

Handoff – barreiras e indicadores de resultado: revisão sistemática de literatura

Handoff – barriers and outcome indicators: systematic literature review

Francisco Neves¹, Maria Manuela Mendes², Filipa Veludo³

¹ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de ciências da saúde, Portugal. Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., Unidade de Técnicas Endoscópicas, Portugal.

 ORCID 0000-0001-6115-6568  xico1986@gmail.com

² Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal.

 ORCID 0000-0002-6444-3770

³ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal.

 ORCID 0000-0001-8749-0193

Palavras-chave

Handoff; Barreiras; Indicadores de resultado; Segurança do paciente.

Resumo

Introdução: Handoff consiste na transmissão de informações relevantes para a continuidade do tratamento ao doente e é uma forma de transmitir a responsabilidade pelo doente a outra equipa profissional. Sendo a qualidade dos cuidados e a segurança do doente os pilares fundamentais que orientam as nossas práticas, ainda existem aspetos a melhorar para podermos

realizar um handoff eficaz.

Objetivos: Identificar as barreiras a um handoff eficaz e os indicadores de resultados no handoff.

Materiais e Métodos: Face à natureza da questão, e de acordo com o nível de evidência existente acerca da questão elaborada, optou-se pela realização de uma revisão sistemática da literatura. A pesquisa foi realizada no período entre 2008-2019, sendo a amostra composta por 22 estudos divididos pelas questões de investigação.

Resultados: Foram identificadas 12 barreiras ao handoff nos oito estudos selecionados, divididas em três categorias: ambiente, informação e profissionais. Para os indicadores de resultado no handoff, foram identificados 12 indicadores nos 14 estudos selecionados, divididos em três categorias: relacionados com o doente, relacionados com o handoff e relacionados com os profissionais.

Conclusões: Identificando as barreiras ao handoff eficaz, é possível implementar projetos de melhoria da qualidade tendo por base eliminar ou diluir as barreiras identificadas. Para a implementação de projetos de melhoria contínua são necessárias avaliações da eficácia das intervenções realizadas, identificando os fatores sensíveis à qualidade do handoff.

Keywords

Handoff; Barriers; Outcomes; Patient safety.

Abstract

Introduction: Handoff consists on transmitting relevant information for the continuity of patient care and is a way of transferring responsibility for the patient to another caregiver. While quality of care and patient safety are the fundamental pillars that guide our practices, there are still

aspects to improve in order to perform an effective handoff.

Objectives: To identify the barriers to an effective handoff and to identify indicators of handoff outcomes.

Methodology: Given the nature of the question and in line with the level of evidence available, the decision to conduct a systematic review of the literature was made. The literature research was conducted in the period between 2008-2019, and the sample consisted of 22 studies divided between the research questions.

Results: 12 barriers to handoff were identified in the eight selected studies, divided into three categories: those concerning the environment, those concerning information and those concerning the healthcare professionals. For the indicators of handoff outcomes, 12 indicators were identified in the fourteen selected studies, divided into three categories: patient-related indicators, handoff-related indicators, and healthcare professional-related indicators.

Conclusions: By identifying the barriers to an effective handoff, it is possible to implement quality improvement projects based on eliminating or diluting the identified barriers. For the implementation of continuous improvement projects, evaluations of the effectiveness of the interventions made are needed, identifying the factors sensitive to handoff quality.

Introdução

Um dos princípios fundamentais da qualidade em saúde é o direito a cuidados seguros. A segurança do doente é uma parte integral dos sistemas de saúde, traduzindo-se no maior domínio da qualidade dos cuidados prestados.¹ A compreensão por parte dos gestores das instituições de saúde de que os eventos adversos estão diretamente relacionados às falhas no sistema, e não somente ao descanso ou incompetência profissional, carece da identificação das fragilidades existentes no processo e adoção de medidas preventivas.² A segurança do doente é a base da prestação de cuidados de qualidade, mas requer comprometimento e esforços focados de todos os membros de uma organização.³

A comunicação pode ser definida como um processo dinâmico, por meio do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens, com finalidade de compreenderem e serem compreendidos,⁴ tornando-se essencial para um ambiente de trabalho eficiente, para a qualidade dos cuidados prestados e para a segurança do doente.⁵ Comunicações de baixa qualidade podem contribuir para erros, omissões de cuidados, atrasos de tratamento, tratamento inadequado, eventos adversos com danos menores ou maiores, maior tempo de internamento, readmissões e aumento de custos.⁶ A Joint Commission International (JCI) refere que as falhas de comunicação em hospitais dos Estados Unidos da América são responsáveis por cerca de 30% das queixas de má prática, que causaram 1744 mortes e cerca de 1,7 bilhões de dólares em custos de má prática nos últimos cinco anos.⁷ A comunicação na vertente da transmissão de informação e responsabilidade do doente entre profissionais de saúde, conhecida como *handoff*, consiste na transmissão de informações relevantes para a continuidade do tratamento ao doente e é uma forma de transferir a responsabilidade pelo doente a outra equipa profissional no decorrer da assistência envolvendo três características: a transferência de informação, de responsabilidade e de autoridade.⁸ O *handoff* desempenha muitas funções, desde o vínculo social, a formação e ensino, o desenvolvimento de trabalho de equipa, mas a função mais importante é o processamento de informações: garantir que os dados essenciais sejam transferidos para a segurança do doente.⁶ Tendo em conta a importância do *handoff*, devem-se formar os profissionais para as metodologias de transmissão de informação, com vista à uniformização do processo de emissão e receção de informação.⁹ O foco no processo de

handoff surge no início do milénio, essencialmente com a emissão do relatório da JCI de 2006 que coloca a implementação de métodos esquematizados de *handoff* no seu *National Patient Safety Goals*.¹⁰ Face ao exposto, e na medida em que a qualidade dos cuidados e a segurança do doente são os pilares fundamentais que orientam as nossas práticas, ainda existem aspetos a melhorar para podermos realizar um *handoff* eficaz. Para isso, como objetivos desta revisão temos: identificar as barreiras a um *handoff* eficaz; identificar indicadores de resultados para a segurança do doente, com a utilização de processos esquematizados no *handoff* eficaz.

Materiais e Métodos

Revisão sistemática da literatura, com vista a procurar as evidências atuais acerca da temática de forma a orientar as intervenções que se revelem necessárias aplicar em contexto profissional. Este método é um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada.¹¹

Para a formulação da questão de investigação e definição dos critérios de inclusão e exclusão utilizou-se o método PICOS:¹² P (participantes): profissionais de saúde envolvidos no processo de *handoff*; I (intervenções): *handoff* através de métodos esquematizados; [C](comparações): não aplicável; O (resultados): 1.º barreiras a um *handoff* eficaz; 2.º indicadores de resultado para segurança do doente, com a utilização de processos esquematizados no *handoff* eficaz; S (desenho): estudos primários.

Como critérios de inclusão: textos disponíveis gratuitamente em português, inglês, espanhol e francês, publicados entre 2008 e 2019. Como critérios de elegibilidade, estudos primários que envolvem profissionais de saúde e uso de métodos esquematizados para a realização de *handoff* que apresentem nos seus resultados barreiras a um *handoff* eficaz e/ou indicadores de resultados de um *handoff* eficaz. Como critérios de exclusão, o uso de ferramentas informáticas, a realização de um *handoff* não presencial, estudos que avaliam a satisfação de profissionais, doentes e/ou família e estudos secundários.

