

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MARIANA VIOTTI NOGUEIRA MARQUES

**COMUNICAÇÃO EFETIVA ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A
SEGURANÇA DO PACIENTE NA MATERNIDADE: REVISÃO INTEGRATIVA**

ALFENAS/MG

2023

MARIANA VIOTTI NOGUEIRA MARQUES

**COMUNICAÇÃO EFETIVA ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A
SEGURANÇA DO PACIENTE NA MATERNIDADE: REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – Nível Mestrado, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de pesquisa: Gestão em serviços de Saúde e Educação
Orientadora: Profa. Dra. Simone Albino da Silva
Coorientadora: Profa. Dra. Talita Prado Simão Miranda

ALFENAS/MG

2023

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Marques, Mariana Viotti Nogueira.

Comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem e a segurança do paciente na maternidade : revisão integrativa / Mariana Viotti Nogueira Marques. - Alfenas, MG, 2023.

139 f. : il. -

Orientador(a): Simone Albino da Silva.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2023.

Bibliografia.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Segurança do paciente. 3. Comunicação. I. Silva, Simone Albino da, orient. II. Título.

Ficha gerada automaticamente com dados fornecidos pelo autor.

MARIANA VIOTTI NOGUEIRA MARQUE

COMUNICAÇÃO EFETIVA ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A SEGURANÇA DO PACIENTE NA MATERNIDADE:
REVISÃO INTEGRATIVA

A Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem

Aprovada em: 29 de novembro de 2023.

Profa. Dra. Simone Albino da Silva
Presidente da Banca Examinadora
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro
Instituição: Universidade Federal de São João Del Rei

Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Simone Albino da Silva**, Professor do Magistério Superior, em 29/11/2023, às 16:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#)



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1135102** e o código CRC **4EE8E5AC**.

A Deus, que me capacitou para chegar
até aqui e por seu infinito amor.
Ao meu avô Milton (*in memoriam*), que,
mesmo não estando mais aqui, sempre foi
um dos meus maiores incentivadores.
Ao meu esposo, que esteve sempre ao
meu lado, me incentivando.
A minha filha, meu maior amor.
A minha família, por todo apoio.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me capacitou e me concedeu sabedoria e coragem para continuar e não desistir, sendo minha fortaleza para chegar até aqui.

Aos meus anjos no céu, J e M, que me mostraram o quão forte eu sou.

À minha orientadora, Profa. Dra. Simone Albino da Silva, que foi um verdadeiro anjo enviado por Deus para me conduzir durante todo esse processo e que, de forma sempre gentil, compartilhou seus ensinamentos e sua experiência. Sou muito grata pela paciência, pelo carinho e pelo cuidado que sempre teve comigo. Você é um ser humano ímpar e uma profissional exemplar. Sem você eu não chegaria até aqui.

À minha coorientadora, Profa. Dra. Talita Prado Simão Miranda, um ser humano de coração enorme, agradeço seu empenho e seu comprometimento em todos os momentos, sempre disposta a ajudar de forma sábia e tranquila.

Ao meu esposo Luiz Gustavo, por acreditar nos meus sonhos e por sempre me incentivar a ir atrás deles. Obrigada por nunca me deixar desistir. Você presenciou minhas angústias, meu cansaço e minha luta. Obrigada por ser sempre companheiro e por me fazer feliz.

À minha filha Luiza, minha vida, é por você que a mamãe nunca desiste. Você é minha inspiração diária e o combustível que me move. Você é minha motivação diária e o amor mais lindo da minha vida.

Aos meus avós Milton (*in memoriam*) **e Reiza**, obrigada por tudo que sempre fizeram por mim e por toda torcida a cada conquista.

À minha mãe e a meus irmãos Tatiana e Daniel, obrigada por serem sempre presentes e que, mesmo com os percalços e correrias da vida, sempre vibram com minhas conquistas.

À Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIFAL-MG, por mais uma vez me concederem a oportunidade de aperfeiçoamento.

À coordenação e ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIFAL-MG, por todo conhecimento transmitido.

À banca examinadora, por todo conhecimento compartilhado, pelas contribuições para aperfeiçoamento do trabalho que fizeram toda a diferença no resultado final e pela disponibilidade.

Enfim, agradeço a todos que passaram por mim nesta caminhada e que de alguma forma contribuíram para que este sonho fosse realizado. Não foi fácil chegar até aqui, mas tenho certeza de que valeu a pena cada segundo.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

“Peçam, e será dado; busquem, e encontrarão; batam, e a porta será aberta. Pois todo o que pede recebe; o que busca encontra; e àquele que bate, a porta será aberta”.
(BÍBLIA SAGRADA, Mateus, 7, 7-8)

RESUMO

Introdução: A comunicação inadequada no processo assistencial pode resultar em danos para o paciente e a ocorrência de eventos adversos nos serviços de saúde, como na maternidade, em que a segurança do paciente está direcionada a duas ou mais pessoas, em casos de gestações múltiplas. **Objetivo:** Analisar as evidências disponíveis na literatura científica sobre a relação da comunicação efetiva da equipe de enfermagem da maternidade e a segurança do paciente. **Método:** Revisão integrativa, norteada pela pergunta: como a comunicação efetiva da equipe de enfermagem da maternidade contribui para a segurança do paciente? Buscou-se por estudos primários nas bases de dados nacionais e internacionais, nas quais se selecionaram artigos publicados em inglês, em português e em espanhol, em qualquer período de tempo, que respondessem à questão de pesquisa. Realizada a triagem dos artigos recuperados, com posterior extração de dados nos estudos incluídos, utilizou-se um roteiro elaborado para essa finalidade. Procedeu-se à avaliação crítica dos estudos selecionados por meio de instrumentos de avaliação dos níveis de evidência e da qualidade metodológica para a síntese e para a apresentação dos resultados. **Resultados:** Foram recuperadas 703 publicações; 444 foram excluídas por duplicidade em gerenciadores de referências; 234 foram excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão pela leitura do título e do resumo. Selecionaram-se 25 artigos para a leitura na íntegra, sendo 12 excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Adicionaram-se dois estudos das referências dos estudos incluídos, totalizando 15 artigos. Destes, nove (60%) são quantitativos e seis (40%), qualitativos. Sobre o local de publicação, os Estados Unidos da América são o país com o maior número de publicações, 73,33% (n=11), seguidos de Austrália, Itália, Holanda e África do Sul com 6,66% (n=1) cada um. Destacando-se os principais resultados, elaborou-se um quadro-síntese das publicações da amostra e foram definidas duas categorias. A primeira é o uso de recursos facilitadores de comunicação, composta por dez estudos, assinalando a predominância da utilização de instrumentos embasados no mnemônico SBAR (Situação, antecedentes, avaliação, recomendação), adaptado de várias formas conforme a época, as condições estruturais e tecnológicas. A segunda categoria foi a comunicação verbal: potencialidades e fragilidades, com cinco estudos os quais indicam que a comunicação verbal é fragilizada por hierarquias rígidas, disputas na equipe multiprofissional e múltiplos provedores de assistência e potencializadas pela vinculação da comunicação como indicador de qualidade institucional. **Conclusão:** Por meio das evidências selecionadas, considerou-se que a utilização de ferramentas facilitadoras possibilitam a comunicação de maneira ordenada, a continuidade de uma assistência segura ao binômio mãe e filho no ambiente da maternidade e que a comunicação verbal, apesar de ser a maneira mais fácil de disseminar as informações, quando utilizada de forma errônea, prejudica a qualidade do cuidado e, conseqüentemente, favorece o aparecimento de eventos adversos, colocando em risco a segurança do paciente. Assim sendo, esta revisão reúne evidências disponíveis no que concerne à comunicação eficaz durante o trabalho de parto, parto e puerpério, além do que a comunicação é uma estratégia fundamental para elevar a qualidade do serviço prestado nas unidades de atendimento materno-infantil.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica; Segurança do paciente; Comunicação.

ABSTRACT

Introduction: Inadequate communication in the care process can result in harm to the patient and the occurrence of adverse events in health services, such as in the maternity ward, where patient safety is focused on two or more people, in cases of multiple pregnancies. **Objective:** to analyze the evidence available in the scientific literature on the relationship between effective communication between the maternity nursing team and patient safety. **Method:** integrative review, guided by the question: how does effective communication by the maternity nursing team contribute to patient safety? We searched for primary studies in national and international databases, in which articles published in English, Portuguese and Spanish, in any period of time, that answered the research question were selected. After screening the retrieved articles, with subsequent data extraction in the included studies, a script prepared for this purpose was used. A critical evaluation of the selected studies was carried out using instruments for evaluating the levels of evidence and methodological quality for the synthesis and presentation of results. **Results:** 703 publications were retrieved; 444 were excluded due to duplication in reference managers; 234 were excluded because they did not meet the inclusion criteria by reading the title and abstract. 25 articles were selected to be read in full, 12 of which were excluded because they did not meet the inclusion criteria. Two studies were added from the references of the included studies, totaling 15 articles. Of these, nine (60%) are quantitative and six (40%) are qualitative. Regarding the place of publication, the United States of America is the country with the highest number of publications, 73.33% (n=11), followed by Australia, Italy, the Netherlands and South Africa with 6.66% (n= 1) each one. Highlighting the main results, a summary table of the sample publications was created and two categories were defined. The first is the use of communication facilitating resources, consisting of ten studies, highlighting the predominance of the use of instruments based on the mnemonic SBAR (Situation, background, assessment, recommendation), adapted in various ways depending on the time, structural and technological conditions . The second category was verbal communication: strengths and weaknesses, with five studies which indicate that verbal communication is weakened by rigid hierarchies, disputes in the multidisciplinary team and multiple care providers and enhanced by the linking of communication as an indicator of institutional quality. **Conclusion:** Through the selected evidence, it was considered that the use of facilitating tools allows communication in an orderly manner, the continuity of safe assistance to the mother and child binomial in the maternity environment and that verbal communication, despite being the preferred way easier to disseminate information, when used incorrectly, it harms the quality of care and, consequently, favors the emergence of adverse events, putting patient safety at risk. Therefore, this review brings together available evidence regarding effective communication during labor, delivery and the

postpartum period, in addition to which communication is a fundamental strategy for increasing the quality of the service provided in maternal and child care units.

Keywords: Obstetric nursing; Patient safety; Communication.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 -	Definição e descrição dos acrônimos da estratégia PICO	25
Quadro 2 -	Descritores estabelecidos por meio da estratégia PICO	25
Quadro 3 -	Descritores controlados e não controlados.....	27
Quadro 4 -	Estratégia de busca utilizada de acordo com a base de dados.	31
Quadro 5 -	Classificação da hierarquia da força de evidência para questões clínicas de Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste Diagnóstico, proposta por Melnyk e Fineout-Overholt	32
Quadro 6 -	Classificação da hierarquia da força de evidência para questões clínicas de Prognóstico/Predição ou Etiologia, proposta por Melnyk e Fineout-Overholt.....	34
Quadro 7 -	Classificação da hierarquia da força de evidência para questões clínicas de Significado, proposta por Melnyk e Fineout-Overholt.....	34
Quadro 8 -	Apresentação da síntese estudos incluídos.....	37
Quadro 9 -	Avaliação da qualidade metodológica dos estudos qualitativos.	55
Quadro 10 -	Avaliação da qualidade metodológica dos estudos quantitativos	56
Quadro 11 -	Distribuição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa, de acordo com o ano de publicação e o periódico.	58
Quadro 12 -	Questão clínica e nível de evidência	61
Quadro 13 -	Categoria B - a comunicação verbal: potencialidades e fragilidades.....	63
Tabela 1 -	Tipo de estudo	58
Tabela 2 -	Formação acadêmica primeiro autor	58
Tabela 3 -	Formação acadêmica do último autor.....	58
Tabela 4 -	País de publicação	59
Tabela 5 -	Questão clínica e nível de evidência	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDENF	Base de Dados da Enfermagem
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CISP	Classificação Internacional para a Segurança do Paciente
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
CRM	<i>Crew Resource Management</i>
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
DOI	<i>Digital Object Identifier</i>
EMBASE	<i>Excerpta Medica Database</i>
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
EUA	Estados Unidos da América
EWC	<i>Early Warning Chart</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	Medical SubjectHeadings
MOUs	<i>Midwifery Obstetrics Units</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSF	<i>Open Science Framework</i>
PBE	Prática Baseada em Evidências
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PubMed	<i>National Library of Medicine National Institutes of Health</i>
RI	Revisão Integrativa
SBAR	<i>Situation-Background-Assessment-Recommendation</i>
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas
WHO	<i>World Health Organization</i>

APRESENTAÇÃO

Com a finalização do ensino médio e com o desejo de ingressar em uma universidade pública e com ensino de qualidade, em 2011, mais precisamente no final do ano, realizei a prova do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e, no primeiro semestre do ano de 2012, ingressei no Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

Como todo início é novidade, o da graduação não é diferente. São diversas disciplinas e, com o passar do tempo, são apresentadas diversas áreas de atuação para os profissionais formados em Enfermagem. Entretanto, o Estágio Curricular nos proporciona descobrir quais áreas de atuação despertam maior interesse. Nesse momento, é possível começar a planejar a caminhada após a conclusão do curso. Porém, o interesse em Saúde da Mulher, mais precisamente em Enfermagem Obstétrica, surgiu com a atuação no campo de serviço. Assim, para poder proporcionar uma assistência mais qualificada à mulher, mais precisamente à gestante, procurei uma especialização em Enfermagem Obstétrica, o que intensificou o desejo de seguir nessa área.

