

Aspectos relacionais e funcionais da segurança por pacientes\cuidadores na terapia intensiva: revisão de escopo

*Relational and functional aspects of safety for patients and
caregivers in intensive care: scoping review*

*Aspectos relacionales y funcionales de la seguridad para pacientes
y cuidadores en cuidados intensivos: revisión del alcance*

Maria Aparecida Pereira dos Santos Santana^a 

Eliana Rosa da Fonseca^b 

Keroulay Estebanez Roque^b 

Tony de Oliveira Figueiredo^a 

Valentina Maria Dias de Souza^a 

Marluci Andrade Conceição Stipp^a 

Liana Amorim Correa Trotte^a 

Como citar este artigo:

Santana MAPS, Da Fonseca ER, Roque KE, Figueiredo TO, De Souza VMD, Stipp MAC, Trotte LAC. Aspectos relacionais e funcionais da segurança por pacientes\cuidadores na terapia intensiva: revisão de escopo. Rev Gaúcha Enferm. 2024;45:e20230212. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230212.pt>

RESUMO

Objetivo: analisar os aspectos relacionais e funcionais sobre segurança do paciente por meio das experiências relatadas pelo próprio paciente e/ou seus cuidadores em unidades de terapia intensiva.

Método: revisão de escopo desenvolvida com buscas, em setembro de 2021 e atualizadas em novembro de 2022, nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, considerando apenas as bases LILACS, BDENF, IBECs, ColectionaSUS; SCIELO, PSYCINFO, EMBASE, COCHRANE, CINAHL, SCOPUS e Web of Science.

Resultados: a seleção final contou com 14 artigos que evidenciaram a comunicação como um fator relacional imprescindível à segurança do cuidado e os aspectos funcionais mais predominantes foram: o ambiente físico do cuidado, os protocolos estruturados e a performance dos profissionais no processo do cuidado.

Conclusão: os processos de comunicação foram predominantes nos aspectos relacionais e foram determinantes para os aspectos funcionais, com destaque para o fator performance dos profissionais no processo de cuidado. Foram utilizados instrumentos, desenvolvidos para análise dos processos de qualidade, na maioria dos estudos.

Descritores: Segurança do paciente. Adulto. Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem. Adaptação Psicológica.

ABSTRACT

Objective: To analyze patient safety's relational and functional aspects through experiences reported by the patient and their caregivers in intensive care units.

Method: scoping review developed with searches in September 2021 and updated in November 2022 in the databases: Virtual Health Library, considering only the LILACS, BDENF, IBECs, ColectionaSUS databases; SCIELO, PsycINFO, EMBASE, COCHRANE, CINAHL, SCOPUS and Web of Science.

Results: The final selection included 14 articles highlighting communication as an essential relational factor for care safety. The most predominant functional aspects were the physical environment of care, structured protocols and the performance of professionals in the care process.

Conclusion: Communication processes were predominant in relational aspects and were decisive for functional aspects, emphasizing the performance factor of professionals in the care process. They were used instruments developed to analyze quality processes, in the most of the studies.

Descriptors: Patient Safety. Adult; Intensive Care Unit. Intensive Care Nursing. Psychological Adaptation.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los aspectos relacionales y funcionales de la seguridad del paciente a través de experiencias relatadas por el paciente o sus cuidadores en unidades de cuidados intensivos.

Método: revisión de alcance desarrollada con búsquedas, en septiembre de 2021 y actualizada en noviembre de 2022, en las bases de datos: Biblioteca Virtual en Salud, considerando únicamente las bases de datos LILACS, BDENF, IBECs, ColectionaSUS; SCIELO, PSYCINFO, EMBASE, COCHRANE, CINAHL, SCOPUS y Web of Science.

Resultados: la selección final incluyó 14 artículos que destacaron la comunicación como factor relacional esencial para la seguridad del cuidado y los aspectos funcionales más predominantes fueron: el ambiente físico del cuidado, los protocolos estructurados, la actuación de los profesionales en el proceso de cuidar.

Conclusión: Los procesos de comunicación predominaron en los aspectos relacionales y fueron decisivos para los aspectos funcionales, con énfasis en el factor desempeño de los profesionales en el proceso de cuidar. Fueron utilizados instrumentos desarrollados para analizar procesos de calidad, en la mayoría de los estudios.

Descriptores: Seguridad del Paciente. Adulto. Unidad de Terapia Intensiva. Enfermería. Adaptación Psicológica.

^a Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação EEN. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A percepção da segurança do paciente pela visão do usuário do sistema de saúde é desejável e pode servir como norteador de estratégias de melhoria para que o paciente sinta-se satisfeito e contribua para a adequação, até mesmo, de protocolos assistenciais em todos os cenários de atendimento à saúde.

O gerenciamento de pacientes gravemente enfermos testa as habilidades dos profissionais de saúde em situações clínicas complexas e dinâmicas, demandando tomadas de decisão diferenciadas. Cada unidade de terapia intensiva (UTI) é única, com necessidades diversas, tornando a criação de diretrizes universalmente aplicáveis um desafio. Reconhecer a importância das características locais e culturais é crucial na adaptação de diretrizes de segurança para ambientes de UTI⁽¹⁾.

Sabe-se, nem todos os pacientes da UTI têm a capacidade de verbalizar os seus desejos, vontades ou opiniões. Nos casos em que estejam incapacitados, os cuidadores ou familiares podem servir de porta-vozes. Vale ressaltar que otimizar o cuidado centrado na pessoa na UTI pode transformar a experiência do paciente em um fenômeno impulsionado pela sua participação ativa⁽²⁻³⁾.

Percepções e experiências dos pacientes são fundamentais para um atendimento personalizado. A avaliação destes aspectos é possível por meio de medidas de resultados (*Patient-Reported Outcome Measures* – PROMs) e por opiniões sobre o estado de saúde e medidas de experiência (*Patient-Reported Experience Measures* – PREMs). PROMs e PREMs são instrumentos considerados indicadores de qualidade em relação à assistência aos pacientes e visam melhorar a qualidade do atendimento, capturando-lhes as percepções sobre a atenção recebida⁽⁴⁾. Acredita-se que os pacientes são os mais capacitados para fornecer informações sobre o que lhes é relevante, sendo este fato pertinente para realização de cuidados de alta qualidade. Os dados da experiência do paciente podem variar de qualitativos (informações obtidas por entrevistas ou grupos focais) até grandes conjuntos de dados quantitativos derivados de pesquisas padronizadas e uso de PREMs⁽⁵⁾.

