do serviço, para satisfazer as necessidades de todos enfermeiros.

Contudo, projetar um modelo a nível institucional, que atenda às necessidades de todas as equipas de enfermagem na ampla variedade de serviços do CHUC, com níveis variados de experiência e conhecimento, emerge como uma tarefa difícil. Ao invés, diretrizes gerais quanto aos aspetos organizacionais e ao conteúdo da informação a valorizar na PT pode ser uma abordagem mais apropriada.

A concretização do objetivo geral Analisar a qualidade da PT nos serviços de internamento do CHUC fez-se pela consecução dos objetivos específicos atrás expostos com detalhe. Ficou explicitada a qualidade da PT quer na vertente da qualidade e segurança da informação, quer no âmbito da explicitação da filosofia subjacente aos cuidados expressa na valorização da informação transmitida na PT.

CONCLUSÃO

Neste capítulo apresentam-se os principais resultados e respetivas conclusões da investigação, finalizando com as sugestões de melhoria para a prática da PT e limitações do estudo.

A realização do presente estudo de âmbito institucional resultou da solicitação da Direção de Enfermagem do CHUC e teve a colaboração do GASIDE e NIE, com a pretensão de conhecer o modelo em uso na PT nos serviços de internamento do CHUC e, posteriormente, introduzir medidas corretivas, promotoras de melhoria contínua da qualidade.

Face aos resultados obtidos, pode estabelecer-se o modelo em uso na PT nos serviços de internamento, que inclui aspetos organizacionais da PT, bem como referentes ao conteúdo da informação oral transmitida. A PT nos serviços de internamento do CHUC caracteriza-se por acontecer maioritariamente no gabinete de enfermagem, com um tempo médio de duração de 24.30 minutos. Não obstante a disponibilidade de computadores no local de PT, nenhum enfermeiro foi observado a utilizar o sistema informático para transmissão de informação. Como suportes alternativos para a transmissão e receção de informação pelos enfermeiros, foram mormente utilizadas notas escritas redigidas no momento da PT e folhas-tipo criadas pelo serviço. O enfermeiro gestor estava presente na PT em 51.1% das observações realizadas e a sua intervenção foi, na maior parte das situações, rara e sem provocar reflexão ou incidiu sobre questões de organização de serviço; adotou uma intervenção promotora do pensamento de enfermagem através reflexões sobre os conteúdos valorizados na PT em 13.0% dos casos. Na maioria dos serviços não existia qualquer norma interna elaborada para PT e na maior parte das situações não existia enfermeiro intencionalmente disponível para dar resposta às solicitações que ocorressem durante a PT. Os aspetos mais valorizados na informação transmitida na PT referem-se a Diagnósticos Médicos, Atitudes Terapêuticas, Prescrições Médicas e «outros dados». As áreas mais desvalorizadas reportam-se a dados da Avaliação Inicial, à informação relativa à Atividade Diagnóstica e à enunciação de Diagnóstico de Enfermagem e Intervenções de Enfermagem em linguagem classificada. A explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem durante a PT apresentou baixa expressividade em todas as áreas. Após o términus da PT, a maioria

dos enfermeiros referiu que consultava o Mapa de cuidados / Plano de trabalho antes da prestação de cuidados, usando em média 10.48 minutos.

Estes resultados denotam ainda um maior domínio da conceção de cuidados centrada numa lógica executiva em detrimento duma lógica mais concetual, alicerçada nos referenciais teóricos adotados pela instituição. O uso de linguagem classificada na transmissão da informação durante a PT e da explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem, apesar da baixa expressividade que assumem no estudo, podem indiciar a mudança de cultura na organização CHUC.

A generalidade dos enfermeiros concordou que recebia informação suficiente sobre o doente, que podia facilmente clarificar questões e discutir situações clínicas, que eram claramente identificados os doentes recém-admitidos e os que geram maior preocupação, bem como os doentes a mobilizar para procedimentos e MCDT. Também a maioria dos enfermeiros (53.0%) considera a PT razoável, seguidos de 46.3% que consideram a PT boa ou muito boa.

Relativamente aos resultados da relação existente entre a valorização da área autónoma e concetual na PT e os *scores* das auditorias no que concerne à componente concetual dos registos de enfermagem, pode dizer-se que nos serviços onde são mais valorizados os Diagnósticos de Enfermagem e mais valorizada a área autónoma e concetual (global) tendem a registar-se, nas auditorias, *scores* de prevalência de referenciais teóricos mais elevados no que concerne à componente concetual dos registos de enfermagem.

Este estudo permitiu ainda verificar que não existem evidências estatísticas de que haja relação entre a duração da PT e a quantidade de erros / inconsistências.

Quanto à influência da intervenção do enfermeiro gestor na valorização da área autónoma e concetual na PT, constatou-se que os Diagnósticos de Enfermagem – Linguagem classificada tendem a ser mais valorizados nos serviços em que a intervenção do enfermeiro gestor é promotora do pensamento em enfermagem.

Visando a melhoria da qualidade da PT, de acordo com a auscultação dos enfermeiros participantes no estudo, foram evidenciados aspetos como a gestão da informação, as interrupções da PT, as condições físicas do espaço onde decorre a PT, a organização da PT e dotação de pessoal. No que respeita à gestão da informação, foram enfatizados aspetos da qualidade da informação como a objetividade, relevância, não repetição, imparcialidade, isenção de juízos de valor e evitação de conversas paralelas. Foi também apontado a utilização de linguagem classificada e do plano de cuidados na PT, assim como a discussão de casos como elementos importantes para 110

uma adequada gestão da informação na PT. Com vista à obtenção de um ambiente apropriado à PT, a evitação de interrupções e o controlo das suas causas assumiu particular relevância na perspetiva dos enfermeiros, seguido da adequação das condições físicas, incluindo espaço e mobiliário suficiente e controlo do ruído. No que concerne à organização da PT foi particularmente relevada a pontualidade, a presença de todos os enfermeiros na reunião e a uniformização da PT.

