

O *handover/handoff* perante a pessoa em situação crítica no serviço de urgência: uma revisão integrativa da literatura

The handover/handoff of the critically ill patient in the emergency department: an integrative review

José Lopes¹, Rita Marques², Patrícia Pontífice Sousa³

¹ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal.

² Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Portugal; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Portugal.

³ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Portugal.

Palavras-chave

Handover; handoff; transferência da responsabilidade pelo paciente; cuidados críticos; serviço de urgência.

Resumo

Introdução: O *handover/handoff* consiste no processo de transferência da responsabilidade, ou seja, a transmissão de informação específica acerca de um doente, de um prestador de cuidados para outro ou dos prestadores de cuidados para o doente e família, de forma a permitir uma continuidade de cuidados e com vista à segurança do doente. O serviço de urgência (SU), como recetor do doente crítico, tem particularidades que dificultam uma comunicação eficaz,

pelo que torna-se fundamental a existência de um *handover/handoff* minucioso, de forma a melhorar a qualidade e a segurança do doente dentro do sistema de saúde. Deste modo optámos por realizar uma revisão integrativa da literatura.

Objetivos: O objetivo geral deste estudo é determinar a importância do *handover/handoff* do doente crítico no SU e os objetivos específicos são: identificar os fatores promotores e inibidores do *handover/handoff* do doente crítico no SU, conhecer o conteúdo a transmitir no *handover/handoff* do doente crítico no SU e identificar ferramentas de apoio ao *handover/handoff*.

Material e Métodos: Realizou-se uma revisão integrativa, seguindo a metodologia proposta pelo Instituto Joanna Briggs, através da conjugação de termos MeSH recorrendo às bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews e Cochrane Methodology Register através da plataforma EBSCOhost – Research Databases. Os critérios de inclusão definidos foram: estudos publicados num horizonte temporal de dez anos, publicados em português e inglês, disponíveis em texto integral e gratuitos e cuja população foram doentes críticos sem limite de idade, em contexto de SU.

Resultados: Foram identificados 407 estudos, contudo, após a aplicação dos critérios de inclusão referidos, a amostra final ficou constituída por sete estudos.

Da análise desta amostra identificaram-se cinco categorias: (i) fatores promotores relacionados com recursos humanos e materiais; (ii) fatores inibidores que se relacionam com aspetos intrínsecos e extrínsecos ao enfermeiro; (iii) conteúdo do *handover/handoff* referente à transmissão de informação oral e escrita; (iv) ferramentas de *handover/handoff* (ABCDE, AMPLE, MIST, ISBAR); (v) recomendações para uma melhoria do *handover/handoff* relacionadas com as relações interpessoais, a educação e a gestão de equipas.

Conclusões: A revisão da literatura efetuada evidenciou a importância do *handover/handoff* no serviço de urgência enquanto promotora de uma transição de cuidados segura, com impacto na qualidade dos cuidados prestados ao doente. O uso de ferramentas padronizadas, uma linguagem estruturada e equipas especializadas com fortes relações interpessoais são fundamentais para um *handover/handoff* eficaz. Investir na formação interdisciplinar e interinstitucional traz benefícios para os doentes, profissionais e sistema de saúde, pelo que se revela determinante a realização de mais estudos que permitam a definição e avaliação da implementação de estratégias facilitadoras do *handover/handoff*.

Keywords

Handover; handoff; transfer of responsibility for the patient; critical care; emergency service.

Abstract

Introduction: The *handover/handoff* process is the transfer of responsibility process, that is, the transmission of specific information about a patient from one caregiver to another, or from caregivers to the patient and family, in order to allow a continuity of care, with a view to patient safety. The emergency service (ES), as the recipient of critically ill patients, has particularities that hinder effective communication. It is essential to have a thorough *handover/handoff* procedure,

in order to improve the quality and safety of the patient within the health system. Thus, we conducted an integrative review of the literature that documents current thinking on this topic.

Aims: The overall aim of this study is to determine the importance of the handover/handoff process of critically ill patients in the ES. The specific objectives are: identify the factors that promote and inhibit handover/handoff of the critically ill patient in the ES; know the content to be transmitted in the handover/handoff of the critically ill patient in the ES, and identify handover/handoff support tools.

Material and Methods: An integrative review was carried out, following the methodology proposed by Joanna Briggs Institute, through the combination of MeSH terms using CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials Databases, Cochrane Database of Systematic Reviews and Cochrane Methodology Register databases through the EBSCOhost – Research Databases platform. The defined inclusion criteria were: studies published within a ten-year time frame, published in Portuguese and English, available in full text and free of charge and whose population were critically ill patients with no age limit, in the context of the ES.

Results: 407 studies were identified, however, after applying the mentioned inclusion criteria, the final sample consisted of seven studies.

From the analysis of this sample five categories were identified: (i) promoting factors related to human and material resources; (ii) inhibiting factors related to intrinsic and extrinsic aspects to nurses; (iii) handover/handoff content related to oral and written transmission of information; (iv) handover/handoff tools (ABCDE, AMPLE, MIST, ISBAR); (v) recommendations for an improved handover/handoff related to interpersonal relationships, education, and team management.

