

Estratégias facilitadoras da transferência da responsabilidade de cuidados no período perioperatório: *scoping review**

Facilitating strategies for handover of care responsibility in the perioperative period: scoping review

Ângela Tavares¹; Helena Melo²; Ana Vanessa Lourenço³; Susana Miguel⁴

¹ Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. Hospital das Forças Armadas, Unidade de Cuidados pós Anestésicos, Lisboa, Portugal

 ORCID: ORCID: 0009-0004-0075-5830 @ angela.carola@hotmail.com

² Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. Hospital do SAMS, Departamento Cirúrgico, Lisboa, Portugal

 ORCID: ORCID: 0000-0001-6557-2155

³ Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal. Hospital das Forças Armadas, Bloco Operatório Central, Lisboa, Portugal

 ORCID: ORCID: 0009-0002-6864-8359

⁴ Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências de Saúde e Enfermagem, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Lisboa, Portugal

 ORCID: ORCID: 0000-0001-8830-070X @ ssmiguel@ucp.pt

Palavras-chave

Equipa de cuidados ao paciente, Período perioperatório, *Scoping review*, Transferência do paciente, Transferência da responsabilidade pelo paciente

Resumo

Introdução: O risco de ocorrência de incidentes de segurança está presente em todas as etapas da prestação de cuidados de saúde. Nos últimos anos, um pouco por todo o mundo tem emergido uma crescente preocupação com a segurança do doente. No contexto nacional, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 estabelece a segurança como uma prioridade, estando esta assente em cinco pilares, dos quais se destaca o pilar da comunicação. As falhas na comunicação durante a transferência da responsabilidade de cuidados são consideradas uma das principais causas de incidentes de segurança e, consequentemente,

de eventos adversos na área da saúde. Durante o período perioperatório, caracterizado por múltiplas transferências num curto espaço de tempo, é maior o risco de ocorrência de falhas e omissões na transferência da responsabilidade dos cuidados, o que por sua vez potencia a ocorrência de incidentes de segurança e eventos adversos.

Objetivo: Mapear as estratégias facilitadoras da transferência da responsabilidade de cuidados no período perioperatório.

Materiais e métodos: Foi realizada uma *scoping review* de acordo com a metodologia proposta pelo JBI. Foram incluídos apenas estudos originais em língua portuguesa e inglesa, sem restrição temporal, que incluíram como participantes enfermeiros e médicos (População) e abordaram as estratégias facilitadoras da transferência da responsabilidade de cuidados (Conceito), no período perioperatório (Contexto).

Resultados: Da análise integral dos 56 artigos que compuseram a amostra total foram identificadas diversas estratégias facilitadoras da transferência da responsabilidade de cuidados no período perioperatório que foram agrupadas em quatro eixos temáticos: padronização da comunicação; tecnologia e ferramentas digitais; formação e treino; liderança e cultura organizacional positiva.

Conclusões: Da análise dos estudos conclui-se não existir uma abordagem única para otimizar a transferência da responsabilidade de cuidados, sendo fulcral implementar procedimentos combinados que incluam protocolos estruturados, suporte tecnológico e formação contínua associados a uma cultura organizacional positiva.

Keywords

Patient handoff, Patient Care Team, Patient transfer, Perioperative period, Scoping Review.

Abstract

Introduction: The risk of safety incidents is present at every stage of healthcare delivery. In recent years, there has been a growing global concern regarding patient safety. In the national context, the National Plan for Patient Safety 2021–2026 establishes safety as a priority, based on five pillars, among which communication is highlighted. Communication failures during the handover

* Durante a elaboração deste trabalho, o(a)s autor(es)(as) declaram não ter utilizado Sistemas de Inteligência Artificial. Esta declaração não se aplica à utilização de ferramentas básicas para verificação gramatical, ortográfica, referências, etc.

of care responsibility are considered one of the main causes of safety incidents and, consequently, adverse events in healthcare. During the perioperative period, characterised by multiple handovers in a short timeframe, the risk of failures and omissions in the transfer of care responsibility is heightened, which in turn increases the likelihood of safety incidents and adverse events.

Objective: To map the strategies that facilitate the handover of care responsibility during the perioperative period.

Materials and Methods: A Scoping Review was conducted in accordance with the methodology proposed by the JBI. Only original studies in Portuguese and English were included, with no time restrictions, involving nurses and physicians (Population)—and addressing strategies that facilitate the handover of care responsibility (Concept) in the perioperative period (Context).

Results: From the full analysis of the 56 articles comprising the total sample, various strategies facilitating the handover of care responsibility during the perioperative period were identified and grouped into four thematic axes: standardisation of communication; technology and digital tools; education and training; leadership and positive organisational culture.

Conclusions: The analysis of the studies concludes that there is no single approach to optimising the handover of care responsibility. It is essential to implement combined procedures that include structured protocols, technological support, and continuous training, associated with a positive organisational culture.

Introdução

Em todas as etapas do processo da prestação de cuidados de saúde está inerente um determinado risco.¹ A natureza e a gravidade do risco variam de acordo com o contexto dos cuidados, nomeadamente com a disponibilidade de infraestruturas e recursos nos diferentes países.¹ Segundo a Direção-Geral da Saúde a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos.² O grande desafio dos sistemas de saúde e das organizações prestadoras de cuidados é a manutenção de uma consciência atenta para a deteção do risco, implementando políticas e estratégias de segurança que minimizem incidentes evitáveis.¹

A preocupação com a segurança na prestação de cuidados de saúde emergiu nos últimos vinte anos como um tema central nas agendas de vários países europeus e um pouco por todo o mundo, sendo hoje internacionalmente reconhecida como um elemento essencial à qualidade na saúde.³ Evidenciando a importância da segurança nos cuidados de saúde, o Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021-2030 tem como objetivo “alcançar a máxima redução possível dos danos evitáveis decorrentes de cuidados de saúde inseguros, a nível mundial”.⁴ Pretende-se com este plano criar diretivas para eliminar situações prejudiciais nos cuidados de saúde, melhorando a segurança do doente, nos vários domínios da prestação de cuidados.⁴ Com o objetivo de consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, também o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 estabelece a segurança como uma prioridade.⁵ Este assenta em cinco pilares,⁵ dos quais se destaca o pilar da comunicação.

As falhas na comunicação são consideradas uma das principais causas dos eventos adversos na área da saúde a nível internacional e cerca de 70% destes eventos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante a transição dos cuidados.² Entende-se por transição de cuidados “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos”.² Embora pareça simples, uma transferência de cuidados de alta qualidade é complexa, sendo por vezes conduzida de forma superficial, existindo lacunas na comunicação, quando deveria ser estruturada e focada de forma a garantir a continuidade do cuidado.⁶ A qualidade da transferência de cuidados representa um problema comum e de longa data na área da saúde.⁶ A transição de cuidados representa um momento de grande vulnerabilidade para a segurança do doente, momento cuja complexidade envolve um maior risco de erro na transferência de informação.²

O problema é agravado pela alta frequência de transferências durante o período perioperatório, num curto espaço de tempo, sendo maior o risco de ocorrência de falhas e omissões na transmissão de informação, o que potencia a ocorrência de eventos adversos.⁷ O banco de dados de eventos sentinela da *Joint Commission* inclui relatos de comunicação inadequada durante a transferência de cuidados, causando eventos adversos, que incluem cirurgia no local errado, atraso no tratamento, quedas e erros de medicação.⁶

A inexistência de diretrizes claras e inequívocas conferem aleatoriedade ao processo de transição de cuidados, o que leva a questionar se a informação transmitida é ou não relevante para a continuidade da prestação de cuidados.⁸

Perante esta problemática temos como objetivo mapear as estratégias facilitadoras da transferência da responsabilidade de cuidados no período perioperatório, pelo que emerge como questão de investigação: Quais as estratégias facilitadoras da transferência da responsabilidade de cuidados no período perioperatório?

Materiais e métodos

Com o objetivo de mapear o conhecimento de forma a identificar as estratégias facilitadoras da transferência da responsabilidade de cuidados no período perioperatório foi realizada uma *Scoping Review* de acordo com a metodologia proposta pelo JBI.⁹

Foram definidos critérios de elegibilidade com base no formato PCC: População (profissionais de saúde), Conceito (estratégias facilitadoras da transferência da responsabilidade de cuidados) e Contexto (período perioperatório).

Foram incluídos apenas estudos originais (desenho quantitativo, qualitativo e misto) em língua portuguesa e inglesa, sem restrição temporal.

O período perioperatório compreende três fases distintas com múltiplos intervenientes na prestação de cuidados: Fase pré-operatória (desde o momento da tomada de decisão da intervenção cirúrgica até à transferência para a mesa operatória), fase intraoperatória (desde o acolhimento na mesa operatória até à transferência para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos) e a fase pós-operatória (desde a admissão na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos até se considerar a recuperação do processo cirúrgico/anestésico).¹⁰

Os termos livres identificados na pesquisa preliminar foram validados e agrupados segundo os descritores em ciências da saúde *MeSH* e *CINAHL Subject Headings*.