Em suma, as áreas que emergem como frágeis na PT dos serviços de internamento do CHUC e que necessitam de implementação de medidas de resolução ou de melhoria prendem-se com a gestão da informação e a utilização do processo informático do doente para a transmissão da informação, o uso de linguagem classificada com explicitação da tomada de decisão clínica em enfermagem, a adoção de uma liderança promotora do pensamento de enfermagem pelo enfermeiro gestor, o controlo das interrupções e a presença de enfermeiro intencionalmente disponível para atender às solicitações durante a PT, adequação das condições físicas do espaço, os aspetos organizacionais da PT e a existência de diretrizes para orientar o processo da PT.

Os resultados do estudo foram essenciais para a compreensão da diversidade e complexidade dos contextos da PT no CHUC, e alicerçam a sugestão de medidas para melhoria das práticas que emergiram como frágeis na PT do CHUC, que se apresentam de seguida.

A promoção de um ambiente favorável para a PT, com condições físicas adequadas (espaço, ventilação, temperatura, luminosidade, som e mobiliário) e isento de interrupções, emerge como essencial. A disponibilidade intencional de um enfermeiro para dar resposta às solicitações que ocorrerem durante a PT pode ser útil para controlar as causas das interrupções.

Sendo a PT um momento oportuno para o enfermeiro gestor adotar uma liderança promotora do pensamento de enfermagem e estimular a análise das práticas, promovendo discussão de casos e incentivando a explicitação do processo de tomada de decisão clínica, a participação de todos os enfermeiros da equipa que termina o turno e da que inicia na reunião da PT revela-se como vantajosa.

O processo informatizado, principal fonte de dados do doente, deve ser o suporte usado sistematicamente como apoio à transmissão da informação durante a PT, promovendo uma comunicação efetiva, a valorização da área autónoma e concetual, a apropriação da linguagem classificada e a explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem.

A consulta do Mapa de cuidados / Plano de trabalho após a PT e antes iniciar a prestação de cuidados, é fundamental para os enfermeiros se inteirarem dos cuidados planeados para cada doente, assim como da informação necessária ao processo de tomada de decisão, pelo que, quando possível, deve ser realizada.

A adoção de dotações seguras merece ainda realce, na intenção que o tempo destinado à PT se destine unicamente para essa prática, evitando assim o compromisso da comunicação pela elevada carga de trabalho.

Na persecução da melhoria da qualidade dos cuidados, importa melhorar o processo e o conteúdo da PT, sendo que o modelo de Kotter, explicitado no enquadramento teórico, emerge como uma possibilidade para a condução do processo de mudança. Com vista a estabelecer um sentido de urgência poderia usar-se a divulgação dos resultados de presente estudo, supondo que a confrontação com os resultados promova a consciencialização dos enfermeiros para o problema e faça emergir a necessidade de mudança. A coligação liderante referida por Kotter, poderia ser constituída pelos facilitadores do GASIDE pelo envolvimento no estudo e conhecimento que detêm na área, bem como envolver formalmente os enfermeiros gestores e gestores com funções de direção em cooperação por departamento. A valorização da área autónoma e concetual na PT deveria ser a visão efetiva da mudança e como estratégias a implementar são exemplo, a eleição de serviços piloto e elaboração de um conjunto de recomendações para a PT. Aos enfermeiros destes serviços seria comunicada a visão da mudança, os seus objetivos e direção e capacitava-se a maioria dos profissionais para atuar e produzir a mudança, providenciando acompanhamento pelos facilitadores antes, durante e após a realização da PT, de uma forma sistemática e prolongada no tempo. Na promoção de uma boa vitória de curto prazo incluir-se-ia a partilha dos resultados dos serviços envolvidos na mudança com a restante instituição, e na pretensão de consolidar os ganhos e produzir mais mudança, poderia envolver-se mais serviços e desenvolver o mesmo caminho. Para consolidar os ganhos e institucionalizar as novas abordagens à PT na cultura organizacional, seria importante evidenciar a relação entre as novas práticas da PT e a valorização do pensamento em enfermagem. De salientar que durante todo processo de mudança o enfermeiro gestor assume o papel crucial de liderar a mudança, alinhando os enfermeiros com a visão e inspirando-os para a concretização apesar das dificuldades.

Terminado o percurso de investigação, conclui-se que se obteve respostas para a questão de partida: Qual o contributo da PT dos enfermeiros nos serviços de

internamento do CHUC para a qualidade na gestão da informação? Os resultados obtidos evidenciam, num âmbito mais geral os aspetos da estrutura e processo inerentes à prática da PT e numa perspetiva mais particular os aspetos referentes ao conteúdo da informação, nomeadamente os elementos mais valorizados e desvalorizados pelos enfermeiros na informação transmitida.

Tendo em conta os resultados deste estudo, pode ainda considerar-se que se cumpriu o objetivo geral: Analisar a qualidade da PT nos serviços de internamento do CHUC, quer na vertente da qualidade e segurança da informação, quer no âmbito da explicitação da filosofia subjacente aos cuidados expressa na valorização da informação transmitida na PT.

Realizada a síntese dos resultados obtidos e dos contributos do estudo para a mudança das práticas e da qualidade da PT, existem algumas limitações que importa salientar.

Uma das limitações está relacionada com a interrupção da colheita de dados motivada pela pandemia COVID-19 e as possíveis alterações nas práticas da PT decorrentes das restrições impostas.

Não obstante tenham sido cumpridos os requisitos de garantia do anonimato e confidencialidade dos dados, uma outra limitação prende-se com a forma como foi recolhida a informação, podendo ter provocado algum constrangimento nos enfermeiros e condicionado as suas práticas.

Dada a escassez de literatura sobre o conteúdo da informação partilhada na PT, considera-se, a título de sugestão para possíveis investigações futuras, o estudo das informações valorizadas pelos enfermeiros, bem como a linguagem usada e a explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem durante a PT.