Em 2021, a Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciou o Plano de Ação Global para a Segurança dos Pacientes 2021-2030⁽⁶⁾, destacando o papel fundamental de existir esta segurança nos sistemas de saúde. Os princípios orientadores priorizam o envolvimento do paciente e da família no cuidado seguro e aproveitam o conhecimento científico e a experiência do paciente para melhorar a segurança e, evitar desta forma, os eventos adversos.

No entanto, os sistemas de saúde utilizam, principalmente, os PREMs para obter informações sobre o desempenho,

concentrando-se na melhoria da qualidade ao nível micro. Há uma notável falta de estudos que explorem os dados dos PREMs ao longo do percurso de atendimento do paciente. Apesar disso, o seu uso oferece variados benefícios, pois seus resultados podem orientar o desenvolvimento e a implementação de atividades de melhoria da qualidade, monitorizar as mudanças e promover a sustentabilidade⁽⁷⁾.

Nesta pesquisa, foi adotado um referencial, conforme sugerido por estudos anteriores⁽⁸⁻⁹⁾, dividindo as experiências dos pacientes em duas dimensões: “relacional” e “funcional”. Os aspectos relacionais envolvem cuidado interpessoal, abordagens empáticas, envolvimento do paciente nas decisões e fornecimento de informações sobre autocuidado. Os aspectos funcionais abrangem expectativas básicas como atenção às necessidades físicas, pronta resposta, ambiente limpo e seguro, colaboração eficiente entre profissionais e continuidade do cuidado.

Dessa forma, o objetivo do estudo foi analisar os aspectos relacionais e funcionais sobre segurança do paciente por meio das experiências relatadas pelo próprio paciente e/ou seus cuidadores em unidades de terapia intensiva.

■ MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão de escopo, com protocolo registrado no “Open Science Framework” (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/KBSD2>), que foi conduzida de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI)⁽¹⁰⁾. Os achados foram reportados utilizando a extensão do *checklist*, denominado *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)⁽¹¹⁾.

Questão de Pesquisa

A formulação da questão norteadora foi realizada com base na estratégia População, Conceito e Contexto (PCC). Assim, a pergunta da revisão foi: “Quais os aspectos relacionais e funcionais indicados pelo paciente ou seus familiares e/ou cuidadores sobre sua segurança na UTI?”. Sendo P – Paciente internado ou seus familiares e/ou cuidadores, C – segurança do paciente (aspectos relacionais e funcionais) C – Unidade de Terapia Intensiva.

Estratégia de pesquisa

Foram incluídos artigos originais com delineamento metodológico quantitativo, qualitativo, misto e de revisão. O recorte temporal adotado para este estudo compreende

o período de 2012 a 2022. A decisão de utilizar o intervalo mencionado foi influenciada pela identificação de um artigo de revisão sistemática publicado em 2012, o qual foi incorporado à presente pesquisa, pois abarcava artigos publicados até o ano de 2011 e que atendiam aos critérios de elegibilidade estipulados nesta pesquisa. Adicionalmente, os autores levaram em consideração a implementação da Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) no Brasil, instituída pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Houve exclusão de editoriais, livros, cartas, monografias, dissertações, teses, artigos teóricos, de reflexão e pré-prints.

As buscas foram realizadas em colaboração com um bibliotecário em setembro de 2021, sendo realizada sua atualização em novembro de 2022, não tendo sido encontrados novos artigos para inclusão.

De acordo com as diretrizes da JBI, a estratégia de busca ocorreu em três etapas. Na primeira, foi realizada uma pesquisa “no site <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>”, a fim de identificar os descritores mais comumente utilizados na literatura, por meio do *Medical Subject Headings* (MeSH). Na segunda etapa, a estratégia de busca completa foi realizada na base de dados MEDLINE, acessada pelo Pubmed e demonstrada no Quadro 1, que foi “posteriormente” adaptada para as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, considerando apenas as bases/portais LILACS, BDNF, IBICS, ColecionaSUS; Portal de revistas SCIELO e bases de dados do Portal de Periódicos da Capes: PsycINFO, EMBASE, COCHRANE, CINAHL, SCOPUS e *Web of Science*.

Na terceira etapa, foi considerada como estratégia adicional a análise da lista das referências dos artigos incluídos que mencionassem algum estudo relacionado ao conceito proposto nesta revisão.

Seleção dos Estudos

Após a pesquisa nas bases de dados, os resultados de busca foram exportados para o gerenciador de referências *Endnote* e, após a retirada das duplicações, foi utilizado o *software Rayyan* desenvolvido para seleção de estudos em revisões sistemáticas. A avaliação das referências encontradas foi conduzida por dois revisores em uma avaliação cega e os casos divergentes foram avaliados por um terceiro revisor. Assim, a pré-seleção dos estudos foi conduzida pela leitura do título e do resumo, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão. Os estudos pré-selecionados foram submetidos à leitura na íntegra. Esse processo foi registrado quantitativamente e de forma detalhada, possibilitando a identificação de todas as decisões tomadas e aconteceu no período de outubro a dezembro de 2021, de forma narrativa e a partir do preenchimento do fluxograma PRISMA-ScR⁽¹⁰⁾.

Como critério de elegibilidade, foram consideradas publicações disponíveis *on-line*, na íntegra, nos idiomas inglês, espanhol ou português, que abordassem o paciente adulto e/ou idoso ou de seus familiares e/ou cuidadores, que destacassem os aspectos “relacionais” ou “funcionais” sobre as suas experiências durante ou após a hospitalização no ambiente de UTI.