Após a conclusão da pós-graduação em Enfermagem Obstétrica e com a atuação no campo de serviço, a vontade de aprofundar conhecimentos e de seguir carreira docente foi crescendo. Um desejo, antes reprimido, tomou conta de mim e me vi novamente com a oportunidade de retornar a esta universidade que tanto conhecimento me proporcionou.

Cabe destacar que o trabalho de conclusão de curso da pós-graduação em Enfermagem Obstétrica teve como temática “Parto humanizado: o enfermeiro obstetra como agente do cuidado”, e os resultados encontrados foram significativos para aprofundar o conhecimento no universo materno. Isso ocorreu principalmente em relação à autonomia da gestante e aos conhecimentos por ela adquiridos ao longo das consultas pré-natal, que são essenciais para uma gestação mais tranquila e um puerpério com autossuficiência nas decisões acerca dos cuidados necessários nesse período.

Atualmente, atuo como enfermeira no Hospital Unimed no município de Três Corações, Minas Gerais, em que, além de todas as atividades executadas pelo profissional enfermeiro, é desenvolvido o cuidado conjunto com gestantes, puérperas e recém-nascidos. Confesso que o manejo dessa população dentro do

ambiente hospitalar, em especial, no que se refere à comunicação, me causa grande preocupação, visto que compromete a segurança assistencial, justificando, assim, o desenvolvimento deste trabalho.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	JUSTIFICATIVA.....	22
3	OBJETIVO.....	23
4	MÉTODO.....	24
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	24
4.2	ETAPAS DO ESTUDO	24
4.2.1	Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da RI.....	25
4.2.3	Estabelecimento de critérios de inclusão e de exclusão de estudos e amostragem ou busca na literatura.....	26
4.2.4	Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa.....	32
4.2.5	Interpretação dos resultados	34
4.2.6	Apresentação da revisão/síntese dos resultados	35
4.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	35
5	RESULTADOS.....	36
6	DISCUSSÃO	61
6.1	O USO DE RECURSOS FACILITADORES DE COMUNICAÇÃO.....	62
6.2	A COMUNICAÇÃO VERBAL: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES.....	65
7	CONCLUSÃO.....	69
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICE.....	73
	ANEXOS	103

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como:

Um conjunto organizado de atividades, capaz de criar culturas, comportamentos, processos e procedimentos, ambientes e tecnologias para auxiliar, de forma consistente e sustentável, a tornar os erros menos prováveis, a reduzir a ocorrência de eventos e a minimizar seus impactos, caso ocorram (WHO, 2021).

Nos serviços de saúde, a segurança do paciente é considerada como um dos alicerces na qualidade do cuidado (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013) e, ao mesmo tempo, um grande obstáculo enfrentado ainda no século XXI tanto em esfera nacional como internacional (OLINO *et al.*, 2019).

O cuidado em ofertar uma assistência mais segura possível ao paciente já vem sendo pensado desde 460 a.C, quando Hipócrates trouxe a premissa *Primum non nocere*, que significa “Primeiro não cause o dano” (BRASIL, 2013a). Uma das ações direcionadas a essa assistência aconteceu no século XIX, quando a enfermeira Florence Nightingale implementou alterações tanto na estrutura das instituições como nas práticas assistenciais, promovendo inúmeras melhorias no que diz respeito às taxas de morbimortalidade. Ainda, no mesmo século, o médico Ignaz Semmelweis introduziu a prática de lavagem das mãos e verificou a redução dos índices de morte materna em uma maternidade de Viena. Atualmente, as ações realizadas por esses dois profissionais estão presentes nas unidades de serviços hospitalares (SOUSA; MENDES, 2014).

Mesmo diante das ações apresentadas que buscaram contribuir para a oferta de uma assistência de qualidade e segura, no final do século XX, houve a publicação do relatório *To err is Human: building a safer health system*, pelo *Institute of Medicine* (IOM) que detectou a exorbitante quantidade de óbitos (44 a 98 mil/ano de 33,6 milhões de internações) nos hospitais dos Estados Unidos da América (EUA) (KOHN; CORRIGAN; DONALFSON, 2000). Tais óbitos eram decorrentes de lesões ocasionadas na assistência em saúde, o que tornou visível mundialmente a questão segurança do paciente que, assim, passou a ser reconhecida como uma dimensão essencial da qualidade em saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; STREFLING *et al.*, 2018).

Nesse intuito, o relatório apresentou quatro considerações relevantes sobre a segurança do paciente que são (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000):

I – O problema dos danos causados por eventos adversos é grave; II – O principal problema está em sistemas falhos e não em falhas de pessoas; III – É necessário redesenhar os sistemas; e, IV – A segurança do paciente deve se tornar uma prioridade.

Embora errar seja inerente ao ser humano, é preciso que o erro seja reconhecido e que o profissional se empenhe para que ele não aconteça, sendo este um diferencial dentro dos serviços de saúde (SANTOS *et al.*, 2010).

Tendo em vista que a segurança do paciente está relacionada a danos que acontecem durante a assistência e, para que estes sejam compreendidos da mesma forma em nível internacional, a OMS desenvolveu uma Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP), suscitando, assim, um consenso na definição. Para tanto, a segurança do paciente é considerada como qualquer desvio de cuidado que causa lesão ao paciente ou representa risco de dano, abrangendo erros, eventos adversos evitáveis e perigos (MENDES JÚNIOR, 2012; WHO, 2009).

Ao se pensar em estratégias para assegurar a segurança do paciente, o Ministério da Saúde, no ano de 2013, elaborou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Tal programa qualifica o cuidado em saúde fundamentado em seis metas de Segurança do Paciente que são: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, de procedimento e de paciente corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de quedas e de lesões por pressão (BRASIL, 2013a; SARTOR; SILVA; MASIERO, 2016).

A exposição dos pacientes ao risco por falta de segurança e de conhecimento dos profissionais de saúde pode ocasionar erros. Destarte, um dos obstáculos para preservar a segurança do paciente em âmbito hospitalar é a comunicação efetiva, propiciando, assim, um ambiente de trabalho com assistência em saúde livre de danos (GAGIGE *et al.*, 2021; ORTEGA *et al.*, 2017).

Tendo em vista que a comunicação e o trabalho em equipe são peças fundamentais dentro do processo de segurança do paciente, a meta “melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde” merece um destaque especial, pois, para as demais metas a serem obtidas, dependem da comunicação eficaz (PENA *et al.*, 2020).

O Plano de Ação Global de Segurança do Paciente 2021-2030 apresenta sete objetivos estratégicos para a segurança do paciente, sendo eles: 1 - tornar o objetivo de zero danos evitáveis aos pacientes um estado de mente e uma regra de engajamento no planejamento e na prestação de cuidados de saúde em todos os lugares; 02 – construir sistemas de saúde e saúde de alta confiabilidade e organizações que protegem os pacientes diariamente de danos de alta confiabilidade; 3 – garantir a segurança de todos os processos clínicos; 4 – envolver a capacitar pacientes e familiares para ajudar e apoiar a jornada para um cuidado mais seguro; 5 – inspirar, educar, habilitar e proteger todos os trabalhadores da área da saúde para contribuir com o design e com a entrega de cuidados mais seguros; 6 – garantir um fluxo constante de informações e de conhecimento, para conduzir à mitigação de risco, a uma redução de danos evitáveis e a melhorias na segurança da assistência; , 7 – desenvolver e sustentar ações multissetoriais de sinergia multinacional, bem como parcerias solidárias para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado ao paciente (WHO, 2021).

Como citado anteriormente, o sexto objetivo estratégico compila a ideia de segurança do paciente por meio de um fluxo constante de informações e de conhecimentos, trazendo como premissa que o processo de organização de saúde deve estar fortemente ligado à aprendizagem e à melhoria. Para tanto, a medida da segurança do paciente deve ser fundamentada nos dados que são coletados regularmente para o funcionamento e para a gestão dos sistemas de cuidados em saúde (WHO, 2021).

O ato de comunicar, seja por meio da comunicação verbal (linguagem escrita e falada) ou da não verbal (gestos e símbolos gráficos), representa na sociedade ato essencial. Aliado a isso, é considerado componente básico para sobrevivência e traz como objetivo principal a troca de informações, de experiências e de ensinamentos, além de ser apontado como um instrumento terapêutico fundamental no cuidado ao paciente (SANTOS *et al.*, 2017).

A contar do atendimento inicial, transcorrendo todas as fases de sua assistência até a alta hospitalar, a comunicação é substancial para um desfecho favorável ao paciente (PENA *et al.*, 2021). Ademais, eventos adversos, que podem ocasionar danos graves ou até mesmo levar a óbito pacientes, têm como principal motivo falhas na comunicação (MERTEN; GALEN; WAGNER, 2017). Diante disso, a

comunicação deve ser eficaz e, para isso, a mensagem transmitida precisa ser compreendida corretamente.

Apontada como uma estratégia da Segurança do Paciente, a comunicação tem sido um dos fatores para práticas seguras, além de representar uma indispensável meta internacional para a prevenção de eventos evitáveis (BIASIBETTI *et al.*, 2019; BRASIL, 2014). Ainda nesse íterim, a cartilha “10 passos para a segurança do paciente”, elaborada em uma parceria entre enfermeiros assistenciais, membros do Polo São Paulo da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) e a Câmara Técnica do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) apresenta, dentre a comunicação efetiva, como item sete dos quesitos indispensáveis para garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar durante a assistência prestada pelos profissionais da saúde (COREN SP, 2010).

No que diz respeito ao âmbito hospitalar, para que as informações clínicas sejam transmitidas de forma eficaz, se tornam necessários interlocutores dotados de conhecimento, de habilidades e de atitudes de equipe (OLUBORDE, 2012).

Nesse contexto, alguns estudos revelam a dificuldade dos profissionais para manterem uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e, conseqüentemente, a segurança do paciente (STREFILINGE *et al.*, 2018; WHO, 2009), sendo esta, uma das condições que colaboram para a ocorrência de eventos adversos, contribuindo também com resultados insatisfatórios durante o tratamento (URBANETTO *et al.*, 2013).

A *Joint Commission International* (JCI), órgão de acreditação americano, aponta as falhas de comunicação entre as causas-raízes mais frequentes de incidentes na assistência à saúde (JCI, 2015) com mais de 70% dos erros assistenciais relacionados a elas (REBRAENSP, 2013).

Um estudo analisou 161 registros de incidentes que tiveram como causa-raiz falhas na comunicação. Destes, 27% estavam relacionadas à omissão de informações; 21% à falta de clareza na mensagem, ou seja, a informação estava correta, mas não foi explicitada de forma que o receptor compreendesse; 20% transmitida no contexto errado, sendo a informação passada no lugar e/ou na hora errada; 14% com as informações passadas para quem não deveria recebê-la; 12% das informações transmitidas de forma errônea, com dados e instruções incorretos, imprecisos ou confusos; e, 6% referentes à comunicação de forma inapropriada,

envolvendo pedidos não adequados ou considerações ofensivas. Dessa forma, indica-se que o maior problema relacionado à comunicação não está na transmissão da mensagem em si, mas, sim, na omissão de informações que são pertinentes e indispensáveis para a continuidade da assistência prestada ao paciente (UMBERFIELD *et al.*, 2019)

Processos inadequados na comunicação interpessoal podem ocasionar incidentes de segurança, resultando em danos para o paciente e ocorrência de eventos adversos (BRASIL, 2013a; SOUSA; MENDES, 2014). Ademais, a inconformidade na comunicação entre a equipe de saúde pode acarretar prejuízos em relação à assistência como a suspensão de cirurgias, de exames ou de procedimentos, falhas na administração de medicamentos ou até mesmo falhas relacionadas à dietoterapia, contribuindo também para a ocorrência de desfechos desfavoráveis (BIASIBETTI *et al.*, 2019). Assim, uma comunicação adequada e eficaz entre a equipe de saúde é uma condição fundamental para a gestão apropriada dos serviços de saúde.

Muito tem se falado em relação à transição do cuidado, sendo esta, definida como um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado na transferência do paciente entre diferentes setores ou serviços de saúde. É ainda considerada uma importante estratégia para garantir o cuidado integral durante a hospitalização e no pós-alta hospitalar (COLEMAN; BOULT, 2003).