No final de uma dissertação de mestrado em enfermagem na área da gestão de unidades de cuidados, espera-se que os resultados possam ter algumas implicações práticas, podendo os resultados obtidos no estudo alicerçar a elaboração de um guia orientador de boas práticas para a PT no CHUC. Procurou-se sobretudo descrever o fenómeno em estudo nos seus diversos aspetos, podendo estes resultados reforçar conhecimentos já existentes ou clarificar outros, atendendo sempre que os dados colhidos se referem à singular realidade do CHUC. Parece que se conseguiu identificar algumas áreas que se revelam importantes para a melhoria da prática da PT. Por fim, pode assumir-se que os resultados obtidos nesta investigação poderão servir de consulta para outros trabalhos de investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. (2017). Passagem de turno em Enfermagem: Processo fundamental para a qualidade de cuidados. *Desenvolvimento e Sociedade*, 2(3), 33-56.
- Almeida, F. A. V., & Costa, M. L. A. S. (2017). Passagem de plantão na equipe de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*, 62(2), 85-91.
- Amaral, A. (2010). A efetividade dos cuidados de enfermagem: modelos de análise. Revista Investigação em enfermagem, 21, 96-105.
- Barbosa, A., Fernandes, A., Luiz, A., Ferreira, A., Vaz, A., Cêncio, G., ... Valente, S. (2011). *A organização interna e a governação dos hospitais*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde-Secretaria Geral.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (3ª reimp. da 1ª ed.). São Paulo, Brasil: Edições 70.
- Barra, D., & Sasso, G. (2011). Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, 64(6), 1141-1149. doi: 10.1590/S0034-71672011000600023.
- Benito, G., & Licheski, A. (2009). Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 447-450. doi: 10.1590/S0034-71672009000300018.
- Bhabra, G., Mackeith, S., Monteiro, P., & Pothier, D. D. (2007). An experimental comparison of handover methods. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 89(3), 298-300. doi: 10.1308/003588407X168352.
- Borges, F. (2014). Gestão da informação no sistema único de saúde. *Revista de Administração FACES Journal*, 13(2), 84-98.
- Bulhões, I. (2001). Os anjos também erram: mecanismos e prevenção da falha humana no trabalho hospitalar. Rio de Janeiro, Brasil: Atheneu.
- Burley, D. (2011). Better communication in the emergency department. *Emergency Nurse*, 19(2), 32-36.
- Carapeto, A. C. C., & Fonseca, M. D. F. J. (2006). *Administração pública:* modernização, qualidade e inovação (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.

- Carlos, M. M. M. (2019). *Handover e segurança do doente* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Portugal.
- Cavalcante, R., Ferreira, M., & Silva, P. (2011). Sistemas de informação em saúde: possibilidades e desafios. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 1(2), 290-299. doi: 10.5902/217976922580
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2020). *IG 02.00 Linha orientadoras* de prevenção e controlo de infeções em contexto de pandemia COVID-19 Fase de retoma de atividade assistencial. Coimbra, Portugal: Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.
- Chiavenato, I. (2014). Gestão de pessoas: o novo papel de recursos humanos nas organizações (4ª ed). São Paulo, Brasil: Editora Manole Ltda.
- Chinn, P., & Kramer, M. (2011). *Theory and nursing: Integrated knowledge development* (8th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby.
- Costa, F. (2005). Efetividade e eficiência: médicos, gestores, informação e bom senso. Revista Portuguesa de Saúde Pública, (5), 47-57.
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. *Diário da República nº 93/1998 Série I-A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. *Diário da República nº 28/2015 II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho n.º 14223/2009 de 24 de junho. *Diário da República nº 120/2009 II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio. *Diário da República n.º 102/2015 II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa: Portugal.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa. Portugal: Autor.
- Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (1999). Patient problems, needs, and nursing diagnoses in Swedish nursing home records. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 10(2), 65-76.

- Eller, K. E. A., Gomes, D. M. C., de Souza, M. C. C., & Rodrigues, C. C. (2017). Revisão bibliográfica: identificação das falhas na comunicação da passagem de plantão de enfermagem. *Revista Pesquisa e Ação*, 3(1), 1-9.
- Fealy, G., Donnelly, S., Doyle, G., Brenner, M., Hughes, M., Mylotte, E., ... & Zaki, M. (2019). Clinical handover practices among healthcare practitioners in acute care services: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 28(1-2), 80-88. doi: 10.1111/jocn.14643.
- Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde: uma revisão de níveis de abordagem. *RISTI-Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, (19), 34-45. doi: 10.17013/risti.19.32-45.
- Ferreira, R., Luzio, F., & Santos, M. (2010). Passagem de turno dos enfermeiros nos quartos (Visita de Enfermagem): opinião dos utentes. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(12), 29-37.
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Frederico, M. & Leitão, M. A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiro* (1ª ed.). Coimbra, Portugal: Formasau,
- Garcia, T. (2016). Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(1), 5-10.
- Gonçalves, M., Rocha, P., Souza, S., Tomazoni, A., Paz, B., & Souza, A. (2017). Segurança do paciente e passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(2), 1-10. doi: 10.18471/rbe.v31i2.17053.
- Guimarães, E., & Évora, Y. (2004). Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. *Ciência da informação*, 33(1), 72-80. doi: 10.1590/S0100-19652004000100009.
- Institute Of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Recuperado de http://www.nap.edu/books/0309072808/html/.
- Jorge, D. (1974). Efetividade da comunicação do pessoal de enfermagem na passagem do plantão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 27(2), 150-163.
- Jorm, C., White, S., & Kaneen, T. (2009). Clinical handover: critical communications.
 Med J Aust, 190(11), 108-109. Recuperado de https://www.mja.com.au/system/files/issues/190_11_010609/jor11299_fm.pdf.

- Kleinsorge, C. (2015). A Efetividade dos Sistemas de Informação nas Organizações (Tese de mestrado). Universidade FUMEC, Faculdade de Ciências Empresariais, Brasil.
- Kotter, J. P. (2017). *Liderar a mudança*. Alfragide, Portugal: Lua de Papel.
- Lamberty, C., Barichelo, T., Rebelato, M., Soares, J., Berwig, T. & Herr, G. (2016). O impacto da passagem de plantão inadequada na segurança do paciente. *XXIV Seminário de Iniciação Científica*. Recuperado de file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/6659-Texto%20do%20artigo-28957-1-10-20160919.pdf.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República n.º 181/2015 I Série*. Assembleia da República. Lisboa: Portugal.
- Lei n.º 48/90 de 24 de agosto. *Diário da República nº 195/1990 I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Lima, A. M., & Silva, E. R. (2017). Sistematização da passagem de plantão em UTI: proposta de instrumento de registro. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 7(20), 48-57.
- Lunney, M. (2011). Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: análises e estudos de caso em enfermagem. (R. M. Garcez, Trad.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Magalhães, M. M. A. (2006). A invisibilidade da prática de enfermagem e a face qualificante do hospital. *Pensar Enfermagem*. 10(1), 58-66.
- Marin, H. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, 2(1), 20-24.
- Meissner, A., Hasselhorn, H. M., Estryn-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*, 57(5), 535-542. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04144.x.
- Melo, E., Rodrigues, C., Fernandes, C., Nogueira, C., Matos, C., Mourão, D., ... Pereira, V. (2017). *Tomada de decisão clínica em enfermagem: o percurso da mudança*. Coimbra, Portugal: Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