Destaca-se que os aspectos relacionais da experiência considerados foram: perspectivas interpessoais do cuidado; habilidades comportamentais do profissional para com o paciente; respeito à capacidade de autonomia e decisão do paciente; compartilhamento de dados e intervenções voltadas para promoção do autocuidado. Já, os aspectos funcionais referiram-se às expectativas básicas de como o cuidado é prestado, tais como: atenção para as necessidades físicas; pontualidade na prestação de cuidados; condições ambientais; gestão eficaz entre os profissionais e continuidade do cuidado⁽⁸⁻⁹⁾.

Os artigos que abordavam a capacitação de profissionais de saúde ou avaliavam intervenções destinadas a aprimorar a segurança do paciente foram excluídos da análise. Essa decisão foi tomada diante da potencial influência dessas intervenções nas experiências relatadas, uma vez que as mudanças propostas apresentam como foco central a avaliação da estratégia de melhoria implementada.

Extração e análise dos dados

A extração de dados foi conduzida utilizando uma planilha *Excel* especialmente desenvolvida para a presente investigação. Dois dos autores do estudo realizaram testes prévios do formulário nos primeiros 15 artigos selecionados para a leitura na íntegra, com o intuito de aprimorar e garantir a captura de todos os dados relevantes. Foram resumidas as seguintes informações dos estudos: título, autor, ano, país, nome do periódico publicado; área de avaliação e classificação do periódico pelo Qualis Periódicos da plataforma sucupira; fator de impacto; tipo de delineamento metodológico; identificação dos subtipos da amostra estudada; e os aspectos “relacionais” e “funcionais” da experiência.

A análise dos dados foi realizada de forma narrativa e os achados estão apresentados no Quadro 2. Os aspectos “relacionais” e “funcionais” das experiências foram descritos respeitando a sua relação com os critérios de elegibilidade previstos.

Dado que a revisão de escopo não visa realizar uma avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos primários, não foram realizadas análises relacionadas ao risco de viés ou outras questões metodológicas neste estudo.

Quadro 1 – Estratégia de busca utilizada na base de dados MEDLINE. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 2021/2022

Estratégias de busca utilizadas de acordo com o PCC (MEDLINE pelo Pubmed)	Descrição dos descritores e palavras chaves incluídos em cada estratégia de busca	Resultados em números de artigos recuperados de acordo com chave de busca
Chave de busca #1	Search: "Patient Safety"[mh] OR "Patient Safety"[tiab]	52,471
Chave de busca #2	Search: "Adult"[mh] OR Adult*[tiab] OR "Aged"[mh] OR Elderly[tiab] OR "senior citizen"[tiab] OR "Middle Aged"[mh] OR "Middle Age"[tiab] OR Middle-Aged[tiab]	8,569,706
Chave de busca #3	Search: "Adaptation, Psychological"[mh] OR "Psychologic Adaptation"[tiab] OR "Psychological Adaptation"[tiab] OR Adjustment*[tiab] OR "Coping Skills"[tiab] OR "Coping Skill"[tiab] OR "Adaptive Behavior"[tiab] OR "Adaptive Behaviors"[tiab] OR "Coping Behavior"[tiab] OR "Coping Behaviors"[tiab] OR Meaning*[tiab] OR experience*[tiab] OR Behavior*[tiab] OR Coping*[tiab] OR Adaptation*[tiab] OR Perception[mh] OR Perception[tiab] OR "Sensory Processing"[tiab] OR "Surveys and Questionnaires"[mh] OR Survey*[tiab] OR Questionnaire[tiab] OR Respondent*[tiab] OR Questionnaire[tiab] OR Nonrespondent*[tiab] OR Emotions[mh] OR Emotion*[tiab] OR Feeling*[tiab] OR Regret*[tiab] OR "Patient Satisfaction"[mh] OR "Patient Satisfaction"[tiab] OR Respect[tiab] OR Dignity[tiab]	1,797,855
Chave de busca #4	Search: "Intensive Care Units"[mh] OR "Intensive Care Units"[tiab] OR "Intensive Care Unit"[tiab] OR ICU[tiab] OR "Critical Care"[mh] OR "Critical Care"[tiab] OR "Intensive Care"[tiab] OR "critical care unit"[tiab] OR "intensive therapy unit"[tiab] OR "intensive treatment unit"[tiab] OR "respiratory care unit"[tiab] OR "respiratory care units"[tiab] OR "intensive therapy"[tiab] OR acute-care[tiab] OR "Critical Care Nursing"[mh] OR "Critical Care Nursing"[tiab] OR "Intensive Care Nursing"[tiab]	303,777
Chave de busca #5	Search: chave de busca #1 AND chave de busca #2 AND chave de busca #3 AND chave de busca #4	332

Fonte: Autoria Própria, 2021/2022.