As complicações relacionadas à comunicação estão presentes na passagem de plantão, sendo este, considerado como um mecanismo para a transmissão de informações dentro do processo de transição do cuidado e na relação entre os profissionais de saúde e desses com os pacientes (PEDRO; NICOLA; OLIVEIRA, 2016). Vale ressaltar que o processo que envolve a passagem de plantão influencia na segurança do paciente. Assim, profissionais capacitados frente a esse processo são de suma importância para a edificação de uma comunicação eficaz. Isso favorece a troca de informações de maneira apropriada, impedindo danos no decorrer da assistência em saúde além de assegurar a continuidade da assistência (BIASIBETTI *et al.*, 2019; ECHER *et al.*, 2021; PENA; MELLEIRO, 2018).

No decorrer do processo assistencial, potenciais eventos adversos surgem nos diferentes contextos de saúde, dentre os quais têm-se os relacionados aos serviços de assistência materno-infantil. Nesse ambiente em específico, a segurança do paciente tem um diferencial, pois o cuidado está direcionado a duas ou mais

peças (em casos de gestações múltiplas) ao mesmo tempo, e que não apresentam obrigatoriamente condições clínicas de doença, já que o período gravídico, o parto e o pós-parto são considerados processos fisiológicos (BRASIL, 2013b; PEDRONI *et al.*, 2020).

Com relação a essa área assistencial, um dos eventos adversos mais graves encontrados é a mortalidade materna, ou seja, a morte da mulher durante o período gravídico ou no período de 42 dias pós-parto bem como de recém-nascidos, um problema que pode acontecer em decorrência de erros latentes em toda a rede de atenção (BRASIL, 2009). De acordo com a OMS, dos 130 milhões de nascimentos que acontecem todos os anos, aproximadamente 303 mil resultam em morte materna, e outros 2,7 milhões recém-nascidos morrem nos primeiros 28 dias após o nascimento. Muitas dessas mortes são decorrentes da má qualidade dos cuidados e, portanto, poderiam ser evitadas (IBSP, 2016).

A mortalidade materna pode advir de causas diretas ou indiretas. As causas diretas são consideradas aquelas decorrentes de omissões, de tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos frutos dessas causas. Já as causas indiretas, são aquelas decorrentes de doenças pré-existentes ou que se manifestaram nesse período (BRASIL, 2013b)

Diante disso e com o intuito de auxiliar na prevenção das principais causas de morte materna e de natimortos intraparto e mortes neonatais dentro das unidades de saúde, a OMS criou a lista de verificação para partos seguros, baseada em evidências científicas. Cada tópico desse instrumento deve ser indiscutivelmente realizado, a fim de preservar a vida materna, do recém-nascido, ou até mesmo de ambos. Com a adoção dessa iniciativa, espera-se que o índice de mortalidade decorrente do trabalho de parto seja reduzido, uma vez que uma das condições que está relacionada a esse fato é a assistência inadequada praticada no decorrer do trabalho de parto (BRASIL, 2013b; PEDRONI *et al.*, 2020).

Duarte *et al.* (2015) apontam as principais circunstâncias que podem ou ocasionam eventos adversos que são: déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho, problemas de relacionamento entre a equipe multiprofissional, falta de liderança e de supervisão adequadas de enfermagem e a comunicação.

Para tanto, qualificar a atenção e adotar ações que visam garantir a segurança às gestantes, às puérperas e aos recém-nascidos se faz essencial (SANTA CATARINA, 2019). Dentre as ações que precisam ser adotadas, tem-se a

comunicação efetiva, visto que há constantes falhas desta tecnologia pelos profissionais da saúde no decorrer da assistência ao paciente, podendo, assim, interferir de maneira negativa na continuidade e na qualidade da execução do cuidado.

Para que a equipe possa desenvolver seu trabalho com efetividade e qualidade, é imprescindível que a comunicação aconteça de maneira efetiva, sendo esta primordial para a segurança do paciente (BROCA; FERREIRA, 2015).

2 JUSTIFICATIVA

A preocupação com a segurança do paciente perpassa os mais diversos contextos de saúde, dentre os quais, a assistência materno-infantil. Na assistência materno-infantil, o cuidado prestado deve ser realizado desde o pré-natal, prosseguindo no parto e no puerpério, com a finalidade de impedir a morbimortalidade.

Nesse contexto, justifica-se a realização da presente pesquisa para a exploração e para a síntese da literatura científica sobre a comunicação efetiva da equipe de enfermagem da maternidade, buscando subsídios para o aprimoramento do cuidado do binômio mãe-filho, a fim de contribuir na promoção da segurança do paciente; de evitar os erros assistenciais; de concorrer para a diminuição da mortalidade e do custo assistencial por evitar procedimentos/internações decorrentes de eventos adversos; bem como identificar lacunas do conhecimento, apontando a necessidade de novas pesquisas, para impulsionar o desenvolvimento científico da enfermagem.

3 OBJETIVO

Analisar as evidências disponíveis na literatura científica sobre a relação da comunicação efetiva da equipe de enfermagem da maternidade e a segurança do paciente.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para realização do presente estudo, o método utilizado foi a Revisão Integrativa (RI). Dentre os métodos de revisão, a RI da literatura é considerada a abordagem mais ampla, pois favorece a inclusão de estudos experimentais e não experimentais como forma de compreender integralmente o fenômeno estudado (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Além disso, é um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidências (PBE) com uma abordagem que busca a(s) melhor(es) e mais recente(s) evidência(s) para qualificar a assistência (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Tem por objetivo a compilação e a síntese do conhecimento científico já produzido sobre um determinado assunto, o que encoraja sua utilização na prática, favorecendo assim, a translação do conhecimento (BEYEA; NICHLL, 1998).

4.2 ETAPAS DO ESTUDO

Para a elaboração da RI, há etapas distintas que devem ser seguidas e se diferenciam a depender da autora que a propõe. Destarte, neste estudo, serão adotadas as seis as etapas alvitradas por Mendes, Silveira e Galvão (2008) que são:

- a) identificação do tema e seleção da hipótese ou da questão de pesquisa para a elaboração da RI;
- b) amostragem ou busca dos estudos primários na literatura;
- c) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos;
- d) avaliação crítica dos estudos incluídos na revisão integrativa;
- e) interpretação dos resultados;
- f) apresentação da revisão ou síntese dos resultados.

Vale ressaltar que o protocolo advindo dessa RI foi registrado no dia 30 de março de 2023 na plataforma *Open Science Framework* (OSF) com o *Digital Object Identifier* (DOI): 10.17605/OSF.IO/NME63 (MARQUES; MIRANDA; DA SILVA, 2023).

4.2.1. Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da RI

Para nortear a elaboração do desenvolvimento da RI, faz-se necessário definir a questão de pesquisa que precisa ser específica e de fácil entendimento, pois isso irá possibilitar o desenvolvimento da RI de maneira apropriada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Assim, a questão de pesquisa foi formulada utilizando a estratégia PICO, apresentada pela sigla dos termos em inglês “*Patient/Problem*”, “*Intervention*”, “*Comparison*” e “*Outcomes*”, sendo este um acrônimo empregado de forma constante na elaboração de questões de pesquisa a respeito desse tipo de estudo (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

A definição bem como a descrição detalhada de cada sigla do acrônimo PICO é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Definição e descrição dos acrônimos da estratégia PICO

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou problema	Pode ser um único paciente, um grupo de pacientes com uma condição particular ou um problema de saúde.
I	Intervenção	Representa a intervenção de interesse que pode ser terapêutica, preventiva, diagnóstica, prognóstica, administrativa ou relacionada a assuntos econômicos.
C	Controle ou comparação	Definida como uma intervenção padrão, a intervenção mais utilizada ou nenhuma intervenção.
O	Desfecho	Resultado esperado.

Fonte: SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007.

Ademais, a estratégia PICO, aplicada na fase inicial da pesquisa, possibilita identificar descritores controlados e palavras-chave e, conseqüentemente, localizar estudos nas bases de dados selecionadas. Desse modo, diante da estratégia PICO aplicada para a presente RI, obtiveram-se os seguintes descritores.

Quadro 2 – Descritores estabelecidos por meio da estratégia PICO

(continua)

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou problema	Equipe de enfermagem obstétrica
I	Intervenção	Comunicação efetiva

Quadro 2 – Descritores estabelecidos por meio da estratégia PICO

(conclusão)

Acrônimo	Definição	Descrição
C	Controle ou comparação	Não se aplica a esta questão de pesquisa
O	Desfecho	Segurança do paciente na maternidade

Fonte: da autora, 2023.

Diante disso, foi estruturada a seguinte questão norteadora: “Relação da comunicação efetiva da equipe de enfermagem da maternidade com a segurança do paciente?”

Ao definir a questão principal que norteou esta pesquisa, foi feita uma busca preliminar, no dia primeiro de fevereiro de 2022, para verificar a existência de revisões de literatura já publicadas sobre a temática. Consultaram-se as seguintes fontes: PubMed, PROSPERO, OSF, JBI *Evidence Síntese* e Cochrane e não foi encontrada nenhuma revisão de escopo, integrativa ou sistemática similar.

4.2.2 Estabelecimento de critérios de inclusão e de exclusão de estudos e amostragem ou busca na literatura

Diretamente associada à etapa anterior, visa assegurar o rigor do processo metodológico da RI (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Nessa fase, estabeleceram-se os critérios de inclusão dos estudos para a composição da amostra:

- a) estudos primários sem distinção do delineamento de pesquisa empregado;
- b) estudos primários publicados em inglês, em espanhol e em português em qualquer período de tempo;
- c) estudos primários que identificam como a comunicação efetiva utilizada na prática da assistência obstétrica contribui para a segurança do paciente.

Em relação aos critérios de exclusão, não foram consideradas publicações de teses, de dissertações, de monografias, de livros, de carta-resposta, de literatura cinzenta e de artigos que não respondam à pergunta presente na pesquisa.

A seguir, foram definidas as bases de dados para a busca dos estudos primários, visando responder à questão norteadora da pesquisa, bem como determinar os descritores controlados e as palavras-chave.

Destarte, inicialmente foram estabelecidas as bases de dados para a realização da busca: *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); Base de Dados da Enfermagem (BDENF); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Excerpta Medica Database (EMBASE).

Com a definição das bases de dados, buscou-se encontrar os descritores controlados bem como as palavras-chave pertinentes aos dicionários disponíveis em cada uma. Assim, na CINAHL utilizou-se o *Subject Headings* (MH); na PubMed o *Medical Subject Headings* (MeSH); na EMBASE o Emtree e na BDENF, MEDLINE e LILACS, os Descritores em ciências da Saúde (DeCS), os quais são expostos no Quadro 3.

Quadro 3 – Descritores controlados e não controlados de acordo com cada base de dados

(continua)

Base de Dados	Descritores controlados	Descritores não controlados
PubMed	Obstetrics and Gynecology Department, Hospital; Hospital Obstetrics and Gynecology Department; Obstetrics Department Hospital; Obstetrics Department; Department, Obstetrics; Obstetrics Departments; Obstetric Nursing; Nursing, Obstetric; Obstetrical Nursing; Patient Safety; Safety, Patient; Risk Management; Management, Risk; Risks Management; Safety Management; Management, Safety; Safety Culture;	

Quadro 3 – Descritores controlados e não controlados de acordo com cada base dados

(continua)

Base de Dados	Descritores controlados	Descritores não controlados
PubMed	Culture, Safety; Cultures, Safety; Safety Cultures; Hazard Management; Management, Hazard; Hazard Control; Communication; Miscommunication; Hospital Communication Systems;	Effective communication
LILACS *Inglês	Obstetrics and Gynecology Department, Hospital; Obstetric Nursing; Patient Safety; Risk Management; Safety Management; Communication Hospital Communication Systems	Miscommunication; Effective communication
MEDLINE *Inglês	Obstetrics and Gynecology Department, Hospital; Obstetric Nursing; Patient Safety; Risk Management; Safety Management; Communication Hospital Communication Systems	Miscommunication; Effective communication
BDENF *Inglês	Obstetrics and Gynecology Department, Hospital; Obstetric Nursing; Patient Safety; Risk Management; Safety Management; Communication Hospital Communication Systems	Miscommunication; Effective communication
LILACS *Espanhol	Servicio de Ginecología y Obstetricia en Hospital Enfermería Obstétrica Seguridad del Paciente Gestión de Riesgos Administración de la Seguridad Comunicación Sistemas de Comunicación en Hospital	Comunicación efectiva

Quadro 3 – Descritores controlados e não controlados de acordo com cada base dados

(continua)

Base de Dados	Descritores controlados	Descritores não controlados
BDENF *Espanhol	Servicio de Ginecología y Obstetricia en Hospital Enfermería Obstétrica Seguridad del Paciente Gestión de Riesgos Administración de la Seguridad Comunicación Sistemas de Comunicación en Hospital	
LILACS *Português	Unidade Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia Enfermagem Obstétrica Segurança do Paciente Gestão de Riscos Gestão da Segurança Comunicação Sistemas de Comunicação no Hospital	Falha de Comunicação Comunicação efetiva
BDENF *Português	Unidade Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia Enfermagem Obstétrica Segurança do Paciente Gestão de Riscos Gestão da Segurança Comunicação Sistemas de Comunicação no Hospital	Falha de Comunicação Comunicação efetiva
Cinhal	Obstetric nursing Patient safety Risk management Communication	Obstetrics and Gynecology Department, Hospital Safety management Effective communication Miscommunication Hospital communication systems

Quadro 3 – Descritores controlados e não controlados de acordo com cada base dados

(conclusão)

Base de Dados	Descritores controlados	Descritores não controlados
EMBASE	Obstetrical nursing Hospital department obstetrics Patient safety Risk management Safety culture Interpersonal communication Communication skill	-

Fonte: da autora, 2023.

