



ARTIGO ORIGINAL

A comunicação e o cuidado seguro e efetivo de enfermagem em centro cirúrgico e terapia intensiva: revisão integrativa

Communication and safe and effective nursing care in surgical center and intensive care: integrative review

Marlene da Silva Miranda¹ , Francisco Anderson Abreu do Nascimento² , Viviane Nayara de Oliveira Lima³ , Francisco Jandson de Albuquerque⁴ , Ana Luiza Gonçalves da Silva⁵ , Andresa de Araújo Sales⁶ , Lucas Manoel Oliveira Costa⁷ , Nanielle Silva Barbosa^{8,*} 

¹Universidade Paulista. São Paulo, São Paulo, Brasil.

²Faculdade Rodolfo Teófilo. Fortaleza, Ceará, Brasil.

³Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel. Tucuruí, Pará, Brasil.

⁴Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, Ceará, Brasil.

⁵Universidade Paulista. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

⁶Faculdade Estácio CEUT. Teresina, Piauí, Brasil.

⁷Instituto de Ensino Superior Múltiplo. Timon, Maranhão, Brasil.

⁸Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

Submetido em 26 de fevereiro de 2023, aceito em 3 de junho de 2023, publicado em 22 de junho de 2023.

PALAVRAS-CHAVE

Centros Cirúrgicos
Comunicação
Enfermagem
Unidades de Terapia
Intensiva

RESUMO

Objetivo: Identificar a importância da comunicação para o cuidado seguro e efetivo de enfermagem em centro cirúrgico e terapia intensiva.

Métodos: Revisão integrativa, com levantamento das produções em fevereiro de 2023 nas bases de dados Lilacs, MEDLINE, CINAHL e Scopus. Foram incluídos estudos primários, disponíveis na íntegra, em inglês, português e espanhol.

Resultados: Das 1.904 produções inicialmente encontradas, 19 foram incluídos para análise. Os estudos apontaram que a comunicação é fundamental para a garantia da segurança do paciente e inserção da família no processo do cuidado. Essa habilidade vai além da expressão verbal, envolvendo outras formas de se comunicar. Contudo, necessita ser melhorada em algumas situações, evitando principalmente a ocorrência de danos ao cliente. Sugere-se ainda que algumas formas de comunicação requerem ser padronizadas.

Conclusão: A comunicação é uma das ações prioritárias e fundamentais para a segurança e efetividade do cuidado de enfermagem, seja nos centros cirúrgicos ou nas unidades de terapia intensiva. Diante desse contexto, se faz necessário que as barreiras de comunicação sejam identificadas e que ações estratégicas organizacionais sejam colocadas em prática, entre elas a educação permanente dos profissionais, bem como a padronização de informações. Ações como essas minimizam os potenciais riscos que permeiam os cuidados críticos e tornam positivas as relações no ambiente de trabalho.

*Autor de correspondência:

Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí.

End.: Campus Universitário Ministro Petrônio Portela - Bairro: Ininga. Teresina, Piauí, Brasil | CEP 37502-138

Fone: (86) 994793192 E-mail: naniellesilvabarbosa@hotmail.com (Barbosa NS)

Este estudo foi realizado na Universidade Federal do Piauí.

<https://doi.org/10.21876/rcshci.v13i2.1393>

Como citar este artigo: Miranda MS, Nascimento FAA, Lima VNO, Albuquerque FJ, Silva ALG, Sales AA, et al. Communication and safe and effective nursing care in surgical center and intensive care: integrative review. Rev Cienc Saude. 2023;13(3):42-51.

<https://doi.org/10.21876/rcshci.v13i2.1393>

2236-3785/© 2023 Revista Ciências em Saúde. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob uma licença CC BY-NC-SA (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt_BR)



KEYWORDS

Communication
Intensive Care Units
Nursing
Surgicenters

ABSTRACT

Objective: To identify the importance of communication for safe and effective nursing care in the surgical center and intensive care.

Methods: An integrative review with a survey of productions in February 2023 in the databases Lilacs, MEDLINE, CINAHL, and Scopus. Primary studies, available in full in English, Portuguese, and Spanish, were included.

Results: Of the 1,904 productions initially found, 19 were included for analysis. The studies pointed out that communication is essential to guaranty patient safety and to insert the family in the care process. This skill goes beyond verbal expression and involves other ways of communicating. However, it needs to be improved in some situations, mainly to avoid damage to the customer. It is also suggested that some forms of communication require to be standardized.

Conclusion: Communication is one of the priorities and fundamental actions for the safety and effectiveness of nursing care, whether in surgical centers or intensive care units. Given this context, it is necessary that communication barriers are identified and that strategic organizational actions are put into practice, including the permanent education of professionals and the standardization of information. Actions like these minimize the potential risks that permeate critical care and positively impact relationships in the work environment.

INTRODUÇÃO

No ambiente da saúde, a comunicação é uma tecnologia fundamental que perpassa por toda forma de cuidado, estabelecida por meio da visão holística, escuta qualificada, entendimento dos casos e registro de informações. O processo comunicativo contribui para a construção de vínculos, principalmente entre os membros da equipe e o cliente. Assim, é possível compreender que a comunicação favorece o cuidado de enfermagem¹.

A relação da comunicação, principalmente entre profissionais de enfermagem, com a transferência de informações a respeito do paciente, visa assegurar uma assistência segura e de qualidade. Isso requer uma comunicação efetiva que envolve a documentação das informações, de forma precisa, atualizada e concisa, sobretudo, detalhando o processo de enfermagem, como uma das medidas necessárias para o respaldo ético da profissão e garantia dos direitos do paciente².