	Características						Experiências	
Autor/periódico/ano	Título	Qualis Capes	Fator de Impacto	Origem	Delineamento Metodológico	Subtipo da Amostra	Aspectos	
							Relacionais	Funcionais
Dodek,P M et al/ Critical Care Medicine/ 2012	The relationship between organizational culture and family satisfaction in critical care/2012	A1	9.2	Canadá	Quantitativo	Familiares	Abertura na comunicação entre profissionais de saúde e os familiares	Trabalho em equipe
Lasiter, Sue/ Clinical Nursing Research / 2014	“The Button”: initiating the Patient–Nurse Interaction	A1	1.7	USA	Qualitativo	Pacientes		Estrutura física (dispositivos de chamada luminosos) que facilite a visualização e resposta rápida da equipe de enfermagem.
Galvis López CR, Salamanca Ramos E/ Investigación en Enfermería: Imagen Desarrollo/ 2014	Percepción de necesidades en cuidadores familiares de adultos internados en una unidad de cuidados intensivos de una institución prestadora de salud (IPS) privada en Villavicencio, Colombia	B1	Sem fator de impacto	Colômbia	Quantitativo	Familiares de pacientes de UTI	Comunicação clara sobre prognóstico. Ser informado sobre alterações no estado do paciente. Honestidade de resposta as perguntas realizadas.	Recebimento de informações 1x ao dia.
Wassenaar, Annelies et al / International Journal of Nursing Studies/ 2014	Factors promoting intensive care patients’ perception of feeling safe: A systematic review	A1	8,1	Reino Unido	Revisão sistemática	Estudos com pacientes de UTI	Comunicação e informação. O cuidado de enfermagem foi referenciado principalmente no que se refere a maneira como este profissional se relaciona como paciente; interação respeitosa	Pacientes fizeram referência que o suporte tecnológico trazia sensação de segurança; e que poder visualizar ou “sentir” a equipe dada a organização estrutural de disposição da mesma na UTI.
Rainey, H et al/ Health Expectations/ 2015	The role of patients and their relatives in ‘speaking up’ about their own safety – a qualitative study of acute illness	Sem Qualis	3.2	Londres	Qualitativo	Paciente	Comunicação e informação adequada	Cuidados apropriados às necessidades médicas tanto no que diz respeito às habilidades técnicas da equipe quanto ao sistema hospitalar; equipe com sobrecarga de trabalho reduzia a probabilidade de o paciente externar suas necessidades
Wong, et al/ Intensive and Critical Care Nursing/ 2015	Families’ experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study	Sem Qualis	5.3	Austrália	Qualitativa	Famílias de pacientes	Comunicação foi identificada como tema relevante; O enfermeiro foi visto como profissional acessível e com linguagem simplificada; alguns identificaram comunicação inconsistente; exclusão da família	
Alasad, et al/ Journal of Critical Care/ 2015	Patients’ experience of being in intensive care units	A3	3.7	Jordânia	Quantitativo	Pacientes de UTI médica e cirúrgica	Informação adequada	Enfermaria barulhenta; não conseguiam distinguir dia e noite; Manejo da dor precário. Referiram que o suporte tecnológico trazia sensação de segurança;e também que poder visualizar a equipe ou saber que estavam por perto.
Lupieri, Giulia et al. / Intensive and Critical Care Nursing/ 2015	Cardio-thoracic surgical patients’ experience on bedside nursing handovers: Findings from a qualitative study	A1	5.3	Itália	Qualitativo	Pacientes de UTI cardíaca		Passagem de plantão à beira leito
Jensen, et al/ Critical Care / 2017	Satisfaction with quality of ICU care for patients and families: the euroQ2 project	A1	15.1	Dinamarca	Quantitativo	Pacientes e familiares	Consistência das informações; Necessidade de melhoria quanto ao apoio emocional; incluir o paciente na tomada de decisão	Gestão da dispneia e da agitação;
Jerng, Jih-Shuin et al/ Critical Care/ 2018	Comparison of complaints to the intensive care units and those to the general wards: an analysis using the Healthcare Complaint Analysis Tool in an academic medical center in Taiwan	A1	15.1	Taiwan	Misto	Pacientes e Familiares de pacientes de UTI	Decisão ou planejamento não comunicado; Problemas reconhecidos não respondidos, não abordados ou não seguidos; funcionários com comportamentos ruins	Problemas com visitas ou agendamento delas; atrasos dos procedimentos médicos; equipamentos insuficientes; ambientes físicos desconfortáveis; problemas de interação entre pacientes e visitantes
Bell SK, Roche SD, Mueller A, et al/ BMJ Quality & Safety/ 2018	Speaking up about care concerns in the ICU: patient and family experiences, attitudes, and perceived barriers	A1	5.7	USA	Misto	Pacientes e familiares	Pacientes e familiares percebem barreiras para comunicar suas preocupações referentes a segurança referindo receio de prejudicar a relação com a equipe médica, medo de serem taxados como encrenqueiros ou por achar a equipe muito ocupada ou por não saber com quem falar	
Schenk, Elizabeth C et al/ Journal of Nursing Care Quality / 2019	Perspectives on Patient and Family Engagement with Reduction in Harm: The Forgotten Voice	Sem Qualis	1.2	USA	Qualitativo	Pacientes, familiares e profissionais de saúde	Envolvimento da paciente/família e comunicação	
Collins, Sarah A et al/ Journal of Patient Safety/ 2020	Mixed-Methods Evaluation of Real-time Safety Reporting by Hospitalized Patients and their care partners: The MySafeCare Application	A2	2.2	USA	Misto	Pacientes e familiares ou cuidadores	Comunicação inadequada relacionada ao tratamento; mudança de turno; realização de procedimentos; Profissionais que não se apresentam ao entrar na enfermaria.	Falta de adesão a protocolos institucionais; Estrutura física inadequada que não favorece a higiene das mãos; Falta de identificação de visitantes.
Pérez E & Dzubay DP/ Health Care Management Science/ 2021	A scheduling-based methodology for improving patient perceptions of quality of care in intensive care units	Sem Qualis	3.6	USA	Misto	Pacientes	Comunicação do médico e informação para alta	

Fonte: Autoria Própria, 2021/2022.