Após delimitar os descritores controlados e não controlados, foi estabelecida a estratégia de busca na literatura de maneira precisa para que a amostra não ficasse incompleta ou tendenciosa (CONN *et al.*, 2003; WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Para tanto, os conjuntos de termos referentes a paciente, fenômeno de interesse e resultado/desfecho foram intercalados com o operador *AND* (combinação restritiva) e *OR* (combinação aditiva) conforme ilustrado no Quadro 4.

Quadro 4 - Estratégia de busca utilizada de acordo com a base de dados.

(continua)

Base de dados	Estratégia de busca
Pubmed (US National Library of Medicine)	(((((((((((("Obstetrics and Gynecology Department, Hospital")) OR ("Hospital Obstetrics and Gynecology Department")) OR ("Obstetrics Department Hospital")) OR ("Obstetrics Department")) OR ("Department, Obstetrics")) OR ("Departments, Obstetrics")) OR ("Obstetrics Departments")) OR ("Obstetric Nursing")) OR ("Nursing, Obstetric")) OR ("Nursing, Obstetrical")) OR ("Obstetrical Nursing")) AND (((((((((((("Patient Safety")) OR ("Safety, Patient")) OR ("Risk Management")) OR ("Management, Risk")) OR ("Management, Risks")) OR ("Risks Management")) OR ("Safety Management")) OR ("Management, Safety")) OR ("Safety Culture")) OR ("Culture, Safety")) OR ("Cultures, Safety")) OR ("Safety Cultures")) OR ("Hazard Management")) OR ("Management, Hazard")) OR ("Hazard Control")) AND (((((((Communication)) OR (Miscommunication)) OR ("Hospital Communication Systems")) OR ("effective communication"))))

Quadro 4 - Estratégia de busca utilizada de acordo com a base de dados.

(continua)

Base de dados	Estratégia de busca
LILACS MEDLINE BDENF (Biblioteca Virtual em Saúde - BVS)	("Obstetrics and Gynecology Department, Hospital") OR ("Obstetric Nursing") AND ("Patient Safety") OR ("Risk Management") OR ("Safety Management") AND (Communication) OR (Miscommunication) OR ("effective communication") OR ("Hospital Communication Systems")
LILACS BDENF (Biblioteca Virtual em Saúde - BVS)	("Servicio de Ginecología y Obstetricia en Hospital") OR ("Enfermería Obstétrica") AND ("Seguridad del Paciente") OR ("Gestión de Riesgos") OR ("Administración de la Seguridad") AND (Comunicación) OR ("Sistemas de Comunicación en Hospital") OR ("comunicación efectiva")
LILACS BDENF (Biblioteca Virtual em Saúde - BVS)	("Unidade Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia") OR ("Enfermagem Obstétrica") AND ("Segurança do Paciente") OR ("Gestão de Riscos") OR ("Gestão da Segurança") AND ("Comunicação") OR ("Falha de Comunicação") OR ("Comunicação efetiva") OR ("Sistemas de Comunicação no Hospital")
CINAHL (EBSCO)	"Obstetrics and Gynecology Department, Hospital" OR (MH"Obstetric nursing") AND (MH"Patient safety") OR (MH"Risk management") OR "Safety management" AND (MH"Communication") OR "Effective communication" OR "Miscommunication" OR "Hospital communication systems"
EMBASE (Elsevier)	('obstetrical nursing'/exp OR 'hospital department'/exp OR 'obstetrics'/exp) AND ('patient safety'/exp OR 'risk management'/exp OR 'safety culture'/exp) AND ('interpersonal communication'/exp OR 'communication skill'/exp)

Fonte: da autora, 2023.

Com as estratégias de busca definidas com o auxílio do bibliotecário da Universidade Federal de Alfenas, realizaram-se, no dia 21 de março de 2023, buscas nas bases de dados e, em seguida, os estudos encontrados foram exportados para o gerenciador de referências *EndNote online* da Clarivate (2021), para a exclusão das duplicatas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

Logo após, o arquivo gerado foi exportado para o aplicativo *web Rayyan Systems Inc.*, para a exclusão de possíveis estudos duplicados não localizados pelo *EndNote*. O aplicativo *Rayyan* possibilita a identificação dos estudos excluídos durante o processo de cegamento por meio da criação de rótulos com os motivos de exclusão no decorrer da leitura de títulos e de resumos (OUZZANI *et al.*, 2016;

RAYYAN, 2021). A leitura dos títulos e dos resumos foi realizada na primeira etapa de revisão, por dois pesquisadores de forma independente e cegada, guiados pelo protocolo do estudo e pelos critérios de inclusão, para os quais foram criados rótulos para a descrição dos motivos de exclusão de cada fonte descartada.

Com os estudos incluídos para a leitura na íntegra, primeira etapa de verificação pelo aplicativo *web Rayyan*, foi realizada a segunda etapa do processo, no mesmo aplicativo, mantendo o cegamento entre os pares para a seleção dos estudos, a fim de eleger a amostra final da revisão integrativa, o que possibilitou o rigor metodológico necessário para o andamento do estudo.

Em ambas as fases, quando não houve consenso, os dois revisores se reuniram para discutir as discrepâncias e para definir a seleção dos estudos. Não houve necessidade da atuação de um terceiro revisor.

4.2.3 Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos

Aconselha-se, nesta etapa, a extração das informações pertinentes nos estudos eleitos por meio de um instrumento que possibilite compilar e sintetizar as informações pertinentes a cada pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Diante disso, foi utilizado como base um roteiro elaborado pelos autores deste trabalho (APÊNDICE A), de acordo com os objetivos propostos e com a pergunta de pesquisa, contendo espaços para coletar os dados correspondentes a: identificação (título do artigo, autor(es), graduação do primeiro e último autores, ano de publicação, periódico e país, idioma); dados de desenvolvimento de estudo (objetivo(s), detalhamento metodológico, população); caracterização do estudo (resultados, conclusão(ões), limitações e estratégias encontradas); avaliação do estudo (tipo de questão clínica e nível de evidência). A extração dos dados foi realizada pela autora desta dissertação e conferida por sua orientadora.

A seguir, foi idealizado um quadro-síntese separado para cada estudo incluído na pesquisa, possibilitando, assim, a documentação dos dados considerados relevantes (GALVÃO; MENDES; SILVEIRA, 2010).

4.2.4 Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Outra etapa considerada no processo da construção de uma RI foi a avaliação do nível de evidência dos estudos selecionados. Para isso, foi utilizada a classificação hierárquica descrita por Melnyk e Fineout-Overholt (2019).

Dessa forma, procedeu-se à identificação do nível de evidência de cada tipo de estudo de acordo com a sua questão clínica, conforme apresentado nos Quadros 4,5 e 6.

Quadro 5 – Classificação da hierarquia da força de evidência para questões clínicas de Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste Diagnóstico, proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2019)

Intervenção/Tratamento ou Diagnóstico/Teste Diagnóstico	
Nível de Evidência	Força de Evidência
I	Evidência de revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos controlados randomizados relevantes
II	Evidência de ensaios clínicos randomizados bem delineados
III	Evidência de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
IV	Evidência de estudos caso-controle e coorte bem delineados
V	Evidência de revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos
VI	Evidência de estudos descritivos ou qualitativos únicos
VII	Evidência de opinião de autoridades e/ou de relatórios de comitês de especialistas

Fonte: MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2019.

Quadro 6 – Classificação da hierarquia da força de evidência para questões clínicas de Prognóstico/Predição ou Etiologia, proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2019)

(continua)

Prognóstico/Predição ou Etiologia	
Nível de Evidência	Força de Evidência
I	Evidência de estudos de estudos de coorte ou estudos de caso-controle
II	Evidência de um único estudo de coorte único ou estudos caso-controle
III	Evidência de metassíntese de estudos qualitativos ou descritivos

Quadro 6 – Classificação da hierarquia da força de evidência para questões clínicas de Prognóstico/Predição ou Etiologia, proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2019)

Prognóstico/Predição ou Etiologia (conclusão)	
Nível de Evidência	Força de Evidência
IV	Evidência de estudos qualitativos ou descritivos únicos
V	Evidência proveniente de opinião de especialistas

Fonte: MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2019.

Quadro 7 – Classificação hierarquia da força de evidência para questões clínicas de significado, proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2019)

Significado	
Nível de Evidência	Força de Evidência
I	Evidência de metassíntese de estudos qualitativos
II	Evidência de estudos qualitativos únicos
III	Evidência de síntese de estudos descritivos
IV	Evidência de estudos descritivos únicos
V	Evidência de opinião de especialistas

Fonte: MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2019.

Como forma de avaliação crítica dos estudos, utilizamos os formulários de Revisão Crítica para Estudos Quantitativos (ANEXO A) e Qualitativos (ANEXO B), que foram desenvolvidos pelo *McMaster University Occupational Therapy Evidence-Based Practice Research Group* (LAW *et al.*, 1988; LETTS *et al.*, 2007; MCMASTER, 2021) sendo que, para a avaliação dos estudos quantitativos, utilizou-se a versão traduzida (LUZ; MANCINI; SAMPAIO, 1998). A avaliação crítica de cada estudo está indicada ao final do quadro- síntese.

4.2.5 Interpretação dos resultados

Segundo Carrara (2016, p.77):

Esta etapa visa à criação de um documento que descreva a revisão elaborada. A revisão integrativa deve conter informações detalhadas e

pertinentes, as quais possibilitam ao leitor avaliar a adequação dos procedimentos realizados na elaboração da revisão.

Nesse momento, com os resultados obtidos, foi possível iniciar a comparação da teoria com os achados advindos da RI bem como identificar as lacunas existentes em relação ao tema estudado. Tal fato é uma forma de conduzir novos estudos, visando sempre ao aperfeiçoamento da assistência em saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.2.6 Apresentação da revisão/síntese dos resultados

Inicialmente, foi utilizado o diagrama PRISMA (PAGE *et al.*, 2020) que demonstra, por meio do fluxograma adaptado para este estudo, as fases de seleção dos artigos encontrados.

Em seguida, os dados extraídos dos estudos incluídos foram analisados, interpretados e apresentados descritivamente, a fim de possibilitar ao leitor avaliar a aplicabilidade da RI elaborada, visando, com isso, atingir o objetivo proposto pelo estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Como se trata de um estudo que utiliza dados secundários disponíveis em bases de acesso livre, a revisão integrativa não necessita ser submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa.

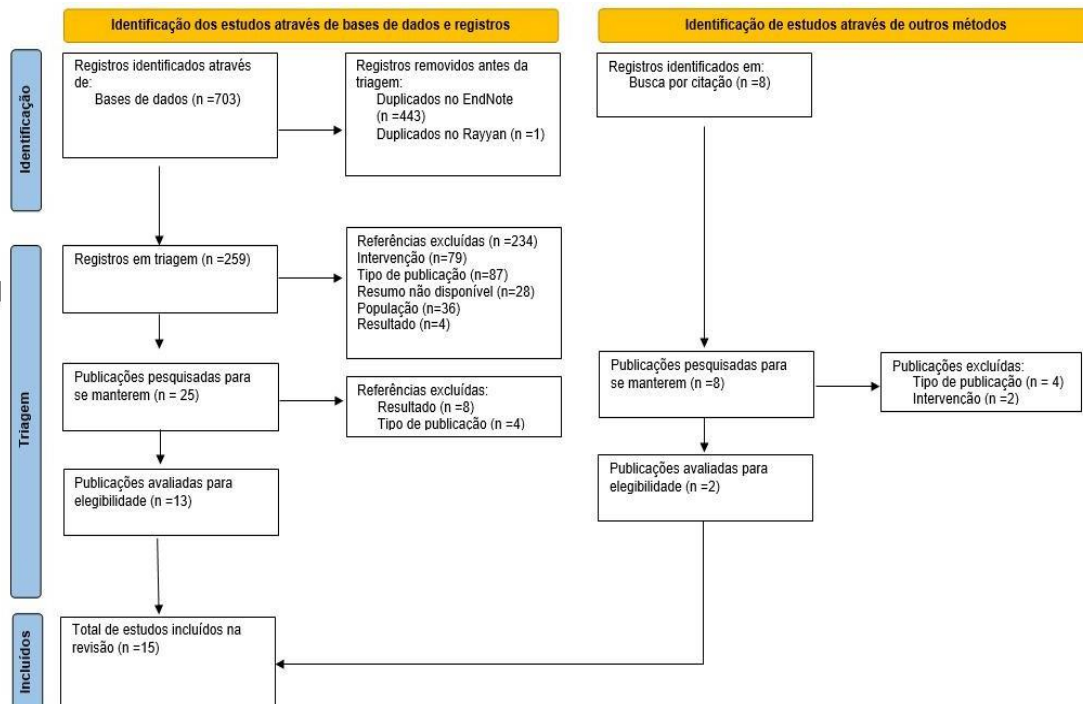
5 RESULTADOS

As buscas nas bases de dados identificaram um total de 703 estudos potencialmente elegíveis. Destes, 443 foram removidos por serem duplicados, utilizando o gerenciador de *EndNote on-line*, e um foi removido no *Rayyan* também por ser duplicado. Após a leitura de títulos e de resumos dos 259 estudos restantes, foram excluídos 234 por não contemplarem a estratégia PICO e os critérios de inclusão propostos pelas autoras.