Em 2004, foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para reduzir os erros que permeiam e limitam o processo de recuperação do cliente. Foram desenvolvidas seis metas internacionais, dentre elas, a comunicação efetiva. Entretanto, ainda se mantém como um desafio atual dentro dos serviços de saúde^{3,4}.

No Brasil, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, com o objetivo de promover a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde, propondo ações a fim de evitar riscos, incidentes, eventos adversos e danos ao paciente e englobando ações em que profissionais, pacientes e familiares possam ser e estejam inseridos no cuidado⁵.

Nos setores em que os pacientes requerem cuidados com maior nível de complexidade, a exemplo das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Centros Cirúrgicos (CC), as ações voltadas para a garantia da segurança do paciente devem ser redobradas, garantindo o menor número de erros e danos possíveis. Devido a essa complexidade é necessário que a comunicação seja presente e realizada de forma

efetiva^{6,7}.

As evidências apontam que UTI e CC são os ambientes de saúde mais suscetíveis à ocorrência de erros durante as intervenções entre equipe e paciente, devido às exigências para que as ações e decisões aconteçam de forma rápida, principalmente as que incluem a realização de procedimentos invasivos e com recursos tecnológicos, onde as ações acontecem sem a pausa necessária para seu planejamento. O tempo é uma variável imprescindível ao se tratar dos cuidados ao paciente crítico^{8,9}.

É fundamental em um ambiente de trabalho que a comunicação e o vínculo entre a equipe interdisciplinar e multiprofissional seja harmoniosa e eficiente. Essas atitudes permitem que fragilidades e pontos fortes do processo comunicativo sejam reconhecidos por cada profissional, para que a segurança das informações transmitidas aconteça de forma adequada, sendo primordial, para uma assistência livre de danos¹⁰.

Assim considerando, este estudo tem como objetivo identificar as evidências científicas sobre a importância da comunicação para o cuidado seguro e efetivo de enfermagem em centro cirúrgico e terapia intensiva.

MÉTODOS

Para a elaboração deste estudo adotou-se o método de Revisão Integrativa da literatura¹¹. Após a delimitação do tema, foi elaborada a seguinte pergunta de pesquisa usando o acrônimo PICo¹² (População: Equipe de enfermagem; Interesse: Importância da comunicação para o cuidado seguro e efetivo; Contexto: Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva). Assim, a seguinte questão foi formulada: “Quais as evidências sobre a importância da comunicação para o cuidado seguro e efetivo de enfermagem em centro cirúrgico e terapia intensiva?”

Como forma de operacionalizar o levantamento das evidências, foram identificados e selecionados nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS), nos *Medical Subject Headings* (MeSH) e nos *MH Exact Subject Heading*

(vocabulário CINAHL), os seguintes descritores e palavras-chave:

Enfermagem/*Nursing*; Comunicação/*Communication*; "Centros Cirúrgicos" OR "Centro Cirúrgico"/*Surgicenters* OR *Surgicenter*; "Unidades de Terapia Intensiva" OR "Unidade de Terapia Intensiva"/"*Intensive Care Units*" OR "*Intensive Care Unit*". Os termos foram combinados com os operadores booleanos AND e OR, gerando

expressões de busca específicas utilizadas nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Scopus*, representado na Tabela 1. Essa etapa ocorreu no mês de fevereiro de 2023.

Tabela 1 – Expressões de busca e bases de dados utilizadas na revisão.

Base de dados	Estratégia de busca
Lilacs	((mh:(Comunicação)) AND ((mh:("Enfermagem"))) AND ((mh:("Centros cirurgicos") OR ("centro cirurgico")) ((mh:(Comunicação)) AND ((mh:("Enfermagem"))) AND ((mh:("Unidades de terapia intensiva")) OR ("Unidade de terapia intensiva"))
MEDLINE	((("communication"[MeSH Terms]) AND ("nursing"[MeSH Terms]) AND ("surgicenters"[MeSH Terms])) OR ("surgicenters"[All Fields]) ((("communication"[MeSH Terms]) AND ("nursing"[MeSH Terms]) AND ("intensive care units"[MeSH Terms])) OR ("intensive care unit"[All Fields])
CINAHL	((MH "Communication") OR "communication") AND "nursing" AND ((MH "Surgicenters") OR "surgicenter") ((MH "Communication") OR "communication") AND "nursing" AND ((MH "Intensive Care Units") OR "intensive care units" OR "intensive care unit")
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (communication)) AND (TITLE-ABS-KEY (nursing)) AND ((TITLE-ABS-KEY (surgicenters) OR TITLE-ABS-KEY (surgicenter))) (TITLE-ABS-KEY (communication)) AND (TITLE-ABS-KEY nursing)) AND ((TITLE-ABS-KEY ("intensive care units") OR TITLE-ABS-KEY ("intensive care unit")))

Foram adotados como critérios de elegibilidade estudos primários, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, espanhol e inglês e que respondessem à questão de pesquisa e objetivo. Estudos duplicados, revisões, teses, dissertações, editoriais e cartas ao editor foram excluídos. Os autores optaram pela não restrição temporal para a seleção das produções, uma vez que o intuito foi investigar como o tema vem sendo estudado com o passar dos anos.

