

Comunicação interprofissional colaborativa para segurança do paciente em terapia intensiva: revisão integrativa

Collaborative interprofessional communication for patient safety in intensive care: integrative review

Comunicación colaborativa interprofesional para la seguridad del paciente en cuidados intensivos: revisión integradora

Dayara Ainne de Sousa Araújo¹, Ana Clara Dantas², Ana Beatriz Marinho de Medeiros³, Pedro Henrique Azevedo dos Santos⁴, João Pedro Saraiva Figuerêdo⁵, Jéssica Naiara de Medeiros Araújo⁶

Como citar: Araújo DAS, Dantas AC, Medeiros ABM, Santos PHA, Figuerêdo JPS, Araújo JNM. Comunicação interprofissional colaborativa para segurança do paciente em terapia intensiva: revisão integrativa. REVISA. 2024; 13(3): 712-23. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v13.n3.p712a723>

REVISA

1. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0593-2443>
2. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5634-7498>
3. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Caicó, RN, Brasil. <https://orcid.org/0009-0002-1362-7374>
4. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Caicó, RN, Brasil. <https://orcid.org/0009-0004-9909-7398>
5. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Caicó, RN, Brasil. <https://orcid.org/0009-0008-0153-8888>
6. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Caicó, RN, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9115-3285>

Recebido: 13/04/2024
Aprovado: 23/06/2024

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores que interferem na comunicação interprofissional colaborativa na Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Revisão integrativa, realizada através das bases de dados: SCOPUS, Web of Science e MEDLINE/PubMed. A última data de acesso nas bases foi em 15 de setembro de 2023. Incluíram-se estudos disponíveis que respondessem à questão de pesquisa. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, opinião de especialistas, correspondências, resumos, resenhas, capítulos de livros, teses e dissertações. **Resultados:** Com uma amostra de 20 artigos, foram identificados seis fatores que interferem de modo positivo as saber: treinamento da equipe interprofissional, capacidade de liderança de enfermeiros e modelos estruturados para troca de informações conjunta da tomada de decisão. E nove fatores que interferem negativamente como as relações interprofissionais pouco colaborativas na tomada de decisão, dificuldade de implementar treinamento interprofissional e dificuldade de gerenciar funções e responsabilidades. **Conclusão:** o estudo permite que a equipe interprofissional e a gestão da Unidade de Terapia Intensiva conheçam e possam identificar os fatores que impulsionam ou impedem a colaboração em equipes. **Descritores:** Comunicação; Segurança do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Educação Interprofissional; Revisão.

ABSTRACT

Objective: To identify the factors that interfere with collaborative interprofessional communication in the Intensive Care Unit. **Method:** integrative review, carried out using the databases: SCOPUS, Web of Science and MEDLINE/PubMed. The last date of access to the databases was September 15, 2023. Available studies that answered the research question were included. Editorials, letters to the editor, expert opinions, correspondence, summaries, reviews, book chapters, theses and dissertations were excluded. **Results:** With a sample of 20 articles, six factors that interfere positively and nine factors that interfere negatively in collaborative interprofessional communication in the Intensive Care Unit were identified. **Conclusion:** The main factors that interfere positively were: training of the interprofessional team, leadership capacity of nurses and structured models for exchanging joint information for decision-making. The main factors that interfere negatively were: interprofessional relationships that are not very collaborative in decision-making, difficulty in implementing interprofessional training and difficulty in managing roles and responsibilities. **Descriptors:** Communication; Patient Safety; Intensive Care Units; Interprofessional Education; Review.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores que interfieren en la comunicación colaborativa interprofesional en la Unidad de Cuidados Intensivos. **Método:** Revisión integradora, realizada utilizando las bases de datos: SCOPUS, Web of Science y MEDLINE/PubMed. La última fecha de acceso a las bases de datos fue el 15 de septiembre de 2023. Se incluyeron estudios disponibles que respondieron a la pregunta de investigación. Se excluyeron editoriales, cartas al editor, peritajes, correspondencia, resúmenes, reseñas, capítulos de libros, tesis y disertaciones. **Resultados:** Con una muestra de 20 artículos, se identificaron seis factores que interfieren positivamente, a saber: formación de equipos interprofesionales, capacidad de liderazgo de los enfermeros y modelos estructurados de intercambio de información conjunta para la toma de decisiones. Y nueve factores que interfieren negativamente, como relaciones interprofesionales poco colaborativas en la toma de decisiones, dificultad para implementar la formación interprofesional y dificultad para gestionar roles y responsabilidades. **Conclusión:** el estudio permite al equipo interprofesional y a la gestión de la Unidad de Cuidados Intensivos conocer e identificar los factores que promueven o impiden la colaboración en equipo. **Descriptor:** Comunicación; Seguridad del Paciente; Unidades de Cuidados Intensivos; Educación Interprofesional; Revisión.