Assim, 25 estudos foram selecionados para a leitura na íntegra, dos quais 13 foram avaliados como elegíveis para compor a amostra do estudo. As referências citadas nesses 13 estudos foram analisadas com os mesmos critérios de inclusão descritos anteriormente, sendo então encontrados mais oito estudos para análise, sendo dois deles incluídos, resultando em 15 estudos selecionados para fazer parte da amostra final de estudos desta revisão.

As informações detalhadas do processo de composição da amostra são apresentadas na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma das buscas dos estudos nas bases de dados selecionados adaptado do PRISMA



Fonte: da autora, 2023, adaptado de PAGE *et al.*, 2021.

A partir da seleção dos estudos, procedeu-se à extração dos dados e, na síntese dos estudos incluídos nesta revisão, estes foram codificados numericamente por E (estudo) e o número que identifica a sua sequência na inclusão, conforme apresentado no Quadro 8.

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(continua)

Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
BLOCK, M. <i>et al</i> (2010) (E01)	Desenvolver uma ferramenta de transferência clínica que representa uma abordagem inovadora para promover a comunicação estruturada.	Utilização de um cartão de transferência que informa a equipe sobre seus pacientes. Foram realizadas auditorias durante 13 turnos que indicaram uma taxa de cumprimento geral de 90%. Ocorreu uma diminuição do uso de 90% para 50% quando um suprimento adequado de cartões e de lápis não estava prontamente disponível. A ferramenta oferece a flexibilidade ao permitir que as transferências ocorram em qualquer local. Possui duas faces e foi elaborado para ser aplicado nas mudanças de turno e de remanejamento intraturno. A face anterior é baseada na comunicação estruturada Situação-Antecedentes-Avaliação-Recomendação (SBAR) adaptado para o serviço de maternidade e, no verso do cartão, estão as categorias de elementos relacionados ao fluxo do trabalho, agentes de indução, antibióticos, tocolíticos, infusões e formulários de consentimento.	Relatamos o desenvolvimento colaborativo da ferramenta de transferência tangível para melhorar a continuidade e a coordenação dos cuidados. Essa é uma das várias aplicações para melhorar o trabalho em equipe.

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(continua)

Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
LYNDON, A. (2007) (E02)	Identificar os processos que afetam a segurança entre enfermeiros, médicos e parteiras.	Amostra de 19 participantes (12 enfermeiros, 5 médicos e 2 enfermeiras obstétricas certificadas), sendo 18 mulheres e 1 homem; 74% de brancos, 10% de hispânicos e 16% de asiáticos/ilhas do Pacífico. Advocacia como fonte da agência de enfermagem para segurança: os enfermeiros se consideram os “advogados dos pacientes”; para eles, manter os pacientes e familiares seguros é passar pela internação (tratamento e procedimentos) tão intactos quanto possível em todos os quesitos (físico, emocional e psicológico). Referem que nem sempre são bem-sucedidos nesse processo, pois não foram capazes de desafiar os planos de cuidado que consideravam inseguros. Médicos também relataram momentos em que se sentiram intimidados e permaneceram em silêncio em relação às próprias preocupações. A escassez de recursos é uma preocupação, pois enfermeiros foram repetidamente	Mulheres e bebês não devem depender das relações interpessoais dos prestadores de cuidados para sua segurança. É necessária investigação contínua para articular plenamente os facilitadores e as barreiras à segurança perinatal.

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(continua)

Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
		<p>interrompidos na prestação de cuidados, para procurar itens que faltavam nos quartos e no estoque, organizar equipamentos que não tinham sido preparados pela equipe anterior e rastrear medicamentos que não haviam sido entregues. Médicos e enfermeiros se mostram frustrados por lidarem com organizações que não respondem às necessidades específicas de pacientes grávidas.</p> <p>Segregação profissional: poucas ou nenhuma enfermeira participou das rodadas de ensino em que os pacientes eram apresentados aos médicos pelos residentes.</p> <p>Para as enfermeiras, essa exclusão gera um conflito. Sabiam que informações importantes eram trocadas ali e não tinham oportunidade de contribuir.</p> <p>Frustram-se com a falta de comunicação entre as classes.</p> <p>Hierarquia tradicional: ponto preocupante para ambas as classes.</p> <p>Segurança definida por resultados em vez de processos.</p> <p>São realizadas rodadas de ensino para repassar, atualizar e validar o plano de cuidados de cada paciente por meio de rondas baseadas na comunicação verbal.</p>	

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(continua)

Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
GROBMAN, W. A. <i>et al</i> (2011) (E03)		<p>Principais temas relacionados às barreiras de comunicação identificadas durante os grupos focais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Coordenação interdepartamental: dificuldade em coordenar atividades com outras unidades; 2.Coordenação intradepartamental: dificuldade em coordenar as atividades de trabalho de parto e parto, como a obtenção de salas de cirurgia para partos cesáreos; 3.Acessibilidade: dificuldade em contatar outros provedores; 4.Fontes de informação sobre cuidados com o paciente: múltiplas fontes ou locais não padronizados de informações clínicas; 5.Vários prestadores de cuidado para um único paciente. 6.Ceticismo em relação à probabilidade de mudança: <i>feedback</i> insuficientes sobre incidentes e problemas relatados; 7. Comportamento: rudeza e comportamento não profissionais; 8.Equipamentos: dispositivos de comunicação que não 	<p>A implementação de soluções para as barreiras de comunicação, embora necessárias e importantes, não é necessariamente um processo simples e rápido. Mesmo após o reconhecimento da existência de um problema, diferentes indivíduos podem ter ideias muito diferentes quanto à solução ideal. O progresso na melhoria das estruturas e dos recursos de comunicação pode ajudar a superar os limites que existem entre membros da equipe.</p>

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(continua)

Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
		<p>facilitam a comunicação de forma otimizada. Utiliza-se comunicação verbal e, com o desenvolvimento do trabalho, evidenciaram estratégias para melhorar a comunicação que estão apontadas nos resultados.</p>	
<p>WOODHALL, L. J.; VERTACNIK, L.; MCLAUGHLIN, M. (2008)</p> <p>(E04)</p>	<p>Identificar estratégias de comunicação efetiva na prática de assistência de enfermagem</p>	<p>O uso do SBAR por meio de cartões de bolso como referência para guiar a comunicação entre a equipe foi bem recebido, especialmente devido a sua simplicidade e facilidade de compreensão.</p> <p>Melhorias drásticas foram feitas em todas as cinco áreas de comunicação (informação clara e concisa; equipe de enfermagem sabe o porquê está chamando; equipe organizada e preparada para situações críticas; recebimento de informações corretas; satisfação entre equipe em relação à comunicação quando estão em situação crítica).</p> <p>Equipe de enfermagem e médicos relataram melhorias com o uso da técnica.</p>	<p>A ferramenta SBAR fornece a tradução entre a comunicação narrativa e a “manchete”, fazendo a ponte entre a informação de enfermeiros e médicos.</p>

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(continua)

Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
KUMAR, A. <i>et al</i> (2019) (E05)	Identificar os desafios enfrentados pela equipe de parto em sua prática clínica e as principais mensagens aprendidas com os programas de simulação que são aplicáveis às suas práticas clínicas	Oito <i>workshops</i> foram realizados em três locais envolvendo 150 participantes, incluindo profissionais de saúde (29 médicos e 75 parteiras) e 46 estudantes (26 médicos e 20 estudantes de obstetrícia). Emergiram dois temas Atuação como Parteira (com os subtemas: apoiar médicos; reconhecer o papel clínico e administrativo, apoiar a mãe, reconhecer diferenças na experiência de obstetrícia e de grupos médicos) e Principais mensagens de aprendizagem dos workshops (com os subtemas: adquirir conhecimentos e habilidades processuais, aprender habilidades não técnicas, desenvolver uma abordagem sistemática para emergências obstétricas e neonatais, reconhecer a simulação como um modo de aprendizagem, aprendizagem em equipes). Como estratégia de comunicação, foi utilizado o partograma e a comunicação verbal.	O treinamento de simulação obstétrica foi considerado útil para todos os grupos.

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(continua)

Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
BRACCO, F.; <i>et al</i> (2017) (E06)	Desenvolver e testar uma ferramenta de observação e de classificação para marcadores comportamentais de habilidades não técnicas de equipes multiprofissionais envolvidas em simulações de emergência em sala de parto.	Administramos 86 MINTS-DR para a observação de NTS (habilidades não técnicas). Anestesiologistas (n=18), ginecologistas (n=12), parteiras/enfermeiras (n=39) e assistentes de saúde (n=17). As avaliações médicas de usabilidade e de utilidade das ferramentas não foram estatisticamente diferentes ou superiores a 4 em uma escala de classificação de 5 pontos. Em ambos os casos, não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias profissionais. Tomados em conjunto, esses resultados sugerem que grupos de profissionais avaliaram de forma positiva (as classificações médias nunca foram inferiores a 4 e uniformemente (sem diferenças nas classificações médias entre os grupos) a utilidade do MINTS-DR durante o debriefing e sua usabilidade como ferramenta para a observação do NTS durante o debriefing e a simulação. Foram utilizadas habilidades não técnicas: Situação/conhecimento; Tomada de decisão; Gerenciamento de tarefas; Trabalho em equipe/cooperação; Comunicação; Liderança.	O MINTS-DR (multiprofissional inventário de habilidades não técnicas na entrega sala) é rápido e fácil de administrar. É considerado um recurso útil para maximizar o aprendizado e a experiência proporcionada pela simulação.

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(continua)

Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
MILLER, K.; RILEY, W.; DAVIS, S. (2008) (E07)	Medir marcadores de comportamento os-chave de enfermagem e de equipe multidisciplinar durante eventos críticos para avaliar a extensão da alta confiabilidade.	Foram descritos os principais marcadores comportamentais de enfermagem para a interação interdisciplinar: consciência situacional, uso da situação, antecedentes, avaliação, recomendação-resposta (SBAR-R), comunicação em circuito fechado e modelo mental compartilhado. Consciência situacional: é avaliada pela comunicação observável que ocorre com o paciente e com outros membros da equipe. Dois marcadores comportamentais são observados consistentemente: no estágio um, a enfermeira se apresenta 93% do tempo e no estágio dois, a enfermeira prioriza tarefas 93% do tempo. Quatro marcadores comportamentais para consciência situacional não são observados consistentemente: a enfermeira verbalizou mudanças na condição materno/fetal 65% das vezes; solicitou reforço quando necessário 62% das vezes; verificou a idade gestacional 53% das vezes e a verificação de informações críticas foi observada de forma muito inconsistente apenas 19% das vezes.	As habilidades necessárias para que os enfermeiros contribuam para equipes interdisciplinares altamente confiáveis não são observadas de forma consistente durante eventos críticos e constituem brechas nas barreiras defensivas para garantir a segurança do paciente. Os enfermeiros, que têm um papel fundamental para garantir o desempenho eficaz da equipe por meio da transferência de informações críticas, precisam reconhecer e identificar pistas para garantir que a equipe progrida no caminho ideal para a segurança do paciente.