O gerenciador de referências *Rayyan*¹³ foi utilizado para organizar a triagem dos artigos e o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)¹⁴ para representar o processo de seleção das evidências. Destaca-se que como meio de minimizar possíveis vieses nessa etapa, esta foi realizada por dois revisores, de forma independente e simultânea. As produções selecionadas por ambos foram comparadas a fim de identificar possíveis discrepâncias. A contribuição de um terceiro revisor foi solicitada nos casos em que ocorreram divergências na inclusão ou não de uma publicação a fim de se encontrar um consenso.

Primeiramente, o título e resumo dos textos

foram lidos. Aqueles elegíveis foram submetidos a leitura de texto completo. As produções incluídas foram analisadas criticamente conforme as seguintes variáveis de interesse: ano de publicação, país do estudo, abordagem metodológica, objetivos, resultados e conclusões.

Para avaliar a qualidade dos estudos foi realizada a classificação do Nível de Evidência (NE): nível 1, evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas¹⁵.

RESULTADOS

A Figura 1 representa o fluxograma de seleção dos artigos. A busca inicial gerou 1.904 produções. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 19 textos foram incluídos como amostra desta revisão.

Com relação ao país de desenvolvimento dos estudos, os Estados Unidos da América^{19,22,28-31} se destacou apresentando 6 produções. Os outros artigos se dividiram dessa forma: cinco realizados no Brasil^{16,18,25,32,33}; México¹⁷, Inglaterra²⁰, Israel²³, Austrália²⁴, Botswana²⁶, Jordânia²⁷ e Colômbia³⁴ foram representados com uma publicação cada. Uma das investigações ocorreu concomitantemente na Polônia e Turquia²¹. O ano de publicação das produções variou de 1999¹⁷ a 2020^{25,32}, sendo que o ano de 2017^{16,19-21}

concentrou 4 dos artigos encontrados.

Conforme a abordagem metodológica, os estudos se caracterizaram como nível de evidência 3^{19,28,29,31}, 4²² e 6^{16-18,20,21,23-27,30,32-34}. A Tabela 2 traz a caracterização das produções de forma detalhada.

Os estudos apontaram que a comunicação é fundamental para a garantia da segurança do paciente e é um meio de inserir a família no processo do cuidado. Essa habilidade vai além da expressão verbal, envolvendo outras formas de se comunicar. Contudo, necessita ser melhorada em algumas situações, evitando principalmente a ocorrência de danos ao cliente. Sugere-se ainda que algumas formas de comunicação requerem padronização. A Tabela 3 apresenta em detalhes a síntese das produções.

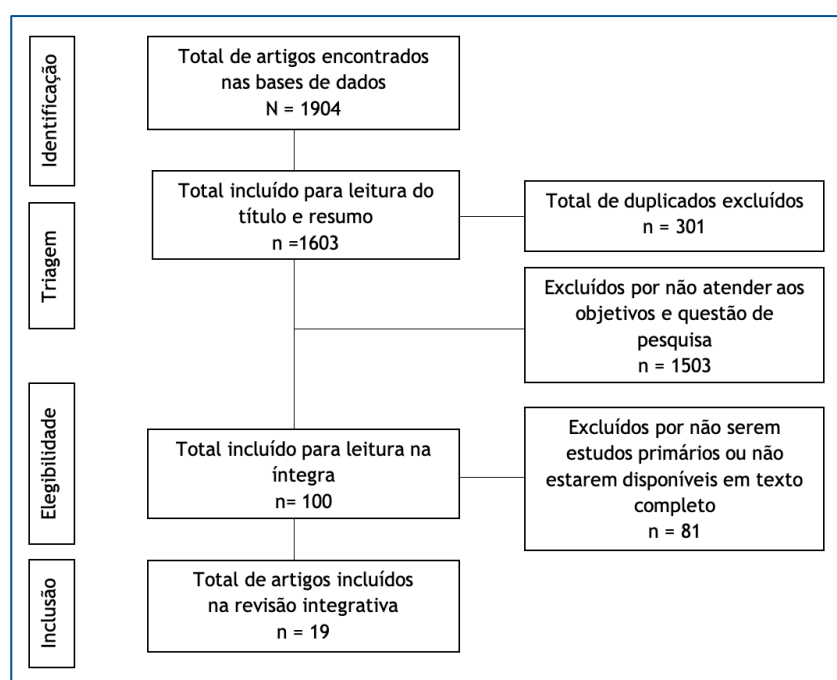


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos.

DISCUSSÃO

A comunicação no processo do cuidado seguro e efetivo entre a equipe de enfermagem e o cliente

O profissional de enfermagem que atua em cuidados críticos precisa desenvolver características e habilidades que são de sua competência, entre a principal delas, a comunicação. A comunicação efetiva está relacionada com a segurança do paciente, que se tornou uma área prioritária da saúde e das instituições prestadoras de cuidado. Nesse cenário, a má comunicação entre profissionais e clientes e outros membros da equipe tem sido um dos fatores intrínsecos aos erros na saúde³⁵.

Limitações na comunicação interprofissional, informações insuficientes, escassez de interação paciente-equipe e fragilidades na comunicação durante passagens de plantões e transferência do paciente,

torna-se um dos principais pontos de risco, podendo levar a uma experiência negativa no processo de cuidado, afetando a segurança, os resultados clínicos e recuperação do cliente e a satisfação dos familiares³⁶.

O paciente, sob qualquer tipo de assistência, necessita de cuidados com o corpo, mas também com a mente e seu estado social. Estudos desenvolvidos com o objetivo de avaliar a comunicação de enfermeiros com o paciente crítico, usando como metodologia a *Patient-Nurse Effectiveness with Assisted Communication Strategies* (SPEACS), concluíram que essa interação melhora os quadros de internação do paciente. Verificou-se também que o tempo de intubação e o nível de consciência do paciente possui relação direta e sofre influência da duração do tempo da comunicação praticada pelos profissionais na UTI^{22,30}.

Pacientes sob cuidados intensivos ou que necessitam passar por procedimentos cirúrgicos de grande porte podem necessitar de suporte ventilatório e

Tabela 2 – Características das produções incluídas na revisão conforme país, ano, abordagem metodológica e nível de evidência.

Referência	País/Ano	Abordagem metodológica	Nível de evidência
E1 ¹⁶	Brasil/2017	Estudo qualitativo com 28 profissionais médicos e enfermeiros de cuidados intensivos.	6
E2 ¹⁷	México/1999	Estudo transversal com 28 pacientes críticos intubados em uma unidade de cuidados pós-cirúrgicos e intensivos.	6
E3 ¹⁸	Brasil/2015	Estudo transversal, no qual analisou as informações recebidas durante a passagem de plantão do Centro Cirúrgico para a UTI.	6
E4 ¹⁹	Estados Unidos da América/2017	Estudo prospectivo pré- e pós-intervenção em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. A intervenção I-PASS <i>Nursing Handoff Bundle</i> consistiu em treinamento educacional, implementação de mnemônico I-PASS de transferência verbal e materiais visuais para fornecer reforço e sustentabilidade.	3
E5 ²⁰	Inglaterra/2017	Estudo observacional, no qual observou a passagem de plantão entre enfermeiras em uma UTI oncológica.	6
E6 ²¹	Polônia e Turquia/2017	Estudo descritivo, realizado com enfermeiros de terapia intensiva na Polônia e Turquia.	6
E7 ²²	Estados Unidos da América/2014	Estudo de coorte sequencial quase experimental de três fases realizado com 89 pacientes intubados acordados, responsivos e incapazes de falar e 30 enfermeiros da UTI.	4
E8 ²³	Israel/2019	Estudo descritivo transversal com 130 familiares de pacientes em duas UTI.	6
E9 ²⁴	Austrália/2015	Estudo observacional prospectivo.	6
E10 ²⁵	Brasil/2020	Estudo transversal realizado no centro cirúrgico de um hospital filantrópico da região Sul do Brasil, com 107 profissionais da saúde.	6
E11 ²⁶	Botswana/2016	Pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa. 159 arquivos de pacientes na UTI foram auditados e 50 enfermeiros escolhidos por amostragem intencional.	6
E12 ²⁷	Jordânia/2005	Pesquisa fenomenológica qualitativa com enfermeiras de cuidados intensivos.	6
E13 ²⁸	Estados Unidos da América/2007	Estudo prospectivo da implementação de uma planilha de metas diárias entre enfermeiros de uma UTI pediátrica.	3
E14 ²⁹	Estados Unidos da América/2016	Estudo prospectivo intervencional.	3
E15 ³⁰	Estados Unidos da América/2013	Estudo de análise secundária que utilizou dados coletados de pacientes e enfermeiros. Por meio de observação não participante, foi acompanhado o processo de comunicação entre ambos.	6
E16 ³¹	Estados Unidos da América/2012	Estudo quase-experimental com enfermeiros de uma UTI.	3
E17 ³²	Brasil/2020	Estudo qualitativo, exploratório, desenvolvido com a equipe de enfermagem de uma UTI.	6
E18 ³³	Brasil/2019	Estudo analítico transversal realizado com 92 profissionais de enfermagem de um centro cirúrgico.	6
E19 ³⁴	Colômbia/2016	Estudo descritivo, quantitativo e transversal com 200 familiares de pacientes sob cuidados intensivos.	6

Tabela 3 – Síntese das produções conforme principais resultados/conclusões.

Referência	Resultados/Conclusões
E1 ¹⁶	Os profissionais entendem que os erros no cuidado podem expor o paciente a danos e que a comunicação destes eventos é necessária para melhoria do serviço. No entanto, elencaram que quando há ocorrência de um erro, não há oportunidade para discussão e busca de soluções.
E2 ¹⁷	O estudo permitiu avaliar a compreensão de cada imagem, obtendo como resultado a compreensão geral de 87,3% do código de comunicação, portanto considerou ser uma opção útil para facilitar a comunicação com o paciente crítico.
E3 ¹⁸	Evidenciou-se que as informações não estão sendo repassadas de forma completa, o que fere o código de ética e compromete a qualidade e continuidade da assistência.
E4 ¹⁹	A implementação do I-PASS foi associada a melhorias na comunicação verbal.
E5 ²⁰	Há uma falha de comunicação por parte das enfermeiras durante a transferência de informações do paciente, incluindo informações errôneas e desnecessárias enquanto faltam elementos essenciais.
E6 ²¹	As enfermeiras na Polônia usaram principalmente o toque terapêutico para comunicação não verbal, enquanto as enfermeiras na Turquia usaram a expressão facial. Os enfermeiros de cuidados intensivos em ambos os países experimentaram dificuldades semelhantes na comunicação com o paciente.
E7 ²²	A frequência e os comportamentos positivos de comunicação entre enfermeiro-paciente aumentaram significativamente em apenas uma UTI.
E8 ²³	A melhor comunicação do enfermeiro com os membros da família foi associada à diminuição do estresse agudo, independentemente das características pessoais ou percepções do estado de saúde do paciente.
E9 ²⁴	O número médio de interrupções foi de 2 por <i>handover</i> com variação de 0 a 7. O número de interrupções mais frequente foi sete, ocorrendo durante um <i>handover</i> de 15 minutos. Médicos, enfermeiras e bombas intravenosas alarmantes foram a fonte mais frequente de interrupções. Funcionários da administração e enfermarias também interrompendo as transferências.
E10 ²⁵	A pesquisa evidenciou que a falta de atenção, problemas de trabalho em equipe e de comunicação se constituíram como as principais causas que comprometem a cultura de segurança do paciente.
E11 ²⁶	Os achados deste estudo mostraram que houve comunicação mínima utilizada com pacientes sob ventilação mecânica. A falta de comunicação tem sido associada à ansiedade nos pacientes.
E12 ²⁷	Pacientes inconscientes receberam menos comunicação verbal e interação. A comunicação com esses pacientes não deve ser vista apenas como um processo interativo, mas também como um dos meios para fornecer informações e suporte necessários.
E13 ²⁸	Os entrevistados relataram que a planilha de metas diárias levou a uma melhor comunicação entre médicos e enfermeiros na unidade.
E14 ²⁹	Os níveis de satisfação do anestesista e da equipe de enfermagem da UTI aumentaram significativamente após a intervenção. Além disso, a eficácia percebida e a nota do processo de transferência aumentaram significativamente.
E15 ³⁰	A duração da fala foi negativamente associada a uma Escala de Coma de Glasgow ≤ 14 . O tempo de intubação e nível de consciência do paciente pode influenciar a duração da comunicação do enfermeiro na UTI.

Tabela 3 – Síntese das produções conforme principais resultados/conclusões (cont.).

Referência	Resultados/Conclusões
E16 ³¹	Os resultados do estudo piloto indicaram que a comunicação percebida entre os enfermeiros em geral e a comunicação específica para o relatório de turno melhorou significativamente após a implementação da ferramenta.
E17 ³²	Ao tempo em que há o reconhecimento da importância da comunicação para o cuidado de enfermagem, por outro lado, há pouca participação dos técnicos de enfermagem, com conversas paralelas, desatenção e informações incompletas, comprometendo a efetividade da assistência.
E18 ³³	A dimensão da cultura de segurança com resultados menos positivos foram “Abertura para comunicação” e “Feedback e comunicação sobre erros”.
E19 ³⁴	A comunicação entre equipe de saúde e familiares é uma forma de humanizar o cuidado em unidades de terapia intensiva.

para isso serem submetidos ao processo de intubação, fato este que limita sua comunicação. Nesses casos, ferramentas alternativas e padronizadas se fazem necessárias. Estudo transversal realizado no México demonstrou que a utilização de imagens para a troca de informações, entre a equipe e o paciente, foi significativa, sendo sugerida como uma opção eficaz e facilitadora para se estabelecer a comunicação mediante limitações relacionadas ao cliente¹⁷.

A avaliação da capacidade de comunicação em pacientes intubados é essencial para uma assistência precisa e eficaz, em busca de atender, além das necessidades fisiológicas, suas necessidades psicológicas. Os profissionais devem focar no desenvolvimento de tecnologias e terapêuticas para se comunicar com os pacientes em estado de inconsciência e esse processo precisa ser constantemente avaliado em busca da sua resolubilidade³⁷.

Apesar de sua importância ser indiscutível, investigações apontam que há uma falha no processo de comunicação entre enfermeiro e cliente em unidades de terapia intensiva e centro cirúrgicos, caracterizada como insuficiente. Essas barreiras de comunicação contribuem para que seja observado aumento dos níveis de estresse entre os pacientes, pois a comunicação e o cuidado oferecem a eles uma melhor visão da sua autoestima e autoidentidade^{36,27}.

Em estudo comparativo realizado em uma UTI na Polônia e outra na Turquia, 46% e 42,3% dos enfermeiros, respectivamente, relataram que tiveram problemas de comunicação com pacientes. Também foi descoberto que os enfermeiros na Polônia usaram principalmente o toque terapêutico para comunicação não-verbal, enquanto enfermeiros na Turquia usaram expressão facial. Enfermeiros de cuidados intensivos em ambos os países experimentaram dificuldades semelhantes na comunicação com o paciente²¹.

Setores cirúrgicos e de cuidados intensivos não devem ser vistos apenas como locais para procedimentos associados a dor e sofrimento, mas devem oferecer uma assistência de qualidade em conjunto com a

humanização, fatores necessários a recuperação do paciente. Um atendimento humanizado ao cliente se baseia no apoio, atenção e informações acerca dos procedimentos aos quais ele será submetido, pois o mesmo se encontra muitas vezes fragilizado e temeroso, o que alimenta sua insegurança e ansiedade³⁸.

Outro ponto a ser considerado, é o envolvimento da família no processo do cuidado. O familiar inserido no contexto de internação, colabora de forma positiva para a diminuição do tempo de permanência do paciente sob cuidados intensivos. No momento de uma internação, a família experimenta reações emocionais significativas como estresse, medo, depressão, angústia, solidão e incerteza. A comunicação da equipe de saúde com esses familiares é necessária para restabelecer o equilíbrio³⁴.

A comunicação entre a equipe de enfermagem e os familiares é primordial para o estabelecimento do vínculo e confiança o que contribui para que a recuperação do cliente seja mais rápida, também é uma forma de humanizar o cuidado pois possibilita o acolhimento da família. Uma melhor comunicação entre a equipe e os familiares de pacientes sob cuidados intensivos contribuiu na diminuição dos níveis de estresse e melhor enfrentamento da situação. Entretanto, aponta-se que a humanização nos ambientes de cuidados intensivos brasileiros ainda é uma questão que requer discussões aprofundadas e maiores investigações^{23,39}.

A assistência ao cliente no CC e UTI inclui a transferência clínica eficaz, envolvendo a comunicação de informações relevantes do paciente de um prestador de cuidados para outro. Contudo, esse processo pode sofrer os efeitos de interrupções do ambiente que podem contribuir para erros em potencial. Estudo observacional australiano destacou que ruídos provocados pelos profissionais e equipamentos, bem como interrupções frequentes de funcionários de outros setores interrompem as passagens de plantão, o que pode levar à perda de informações e resultar em eventos adversos para o paciente²⁴.

A comunicação no processo do cuidado seguro e efetivo entre os profissionais da equipe de saúde

O processo de comunicação, apesar de sua complexidade, é uma das bases necessárias para a construção do relacionamento interpessoal entre o profissional de enfermagem e os demais membros da equipe de saúde. Essa interação pode ser utilizada como um facilitador para a prática do cuidado humanizado, uma vez que auxilia os profissionais a compartilharem de um trabalho em equipe que proporcione oportunidades de participação, compartilhamento e busca de soluções para os problemas⁴⁰.

A comunicação entre a equipe de saúde é uma estratégia fundamental para minimizar situações de risco e contribui positivamente para a segurança do paciente, sendo a capacitação do profissional um fator importante para a efetividade desse processo. Entretanto, as relações conflituosas, disputas de poder, falta de empatia, desvalorização do profissional, sobrecargas de trabalho, dentre outros pontos negativos do relacionamento interpessoal profissional podem provocar lacunas no processo de comunicação, causando prejuízos no cuidado ao cliente¹⁶.

A fim de avaliar a cultura de segurança nos serviços de saúde, pesquisas vêm sendo conduzidas em diferentes contextos assistenciais. No âmbito hospitalar, destaca-se o Centro Cirúrgico, ambiente fechado, com processos de trabalho complexos, cujas complicações cirúrgicas respondem por percentuais de mortes e danos, temporários ou permanentes, ocasionados pelo processo assistencial. Estudos apontam fragilidades nos valores, atitudes e comportamentos dos profissionais, traduzidos por escores do clima de segurança abaixo do satisfatório²⁵.

Enfatiza-se que a avaliação da visão dos profissionais sobre a cultura de segurança possibilita a identificação de áreas problemáticas e que requerem atenção. É necessário que ocorram melhorias constantes no desenvolvimento dessa cultura, especialmente em relação à necessidade de uma estrutura organizacional que proporcione aos profissionais de enfermagem a identificação e explicação dos erros cometidos bem como suas causas, corroborando para a criação de estratégias de segurança do paciente³².

Durante a passagem de plantão de uma equipe para outra, seja em CC ou UTI, ou entre ambos os setores, observa-se possíveis falhas nessa dinâmica. Investigação brasileira destacou que em determinadas situações a troca de informações é realizada apenas por telefone. Tais atitudes podem induzir a erros que corroboram com eventos adversos como erros de medicação, de procedimentos ou mesmo troca de pacientes entre os centros cirúrgicos e unidades de terapia intensiva¹⁸.

De encontro aos achados anteriores, análise desenvolvida em uma UTI cirúrgica de um hospital do Rio de Janeiro, investigou os sentidos construídos pela equipe de enfermagem sobre a comunicação no *handover* na transferência de turnos na UTI. Na unidade em questão, o *handover* ocorria com o auxílio de um instrumento tipo *checklist* utilizado como suporte na comunicação entre as equipes³².

O termo *handover* é utilizado na atividade

clínica para caracterizar a forma de transferir informações sobre o paciente, entre os profissionais de diferentes turnos, seja na admissão ou alta hospitalar. Essa prática envolve a transferência da informação, da responsabilidade e da competência pela tomada de decisões sobre a assistência ao paciente⁴¹.

Pesquisa americana observou a dinâmica de transferência em uma UTI oncológica. Destacou que interrupções durante o processo de transferência de informações acerca do paciente tornam o processo mais longo e menos seguro, sugerindo a necessidade de métodos de transferência estruturados e mais eficazes. Como uma das alternativas para melhorar esse processo fornecer educação, orientação e *feedback* em tempo real para funcionários pode levar a melhorias nos métodos de comunicação de transferência, produzindo resultados positivos para o paciente²⁰.

Outras possibilidades de fortalecer a segurança do paciente durante a comunicação de informações entre a equipe de saúde é a utilização de instrumentos padronizados. Ao avaliarem uma intervenção que utilizou uma planilha de metas diárias para registros acerca do processo de cuidado, os profissionais de enfermagem relataram que a partir da utilização desse instrumento houve uma melhora da comunicação com os demais profissionais, principalmente com os médicos^{19,28}.

A padronização da comunicação é sugerida como uma abordagem eficaz para melhorar a comunicação durante as transferências de pacientes, como o uso do relatório de turno. Usando a estrutura do microsistema clínico, os líderes de uma UTI e a equipe de enfermagem desenvolveram e testaram o piloto dessa ferramenta de comunicação. Os resultados indicaram que a comunicação percebida entre os enfermeiros e a comunicação específica para o relatório de turno melhorou significativamente após a implementação da ferramenta³¹.

Outro estudo prospectivo avaliou a eficácia da aplicação de uma intervenção combinada com intuito de melhorar a qualidade da transferência clínica da sala de cirurgia para a UTI. Sugeriu-se a utilização de um relatório de transferência telefônica direta entre o anestesista e o enfermeiro da UTI responsável por receber o paciente. Foi perceptível a melhora da satisfação dos profissionais com o processo de transferência entre as unidades. A ligação telefônica do anestesista para a enfermeira da terapia intensiva, a fim de conceder informações vitais, proporcionou um canal de comunicação direto entre as equipes²⁹.

Como limitações identificadas nessa revisão destaca-se que o número de bases consultadas permitiu apresentar apenas uma parte das evidências relacionadas ao tema. Quanto à qualidade da maioria das evidências, o tipo de estudo não permite a generalização dos resultados, considerando que esses estão relacionados ao contexto nos quais foram realizados, envolvendo diferentes culturas e características dos serviços de saúde de cada país.

Contudo, os achados obtidos possibilitam arcabouço teórico para que novas pesquisas sejam realizadas sobre o tema, principalmente no que concerne ao aprofundamento de investigações sobre comunicação e clima de segurança em centros

cirúrgicos. E, ainda, subsidiam o interesse dos profissionais na busca por aprimorarem seus conhecimentos acerca da segurança do paciente.

CONCLUSÃO

A comunicação é uma das ações prioritárias e fundamentais para a segurança e efetividade do cuidado de enfermagem, seja nos centros cirúrgicos ou nas unidades de terapia intensiva. Essa habilidade permite o relacionamento interpessoal entre os profissionais e o cliente, propiciando um ambiente livre de erros que

possam retardar a recuperação do paciente.

Este estudo traz contribuições para o campo científico, uma vez que identificou potencialidades e limitações relacionadas ao processo comunicativo e que necessitam de maiores investigações. Diante desse contexto, se faz necessário que as barreiras de comunicação sejam identificadas e que ações estratégicas organizacionais sejam colocadas em prática, entre elas a educação permanente dos profissionais, bem como a padronização de informações. Ações como essas minimizam os potenciais riscos que permeiam os cuidados críticos, bem como tornam positivas as relações no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

- Alves KYA, Bezerril MS, Salvador PTCO, Feijão AR, Santos VEP. Comunicação efetiva em enfermagem à luz de Jürgen Habermas. *REME*. 2018;22:e-1147. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180078>
- Santos GRS, Campos JF, Silva RC. Handoff communication in intensive care: links with patient safety. *Escola Anna Nery*. 2018;22(2):e20170268. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0268>
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática [Internet]. Brasília: Anvisa; 2017. 168 p. Available from: <https://bit.ly/3CwLQPI>
- Olino L, Gonçalves AC, Strada JKR, Vieira LB, Machado MLP, Molina KL, et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180341.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília/DF: MS; 2013. Available from: <https://bit.ly/3NAAqAI>
- Mucelini FC, Matos FGOA, Da Silva EB, Alves DCI, Nishiyama JAP, De Oliveira JLC. Clima de segurança do paciente em centro cirúrgico: avaliação pela equipe multidisciplinar. *Rev SOBEC*. 2021;26(2):91-8. Available from: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202100020005>
- Becária LM, Bruna M, Barbosa TP, Pereira RAM. Interferências na passagem de plantão de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *CuidaArte Enferm*. 2017;11(01):86-92. Available from: <https://bit.ly/3NxOmvc>
- Gutierrez LS, Santos JLG, Peiter CC, Menegon FHA, Sebold LF, Erdmann AL. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 6):2775-82. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>
- Farias ES, Santos JO, Góis RMO. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. *CGCBS*. 2018;4(3):139-9. Available from: <https://bit.ly/3NAwW11>
- Sousa JBA, Brandão MJM, Cardoso ALB, Archer ARR, Belfort IKP. Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: Desafio na segurança do paciente. *Braz J Hea Rev* 2020;3(3):6467-79. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-195>
- Whittemore R, Knafel K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Lockwood C, Porrit K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, et al. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *Australia: JBI Manual for Evidence Synthesis*; 2020 [cited 2021 Mar 28]. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-03>
- Quzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5:210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- 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 Int Med*. 2018;169(7):467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005; 3-24. Available from: <https://bit.ly/3Nd4p0e>
- Tomazoni A, Rocha PK, Ribeiro MB, Serapião LS, Souza S, Manzo BF. Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(1):e64996. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64996>
- Arias RM, Castro Sánchez, Laura, Eva, Teresa, Maria L. Comunicación mediante imágenes entre enfermera y paciente en estado crítico. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2023;49-51. Available from: <https://bit.ly/3Pop8kx>
- Bueno BRM, Moraes SS, Suzuki K, Gonçalves FAF, Barreto RASS, Gebrim CFL. Caracterização da passagem de plantão entre o centro cirúrgico e a unidade de terapia intensiva. *Cogitare Enferm*. 2015;20(3):512-8. Available from: <https://bit.ly/3qRrmyy>
- Starmer AJ, Schnock KO, Lyons A, Hehn RS, Graham DA, Keohane C, Landrigan CP. Effects of the I-PASS Nursing Handoff Bundle on communication quality and workflow. *BMJ Qual Saf*. 2017;26:949-57. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006224>
- Milesky JL, Baptiste D-L, Shelton BK. An observational study of patient handover communications among nurses on an oncology critical care unit. *Contemp Nurse*. 2017;54(1):77-87. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1416306>
- Aktas YY. Problems in Critical Care Nurse-Patient Communication: Examples of Poland and Turkey. *Acta Clin Croat*. 2017;56:437-45. <https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.03.10>
- Happ MB, Garrett KL, Tate JA, DiVirgilio D, Houze MP, Demirci JR, George E, Sereika SM. Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: results of the SPEACS trial. *Heart Lung*. 2014; 43(2):89-98. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.010>
- Ganz FD, Yihye G, Beckman N. Family-Centered Communication and Acute Stress in Israeli Intensive Care Units. *Am J Crit Care*. 2019;28(4):274-80. <https://doi.org/10.4037/ajcc2019562>
- Spooner AJ, Corley A, Chaboyer W, Hammond NE, Fraser JF. Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: An observational study. *Austr Crit Care*. 2015; 28(1):19-23. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2014.04.002>
- Dezordi CCM, Benetti SAW, Tanaka AKSR, Benetti ERR, Treviso P, Carenato RCA, et al. Clima de segurança no centro cirúrgico: atitudes dos profissionais de saúde. *Cogitare Enferm*. 2020;25:e65577. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.65577>
- Dithole KS, Sibanda S, Moleki MM, Thupayagale-Tshweneagae G. Nurses' communication with patients who are mechanically ventilated in intensive care: the Botswana experience. *Int Nurs Rev*. 2016;63(3):415-21. <https://doi.org/10.1111/inr.12262>

27. Alasad J, Ahmad M. Communication with critically ill patients. *J Adv Nurs*. 2005;50(4):356-62. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03400.x>
28. Phipps LM, Thomas NJ. The use of a daily goals sheet to improve communication in the paediatric intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23(5):264-71. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.02.001>
29. Moon TS, Gonzales MX, Woods AP, Fox PE. Improving the quality of the operating room to intensive care unit handover at an urban teaching hospital through a bundled intervention. *J Clin Anest*. 2016;31:5-12. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2016.01.001>
30. Nilsen ML, Sereika S, Happ MB. Nurse and patient characteristics associated with duration of nurse talk during patient encounters in ICU. *Heart Lung*. 2013;42(1):5-12. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.10.003>
31. Jukkala AM, James D, Autrey P, Azuero A, Miltner R. Developing a Standardized Tool to Improve Nurse Communication During Shift Report. *J Nurs Care Qual*. 2012;27(3):240-6. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31824ebbd7>
32. Santos GRS, Barros FM, Silva RC. Comunicação no handover na terapia intensiva: sentidos e práticas da equipe de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20180436. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20180436>
33. Abreu IM, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães DBO, Nogueira LT, Madeira MZ de A. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(spe):e20180198. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198>
34. Rodríguez LMB, Velandia MFA, Leiva ZOC. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista CUIDARTE*. 2016;7(2):1297. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
35. Burgener A. Enhancing Communication to improve patient safety and to increase patient satisfaction. *Health Care Manag (Frederick)*. 2017;36(3):238-43. <https://doi.org/10.1097/HCM.000000000000165>
36. Mucelini FC, Matos FGOA, Alves DCI, Silva EB, Nishiyama JAP, Moraes RMR, Campos de Oliveira JL. Clima de segurança do paciente: avaliação de trabalhadores do pronto-socorro de hospital universitário. *Rev Cienc Saude*. 2020; 10(3):101-8. <https://doi.org/10.21876/rcshci.v10i3.969>
37. Methangkool E, Tollinche L, Sparling J, Agarwala AV. Communication: Is There a Standard Handover Technique to Transfer Patient Care? *Int Anest Clin*. 2019; 57(3):35-47. <https://doi.org/10.1097/AIA.000000000000241>
38. Bernardes LH; Quintilio MSV. Humanização da enfermagem em centro cirúrgico: a importância do enfermeiro. *Rev JRG Estud Acad*. 2021;4(8):115-26. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4612936>
39. Junior SV, Machado AG, Alves AMRS, Cordeiro KJS, Barbosa MB, Teodozio GC, et al. Humanizing intensive nursing care for people with COVID-19. *Rev Bras Enferm*. 2021;22:e62584. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212262584>
40. Broca PV, Ferreira MDA. A comunicação da equipe de enfermagem de uma enfermaria de clínica médica. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71:951-958. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0208>
41. Abraham J, Kannampallil T, Patel B, Almoosa K, Patel VL. Ensuring patient safety in care transitions: an empirical evaluation of a handoff intervention tool. *AMIA Annu Symp Proc*. 2012; 2012:17-26. PMID: 23304268

Conflitos de interesse: Os autores informam não haver conflitos de interesse relacionados a este artigo.

Contribuição individual dos autores:

Concepção e desenho do estudo: MDSM, FAADN, VNDOL, FJDA, ALGDS, ADAS, LMOC, NSB

Análise e interpretação dos dados: VNDOL, ADAS, FAADN, MDSM, NSB

Coleta de dados: NSB

Redação do manuscrito: MDSM, FAADN, VNDOL, FJDA, ALGDS, ADAS, LMOC, NSB

Revisão crítica do texto: LMOC, NSB

Aprovação final do manuscrito: MDSM, FAADN, VNDOL, FJDA, ALGDS, ADAS, LMOC, NSB

Análise estatística: Não se aplica

Responsabilidade geral pelo estudo: NSB

*Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito submetido para publicação da Rev Cienc Saude.

Informações sobre financiamento: não se aplica.