Conclusions: The literature review highlighted the importance of handover/handoff in the emergency service as a promoter of a safe care transition, with an impact on the quality of care provided to the patient. The use of standardized tools, a structured language, and specialized teams with strong interpersonal relationships are fundamental for an effective handover/handoff. Investing in interdisciplinary and interinstitutional training brings benefits to patients, professionals, and the health system, which is why it is crucial to carry out more studies to define and evaluate the implementation of strategies that facilitate the handover/handoff process.

Introdução

O *handover/handoff* consiste no processo de transmissão de informação específica acerca de um doente, de um prestador de cuidados para outro ou dos prestadores de cuidados para o doente e família, de forma a permitir uma continuidade de cuidados com vista à segurança do doente.¹⁻³ Refere-se também a qualquer situação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores de cuidados, mantendo sempre como foco a continuidade e segurança dos cuidados.^{4,5}

O *handover/handoff* pode ocorrer: (i) entre elementos da mesma classe profissional, como é o caso da mudança de turno da equipa de enfermagem; (ii) entre elementos de classes diferentes, como entre elementos da equipa de anestesia e cirurgia; (iii) entre elementos de diferentes organizações, como entre a equipa de assistência pré-hospitalar e a equipa multidisciplinar do serviço de urgência.⁶ Este assume uma importância crucial porque pode aumentar a eficácia das ações tomadas pela parte recetora, à medida que assumem a responsabilidade pelo cuidado do doente.²

Os momentos de *handover/handoff* constituem um momento de risco major para ocorrer um acon-

tecimento adverso para o doente, podendo causar danos importantes e mesmo a morte, sendo que *handovers* inadequados são um fator presente em 80% de todos os eventos adversos na área da saúde.⁷

Em Portugal, com o objetivo de “*melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidado no Sistema Nacional de Saúde*”, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 definiu como elemento fundamental a comunicação de qualidade nos *handovers*. Segundo este, a qualidade está diretamente relacionada com um *handover/handoff* eficiente, uma vez que na sua presença existe uma diminuição de eventos adversos e, por conseguinte, uma diminuição da mortalidade.⁵

Existem vários estudos que abordam o *handover/handoff* entre enfermeiros e a sua relação com a continuidade de cuidados no intra-hospitalar. Alguns destes estudos recomendam a utilização de ferramentas de apoio validadas por entidades peritas na área, de forma a padronizar a comunicação em saúde.^{4,6}

Em contexto de SU, o processo de comunicação pode ficar comprometido devido ao ambiente vulnerável, às interrupções constantes, às multitarefas dos profissionais e ao facto de se estar perante um doente em risco de vida. Torna-se assim fundamental a existência de um *handover/handoff* minucioso,

Tabela 1 – Critérios de inclusão e de exclusão

Fases de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
1. ^a Fase de pesquisa (Aplicação de critérios no motor de busca/bases de dados)	<ul style="list-style-type: none"> – Artigos disponíveis <i>online</i> de forma integral e gratuita; – Artigos nas línguas portuguesa e inglesa; – Artigos publicados num horizonte temporal de dez anos (2010-2020). 	<ul style="list-style-type: none"> – Artigos escritos em línguas não referidas nos critérios de inclusão; – Artigos publicado anteriormente ao horizonte temporal definido.
2. ^a Fase de pesquisa (Adequação ao título e resumo)	Importância do <i>handover/handoff</i> do doente crítico (criança, adulto e idoso) no SU; fatores promotores e inibidores, conteúdo a transmitir e ferramentas de apoio ao <i>handover/handoff</i> . Contexto: serviço de urgência.	<ul style="list-style-type: none"> Outros contextos de prestação de cuidados. Artigos repetidos.
3. ^a Fase de pesquisa (Leitura integral)	Estudo responde parcialmente às questões de investigação.	Estudo não responde às questões de investigação.

de forma a melhorar a qualidade e a segurança do doente dentro do sistema de saúde.⁸

Deste modo, traçamos como objetivo geral para esta revisão determinar a importância do *handover/handoff* do doente crítico no SU; e como objetivos específicos: (i) identificar os fatores promotores e inibidores do *handover/handoff* do doente crítico no SU; (ii) conhecer o conteúdo a transmitir no *handover/handoff* do doente crítico no SU; (iii) identificar ferramentas de apoio ao *handover/handoff*.

Material e Métodos

A revisão integrativa da literatura representa um instrumento que permite a síntese do conhecimento e a inclusão dos resultados de estudos significativos na prática clínica.⁹

A construção desta revisão integrativa compreende seis etapas⁹ que iremos percorrer.