Elaborámos inicialmente uma pesquisa livre nas bases de dados eletrónicas, objetivando palavras de uso científico e comum que identificassem o fenómeno na literatura disponível. Foram identi-

ficados, de acordo com a mnemônica PICOS, três conceitos centrais a incluir na estratégia de pesquisa booleana. Na procura de sinónimos, expressões em singular e/ou plural, foram integrados trocadores às palavras selecionadas. Face à diversidade da amostra disponível, excluíram-se os estudos que se referiam a serviços de pediatria e neonatologia. Identificámos também algumas palavras que direcionavam a pesquisa para o fenómeno de ferramentas e redes informáticas, pelo que optámos por incluir alguns descritores com o operador booleano NOT.

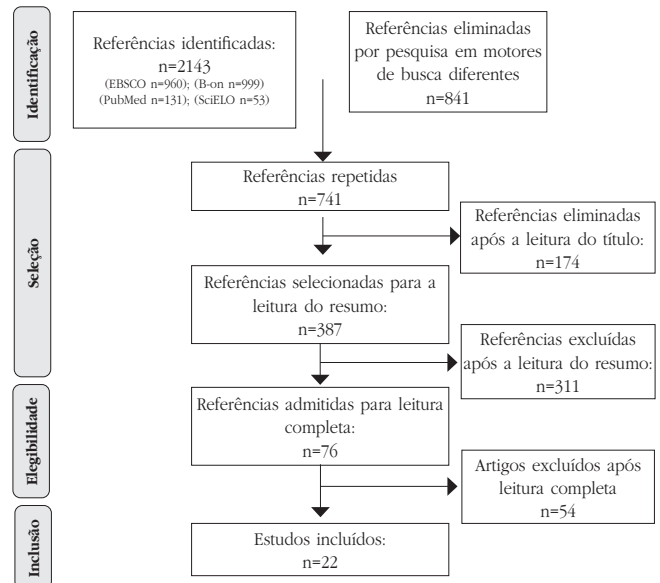
Face ao fenómeno em estudo, pesquisámos os descritores na plataforma de consulta dos descritores em ciências da saúde: MeSH (Medical Subject Headings) (<https://meshb.nlm.nih.gov/search>) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) (<https://decs.bvsalud.org/>).

Estratégia de pesquisa booleana: (*handoff** OR *handover** OR *hand off* OR *hand-off* OR *band over* OR *signout* OR *signover*) (TI) AND (*patient safety* OR *patient outcomes* OR *quality* OR *safety* OR *error* OR *risk*) (AB) AND (*methods* OR *strategies* OR *techniques* OR *tools* OR *standard**) (AB) NOT (*children* OR *pediatric* OR *neonatal* OR *infant*) (AB) NOT (NET OR *internet* OR *network* OR *wireless* OR *radio* OR LTE OR *streaming*) (AB).

A pesquisa foi realizada nas bases de dados científicos Complementary Index, Academic Search Complete, MEDLINE with Full Text, CINAHL Plus with Full Text, ScienceDirect, IEEE Xplore Digital Library, Supplemental Index, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SPORTDiscus with Full Text, MedicLatina, Business Source Complete, Directory of Open Access Journals, RCAAP, Health Business Elite, Library Information Science & Technology Abstracts, ERIC, MedicLatina, Science in Context, Digital Access to Scholarship at Harvard, Regional Business News, Nursing & Allied Health Collection, SciELO e PubMed.

Os dados foram coletados em julho de 2019. Com base nos cruzamentos dos descritores aplicados, obteve-se o número inicial de 2143 artigos. Foram eliminados *a priori* 841 por pertencerem às mesmas bases de dados, mas pesquisados em motores de pesquisa diferentes, sendo que a amostragem inicial de referências são 1302 artigos. Destes artigos, foram eliminados 741 por se encontrarem repetidos, ficando a amostra das referências identificadas com 561 estudos. Realizou-se leitura exploratória do título para a verificação do atendimento ao fenómeno em estudo. Isto gerou a exclusão de 174 artigos, 166 por não preencherem os critérios de inclusão

Imagem I – Sistematização do processo de amostragem



e oito pelo idioma, obtendo-se um quantitativo preliminar de 387 artigos. A leitura do resumo dos artigos selecionados levou à exclusão de 311 artigos. Foram então admitidos para leitura completa 76 estudos. Após a sua leitura, foram rejeitados 54 estudos, ficando um quantitativo final de 22 estudos, conforme se pode observar na imagem I.

Decorrente da elegibilidade da amostra em estudo, eliminaram-se os artigos que abordavam o fenómeno de *handoff* enquanto: alta entre unidades de saúde e cuidados de saúde primários; na vertente de treino curricular; percepção, satisfação e participação do doente no *handoff*; ferramentas sem transmissão verbal da informação; comunicação entre serviços auxiliares dos hospitais (exs. farmácia e imagiologia). Após a leitura dos 22 estudos admitidos, procedeu-se a extração dos seus resultados. A apresentação dos mesmos será com base nos objetivos propostos: Q₁ – identificar as barreiras a um *handoff* eficaz; Q₂ – identificar indicadores de resultados para a segurança do doente, com a utilização de processos esquematizados no *handoff* eficaz.

Resultados

A distribuição geográfica da afiliação dos autores dos estudos abrange quatro dos cinco continentes, com destaque para os Estados Unidos da América com o maior número de estudos (n=8), seguindo-se a Austrália (n=3), Reino Unido (n=3), Canadá (n=2) e Alemanha, China, Irão, Jordânia, Irlanda e Suíça (n=1). Em relação à data de publicação, os estudos admitidos para extração de dados pertencem aos últi-