Introdução

No contexto de saúde, a comunicação eficaz é fundamental para fornecer cuidado seguro e de alta qualidade, de modo a proporcionar melhores resultados para os pacientes, redução de eventos adversos e internações hospitalares mais curtas.¹

Nessa perspectiva, a comunicação interprofissional colaborativa é a capacidade de se comunicar com pacientes, famílias, comunidades e profissionais de outras categorias de modo adequado e responsável. Estabelecer o diálogo em um contexto interprofissional viabiliza a valorização do trabalho de cada membro da equipe e suas competências específicas. Essa prática é fundamental para possibilitar uma comunicação efetiva, que contribui para formação de ambientes de cuidado mais humanizados e estáveis.²

Reforçando a importância da comunicação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou no Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 a relevância do trabalho colaborativo e da comunicação para a diminuição de incidentes.³ É fundamental garantir que a comunicação seja clara, objetiva e efetiva para que as instituições de saúde desenvolvam uma cultura organizacional centrada na segurança do paciente.⁴

Em ambientes complexos de saúde, como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo um setor com assistência direta a pacientes críticos, é fundamental que os profissionais adotem a comunicação colaborativa como uma estratégia para fortalecer o trabalho em equipe e assegurar que as emergências sejam resolvidas de maneira efetiva.⁵

Apesar da relevância da comunicação interprofissional colaborativa, verifica-se ainda a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre essa temática, especialmente no ambiente da UTI. Considerando o mencionado, o estudo em questão objetivou identificar os fatores que interferem na comunicação interprofissional colaborativa na UTI.

Método

*Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que se caracteriza por um método que analisa estudos, condensa resultados e fornece subsídios para o amplo conhecimento sobre um determinado fenômeno, com vistas a promover a prática baseada em evidência.*⁶

*Essa revisão foi organizada mediante um protocolo de pesquisa e percorreu as etapas a seguir: elaboração da questão norteadora de pesquisa; busca eletrônica na literatura, aplicação de critérios de elegibilidade; coleta de dados, por meio de ferramenta de pesquisa; análise crítica dos estudos; e apresentação e síntese dos resultados.*⁶

A questão norteadora deste estudo foi estruturada utilizando uma adaptação da técnica População, Intervenção, Comparação e Desfecho (PICO), configurando-se como estratégia População, Variáveis e Desfecho (PVO), em que: P = profissionais de saúde que atuam na UTI, V = comunicação colaborativa e O = fatores que interferem na comunicação. Com isso, foi delimitada a seguinte questão de pesquisa: Quais são os fatores que interferem na comunicação interprofissional colaborativa na UTI?

A coleta de dados ocorreu por meio das bases de dados SCOPUS, Web of Science e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)/PubMed. A última data de acesso nas bases de dados foi em 15 de

setembro de 2023. Foi conduzida uma pesquisa avançada usando os descritores indexados (Medical Subject Headings - MeSH), que incluíram "Communication"; "Patient Safety"; "Intensive Care Units"; e "Interprofessional Education". Na Tabela 1, estão apresentadas as estratégias de busca utilizadas nas bases de dados.

Tabela 1- Estratégias de buscas utilizadas nas bases de dados

Bases de dados	Estratégias de busca
SCOPUS	Cruzamento 1: ALL (Communication) AND ALL (Patient Safety) AND ALL (Interprofessional Education)
	Cruzamento 2: ALL (Patient Safety) AND ALL (Interprofessional Education) AND ALL (Intensive Care Units)
Web of Science	Cruzamento 1: ((TS=(Communication)) AND TS=(Patient Safety)) AND TS=(Interprofessional Education)
	Cruzamento 2: ((TS=(Patient Safety)) AND TS=(Interprofessional Education)) AND TS=(Intensive Care Units)
MEDLINE/PubMed	Cruzamento 1: ((Communication) AND Patient Safety) AND Interprofessional Education
	Cruzamento 2: ((Patient Safety) AND Interprofessional Education) AND Intensive Care Units

Incluíram-se artigos completos disponíveis na íntegra e que abordassem a temática da comunicação interprofissional na UTI. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, opinião de especialistas, correspondências, resumos, resenhas, capítulos de livros, teses e dissertações. Não foi estabelecido um recorte temporal com o objetivo de abranger o maior número possível de estudos disponíveis.

Para reduzir possíveis erros ou vieses de aferição, a seleção dos estudos foi realizada em pares o que possibilitou o consenso dos estudos encontrados. A primeira etapa ocorreu por meio da leitura dos títulos e resumos. Os estudos divergentes entre os avaliadores foram decididos por um terceiro avaliador, seguido pela leitura completa dos estudos. Os duplicados foram considerados apenas uma vez, enquanto aqueles que não atendiam aos critérios de elegibilidade foram removidos.