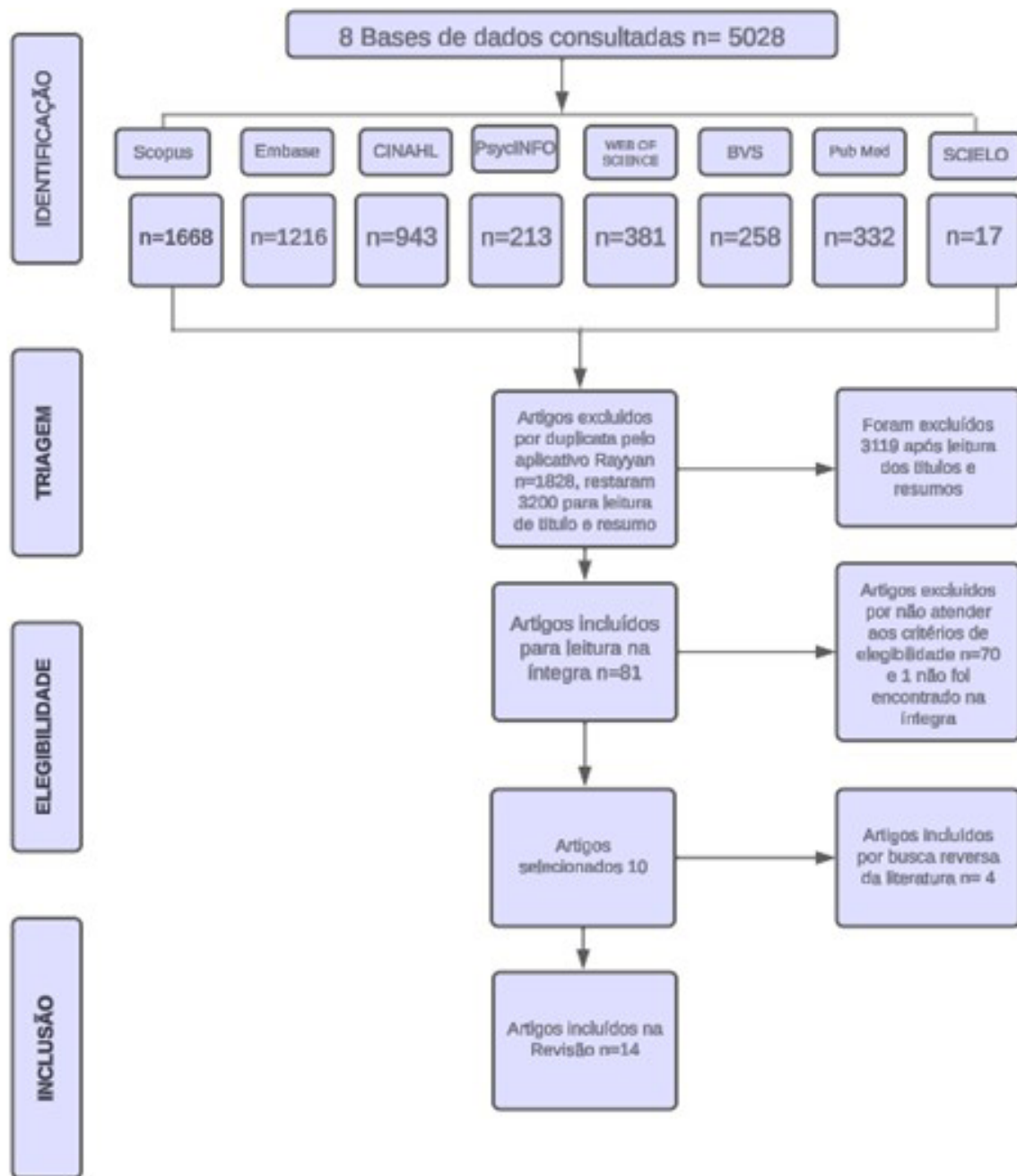
■ RESULTADOS

Um total de 5028 artigos foram encontrados inicialmente. Posteriormente, foram identificadas 1828 duplicatas com auxílio do *software* Endnote. Após a triagem de título e resumo, 81 artigos restantes atenderam aos critérios de elegibilidade e foram submetidos à triagem de texto completo.

Foram excluídos 70 artigos e 1 não foi encontrado na íntegra. Foi escrutinada a lista de referências dos 10 artigos selecionados, na qual foram identificados quatro estudos elegíveis que foram incluídos no mapeamento conforme a Figura 1 apresentada na sequência.

Foram selecionados 14 estudos publicados em 13 periódicos diferentes escritos por pesquisadores, majoritariamente,

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos para revisão de literatura. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 2021/2022



Fonte: Autoria Própria, 2021/2022.

dos Estados Unidos (n=5). Houve o predomínio da língua inglesa e publicações em periódicos predominantemente avaliados em diferentes áreas da saúde, seguindo os critérios estabelecido pelo "Qualis Periódicos Capes". Com relação ao delineamento metodológico, foram divididos em pesquisas com abordagens quantitativas (n=4), qualitativas (n=5), mistas (n=4) e revisão sistemática (n=1).

Alguns estudos encontrados nesta pesquisa, apresentaram dados de experiências obtidas por meio de PREMs, não específicos para segurança do paciente, apontando que os serviços de saúde adotam a experiência do paciente como indicador de qualidade

■ DISCUSSÃO

No ambiente de terapia intensiva, os aspectos relacionais e funcionais desempenham papéis distintos, que, por meio de sua integração, validam o comportamento da equipe, na garantia da prestação do cuidado de saúde de forma eficiente e com qualidade.

Os artigos identificados nesta revisão fizeram referência às diversas formas de como os processos de comunicação conduzidos necessitam ser mais claros, adequados e fidedignos. Eles remeteram à necessidade de os profissionais oferecerem uma informação mais acessível, com linguagem simplificada, considerando a família e o paciente como uma unidade de cuidado. Também, foi ressaltada a necessidade de uma prática com ações que respeitem uma decisão compartilhada sobre o direcionamento do cuidado e os aspectos relacionados à sua própria saúde, situações estas que necessitam coadunar com os protocolos institucionais, considerando-se os recursos disponíveis e que denotem uma relação harmoniosa entre os aspectos relacionais e funcionais no ambiente de terapia intensiva.

Foi evidenciado um conjunto de dados que corroboraram e validaram a presteza do paciente e de sua família/cuidador de perceber fatores relacionados ao comportamento da equipe, no que diz respeito aos relacionamentos interpessoais.

A maioria dos estudos identificou que os fatores relacionais foram percebidos pelos pacientes como tendo grande impacto na sua segurança. Esses casos, quando envolveram o paciente e a equipe assistencial, estavam diretamente ligados à comunicação efetiva, o que é visto como uma tática crucial para manter a integridade do modelo de atendimento hospitalar.

Na colaboração no contexto do cuidado, entre a equipe multidisciplinar e o paciente/família, muitas vezes, eles não são incluídos como desejariam no intercâmbio de mensagens, ou não compreendem os termos técnicos empregados pela equipe⁽¹²⁻¹³⁾.