Quadro I – Estudos selecionados para responder ao Q₁

Título	Autor / Ano	Objetivos	Estudo	Resultados Q ₁ – Barreiras identificadas	JB1
Handover in trauma and orthopaedic surgery – A human factors assessment ¹⁹	Agha R, 2012	Determinar as barreiras à transmissão de informação e sugerir melhorias.	Observacional sem grupo de controlo	Espaço de trabalho e ambiente (sala desconfortável, pequena e quente), equipamentos avariados, falta de uniformização e estrutura.	3.E
Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: a qualitative study ¹⁵	Bost, N et al., 2012	(1) explorar o <i>handoff</i> entre técnicos de ambulância e a equipa do serviço de urgência e (2) identificar os fatores que têm impacto no <i>handoff</i> para acertar estratégias de melhoria.	Observacional sem grupo de controlo	Interrupções constantes, carga de trabalho, relações interpessoais e transferência de responsabilidade.	3.E
Exploring physician perspectives of residency holdover handoffs: a qualitative study to understand an increasingly important type of handoff ²⁰	Duong JA, et al., 2017	Identificar fatores que afetam a qualidade do <i>handoff</i> e compará-los com os fatores identificados previamente na literatura.	Estudo qualitativo	Cinco fatores seguem a linha da literatura prévia – espaço físico, uniformização, responsabilidade por tarefas, verificação e resiliência. Oito fatores resultaram em novas concepções: acesso a registos médicos, redundância, pensamentos não transcritos, diferentes necessidades do médico, incerteza no diagnóstico, ancoragem, ensino e <i>feedback</i> . Foram organizados em cinco categorias: ambiente físico, transferência de informação, responsabilidade, raciocínio clínico e ensino.	5.B
Critcomms: a national cross-sectional questionnaire based study to investigate prehospital handover practices between ambulance clinicians and specialist prehospital teams in Scotland ¹⁷	Fitzpatrick D, et al., 2018	Investigar as práticas existentes durante as trocas de informação, os desafios que se colocam e as mnemónicas de <i>handoff</i> preferidas para usar durante a transferência de doentes graves entre equipas de emergência pré-hospitalar.	Quantitativo <i>cross sectional</i>	Barreiras ao <i>handoff</i> : interrupções, variabilidade no uso da mnemónica, falta de coordenação entre as equipas e falta de liderança clara, comunicação verbal pobre, ausência de suporte escrito de informação, falta de estrutura, questões ambientais, falta de tempo para preparar o <i>handoff</i> e o momento em que é realizado.	4.B
Patient handoffs in nephrology nurse practice settings: a safety study ¹⁸	Kear TM, et al., 2016	Descrever o processo de troca de informação de acordo com os enfermeiros durante os processos de <i>handoff</i> e analisar os temas que surgiram relacionados com transição de cuidados.	Descritivo, métodos mistos e <i>cross sectional</i>	Tempo disponível para preparar o <i>handoff</i> e para o concretizar, informação em falta ou perdida, falta de uniformização nos métodos de <i>handoff</i> , falta de perceção da importância do <i>handoff</i> e não ocorrência de <i>handoff</i> .	4.B
Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: an observational study ¹⁴	Spooner AJ, et al., 2014	Medir a frequência e as fontes de interrupção durante o <i>handoff</i> de enfermagem numa UCI.	Estudo observacional prospetivo	Barreira em estudo – interrupções: médicos, enfermeiros e alarmes de bombas infusoras foram as causas de interrupção mais frequentes, com pessoal administrativo e de apoio também como fonte de interrupção.	3.E
Factors affecting quality of nurse shift handover in the emergency department ¹³	Thomson H, et al., 2018	Explorar e testar os fatores que influenciam a qualidade da comunicação no <i>handoff</i> entre os enfermeiros num serviço de urgência.	Estudo quantitativo <i>cross sectional</i>	Das 18 variáveis em estudo, quatro estatisticamente relevantes foram retidas no final do modelo de regressão múltiplo, explicando 34% ($p < 0,0001$) da variância na qualidade do <i>handoff</i> : fluxo da triagem, relações interpessoais, intrusões e clima de segurança.	4.B
Barriers and facilitators to nursing handoffs: recommendations for redesign ¹⁶	Welsh C, et al., 2010	Identificar fatores limitadores e facilitadores do <i>handoff</i> .	Estudo qualitativo descritivo	Pouca informação fornecida ou demasiada informação fornecida, qualidade inconsistente e pouca abertura para questionar, equipamentos avariados e interrupções.	4.B

Quadro II – Estudos selecionados para responder ao Q₂

Título	Autor/Ano	Objetivos	Estudo	Resultados Q ₂ – Indicadores de resultado	JBI
Improving nurses'hand-off process on oncology setting using lean management principles ²²	Ayaad O, et al., 2019	Melhorar a eficiência do processo de <i>handoff</i> entre enfermeiros de oncologia usando uma filosofia de gestão avançada.	Estudo pré-teste e pós-teste	Dados recolhidos: duração do <i>handoff</i> , satisfação dos profissionais e doentes e <i>ratio</i> de eventos adversos relacionados com a prática de enfermagem (perda de informação, priorização de cuidados e cuidados centrados no doente).	2.D
Utilization of a checklist to standardize the operating room to post-anesthesia care unit patient handoff process ²³	Burns S, et al., 2018	Uniformizar o processo de transferência de informação que ocorre entre o anestesista e a unidade de cuidados pós-anestésicos.	Estudo pré-teste e pós-teste	<i>Compliance</i> com uma lista de verificação de <i>itens</i> a serem transmitidos no <i>handoff</i> , duração do <i>handoff</i> e satisfação dos enfermeiros.	2.D
Patient Hand-Off iNitiatioN and Evaluation (PHONE) study: a randomized trial of patient handoff methods ²⁴	Clanton J, et al., 2017	Comparar o efeito/ /ganhos para o doente de um <i>handoff</i> formal e rigoroso com um <i>handoff</i> minimalista e focado.	Estudo randomizado controlado	Mortalidade e morbidade, duração e número de doentes submetidos ao <i>handoff</i> , taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, eventos adversos, eventos negativos, medicação, chamada da equipa de urgência e tempo de internamento.	1.C
Structured handoff checklists improve clinical measures in patients discharged from the neurointensive care unit ³³	Coon EA, et al., 2015	Avaliar o efeito da utilização de uma lista de verificação de documentação de transferência de informação em ganhos clínicos para o doente e satisfação do utilizador.	Estudo pré-teste e pós-teste	Tempo de internamento, presença e duração do cateter urinário, reconciliação terapêutica dos medicamentos antihipertensores ou vasopressores endovenosos e os eventos adversos (internamento na UCI e chamada da equipa de emergência).	2.D
Standardized reporting system use during handoffs reduces patient length of stay in the emergency department ²⁵	Dahlquist RT, et al., 2018	Determinar se a implementação de um <i>handoff</i> junto do doente teria impacto na melhoria dos ganhos em saúde para o doente.	Estudo pré-teste e pós-teste	Tempo de internamento, tempo de cuidados e duração do <i>handoff</i> .	2.D
Implementation of a surgical handover tool in a busy tertiary referral centre: a complete audit cycle ³⁴	Gibbons JP, et al., 2016	Implementar um processo de <i>handoff</i> cirúrgico e melhorar a taxa de altas ao fim de semana num serviço cirúrgico.	Estudo pré-teste e pós-teste	Tempo de internamento, taxa de readmissões, chamada da equipa de urgência e taxa de altas ao fim de semana.	2.D
Nursing bedside clinical handover: a pilot study testing a ward-based education intervention to improve patient outcomes ²¹	Hada A, et al., 2018	Explorar a efetividade de uma intervenção educacional para facilitar a utilização de uma comunicação <i>standart</i> junto ao leito do doente.	Estudo pré-teste e pós-teste / quasi-experimental prospetivo	Quedas, úlceras de pressão, erros na terapêutica, adesão dos enfermeiros ao protocolo de <i>handoff</i> e satisfação dos enfermeiros.	2.D
Use of a checklist for the postanesthesia care unit patient handoff ³⁰	Halterman RS, et al., 2019	Avaliar a implementação de uma lista de verificação acerca do <i>handoff</i> na unidade de cuidados pós-anestésicos para diminuir a omissão de informação.	Estudo pré-teste e pós-teste	Omissão de informação, <i>compliance</i> com lista de verificação e o número de <i>handoffs</i> completos.	2.D
A standardized shift handover protocol: improving nurses' safe practice in intensive care units ³¹	Malekzadeh J, et al., 2013	Implementação de um protocolo na segurança do doente associada aos cuidados prestados pelos enfermeiros nas UCI.	Estudo pré-teste e pós-teste quasi-experimental	<i>Performance</i> dos enfermeiros durante o <i>handoff</i> , adesão dos enfermeiros ao protocolo de <i>handoff</i> e informação transmitida durante o <i>handoff</i> .	2.D
Improving postoperative handover: a prospective observational study ²⁶	Nagpal K, et al., 2013	Melhorar o <i>handoff</i> pós-operatório através da implementação de um novo protocolo de <i>handoff</i> .	Estudo pré-teste e pós-teste	Informação transmitida, erros nas tarefas, trabalho de equipa, satisfação e duração do <i>handoff</i> .	2.D