Para a realização da extração de dados, foi elaborada uma ferramenta de coleta de dados com as seguintes variáveis: título do estudo, fonte de dados indexada, autores, idioma, continente e ano de publicação, metodologia utilizada, tipo de abordagem, nível de evidência e os fatores que interferem na comunicação interprofissional colaborativa na UTI. Os dados foram organizados em um formulário no Google Forms. Vale salientar que o conjunto de dados deste estudo foi armazenado no repositório público Mendeley Data.⁷

No que diz respeito ao nível de evidência, foi adotada a classificação proposta pelo JBI Global: Nível I. revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível II. ensaios clínicos randomizados controlados; Nível III.1. ensaios clínicos bem delineados, porém não randomizados; Nível

III.2. estudos de coorte bem delineados ou estudos de caso-controle; Nível III.3. séries temporais múltiplas, com ou sem intervenção, e resultados dramáticos em experimentos não controlados; Nível IV. opiniões de especialistas respeitados, baseadas em critérios clínicos e experiência, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas.⁸

O método de seleção dos estudos seguiu as diretrizes do protocolo Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA), que é utilizado para melhorar a qualidade das revisões. As tabelas e quadros a seguir apresentam a síntese dos resultados.⁹

Resultados

As buscas nas bases de dados permitiram a identificação de 24.882 estudos, dos quais 24.808 foram removidos por não atenderem aos critérios de inclusão e cinco por estarem duplicados. De tal modo, 20 estudos compuseram a amostra final (Figura 1).

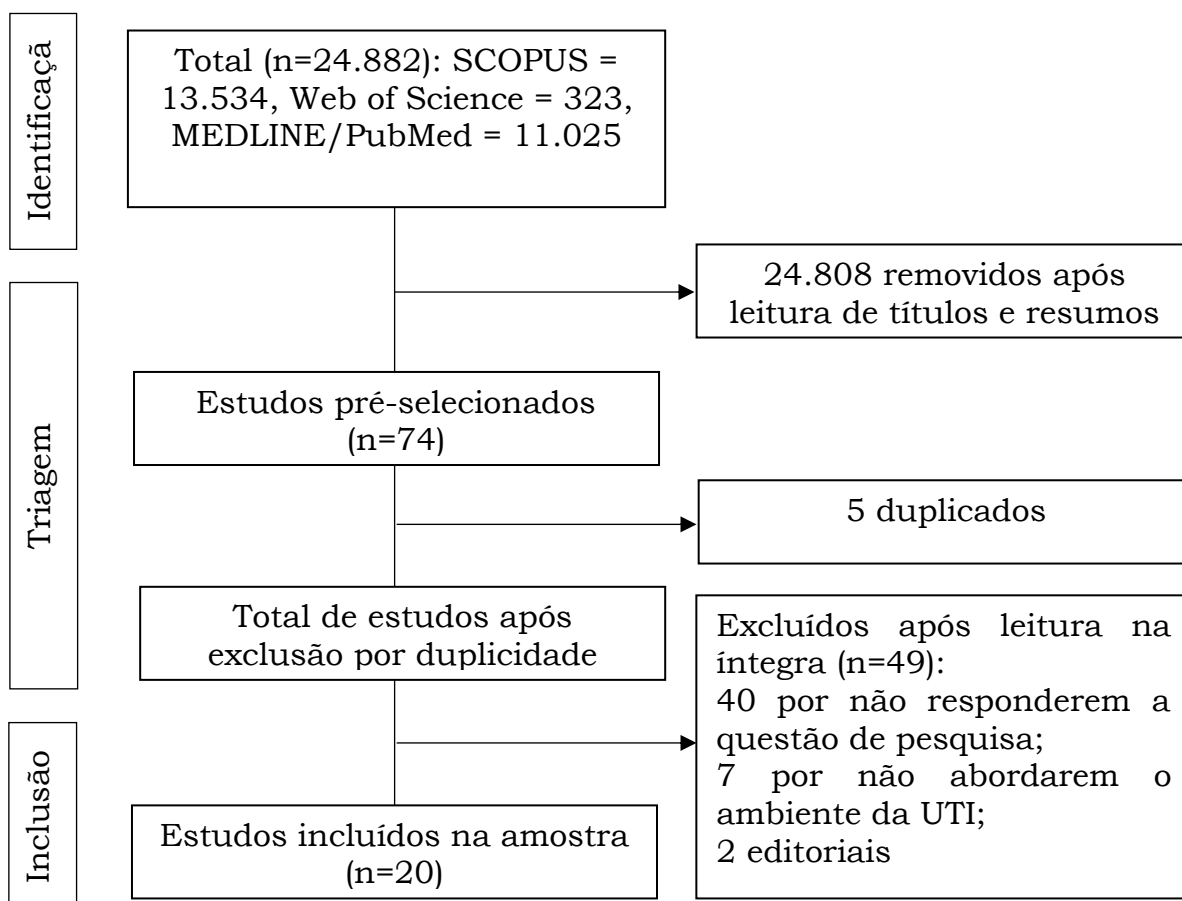


Figura 1. Diagrama de identificação, seleção e inclusão dos estudos

A Tabela 2 descreve a caracterização dos estudos com as frequências absoluta e relativa conforme as seguintes variáveis: ano da publicação, continente, idioma, método e tipo de abordagem.