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(continua)

Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
		<p>Comunicação em circuito fechado: varia de um mínimo de 14% para ordem verbal durante o estágio dois a um máximo de 69% respondendo perguntas e solicitações durante o estágio um.</p> <p>SBAR: Os resultados mostram que o uso efetivo do SBAR para outros membros da equipe não ocorre de forma consistente durante qualquer um dos três estágios. Não foi feito 65% do tempo no estágio um; 46% do tempo no estágio dois e 57% do tempo no estágio três.</p> <p>Modelo mental compartilhado: permite que os membros da equipe comuniquem sua consciência situacional individual, verifiquem as informações com outros membros da equipe e cheguem a um entendimento comum da condição do paciente e do plano de cuidados. Durante o estágio um, a enfermeira criou um modelo mental compartilhado durante a metade do tempo, medido para verificar a condição médica da mãe (56%) e a justificativa do plano de cuidados (56%), enquanto informações importantes sobre a condição da mãe foram verbalizadas com uma frequência um pouco maior que 61%. No estágio dois, a enfermeira estabeleceu comunicação</p>	

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(continua)

Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
		<p>direta com o médico na maior parte do tempo (87%), mas teve menor desempenho em trocas claras com a mãe (67%), relatando informações importantes (57%).</p> <p>As quatro principais dimensões examinadas nesse estudo sugerem que os enfermeiros não alcançaram o desempenho necessário para constituir alta confiabilidade. A falta de alta confiabilidade ou de desempenho nas quatro dimensões pode ser uma função não apenas da complexidade da dinâmica da equipe em evento crítico, mas também da falta de clareza do papel, das limitações do fator humano ou da incapacidade de saber quando usar habilidades de comunicação e comportamentos da equipe.</p>	
POOT, E. P. <i>et al</i> (2014) (E08)	Estudar a comunicação e o processo atuais de transferência de turno para turno, bem como as opiniões dos receptores sobre a comunicação posterior da transferência.	Foram observadas 70 transferências de pacientes individuais, 43% das quais foram transferências médicas e 57%, transferências de enfermagem. Comunicação de transferência: (Foi utilizado o mnemônico SBAR) Todos os elementos de SBAR estavam presentes em 7% das transferências, principalmente na ordem do mnemônico.	A comunicação carece de recomendações na maioria dos casos. O processo de transferência foi prejudicado por interrupções frequentes e pela falta de investigação ativa e de leitura. Os receptores da passagem foram muito positivos em relação à comunicação da passagem, indicando

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(continua)

Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
		<p>Uma repetição dos elementos SBAR separados foi observada em 34% de todas as transferências. Processo de transferência: quanto à duração, interrupções, distrações: 44% duraram mais de 2 minutos e 52% foram interrompidos/distraídos pelo menos uma vez (profissionais entrando ou saindo, telefone). Em 44% das transferências, nenhuma pergunta foi feita pelos receptores. Opinião dos receptores: enfermeiras avaliaram a passagem de plantão/comunicação como sendo clara mais vezes a do que os médicos.</p>	<p>uma falta de consciência de que a segurança do paciente está ameaçada durante essa passagem.</p>
<p>WISNER, K. <i>et al</i> (2021) (E09)</p>	<p>Explorar as percepções das enfermeiras de trabalho de parto sobre como a interação e o uso de prontuários eletrônicos afetam seu trabalho cognitivo e compreender melhor as implicações de segurança do paciente relacionados ao prontuário eletrônico.</p>	<p>Participaram do estudo 21 enfermeiros, com idade média de 49 anos (36 a 64%); dos quais, 4 eram mestres (19%), 10 bacharéis (48%) e 7 associados (33%); com tempo médio de profissão de 20 anos (5 a 38%); 5 eram enfermeiros/supervisor/coordenador/responsável de turno (24%) e 16 enfermeiros clínicos (76%); 17 eram brancos (80%) e 4 eram asiáticos/negros/hispânicos/latinos (20%). Perspectiva central: uso de prontuário eletrônico que não foi idealizado para pacientes em trabalho de parto.</p>	<p>Os enfermeiros deste estudo relataram que, em vez de apoiar efetivamente seu trabalho, o prontuário eletrônico e suas tecnologias impedia sua capacidade de localizar e de sintetizar informações e os distraía de estar com o paciente e a com a família.</p>

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(continua)

Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
		<p>Enfermeiros viam o relacionamento com pacientes e com familiares essencial para o cuidado de qualidade e sentiam que o uso de prontuário eletrônico às vezes ameaçava essa dimensão do trabalho. Quando as enfermeiras não eram capazes de integrar o cuidado ao prontuário eletrônico, resultou em consequências com implicações na segurança.</p> <p>Contexto: A falta de prontuário adequado para as condições perinatais aumentou o trabalho cognitivo das enfermeiras, afetou a precisão das informações, tornou alertas e alarmes ineficazes.</p> <p>A comunicação efetiva pode ser mediada por sistemas de informação, mas não pode depender exclusivamente deles.</p> <p>A maioria dos participantes achou desafiadora a interação com o prontuário eletrônico uma vez que impediu a capacidade dos enfermeiros de formular e de manter uma visão geral do estado do paciente enquanto pesquisavam e compilaram informações, problemas resolvidos ao trabalhar em diferentes telas.</p>	

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(continua)

Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
LUTGENDOR F, M. A. <i>et al</i> (2017) (E10)	Avaliar o conforto dos participantes com o manejo da hemorragia obstétrica após exercício de treinamento multidisciplinar de simulação <i>in situ</i> .	Total de 113 participantes completaram o treinamento de simulação, com 112 pesquisas retornadas para uma taxa de resposta de 99,1%. A maioria dos participantes eram provedores obstétricos: equipe obstétrica/residentes (n=34, 30%); parteiras (n=8, 7%); enfermeiras de trabalho de parto (n=33, 30%); socorristas (n=14, 13%) e o restante foram provedores de anestesia (n=23, 20%). A maioria dos participantes (n=103, 92%) havia concluído o treinamento de equipe com o <i>Teamstepps</i> que é um protocolo de hemorragias pós-parto; 1 participante havia concluído um treinamento de equipe diferente e 8 participantes (7%) relataram nenhum treinamento prévio de equipe. Após os exercícios de treinamento em simulação, os participantes relataram maior nível de conforto no gerenciamento de emergências obstétricas e de hemorragia pós-parto em comparação com antes do treinamento. Nesse sentido, os exercícios de simulação <i>in situ</i> , incluindo várias especialidades, são benéficos na manutenção de habilidade e aprimoram ainda mais a comunicação e os sistemas de segurança do paciente, além de permitir que os participantes	Simulação é uma maneira segura e eficaz de praticar e de melhorar a segurança em processos em um ambiente de alto risco.

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(continua)

Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
		praticarem em um ambiente seguro.	
MANCUSO, M. P. <i>et al</i> (2016) (E11)	Avaliar a eficácia do treinamento em gerenciamento de recursos da tripulação e das intervenções sobre a qualidade e a quantidade da comunicação durante partos cesáreos nos serviços de parto e parto de um hospital acadêmico terciário.	Houve um aumento estatisticamente significativo na quantidade e na qualidade da comunicação desde a avaliação pré até a avaliação pós-intervenção para o pessoal obstétrico e neonatal. Embora o aumento na qualidade tenha sido igualmente grande entre os dois tipos de equipes, o aumento na quantidade foi mais substancial no pessoal obstétrico. Foi utilizado como estratégia de comunicação o CRM - gerenciamento de recursos da tripulação (abordagem: consciência situacional, tomada de decisões, liderança, trabalho em equipe.).	Os princípios do gerenciamento de recursos da tripulação para treinamento de comunicação da equipe mostraram ser eficazes para aumentar a qualidade da comunicação entre os membros da equipe em uma variedade de áreas clínicas e também foram eficazes para melhorar a comunicação no trabalho de parto e de nascimento durante as cesáreas.
MAXFIELD, D. G. <i>et al</i> (2013) (E12)	Investigar a ocorrência de preocupações clínicas sobre segurança e desempenho em unidades de trabalho de parto e de parto.	Foram apontados quatro problemas: atalhos que poderiam ser perigosos para os pacientes; falta de competência; desrespeito e problemas de desempenho.	Os resultados indicam um problema claro: os participantes do estudo tinham preocupações que acreditavam que poderiam ter impacto na segurança do paciente, mas muitas vezes não queriam ou eram incapazes de entrar em diálogo

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(continua)

Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
		<p>Foram coletadas 3282 respostas que vêm mostrando como são comuns e discutíveis os quatro problemas dentro das três profissões: 66% dos médicos, 59% das parteiras e 77% das enfermeiras disseram que essas preocupações prejudicam a segurança do paciente. No entanto, essas preocupações não eram discutidas; apenas 9% dos médicos, 13% das parteiras e 13% das enfermeiras que tiveram uma ou mais das quatro preocupações falaram com a pessoa e compartilharam sua preocupação. Em todas as profissões, citaram duas razões para não falar sobre suas preocupações: preocupação de que as pessoas se tornem mais difíceis de trabalhar e não desejam conflito em frente ao paciente; além desses, surgiram outros dois motivos: medo de retaliação e de que a pessoa ficasse com raiva.</p> <p>A estratégia de comunicação utilizada foi a comunicação verbal (a falha dessa comunicação).</p>	<p>com a pessoa no centro de suas preocupações. Eles temiam que falar tornasse mais difícil trabalhar com as pessoas, resultando em um conflito na frente de um paciente e se preocupavam com uma possível retaliação.</p>

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(continua)

Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
M'RITHAA, D. K. M. <i>et al</i> (2015) (E13)	Identificar as complexidades envolvidas da PIC (processos de comunicação de informação) a fim de contribuir para o manejo eficaz no período intraparto.	<p>O estudo destacou três subtemas que emergiram do PIC (processo de comunicação de informação) esperado, enquanto os outros três que emergiram foram tema do PIC efetivo.</p> <p>Os subtemas do PIC esperados são: acessibilidade dos serviços obstétricos, orientação esperada, ferramentas recomendadas, comunicação esperada e documentação esperada.</p> <p>O tema atual do PIC continha três subtemas emergentes: processos de transferência, busca colaborativa de informações, informação comunicada e processos de recomendação.</p> <p>Utilizou-se ficha de alerta precoce EWC, SBAR, rádio, telefone e comunicação verbal como estratégia de comunicação.</p>	Este estudo mostrou que o esperado não foi o que realmente aconteceu. Os requisitos de políticas e de protocolos precisam ser efetivamente implementados para melhorar as práticas e incorporá-los às diretrizes biomédicas atuais. A comunicação de informação esperada não é a comunicação de informação real.

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(continua)

Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
BECKMANN, C. A.; CANNELLA, B. L. (2015) (E14)	O estudo consistiu em pesquisar enfermeiras registradas sobre as circunstâncias que envolvem a administração de ocitocina durante o trabalho de parto e o parto e seu impacto na segurança do paciente.	Um total de 913 enfermeiras compuseram a amostra e os que atenderam ao critério de inclusão foram convidados a participar por meio de um convite via <i>e-mail</i> . A maioria das profissionais relatou alguma forma de comportamento intimidador por parte de um profissional enquanto estava administrando a ocitocina no trabalho de parto. Esse comportamento era principalmente de natureza sutil, como a impaciência do provedor com as perguntas das enfermeiras (82%) ou a falha em retornar uma ligação telefônica (61%), mas relataram também formas explícitas de intimidação, como ameaça de denúncia à gerente de enfermagem. Essas ocorrências colocam em risco a segurança do paciente. Enfermeiros que trabalhavam em hospital com lista de verificação de ocitocina, tinham menos intimidação.	Os resultados deste estudo revelaram fatores percebidos como intimidadores e que impactam o julgamento clínico, que podem, em última instância, afetar o cuidado, a segurança e os resultados. Ambientes em que os enfermeiros têm medo de questionar ordens, medo de usar o julgamento ou que inibem a comunicação clara, são ambientes que podem experimentar práticas mais inseguras.

Quadro 8 - Apresentação da síntese estudos incluídos

(conclusão)			
Autores, ano e símbolo do estudo	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
SIMPSON, K. R.; JAMES, D. C.; KNOX, E. (2006) (E15)	Descrever a comunicação entre enfermeiros e médicos durante o trabalho de parto no contexto do modelo de parto gerenciado por enfermeiras em hospitais comunitários e sua relação com o trabalho em equipe e a segurança do paciente.	Enfermeiras e médicos compartilham o objetivo comum de mãe e bebê saudáveis, mas nem sempre concordam sobre os métodos para atingir esse objetivo. Duas situações clínicas críticas para a segurança do paciente (avaliação fetal e administração de ocitocina) foram áreas frequentes de desacordo e fontes de frustração mútua, muitas vezes levando a um trabalho de equipe abaixo do ideal. A comunicação mínima ocorre quando a mãe e o feto estão bem. Comunicação verbal em relação à evolução do trabalho de parto e das necessidades de administração de ocitocina. “Médicos e enfermeiros pareciam acreditar que a comunicação mínima durante o trabalho de parto era desejável quando mãe e bebê estavam bem”.	A comunicação interdisciplinar e o trabalho em equipe podem ser aprimorados para promover um ambiente de cuidado mais seguro durante o trabalho de parto e no nascimento.

Fonte: da autora, 2023.

No que diz respeito à avaliação da qualidade metodológica dos estudos qualitativos e quantitativos, os quadros 9 e 10, respectivamente, trazem que a maioria apresentou “sim” como resposta mais frequente, demonstrando, assim, robustez e confiabilidade.