Título	Autor/Ano	Objetivos	Estudo	Resultados Q ₂ – Indicadores de resultado	JBÍ
Emergency physician intershift handover – Can a dINAMO checklist speed it up and improve quality? ²⁷	Rüdiger-Stürchler M, et al., 2010	Reduzir o tempo necessário por doente para o <i>handoff</i> , mantendo ou melhorando a qualidade da informação transmitida durante os turnos.	Estudo pré-teste e pós-teste	Duração do <i>handoff</i> , número de doentes cuja informação foi transmitida, informação errada, eventos adversos ou negativos e avaliação subjetiva da qualidade do <i>handoff</i> .	2.D
The effect of a checklist on the quality of patient handover from operating room to intensive care unit: a randomized controlled trial ²⁸	Salzwedel C, et al., 2016	Comparar o uso de uma lista de verificação de <i>handoff</i> para a transferência de doentes do BO para a UCI com os métodos não esquematizados.	Estudo randomizado controlado	Informação transmitida: quantidade, qualidade e duração do <i>handoff</i> .	1.C
Structured patient handoff on an internal medicine ward: a cluster randomized control trial ²⁹	Tam P, et al., 2018	Determinar se uma abordagem multifacetada no <i>handoff</i> resultaria em melhoria dos ganhos para o doente comparado com a prática atual.	Estudo randomizado controlado	Número de doentes sujeitos ao <i>handoff</i> , satisfação do <i>staff</i> , eventos adversos, mortalidade, necessidade de transferência para a UCI, chamada da equipa de urgência, reconciliação terapêutica e tempo de internamento.	1.C
Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital ³²	Yang JG, et al., 2016	Melhorar o processo de <i>handoff</i> no pós-operatório através da aplicação de um protocolo de <i>handoff</i> do pós-operatório na UCI.	Estudo pré-teste e pós-teste	Adesão da equipa ao <i>handoff</i> , trabalho de equipa e preparação para receber o doente, informação transmitida durante o <i>handoff</i> , esclarecimento de dúvidas, taxa de desmame de ventilador nas primeiras seis horas após a cirurgia e no número de horas de ventilação por doente.	2.D

mos dez anos, sendo que 40% dos estudos pertencem ao período 2017-2019. Em relação ao tipo de estudo, o mais frequente é o pré-teste e pós-teste (n=11), seguido de estudo randomizado controlado (n=3), de estudo observacional sem grupo de controlo (n=3), de estudo quantitativo *cross sectional* (n=3) e de estudo qualitativo (n=2). A metodologia preferida foi a observação (n=13), seguida do questionário

(n=8), auditoria (n=5), entrevista (n=4), análise de áudio (n=1) e *focus group* (n=1).

Os estudos admitidos foram divididos conforme os objetivos da revisão, pelo que para responder ao Q₁ temos oito estudos selecionados (Quadro I) e para responder ao Q₂ temos 14 estudos (Quadro II). Não foi identificado nenhum estudo que responda simultaneamente às duas questões de investigação.

Quadro III – Barreiras a um *handoff* eficaz

	Barreiras identificadas	n	f (%)	Subtotal n	Subtotal f (%)
Ambiente	Clima de segurança	1	2,70	16	43,24
	Espaço de trabalho e conforto	3	8,11		
	Equipamento e ferramentas	3	8,11		
	Carga de trabalho	4	10,81		
	Interrupções	5	13,51		
Informação	Desvalorização do <i>handoff</i>	2	5,41	13	35,14
	Divergência de conteúdo	5	13,51		
	Falta de estrutura e uniformização	6	16,22		
Profissionais	Educação	1	2,70	8	21,62
	Raciocínio clínico	1	2,70		
	Relações entre profissionais	3	8,11		
	Transferência de responsabilidade	3	8,11		
Total		37	100%	38	100%

Os estudos selecionados que respondem ao Q₁ são preferencialmente qualitativos com vários métodos de colheita de dados, dos quais salientamos a observação e o questionário. No que diz respeito aos estudos selecionados que respondem à Q₂, a metodologia preferencial é o estudo pré-teste e pós-teste, seguida dos estudos randomizados controlados. Em relação aos métodos de colheita de dados usados, a maioria opta pelas listas de verificação em observação direta ou auditoria ao processo clínico de acordo com os indicadores previamente estabelecidos.

Barreiras a um *handoff* eficaz

É consensual na literatura e na prática que um *handoff* de baixa qualidade ou ineficaz pode afetar negativamente os doentes, o *staff* e as organizações.¹³ A qualidade da informação durante o *handover* permite que os enfermeiros organizem intervenções antecipando riscos, sendo fundamental identificar barreiras que interferem no processo de *handover* para implementação de estratégias que estruturam o processo de comunicação e promovam a segurança do utente.⁶ Nos oito estudos reunidos, sete pretendiam identificar fatores que afetassem a qualidade da informação transmitida, enquanto o outro testou a prevalência de uma barreira sobejamente conhecida na literatura – as interrupções.¹⁴ As 12 barreiras identificadas foram categorizadas pelo seu valor semântico, emergindo três grandes categorias: ambiente, informação e profissionais (Quadro III).

Ambiente:

A categoria *ambiente* revelou-se influente no *handoff*, sendo referida em sete estudos. As interrupções e intrusões foram o aspeto mais referido nesta categoria,^{13–17} constituindo o único aspeto a ser testado de forma isolada.¹⁴ Neste *item* de análise, a literatura alerta para o número elevado de interrupções durante o *handoff*, nomeadamente conversas paralelas, interrupções por outros grupos profissionais, alarmes das bombas infusoras, telefones, doentes e familiares.¹⁶ Num outro estudo, as interrupções constantes surgem no âmbito da passagem de informação entre os paramédicos e o *staff* do serviço de urgência, levando a perdas de informação e repetição de informação desnecessária.¹⁵

O segundo *item* com maior frequência é a carga de trabalho e o tempo disponível, reportados em quatro estudos.^{13,15,16,18} Os constrangimentos financeiros, a falta de pessoal e o tempo disponibilizado pela

gestão para se realizar o *handoff* são os pontos-chave que emergem da opinião dos enfermeiros em estudos de cariz fenomenológico,¹⁸ sendo que os enfermeiros têm a noção de que o tempo disponível é insuficiente para a realização de todos os cuidados e para acompanhar a demanda da qualidade presente na profissão.¹³

Os *itens* de equipamento e de ferramentas formam o terceiro grande grupo de barreiras associadas à categoria do ambiente.^{16,17,19,20} Dentro destes *itens* podemos encontrar dois tipos de barreira: os dispositivos usados para a consulta do processo clínico e a sua disponibilidade, tais como os computadores,^{17,19,20} e os dispositivos de apoio à transmissão de informação, neste caso os gravadores.¹⁶ Em relação ao acesso aos registos eletrónicos dos doentes, os equipamentos estão na maioria do tempo avariados,¹⁹ ou não fazem sequer parte da sala onde se realiza o *handoff*.²⁰ Num outro estudo, verifica-se que a consulta e registo de informações nos registos eletrónicos é realizada *a posteriori* pelos técnicos de saúde, devido ao facto de estarem perante situações de contexto extra-hospitalar.¹⁷ Embora os problemas reportados anteriormente sejam diferentes, na sua discussão, o acesso aos registos eletrónicos dos doentes é referido como uma estratégia fundamental para atenuar a perda de informação.