Tabela 2- Caracterização dos estudos de acordo com ano de publicação, continente, idioma, método e abordagem

Variáveis	n (%)
Ano de publicação	
2023	3 (15,00)
2022	4 (20,00)
2021	1 (5,00)
2020	2 (10,00)
2019	3 (15,00)
2017	2 (10,00)
2016	2 (10,00)
2014	1 (5,00)
2013	1 (5,00)
2011	1 (5,00)
Continente	
América do Norte	9 (45,00)
Europa	6 (30,00)
Ásia	2 (10,00)
Oceania	2 (10,00)
África	1 (5,00)
Idioma	
Inglês	20 (100,00)
Método	
Ensaio clínico randomizado	6 (30,00)
Estudo de revisão	4 (20,00)
Estudo transversal	3 (15,00)
Estudo de coorte	1 (5,00)
Estudo experimental	1 (5,00)
Não definido	5 (25,00)
Abordagem	
Quantitativa	15 (75,00)
Qualitativa	5 (25,00)

A maioria dos estudos datam o ano de 2022 com 20,00% (4) da amostra. A América do Norte foi o continente com maior número de publicações com 45,00% (9) e o idioma que prevaleceu foi o inglês em 100,00% (20). Em relação ao método utilizado, os ensaios clínicos randomizados apresentaram maior prevalência com 30,00% (6) e com abordagem quantitativa com 75,00% (15) da amostra. A síntese dos estudos está disposta no quadro 1.

Quadro 1- Síntese dos estudos conforme autores/ano, nível de evidência e os principais achados

Autores (ano)	Nível de evidência	Principais achados
Arrogante O, et al. (2023) ¹⁰	Nível IV	O programa TeamSTEPPS® que utiliza estratégias e recursos de equipe para aprimorar o desempenho e a segurança do paciente demonstrou melhorar o trabalho interprofissional entre profissionais de saúde, melhorando o trabalho em equipe.
Digby R, et al. (2023) ¹¹	Não se aplica*	A comunicação organizacional eficaz garantiu que a equipe da UTI fosse informada sobre as frequentes mudanças de políticas e protocolos e as implicações para o atendimento ao paciente. As reuniões regulares de videoconferência organizadas pelo diretor da UTI e pelo enfermeiro gerente poderiam ser acessadas por todos os funcionários da UTI e manter todos informados.

Häggström M, et al. (2023) ¹²	Não se aplica*	A comunicação eficaz, o trabalho em equipe interdisciplinar e um ambiente de trabalho justo e favorável foram identificados como categorias para a colaboração entre as equipes.
Matusov Y, et al. (2022) ¹³	Nível II	Os enfermeiros da UTI indicaram que sentiram um impacto adverso na colaboração interdisciplinar, gerando uma barreira importante na comunicação.
Shields HM, et al. (2022) ¹⁴	Nível III.2	Não haver colaboração na tomada de decisão entre os profissionais constitui um fator que dificulta a comunicação e aumenta o risco previsto de resultado negativo ao paciente.
Yamamoto K (2022) ¹⁵	Nível III.3	A capacidade de liderança em enfermeiros de cuidados intensivos está relacionada a um nível elevado de colaboração entre os profissionais de saúde. No entanto, examinar e implementar métodos educativos, incluindo a melhoria da capacidade de coordenação, continua sendo um fator dificultador para a comunicação colaborativa.
Kiessling A, et al. (2022) ¹⁶	Nível III.3	Independentemente da experiência anterior e da profissão, o treinamento da equipe interprofissional baseado em simulação é um meio eficaz para desenvolver confiança sustentável; na comunicação interprofissional aguda; e na autoeficácia para lidar com situações de emergência.
Jonsson K, et al. (2021) ¹⁷	Nível II	Este estudo de intervenção mostra que uma educação de duas horas em consciência da situação melhorou partes do desempenho da equipe. A liderança da equipe e o gerenciamento de tarefas melhoraram no grupo de intervenção, o que pode indicar que um ou vários dos componentes (percepção, compreensão e projeção) foram melhorados).
Ntinga MN, et al. (2020) ¹⁸	Não se aplica*	Importantes barreiras para se obter a comunicação interprofissional inclui a falta de programas de orientação para novos funcionários que ingressam na equipe da UTI e profissionais de saúde sobrecarregados que são responsáveis por muitos pacientes, o que pode resultar em erros de diagnóstico e gestão.
Liaw YS, et al. (2020) ¹⁹	Nível II	O treinamento da equipe interprofissional por meio de simulações tem se mostrado logisticamente desafiador para implementar no nível do pré-registro devido às dificuldades em reunir diferentes grupos da área da saúde.
Michalsen A, et al. (2019) ²⁰	Nível I	Os médicos devem considerar o uso de um modelo que permita a troca de informações, deliberação e obtenção conjunta de uma decisão de tratamento de maneira estruturada.
Schmutz JB, et al. (2019) ²¹	Nível I	A meta-análise atual confirma que o aumento dos profissionais da saúde, as equipes têm dificuldades em desenvolver e manter uma estrutura de funções e responsabilidades.
Walter JK, et al. (2019) ²²	Nível III.2	Membros de diferentes profissões se comportam de forma diferente em reuniões de equipe, o estudo revela achados de dominância médica em reuniões interprofissionais.
Reeves S, et al. (2017) ²³	Nível II	As dificuldades que os profissionais de saúde encontram ao colaborar na prática clínica em estrutura física e organizacional para incorporar a prática interprofissional.
Reeves S, et al. (2017) ²⁴	Não se aplica*	Os membros da equipe precisam sentir-se confiantes para questionar, revisar e refletir sobre seu trabalho interdependente que envolve uma gama de grupos profissionais e enfrentar questões difíceis como desequilíbrios de poder, confiança limitada nos relacionamentos e hierarquias interprofissionais.
Stocker M, et al. (2016) ²⁵	Não se aplica*	A autoestima de independência dos médicos com alta autonomia individual contrasta a interdependência de modelos mentais compartilhados e confiança mútua, além de dificultar a comunicação eficiente e acompanhamento envolvendo a equipe de enfermagem, médicos em estágio inicial e outros profissionais de saúde colaborativos. A ausência de comunicação é outro fator importante