Em estudos recentes, foi visto que pacientes e/ou cuidadores destacaram a importância da forma como a comunicação com a equipe de saúde se iniciava. Essa primeira impressão desempenhou um papel fundamental ao determinar se eles se sentiam encorajados a continuar interagindo com a equipe. Em muitos casos, os participantes do estudo identificaram deficiências no processo de cuidado, mas hesitaram em expressar suas preocupações ou percepções em relação ao comportamento da equipe. Como resultado, a falta de tratamento respeitoso por parte da equipe foi percebida pelos pacientes como uma situação de risco ou, em alguns casos, até mesmo, como um dano⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O enfermeiro foi referenciado como um facilitador do processo de comunicação entre o médico e o paciente. Pacientes em uma UTI relataram que a presença de um enfermeiro durante a visita médica pareceu garantir uma melhor percepção da qualidade do atendimento. Isso ocorreu devido ao fato que, após a saída do médico, o enfermeiro conseguia esclarecer informações repassadas, sanando dúvidas do paciente e da família, contribuindo, assim, para uma melhoria no que diz respeito ao atributo "comunicação/informação"⁽¹⁵⁾.

Em estudo retrospectivo, foi constatado que maior nível socioeconômico estava associado ao desejo dos pacientes de saber informações sobre a sua saúde. Também foi demonstrado que, quando eles tinham oportunidade de interagir com a equipe e compartilhar suas experiências, o cuidado era visto como de melhor qualidade⁽¹⁶⁾. Verificou-se, ainda, por meio de relatos em outro estudo, que os pacientes não desejavam ser inconvenientes ou atrapalhar a equipe e, muitas vezes, não sentiam que existia uma disposição aberta para o diálogo. Dessa forma, torna-se evidente o quanto é importante criar meios para que a parceria entre equipe, paciente e família seja consolidada e as barreiras de comunicação sejam mitigadas⁽¹⁷⁾.

Destaca-se, ainda, que, no ambiente de UTI neonatal, a percepção de um cuidado seguro era maior quando havia uma parceria entre os pais e os médicos. Foi observado que, quando os médicos envolviam-se no compartilhamento das preocupações sobre o que eles viam, isso ajudava os pais a ter mais confiança no relato de situações preocupantes⁽¹⁸⁾.

Na Universidade Kentucky no Estados Unidos, foi implantado um modelo de inovação de trabalho para a equipe interprofissional, realizando-se rondas diárias à beira leito. Estas contavam com a participação da enfermeira, do gerente do caso ou assistente social, do farmacêutico e do médico em conjunto com paciente e familiares. Nessa atividade, discutiam-se os planos de cuidados, tratamento e planejamento de alta, demonstrando resultados satisfatórios, além de melhorar a experiência do paciente e a concordância

entre os envolvidos. Além disso, à medida que os pacientes sentiam-se encorajados a fazer mais perguntas, aumentava-se a percepção de uma experiência positiva, com as suas dúvidas respondidas em relação aos cuidados prestados⁽¹⁹⁾.

Quanto aos fatores relacionados aos domínios de funcionalidade, conhecer as atribuições e responsabilidades de cada integrante da equipe torna-se essencial para os pacientes. Se eles não conhecem tais atribuições, tornam-se inibidos para comunicar suas preocupações de segurança e utilizam estratégias passivas para realizar tais comunicações, esperando que haja uma possível compreensão da equipe. Ou seja, eles ficam sem ação no compartilhamento de alguma necessidade ou incômodo, o que denota uma lacuna na implementação de estratégias efetivas na solução de dúvidas e preocupações nos serviços de saúde⁽¹³⁾.

Considerando os aspectos funcionais, foram destacados a deficiência do trabalho em equipe, falta de aparatos tecnológicos, infraestrutura do ambiente que facilitasse uma maior aproximação da equipe com o indivíduo, adequação estrutural que proporcionasse maior conforto e facilidade de acesso aos familiares e cuidadores. Foi evidenciado, ainda, que a sobrecarga de trabalho da equipe influenciava negativamente no atendimento de forma individualizada às necessidades de cuidado e atenção, sobretudo no atendimento aos protocolos assistenciais.

A sobrecarga de trabalho da equipe, quando mencionada, normalmente relacionava-se ao dimensionamento de pessoal. Esse fator foi referido por pacientes como um desmotivador para compartilhamento de suas necessidades, podendo ser interpretado como um obstáculo para uma interação efetiva entre paciente e equipe⁽²⁰⁾.

A análise de um banco de dados de gerenciamento de reclamações de um centro médico afiliado a uma universidade em Taiwan identificou, retrospectivamente, os registros de reclamações de saúde para a UTI no período de 2008 a 2016. Nestes registros foram identificadas múltiplas reclamações relacionadas à gestão, normalmente envolvendo questões clínicas, gerenciais e de relacionamento. O maior quantitativo de queixas referia-se aos aspectos do ambiente de prática profissional e situações que o influenciavam negativamente⁽¹²⁾.

Dessa forma, entende-se a real necessidade do alinhamento entre as habilidades relacionais e funcionais no ambiente de trabalho. Algumas vezes, há circunstâncias nas quais a insatisfação do paciente tem relação com sentimentos de medo, desconfiança ou impaciência, que não podem ser analisados de forma divergente de um fundamento científico que sustente os aspectos técnicos especializados, que envolvem a prática do cuidado em terapia intensiva. Fatores como maior tempo de espera, má higienização, que impede internações ou transferências, subdimensionamento de

profissionais de enfermagem e falta de informação podem ser contundentes em contribuir para essa situação^(16,17). Portanto, é crucial atentar-se, simultaneamente, para os aspectos técnicos do cuidado e para as preocupações emocionais dos pacientes, com vistas a proporcionar uma experiência mais positiva e satisfatória na terapia intensiva.

Muitas vezes, os pacientes identificam o enfermeiro de UTI como um defensor, figura que traz, ou deveria lhes trazer, segurança. As evidências mostram que os enfermeiros precisam compreender o que os pacientes percebem e o que os deixam satisfeitos. Essa compreensão promove uma melhor interação e um cenário favorável para que todas as necessidades sejam atendidas⁽²¹⁾.