A pesquisa completa foi realizada nas bases de dados MEDLINE, via *EBSCOhost* e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature® (CINAHL Complete)*, via *EBSCOhost*, em agosto de 2024. Na estratégia de pesquisa completa, os termos naturais e os descritores foram combinados com recurso aos operadores Booleanos *AND* e *OR*. A estratégia de pesquisa utilizada em cada base de dados encontra-se nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Conjugação Booleana CINAHL Complete via EBSCOhost

CINAHL®	Nurses ^[a] OR Nurs ^{*(b)} OR Multidisciplinary care team ^[a] OR Multidisciplinary tea ^(b) OR Patient Care Team ^[b] OR Health professional ^{*(b)} OR Healthcare team ^[b] OR Interdisciplinary Health Team ^[b]	AND	Hand Off (Patient Safety) ^[a] OR Shift Reports ^[a] OR Handover ^[b] OR Handoff ^[b] OR Hand off ^[b] OR Signout ^[b] OR Shift Report ^{*(b)} OR Shift-to-shift ^[b] OR Information transmission ^[b] OR Transmission of information ^[b] OR Passage of information ^[b] OR Information transfer ^[b] OR Transfer of information ^[b] OR Care transfer ^[b] OR Transfer of care ^[b] OR Health strategies ^[b] OR Patient transfer methods ^[b]	AND	Perioperative Nursing ^[a] OR Perioperative care ^[a] OR Post Anesthesia Care ^[a] OR Perianesthesia Nursing ^[a] OR Operating room nursing ^[a] OR Medical-Surgical Nursing ^[a] OR Perioperative ^[b] OR Operating room ^[b] OR Surgical surgery ^[b] OR Post anesthesia ^{*(b)} OR Post-anesthesi ^{*(b)} OR Perianesthesi ^{*(b)}
----------------	--	------------	--	------------	---

Legenda: [a] Descritor; [b] Termo Livre

Tabela 2. Conjugação Booleana MEDLINE via EBSCOhost

MEDLINE®	Nurses ^[a] OR Nurs ^{*[b]} OR Patient Care Team ^[a] OR Multidisciplinary team ^[b] OR Multidisciplinary care team ^[b] OR Health professional ^{*[b]} OR Healthcare team ^[b] OR Interdisciplinary Health Team ^[b]	AND	Patient Handoff ^[a] OR Handover ^[b] OR Handoff ^[b] OR Hand off ^[b] OR Signout ^[b] OR Shift Report ^{*[b]} OR Shift-to-shift ^[b] OR Information transmission ^[b] OR transmission of information ^[b] OR passage of information ^[b] OR information transfer ^[b] OR transfer of information ^[b] OR care transfer ^[b] OR transfer of care ^[b] OR Health strategies ^[b] OR Patient transfer methods ^[b]	AND	Perioperative Nursing ^[a] OR Perioperative care ^[a] OR Operating Room Nursing ^[a] OR Postanesthesia Nursing ^[a] OR Medical-Surgical Nursing ^[a] OR Perioperative ^[b] OR Operating room ^[b] OR Surgical surgery ^[b] OR Post anesthesi ^{*[b]} OR Post-anesthesi ^{*[b]} OR Perianesthesi ^{*[b]}
----------	---	-----	--	-----	---

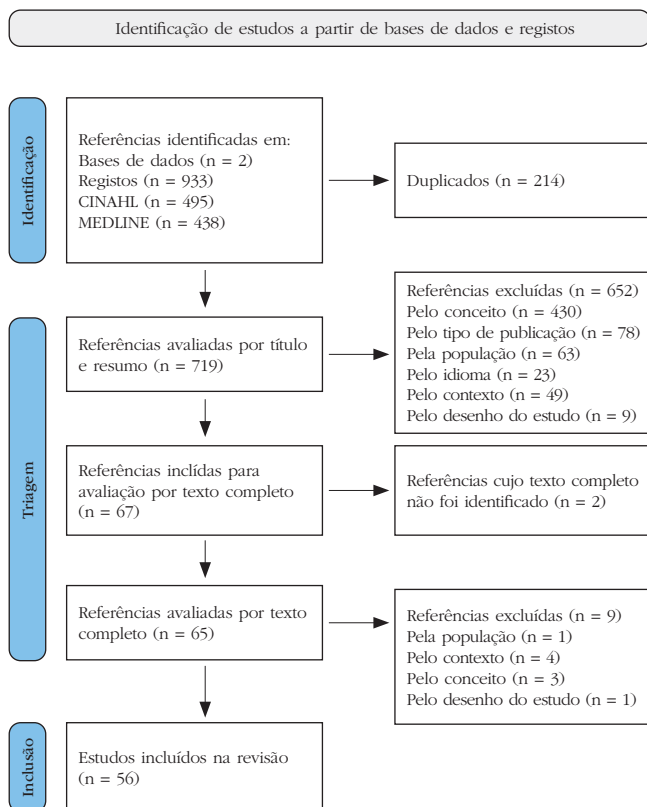
Legenda: [a] Descritor; [b] Termo Livre

Foi realizado o registo do protocolo da *Scoping Review*, na plataforma *Figshare*®, a 15/11/2024, com o seguinte DOI: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.27773199.v1>. Os resultados foram exportados para a ferramenta online *RAYYAN*®, através da qual foram identificados e removidos os duplicados. De seguida foi realizada a triagem dos artigos com base na leitura do título e resumo aplicando os critérios de inclusão e de exclusão, Tabela 3. Os artigos que cumpriram os critérios de elegibilidade previamente definidos passaram para a fase de seleção seguindo o processo

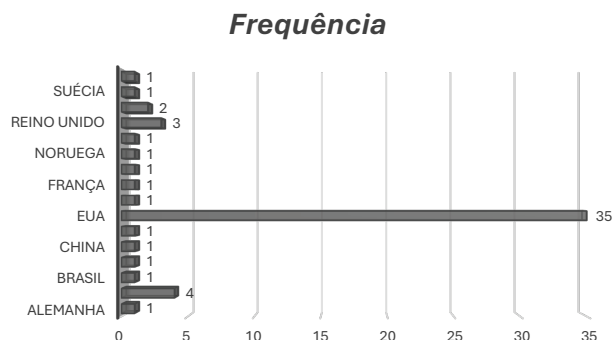
de leitura do texto completo. A triagem e seleção dos artigos foi realizada por três revisoras de forma independente e cega, recorrendo-se ao consenso para decisão das divergências. De forma a sistematizar a seleção da amostra, foi utilizado o fluxograma PRISMA-ScR.¹¹ De um total de 719 registos identificados, após aplicação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos na revisão 56 estudos, conforme ilustrado na Figura 1. A extração dos dados foi realizada com recurso a um instrumento previamente desenvolvido pelas investigadoras, de modo a garantir a sistematização

Tabela 3. Critérios de inclusão e exclusão

	Critérios Inclusão	Critérios Exclusão
População	Profissionais de saúde (médicos e enfermeiros)	Outros profissionais
Conceito	Estratégias facilitadoras da transferência da responsabilidade de cuidados na pessoa adulta	Outros Conceitos
Contexto	Perioperatorio (internamento)	Outros contextos
Tipo de publicação	Artigos originais	Poster, teses, livros, resumos
Idioma	Estudos científicos em língua portuguesa e inglesa	Outras línguas
Desenho do estudo	Estudos quantitativos, qualitativos e mistos (estudos primários)	Revisões sistemáticas da literatura (estudos secundários)

Figura 1. Fluxograma PRISMA-ScR (Tricco *et al.*, 2018)

e organização dos conteúdos extraídos de cada estudo. A extração foi conduzida por duas revisoras independentes de forma a alcançar o rigor metodológico e minimizar possíveis viesamentos. A tabela de extração de dados incluiu os seguintes itens: Título, ano de publicação, autores, país do estudo, tipo de estudo, nível de evidência de acordo com

Gráfico 1. Distribuição dos estudos por país (Frequências absolutas)

a JBI¹², população e amostra, contexto, estratégias facilitadoras da transferência da responsabilidade de cuidados. Os dados extraídos foram posteriormente organizados em tabelas de síntese permitindo uma visão organizada e comparativa dos estudos incluídos.

Resultados

A grande maioria dos estudos foram realizados nos Estados Unidos da América (n = 35), Austrália (n = 7) e Reino Unido (n = 5). Os restantes estudos foram conduzidos em diversos países, conforme ilustrado no Gráfico 1.

Os estudos foram publicados entre 2007 e 2024, com um pico de publicações em 2018 (n=10), em diversas revistas científicas, destacando-se a *Journal of PeriAnesthesia Nursing* (n=6), a *American Association of Nurse Anesthesiology (AANA Journal)* (n=4) seguida da *Journal of Anesthesia & Analgesia* (n=3), Tabela 4.

Tabela 4. Síntese da caracterização dos estudos

Autores/ Ano/País	Tipo de estudo/Nível de evidência JBI ¹²	População e amostra
¹³ EUA	Estudo quase-experimental 2.d	n = 452 profissionais de saúde (anestesiologistas, enfermeiros de anestesia) n = 981 transferências de responsabilidade (n = 592 adultos, n = 389 crianças)
¹⁴ EUA	Estudo coorte retrospectivo 3.b	n = 121 077 cirurgias (n = 48 986 com transferências intraoperatórias, n = 72 091 sem transferências intraoperatórias)
¹⁵ EUA	Estudo descritivo 4.b	n = 67 enfermeiros (n = 20 UCPA, n = 30 UCI, n = 17 internamento cirúrgico)
¹⁶ EUA	Estudo quase-experimental 2.d	n = 1127 cirurgias (n = 550 pré-intervenção, n = 577 pós-intervenção)
¹⁷ EUA	Estudo quase-experimental 2.d	n = 126 transferências de responsabilidade (n = 64 pré-intervenção, n = 62 pós-intervenção)
¹⁸ EUA	Estudo qualitativo observacional 3.e	n = 24 profissionais de saúde (n = 5 anestesiologistas, n = 9 enfermeiros de anestesia, n = 10 intensivistas)
¹⁹ Espanha	Estudo de prospetivo 3.e	n = 122 transferências de responsabilidade (n = 59 pré-intervenção, n = 63 pós-intervenção)
²⁰ EUA	Estudo observacional transversal 4.b	n = 120 transferências de responsabilidade (n = 60 pré-intervenção, n = 60 pós-intervenção)