		que dificulta o aprendizado no trabalho e contribui para erros de comunicação em hospitais.
Foronda C, et al. (2016) ²⁶	Não se aplica*	A comunicação enfermeiro-médico foi identificada como um obstáculo ao desempenho dos enfermeiros de UTI (desorganização dos enfermeiros com a informação; inclusão de informações estranhas ou irrelevantes; diferentes estilos de comunicação). Obstáculos ao desempenho dos médicos (os médicos pareciam desatentos; pareciam relutantes em discutir os objetivos do cuidado; relações interprofissionais pouco colaborativas).
Costa DK, et al. (2014) ²⁷	Não se aplica*	Os domínios conceituais de facilitadores estruturais e culturais podem ser usados para avaliar e melhorar a colaboração interprofissional na UTI.
Brock D, et al. (2013) ²⁸	Nível II	Os desafios de logística organizacional para a comunicação foram importantes e a oportunidade de trabalhar em equipes interprofissionais foi descrita como valiosa, contribui para a segurança do paciente.
Reader TW, et al. (2011) ²⁹	Nível II	As habilidades de trabalho em equipe que sustentam o desempenho eficaz são semelhantes, e o processo de treinamento da equipe deve se basear em métodos e técnicas. No entanto, percebe-se que existem muitas diferenças no desempenho da equipe.

*Não se aplica em estudos qualitativos e revisões de literatura, exceto revisões sistemáticas.

Dessa forma, foi possível elaborar um quadro síntese dos fatores encontrados, os quais foram categorizados em fatores que interferem de forma positiva e negativa na comunicação interprofissional colaborativa na UTI (Quadro 2).

Quadro 2- Síntese dos fatores que interferem de forma positiva e negativa na comunicação interprofissional colaborativa na Unidade de Terapia Intensiva

Fatores positivos	Fatores negativos
Treinamento da equipe interprofissional ^{16-17,28-29}	Relações interprofissionais pouco colaborativas na tomada de decisão ^{13-14,23,28}
Modelos estruturados para troca de informações conjunta da tomada de decisão ^{10,20,27}	Dificuldade de implementar treinamento interprofissional ^{15,28-19}
Capacidade de liderança de enfermeiros ^{15,17}	Dificuldade de gerenciar funções e responsabilidades ^{21,28}
Reuniões regulares ¹¹	Diferentes estilos de comunicação ^{26,29}
Ambiente de trabalho justo e favorável ¹²	Sobrecarga dos profissionais de saúde ¹⁸
Gerenciamento adequado de tarefas ¹⁷	Confiança limitada nos relacionamentos e hierarquias interprofissionais ²⁴
-	Alta autonomia individual dos profissionais médicos ²⁵
-	Ausência de comunicação ²⁵
-	Inclusão de informações irrelevantes ²⁶

Discussão

Por meio dos estudos selecionados evidencia-se uma escassez de publicações na literatura que indiquem especificamente os fatores que interferem na comunicação interprofissional colaborativa no cenário da UTI. Em contrapartida, observa-se que esse tema ganhou mais destaque nos últimos cinco anos.

Em relação aos fatores que interferem de forma positiva na comunicação interprofissional colaborativa, o treinamento da equipe interprofissional se mostrou bastante eficaz para trabalhar a comunicação entre as equipes, mesmo que com outras experiências prévias ou baseado na simulação.^{16,28-29} Colaborando com esse achado, pesquisas apontam que medidas que contribuem na estruturação das equipes, como o treinamento e reuniões contínuas, e, essas, parecem serem eficazes no que se refere a diminuir conflitos.^{30, 31}

Outro fator que interfere de forma positiva foram as reuniões regulares entre os profissionais²³. Desse modo, o estudo comprova que reuniões rápidas diárias melhoram a dinâmica de uma equipe por meio do compartilhamento de conhecimento e discussão de questões assistenciais, promovendo, portanto, mais segurança ao paciente e a diminuição de eventos adversos.³²

O gerenciamento adequado de tarefas, a capacidade de liderança dos enfermeiros e um ambiente de trabalho justo e favorável melhoram efetivamente a percepção, a compreensão e a projeção de informações no processo de comunicação. Um estudo transversal realizado no Japão denota que há um objetivo em melhorar a assistência de médicos e enfermeiros por meio da colaboração interdisciplinar de competências com outros profissionais de saúde.^{15,17}

Outrossim, ruídos difusos no ambiente da UTI, conversas paralelas, interações que intervêm no fluxo de atividades, como chegadas tardias ou saídas antecipadas, bem como a falta de clareza na fala, fragiliza ainda mais os informes entre profissionais, culminam muitas vezes em atuações errôneas ou desnecessárias. Assim, faz-se necessária a utilização de estratégias que avaliem e melhorem a comunicação entre os profissionais, por meio de modelos estruturados, como os protocolos clínicos, listas de verificações e tecnologia da informação para troca de informações conjunta na tomada de decisão.^{20-21,33-34}

Compreender os fatores que interferem de modo negativo na comunicação interprofissional colaborativa possibilita a realização de mudanças para superar as barreiras na comunicação. Quando não há comunicação efetiva, a presunção de resultados negativos pelos pacientes aumenta cerca de 69%, e quando há relações interprofissionais pouco colaborativas na tomada de decisão, cerca de 31%.^{12-13,28}

Apesar do treinamento da equipe interprofissional ter sido identificado como um fator que interfere positivamente na comunicação, outros estudos demonstram que implementar treinamentos é logisticamente desafiador no ambiente da UTI devido à dificuldade em reunir diferentes profissionais da área da saúde, sendo este considerado um fator que interfere negativamente na comunicação.^{14,17-18}

Estudo relata que a má comunicação é um fator que contribui para mais de 60% de todos os eventos adversos hospitalares. Os diferentes estilos de comunicação podem gerar falhas na comunicação, especialmente em transferências de pacientes e ambientes onde o gerenciamento rápido e eficaz é indispensável.^{25,28,35}

Outra importante barreira para se obter a comunicação interprofissional é a sobrecarga dos profissionais de saúde, que muitas vezes são responsáveis por muitas atribuições, o que pode resultar em erros de diagnóstico e gestão. Os profissionais realizam diversas atividades e, muitas vezes, com um fluxo de trabalho interrompido. O alto nível de interrupções, pode induzir uma

sobrecarga cognitiva e resultar em prejuízos no desempenho clínico e na segurança do paciente.^{27,35}

Principalmente em ambiente hospitalar, é notória a presença de hierarquias de poder entre as profissões e as atividades a serem desempenhadas. De modo geral, algumas categorias profissionais frequentemente enfrentam desafios relacionados à sua vulnerabilidade e autonomia limitada. Embora esses profissionais sejam responsáveis pela segurança dos pacientes, eles frequentemente se deparam com situações intimidadoras que dificultam a prática de uma comunicação eficaz e oportuna, o que, por sua vez, prejudica a capacidade de realizar intervenções apropriadas para prevenir danos.^{23-24,36}

Conforme apresentado, a ausência de comunicação é considerada um fator importante que dificulta o aprendizado no trabalho e contribui para erros de comunicação em hospitais. Em contrapartida, o excesso de informações, ou seja, a inclusão de informações irrelevantes é apresentada como um obstáculo no desempenho da comunicação.^{12,17,24-35,36}

A comunicação interprofissional sobre o cuidado do paciente grave comumente pode falhar e levar a prognósticos ruins. Portanto, recomendamos a implementação de estratégias que estimulem a padronização da comunicação efetiva e colaborativa nos ambientes das UTI, articulado com as políticas públicas de segurança do paciente.

Recomenda-se a realização de estudos com outros delineamentos nessa temática, a fim de análises clínicas precisas com o contexto de saúde, com vistas a diminuir os danos evitáveis, principalmente nos países em desenvolvimento.

As limitações desse estudo podem estar associadas às bases de dados que foram utilizadas, que pode ter introduzido algum viés na seleção. Além disso, o tamanho da amostra e o contexto específico do estudo podem restringir a generalização dos achados do estudo para outros cenários.

Conclusão

Os resultados do estudo em questão possibilitaram a identificação dos fatores que interferem na comunicação interprofissional colaborativa na UTI. Os principais fatores que interferem de forma positiva foram: treinamento da equipe interprofissional, modelos estruturados para troca de informações conjunta da tomada de decisão e capacidade de liderança de enfermeiros. Os principais fatores que interferem de forma negativa foram: relações interprofissionais pouco colaborativas na tomada de decisão, dificuldade de implementar treinamento interprofissional e dificuldade de gerenciar funções e responsabilidades.

Com isso, o estudo permite que a equipe interprofissional e a gestão das UTI, conheçam e possam identificar os fatores que impulsionam ou impedem a colaboração em equipes. Ademais, o trabalho colaborativo e interprofissional contribui para um cuidado seguro e qualificado nos serviços de saúde.

Agradecimento

Esse estudo foi financiado pelos autores.

Referências

1. Gessesse AG, Haile JM, Woldearegay AG. The nexus between physician-patient communication and health outcomes: level of patient communication satisfaction and its impact on adherence in Ethiopian comprehensive specialized hospitals. *Patient Prefer Adher.* 2022;16:2509-19. doi: <https://doi.org/10.2147/PPA.S381937>
2. Velásquez ST, Ferguson D, Lemke KC, Bland L, Ajtai R, Amezaga B, et al. Interprofessional communication in medical simulation: findings from a scoping review and implications for academic medicine. *BMC Med Educ.* 2022;22:204. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03226-9>
3. World Health Organization (WHO). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 [Internet]. 2021 [cited Set 12, 2023]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
4. Nwosu ADG, Ossai E, Ahaotu F, Onwuasoigwe O, Amucheazi A, Akhideno I. Patient safety culture in the operating room: a cross-sectional study using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) Instrument. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08756-y>
5. Chen Y, Gong Y. Teamwork and patient safety in intensive care units: challenges and opportunities. *Stud Health Technol Inform.* 2022;290:469-473. doi: <https://doi.org/10.3233/SHTI220120>
6. Hopia H, Latvala E, Liimatainen L. Reviewing the methodology of an integrative review. *Scand J Caring Sci.* 2016;30(4):662-9. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12327>
7. Araújo DAS, Dantas AC. Comunicação interprofissional colaborativa para segurança do paciente em terapia intensiva: revisão integrativa. *Mendeley Data.* 2023. doi: <https://doi.org/10.17632/sbhn4kwzs.1>
8. Aromataris E, Munn Z. JBI Manual for Evidence Synthesis. *JBI.* 2020. doi: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
9. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372(160). doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
10. Arrogante Ó, Raurell-Torredà M, Zaragoza-García I, Sánchez-Chillón FJ, Aliberch-Raurell AM, Amaya-Arias A, et al. TeamSTEPPS®-based clinical simulation training program for critical care professionals: A mixed-methodology study. *Enferm Intensiva (Engl Ed).* 2023;34(3):126-37. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2022.10.002>
11. Digby R, Manias E, Haines KJ, Orosz J, Ihle J, Bucknall TK. Staff experiences, perceptions of care, and communication in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic in Australia. *Aust Crit Care.* 2023;36(1):66-76. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.10.004>
12. Häggström M, Ingelsson P, Sten L-M, Bäckström I. Success Factors for Quality and Safety of Intensive Care Unit Transitional Care - Listening to the Sharp End. *Qual Innov Prosper.* 2023;27(1):1-20. doi: <https://doi.org/10.12776/qip.v27i1.1789>
13. Matusov Y, Matthews A, Rue M, Sheffield L, Pedraza IF. Perception of interdisciplinary collaboration between ICU nurses and resident physicians during the COVID-19 pandemic. *J Interprof Educ Pract.* 2022;27:e100501. doi: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2022.100501>
14. Shields HM, Pelletier SR, Zambrotta ME. Agreement of Nurses' and Physicians' Attitudes on Collaboration During the Covid-19 Pandemic Using the Jefferson Scale of

Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration. *Adv Med Educ Pract.* 2022;13:905-12. doi: <https://doi.org/10.2147/AMEP.S370912>

15. Yamamoto K. Association between interdisciplinary collaboration and leadership ability in intensive care unit nurses: a cross-sectional study. *J Nurs Res.* 2022;30(2):e202, 2022. doi: <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000483>

16. Kiessling A, Amiri C, Arhammar J, Lundbäck M, Wallingstam C, Wikner J, et al. Interprofessional simulation-based team-training and self-efficacy in emergency medicine situations. *J Interprof Care.* 2022;36(6):873-81. doi: <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2038103>

17. Jonsson K, Brulin C, Härgestam M, Lindkvist M, Hultin M. Do team and task performance improve after training situation awareness? A randomized controlled study of interprofessional intensive care teams. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2021;29(73). doi: <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00878-2>

18. Ntinga MN, Aswegen HV. Physiotherapists' perceptions of collaborations with inter professional team members in an ICU setting. *SAJCC.* 2020;36(2):86-91. doi: <https://doi.org/10.7196/SAJCC.2020.v36i2.431>

19. Liaw YS, Ooi SW, Rusli KDB, Lau TC, Tam WWS, Chua WL. Nurse-Physician Communication Team Training in Virtual Reality Versus Live Simulations: Randomized Controlled Trial on Team Communication and Teamwork Attitudes. *J Med Internet Res.* 2020;22(4):e17279. doi: <https://doi.org/10.2196/17279>

20. Michalsen A, Long AC, Ganz FD, Branco DB, Jensen HI, Metaxa V. Interprofessional Shared Decision-Making in the ICU: A Systematic Review and Recommendations From an Expert Panel. *Crit Care Med.* 2019;47(9):1258-66. doi: <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003870>

21. Schmutz JB, Meier LL, Manser T. How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2019;9:e028280. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028280>

22. Walter JK, Schall TE, DeWitt AG, Faerber J, Griffis H, Galligan M, et al. Interprofessional team member communication patterns, teamwork, and collaboration in pre-family meeting huddles in a pediatric cardiac intensive care unit. *J Pain Symptom Manage.* 2019;58(1):11-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.04.009>

23. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>

24. Reeves S, Clark E, Lawton S, Ream M, Ross F. Examining the nature of interprofessional interventions designed to promote patient safety: a narrative review. *Int J Qual Health Care.* 2017;29(2):144-50. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx008>

25. Stocker M, Pilgrim SB, Burmester M, Allen ML, Gijsselaers WH. Interprofessional team management in pediatric critical care: some challenges and possible solutions. *J Multidiscip Healthc.* 2016;9:47-58. doi: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S76773>

26. Foronda C, MacWilliams B, McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Educ Pract.* 2016;19:36-40. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005>

27. Costa DK, Barg FK, Asch DA, Kahn JM. Facilitators of an interprofessional approach to care in medical and mixed medical/surgical ICUs: a multicenter qualitative study. *Res Nurs Health.* 2014;37(4):326-35. doi: <https://doi.org/10.1002/nur.21607>

28. Brock D, Abu-Rish E, Chiu C-R, Hammer D, Wilson S, Vorvick L, et al. Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *Postgrad Med J*. 2013;89:642-51. doi: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-000952rep>
29. Reader TW, Cuthbertson BH. Teamwork and team training in the ICU: Where do the similarities with aviation end? *Crit Care*. 2011;15(313). doi: <https://doi.org/10.1186/cc10353>
30. Boll B, Neandrup JH, Reifarth E, Borrega JG. Interdisciplinary and interprofessional communication in intensive and emergency care. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2022;117(8):588-94. doi: <https://doi.org/10.1007/s00063-022-00955-z>
31. Nieuwoudt L, Hutchinson A, Nicholson P. Pre-registration nursing and occupational therapy students' experience of interprofessional simulation training designed to develop communication and team-work skills: A mixed methods study. *Nurse Educ Pract*. 2021;53:103073. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103073>
32. Aldawood F, Kazzaz Y, AlShehri A, Alali H, Al-Surimi K. Enhancing teamwork communication and patient safety responsiveness in a paediatric intensive care unit using the daily safety huddle tool. *BMJ Open Qual*. 2020(9):e000753. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000753>
33. Oliveira EM, Andolhe R, Padilha KG. Patient safety culture and incidents recorded during nursing shift changes in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2022;34(3):386-96. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20220446-pt>
34. Firmino JSC, Amante LN, Anders JC, Girondi JBR, Trombeta AP, Oliveira MC, et al. Shift handover, effective communication, and the sbar method, in the perception of nurses in a coronary care unit. *Rev Min Enferm*. 2022;26:e-1435. doi: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2022.39241>
35. Muller M, Jurgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz, WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*. 2018;8(8):e022202. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
36. Liu P, Lyndon A, Holl JL, Johnson J, Bilmoria KY, Stey AM. Barriers and facilitators to interdisciplinary communication during consultations: a qualitative study. *BMJ Open*.

Autor de correspondência

Dayara Ainne de Sousa Araújo
Rua Vereador Thomaz Pinheiro, 217. CEP:59380-000.
Currais Novos, Rio Grande do Norte, Brasil.
Dayara-ainne@hotmail.com