Pacientes renais em uso de diálise identificaram fatores funcionais que mais colaboravam para diminuição da sua sensação de segurança, sendo estes: dividir quarto com pacientes em isolamento de contato, déficit de limpeza, demora no atendimento de suas necessidades de cuidado e falta de consciência sobre o sistema de notificação de segurança organizacional. Porém, a maioria dos fatores identificados foi relacionado com as questões emocionais e de relacionamento que, geralmente, não são valorizadas pelas organizações de saúde, preocupadas em relação aos aspectos físicos para promoção da segurança do paciente⁽²²⁾, corroborando, mais uma vez, a premência de uma discussão conjunta das dimensões relacionais e funcionais.

Estudos apontaram a estrutura física e as questões tecnológicas do ambiente como aspectos funcionais^(12-13, 23) que influenciaram diretamente na segurança. Porém, na presente revisão, demonstrou-se que os aspectos relacionais se sobressaíram e deveriam ter maior atenção dos profissionais de saúde e gestores, para que ocorra a promoção de um ambiente seguro.

Resultados de uma recente revisão sistemática, que buscou examinar as dimensões de cultura de segurança avaliadas nos estudos ao longo dos anos, mostraram que o atributo "liderança" foi o mais frequentemente avaliado e que o atributo "envolvimento do paciente na cultura de segurança" foi pouco explorado⁽²⁴⁾.

Contudo, a prática já pode ser aprimorada, tendo em vista que em outra revisão sistemática, já se apontava que os enfermeiros de UTI eram capazes de melhorar a percepção de segurança do paciente. Isso ocorria quando estes alinhavam à sua prática aos elementos como: a observação constante, a abordagem positiva e empática, a competência clínica, a comunicação transparente, as atitudes proativas, a proximidade e a confiança, além do apoio na facilitação de acesso do paciente aos familiares e cuidadores⁽²³⁾.

Apesar de toda discussão a respeito dessa temática e da crescente preocupação com a segurança do paciente, parece ainda ser pouco valorizada a inserção prévia de disciplinas

voltadas ao treinamento de habilidades de comunicação e relacionamento.

Entretanto, na enfermagem, há a necessidade deste tipo de ensino, para que aconteça o processo de comunicação entre os membros da equipe em função do cuidado; este processo é geralmente intensificado pela interação humana, pela relação de interdependência, reconhecimento profissional e melhora do entendimento do outro, compartilhamento de informações em reuniões variadas, entre outros⁽²⁵⁾. Ainda, enfermeiros intensivistas australianos apontaram que a aprendizagem de atributos relacionados ao comportamento profissional, comunicação, comportamento de trabalho em equipe, aliados aos conhecimentos teóricos e às habilidades clínicas eram os mais desejados e vistos como fundamentais para a sua prática. Vale destacar que, sem essa preparação educacional, o papel de liderança e as medidas para segurança do paciente poderiam estar em risco⁽²⁶⁾.

Como limitação da presente investigação, apesar dos estudos analisados fornecerem dados relevantes para a prática clínica e poderem indicar caminhos para novas pesquisas, é importante salientar que muitos não utilizaram instrumentos de avaliação da segurança do paciente. Destaca-se que esta pesquisa se trata de uma síntese teórica fundamentada nas perspectivas da Europa e da América do Norte. Os achados, que estão baseados em uma estratégia de busca em um único cenário de cuidado, não foram comparados aos outros contextos assistenciais.

■ CONCLUSÃO

Grande parte dos artigos encontrados nesta revisão destacou o papel fundamental dos fatores relacionais nas percepções de segurança do paciente, enfatizando particularmente a ligação crucial entre a comunicação eficaz e a integridade dos modelos de cuidados hospitalares. A literatura revisada defende processos de comunicação mais claros, adequados e confiáveis, ressaltando a importância de fornecer informações acessíveis com linguagem simplificada. Além disso, foi considerado importante o entendimento dos profissionais de saúde sobre a necessidade de considerar pacientes e familiares como unidades de cuidado e promover sempre que possível a tomada de decisão compartilhada como prática em ambientes de cuidados intensivos.

Com relação aos aspectos funcionais, a consciência do paciente sobre os papéis e responsabilidades dos membros da equipe emergiu como fundamental. Foi ressaltado que as deficiências no trabalho em equipe, o suporte tecnológico inadequado e as barreiras ambientais dificultam e podem inibir, os pacientes de articular ativamente as preocupações sobre sua segurança. Os desafios funcionais identificados, incluindo a sobrecarga de trabalho e limitações de

infraestruturas, impedem a prestação de cuidados individualizados e, adesão aos protocolos institucionais.

■ REFERÊNCIAS

1. Patil SJ, Ambulkar R, Kulkarni AP. Patient Safety in Intensive Care Unit: what can we do better? *Indian J Crit Care Med.* 2023;27(3):163-65. <https://doi.org/10.5005%2Fjp-journals-10071-24415>
2. Campelo CL, Nunes FDO, Silva LDC, Guimarães LF, Sousa SMA, Paiva SS. Patient safety culture among nursing professionals in the intensive care environment. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e03754. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016403754>
3. Souza LS, Vicente KMS, Cruz TRS, Roriz CFF, Santana SMS. A humanização da assistência e o papel da equipe multiprofissional na recuperação do paciente internado nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto: uma revisão de literatura. *RSD.* 2022;11(17);e129111738886. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i17.38886>
4. Kingsley, C., Patel, S.: Patient-reported outcome measures and patient reported experience measure. *BJA Educ.* 2020;17(4):137-44. <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060>
5. Jamieson Gilmore K, Corazza I, Coletta L, Allin S. The uses of Patient Reported Experience Measures in health systems: a systematic narrative review. *Health Policy.* 2023;128:1-10. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.07.008>
6. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2023 Sep 7]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
7. Shunmuga Sundaram C, Campbell R, Ju A, King MT, Rutherford C. Patient and healthcare provider perceptions on using patient-reported experience measures (PREMs) in routine clinical care: a systematic review of qualitative studies. *J Patient Rep Outcomes.* 2022 Dec 2;6(1):122. <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00524-0>
8. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open.* 2013;3(1):e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
9. Topçu S, Ecevit Alpar Ş, Gülseven B, Kebapçı A. Patient experiences in intensive care units: a systematic review. *Patient Exp J.* 2017;4(3):115-27. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1137>
10. Peters M, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco A, Khalil H. Chapter 11: Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis* [Internet]. JBI; 2020 [cited 2022 Dec 22]. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
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.* 2018;169(7):467-73. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
12. Jerng JS, Huang SF, Yu HY, Chan YC, Liang HJ, Liang HW, et al. Comparison of complaints to the intensive care units and those to the general wards: an analysis using the Healthcare Complaint Analysis Tool in an academic medical center in Taiwan. *Crit Care.* 2018;22(1):335. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2271-y>
13. Collins SA, Couture B, Smith AD, Gershnik E, Lilley E, Chang F, et al. Mixed-Methods evaluation of real-time safety reporting by hospitalized patients and their care partners: the MySafeCare Application. *J Patient Saf.* 2020;16(2):e75-e81. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000493>
14. Schenk EC, Bryant RA, Van Son CR, Odom-Maryon T. Perspectives on patient and family engagement with reduction in harm: the forgotten voice. *J Nurs Care Qual.* 2019;34(1):73-9. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000333>