Quadro 9 - Avaliação da qualidade metodológica dos estudos qualitativos

Revisão crítica do estudo qualitativo		E 2	E 3	E 5	E 9	E1 3	E1 5
Objetivo do estudo	O objetivo e/ou pergunta de pesquisa estava claro?	S	S	S	S	S	S
Literatura	Foi realizada uma revisão de literatura relevante?	S	N	S	S	S	N
Desenho do estudo	O desenho foi adequado à pergunta do estudo? (Fenomenologia, etnografia, teoria fundamentada, pesquisa-ação, outro)	S	S	S	S	S	S
	O referencial teórico foi identificado?	S	N	S	S	S	S
	O método utilizado foi adequado à pergunta de pesquisa? (Observação participante, Entrevista, Revisão documental, Grupo focal, Outro)	S	S	S	S	S	S
Amostragem	O processo de seleção dos participantes foi descrito?	S	S	S	S	N	S
	A amostragem foi feita até a saturação dos dados?	N I	N I	N I	N I	NI	S
	Consentimento informado obtido?	S	N	S	N I	S	NI
Rigor	Foi utilizado rigor na estratégia de coleta de dados?	S	S	N I	S	S	NI
Análise de dados	A análise de dados foi indutiva?	S	S	S	S	S	S
	Os resultados foram consistentes e refletem os dados obtidos?	S	S	S	S	S	S
Auditabilidade	Transformou dados em códigos/temas?	S	S	S	S	S	S
	O processo de análise de dados foi descrito adequadamente?	S	S	S	S	S	S
Conexões teóricas	Fez uma imagem significativa do fenômeno estudado?	S	S	S	S	S	S
Rigor geral	Há evidências dos quatro componentes de confiabilidade? (Credibilidade/transferibilidade/confiabilidade/confirmabilidade)	S	S	S	S	S	S
Conclusões e implicações	Conclusões foram adequadas dados os resultados do estudo?	S	S	S	S	S	S
	Os resultados contribuíram para o desenvolvimento da teoria, prática/pesquisa futura?	S	S	S	S	S	S

Fonte: da autora, 2023, com base no Formulário de Revisão Crítica para Estudos Qualitativos: LETTS *et al.*, 2007

Legenda: S = sim; N = não; NI = não informado.

Quadro 10 - Avaliação da qualidade metodológica dos estudos quantitativos

(continua)

Revisão crítica dos estudos quantitativos		E1	E4	E6	E7	E8	E10	E11	E12	E14
Objetivo do estudo	O objetivo estava claro? Sim ou Não?	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Literatura	Foi realizada uma revisão de literatura relevante? Sim ou Não?	N	N	S	S	S	N	S	S	S
Desenho	O desenho estava adequado à pergunta de estudo? (Randomizado, coorte, caso único, antes e depois, caso-controle, transversal, estudo de caso, longitudinal) Sim ou Não?	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Amostra	A amostra foi descrita detalhadamente? Sim ou Não?	N	N	S	S	S	S	S	S	S
	Foi apresentada justificativa para o tamanho da amostra? Sim, Não ou Não se aplica?	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Desfechos	As medidas dos desfechos eram confiáveis? Sim, Não ou Não foi informado?	S	S	S	S	S	S	N	S	S
	As medidas dos desfechos eram válidas? Sim, Não ou Não foi informado?	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Intervenção	A intervenção foi descrita de forma detalhada? Sim, Não ou Não foi informado?	S	N	S	S	S	S	S	S	S

Quadro 10 - Avaliação da qualidade metodológica dos estudos quantitativos

		(conclusão)									
Intervenção	A contaminação foi evitada? Sim, Não, Não foi informado ou Não se aplica?	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
	A intervenção simultânea foi evitada? Sim, Não, Não foi informado ou Não se aplica?	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
Resultados	Os resultados foram relatados em termos de significância estatística? Sim, Não, Não foi informado ou Não se aplica?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	Os métodos de análise foram adequados? Sim, Não ou Não foi informado?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	A importância clínica foi relatada? Sim, Não ou Não foi informado?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	Houve relatos de participantes que abandonaram o estudo? Sim (se não houve abandono) ou Não?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Conclusões e implicações clínicas	As conclusões foram coerentes com os métodos e resultados do estudo? Sim ou Não?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

Fonte: da autora (2023), com base no Formulário de Revisão Crítica de Estudos Quantitativos: LAW *et al.* (1998)

Legenda: S = sim; N = não; NA = não se aplica; NI = não informado

Ademais, dos estudos selecionados, foram extraídas informações sobre o tipo de estudo, a formação do primeiro e do último autor, o ano, o periódico, o país de publicação, o tipo de questão clínica e o nível de evidência que são apresentadas a seguir.

Tabela 1 - Tipo de Estudo

Tipo de Estudo	N	%
Estudo Quantitativo	9	60
Estudo Qualitativo	6	40
Total	15	100

Fonte: da autora, 2023.

Nota-se que a maioria dos estudos selecionados foram quantitativos. Já em relação à formação acadêmica, mais da metade dos primeiros autores eram graduados em enfermagem e os últimos autores, em medicina, como mostram as tabelas 2 e 3.

Tabela 2 – Formação acadêmica primeiro autor

Formação	N	%
Enfermagem	8	53,33
Medicina	5	33,33
Psicologia	1	6,67
Bacharel em Ciências	1	6,67
Total	15	100

Fonte: da autora, 2023.

Tabela 3 – Formação acadêmica do último autor

Formação	N	%
Enfermagem	5	33,33
Medicina	8	53,33
Psicologia	1	6,67
Técnico em informática	1	6,67
Total	15	100

Fonte: da autora, 2023.

Os anos com publicação mais expressiva foram 2008, 2015 e 2017, com dois estudos por ano, sendo que os demais ocorreram em diferentes anos, como pode ser observado no Quadro 11. Ainda é possível constatar os periódicos de publicação, assinalando que os estudos foram publicados em sua maioria em periódicos especializados em enfermagem obstétrica, ginecológica e neonatal/perinatal, bem como na segurança do paciente.

Quadro 11 - Distribuição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa, de acordo com o ano de publicação e o periódico

(continua)

Ano	Periódicos
2006	Journal of Obstetric, Gynecologic e Neonatal Nursing - JOGNN
2007	Journal of Obstetric, Gynecologic e Neonatal Nursing – JOGNN
2008	Journal of Emergency Nursing

Quadro 11 - Distribuição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa, de acordo com o ano de publicação e o periódico.

(conclusão)

Ano	Periódicos
2008	Journal of Nursing Management
2010	Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety
2011	Journal of Perinatology
2013	American Journal of Obstetrics and Gynecology
2014	Journal of Evaluation in Clinical Practice
2015	African Journal of Primary Health Care & Family Medicine
2015	The Journal of Perinatal e Neonatal Nursing
2016	Journal of Obstetric, Gynecologic e Neonatal Nursing - JOGNN
2017	Military Medicine
2017	BMC Pregnancy and Childbirth
2019	Midwifery
2021	Research in Nursing & Health

Fonte: da autora, 2023.

No que tange ao país de publicação, os Estados Unidos da América são o com o maior número de publicações, seguido da Austrália, da Itália, da Holanda e da África do Sul.

Tabela 4 – País de publicação

País	N	%
Estados Unidos da América	11	73,33
Austrália	1	6,66
Itália	1	6,66
Holanda	1	6,66
África do Sul	1	6,66
Total	15	100

Fonte: da autora, 2023.

Por fim, ao se avaliar o tipo de questão clínica, o nível de evidência e a quantidade de estudos apresentados na tabela 5, constatou-se que a intervenção e os diagnósticos divergiram em relação ao nível de evidência dos estudos, por isso apareceram duas vezes no quadro.

Tabela 5 – Questão clínica e nível de evidência

Tipo de questão clínica	Nível de evidência	Quantidade
Prognóstico	IV	1
Etiologia	IV	2
Intervenção	IV	3
Intervenção	VI	3
Diagnóstico	IV	2
Diagnóstico	VI	4

Fonte: da autora, 2023.

A comunicação efetiva é uma prática que se faz presente no contexto da equipe de enfermagem que atua na maternidade, acontecendo tanto de forma verbal como não verbal, ou seja, com o auxílio de recursos facilitadores da comunicação. Dos estudos selecionados, 33,33% abordaram sobre a comunicação efetiva verbal; 53,33% retrataram a utilização de recursos facilitadores da comunicação e 13,33% utilizaram as duas formas em conjunto.

Em relação à comunicação utilizada nos estudos, destaca-se da equipe de enfermagem com a equipe multiprofissional 80% e entre os profissionais da enfermagem, 20%.

No que se refere à comunicação não verbal, esta foi utilizada pela equipe de enfermagem e também multiprofissional por meio de recursos tidos como facilitadores, os quais possibilitaram que a comunicação na assistência materno-infantil fosse efetiva. Dentre os recursos utilizados, destaca-se o SBAR que aparece em três (20%) estudos, utilizado de maneira isolada e em dois (13,33%) estudos, utilizado em conjunto com outros recursos, seguido de partograma, habilidades não técnicas, registro eletrônico, *Teamstepps* e CRM que estão representados em um (6,66%) estudo cada.

Independentemente da forma como a comunicação efetiva foi utilizada pela equipe de enfermagem da maternidade, é notória a contribuição que proporcionou para a segurança do paciente.

6 DISCUSSÃO

Norteadada pelo objetivo de pesquisa e diante dos resultados dos estudos incluídos nesta revisão, a discussão será apresentada em duas categorias distintas: a) o uso de recursos facilitadores de comunicação e, b) a comunicação verbal: potencialidades e fragilidades.

Quadro 12 – Categoria (a) o uso de recursos facilitadores de comunicação

Categoria a. O uso de recursos facilitadores de comunicação	Autor (es)
Cartão de bolso baseado em comunicação estruturada: Situação – Antecedente – Avaliação – Recomendação – SBAR	(BLOCK, M. <i>et al.</i> , 2010)
Cartão de bolso baseado em comunicação estruturada: Situação – Antecedente – Avaliação – Recomendação – SBAR	WOODHALL, L. J.; VERTACNIK, L.; MCLAUGHLIN, M., 2008)
Partograma	(KUMAR, A. <i>et al.</i> , 2019)
Habilidades não técnicas: Situação/conhecimento; tomada de decisão; gerenciamento de tarefas; trabalho em equipe/cooperação; comunicação	(BRACCO, F.; <i>et al.</i> , 2017)
SBAR; comunicação em circuito fechado, modelo mental compartilhado e consciência situacional	(MILLER, K.; RILEY, W.; DAVIS, S., 2008)
SBAR	(POOT, E. P. <i>et al.</i> , 2014)
Registros em sistema de prontuário eletrônico	(WISNER, K. <i>et al.</i> , 2021)
<i>Teamstepps (Team Strategies and Tool to Enhance Performance and Patient Safety)</i>	(LUTGENDORF, M. A. <i>et al.</i> 2017)
CRM - gerenciamento de recursos da tripulação	(MANCUSO, M. P. <i>et al.</i> 2016)
EWC e SBAR	(M'RITHAA, D. K. M. <i>et al.</i> , 2015)

Fonte: da autora, 2023.

Quadro 13 - Categoria b) a comunicação verbal: potencialidades e fragilidades

Categoria b. Comunicação verbal: potencialidades e fragilidades	Autor (es)
Rodadas de ensino baseadas na comunicação verbal	(LYNDON, A., 2007)
Comunicação verbal	(GROBMAN, W. A. <i>et al.</i> , 2011)
Comunicação verbal	MAXFIELD, D. G. <i>et al.</i> , 2013
Comunicação verbal	BECKMANN, C. A.; CANNELLA, B. L., 2015;
Comunicação verbal	SIMPSON, K. R.; JAMES, D. C.; KNOX, E., 2006

Fonte: da autora, 2023.

6.1 O USO DE RECURSOS FACILITADORES DE COMUNICAÇÃO

Dez estudos selecionados na amostra desta RI apontaram a utilização de instrumentos e de ferramentas como recursos facilitadores da comunicação entre a equipe de enfermagem e demais profissionais que prestam assistência na maternidade no período pré-parto, parto e pós-parto (BLOCK, *et al.*, 2010; WOODHALL; VERTACNIK; MCLAUGHLIN, 2008; KUMAR *et al.*, 2019; BRACCO *et al.*, 2017; MILLER; RILEY; DAVIS, 2008; POOT *et al.*, 2014; WISNER *et al.*, 2021; LUTGENDORF *et al.*, 2017; MANCUSO *et al.*, 2016; M'RITHAA *et al.*, 2015).

Dentre os recursos, o que aparece de maneira mais recorrente é a ferramenta representada pelo mnemônico SBAR (Situação - Antecedentes - Avaliação - Recomendação) (BLOCK *et al.*, 2010; WOODHALL; VERTACNIK; MCLAUGHLIN, 2008; MILLER; RILEY; DAVIS, 2008; POOT *et al.*, 2014; M'RITHAA *et al.*, 2015).