- Monteiro, C. (2015). O impacto dos sistemas de informação em contexto hospitalar valor acrescentado do SAPE (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Portugal.
- Morgado, T., & Nunes, L. (2016). Opiniões sobre a visita de enfermagem em unidades de cirurgia: tradução, adaptação e validação de questionários. *Revista Enfermagem Referência* (9), 75-85. doi: 10.12707/RIV15030.
- Moura, D. C. A. (2013). Sistema de informação em enfermagem. Recuperado de https://silo.tips/download/universidade-federal-de-juiz-de-fora-faculdade-de-enfermagem-departamento-de-enf-10.
- NANDA International (2010). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011.* (R. M. Garcez, Trad.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Nazareth, J. K., Corrêa, A. P. A., Souza, A. D. Z. D., Dal Pai, D., Gil, E. D. S., Viegas, G. L., ... & Wegner, W. (2017). Sistemática utilizada na passagem de plantão de uma equipe de enfermagem: relato de experiência. *Clinical and biomedical research*.
 Porto Alegre. Recuperado de https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/171649/001049824.pdf
- Nóbrega, M., & Garcia, T. (2009). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: instrumental tecnológico para a prática profissional. *Revista Brasileira* de Enfermagem, 62(5), 758-761.
- Nóbrega, S. (2011). O controlo de gestão para a eficiência dos hospitais. In Pereira,
 D., Nascimento, J., & Gomes R. Sistemas de informação na saúde: perspetivas e desafios em Portugal. Lisboa, Portugal: Sílabo.
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. *Il Congresso Ordem dos Enfermeiros* (Vol. 10, p. 12).
- O'Connell, B., Macdonald, K., & Kelly, C. (2008). Nursing handover: It's time for a change. *Contemporary Nurse*, 30(1), 2-11. doi: 10.5172/conu.673.30.1.2
- Oliveira, M. C., & Rocha, R. G. M. (2015). Reflexão acerca da passagem de plantão: implicações na continuidade da assistência de enfermagem. *Enfermagem Revista*, 19(2), 191-198.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Parecer CJ/20 2001 Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. Lisboa. Portugal: Autor. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem:*Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro Dos Comentários à análise de casos. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional em enfermagem*. Lisboa.

 Portugal: Autor. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer n.º 61/2017 Atribuição de tempo para a passagem de turno. Lisboa. Portugal: Autor. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_ AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf.
- Otto, A. G. C. A. (2017). Fatores influenciadores da comunicação na passagem de plantão: uma revisão integrativa. Recuperado de http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/6796.
- Palomares, M., & Marques, I. (2010). Contribuições dos sistemas computacionais na implantação da sistematização da assistência de enfermagem. *Journal of Health Informatics*, 2(3), 78-82.
- Patterson, E. S., & Wears, R. L. (2010). Patient handoffs: standardized and reliable measurement tools remain elusive. *The joint commission journal on quality and patient safety*, 36(2), 52-61. doi: 10.1016/S1553-7250(10)36011-9.
- Pearce, L. (2018). Making handovers more effective. *Nursing Standard*, 33 (9), 42-44. Recuperado de https://rcni.com/nursing-standard/features/how-to-make-handovers-more-effective-141126.
- Pedro, D., Nicola, A., & Oliveira, J. (2018). Passagem de plantão entre profissionais de enfermagem hospitalares: análise de fatores influentes. *Revista UNINGÁ Review*, 25(1), 27-31.
- Pereira, B. T., Brito, C. A. D., Pontes, G. C., & Guimarães, E. M. P. (2011). A passagem de plantão e a corrida de leito como instrumentos norteadores para o

- planejamento da assistência de enfermagem. Revista Mineira de Enfermagem, 15(2), 283-289.
- Pereira, F. (2009a). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Portugal. Formasau.
- Pereira, F. M. S. (2009b). Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem (Tese de doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Petronilho, F. (2008). Os sistemas de informação em enfermagem e a produção de indicadores de qualidade: Uma experiência com um grupo de alunos em ensino clínico: Prevenção, diagnóstico e intervenção. *Sinais Vitais*, 77 (3), 10-20.
- Pinho, D., Abrahão, J., & Ferreira, M. (2003). As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11(2),168-176. doi: 10.1590/S0104-11692003000200005.
- Pisco, L., & Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 43-51.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. (9ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Portal, K., & De Magalhães, A. (2008). Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(2), 246-253.
- Potra, T. M. F. S. (2015). Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade de cuidados de enfermagem (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.
- Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 157-164. doi: 10.12707/RIV14081.
- Regulamento nº 190/2015 de 23 de abril. *Diário da República n.º 79/2015 II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

- Regulamento nº 76/2018 de 30 de janeiro. *Diário da República n.º 21/2018 II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 125-134. doi: 10.12707/RIV16008.
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Silva, J. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 39-48. doi: doi.org/10.12707/RIV18040.
- Riesenberg, L. A., Leisch, J., & Cunningham, J. M. (2010). Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *AJN The American Journal of Nursing*, 110(4), 24-34. doi: 10.1097/01.NAJ.0000370154.79857.09.
- Rodriguez, E. O. L., da Silva Oliveira, C., de França, T. R. S., de Andrade, J. S., de Aguiar Campos, M. P., & da Silva, F. J. C. P. (2013). Mapeamento da passagem de plantão sob a ótica dos profissionais de enfermagem. *Enfermería Global*, 12(3), 206-231. doi: 10.6018/eglobal.12.3.157441.
- Rosário, J. M. O. A. D. (2007). A integração da internet na autoformação dos enfermeiros (Dissertação de mestrado). Universidade do Algarve, Instituto Politécnico de Beja, Portugal.
- Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D., & Lackan, N. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156-165. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x.
- Sexton, A., Chan, C., Elliott, M., Stuart, J., Jayasuriya, R., & Crookes, P. (2004). Nursing handovers: do we really need them?. *Journal of nursing management*, 12(1), 37-42. doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00415.x
- Silva, A. P. (2001). Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Silva, A. P. (2006). Sistemas de Informação em Enfermagem Uma Teoria Explicativa da Mudança. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Servir, 55(1-2), 11-20.
- Silva, É. E., & Campos, L. F. (2007). Passagem de plantão na enfermagem: revisão da literatura. *Cogitare Enfermagem*, 12(4), 502-507. doi: 10.5380/ce.v12i4.10077.

- Silva, M. A. T. D. C. P. (2011). *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciência da Saúde, Portugal.
- Silva, M., Rodovalho, A., Alves, L., Camelo, S., Laus, A., & Chaves, L. (2017). Passagem de plantão em enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa. *CuidArte, Enferm*, 11(1), 122-130.
- Smeulers, M., & Vermeulen, H. (2016). Best of both worlds: combining evidence with local context to develop a nursing shift handover blueprint. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(6), 749-757. doi: 10.1093/intqhc/mzw101.
- Smeulers, M., Lucas, C., & Vermeulen, H. (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). doi: 10.1002/14651858.CD009979.pub2.
- Smeulers, M., Tellingen, V., Lucas, C. & Vermeulen, H. (2012). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients (Protocol). *The Cochrane Collaboration*. Issue 7. doi: 10.1002/14651858.CD009979
- Sousa, A. (2013). A segurança do paciente: Contributo da comunicação na passagem de turno para a qualidade dos cuidados (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.
- Sousa, P. (2006). Sistemas de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Sousa, P. (2012). Sistemas de Informação em Enfermagem: novos desafios, novas oportunidades... *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5). doi: 10.1590/S0080-62342012000500001.
- Spooner, A. J., Chaboyer, W., & Aitken, L. M. (2019). Interruptions during senior nurse handover in the Intensive Care Unit: A quality improvement study. *Journal of nursing care quality*, 34(1), 15-21. doi: 10.1097/NCQ.000000000000345.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (5th ed). Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Tranquada, M. F. (2013). A Comunicação Durante a Transição Das Equipas de Enfermagem: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital

- Português (Dissertação de mestrado). ISCTE Business School, Instituto Universitário de Lisboa, Portugal.
- World Health Organization. (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf.
- World Health Organization. (2007). Communication during patient hand-overs. *Patient safety solutions*, 1(3), 1-4. Recuperado de https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf
- Yu, M., Lee, H., Sherwood, G., & Kim, E. (2018). Nurses' handoff and patient safety culture in perinatal care units: Nurses' handoff evaluation and perception of patient safety culture at delivery room and neonatal unit in South Korea. *Journal of clinical nursing*, 27(7-8), 1442-1450. doi: 10.1111/jocn.14260.



•			~ .
Α	N	EX(ונ

Questionário 1 (Enfermeiros Gestores)

QUESTIONÁRIO Enfº Chefe



O Grupo de Assessoria aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem (GASIDE) e o Núcleo de Investigação em Enfermagem (NIE) dos CHUC pretendem desenvolver um estudo com o objetivo geral de identificar, em cada serviço, qual a organização subjacente à passagem de turno. Assim, solicitamos a sua colaboração no preenchimento do presente questionário.

1. 0	En	f.º Chefe está presente na passagem de turno N / M?
)	Sempre (até 2 ausências / mês)
()	Quase sempre (até 4 ausências / mês)
()	Irregularmente (mais do que 5 ausências / mês)
2. 0	En	f.º Chefe está presente na passagem de turno M / T?
		Sempre (até 2 ausências / mês)
(Quase sempre (até 4 ausências / mês)
()	Irregularmente (mais do que 5 ausências / mês)
Nota	: S	e o Enf.º chefe gere mais do que um contexto com passagem de turno identifique-os
3. E	kist	te uma norma elaborada pelo serviço para a passagem de turno?
10	О	Sim
	О	Não
4. O	nde	e se realiza a passagem de turno?
	О	Gabinete de Enfermagem
Ô	О	Cabeceira do Doente
10	О	Gabinete de Enfermagem e Cabeceira do Doente
5. E	qui	pamentos disponíveis:
	N	úmero de computadores existentes no gabinete onde se realiza a passagem de turno:
	N	úmero de computadores existente no serviço disponíveis para uso dos enfermeiros:

Gratos pela colaboração.

ANEXO II

Questionário 2 (Enfermeiros)

QUESTIONÁRIO - Enfermeiros



O Grupo de Assessoría aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem (GASIDE) e o Núcleo de Investigação em Enfermagem (NIE) dos CHUC pretendem desenvolver um estudo com o objetivo geral de identificar, em cada serviço, qual a organização que preside à passagem de turno. Assim, solicitamos a sua colaboração no preenchimento do presente questionário, que não demorará mais do que aproximadamente três minutos.

1	Consulta o Mapa de cuidados / Plano de tra	balho antes d	a sua prestação	0?		
() Sim					
() Não					
_						
Se a	resposta anterior foi sim:					
1.1.1	. Qual o tempo médio <u>total</u> de consulta (min	nutos):				
2. 1	lo momento da passagem de turno estão	presentes to	dos os enferme	eiros que termi	nam o turno e	todos os que
r	ecebem (excetuando atrasos pontuais e si	tuações exced	cionais)?			
			de turno M / T:	2.3.	Na passagem T	/ N:
() Sim	O Sim			O Sim	
,					and there are	
	- (10-11-	O Não			O Não	
A pas	ssagem de turno tem vários objetivos, na tabe	la infra assinal	e o seu grau de	concordância co	m as afirmaçõe	s enunciadas:
	Afirmações:	Discordo	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo
	Recebo informação suficiente sobre o doente.					
-	Recebo informação que não é relevante para o					
	cuidar do doente.					
	Posso facilmente colocar as questões para as					
P	quais necessito de clarificação. osso facilmente discutir as situações clínicas que					
	considerar necessário.					
	São claramente identificados os doentes que geram maior preocupação.					
5	São claramente identificados os doentes recém- admitidos.					
	São identificados os doentes a mobilizar para procedimentos e MCDTs.					
	São emitidos, com frequência, juízos de valor relativamente a utentes, familiares ou outros profissionais de saúde.					
	urante a passagem de turno os profissionais têm que, simultaneamente, realizar outras tarefas.					
D	uue, siinullaneamente, realizat outras tareias.				1	

ANEXO III

Grelha de Observação A

GRELHA OBSERVAÇÃO A



Sim Não)ata:								
Processos a utilizar o sistema informação (Pode ser assinalada mais do que uma opção)? 1. O Enf. Chefe intervém na passagem de turno (Pode ser assinalada mais do que uma opção)? Raramente sem provocar reflexão Sobre questões de organização de provocar reflexão serviço Promovendo o cumprimento dos serviço ACDTs Sobre os conteúdos valorizados na passagem de turno 2. Os enfermeiros utilizam o sistema enquanto transmitem a informação? Nº enfermeiros a terminar o turno de trabalho Nº enfermeiros a utilizar o sistema informático para a transmissão de informação (Pode ser assinalada mais do que un opção)? Quadros de informação (Afixados ou em folhas com informação Folhas-Tipo criadas pelo serviço da passagem de turno Processos clínicos em suporte papel Quais? 4. Existe um enfermeiro intencionalmente disponível para dar resposta às solicitações durante a passagem de turno? Sim Não									
tora início passagem turno: Hora términus: Tempo absoluto em minutos: 1. O Enf. Chefe intervém na passagem de turno (Pode ser assinalada mais do que uma opção)? Raramente sem provocar reflexão Sobre questões de organização de serviço Promovendo o cumprimento dos MCDT's Sobre octros aspetos sobre os conteúdos valorizados na passagem de turno 2. Os enfermeiros utilizam o sistema enquanto transmitem a informação? Nº. enfermeiros a terminar o turno de trabalho Nº. enfermeiros a utilizar o sistema informático para a transmissão de informação (Pode ser assinalada mais do que un opção)? Quadros de informação (afixados ou em folhas com informação Folhas-Tipo criadas pelo serviço au em folhas com informação (afixados ou em folhas com informação (a									
1. O Enf. Chefe intervém na passagem de turno (Pode ser assinalada mais do que uma opção)? Raramente sem provocar reflexão Sobre questiões de organização de serviço Promovendo o cumprimento dos MCDT's Promovendo reflexões sobre os conteúdos valorizados na passagem de turno 2. Os enfermeiros utilizam o sistema enquanto transmitem a informação? Nº. enfermeiros a terminar o turno de trabalho Nº. enfermeiros a utilizar o sistema informático para a transmissão e receção da Informação (Pode ser assinalada mais do que un opção)? Quadros de informação (afixados ou em folhas com informação Guadros de informação (afixados ou em folhas com informação serviço) Folhas-Tipo criadas pelo serviço Notas escritas redigidas no momento da passagem de turno Notas escritas redigidas no momento da passagem de turno Sim Não Não		100							
Raramente sem provocar reflexão Sobre questões de organização de serviço 2. Os enfermeiros utilizam o sistema enquanto transmitem a informação? Nº. enfermeiros a terminar o turno de trabalho Nº. enfermeiros a utilizar o sistema informático para a transmissão de informação (Pode ser assinalada mais do que ur opção)? Quadros de informação (afixados ou em folhas com informação Folhas-Tipo criadas pelo serviço Rotatos de informação (afixados ou em folhas com informação pelo serviço Folhas-Tipo criadas pelo serviço Raramente sem provocar reflexãos sobre os conteúdos valorizados na passagem de turno Promovendo reflexões sobre os conteúdos valorizados na passagem de turno Rotatos de informação (Pode ser assinalada mais do que ur opção)? Rotatos de informação (afixados ou em folhas com informação (Pode ser assinalada mais do que ur opção)? Rotatos de informação (afixados ou em folhas com informação (Pode ser assinalada mais do que ur opção)? Rotatos de informação (afixados ou em folhas com informação (Pode ser assinalada mais do que ur opção)? Rotatos de informação (afixados ou em folhas com informação (Pode ser assinalada mais do que ur opção)? Rotatos de informação (afixados ou em folhas com informação (Pode ser assinalada mais do que ur opção)? Rotatos de informação (afixados ou em folhas com informação (Pode ser assinalada mais do que ur opção)? Rotatos de informação (afixados ou em folhas com informação (Pode ser assinalada mais do que ur opção)? Rotatos de informação (afixados ou em folhas com informação (Pode ser assinalada mais do que ur opção)?	lora início passage	em turno:		_ Hora términu	ıs:	Tem	ipo absoluto e	em minutos:	
Nº. enfermeiros a terminar o turno de trabalho Nº. enfermeiros a utilizar o sistema informático para a transmissão de informação 3. Que suportes alternativos são utilizados para a transmissão e receção da Informação (Pode ser assinalada mais do que un opção)? Quadros de informação (afixados ou em folhas com informação (afixados pelo serviço) Folhas-Tipo criadas redigidas no momento da passagem de turno Notas escritas redigidas no momento da passagem de turno Processos clínicos em suporte papel Quais? 4. Existe um enfermeiro intencionalmente disponível para dar resposta às solicitações durante a passagem de turno?	Raramente sem	Sobre questō organização	ies de o de	Promovendo cumprimento o	O Prom	novendo refle ore os conteú zados na pas	exões dos	Sobre o	utros aspetos
Nº. enfermeiros a terminar o turno de trabalho Nº. enfermeiros a utilizar o sistema informático para a transmissão de informação 3. Que suportes alternativos são utilizados para a transmissão e receção da Informação (Pode ser assinalada mais do que ur opção)? Quadros de informação (afixados ou em folhas com informação (afixados pelo serviço) Folhas-Tipo criadas redigidas no momento da passagem de turno Processos clínicos em suporte papel Quais? Autros Quais? Existe um enfermeiro intencionalmente disponível para dar resposta às solicitações durante a passagem de turno?									
3. Que suportes alternativos são utilizados para a transmissão e receção da Informação (Pode ser assinalada mais do que un opção)? Quadros de informação (afixados ou em folhas com informação clínica dos doentes) Folhas-Tipo criadas pelo serviço a passagem de tumo Processos clínicos em suporte papel Quais? Lexiste um enfermeiro intencionalmente disponível para dar resposta às solicitações durante a passagem de turno? Sim Não		2. Os	enferm				transmitem	a informação?	
3. Que suportes alternativos são utilizados para a transmissão e receção da Informação (Pode ser assinalada mais do que un opção)? Quadros de informação (afixados ou em folhas com informação (clínica dos doentes) Folhas-Tipo criadas pelo serviço a passagem de tumo Processos clínicos em suporte papel Quais? Lexiste um enfermeiro intencionalmente disponível para dar resposta às solicitações durante a passagem de turno? Sim Não		Nº.	enferme	eiros a terminar	o turno de tra	abalho			
ou em folhas com informação clínica dos doentes) Folhas-Tipo criadas pelo serviço redigidas no momento da passagem de turno Processos clinicos em suporte papel Quais? Lexiste um enfermeiro intencionalmente disponível para dar resposta às solicitações durante a passagem de turno? Sim Não		ermeiros a utiliz	zar o sis	tema informátic	o para a trans	smmissão d		nação (Pode ser	assinalada mais do que ur
4. Existe um enfermeiro intencionalmente disponível para dar resposta às solicitações durante a passagem de turno? Sim Não Observações:	3. Que suportes	ermeiros a utiliz	zar o sis	tema informátic	o para a trans a transmiss opçã	smmissão d ão e receç ão)?		nação (Pode ser	assinalada mais do que ur
Sim Não	3. Que suportes a Quadros de informaçã ou em folhas com ir	alternativos : al (afixados formação	zar o sis são uti	tema informátic	a transmiss opçã Notas es redigidas no	smmissão d ão e receç ão)?	ção da Inform	línicos em	Outros
	3. Que suportes a Quadros de informação em folhas com in clínica dos doe	alternativos : al (afixados aformação entes)	são uti	lizados para	a transmiss opçā Notas es redigidas no da passagen	ão e receção)?	Processos c suporte	línicos em papel	Outros Quais?
Observações:	3. Que suportes a Quadros de informação em folhas com in clínica dos doe	alternativos : al (afixados aformação entes)	são uti	lizados para -Tipo criadas to serviço	a transmiss opçã Notas es redigidas no da passagen	ão e receção)? scritas momento n de turno	Processos o suporte	línicos em papel	Outros Quais?
Observações:	3. Que suportes a Quadros de informação em folhas com in clínica dos doe	alternativos : al (afixados aformação entes)	são uti	lizados para -Tipo criadas to serviço	a transmiss opçã Notas es redigidas no da passagen	ão e receção)? scritas momento n de turno	Processos o suporte	línicos em papel	Outros Quais?
Observações:	3. Que suportes a Quadros de informação em folhas com in clínica dos doe	alternativos : al (afixados aformação entes)	são uti	lizados para -Tipo criadas to serviço	a transmiss opçã Notas es redigidas no da passagen	ão e receção)? scritas momento n de turno	Processos o suporte	línicos em papel	Outros Quais?
	3. Que suportes a Quadros de informaça ou em folhas com ir clínica dos doe	alternativos : al (afixados aformação entes)	são uti	lizados para -Tipo criadas to serviço	a transmiss opçã Notas es redigidas no da passagen	ão e receção)? scritas momento n de turno	Processos o suporte	línicos em papel	Outros Quais?
	3. Que suportes a Quadros de informaça ou em folhas com ir clínica dos doe	alternativos : al (afixados aformação entes)	são uti	lizados para -Tipo criadas to serviço	a transmiss opçã Notas es redigidas no da passagen	ão e receção)? scritas momento n de turno	Processos o suporte	línicos em papel	Outros Quais?
	3. Que suportes a Quadros de informaça ou em folhas com ir clínica dos doe	alternativos : al (afixados aformação entes)	são uti	lizados para -Tipo criadas to serviço	a transmiss opça Notas es redigidas no da passagen	ão e receção)? scritas momento n de turno	Processos o suporte	línicos em papel	Outros Quais?