Autores/ Ano/País	Tipo de estudo/Nível de evidência JBI¹²	População e amostra
²¹ EUA	Estudo prospectivo de intervenção 3.c	n = 124 profissionais de saúde (n = 49 anestesiológicos, n = 31 intensivistas, n = 44 enfermeiros) n = 62 transferências de responsabilidade (n = 31 pré-intervenção, n = 31 pós-intervenção)
²² EUA	Estudo observacional com intervenção 3.e	n = 960 registros clínicos
²³ Reino Unido	Estudo exploratório misto 4.b	n = 33 profissionais de saúde (n = 8 cirurgiões, n = 8 anestesiológicos, n = 8 enfermeiros BO, n = 9 enfermeiros internamento cirúrgico)
²⁴ EUA	Estudo quase-experimental 2.c	n = 58 médicos do internato de cirurgia geral (n = 38 com formação SBAR, n = 20 sem formação SBAR)
²⁵ Países Baixos	Estudo observacional de melhoria contínua 4.b	n = 494 profissionais de saúde n = 101 transferências de responsabilidade
²⁶ EUA	Estudo quase-experimental 2.c	n = 21 enfermeiros (n = 14 enfermeiros anestesia, n = 7 enfermeiros UCPA) n = 40 transferências responsabilidade (n = 20 pré-intervenção, n = 20 pós-intervenção)
²⁷ EUA	Estudo quase-experimental 2.c	n = 238 profissionais de saúde
²⁸ EUA	Estudo quase-experimental 4.c	n = 417 profissionais de saúde (n = 82 anestesiológicos, n = 139 cirurgiões, n = 57 enfermeiros de anestesia, n = 139 enfermeiros da UCPA)
²⁹ EUA	Estudo quase-experimental 2.d	n = 144 profissionais de saúde (neurocirurgiões, anestesiológicos, intensivistas) (n = 111 pré-intervenção, n = 33 pós-intervenção)
³⁰ China	Ensaio clínico randomizado 1.a	n = 101 pós-operatórios n = 50 profissionais de saúde (anestesiológicos, cirurgiões; intensivistas, enfermeiros)
³¹ EUA	Estudo observacional 4.b	n = 137 profissionais de saúde (n = 59 médicos residentes de cirurgia, n = 36 cirurgiões assistentes, n = 42 enfermeiros) n = 328 incidentes críticos analisados
³² EUA	Estudo quase-experimental 4.b	Profissionais de saúde (cirurgiões gerais, docentes, administração hospitalar)
³³ EUA	Estudo quase-experimental 2.c	n = 103 transferências de responsabilidade (n = 53 pré-intervenção, n = 50 pós-intervenção)
³⁴ Reino Unido	Estudo observacional 4.c	n = 50 transferências de responsabilidade Profissionais de saúde (enfermeiros da UCPA, anestesiológicos)
³⁵ EUA	Estudo quase-experimental 2.c	n = 138 transferências de responsabilidade (n = 78 pré-intervenção, n = 60 pós-intervenção)
³⁶ Austrália	Estudo Observacional – pré e pós-intervenção 2.b	n = 50 profissionais de saúde (n = 27 enfermeiros, n = 23 anestesiológicos)
³⁷ EUA	Estudo observacional 2.b	n = 92 profissionais de saúde n = 244 transferências de responsabilidade
³⁸ EUA	Estudo quase-experimental 2.c	n = 76 transferências de responsabilidade (n = 38 pré-intervenção, n = 38 pós-intervenção)
³⁹ Noruega	Estudo quase-experimental transversal 4.b	n = 206 enfermeiros do BO, UCI e internamento cirúrgico (n = 116 pré-intervenção, n = 90 pós-intervenção)
⁴⁰ Austrália	Estudo observacional 2.b	n = 413 transferências de responsabilidade Profissionais de saúde (anestesistas; enfermeiros do BO; enfermeiros da UCPA; enfermeiros do internamento cirúrgico)
⁴¹ Taiwan	Estudo observacional de centro único 4.b	n = 162 profissionais de saúde n = 82 enfermeiros de urgência n = 115 enfermeiros do BO n = 43 técnicos de anestesia n = 12 médicos anestesiológicos n = 67 enfermeiros da UCI n = 21 enfermeiros internamento cirúrgico n = 4 cirurgiões e médicos intensivistas n = 40 transferências de responsabilidade (n = 20 pré-intervenção, n = 20 pós-intervenção)

Autores/ Ano/País	Tipo de estudo/Nível de evidência JBI¹²	População e amostra
⁴² Brasil	Estudo qualitativo, exploratório e descritivo 4.b	n = 55 profissionais de saúde (n = 10 enfermeiros, n = 45 técnicos de enfermagem)
⁴³ Singapura	Estudo quase-experimental 2.c	n = 33 enfermeiros internamento cirúrgico pós-intervenção
⁴⁴ Canadá	Estudo observacional 4.b	n = 247 profissionais de saúde
⁴⁵ EUA	Estudo de coorte prospectivo, observacional 3.c	n = 342 profissionais de saúde (n = 149 enfermeiros, n = 113 anestesiológicos, n = 80 cirurgiões) n = 292 transferências de responsabilidade (n = 188 pré-intervenção, n = 104 pós-intervenção)
⁴⁶ EUA	Estudo quase-experimental 4.b	n = 15 observações pré-intervenção n = 57 enfermeiros (n = 32 pré-intervenção, n = 25 pós-intervenção)
⁴⁷ EUA	Estudo observacional 4.b	n = 376 enfermeiros de anestesia (n = 302 pré-intervenção, n = 74 pós-intervenção)
⁴⁸ EUA	Estudo experimental randomizado 1.c	n = 52 enfermeiros (n = 26 com intervenção, n = 26 grupo controle)
⁴⁹ Austrália	Estudo quase-experimental 2.c	Profissionais de saúde (anestesiológicos, enfermeiros) n = 283 transferências de responsabilidade (n = 148 hospital A, n = 135 hospital B)
⁵⁰ Austrália	Estudo quase-experimental 2.c	Enfermeiros (BO, UCPA, internamento cirúrgico)
⁵¹ EUA	Estudo exploratório 4.b	n = 36 enfermeiros internamento cirúrgico n = 48 passagens de turno n = 269 análise de registros clínicos
⁵² EUA	Estudo quase-experimental 2.c	n = 20 enfermeiros de anestesia (n = 20 pré-intervenção, n = 18 pós-intervenção)
⁵³ Suécia	Estudo quase-experimental 2.d	n = 73 transferências responsabilidade pré-intervenção (n = 40 grupo intervenção, n = 33 grupo controle) n = 72 transferências responsabilidade intervenção (n = 40 grupo intervenção, n = 32 grupo controle) n = 91 transferências responsabilidade pós-intervenção n = 44 grupo intervenção, n = 47 grupo controle
⁵⁴ EUA	Estudo quase-experimental 2.c	n = 37 enfermeiros (n = 22 internamento cirúrgico, n = 15 UCPA)
⁵⁵ EUA	Estudo observacional 3.b	n = 128 transferências de responsabilidade n = 178 profissionais de saúde pré e pós-intervenção (n = 60 enfermeiros anestesia, n = 88 enfermeiros, n = 30 anestesiológicos)
⁵⁶ EUA	Estudo quase-experimental 2.d	n = 112 profissionais de saúde (médicos intensivistas, enfermeiros, fisioterapeutas, cirurgiões, nutricionistas)
⁵⁷ EUA	Estudo quase-experimental 2.d	Enfermeiros n = 74 pré-intervenção (93% responderam à pesquisa) n = 86 pós-intervenção (79% responderam à pesquisa)
⁵⁸ EUA	Estudo quase-experimental 3.b	n = 75 enfermeiros de 4 serviços de internamento médico-cirúrgico
⁵⁹ EUA	Estudo observacional contínuo 4.b	Profissionais de saúde (anestesiológicos, enfermeiros)
⁶⁰ Reino Unido	Estudo observacional qualitativo 3.e	Profissionais de saúde (n = 17 anestesiológicos, n = 15 enfermeiros) n = 45 transferências de responsabilidade
⁶¹ Dinamarca	Estudo observacional 2.e	Profissionais de saúde pré e pós-intervenção (anestesiológicos, enfermeiro) n = 50 transferências de responsabilidade n = 64 questionários
⁶² EUA	Estudo de melhoria contínua 4.b	n = 26 profissionais de saúde (anestesiológico, enfermeiro anestesia, enfermeiro UCPA)
⁶³ Singapura	Estudo observacional 4.b	n = 14 transferências de responsabilidade
⁶⁴ Myanmar	Estudo observacional 4.b	n = 52 enfermeiros UCI e BO n = 120 transferências de responsabilidade

Autores/ Ano/País	Tipo de estudo/Nível de evidência JBI ¹²	População e amostra
⁶⁵ EUA	Estudo quase-experimental 2.c	Anestesiologistas n = 97 transferências de responsabilidade de cuidados (n = 40 pré-intervenção, n = 57 pós-intervenção)
⁶⁶ EUA	Estudo quase-experimental 2.c	n = 75 profissionais de saúde (n = 42 pré-intervenção, n = 33 pós-intervenção)
⁶⁷ Alemanha	Ensaio Clínico Randomizado 1.c	n = 120 transferências de responsabilidade (n = 40 pré-intervenção, n = 80 pós-intervenção (com grupo controle))
⁶⁸ França	Estudo de coorte intervencional randomizado 3.b	n = 204 transferências de responsabilidade (n = 86 grupo intervenção, n = 118 grupo controle) Profissionais de saúde (anestesiologistas, enfermeiros anestesia)

Legenda: UCPA: Unidade de Cuidados pós-anestésicos; UCI: Unidade de Cuidados Intensivos; BO: Bloco Operatório; SBAR: Situação, Background, Avaliação e Recomendações

Relativamente ao tipo de estudo, verificou-se que a maioria são estudos quase-experimentais (n = 25) e estudos observacionais (n = 17). Foram ainda identificados estudos com diferentes metodologias conforme evidenciado na Tabela 4. Estiveram envolvidos diferentes profissionais de saúde nos estudos incluídos entre n = 20⁵² e n = 494²⁵. Em termos de análise de transferências de responsabilidade a amostra varia entre n = 14⁶³ e 121 077.¹⁴ Por fim, em relação ao contexto da prestação de cuidados, destaca-se o período pós-operatório (n = 42), conforme ilustrado na Tabela 4.

As estratégias facilitadoras da transferência da responsabilidade de cuidados no período perioperatório identificadas nos estudos foram agrupadas em quatro eixos temáticos: Padronização da Comunicação; Tecnologia e Ferramentas Digitais; Formação e Treino; Liderança e Cultura Organizacional Positiva (Tabela 5).

Discussão

O período perioperatório envolve múltiplos momentos de transição de cuidados, sendo maior o risco de ocorrência de falhas e omissões, pelo que garantir a qualidade e a continuidade da informação transmitida é fundamental para a segurança do doente. No presente estudo foi possível mapear na evidência um conjunto de estratégias facilitadoras da transferência da responsabilidade de cuidados, transversais às diferentes fases do período perioperatório

(pré-operatório, intraoperatório, pós-operatório e *shift to shift*), com resultados favoráveis em diversas dimensões do cuidado, tendo estas sido agrupadas em quatro eixos temáticos: padronização da comunicação; tecnologia e ferramentas digitais; formação e treino; liderança e cultura organizacional positiva.