15. Pérez E, Dzuby DP. A scheduling-based methodology for improving patient perceptions of quality of care in intensive care units. *Health Care Manag Sci*. 2021;24(1):203-15. <https://doi.org/10.1007/s10729-021-09544-6>
16. Kelepouri M, Siskou O, Galanis P, Konstantakopoulou O, Kalokairinou A, Mantas J et al. Measuring Patient Experiences from Intensive Care Units to Improve Health IT Systems and Nursing Care. *Stud Health Technol Inform*. 2019;262:166-7. <https://doi.org/10.3233/SHIT190043>
17. Bell SK, Roche SD, Mueller A, Dente E, O'Reilly K, Lee BS et al. Speaking up about care concerns in the ICU: patient and family experiences, attitudes and perceived barriers. *BMJ Qual Saf*. 2018;27(11):928-36. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007525>
18. Ottosen MJ, Engebretson J, Etchegaray J, Arnold C, Thomas EJ. An ethnography of parents' perceptions of patient safety in the neonatal intensive care unit. *Adv Neonatal Care*. 2019;19(6):500-8. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000657>
19. Real K, Bell S, Williams MV, Latham B, Talari P, Li J. Patient perceptions and real-time observations of bedside rounding team communication: the Interprofessional Teamwork Innovation Model (ITIM). *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2020;46(7):400-9. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2020.04.005>
20. Rainey H, Ehrich K, Mackintosh N, Sandall J. The role of patients and their relatives in 'speaking up' about their own safety: a qualitative study of acute illness. *Health Expect*. 2015;18(3):392-405. <https://doi.org/10.1111/hex.12044>
21. Thomas D, Newcomb P, Fusco P. Perception of caring among patients and nurses. *J Patient Exp*. 2019;6(3):194-200. <https://doi.org/10.1177/2374373518795713>
22. New L, Goodridge D, Kappel J, Groot G, Dobson R. "I just have to take it" – patient safety in acute care: perspectives and experiences of patients with chronic kidney disease. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):199. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4014-4>
23. Wassenaar A, Schouten J, Schoonhoven L. Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(2):261-73. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.003>
24. Churrua K, Ellis LA, Pomare C, Hogden A, Bierbaum M, Long JC, et al. Dimensions of safety culture: a systematic review of quantitative, qualitative and mixed methods for assessing safety culture in hospitals. *BMJ Open*. 2021;11(7):e043982. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043982>
25. Currey J, McIntyre T, Taylor C, Allen J, Jones D. Critical care nurses' perceptions of essential elements for an intensive care liaison or critical care outreach nurse curriculum. *Aust Crit Care*. 2022;35(4):438-44. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.05.014>
26. McEachan RR, Lawton RJ, O'Hara JK, Armitage G, Giles S, Parveen S, Watt IS, Wright J; Yorkshire Quality and Safety Research Group. Developing a reliable and valid patient measure of safety in hospitals (PMOS): a validation study. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(7):565-73. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002312>

■ Contribuição de Autoria

Conceitualização: Maria Aparecida Pereira dos Santos Santana, Liana Amorim Correa Trotte.

Curadoria dos dados: Maria Aparecida Pereira dos Santos Santana.

Investigação: Eliana Rosa da Fonseca, Maria Aparecida Pereira dos Santos Santana, Valentina Maria Dias de Souza.

Análise formal: Maria Aparecida Pereira dos Santos Santana, Keroulay Estebanez Roque, Figueiredo TO, Trotte LC.

Aquisição de financiamento: Maria Aparecida Pereira dos Santos Santana, Liana Amorim Correa Trotte.

Metodologia: Eliana Rosa da Fonseca, Liana Amorim Correa Trotte.

Administração do projeto: Maria Aparecida Pereira dos Santos Santana, Liana Amorim Correa Trotte.

Recursos: Eliana Rosa da Fonseca, Maria Aparecida Pereira dos Santos Santana, Valentina Maria Dias de Souza, Liana Amorim Correa Trotte.

Programas: Eliana Rosa da Fonseca.

Supervisão: Maria Aparecida Pereira dos Santos Santana, Liana Amorim Correa Trotte.

Validação: Marluci Andrade Conceição Stipp, Liana Amorim Correa Trotte.

Visualização: Marluci Andrade Conceição Stipp, Liana Amorim Correa Trotte.

Escrita-Rascunho original: Maria Aparecida Pereira dos Santos Santana.

Escrita- Revisão e edição: Marluci Andrade Conceição Stipp, Liana Amorim Correa Trotte.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ Autor Correspondente:

Maria Aparecida Pereira dos Santos Santana

E-mail: mpsantos@hucff.ufrj.br

Recebido: 13.10.2023

Aprovado: 09.02.2024

Editor associado:

Luccas Melo de Souza

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira