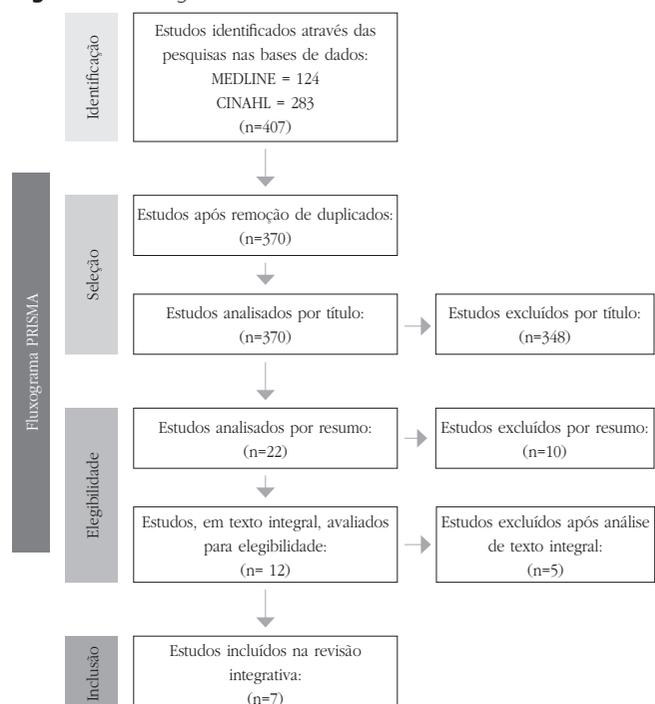
Construímos na primeira etapa a questão de investigação segundo PICO (participantes, interesse, contexto): participantes – doente crítico (criança, adulto e idoso); interesse – importância do *handover/handoff*; e contexto – serviço de urgência: qual a importância do *handover/handoff* do doente crítico no SU?

Na segunda etapa da revisão – a pesquisa da literatura –, com o intuito de utilizar uma terminologia única, foram consultados os descritores em língua portuguesa no DeCS e, após tradução para inglês, no MeSH.

A equação de pesquisa foi constituída pelos descritores DeCS/MeSH *handover* e *handoff* conjugados com o operador booleano OR; cuidados críticos (*critical care*); e o termo serviço de urgência (*emergency service*), combinados com o operador booleano AND.

A amostragem foi realizada com estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão para esta revisão, apresentados na tabela 1.

A pesquisa de artigos foi realizada *online*, no mês de dezembro de 2020, nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews e Cochrane Methodology Register através da plataforma EBSCOhost – Research Databases, com o limite temporal de dez anos (2010-2020). O recorte temporal de dez anos teve como objetivo conhecer a evidência científica mais recente.

Figura 1 – Fluxograma Prisma

A relevância dos artigos para a revisão foi analisada por dois revisores independentes com base nas informações fornecidas inicialmente por leitura de título, seguida do resumo e, por fim, de texto integral. O artigo completo foi recuperado para todos os estudos que cumpriam os critérios de inclusão da revisão. Sempre que os revisores tiveram dúvidas sobre a relevância de um estudo a partir do resumo,

o artigo completo foi recuperado e estabeleceram-se consensos.

Obtiveram-se 12 artigos, sendo que após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (figura 1)¹⁹ foram selecionados sete artigos que representam a amostra.

A terceira etapa representa a organização e sumariação das informações dos artigos da amostra. Foram aplicados os itens da tabela 2, após a leitura

Tabela 2 – Resultados dos estudos

Autores/ano/país	Tipo de estudo/ /nível de evidência	População/amostra	Resultados	Conclusões
Sumner B, Grimsley E, Cochrane N, Keane R, Sandler A, Mullan P, O'Connell K ¹³ 2019 Estados Unidos da América	Estudo retrospectivo, comparativo. Nível - 2.d	Doentes pediátricos que necessitaram de ressuscitação num serviço de urgência com centro de trauma	A maioria dos <i>bandoff</i> incidiu na comunicação da queixa principal, um resumo dos cuidados prestados no pré-hospitalar, observação física, antecedentes pessoais e idade do doente. Referência aos sinais vitais em 53% das observações. A maioria das reanimações (87%) apresentou pelo menos uma forma de comunicação ineficaz: pedido de informação não referida (65%), interrupção do <i>bandoff</i> por elementos do serviço de urgência (51%), pedido de informação já referida anteriormente (40%).	Os desafios perante o <i>bandoff</i> dos serviços pré-hospitalares para os serviços de urgência, em contexto de reanimação de doentes pediátricos, são semelhantes aos encontrados em situações que envolvem doentes adultos. Um <i>bandoff</i> de alta qualidade é essencial numa transição de cuidados completa e segura. Os focos de atenção devem ser a perfeição, a oportunidade e a eficiência da comunicação. Formação interdisciplinar e iniciativa de melhoria da qualidade podem promover melhorias ao nível dos cuidados do doente e da relação entre profissionais.
Bost N, Crilly J, Patterson E, Chaboyer W ¹² 2012 Austrália	Estudo qualitativo. Nível - 3.e	Abordados: 79 paramédicos, 65 enfermeiros e 19 médicos. Observados: 38 <i>bandovers</i> e 20 entrevistas.	Identificadas quatro categorias durante a análise de dados: processo do <i>bandover</i> ; conteúdo do <i>bandover</i> ; ferramentas de <i>bandover</i> ; fatores comprometedores do <i>bandover</i> . Os fatores comprometedores identificados foram: interrupções frequentes, carga de trabalho, relações de trabalho/trabalho de equipa e transferência de responsabilidade.	O <i>bandover</i> é um processo fundamental que pode ajudar ou impedir transições de cuidados seguras. É importante que os agentes do pré-hospitalar e os do serviço de urgência encontrem elementos comuns que assegurem um conhecimento profundo dos doentes e da sua situação. Formação interdisciplinar e interprofissional para assegurar uma comunicação efetiva e o trabalho de equipa são estratégias apontadas. Recomenda novos estudos de forma a discutir estratégias e ferramentas que melhorem o <i>bandover</i> .
Foronda C, VanGraafeiland B, Quon, R, Davidson P ¹⁷ 2016 Estado Unidos da América	Revisão integrativa da literatura. Nível - 1.b	40 estudos incluídos na revisão.	Recomendação do uso de ferramentas de <i>bandover</i> estruturadas. As ferramentas/métodos de <i>bandover</i> não estão associadas ao aumento do tempo de transição de cuidados, melhoraram os <i>outcomes</i> dos doentes, a satisfação dos prestadores, o trabalho de equipa, a confiança, a comunicação, o fluxo de trabalho, e diminuem os erros, complicações e falhas no <i>bandoff</i> . Equipas especializadas estão associada a menor morbidade dos doentes transportados. Minimizar interrupções e distrações durante a transição. O <i>bandover</i> pode ser um momento intimidador para os enfermeiros, recomendando-se uma abordagem interdisciplinar.	O uso de equipas especializadas e métodos de comunicação padronizados estão associados a melhores resultados; incorporando uma abordagem padronizada e interdisciplinar à transição de cuidados e transporte, bem como uma avaliação comparativa da efetividade dessas intervenções, vai ocorrer uma melhoria dos resultados para os doentes, prestadores de cuidados e sistemas de saúde. Um <i>bandover</i> mais eficaz reduz custos. As melhorias da qualidade devem ser centradas no doente. As administrações devem proporcionar tempo e financiamento para treino adequado e avaliar a qualidade do progresso.
Braaf S, Rixon S, Williams A, Liew D, Manias E ¹⁸ 2015 Austrália	Estudo qualitativo exploratório e observacional. Nível - 3.e	Observação de 185 momentos de <i>bandover</i> (maioritariamente de enfermeiros) abrangendo 37 enfermeiros participantes.	No serviço de urgência não existia nenhuma forma estruturada de comunicação para realizar o <i>bandover</i> dos doentes. A informação sobre fármacos transmitida era limitada. A informação sobre a terapêutica era incompleta, sendo esquecidos a dose, o horário e a via de administração. Habitualmente em <i>bandovers</i> temporários não existia informação sobre medicação do doente. Os enfermeiros que usam uma forma estruturada de <i>bandover</i> têm capacidade de transmitir informação mais detalhada acerca da prescrição medicamentosa do doente.	Os momentos de <i>bandover</i> apresentaram constrangimentos na forma de comunicação, e maioritariamente a informação estava incompleta. Deve ser realizada investigação acerca de como as falhas de comunicação no <i>bandover</i> de fármacos levam ao risco e a potenciais erros de medicação

Tabela 2 – Resultados dos estudos (cont.)

Autores/ano/país	Tipo de estudo/ /nível de evidência	População/amostra	Resultados	Conclusões
Goldberg S, Porat A, Strother C, Lim N, Wijeratne H, Sanchez G, Munjal K ¹⁴ 2017 Estados Unidos da América	Estudo quantitativo. Nível – 3.e	97 <i>handoffs</i> de doentes conduzidos por equipas de pré-hospitalar para sala de emergência de um serviço de urgência.	Apenas cerca metade dos pontos importantes são transmitidos no momento do <i>handoff</i> dos serviços de pré-hospitalar para o serviço de urgência. A informação mais frequentemente transmitida: problema apresentado pelo doente; primeira avaliação realizada. Informação sobre antecedentes pessoais, medicação habitual e sinais vitais é menos frequente. Só foi transmitida uma avaliação global do estado do doente em 31% das observações. Falta de formação das equipas podem causar esta falha de avaliação global. O <i>handoff</i> de doente de trauma habitualmente tem melhor qualidade em relação aos doentes gravemente doentes. O <i>handoff</i> deve ser claro, conciso, confiante e respeitador. Sugere evitar o <i>handoff</i> durante a transferência do doente da maca de transporte para a sala de emergência, de forma a aumentar a escuta ativa, e utilizar ferramentas padronizadas para o <i>handoff</i> .	O <i>handoff</i> é um componente crítico na segurança e cuidados do doente. Este estudo demonstrou baixa qualidade no <i>handoff</i> do doente crítico, dos meios pré-hospitalares para o serviço de urgência. É necessária mais investigação, mas melhorias passam pelo treino e formação interdisciplinar e estruturação do <i>handoff</i> . Importante avaliar os resultados da implementação destas medidas de melhoria.
Gross T, Benjamin L, Stone E ¹⁵ 2016 Estados Unidos da América	Consenso de peritos. Nível – 5.b	Doentes pediátricos em contexto de serviço de urgência.	Handoff do meio pré-hospitalar para o serviço de urgência: O pré-hospitalar normalmente só tem uma oportunidade para o <i>handoff</i> . As equipas do serviço de urgência encontram-se frequentemente distraídas com a sua própria avaliação do doente, o que provoca falha na receção da informação. Qualquer informação que não seja transmitida oralmente, não seja registada em formulário próprio ou que não seja retida pela equipa do serviço de urgência, pode ser perdida para sempre. Existe uma quantidade significativa de informação que não passa do meio pré-hospitalar para o serviço de urgência. Handoff entre profissionais do serviço de urgência: neste contexto o <i>handoff</i> ocorre variadas vezes. Para reduzir o risco de erro é necessário que o <i>handoff</i> seja realizado de forma efetiva, ordenada e de maneira previsível. Recomendam que é importante o <i>handoff</i> ser realizado em contexto interdisciplinar. Não existe recomendação de nenhum modelo de <i>handoff</i> em relação a outro.	Recomendam o desenvolvimento de um procedimento padronizado para apresentar em contexto de estágio/ensino para construir de base um <i>handoff</i> eficaz. Recomenda a implementação de uma abordagem consistente e estruturada em relação ao <i>handoff</i> , em todo o percurso do doente nos serviços de saúde. Sempre que possível deve envolver-se o doente/família/cuidadores no processo de comunicação. Os profissionais do serviço de urgência devem receber formação na área. Recomendam articulação entre os serviços de urgência e os serviços de pré-hospitalar de forma a criar um processo de comunicação comum, maximizando a informação recolhida e transmitida. É importante a avaliação dos ganhos com a implementação destes processos de comunicação/ <i>handoff</i> .
Hovenkamp G, Olgers T, Wortel R, Noltes M, Dercksen B, Ter Maaten J ¹⁶ 2018 Holanda	Estudo observacional prospetivo. Nível – 3.c	Observados 97 <i>handovers</i> , realizados questionários a 97 enfermeiros de pré-hospitalar e a 89 enfermeiros do serviço de urgência.	Satisfação dos Enfermeiros de pré-hospitalar: mostraram-se menos satisfeitos pela ausência de um médico do serviço de urgência e pelo tempo de espera para realizar o <i>handover</i> ; bem como por terem de realizar o <i>handover</i> num corredor, em vez de uma sala privada. Satisfação do enfermeiros do serviço de urgência: mostraram-se insatisfeitos pela falta de um instrumento estruturado de <i>handover</i> ; informação incompleta ou desacordo entre a informação fornecida em relação ao estado do doente em causa. Quando usados instrumentos como o “ABCDE” ou “AMPLE” a satisfação aumentou, do <i>handover</i> . Referem a necessidade de implementação e melhoria do uso de um instrumento padronizado pelos Enfermeiros de pré-hospitalar.	Existem diversos fatores de satisfação em relação ao <i>handover</i> de doentes. Para as equipas de pré-hospitalar a satisfação insere-se na presença de um médico do serviço de urgência e no tempo de espera para realizar o <i>handover</i> . Para as equipas do serviço de urgência a satisfação está muito relacionada com o uso de instrumentos padronizados de <i>handover</i> . O <i>handover</i> é um momento complexo e os resultados do estudo podem resultar numa melhoria da qualidade dos cuidados.

integral dos artigos, para reunir dados relevantes: autores/ano/país, tipo de estudo/nível de evidência, população/amostra, resultados e conclusões.

Na quarta etapa procedeu-se à análise crítica dos estudos que constituem a amostra (tabela 3). Para uma perspetiva hierárquica do conhecimento,

os estudos foram classificados quanto ao nível de evidência, baseada no New Joanna Briggs Institute (JBI).¹⁰ Com a informação fornecida pelos artigos incluídos, procedeu-se à análise de conteúdo segundo Bardin¹¹ e, em seguida, efetuou-se a pré-análise, a exploração e o tratamento dos achados.

Tabela 3 – Síntese dos resultados dos estudos

Fatores promotores do <i>bandover/bandoff</i>	Fatores inibidores do <i>bandover/bandoff</i>	Conteúdo do <i>bandover/bandoff</i>	Ferramentas de <i>bandover/bandoff</i>	Recomendações
<p>Recursos humanos Equipas especializadas com fortes relações interpessoais e linguagem comum.^{12-15,17}</p> <p>Recursos materiais Utilização de ferramentas padronizadas;^{14,16,17} utilização de tecnologia.^{14,16,17}</p>	<p>Intrínsecos ao enfermeiro^{12,13} Início de cuidados antes da receção de informação; ansiedade; fala de treino; erro humano; fadiga; <i>stress</i>.</p> <p>Extrínsecos ao enfermeiro^{12,13} Interrupções frequentes; carga de trabalho; questionamento; rotação de elementos; aumento do fluxo de doentes; elevada carga de trabalho; mudanças de turno frequentes.</p>	<p>Transmissão oral e/ou escrita^{15,16}; identificação e caracterização dos doentes, com destaque para a queixa principal.^{15, 16}</p> <p>Existem lacunas na transmissão de informação: antecedentes pessoais, avaliação do doente, sinais vitais e medicação habitual e administrada e outras intervenções tanto a nível hospitalar como as realizadas no pré-hospitalar.^{14, 8}</p>	<p>ABCDE^{12,16} AMPLE^{12,16} MIST¹² ISBAR¹²</p>	<p>Relações interpessoais trabalho em equipa e comunicação.^{12,13, 17}</p> <p>Educação formação dos prestadores de cuidados, interdisciplinar e interinstitucional.^{12,15,17}</p> <p>Gestão de equipas para treino adequado aos colaboradores; avaliação comparativa em relação aos resultados do <i>handover/bandoff</i>.¹⁷</p>

Dois revisores independentes realizaram a avaliação crítica, a extração e a síntese dos dados. Perante algumas discordâncias entre os pesquisadores foi pedida a avaliação de um terceiro avaliador.

Na quinta etapa teve lugar a discussão dos resultados, em que foram comparados os dados evidenciados. Por último, na sexta etapa, procedemos à síntese do conhecimento sobre a importância do *bandover/bandoff* do doente crítico no SU.

Resultados

Tal como apresentado na figura 1,¹⁹ a pesquisa identificou 407 estudos (124 MEDLINE e 283 CINAHL), contudo, após remoção de repetidos permaneceu um total de 370 estudos. Após análise por título permaneceram 22 estudos e após leitura do resumo 12 estudos para leitura integral. Após leitura integral dos textos permaneceram 7 estudos para análise.

Na tabela 2 encontram-se os resultados dos estudos analisados, quanto aos autores, ano de publicação e país; tipo de estudo e nível de evidência; população/amostra; resultados; conclusões.

De acordo com o nível de evidência,¹⁰ obtivemos um estudo de cada um dos níveis 1.b,¹⁷ 2.d,¹³ 3.c¹⁶ e 5.b,¹⁵ respetivamente, e três estudos de nível 3.e.^{12, 14,18}

Da análise de conteúdo realizada emergiram cinco categorias, que estão relacionadas com os objetivos específicos: (i) fatores promotores do *bandover/bandoff*; (ii) fatores inibidores do *bandover/bandoff*; (iii) conteúdo do *bandover/bandoff*; (iv) ferramentas de apoio ao *bandover/bandoff*; e (v) recomendações para melhorar o *bandover/bandoff* (tabela 3), que se estruturaram em subcategorias.

Como (i) fatores promotores do *bandover/bandoff* foram referidos aspetos relacionados com os recursos humanos (equipas especializadas e implementação de uma linguagem comum aos intervenientes)^{12-15,17} e com os recursos materiais (utilização de ferramentas padronizadas e o uso de tecnologia).^{14,16-17}

Ao nível dos (ii) fatores inibidores obtiveram-se duas subcategorias: os que se relacionam com aspetos intrínsecos ao enfermeiro (início de cuidados ao doente antes da receção da informação, ansiedade por se sentirem avaliados, falta de treino, erro humano, fadiga e *stress*)^{12,13} e os que se relacionam com aspetos extrínsecos ao enfermeiro (interrupções frequentes, carga de trabalho, questionamento acerca de informação fornecida e/ou que ainda não foi transmitida, rotação de elementos, aumento do fluxo de doentes, elevada carga de trabalho, mudanças de turno frequentes).^{11, 12}

A respeito do (iii) conteúdo *bandover/bandoff*, a maioria dos estudos refere que a sua transmissão é sobretudo oral, existindo, também, formulários escritos, sendo dada principal atenção à identificação e caracterização dos doentes, com destaque para a queixa principal.^{15,16} Existem lacunas em termos da transmissão de informação acerca da avaliação do doente, ao nível de sinais vitais e medicação administrada e outras intervenções, tanto a nível hospitalar como as realizadas no pré-hospitalar, verificando-se 88 diferenças entre a avaliação inicial realizada e a constatada a nível hospitalar.^{14,18}

Quanto às (iv) ferramentas de apoio ao *bandover/bandoff*, emergiram quatro com recurso a acrónimos/mnemónicas, nomeadamente o ABCDE (*Airway* – Permeabilização da Via Aérea; *Breathing*

– Ventilação e Oxigenação; *Circulation* – Circulação com controlo da hemorragia; *Disability* – Disfunção neurológica; *Exposure* – Exposição com controlo de temperatura); o AMPLE (Alergias; Medicação habitual; Antecedentes – *Past illnesses*; Última refeição – *Last meal*; Eventos); o MIST (Mecanismo de lesão/queixa; Lesões; Sinais; Tratamento iniciado) e o ISBAR (*Identify* – Identificação; *Situation* – Situação atual; *Background* – Antecedentes; *Assessment* – Avaliação; *Recommendations* – Recomendações). Estas ferramentas permitem uma maior uniformização e consequente melhoria na transmissão de informação.^{12,16}

Por último, as (v) recomendações para promover uma melhoria dos momentos de *handover/handoff* relacionam-se com as seguintes sub-categorias: relações interpessoais (trabalho em equipa, comunicação),^{12,13,17} educação (formação dos prestadores de cuidados, interdisciplinar e interinstitucional)^{12,15,17} e gestão de equipas (administrações/chefias devem proporcionar tempo e financiamento para treino adequado aos seus colaboradores e providenciar uma avaliação comparativa em relação aos resultados do *handover/handoff*).¹⁷

Discussão

Os estudos incluídos nesta revisão foram conduzidos em diversos países (Austrália, Estados Unidos da América e Países Baixos), sendo um estudo do ano de 2012,¹² um de 2015,¹⁸ dois de 2016^{15,17}, um de 2017¹⁴, um de 2018¹⁶ e um de 2019.¹³

É clara a importância dada ao *handover/handoff*, no entanto, o momento é associado ao aumento do risco de complicações através de falhas de comunicação.^{15,17,18} Este momento constitui um desafio nos cuidados ao doente crítico no serviço de urgência, quer à população adulta, quer à população pediátrica.¹³

Os estudos analisaram o *handover/handoff* do doente crítico no momento da admissão no serviço de urgência, sendo apresentadas algumas especificidades relacionadas com a transmissão de informação acerca da avaliação do doente, sinais vitais e medicação administrada (dose, hora e via de administração).¹⁸

Alguns estudos salientam que na transição do pré- para o intra-hospitalar, o *handover/handoff* pode ser realizado tanto por enfermeiros como por outros elementos da equipa de saúde do pré-hospitalar, contudo, no intra-hospitalar, os enfermeiros são os principais recetores.^{12,13,14}

O *handover/handoff*, como processo puro de comunicação, encontra várias barreiras e fatores que podem contribuir para a existência de falhas no decorrer do seu processo. É descrito que em 87% dos *handovers* realizados na transição do pré-hospitalar para o serviço de urgência está presente uma comunicação ineficaz,¹² e que menos de 50% da informação importante/pertinente sobre o doente é transmitida pelas equipas pré-hospitalares (não enfermeiros) para as equipas do serviço de urgência, tornando-se frequentemente incompleto e ineficaz.^{14,15}

Um estudo avaliou a qualidade do *handover/handoff* entre enfermeiros do pré-hospitalar e enfermeiros do serviço de urgência através da associação dessa qualidade com a satisfação dos enfermeiros envolvidos em relação ao mesmo *handover/handoff*. Refere que a satisfação dos prestadores vai influenciar a qualidade do *handover/handoff*, na medida em que profissionais satisfeitos aumentam os níveis de escuta ativa e assim diminuem o risco de perda de informação importante.¹⁶ Esta perda de informação pode ser definitiva se não ocorrer uma transmissão oral, um registo escrito ou se a mesma não for retida, pelos múltiplos fatores descritos.¹⁵

No que diz respeito ao conteúdo do *handover/handoff*, podemos encontrar um padrão. Este conteúdo é, na maior parte das situações, transmitido oralmente, existindo formulários de registo para consulta posterior, que frequentemente estão incompletos. Maioritariamente, a informação do *handover/handoff*, além da caracterização/identificação do doente, foca-se na queixa principal do doente, na avaliação e intervenções realizadas no local. É importante referir que a referência aos sinais vitais e à medicação administrada era muito menos frequente, aumentando assim o risco para o doente.^{13,14} Outro fator importante descrito, apenas num estudo, foi o facto de a observação/avaliação efetuada no âmbito do pré-hospitalar nem sempre ser fiável, na comparação com a avaliação feita em contexto de serviço de urgência e quando realizada por enfermeiros em ambos os momentos.¹⁶ Particularizando, o *handover/handoff* da medicação entre enfermeiros no serviço de urgência era habitualmente incompleto, na medida em que a dose, hora e via de administração não eram registadas. Em situações em que ocorre a substituição temporária do enfermeiro responsável, o *handover/handoff* carece da totalidade da informação, nomeadamente no que se relaciona com a medicação.¹⁸

Constatada toda a importância do *handover/handoff* e as suas diversas falhas, é fundamental

explorar o que podemos melhorar na prática, com vista a aumentar a segurança do doente. Também neste ponto existe concordância entre os estudos analisados. O *handover/handoff* deve ser de alta qualidade para uma transição de cuidados segura e eficaz. Deve ter como objetivo uma comunicação efetiva, eficaz e ajustada, para que exista um conhecimento profundo do doente e da situação em causa. Na globalidade do estudo é encontrada a importância da utilização de ferramentas padronizadas e estruturadas de *handover/handoff*, de forma a criar uma linguagem comum aos intervenientes, melhorando assim o momento crítico considerado de transição de cuidados, sendo sugerido o uso da tecnologia para a definição de ferramentas que promovam a qualidade do *handover/handoff*.¹²⁻¹⁸

Foram enumeradas diversas ferramentas de *handover/handoff* (ABCDE, AMPLE, MIST, ISBAR), mas não é referida evidência que preferencie o uso de uma específica em desfavor de outra. Quando são utilizadas, o *handover/handoff* foi considerado de melhor qualidade,^{14,16} tal como acontece em situações de trauma, em que a utilização destas ferramentas constitui uma prática diária.

De entre os aspetos fundamentais para um *handover/handoff* seguro e de elevada qualidade no cuidado ao doente crítico, emergem aspetos relacionados com o trabalho em equipa e com a permanência de equipas especializadas com fortes relações interpessoais, com assertividade, empatia, aceitação e capacidade para gerir as emoções vividas pelo grupo e lidar com a situação adversa,^{15,17} bem como a construção e transmissão da informação com base numa linguagem comum.¹²⁻¹⁸

A noção de falta de competências do enfermeiro transmissor do *handover/handoff* é, à partida, um fator de insatisfação para o enfermeiro recetor, e, conseqüentemente, uma comunicação ineficaz estará presente.¹⁴