A **padronização da comunicação** foi uma das estratégias mais utilizadas nos estudos incluídos. A análise dos resultados revelou que a adoção de um modelo estruturado de comunicação, com a utilização de ferramentas como checklist e mnemónicas (SBAR^a, ISBAR^b, IPASS^c, PATIENT^d, “*The HandOver Report*”, “*Operation Hard Stop*” e WHAT^e), tiveram um impacto positivo na qualidade da transferência da responsabilidade de cuidados, nomeadamente na:

- Melhoria da qualidade da comunicação;
19,20,22,23,26,27,27–30,34,39,40,42,43,45,48,49,51–54,58,59,61,65–67
- Redução de erros e omissões durante a transferência de cuidados;^{17,26,30,33,35,38,42,44,48,52,54,62,63}
- Melhoria na adesão às melhores práticas de *handoff*;^{17,19,53,58}
- Melhoria na segurança do doente;^{34,36,52,57,62,65,66}
- Melhoria da adesão dos profissionais;^{33,47}
- Redução significativa de complicações evitáveis e erros terapêuticos;^{16,43}
- Aumento da satisfação dos profissionais.^{17,19,27,33,52,54,56,57,59,61,66}

Verificou-se ainda a variação na duração da transferência da responsabilidade de cuidados, tendo alguns

^a SBAR: Situação, Background, Avaliação e Recomendações

^b ISBAR: Identificação, Situação, Background, Avaliação e Recomendações

^c IPASS: Illness severity, Patient summary, Action list, Situational awareness and contingency planning, Synthesis by receiver

^d PATIENT: Procedure (quick scan patient, preop assessment and current condition, position, pacemaker); Anesthesia, Antibiotic, Airway, Allergies; Temperature; IVs/invasive lines; ETCO2 (ventilation parameters); Narcotics; Twitches (neuromuscular monitoring, degree of paralysis)

^e WHAT: Written Handoff Anesthesia Tool

Tabela 5. Estratégias facilitadoras da transferência da responsabilidade de cuidados

	Padronização da Comunicação	
	Estratégia	Outcome
Pré-Operatório	Checklist padronizada ⁴⁴	Melhoria na transferência de responsabilidade, com impacto significativo na redução de erros ⁴⁴
	Formação e Treino	
	Estratégia	Outcome
	Metodologia ISBAR com ênfase na formação contínua ⁵⁰	Melhoria estrutural da comunicação ⁵⁰
	Checklist "time-out for sign-out" ³⁷	Importância da qualidade da transferência de responsabilidade e da formação contínua para melhorar a adesão ao protocolo padronizado ³⁷
Intra-Operatório	Padronização da Comunicação	
	Estratégia	Outcome
	Protocolos de comunicação padronizados ²³	Melhoria da comunicação ²³
	Checklist padronizada ⁴⁷	Facilitou a adesão dos profissionais ⁴⁷
	Tecnologia e Ferramentas Digitais	
	Estratégia	Outcome
	Ferramenta tecnológica para registos de rápido e fácil acesso a toda a equipa ²³	Maior eficiência na transmissão de informação e redução de omissões ²³
	Utilização de um protocolo estruturado incorporado no registo eletrónico ¹⁴	Redução significativa dos efeitos adversos e melhoria na segurança da transição intraoperatória ¹⁴
	Formação e Treino	
	Estratégia	Outcome
	Treino na transferência com utilização de lista de verificação ⁶⁸	Melhoria da pontuação da lista de verificação em 43% sem aumento do tempo de transferência ⁶⁸
	Treino em competências de comunicação ²³	Melhoria da comunicação ²³
	Liderança e Cultura Organizacional Positiva	
	Estratégia	Outcome
	Participação da equipa na construção da <i>checklist</i> , padronização de protocolos e procedimentos ⁴⁷	Implementação da <i>checklist</i> bem recebida por 87% dos participantes. Melhorou a consciência situacional e a segurança do doente 47
Pós-Operatório	Padronização da Comunicação	
	Estratégia	Outcome
	Checklist com metodologia SBAR e fluxo de trabalho sistematizado ⁶³	Taxa de conformidade de 100% na transferência formal de responsabilidade ⁶³
	Protocolo com padronização da comunicação ^{16,33}	Benefícios e segurança para a pessoa, redução significativa de complicações evitáveis ¹⁶
	Modelo "The HandOver Report" e protocolo para minimizar interrupções ³⁸	Diminuição de falhas na comunicação, aumento da adesão dos cirurgiões e da satisfação dos enfermeiros ³³
	Protocolos padronizados, reforçados com formação contínua ¹⁷	Redução significativa de erros durante a transferência de cuidados ³⁸
	Aumento da presença de cirurgiões e intensivistas no <i>bandoff</i> ²¹	Redução do tempo, do erro e de omissões, melhoria na adesão às melhores práticas de <i>bandoff</i> , elevada satisfação dos profissionais ¹⁷
	Protocolo padronizado IPASS ²⁹	Melhoria na transmissão de informações críticas, sem aumento substancial no tempo do <i>bandoff</i> ²¹
	Padronização na transferência de cuidados ²⁷	Melhoria significativa na transferência de responsabilidade, melhorando a comunicação entre equipas ²⁹
	Intervenção combinada (relatório telefónico, mnemónica para padronizar o processo de transferência e melhoria do registo eletrónico) ⁵⁹	Melhoria na comunicação e na satisfação da equipa ²⁷
	Handover sequencial <i>versus</i> multitarefa ²⁵	Aumento significativo da satisfação das equipas, maior eficácia e qualidade do processo ³⁹
	Adoção de um protocolo de transferência em ambientes académicos ⁶⁶	A multitarefa é uma prática comum, embora não seja a preferida pelos profissionais. Recomenda-se investigação para avaliar o impacto na segurança da pessoa ²⁵
	Metodologia SBAR e introdução de uma pausa antes da transferência de informação ⁶²	A satisfação dos clínicos aumentou significativamente em relação à eficiência e qualidade da informação transmitida. Melhoria da formação clínica e segurança da pessoa ⁶⁶

Pós-Operatório (cont.)	Implementação da metodologia “Operation Hard Stop” (relatório verbal e escrito estruturado, além de um “time-out”)⁵⁷ Procedimento padronizado de transferência baseada no modelo TeamSTEPPS utilizando a mnemónica PATIENT. A sustentabilidade concentra-se em ciclos contínuos de planeamento, formação, avaliação e implementação, para melhorar continuamente o processo⁵² Checklist e nota de transferência eletrónica²⁸ Ferramenta de transferência por escrito – WHAT (Written Handoff Anesthesia Tool)⁵⁴ Implementação de <i>checklist</i>^{19,20,26,27,30,34,42,45,48,56,67} Metodologia SBAR ou ISBAR^{35,36,39,40,49,53,61,65}	Melhoria da concentração dos enfermeiros, redução da perda de informação, diminuição de falhas na comunicação e aumento na segurança da pessoa⁶² Melhoria significativa na segurança e satisfação das equipas⁵⁷ Melhoria significativa na qualidade da transferência, na perceção de segurança do doente e na satisfação dos profissionais, com menos erros e maior confiança no processo⁵² Melhoria na comunicação de informações entre diferentes equipas²⁸ Redução de falhas na transmissão de informações críticas, melhoria da qualidade da comunicação e satisfação dos profissionais⁵⁴ Facilitador da comunicação, reduziu falhas na transferência de informação⁴² Melhoria na transmissão de informações essenciais, com redução significativa de interrupções e melhoria da fluidez. O tempo de transferência aumentou, mas resultou em maior qualidade e segurança na comunicação. A satisfação da equipa foi alta¹⁹ Maior quantidade de informação transmitida. A duração média da transferência é aumentada em um minuto³⁰ Reduziu erros de omissão e melhorou significativamente a precisão da transferência de informação²⁶ Melhoria da qualidade da comunicação, transferência de responsabilidade mais eficaz, aumento da satisfação dos profissionais²⁷ Melhoria da qualidade da comunicação, transferência de responsabilidade mais eficaz, aumento da satisfação dos profissionais²⁷ Melhoria da qualidade da transferência, menos omissões de informação³⁰ Melhoria da comunicação e da segurança do doente³⁴ Aumento significativo na completude das passagens de informação, melhoria na comunicação percebida⁴⁵ Melhoria da precisão do relatório e aumento da adequação da transferência. Não aumentou o tempo de passagem de informação. Diminuiu a perda de informação e necessidade de esclarecimento entre os prestadores⁴⁸ Aumento significativo da quantidade de informação transmitida com ligeiro aumento de tempo para o efeito. A recomendação oral sem <i>checklist</i> não resultou em melhorias significativas na qualidade do <i>bandover</i>⁶⁷ Melhoria significativa na satisfação com a comunicação e compreensão do plano pós-operatório. Não houve melhorias na comunicação sobre o estado geral da pessoa ou no risco para a segurança da mesma devido a erros de comunicação⁵⁶ Redução de omissões críticas³⁵ Melhoria significativa da qualidade da transferência de cuidados³⁹ Melhoria significativa na adesão aos princípios de comunicação estruturada⁴⁰ Alterou positivamente a estrutura da comunicação e a organização do fluxo de trabalho. A satisfação com a mudança de turno aumentou, eliminando discrepâncias entre grupos profissionais⁶¹ Melhoria significativa na comunicação de dados clínicos essenciais⁴⁹ Melhoria na estrutura da comunicação e aumento na retenção da informação (interrupções durante o <i>bandover</i> demonstraram ser um fator de interferência na retenção de informação)⁵³ Melhoria significativa da cultura de segurança do doente e da qualidade da comunicação nas equipas⁶⁵ Melhorou significativamente os comportamentos de segurança dos enfermeiros³⁶
	Tecnologia e Ferramentas Digitais	
	Estratégia Formulário SBAR eletrónico¹³ Intervenção combinada (relatório telefónico, mnemónica para padronizar o processo de transferência e melhoria do registo eletrónico)⁵⁹ Ferramenta padronizada, integrada no registo eletrónico, capaz de gerar registos automatizados e individualizados¹⁸ Formulário eletrónico^{15,28,41,55}	Outcome Melhoria da qualidade da informação transmitida, diminuição do tempo de transferência¹³ A satisfação dos profissionais com o relatório telefónico duplicou, e houve uma perceção de maior eficácia e qualidade do processo⁵⁹ Redução do risco associado às transferências de responsabilidade¹⁸ Melhoria da comunicação, redução de falhas na transmissão de informação¹⁵ Redução do tempo de transferência, aumento da satisfação dos profissionais e da perceção da comunicação⁴¹ Redução de erros na comunicação, melhoria na partilha de informação, aumento da satisfação dos profissionais. Recomenda-se a utilização simultânea de dispositivos eletrónicos para facilitar a consulta durante a transferência de cuidados⁵⁵ Melhoria na comunicação de informações entre diferentes equipas²⁸

Pós-Operatório (cont.)	Formação e Treino	
	Estratégia	Outcome
	Sessões educativas de carácter obrigatório num período de seis meses²¹ Webinar didático e prática simulada¹³ Prática simulada na implementação da metodologia SBAR⁶³ Formação contínua em metodologia ISBAR⁴⁹ Aumento dos programas contínuos de formação na metodologia ISBAR⁵⁰ Formação online em metodologia ISBAR⁴⁰ Metodologia SBAR e COLD (Conectar, Observar, Ouvir, Delegar)⁶⁴ Protocolos padronizados, reforçados com formação contínua^{17,33}	Melhoria na comunicação, não avaliou o impacto em resultados clínicos²¹ Melhoria da comunicação interpessoal¹³ Fundamental para a taxa de conformidade nas transferências⁶³ Aumenta a conformidade com o ISBAR⁴⁹ A conformidade com os princípios de transferência ISBAR melhorou ao longo do tempo com o aumento da formação contínua⁵⁰ Melhoria significativa na adesão aos princípios de comunicação estruturada. Reforço da importância da formação contínua na padronização da comunicação⁴⁰ O estudo destacou a importância da formação contínua⁶⁴ Diminuição de falhas na comunicação, aumento da adesão dos cirurgiões e da satisfação dos enfermeiros³³ Redução do tempo, de erros e omissões, melhoria na adesão às melhores práticas de <i>handoff</i>, elevada satisfação dos profissionais¹⁷
Shift to Shift	Liderança e Cultura Organizacional Positiva	
	Estratégia	Outcome
	Metodologia ISBAR⁴⁹ Metodologia SBAR e COLD (Conectar, Observar, Ouvir, Delegar)⁶⁴ Auditoria à transferência da responsabilidade de cuidados⁶⁰	A adesão dos profissionais está relacionada com aspetos de liderança e cultura organizacional⁴⁹ Contribuiu para a melhoria da comunicação e da segurança da pessoa. Importância do envolvimento da liderança⁶⁴ Transferências informais, com tensão inerente. Sugere-se um procedimento formal, que integre elementos informais e culturais, para promover a segurança do doente⁶⁰
	Padronização da Comunicação	
	Estratégia	Outcome
	Documento padronizado na passagem de turno⁴³ Metodologia SBAR, inicialmente em papel e depois em formato eletrónico^{22,58} Metodologia SBAR⁵¹	Melhoria da transferência de responsabilidade com impacto significativo na redução de erros terapêuticos⁴³ Melhoria da padronização da comunicação (menos dispersão, maior objetividade)⁵⁸ Melhoria da consciência situacional das equipas, promovendo um fluxo de informação mais claro e eficiente. Redução do tempo da mudança de turno e das rondas interdisciplinares²² Redução do tempo gasto em tarefas não essenciais⁵¹
Shift to Shift	Tecnologia e Ferramentas Digitais	
	Estratégia	Outcome
	SBAR eletrónico ^{22,51,58}	Aumento da acessibilidade e da mobilidade da informação⁵⁸ Melhoria da consciência situacional e da perceção coletiva das equipas, promovendo um fluxo de informação mais claro e eficiente²² Redução do tempo gasto em tarefas não essenciais. A implementação eletrónica melhorou ainda mais a eficiência⁵¹
	Formação e Treino	
	Estratégia	Outcome
	Formação, simulação e treino na metodologia SBAR ^{22,24,46}	Clinicamente benéfico, com redução de erros médicos²⁴ Melhoria significativa na comunicação entre enfermeiros⁴⁶ Fluxo de informação mais claro e eficiente²²
Shift to Shift	Liderança e Cultura Organizacional Positiva	
	Estratégia	Outcome
	Template para uniformizar a transmissão da informação³² 12 princípios e 5 mudanças institucionais para reestruturar a comunicação cirúrgica³¹	O envolvimento e participação dos clínicos na conceção e implementação do modelo foi um fator crucial para a aceitação e sucesso do processo³² Destaque para a necessidade de mudanças culturais profundas para melhorar a eficiência e segurança na passagem de informação entre cirurgiões e equipas hospitalares³¹

Legenda:

ISBAR – Identificação, Situação, Background, Avaliação e Recomendações

SBAR – Situação, Background, Avaliação e Recomendações

IPASS – Illness severity, Patient summary, Action list, Situational awareness and contingency planning, Synthesis by receiver

TeamSTEPPS – Modelo estruturado utilizado pelo Departamento de Defesa dos EUA com evidências na melhoria na comunicação, segurança do paciente e redução de erros relacionados com falhas de comunicação. Inspirado nos processos de comunicação da indústria da aviação, o TeamSTEPPS fornece uma estrutura conceptual concebida para orientar projetos de mudança com foco na comunicação eficaz na área da saúde para melhorar a segurança do paciente

PATIENT – Procedure (quick scan patient, preop assessment and current condition, position, pacemaker); Anesthesia, Antibiotic, Airway, Allergies; Temperature; IVs/invasive lines; ETCO2 (ventilation parameters); Narcotics; Twitches (neuromuscular monitoring, degree of paralysis)

estudos evidenciado a redução do tempo de transferência com a introdução de protocolos padronizados, sem prejuízo da qualidade da transferência.^{17,22} Por outro lado, alguns estudos evidenciaram um ligeiro aumento do tempo de transferência, sendo nestes casos verificada uma melhoria da qualidade e da completude da informação transmitida.^{19,20,67}

A evidência científica reforça que a transferência estruturada da responsabilidade de cuidados através da adoção de protocolos padronizados de comunicação, em conjunto com o uso de *checklists* adaptadas a cada contexto de cuidados, permite reduzir falhas na comunicação entre as equipas multidisciplinares, promover a continuidade e segurança dos cuidados, aumentar a conformidade com boas práticas clínicas reforçando a rastreabilidade e responsabilidade em cada momento de transição de cuidados.

O estudo de Halterman e colaboradores demonstrou que a introdução da metodologia SBAR numa unidade de recobro reduziu significativamente os episódios de dor intensa e de dessaturação, sugerindo que a melhoria na qualidade da informação transmitida influencia a vigilância clínica pós-operatória, a redução de complicações evitáveis e a segurança do doente.⁶⁹ Também o estudo realizado por Nasiri e colaboradores corrobora os resultados obtidos na presente *Scoping Review*, onde a introdução de uma *checklist* de verificação para a transferência de cuidados em contexto intraoperatório teve um impacto positivo na qualidade da comunicação, na diminuição de omissões de informação, bem como no aumento da satisfação das equipas cirúrgicas.⁷⁰

O recurso à **tecnologia e ferramentas digitais**, com a incorporação de protocolos estruturados de transferência no registo clínico eletrónico, teve um efeito positivo na eficiência e fluidez da comunicação da informação^{13,15,22,23,28,41,51,55,59}, diminuiu o tempo de transferência^{13,41} e aumentou a acessibilidade e a mobilidade da informação⁵⁸, sendo especialmente relevante em contextos de elevada complexidade clínica ou grande volume cirúrgico, onde a comunicação eficaz e o acesso rápido a dados atualizados são essenciais para a tomada de decisão.

A integração de ferramentas digitais nos sistemas de registo clínico tem ainda o potencial de melhorar a consciência situacional e a perceção coletiva das equipas²², reduzir erros, omissões^{15,23,55} e eventos adversos¹⁴, promovendo a segurança na transição^{14,18} bem como a satisfação dos profissionais^{41,55}.

Os resultados do estudo realizado por Abraham, onde foi avaliada a qualidade das transferências

intraoperatórias com relatórios de transferência estruturados e padronizados, integrados no registo clínico eletrónico, revelaram: aumento significativo na completude, consistência e clareza da informação transmitida; redução de erros e omissões; diminuição significativa na duração da transferência; promoção de cuidados seguros e melhoria da satisfação dos profissionais.⁷¹

A **formação e treino** em competências de comunicação através da promoção e implementação de programas de formação contínua e prática simulada, demonstraram ser fundamentais para a adoção sustentada das ferramentas de comunicação, evidenciando-se melhoria na qualidade da comunicação estruturada com um fluxo de informação mais claro e eficiente^{13,21-23,40,46,50,64,68}, reforço da adesão dos profissionais ao protocolo padronizado^{17,33,37,49,50,63}, diminuição de erros e omissões na comunicação^{17,33}, redução de erros médicos²⁴, redução do tempo de transferência¹⁷ e aumento da satisfação dos profissionais^{17,33}.

A eficácia de uma transferência de cuidados estruturada, através de protocolos padronizados, depende não apenas da adoção das ferramentas em si, mas sobretudo da forma como estas são desenvolvidas, introduzidas e sustentadas em contexto clínico. O sucesso de qualquer estratégia desenvolvida ou adotada está dependente da aceitação da equipa, pelo que é preponderante que esta seja envolvida e motivada desde o início do projeto.

Quando essas ferramentas são introduzidas de forma isolada, sem treino específico, envolvimento ativo das equipas e apoio institucional consistente, a sua aplicação na prática clínica torna-se limitada e o seu potencial de impacto na segurança do doente significativamente reduzido.

Esta perspetiva é reforçada pelo estudo de Irawati e colaboradores, onde é demonstrado que a aplicação da metodologia SBAR em unidades de internamento resulta em elevados níveis de desempenho comunicacional, no entanto, a formação contínua é um fator determinante para assegurar a adoção sustentada e eficaz destas práticas.⁷²

Paquette e colaboradores corroboram a necessidade de os profissionais de saúde serem treinados para utilizar essas ferramentas de forma eficaz e reconhecerem a sua importância.⁷³ Estes defendem ainda que o trabalho em equipa é fundamental para proporcionar transferências perioperatórias eficazes e confiáveis, devendo os profissionais de saúde estar munidos de competências fundamentais de trabalho em equipa para melhorar a eficácia, a adesão às

ferramentas de transferência e, em última análise, a segurança do doente.⁷³

Por último constata-se que a adesão dos profissionais está relacionada com aspetos de **Liderança e Cultura Organizacional Positiva**. O envolvimento das lideranças e das equipas na conceção e implementação de modelos, protocolos e procedimentos padronizados e estruturados foi associado a um aumento da adesão das equipas e sucesso do processo^{32,47,49,64}, com efeito positivo na qualidade da comunicação⁶⁴, melhoria da consciência situacional⁴⁷, diminuição de erros críticos^{47,62,65} e aumento da segurança do doente^{31,47,64}. Foi ainda dado destaque para a necessidade de um procedimento formal, que integre elementos informais e culturais, para melhorar a eficiência e promover a segurança do doente.^{31,60}

A adoção de formatos estruturados no *handover* perioperatório tem demonstrado reduzir significativamente erros e omissões na comunicação, fatores fortemente relacionados com eventos adversos evitáveis. Contudo, como Hada e Coyer ressaltam, a eficácia destas intervenções depende da existência de apoio institucional sólido, com apoio claro das lideranças de enfermagem, direção clínica e gestão de risco para a definição e aplicação de políticas institucionais claras e sustentáveis de melhoria da segurança.⁷⁴

Globalmente, os resultados dos estudos incluídos na revisão demonstram que a implementação bem-sucedida de estratégias facilitadoras da transferência da responsabilidade de cuidados no período perioperatório exige uma abordagem multifatorial. A conjugação de transferências de cuidados estruturadas, suporte tecnológico, formação contínua adaptada ao contexto, envolvimento das lideranças clínicas e uma cultura organizacional positiva contribuem para uma melhoria clara e mensurável na transferência de cuidados no período perioperatório, com evidência positiva em múltiplos domínios, nomeadamente ao nível dos indicadores clínicos (como a redução de eventos adversos) e organizacionais (como a satisfação das equipas e a rastreabilidade da informação).

Neste sentido, considera-se que os dados reunidos nesta *Scoping Review* permitiram informar os serviços e as instituições, sobre quais as estratégias facilitadoras da comunicação que podem ser usadas no período perioperatório.

A adoção consistente de estratégias facilitadoras da transferência da responsabilidade de cuidados, de acordo com a especificidade de cada contexto, deve

ser considerada uma prioridade institucional, nos planos de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, sendo fundamental apostar na formação e treino dos profissionais, envolver as lideranças de enfermagem, direção clínica e gestão de risco na definição de políticas institucionais claras.

Considerando que cada ambiente de saúde tem os seus próprios problemas e desafios relacionados com as transferências de responsabilidade, a *Joint Commission* enfatiza a importância de as organizações de saúde identificarem as causas das falhas na comunicação durante as transferências de responsabilidade e as barreiras à melhoria em cada ambiente, e então identifique, implemente e valide estratégias adaptadas a cada contexto, que melhorem o desempenho.⁶ Neste sentido, investigação que analise as barreiras organizacionais e individuais para a adesão às estratégias facilitadoras da transferência da qualidade dos cuidados, pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes e adaptadas a cada contexto de cuidados, bem como influenciar positivamente a adesão das equipas.

Apesar da diversidade metodológica dos estudos incluídos, constata-se que a maioria se enquadra nos níveis 2 e 3 da hierarquia de evidência do JBI, destacando-se estudos quase-experimentais com desenho pré e pós-intervenção como a fonte principal de dados empíricos sobre os efeitos das estratégias implementadas. Foram incluídos dois estudos classificados como ensaio clínico randomizado, refletindo a escassez de investigação de alto nível metodológico neste domínio específico da prática perioperatória. Por outro lado, a presença significativa de estudos observacionais e qualitativos demonstra o reconhecimento da importância das abordagens centradas na experiência dos profissionais, na cultura organizacional e nos fatores contextuais que influenciam a eficácia das estratégias de transferência de cuidados.

A revisão abarcou um extenso intervalo de tempo, permitindo uma análise evolutiva das estratégias implementadas.

Esta *Scoping Review* apresenta algumas limitações que devem ser reconhecidas e consideradas na interpretação dos resultados: em primeiro lugar apenas foram considerados estudos primários, o que permitiu uma maior robustez dos resultados, no entanto não foram analisados outros estudos, nem literatura cinzenta. Durante o processo de triagem dos artigos não foi possível aceder a texto completo de dois artigos.

Conclusões

A presente revisão mapeou as estratégias facilitadoras da transferência da responsabilidade de cuidados no período perioperatório, identificando padrões e categorizando abordagens nos diferentes contextos hospitalares. As estratégias mapeadas foram categorizadas em quatro eixos temáticos: Padronização da Comunicação; Tecnologia e Ferramentas Digitais; Formação e Treino; Liderança e Cultura Organizacional Positiva.

A *Scoping Review* informa que a padronização da comunicação com a adoção de protocolos estruturados de comunicação pode ter um efeito positivo na redução de erros e omissões durante a transferência de cuidados e melhora a qualidade da comunicação. A utilização da tecnologia e das ferramentas digitais, evidenciando-se a adoção de registos eletrónicos e sistemas de informação integrados, é relevante para a eficiência e fluidez da comunicação e promove a acessibilidade e a mobilidade da informação. A formação e treino em competências de comunicação demonstraram ser fundamentais para a adoção sustentada das ferramentas de comunicação, influenciando positivamente a adesão dos profissionais ao protocolo implementado. Por último, o envolvimento das lideranças e uma cultura organizacional positiva pode ter uma influência preponderante na adesão das equipas e no sucesso de qualquer medida implementada.

O sucesso da melhoria da comunicação na transição de cuidados depende fortemente da aceitação e envolvimento ativo das equipas multidisciplinares, sendo essencial que estas participem em todo o processo. Neste contexto, a criação de um ambiente organizacional positivo e colaborativo, sustentado pelo envolvimento das lideranças, revela-se fundamental.

Da análise dos estudos conclui-se não existir uma abordagem única para otimizar a transferência da responsabilidade de cuidados, sendo fulcral implementar procedimentos combinados que incluam protocolos estruturados, suporte tecnológico e formação contínua associados a uma cultura organizacional positiva.

Considera-se que os dados reunidos nesta *Scoping Review* nos dão informações para a organização e segurança dos cuidados em ambiente cirúrgico, considerando que o período perioperatório é especialmente vulnerável a falhas de comunicação. A adoção consistente das estratégias facilitadoras da transferência da responsabilidade de cuidados identificadas no estudo, deve ser considerada uma

prioridade institucional, nos planos de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, sendo fundamental apostar na formação e treino dos profissionais, envolver as lideranças de enfermagem, direção clínica e gestão de risco na definição de políticas institucionais claras.

Emerge a necessidade de investigação mais aprofundada, com foco no impacto clínico e sustentabilidade do processo a longo prazo, com o intuito de consolidar as práticas que garantam transições de cuidados eficazes, seguras e centradas no doente. Assim propõe-se o desenvolvimento de estudos multicêntricos com desenhos metodológicos robustos, que objetivem a avaliação do impacto clínico direto destas intervenções, com a redução de eventos adversos como infeções, readmissões e tempo de internamento, uma vez que os estudos incluídos fazem referência a variáveis processuais ou percecionais, sem evidência consistente sobre os benefícios concretos para o doente. Por outro lado, seria pertinente explorar: a sustentabilidade a longo prazo das estratégias implementadas; a eficácia comparativa entre diferentes modelos padronizados, o papel das lideranças clínicas e da cultura organizacional na adoção e adesão às ferramentas de transferência estruturada; bem como a adaptação destas práticas a diferentes contextos, como unidades de pequena dimensão, serviços de ambulatório ou instituições com recursos tecnológicos limitados. Outra linha de investigação prende-se com o impacto da tecnologia digital, nomeadamente a integração e interoperabilidade de registos eletrónicos, sistemas de apoio à decisão e plataformas de comunicação segura, como reforço na qualidade da transferência de informação e na redução de omissões críticas.



Conflitos de interesse

As autoras declaram não existir conflitos de interesses durante a realização da presente *Scoping Review*.

Financiamento

O estudo não foi objeto de financiamento.

Referências Bibliográficas

1. DGS. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. [Internet]. 2011. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?isAllowed=y&sequence=4

2. DGS. Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 001/2017 [Internet]. 2017. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
3. DGS. Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 [Internet]. 2022. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
4. WHO. PLANO DE AÇÃO GLOBAL PARA A SEGURANÇA DO DOENTE 2021–2030 [Internet]. 2021. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/plano-de-acao-global-para-a-seguranca-do-doente-2021-2030/>
5. Despacho nº 9390 de 24 de setembro [Internet]. Diário de República, 2.ª Série, nº 187 2021. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
6. Joint Commission. Sentinel Event Alert 58: Inadequate hand-off communication [Internet]. Department of Corporate Communications; 2017. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/en-us/knowledge-library/newsletters/sentinel-event-alert/issue-58>
7. Boat A, Spaeth J. Handoff checklists improve the reliability of patient handoffs in the operating room and postanesthesia care unit. *Paediatr Anaesth* [Internet]. Julho de 2013;23(7):647–54. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23683085&lang=pt-pt&site=ehost-live>
8. Barroso F, Sales L, Susana R. Guia Prático para a Segurança do Doente. 1.ª edição. Lidel – Edições Técnicas; 2021.
9. Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z. JBI manual for evidence synthesis [Internet]. JBI; 2024. Disponível em: <https://jbi.global/news/article/jbi-updates-methodological-guidance-0>
10. Regulamento n.º 429 de 16 de julho [Internet]. Diário da República, 2.ª Série, nº 135 2018. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
11. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med* [Internet]. 2 de outubro de 2018 [citado 7 de setembro de 2024];169(7):467–73. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850>
12. JBI. JBI Levels of Evidence [Internet]. 2014. Disponível em: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
13. Weinger M, Slagle J, Kuntz A, Schildcrout J, Banerjee A, Mercaldo N, et al. A Multimodal Intervention Improves Postanesthesia Care Unit Handovers. *Anesth Analg* [Internet]. Outubro de 2015;121(4):957–71. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=25806398&lang=pt-pt&site=ehost-live>
14. Saha A, Segal S. A Quality Improvement Initiative to Reduce Adverse Effects of Transitions of Anesthesia Care on Postoperative Outcomes: A Retrospective Cohort Study. *Anesthesiology* [Internet]. 1 de março de 2024;140(3):387–98. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=37976442&lang=pt-pt&site=ehost-live>
15. Henderson P, Landford W, Gardenier J, Otterburn D, Rohde C, Spector J. A Simple, Visually Oriented Communication System to Improve Postoperative Care Following Microvascular Free Tissue Transfer: Development, Results, and Implications. *J Reconstr Microsurg* [Internet]. Julho de 2016;32(6):464–9. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26872024&lang=pt-pt&site=ehost-live>
16. Hall M, Robertson J, Merkel M, Aziz M, Hutchens M. A Structured Transfer of Care Process Reduces Perioperative Complications in Cardiac Surgery Patients. *Anesth Analg* [Internet]. Agosto de 2017;125(2):477–82. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=28504990&lang=pt-pt&site=ehost-live>
17. Geoffrion TR, Lynch IP, Hsu W, Phelps E, Minhajuddin A, Tsai E, et al. An Implementation Science Approach to Handoff Redesign in a Cardiac Surgery Intensive Care Unit. *Ann Thorac Surg* [Internet]. junho de 2020;109(6):1782–8. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=31706873&lang=pt-pt&site=ehost-live>
18. Abraham J, King C, Meng A. Ascertaining Design Requirements for Postoperative Care Transition Interventions. *Appl Clin Inform* [Internet]. Janeiro de 2021;12(1):107–15. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=33626584&lang=pt-pt&site=ehost-live>
19. López-Parra M, Porcar-Andreu L, Arizu-Puigvert M, Pujol-Caballé G. Cohort Study on the Implementation of a Surgical Checklist from the Operating Room to the Postanesthesia Care Unit. *J Perianesthesia Nurs Off J Am Soc PeriAnesthesia Nurses* [Internet]. abril de 2020;35(2):155–9. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=31955896&lang=pt-pt&site=ehost-live>
20. Park L, Yang G, Tan KS, Wong C, Oskar S, Borchardt R, et al. Does Checklist Implementation Improve Quantity of Data Transfer: An Observation in Postanesthesia Care Unit (PACU). *Open J Anesthesiol* [Internet]. Abril de 2017;7(4):69–82. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29780662&lang=pt-pt&site=ehost-live>
21. Mukhopadhyay D, Wiggins-Dohlvik KC, MrDutt MM, Hamaker JS, Machen GL, Davis ML, et al. Implementation of a standardized handoff protocol for post-operative admissions to the surgical intensive care unit. *Am J Surg* [Internet]. Janeiro de 2018;215(1):28–36. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=28823594&lang=pt-pt&site=ehost-live>
22. Cornell P, Townsend-Gervis M, Vardaman JM, Yates L. Improving situation awareness and patient outcomes through interdisciplinary rounding and structured communication. *J Nurs Adm* [Internet]. Março de 2014;44(3):164–9. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24531289&lang=pt-pt&site=ehost-live>
23. Wong H, Forrest D, Healey A, Shirafkan H, Hanna G, Vincent C, et al. Information needs in operating room teams: what is right, what is wrong, and what is needed? *Surg Endosc* [Internet]. Junho de 2011;25(6):1913–20. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21136100&lang=pt-pt&site=ehost-live>
24. Telem D, Buch K, Ellis S, Coakley B, Divino C. Integration of a formalized handoff system into the surgical curriculum: resident perspectives and early results. *Arch Surg Chic Ill 1960* [Internet]. Janeiro de 2011;146(1):89–93. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21242451&lang=pt-pt&site=ehost-live>
25. Rensen E, Groen E, Numan S, Smit M, Cremer O, Tates K, et al. Multitasking during patient handover in the recovery room. *Anesth Analg* [Internet]. Novembro de 2012;115(5):1183–7. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22984152&lang=pt-pt&site=ehost-live>
26. Bruno G, Guimond M. Patient Care Handoff in the Postanesthesia Care Unit: A Quality Improvement Project. *J Perianesthesia Nurs Off J Am Soc PeriAnesthesia Nurses* [Internet]. Abril de 2017;32(2):125–33. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=28343638&lang=pt-pt&site=ehost-live>
27. Petrovic M, Aboumatar H, Baumgartner W, Ulatowski J, Moyer J, Chang T, et al. Pilot implementation of a perioperative protocol to guide operating room-to-intensive care unit patient handoffs. *J Cardiothorac Vasc Anesth* [Internet]. Fevereiro de 2012;26(1):11–6. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21889365&lang=pt-pt&site=ehost-live>
28. Shah A, Herstein A, Flynn-O'Brien K, Oh D, Xue A, Flanagan M. Six Sigma Methodology and Postoperative Information Reporting: A Multidisciplinary Quality Improvement Study With Interrupted Time-Series Regression. *J Surg Educ* [Internet]. Julho de 2019;76(4):1048–67. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=30954426&lang=pt-pt&site=ehost-live>
29. Schmidt R, Vibbert M, Vernick C, Mendelson A, Harley C, Labella G, et al. Standardizing postoperative handoffs using the evidence-based IPASS framework through a multidisciplinary initiative improves handoff communication for neurosurgical patients in the neuro-intensive care unit. *J Clin Neurosci Off J Neurosurg Soc Australas* [Internet]. Outubro de 2021;92:67–74. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=34509265&lang=pt-pt&site=ehost-live>

30. Qian X, Lui KY, Li S, Song X, Xu J, Dou R, et al. Structured postoperative handover protocol improves efficiency and quality of interdisciplinary communication and nursing care in surgical intensive care unit: a randomized controlled trial. *Updat Surg* [Internet]. Janeiro de 2024;76(1):289–98. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdb&AN=37277673&lang=pt-pt&site=ehost-live>
31. Williams R, Silverman R, Schwind C, Fortune J, Sutyak J, Horvath K, et al. Surgeon information transfer and communication: factors affecting quality and efficiency of inpatient care. *Ann Surg* [Internet]. Fevereiro de 2007;245(2):159–69. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdb&AN=17245166&lang=pt-pt&site=ehost-live>
32. Clark C, Sindell S, Koehler R. Template for success: using a resident-designed sign-out template in the handover of patient care. *J Surg Educ* [Internet]. janeiro de 2011;68(1):52–7. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdb&AN=21292216&lang=pt-pt&site=ehost-live>
33. Petrovic M, Aboumatar H, Scholl A, Gill R, Krenzschek D, Camp M, et al. The perioperative handoff protocol: evaluating impacts on handoff defects and provider satisfaction in adult perianesthesia care units. *J Clin Anesth* [Internet]. Março de 2015;27(2):111–9. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdb&AN=25541368&lang=pt-pt&site=ehost-live>
34. Arenas A, Tabaac B, Fastovets G, Patil V. Undivided attention improves postoperative anesthesia handover recall. *Adv Med Educ Pract* [Internet]. 10 de julho de 2014;5:215–20. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdb&AN=25031549&lang=pt-pt&site=ehost-live>
35. Halterman R, Gaber M, Janjua M, Hogan G, Cartwright S. Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff. *J Perianesthesia Nurs Off J Am Soc PeriAnesthesia Nurses* [Internet]. Agosto de 2019;34(4):834–41. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdb&AN=30745080&lang=pt-pt&site=ehost-live>
36. Njambi M, Rawson H, Redley B. A brief intervention to standardize postanesthetic clinical handoff. *Nurs Health Sci* [Internet]. Março de 2021;23(1):219–26. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdb&AN=33368896&lang=pt-pt&site=ehost-live>
37. Karamchandani K, Fitzgerald K, Carroll D, Trauger M, Ciccocioppo LA, Hess W, et al. A Multidisciplinary Handoff Process to Standardize the Transfer of Care Between the Intensive Care Unit and the Operating Room. *Qual Manag Health Care* [Internet]. Outubro de 2018;27(4):215–22. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=132180561&lang=pt-pt&site=ehost-live>
38. Krimminger D, Sona C, Thomas-Horton E, Schallom M. A Multidisciplinary QI Initiative to Improve OR-ICU Handovers: Making progress on safe patient transfer. *AJN Am J Nurs* [Internet]. Fevereiro de 2018;118(2):48–59. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=127753198&lang=pt-pt&site=ehost-live>
39. Leonardsen AC, Klavestad Moen E, Karlsøen G, Hovland T. A quantitative study on personnel's experiences with patient handovers between the operating room and the postoperative anesthesia care unit before and after the implementation of a structured communication tool. *Nurs Rep* [Internet]. Janeiro de 2019;9(1):1–5. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=138187942&lang=pt-pt&site=ehost-live>
40. Kitney P, Bramley D, Tam R, Simons K. Perioperative handover using ISBAR at two sites: A quality improvement project. *J Perioper Nurs* [Internet]. 2018;31(4):17–25. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=133599306&lang=pt-pt&site=ehost-live>
41. Sun YK, Shih WC, Cheng KH. An Electronic Handover System to Improve Information Transfer for Surgical Patients. *CIN Comput Inform Nurs* [Internet]. Dezembro de 2018;36(12):610–4. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=133443772&lang=pt-pt&site=ehost-live>
42. Silva S, Nascimento E, Hermida P, Sena A, Klein T, Pinho F. Checklist para passagem de plantão de pacientes em pós-operatório imediato na admissão em terapia intensiva. *Enferm Em Foco* [Internet]. 2016;7(1):13–7. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=116593856&lang=pt-pt&site=ehost-live>
43. Wong X, Tung YJ, Peck SY, Goh ML. Clinical nursing handovers for continuity of safe patient care in adult surgical wards: a best practice implementation project. *JBI Database Syst Rev Implement Rep* [Internet]. Maio de 2019;17(5):1003–15. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdb&AN=31090654&lang=pt-pt&site=ehost-live>
44. LeBlanc J, Donnon T, Hutchison C, Duffy P. Development of an orthopedic surgery trauma patient handover checklist. *Can J Surg J Can Chir* [Internet]. Fevereiro de 2014;57(1):8–14. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdb&AN=24461220&lang=pt-pt&site=ehost-live>
45. Ebertz D, Steinhagen E, Alvarado C, Bingmer K, Asher D, Berardinelli A, et al. Eliminating Hands-Off Handoffs: Improvement in Perioperative Handoff Communication With a Multidisciplinary Tool Initiative. *J Healthc Qual Off Publ Natl Assoc Healthc Qual* [Internet]. Maio de 2024;46(3):168–76. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdb&AN=38214596&lang=pt-pt&site=ehost-live>
46. Usher R, Cronin S, York N. Evaluating the Influence of a Standardized Bedside Handoff Process in a Medical-Surgical Unit. *J Contin Educ Nurs* [Internet]. 1 de abril de 2018;49(4):157–63. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdb&AN=29596702&lang=pt-pt&site=ehost-live>
47. Wright S. Examining transfer of care processes in nurse anesthesia practice: introducing the PATIENT protocol. *AANA J* [Internet]. Junho de 2013;81(3):225–32. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdb&AN=23923675&lang=pt-pt&site=ehost-live>
48. Robins HM, Dai F. Handoffs in the Postoperative Anesthesia Care Unit: Use of a Checklist for Transfer of Care. *AANA J* [Internet]. 2015;83(4):264–8. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=108846400&lang=pt-pt&site=ehost-live>
49. Kitney P, Tam R, Bennett P, Buttigieg D, Bramley D, Wang W. Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. *ORNAC J* [Internet]. 2017;35(1):13–26. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=123942347&lang=pt-pt&site=ehost-live>
50. Kitney P, Tam R, Bramley D, Simons K. Handover using ISBAR principles in two perioperative sites – A quality improvement project. *J Perioper Nurs* [Internet]. 2020;33(4):e-38–e-45. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=148372359&lang=pt-pt&site=ehost-live>
51. Cornell P, Gervis M, Yates L, Vardaman J. Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *Med Surg Nurs Off J Acad Med-Surg Nurses* [Internet]. setembro de 2014;23(5):334–42. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdb&AN=26292447&lang=pt-pt&site=ehost-live>
52. Canale M. Implementation of a Standardized Handoff of Anesthetized Patients. *AANA J* [Internet]. 2018;86(2):137–45. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=128916549&lang=pt-pt&site=ehost-live>
53. Randmaa M, Swenne C, Mårtensson G, Högberg H, Engström M. Implementing situation-background-assessment-recommendation in an anaesthetic clinic and subsequent information retention among receivers: A prospective interventional study of postoperative handovers. *Eur J Anaesthesiol* [Internet]. Março de 2016;33(3):172–8. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdb&AN=26760400&lang=pt-pt&site=ehost-live>
54. Lambert L, Adams J. Improved Anesthesia Handoff After Implementation of the Written Handoff Anesthesia Tool (WHAT). *AANA J* [Internet]. Outubro de 2018;86(5):361–70. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdb&AN=31584405&lang=pt-pt&site=ehost-live>
55. Bell E, Benefield D, Vollenweider A, Wilson K, Warren L, Aroke E. Improving Communication Between ICU Nurses and Anesthesia Providers Using a Standardized Handoff Protocol. *J Perianesthesia Nurs Off J Am Soc*