A escolha e disponibilidade de um espaço adequado e confortável para o *handoff* consta como uma evidência importante nos estudos da presente revisão,^{17,19,20} sendo referenciado como fator minimizador de outras barreiras, como as frequentes interrupções.²⁰ Aspetos como salas pequenas, quentes e desconfortáveis,¹⁹ associados à impossibilidade de um espaço propício ao encontro face-a-face são reveladores da importância que o conforto assume na eficácia e eficiência do *handoff*.²⁰

Por último, o clima de segurança, definido como a perceção dos trabalhadores da influência das políticas organizacionais na segurança do doente. Na análise deste *item*, o clima de segurança é associado positivamente com a qualidade do *handoff*.¹³

Informação:

A informação transmitida é o foco central de todo o processo de *handoff*, como conteúdo da mensagem que passa do emissor para o recetor. No âmbito da informação, o *item* com maior frequência foi a falta de estrutura e uniformização no processo de *handoff*.^{15–20} Enquanto observador, Riaz Agha¹⁹ reparou na falta de uniformização do processo de

handoff conduzido por vários profissionais e de diversas maneira levando a perdas de informação. Num outro estudo, é referido que a falta de estrutura e uniformização do processo leva a que o recetor da informação necessite de perguntar e pesquisar mais informação para poder colmatar a informação que não foi transmitida.¹⁵ A literatura evidencia os benefícios da estruturação do *handoff*, através da seleção de informação adequada e das necessidades de cada serviço, como por exemplo no estudo de Welsh,¹⁶ que refere que 25% das respostas revelam um impacto positivo no uso de listas de verificação durante o *handoff*, que se traduz numa perceção positiva da qualidade da transmissão de informação.

No *item* das divergências de conteúdo, o segundo *item* mais referido no total das barreiras identificadas nesta revisão, incluímos vários aspetos, tais como informação perdida, informação inadequada e falta de oportunidade para colocar questões.¹⁵⁻¹⁹ A informação em défice ou a informação em excesso são identificadas como barreiras para um *handoff* eficaz.¹⁶ Em relação ao défice de informação, 80% dos entrevistados neste estudo¹⁶ referem que a informação que lhes foi transmitida durante o *handoff* não lhes permite planear o seu turno de forma adequada nem conhecer os seus doentes e as suas necessidades. O excesso de informação é também mencionado neste estudo, com referência ao aumento do tempo necessário para o *handoff* com informação desnecessária.¹⁶ O potencial de perda de informação tem o seu expoente máximo no *handoff*,¹⁸ levando à omissão de aspetos importantes para a prestação de cuidados ao doente. Neste estudo,¹⁷ investigador revela-se preocupado com a preferência pelo recurso à memória para realizar o *handoff*, que de acordo com estudos anteriores leva a que cerca de 33% da informação seja retida, contra valores aproximados de 100% com a uniformização e estruturação através de formulários e listas de verificação. No que diz respeito à oportunidade de colocar questões, este aspeto encontra-se interligado a outros aspetos das restantes categorias, nomeadamente o tempo, a carga de trabalho e as relações interpessoais. A passagem de turno não deve ser apenas encarada como uma transmissão de informação, mas antes um processo contínuo que deve ser dividido em três fases: a transmissão de informação, a clarificação e confirmação da informação/revisão das notas elaboradas ao longo do turno, sendo que para o ponto em discussão, a segunda premissa é de extrema importância.¹⁶

O *item* da desvalorização do *handoff* em que se inclui a perceção do *handoff* como pouco importante e a não realização de *handoff*¹⁸ é o último aspeto da categoria das barreiras relacionadas com o ambiente e manifesta-se através da ideia de que o *handoff* consome tempo sem trazer benefícios e na perspetiva de que na falta de pessoal o *handoff* é preterível.

Profissionais:

Nesta categoria, os pontos em foco são as relações interpessoais, a transferência de responsabilidade, o raciocínio clínico e a formação, que agrega barreiras com fatores intrínsecos de quem transmite a informação, assim como a forma como gere a sua comunicação na transferência da sua responsabilidade. As relações interpessoais são referidas em três estudos^{13,15,17} como barreiras para a eficácia do processo. A informação transmitida, o *timing* e a confiança na informação estão dependentes das relações interpessoais entre os enfermeiros e os paramédicos, baseadas na familiaridade desenvolvida ao longo de encontros passados. Outro aspeto aparentemente influenciado pelas relações interpessoais é o detalhe na informação e a confiança nessa mesma informação para a construção do plano de cuidados.¹⁵ Um outro estudo¹³ salienta que relações positivas levam a uma maior taxa de *handoffs* de qualidade, na medida em que, como qualquer processo comunicacional, o *handoff* envolve os sentimentos.

A transferência de responsabilidade, referida em três estudos,^{15,17,20} é descrita como a transferência do dever de cuidar de um ou mais doentes de um profissional para outro. Este aspeto pode ser observado como barreira ao *handoff*, porque neste estudo¹⁵ o momento de passagem de responsabilidade entre os paramédicos e os enfermeiros da urgência não era claro, existindo queixas por parte dos paramédicos de continuarem com a responsabilidade sobre o doente no serviço de urgência mesmo após o *handoff*, ficando estes junto do doente até serem dispensados pelo *staff* da urgência. Outro estudo revela que a aceitação da responsabilidade por parte da equipa que recebe o doente é uma tarefa complexa que implica: uma verificação cuidada de todas as intervenções planeadas e a sua aceitação; a receção e confirmação de informação sobre um doente desconhecido até então e a liberação da equipa de saída após a transferência completa da responsabilidade.²⁰

Quadro IV – Indicadores de resultado para um *handoff* eficaz

	Estudos admitidos	n	f (%)	Subtotal n	Subtotal f (%)
	Indicadores de resultado				
Indicadores relacionados com o <i>handoff</i>	Duração e número de <i>handoffs</i>	8	13,33	25	41,66
	Informação (erros, omissões, <i>itens</i> importantes)	6	10,00		
	Tarefas atribuídas e priorização de cuidados	6	10,00		
	<i>Compliance</i> com lista de verificação	5	8,33		
Indicadores relacionados com o doente	Eventos adversos/negativos e mortalidade	6	10,00	24	39,99
	Medicação (erros e reconciliação)	5	8,33		
	Tempo de internamento e alta	5	8,33		
	Readmissão, aumento do nível de cuidados e chamada da equipa de urgência	5	8,33		
	Parâmetros fisiológicos dos doentes	3	5,00		
Indicadores relacionados com os profissionais	Satisfação do <i>staff</i>	5	8,33	11	18,33
	Adesão ao processo e formação	4	6,67		
	Trabalho de equipa	2	3,33		
Total		60	100	60	100

Indicadores de resultados para um *handoff* eficaz

O fenómeno do *handoff* tem ganho crescente importância na área da segurança do doente, e têm surgido diversas iniciativas no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados através de intervenções e introdução de processos estruturados procurando sempre melhorar os ganhos para o doente.²¹ Decorrente da análise dos estudos que integram a presente revisão identificamos 12 indicadores de resultado para um *handoff* eficaz, que integramos em três categorias: indicadores relacionados com o *handoff*, indicadores relacionados com o doente e indicadores relacionados com os profissionais (Quadro IV).