ANEXO IV

Grelha de Observação B

GRELHA OBSERVAÇÃO B - ANÁLISE DA INFORMAÇÃO ORAL

	GRELHA OBSERVAÇÃO B – A		CHUC CENTRO HOSPITALAR	
SERVIÇO:	POLO:	Noite/Manhã	Manhã/Tarde	E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Unidade de informação	Diagnósticos Médicos	Avaliação Inicial	Atividade Diagnóstica	Diagnósticos Enfermagem	Intervenções Enfermagem	Atitudes Terapêuticas	Prescrições (fármacos, MCDT´s)	Outros dados (Normalidades, etc)	Observações
							and the control of the municipal		
									,
							ownerson or to request		
	/								

							NORTH AND THE PROPERTY OF THE		

ANEXO	٧
Guião para preenchimento da Grelha de Observação	В

GUIÃO PARA PREENCHIMENTO DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO B

- ANÁLISE DA INFORMAÇÃO ORAL -

O presente guião pretende orientar o preenchimento da grelha de análise da informação oral transmitida na passagem de turno do serviço selecionado, gravada em áudio.

Premissas:

- 1. Por cada passagem de turno analisada é preenchida apenas uma grelha.
- 2. A codificação da gravação áudio é feita em pares de peritos (dois facilitadores do Grupo de Assessoria aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem).
- A redação da catalogação é feita por um dos facilitadores que vai verbalizando a codificação a que procede, estando ambos os facilitadores simultaneamente a ouvir a gravação da passagem de turno.
- 4. No caso de não haver concordância no ato de catalogação, o processo de codificação é interrompido e é discutida a situação pelos facilitadores. Na permanência da discordância, será solicitada a intervenção de um terceiro facilitador.
- 5. A codificação é feita atendendo à simbologia indicada para cada ato de catalogação, que seguidamente se indica para cada uma das áreas a codificar.

UNIDADE DE INFORMAÇÃO - Inscrever um número

A numeração da informação correspondente ao número da cama pertencente ao doente a que diz respeito.

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS – Inscrever "I"

Por cada diagnóstico médico enunciado – inscrever "I".

AVALIAÇÃO INICIAL – Inscrever "I"

Por cada dado referido que conste da estrutura da Avaliação Inicial parametrizada no CHUC, nomeadamente hábitos de vida, equipamento adaptativo, processo familiar – inscrever "I".

ATIVIDADE DIAGNÓSTICA - Inscrever "I"

Por cada informação que permita chegar à identificação e validação de um Diagnóstico de Enfermagem referida de acordo com a estrutura de dados da Atividade Diagnóstica do SClínico – inscrever "I".