Outras recomendações encontradas recaem na educação/formação dos prestadores, formação esta que deve ser interdisciplinar e interinstitucional, tendo em conta os diferentes agentes que são intervenientes no momento do *handover/handoff*.^{12,13,17} A este respeito, a evidência demonstra a importância da formação dos elementos intervenientes de uma forma interdisciplinar, o desenvolvimento do trabalho de equipa e das relações. De forma a promover a formação, as organizações devem proporcionar tempo e recursos monetários para os colaboradores, pois esse investimento tem impacto na redução de custos e ganhos em saúde associado a uma melho-

ria do *handover/handoff*¹²⁻¹⁸, diminuindo os riscos associados e, conseqüentemente, a mortalidade.^{13,15}

Conclusões

A pesquisa realizada revelou a importância do *handover/handoff* no serviço de urgência nas populações abordadas, sendo similares os resultados tanto na população adulta/idosa, como na pediátrica. É um momento crítico em que o alto risco para a segurança do doente está presente, sendo que a aposta na sua qualidade promove uma transição de cuidados segura. Com esta revisão é possível concluir que o uso de ferramentas padronizadas e de uma linguagem estruturada diminuem esse risco, aumentam a qualidade dos cuidados, reduzem a morbidade e os custos associados.

Urge referir que é fundamental a presença de equipas com elementos especializados no doente crítico para que a continuidade dos cuidados seja de alta qualidade. Revela-se determinante investir na formação interdisciplinar e interinstitucional nesta área, interligando as equipas pré-hospitalares (técnicos, enfermeiros, médicos) com as equipas do serviço de urgência (enfermeiros, médicos, técnicos de saúde) através de uma abordagem padronizada baseada em protocolos de atuação para este momento de *handover/handoff*. Paralelamente, deve existir um investimento das instituições e suas administrações em planos estratégicos de melhoria e conseqüente avaliação.

Pelo exposto, o *handover/handoff* adequado é de extrema importância para os cuidados seguros do doente crítico em contexto de SU, apresentando benefícios para os doentes, profissionais e sistema de saúde. É fundamental continuar a investigar aspetos promotores e inibidores, o conteúdo a transmitir e ferramentas de apoio em populações/contextos específicos, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade do *handover/handoff*. 

Referências

1. Abdellatif A, Bagian JP, Barajas ER, Cohen M, Cousins D, Denham CR, Youngson R. Communication during patient hand-overs. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. [Internet]. 2007; 33(7): 439-442. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(07\)33128-0](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(07)33128-0)
2. Cohen MD, Hilligoss PB. The published literature on handoffs in hospitals: Deficiencies identified in an extensive review. Qual Saf Health Care. 2010; 19: 493-497.
3. Galliers J, Wilson S, Randell R, Woodward P. Safe use of symbols in handover documentation for medical teams. Behav Inf Technol. 2011; 30(4): 499-506.

4. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>
5. República Portuguesa. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República n.º 28/2015, 1.º Suplemento, Série II de 2015-02-10, pp. 2-10.
6. Sujan M, Spurgeon P, Inada-Kim M, Rudd M, Fitton L, Horniblow S, et al. Clinical handover within the emergency care pathway and the potential risks of clinical handover failure (ECHO): primary research. *Health Serv Deliv Res.* 2014; 2(5).
7. Joint Commission International. Communicating Clearly and Effectively to Patients How to Overcome Common Communication Challenges in Health Care. 2018. Disponível em: www.jointcommissioninternational.org
8. 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: 133-141.
9. Souza M, Silva M, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* [Internet]. 2010;8:102-106. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102
10. Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence [Internet]. 2014. Disponível em: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
11. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 229 p.
12. 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* [Internet]. 2012;20(3): 133–141. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.10.002>
13. Sumner BD, Grimsley EA, Cochrane NH, Keane RR, Sandler AB, Mullan PC, O'Connell KJ. Videographic Assessment of the Quality of EMS to ED Handoff Communication During Pediatric Resuscitations. *Prehosp Emerg Care* [Internet]. 2019;23(1):15–21. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10903127.2018.1481475>
14. Goldberg SA, Porat A, Strother CG, Lim NQ, Wijeratne HRS, Sanchez G, Munjal KG. Quantitative Analysis of the Content of EMS Handoff of Critically Ill and Injured Patients to the Emergency Department. *Prehosp Emerg Care* [Internet]. 2017;21(1):14–17. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10903127.2016.1194930>
15. Gross TK, Benjamin LS, Stone E. Handoffs: Transitions of Care for Children in the Emergency Department. *Pediatr.* [Internet]. 2016;138(5):1–12. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2680>
16. Hovenkamp GT, Olgers TJ, Wortel RR, Noltes ME, Dercksen B, Ter Maaten JC. The satisfaction regarding handovers between ambulance and emergency department nurses: an observational study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 2018;26(1):78. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0545-7>
17. Foronda C, VanGraafeiland B, Quon R, Davidson P. Handover and transport of critically ill children: An integrative review. *International J Nurs Stud* [Internet]. 2016;62:207–225. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.020>
18. Braaf S, Rixon S, Williams A, Liew D, Manias E. Medication communication during handover interactions in specialty practice settings. *J Clin Nurs* [Internet]. 2015;24(19–20):2859–2870. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.12894>
19. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Med* 2009; 6: e1000100.