- PeriAnesthesia Nurses [Internet]. Abril de 2023;38(2):200–5. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=36241539&lang=pt-pt&site=ehost-live>
56. Turner C, Haas B, Lee C, Brar S, Detsky M, Munshi L. Improving Communication Between Surgery and Critical Care Teams: Beyond the Handover. *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses* [Internet]. setembro de 2018;27(5):392–7. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=30173172&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 57. Talley D, Dunlap E, Silverman D, Katzer S, Huffines M, Dove C, et al. Improving Postoperative Handoff in a Surgical Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse* [Internet]. Outubro de 2019;39(5):e13–21. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=31575601&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 58. Cornell P, Gervis M, Yates L, Vardaman JM. Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. *J Nurs Adm* [Internet]. Julho de 2013;43(7–8):422–8. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23892308&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 59. Moon T, Gonzales M, Woods A, Fox P. Improving the quality of the operating room to intensive care unit handover at an urban teaching hospital through a bundled intervention. *J Clin Anesth* [Internet]. junho de 2016;31:5–12. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=27185667&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 60. Smith AF, Pope C, Goodwin D, Mort M. Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room. *Br J Anaesth* [Internet]. Setembro de 2008;101(3):332–7. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=18556692&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 61. Kaltoft A, Jacobsen YI, Tangsgaard M, Jensen H. ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery. *J PeriAnesth Nurs* [Internet]. 2022;37(1):34–9. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=154971825&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 62. Servas L, Hayes C, Mayhorn T, Milner K. Navigating the Path to a Sustainable «PACU Pause» and Standardized Perioperative Handoff: A Quality Improvement Project. *J PeriAnesthesia Nurs Off J Am Soc PeriAnesthesia Nurses* [Internet]. Fevereiro de 2022;37(1):44–7. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=34802921&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 63. Tan Y, Tan M. Patient care transition from operating room to post-anaesthesia care unit: Evidence-based project. *Singap Nurs J* [Internet]. 2015;42(1):8–14. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103282447&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 64. Tun KS, Wai KS, Yin Y, Thein MK. Postoperative handover among nurses in an orthopedic surgical setting in Myanmar: a best practice implementation project. *JB I Database Syst Rev Implement Rep* [Internet]. novembro de 2019;17(11):2401–14. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=31425364&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 65. Bonds R. SBAR Tool Implementation to Advance Communication, Teamwork, and the Perception of Patient Safety Culture. *Creat Nurs* [Internet]. 1 de maio de 2018;24(2):116–23. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29871729&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 66. Prasad A, Cios T, Staub-Juergens W, Dziedzina C, Rao S, Singbartl K. Standardization improves postoperative patient handoff experience for junior clinicians. *Am J Manag Care* [Internet]. 1 de junho de 2020;26(6):e184–90. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=32549068&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 67. Salzwedel C, Bartz HJ, Kühnelt I, Appel D, Haupt O, Maisch S, et al. The effect of a checklist on the quality of post-anaesthesia patient handover: a randomized controlled trial. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2013;25(2):176–81. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=144207949&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 68. Jullia M, Tronet A, Fraumar F, Minville V, Fourcade O, Alacoque X, et al. Training in intraoperative handover and display of a checklist improve communication during transfer of care: An interventional cohort study of anaesthesia residents and nurse anaesthetists. *Eur J Anaesthesiol* [Internet]. julho de 2017;34(7):471–6. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=28437261&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 69. Halterman S, Darnell B, Anukam C, Wilkes E, Broxton S. Evaluation of Postanesthesia Handoff Checklist on Patient Outcomes in an Adult Postanesthesia Care Unit. *J PeriAnesth Nurs* [Internet]. Junho de 2025 [citado 29 de julho de 2025];40(3):664–7. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1089947224004027>
 70. Nasiri E, Lotfi M, Mahdavinooor SMM, Rafiei MH. The impact of a structured handover checklist for intraoperative staff shift changes on effective communication, OR team satisfaction, and patient safety: a pilot study. *Patient Saf Surg* [Internet]. Dezembro de 2021 [citado 30 de julho de 2025];15(1):25. Disponível em: <https://pssjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13037-021-00299-1>
 71. Abraham J, King CR, Pedamallu L, Light M, Henrichs B. Effect of standardized EHR-integrated handoff report on intraoperative communication outcomes. *J Am Med Inform Assoc* [Internet]. 1 de outubro de 2024 [citado 2 de agosto de 2025];31(10):2356–68. Disponível em: <https://academic.oup.com/jamia/article/31/10/2356/7724492>
 72. Irawati R, Widoado A, Yulian V. The Effective Communication using SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) of Patient Handover in Inpatient Installation. *J Ber Ilmu Keperawatan* [Internet]. 30 de janeiro de 2025 [citado 29 de julho de 2025];18(1):47–55. Disponível em: <https://journals2.ums.ac.id/bik/article/view/6967>
 73. Paquette S, Kilcullen M, Hoffman O, Hernandez J, Mehta A, Salas E, et al. Handoffs and the challenges to implementing teamwork training in the perioperative environment. *Front Psychol* [Internet]. 15 de junho de 2023 [citado 3 de agosto de 2025];14:1187262. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2023.1187262/full>
 74. Hada A, Coyer F. Shift-to-shift nursing handover interventions associated with improved inpatient outcomes—Falls, pressure injuries and medication administration errors: An integrative review. *Nurs Health Sci* [Internet]. junho de 2021 [citado 29 de julho de 2025];23(2):337–51. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12825>

Submissão 08.08.2025

Aceitação 11.02.2026

Publicação 10.04.2026

Contributos dos autores | *Author's roles*

Contributo <i>Role</i>	Autor 1 <i>Author 1</i>	Autor 2 <i>Author 2</i>	Autor 3 <i>Author 3</i>	Autor 4 <i>Author 4</i>
Conceptualização <i>Conceptualization</i>	☒	☒	☒	☐
Gestão dos dados <i>Data curation</i>	☒	☒	☒	☐
Análise dos dados <i>Formal Analysis</i>	☒	☒	☒	☐
Aquisição de financiamento <i>Funding acquisition</i>	☐	☐	☐	☐
Investigação <i>Investigation</i>	☒	☒	☒	☐
Metodologia <i>Methodology</i>	☒	☒	☒	☐
Gestão do projeto <i>Project administration</i>	☒	☒	☒	☐
Gestão de recursos <i>Resources</i>	☒	☒	☒	☐
<i>Software</i>	☒	☒	☒	☐
Supervisão <i>Supervision</i>	☐	☐	☐	☒
Validação <i>Validation</i>	☐	☐	☐	☒
Visualização <i>Visualization</i>	☒	☒	☒	☒
Escrita – 1. ^a versão <i>Writing – original draft</i>	☒	☒	☒	☐
Escrita – revisão e edição <i>Writing – review & editing</i>	☒	☒	☒	☒