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM – Inscrever "I" ou "φ" ou "↑" ou "↓"

Por cada Diagnóstico de Enfermagem enunciado em linguagem classificada – inscrever "I". Por cada diagnóstico de enfermagem referido em linguagem classificada com explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem – inscrever "\phi".

Por cada referência a evolução diagnóstica (positiva ou negativa) – inscrever " \uparrow " (se evolução positiva) ou " \downarrow " (se evolução negativa).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM – Inscrever "I" ou "φ"

Por cada Intervenção de Enfermagem referida em linguagem classificada - inscrever "I".

Por cada Intervenção de Enfermagem referida em linguagem classificada e cuja enunciação explicite o processo de tomada de decisão clínica em enfermagem (integridade referencial) – inscrever "φ".

ATITUDES TERAPÊUTICAS - Inscrever "I" ou "φ"

Por cada Atitude Terapêutica referida – inscrever "I".

Por cada Atitude Terapêutica referida e que explicite o processo de tomada de decisão clínica em enfermagem (integridade referencial) – inscrever "\phi".

PRESCRIÇÕES MÉDICAS – Inscrever "I" ou "φ"

Por cada dado referente a prescrições médicas, nomeadamente fármacos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, inscrever "I".

Por cada dado referente a prescrições médicas e que explicite o processo de tomada de decisão clínica em enfermagem (integridade referencial) – inscrever "φ".

OUTROS DADOS - Inscrever "I"

Por cada dado referido na passagem de turno que não explicite o processo de tomada de decisão clínica em enfermagem, não tendo significado / integridade referencial, nomeadamente: transmissão de normalidades, diagnósticos de enfermagem/ intervenções de enfermagem em linguagem natural, atitudes terapêuticas desconexas, sem explicitação da sua razão de ser (*), erros, inconsistências, informação redundante, contraditória, imprecisa ou não útil – inscrever "I".

(*) - As atitudes terapêuticas não têm, necessariamente, explicitação do processo de tomada de decisão em enfermagem, podem ser prescritas pelo médico, mas nem por isso deixa de ser importante que seja transmitida a sua razão de ser (ex. tem sonda vesical é informação desconexa, sem significado, é necessário clarificar se tem retenção, ou incontinência associada a maceração ou se é apenas para controlar o débito urinário; até por promover a sua remoção se desnecessária).

OBSERVAÇÕES - Descrição em linguagem natural

Outra informação considerada relevante para clarificação e que não se inclua em nenhuma das categorias anteriores – descrita em linguagem natural.

ANEXO VI

Autorização da instituição

Achouzedo

Jens

oy | 06| 2020

Enf.a Áurea Andrade

Enfermeira Diretora

Ex.ma Senhora Enfermeira Diretora do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – EPE

Ana Catarina Pais da Cunha Almeia Matos, mecanográfico nº 4878, enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Cirurgia Geral — Enfermaria D, mestranda no VII Curso de Mestrado em Enfermagem — Área de Especialização em Gestão de Unidades de Saúde na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, está a realizar uma investigação sob orientação da Prof. Dr.ª Rosa Melo e do Sr. Enfermeiro Supervisor António Marques cujo tem é: "Passagem de turno: contributo para a efetividade na gestão da informação".

Trata-se de um estudo de âmbito institucional, proposto pela Sr.ª Enfermeira Diretora Áurea Andrade e desenvolvido pelo Grupo de Assessoria aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem em parceria com o Núcleo de Investigação em Enfermagem do CHUC, cujos objetivos são: identificar o modelo em uso na passagem de turno nos serviços de internamento do CHUC; identificar o papel da liderança na passagem de turno e obter sugestões dos enfermeiros para a melhoria da passagem de turno e proporcionar orientações para a elaboração de um guia orientador de boas práticas para a passagem de turno no CHUC.

Solicito a V. Exa. que se digne autorizar a realização da recolha de dados que inclui a gravação áudio da passagem de turno e dois questionários, destinados ao enfermeiro gestor e aos enfermeiros que assegurarem a passagem da informação dos doentes internados nos serviços selecionados através de uma amostragem aleatória estratificada para a colheita de dados.

O preenchimento é anónimo, estando salvaguardada a confidencialidade dos dados.

Segue em anexo as grelhas de observação e os questionários a serem utilizados.

Com os melhores cumprimentos, pede deferimento,

Ana Catanina Almeida Matos

Coimbra, 24 de fevereiro de 2020



ANEXO VII	
Informação enviada aos Senhores Enfermeiros Supervisores / Gestores	

Corpo do mail enviado aos Srs. Enfermeiros Supervisores e Srs. Enfermeiros Gestores dos serviços de internamento selecionados para recolha de dados

Ex.mo/a Senhor(a) Enfermeiro/a Supervisor(a)

Ex.mo/a Senhor(a) Enfermeiro/a Gestor(a)

Por proposta da Sr.ª Enf.ª Diretora, o Grupo de Assessoria aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem (GASIDE) e o Núcleo de Investigação em Enfermagem (NIE) do CHUC estão a desenvolver um estudo com o objetivo geral de identificar o modelo em uso na passagem de turno nos serviços de internamento do CHUC e, posteriormente, introduzir medidas corretivas, promotoras de melhoria contínua.

O serviço que lidera foi selecionado através de uma amostragem aleatória estratificada para a colheita de dados do referido estudo. Deste modo, informamos que a partir dia 02 de março irão ter início momentos de recolha de dados realizados por Facilitadores do GASIDE.

A recolha de dados inclui a gravação áudio da passagem de turno e dois questionários, destinados ao enfermeiro gestor e aos enfermeiros que assegurarem a passagem da informação dos doentes internados no serviço.

Mais se informa que será garantida o anonimato de todos os intervenientes, que os dados recolhidos serão utilizados unicamente para os fins descritos no estudo e que as gravações serão destruídas após a catalogação /categorização.

Não obstante a garantia absoluta de anonimato e da destruição da gravação, cada enfermeiro, participante na passagem de turno, é livre de recusar a gravação da sua intervenção ou a resposta ao questionário, devendo para tal informar o facilitador do GASIDE que vai proceder à recolha dos dados.

Solicitamos que esta informação seja divulgada à equipa que lidera.

Com os melhores cumprimentos,