Os indicadores de resultado mais referenciados na amostra em estudo são os relacionados com o *handoff*, com 25 citações distribuídas por quatro indicadores de resultado, sendo o número médio de indicadores apresentado de cinco indicadores por estudo, com uma variabilidade de dois a sete indicadores presentes por estudo. De seguida serão analisados os indicadores de resultado referenciados, integrando os estudos que deles falam, começando pelos indicadores relacionados com o *handoff*.

Indicadores relacionados com o processo de *handoff*

Nesta categoria identificamos quatro indicadores de resultado para um *handoff* eficaz. Por ordem de número de referências temos: a duração e número

de *handoffs*²²⁻²⁹ com oito referências; a informação (erros, omissões e *itens* importantes)^{26-28,30-32} com seis referências; as tarefas atribuídas e priorização de cuidados^{22,24-27,32} com seis referências e, por último, a *compliance* com a lista de verificação^{21,23,27,30,31} com cinco referências.

A duração e o número de *handoffs* realizados são os *itens* mais referidos nos estudos selecionados para responder à Q₂, sendo ainda um *item* que não reúne consenso no que toca a resultados. Enquanto em alguns estudos a duração do *handoff* não apresentou diferença estatística significativa,^{25,26,28} existiram estudos em que o tempo necessário para a realização do *handoff* diminuiu^{22,27} ou aumentou significativamente.^{23,24} Quanto ao número de doentes sujeitos a transmissão de informação, um dos estudos refere que o uso de *handoff* formal e estruturado permitiu transmitir informação de mais doentes, ocupando também mais tempo,²⁴ enquanto outro estudo verificou que com a introdução de um novo protocolo o número de doentes sobre os quais foi realizado *handoff* pela equipa médica noturna aumentou de 46,86/1000 para 62,90/1000 pessoas-noite.²⁹

O *item* informação (omissão, erros e *itens* importantes), escolhido como parâmetro em estudo em seis referências dos 14 estudos selecionados,^{26-28,30-32} foi o único a apresentar diferenças estatísticas significativas em todos eles. Um dos estudos avaliou as omissões de informação e observou uma redução

significativa nas omissões de informação de nove para três ($p < 0,001$) omissões por *bandoff* com o novo protocolo de *bandoff*.²⁶ Um outro estudo usou uma lista de verificação de mensagens-chave a serem transmitidas, que após a intervenção do protocolo de *bandoff* revelou excelente adesão aos *itens* incluídos – *itens* anestésicos transmitidos subiram de 75 para 93% e *itens* cirúrgicos subiram de 42 para 83%.³²

No que diz respeito ao *item* das tarefas atribuídas e priorização de cuidados,^{22,24–27,32} no seu estudo, Omar Ayaad²² refere que a introdução de um protocolo de *bandoff* eficaz ajudou os enfermeiros a priorizar os cuidados e a colocarem o foco nas necessidades dos doentes. Num outro sentido, onde se comparava um *bandoff* formal (estruturado) e um *bandoff* focado (apenas sobre as alterações do estado dos doentes), verificou-se uma diminuição no número de tarefas atribuídas à equipa que recebia o turno de $5,7 \pm 4,9$ para $2,5 \pm 2,7$ tarefas.²⁴ No seu estudo, Dahlquist²⁵ verificou que a introdução de um protocolo de *bandoff* levou a uma diminuição do tempo necessário de cuidados de uma média de 297 min para 265 min por doente.

A *compliance* com as listas de verificação^{21,23,28,30,31} é o último *item* nesta categoria, baseando-se no cumprimento dos protocolos introduzidos, servindo de orientação para os *itens* necessários a transmitir. Este *item* revelou ainda uma coerência nos resultados dos estudos com resultados estatísticos significativos em todos os estudos. Apresentando os resultados, o primeiro estudo revelou que após a implementação de uma lista de verificação, a pontuação atribuída ao *bandoff* melhorou em 38,2% (95% CI 34,8–41,6) ($p < 0,001$).²³ O segundo estudo determinou, através do teste de McNemar, que ocorreu uma melhoria estatística significativa entre os grupos de pré-teste e pós-teste em 10 dos 20 *itens* avaliados ($p < 0,05$).²¹ Apresentando um último resultado, este estudo,³¹ após a análise dos resultados recorrendo ao teste-t de amostras emparelhadas, revelou que a *compliance* com as listas de verificação aumentou significativamente de 11,6 (2,7) para 17,0 (1,8) ($p < 0,001$), o que significa que a adesão e cumprimento dos aspetos do *bandoff* incluídos na lista de verificação da fase pré-intervenção para a fase pós-intervenção aumentou em 46,5%.

Indicadores relacionados com o doente

Nesta categoria identificamos nove indicadores de resultado para um *bandoff* eficaz divididos em cinco

categorias. Os mais utilizados como instrumentos de avaliação nos desenhos de investigação na amostra em estudo foram os eventos adversos/negativos e a mortalidade,^{21,24,25,27,29,31} a medicação,^{21,24,25,29,33} o tempo de internamento e alta,^{24,25,29,33,34} a readmissão, o aumento do nível de cuidados e a chamada da equipa de urgência^{24,25,29,33,34} e os parâmetros fisiológicos dos doentes.^{31–33}

Os eventos adversos/negativos e a mortalidade foram referidos em seis estudos, embora três deles não tenham apresentado variação estatística significativa.^{24,25,29} Uma das justificações que se pode encontrar para este fenómeno prende-se com os múltiplos fatores que podem influenciar os resultados, tais como o *staff* clínico, a natureza da doença, a carga de trabalho, entre outros.²⁵ Em relação aos restantes três estudos, um deles revela uma ligeira descida no número de eventos adversos/negativos enquanto não se observaram fatalidades;²⁷ outro encontrou indicadores de melhoria na gravidade dos eventos adversos, como as quedas ou úlceras de pressão, embora esta diferença não tivesse tradução estatística,²¹ e o terceiro estudo, embora não tivesse o objetivo de avaliar o número de eventos adversos/negativos, revelou que a melhoria da *performance* dos enfermeiros através do protocolo de *bandoff* melhorou diversos aspetos dos cuidados de enfermagem, tornando-os mais seguros, como por exemplo, a verificação da estase gástrica antes da administração de alimentação para prevenir a pneumonia por aspiração.³¹

A medicação foi utilizada como indicador de resultado em duas vertentes: erros^{21,24,29} e reconciliação medicamentosa.³³ O potencial para erros no processo de gestão da medicação, em especial em ambiente hospitalar, é elevado, como consequência não só do número de medicamentos administrados ao doente enquanto está internado, mas também pelo número de profissionais de saúde e atividades envolvidas no processo.³⁵ Nos estudos que avaliaram os erros terapêuticos como indicador de resultado do processo de *bandoff*, embora exista uma ligeira diferença entre os grupos em estudo, esta diferença não foi estatisticamente significativa.

A reconciliação da medicação é um processo que contribui para manter atualizada a lista da medicação de cada doente, bem como outras informações importantes, nomeadamente reações adversas a medicamentos e alergias, evitando discrepâncias entre a sua medicação habitual e a medicação instituída em cada momento de transição de cuidados.³⁶ No estudo em causa, verificou-se o número de

prescrições ativas de vasopressores e anti-hipertensores endovenosos aquando da transferência para a enfermaria, cuja utilização não está permitida, tendo-se observado um decréscimo significativo do n.º de doentes transferidos com suporte anti-hipertensor ou vasopressores endovenosos (36 para 10%, $p<0,001$).³³

No que diz respeito ao *item* do tempo de internamento e alta, o mesmo foi utilizado como indicador de resultado em cinco estudos,^{24,25,29,33,34} pese embora a sua tradução estatística não tenha sido clara relativamente aos protocolos de *handoff* – enquanto em três estudos verificou-se uma diminuição no tempo de internamento associada aos novos protocolos de *handoff*,^{24,25,34} nos restantes isso não se verificou.^{29,33}

Outros indicadores de resultado descritos nos estudos são a readmissão, a necessidade de aumento do nível de cuidados e a chamada da equipa de urgência.^{24,25,29,33,34} Dos cinco estudos referidos, apenas um deles demonstrou uma diminuição significativa da chamada das equipas de urgência interna (n.º total de chamadas por mês diminuiu de 12 para 4, $p<0,05$).³⁴ Os restantes estudos não foram sensíveis às alterações dos protocolos de *handoff*.

Os indicadores de resultado referentes a parâmetros fisiológicos dos doentes, referidos em três estudos,^{31–33} assumem particular importância, na medida em que o objetivo da qualidade dos cuidados e da segurança do doente é promover ganhos para a saúde no doente a nosso cargo. Um dos estudos utilizou a algaliação com indicador de resultado ligado ao doente, na vertente da necessidade de algaliação e na duração da algaliação, observando-se uma diminuição do número de doentes transferidos com sonda vesical da UCI para o internamento, bem como a diminuição do número total de dias de algaliação após a implementação da *checklist* (o número médio de horas de algaliação diminuiu em 26 h – de 120 h para 94 h, $p=0,03$);³³ outro estudo demonstrou que a taxa de desmame de ventilador nas primeiras seis horas aumentou de 70 para 82%, e o número médio de horas submetido a ventilação mecânica desceu de 5,1 para 3,3 h, com a aplicação de um protocolo de *handoff*;³² o último estudo revê a importância das competências de comunicação efetiva no *handoff* como fulcrais, revendo-se nos números que, por exemplo, descreviam apenas 11,5% de comunicações e registos acerca do conteúdo gástrico residual e que após a aplicação de um protocolo de *handoff* o valor subiu para 95,4%,³¹ aumentando a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

Indicadores relacionados com os profissionais

Nesta categoria identificamos três indicadores de resultado, que são, por ordem de relevância, a satisfação do *staff*,^{21–23,26,29} a adesão ao processo e formação^{21,29,31,32} e o trabalho de equipa.^{26,32}

O *item* da satisfação do profissional demonstrou, na maioria dos casos, ser sensível à introdução de um novo protocolo de *handoff*, com quatro estudos a revelarem melhorias a nível da satisfação do *staff*.^{21–23,26} Um dos estudos revela que os valores de satisfação profissional cresceram entre 2,7 e 16,3% nos vários *itens* inquiridos, o que mostrou que da perspetiva dos enfermeiros existiram melhorias na qualidade do *handoff* após a intervenção realizada.²¹ No mesmo sentido, outro estudo verifica uma melhoria na satisfação dos profissionais e, consequentemente, na satisfação com a qualidade da transmissão de informação após a introdução de um protocolo e de uma lista de verificação pós-cirúrgica.²⁶ Omar Ayaad²² no seu estudo, verificou um aumento da satisfação dos enfermeiros como resultado do sentimento de pertença e responsabilidade, da gestão de tempo efetiva, da gestão das tarefas necessárias para o turno e das relações desenvolvidas entre os profissionais envolvidos.

O *item* da adesão ao processo de *handoff* e formação foi referido em quatro estudos.^{21,29,31,32} Um estudo avaliou a adesão dos enfermeiros através de uma lista de verificação com 20 *itens* que deveriam constar do *handoff* de cada doente, verificando-se uma adesão estatisticamente significativa em 19 dos 20 *itens* avaliados entre a fase pré-intervenção e a fase pós-intervenção ($p<0,05$).²¹ Outro estudo revela que a adesão dos enfermeiros ao protocolo de *handoff* foi generalizada, levando a um aumento da *performance* dos enfermeiros no que concerne à segurança do doente, à organização dos cuidados e à melhoria da qualidade da informação transmitida entre turnos.³¹ Por último, num outro estudo, a adesão ao *handoff* diz respeito à presença de todos os intervenientes durante o momento do *handoff*, nomeadamente na presença do cirurgião durante a transferência do doente para a UCI, com uma presença de 75% na fase pré-intervenção para 95% na fase pós-intervenção, o que melhorou também a qualidade da informação cirúrgica transmitida.³²

O trabalho de equipa como indicador de resultado está evidenciado em dois estudos.^{26,32} Ambos os estudos avaliaram o trabalho de equipa através de cinco *itens*: liderança, comunicação, coordenação,

cooperação e consciência situacional através da observação e preenchimento de uma ferramenta de avaliação do trabalho de equipa, apresentando resultados extremamente satisfatórios com melhorias significativas em todos os cinco aspetos.

Conclusões

Existem não conformidades na realização do *handoff* entre os profissionais de saúde. Pese embora toda a informação existente acerca deste fenómeno e recomendações internacionais para a uniformização e uso de ferramentas de apoio, a sua implementação está em franca fase de desenvolvimento. Nesse sentido, esta revisão sistemática abordou dois temas bastante importantes para a implementação de processos de *handoff* seguros. Identificámos inicialmente as barreiras para um *handoff* eficaz, passíveis de implementar projetos de melhoria da qualidade, eliminando ou atenuando as barreiras identificadas.

Na implementação de projetos de melhoria contínua por estudos de avaliação da eficácia de intervenções, a presente revisão identifica os fatores sensíveis à qualidade do *handoff* utilizados na evidência disponível, sistematizando os principais indicadores de resultado para um *handoff* eficaz. Ressalvamos que a evidência produzida neste fenómeno ainda é limitada, nomeadamente nas barreiras e indicadores de resultado (número e nível de evidência dos artigos), mas acreditamos que a presente revisão seja impulsionadora de mudanças de práticas e, essencialmente, do interesse dos investigadores em projetos que cumpram a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes.

Como limitações a esta revisão sistemática, salientamos que o acesso a mais bases de dados científicas, a inclusão de todos os artigos (das diversas áreas de cuidado e disponíveis mediante pagamento) e o processo de elegibilidade dos estudos por dois revisores independentes poderiam ter aumentado a diversidade e o rigor da amostra selecionada.

Conflitos de interesse e financiamento

Declaro que não tenho nenhum conflito de interesse que possa influenciar o resultado da pesquisa. Mais importa referir que a pesquisa não teve qualquer tipo de financiamento a declarar. 

Referências

1. World Health Organization. Patient safety assessment manual. 2nd ed. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2016. 232 p.
2. Coli R de CP, Anjos MF dos, Pereira LL. The attitudes of nurses from an intensive care unit in the face of errors: an approach in light of bioethics. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010 Jun;18(3):324–30.
3. Kear TM. Patient handoffs: what they are and how they contribute to patient safety. *Nephrol Nurs J* July-August. 2016;43(4):339–44.
4. Sequeira C. Comunicação clínica e relação de ajuda. 1.ª ed. Lisboa: Lidel; 2016. 350 p.
5. Rhona Flin, Jeanette Winter, Cakil Sarac MART. Better knowledge for safer care: Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools [Internet]. Genève; 2009 [cited 2019 Feb 10]. Available from: https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf
6. Halm MA. Nursing handoffs: ensuring safe passage for patients. *Am J Crit Care*. 2013 Mar;22(2):158–62.
7. International JC. Inadequate hand-off communication. Sentin event alert [Internet]. 2017;(58):6. Disponível em: [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_58_Hand_off_Comms_9_6_17_FINAL_\(1\).pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_58_Hand_off_Comms_9_6_17_FINAL_(1).pdf)
8. Santos G, Campos JF, Celestino R, Comunicação no *handoff* na terapia intensiva: nexos com a segurança do paciente. *Esc Anna Nery* [Internet]. [cited 2019 Feb 9];22(2):2018. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0268.pdf
9. Abraham J, Kannampallil T, Patel VL. A systematic review of the literature on the evaluation of handoff tools: implications for research and practice. *J Am Med Inform Assoc*. 2014;21(1):154–62.
10. Cohen MD, Hilligoss PB. The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in an extensive review. *BMJ Qual Saf*. 2010 Dec 1;19(6):493–7.
11. Sampaio R, Mancini M. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev Bras Fisioter*. 2007 Feb;11(1):83–9.
12. Ramalho A. Manual para redacção de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise. 1.ª ed. Coimbra: Formasau; 2005. 110 p.
13. Thomson H, Tourangeau A, Jeffs L, Puts M. Factors affecting quality of nurse shift handover in the emergency department. *J Adv Nurs*. 2018;74(4):876–86.
14. Spooner AJ, Corley A, Chaboyer W, Hammond NE, Fraser JF. Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: an observational study. *Aust Crit Care*. 2015;28(1):19–23.
15. Bost N, Crilly J, Patterson E, Chaboyer W. Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: a qualitative study. *Int Emerg Nurs*. 2012;20(3):133–41.
16. Welsh CA, Flanagan ME, Ebright P. Barriers and facilitators to nursing handoffs: recommendations for redesign. *Nurs Outlook*. 2010;58(3):148–54.
17. Fitzpatrick et al. Critcomms : a national cross-sectional questionnaire based study to investigate prehospital handover practices between ambulance clinicians and specialist prehospital teams in Scotland. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* (2018) 26:45 Consultado em 06/07/2019
18. Kear TM, Bhattacharya A, Walsh M. Continuing Nursing Education. patient handoffs in nephrology nurse practice settings: a safety study. *Nephrol Nurs J*. 2016;43(5):379–400.
19. Agha RA. Handover in trauma and orthopaedic surgery – A human factors assessment. *Ann Med Surg*. 2012;1:25–9.
20. Duong JA, Jensen TP, Morduchowicz S, Mourad M, Harrison JD, Ranji SR. Exploring physician perspectives of residency holdover handoffs: a qualitative study to understand an increasingly important type of handoff. *J Gen Intern Med*. 2017;32(6):654–9.

21. Hada A, Coyer F, Jack L. Nursing bedside clinical handover: a pilot study testing a ward-based education intervention to improve patient outcomes. *J Australas Rehabil Nurses' Assoc.* 2018;21(1):9–18.
22. Ayaad O, Haroun A, Yaseen R, Thiab F, Mohammad I, Aqtash M, et al. Improving nurses'hand-off process on oncology setting using lean management principles. 2019;20:1563–70.
23. Burns S, Parikh R, Schuller K. Utilization of a checklist to standardize the operating room to post-anesthesia care unit patient handoff process. *Perioper Care Oper Room Manag.* 2018 Dec 1;13:1–5.
24. Clanton J, Gardner A, Subichin M, Mcalvanah P, Hardy W, Shah A, et al. Patient Hand-Off iNitiative and Evaluation (PHONE) study: a randomized trial of patient handoff methods. *Am J Surg.* 2017;213(2):299–306.
25. Dahlquist RT, Reyner K, Robinson RD, Farzad A, Laureano-Phillips J, Garrett JS, et al. Standardized reporting system use during handoffs reduces patient length of stay in the emergency department. *J Clin Med Res.* 2018;10(5):445–51.
26. Nagpal K, Abboudi M, Manchanda C, Vats A, Sevdalis N, Bicknell C, et al. Improving postoperative handover: a prospective observational study. *Am J Surg [Internet].* 2013;206(4):494–501.
27. Rüdiger-Stürchler M, Keller DI, Bingisser R. Emergency physician intershift handover – Can a dINAMO checklist speed it up and improve quality? *Swiss Med Wkly.* 2010;140(september).
28. Salzwedel C, Mai V, Punke MA, Kluge S, Reuter DA. The effect of a checklist on the quality of patient handover from the operating room to the intensive care unit: a randomized controlled trial. *J Crit Care.* 2016;32:170–4.
29. Tam P, Nijjar AP, Fok M, Little C, Shingina A, Bittman J, et al. Structured patient handoff on an internal medicine ward: a cluster randomized control trial. *PLoS One.* 2018;13(4):1–12.
30. Halterman RS, Gaber M, Janjua MST, Hogan GT, Cartwright SMI. Use of a checklist for the postanesthesia care unit patient handoff. *J PeriAnesthesia Nurs.* 2019 Feb 7; [cited 2019 Jul 6]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1089947218304052#!>
31. Malekzadeh J, Mazluom SR, Etezadi T, Tasseri A. A standardized shift handover protocol: improving nurses' safe practice in intensive care units. *J Caring Sci.* 2013;2(3):177.
32. Yang JG, Zhang J. Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital. *J Clin Nurs.* 2016;25(7–8):1062–72.
33. Coon EA, Kramer NM, Fabris RR, Burkholder DB, Klaas JP, Graff-Radford J, et al. Structured handoff checklists improve clinical measures in patients discharged from the neurointensive care unit. *Neurol Clin Pract.* 2015;5(1):42–9.
34. Gibbons JP, Nugent E, Tierney S, Kavanagh D. Implementation of a surgical handover tool in a busy tertiary referral centre: a complete audit cycle. *Ir J Med Sci.* 2016;185(1):225–9.
35. Direção-Geral da Saúde. Orientação 014/2015 – Processo de gestão da medicação [Internet]. 2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx>
36. Direção-Geral da Saúde. Norma 018/2016 – Reconciliação da medicação [Internet]. 2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182016-de-30122016-pdf.aspx>