A ferramenta SBAR foi desenvolvida para auxiliar na estruturação e na padronização da comunicação, pois suas siglas são de fácil memorização e viabilizam uma comunicação consistente e estruturada por toda a equipe multidisciplinar, possibilitando, assim, a segurança do paciente no ambiente hospitalar (WOODHAL; VERTACNIK; MCLAUGHLIN, 2008).

A utilização da ferramenta SBAR pode assumir várias adaptações conforme o desenvolvimento tecnológico de cada época e a estrutura de cada instituição de saúde. Mesmo sendo um cartão de papel, planejado como um instrumento de bolso, para ser aplicado nas mudanças de turno e em remanejamentos internos dentro do mesmo horário de trabalho, sua utilização como organização estruturada da informação apontou que o enfermeiro que recebe a transferência do paciente assume seu cuidado e mantém o cartão de transferência consigo até uma nova transferência. Assim, ele tem conhecimento de consultas relacionadas ao paciente, sua evolução, suas necessidades, dentre outras informações, melhorando o trabalho em equipe e a segurança do paciente (BLOCK *et al.*, 2010).

Os enfermeiros têm um papel fundamental para garantir a segurança do paciente na maternidade e, neste contexto, o SBAR é uma ferramenta de comunicação essencial que possibilita transferência eficaz de informações críticas. Contudo sua implantação não garante o uso por todos os profissionais, visto que, neste estudo, o uso do SBAR foi efetivo e consistente na equipe enfermagem, porém o mesmo não aconteceu com outros membros da equipe multidisciplinar (MILLER; RILEY; DAVIS, 2008).

Para o enfrentamento desse tipo de barreira, Woodhall, Vertacnik e McLaughlin (2008) referiram em seu estudo que a gerência de enfermagem liderou a implantação da ferramenta em um centro de saúde terciário com vários setores, incluindo a maternidade, para que a equipe de enfermagem usasse de maneira consistente o SBAR para a comunicação efetiva e também a fim de obter o apoio das demais equipes multiprofissionais.

Com a ferramenta em mãos, a enfermagem se sentiu mais confiante em acionar a equipe médica em situações críticas, refletindo na importância de seu uso para a manutenção da segurança do paciente. Além disso, o SBAR apresenta uma estrutura lógica das informações que o torna um instrumento previsível (POOT *et al.*, 2014).

Os demais recursos apontados na literatura como sendo utilizados pela equipe de enfermagem são partograma, habilidades não técnicas (situação/conhecimento; tomada de decisão; gerenciamento de tarefa; trabalho em equipe/cooperação; comunicação), comunicação em circuito fechado, modelo mental compartilhado e consciência situacional, registros eletrônicos, *Teamstepps*, CRM - *Crew Resource Management* e *Early Warning Chart* (EWC) (KUMAR *et al.*,

2019; BRACCO; *et al.*, 2017; MILLER; RILEY; DAVIS, 2008; WISNER *et al.*, 2021; LUTGENDORF *et al.*, 2017; MANCUSO *et al.*, 2016; M'RITHAA *et al.*, 2015).

O partograma é um instrumento recomendado pela OMS desde 1994 que representa graficamente o trabalho de parto, possibilitando ao profissional que o maneja visualizar prováveis complicações de forma clara, o que favorece decisões mais assertivas frente às distócias encontradas, além de monitorar o progresso e o bem-estar da mãe e do feto durante o trabalho de parto, garantindo, assim, a segurança do binômio mãe-filho (LUCENA; AMUZZA; RAMON, 2019; KUMAR *et al.*, 2019).

De acordo com M'rithaa *et al.* (2015), nas unidades obstétricas da África do Sul em que as parteiras atuam, as informações deveriam ser inseridas em três instrumentos: partograma, SBAR e EWC, o que incorre em um aumento no trabalho dos profissionais ao ter que documentar informações de maneira repetida. Embora o documento de comunicação estruturado seja recomendado em decorrência de sua eficácia, seu uso inadequado pode resultar em eventos adversos, pois não trará a informação real. Os autores ainda ressaltam que, quando os profissionais não conhecem ou não têm domínio em usarem uma determinada ferramenta, devem receber treinamento específico.

Outro recurso de comunicação efetiva para a equipe de enfermagem e multiprofissional é o sistema de prontuário eletrônico. No entanto, Wisner *et al.* (2021) apresentam que a implantação de um sistema que não foi adaptado para atender as particularidades pertinentes aos pacientes obstétricos afeta a precisão das informações fornecidas e que, por conseguinte, pode reduzir a segurança desses pacientes, deixando clara a necessidade de instrumentos adaptados para maternidades e para as necessidades individuais dos pacientes.

A ferramenta CRM é outra possibilidade de comunicação cujo uso tem por objetivo treinar equipes e indivíduos com uma estratégia de gerenciamento de risco por meio da comunicação efetiva; apresenta como um de seus pilares o uso de listas de verificação, visando à prevenção de erros humanos, garantindo, assim, a segurança do paciente. Como resultado da utilização desse recurso, houve um aumento na quantidade de comunicação entre os membros da equipe obstétrica após o treinamento de comunicação, ampliando também as percepções de segurança e de comportamento positivos da equipe no ambiente obstétrico (MANCUSO *et al.*, 2016).

Para o controle de hemorragias pós-parto, protocolos como o instrumento *Teamstepps* visa melhorar a segurança do paciente uma vez que proporciona o uso de habilidades de comunicação, de liderança e de consciência situacional entre os membros da equipe. Sua utilização foi considerada benéfica por praticamente todos os participantes do estudo, principalmente em se tratando da comunicação e do trabalho em equipe, garantindo os melhores resultados para os pacientes. (LUTGENDORF *et al.*, 2017).

Ainda em relação aos recursos facilitadores da comunicação, Miller; Riley; Davis (2008) trazem os seguintes recursos: modelo mental compartilhado, que permite aos profissionais comunicarem sua consciência situacional e verificarem informações com demais membros da equipe, possibilitando, assim, um consenso comum quanto à condição do paciente e seu plano de cuidado. A consciência situacional que nada mais é do que a observação consciente e cuidadosa do próprio ambiente ou o reconhecimento da condição do paciente. Por fim, a comunicação em circuito fechado que possibilita a confirmação pelo destinatário da mensagem recebida, seguida da confirmação do remetente. Todos esses recursos têm por objetivo garantir a segurança do paciente por meio de uma comunicação efetiva. Porém os resultados dos estudos componentes da amostra sugerem que os enfermeiros não alcançaram o desempenho necessário para constituir alta confiabilidade.

6.2 A COMUNICAÇÃO VERBAL: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES

A comunicação verbal aparece de forma exclusiva em cinco dos estudos selecionados como resultado desse trabalho.

Lyndon (2007) aponta que as transferências de pacientes são realizadas durante rodadas de ensino entre os profissionais médicos, momento em que a equipe de enfermagem não é convidada a participar. Assim, médicos e enfermeiros recebem relatórios em momentos diferentes e exclusivos e os profissionais da enfermagem sentem por não poderem contribuir no decorrer dessas rodadas, pois sabem que são repassadas informações importantes e críticas.

Embora as rodadas de ensino apresentem essa distinção de participantes, privando a troca de informações entre equipes, ainda assim é considerada um

momento rico em divulgação de informações relacionadas ao quadro clínico do paciente e de suas necessidades (LYNDON, 2007).

No que concerne à comunicação entre a equipe de enfermagem, ao analisar esse fenômeno de maneira mais profunda, percebe-se que esses profissionais priorizam a hierarquia, pois preferem discutir os problemas com seus gerentes do que com os demais profissionais envolvidos no processo assistencial. Apontam duas principais razões para esse comportamento. A primeira é que se preocupam que, ao expor os problemas, tornem o trabalho em equipe difícil e, como segunda razão, preferem evitar uma discussão na frente dos pacientes. Assim, os enfermeiros gestores apresentam maior facilidade em discutir os problemas com as outras categorias profissionais. Todavia, a hierarquia rígida e a falta de apoio para expressar as preocupações podem prejudicar e comprometer a segurança do paciente (MAXFIELD *et al.*, 2013).

A comunicação precisa direcionar a assistência ao paciente, sendo uma necessidade direta, tendo como base a sabedoria dos profissionais envolvidos, médicos e enfermeiros. Contudo, é notório que a equipe de enfermagem ainda está inserida num sistema hierárquico médico-enfermeiro, o que influencia nas interações entre a equipe e também na segurança do paciente (LYNDON, 2007; SIMPSON; JAMES; KNOX, 2006).

Para Grobman *et al.* (2011), a assistência pode ser comprometida de maneira negativa em se tratando da comunicação, uma vez que as ordens relativas ao cuidado com o paciente são transmitidas para os enfermeiros por diversos provedores médicos e essas ordens mudam a todo momento, tendo em vista a quantidade de prestadores participantes do cuidado. Outro ponto importante apresentado pelos autores é que se tem pouca investigação no que se refere às barreiras para a comunicação efetiva, dentre as quais destacam-se: dificuldade em coordenar atividades com outras unidades; dificuldade em contatar outros provedores; múltiplos profissionais envolvidos no cuidado; *feedbacks* insuficientes sobre incidentes; dentre outros e, mesmo quando identificadas essas barreiras, os indivíduos podem apresentar ideias distintas para sua solução.

Ainda, em se tratando das barreiras de comunicação, essas oportunizam falhas na comunicação e estão intimamente relacionadas à ocorrência de eventos adversos (GROBMAN *et al.*, 2011).

Maxfield *et al.* (2013) apontam que os problemas advindos do silêncio organizacional como o desrespeito, podem ocasionar problemas de desempenho, injúrias e indicam que o silêncio prejudica a correção dos problemas e a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes. Reforçam, ainda, que a comunicação, no que diz respeito aos ambientes de trabalho de parto e parto, ainda carece de estudos.

No que diz respeito à quantidade de comunicação entre a equipe, Simpson; Knox (2006) apresentam que a quantidade de comunicação varia ligeiramente entre os participantes, porém apresenta um contexto preocupante quando trazem que, no geral, a comunicação foi mínima entre as equipes e com duração de menos de dois a quatro minutos. Afirmam, ainda, que a segurança do paciente está baseada na confiança, na comunicação e em um trabalho efetivo em equipe interdisciplinar.

É preciso compreender o contexto assistencial e gerencial da maternidade, uma vez que problemas tidos como “barreiras de comunicação” eram na verdade questões de coordenação do serviço, de falta de equipamentos, dentre outros. Compreende-se que as instituições devem investir continuamente em diagnósticos situacionais que visem apontar as reais causas das falhas de segurança do paciente para direcionar esforços no aprimoramento assistencial. Dentre os problemas de comunicação identificados, destacam-se o retorno insuficiente sobre questões relatadas, o comportamento não profissional, a não padronização de informações clínicas, tendo como estratégias de aprimoramento do serviço o desenvolvimento e a implementação de cursos e de treinamentos com conteúdo específico sobre comportamento e trabalho em equipe, incluindo esse conteúdo em um indicador de qualidade de atendimento (GROBMAN *et al.*, 2011).

Outro ponto preocupante em relação à comunicação verbal e que pode desencadear eventos adversos, colocando em risco a segurança do paciente, são as intimidações com as quais os profissionais da enfermagem se deparam no decorrer do atendimento ao paciente, principalmente durante a avaliação fetal e a administração de medicamentos na maternidade. Podem ser desde intimidações feitas de maneira sutil ou até mesmo falhas de um *feedback*, de um retorno de ligação telefônica (BECKMANN; CANNELLA, 2015). Destarte, todo esse contexto acaba causando fragilidades na comunicação verbal.

A implementação de salvaguardas promove uma comunicação bidirecional, sendo essa uma outra forma de aperfeiçoar e de favorecer a segurança do paciente.

Aliado a isso, apontam que o diálogo interprofissional possibilita a comunicação durante questões delicadas, sendo um excelente mecanismo para melhorias, além da adoção de listas de verificação que diminuem situações intimidadoras (BECKMANN; CANNELLA, 2015).

Ressalta-se que a comunicação é uma habilidade imprescindível para o trabalho em equipe e que, quando realizada de forma efetiva, favorece a assistência de enfermagem na maternidade. Para tanto, é preciso identificar as limitações e as fragilidades que a enfermagem apresenta e, assim, incorporar estratégias que resgatem a aquisição dessa habilidade a fim de contribuir para um ambiente mais seguro para pacientes e para profissionais da saúde (MAXFIELD *et al.*, 2013).

7 CONCLUSÃO

Este estudo reuniu e analisou as evidências disponíveis no que concerne à comunicação efetiva da equipe de enfermagem da maternidade durante o trabalho de parto, parto e puerpério e sua relação com a segurança do paciente.

Os resultados do presente estudo reforçam a necessidade de ampliação da capacidade de comunicação efetiva da equipe de enfermagem da maternidade, por meio de instrumentos, de sistemas e de estratégias, bem como do desenvolvimento contínuo de competências profissionais não técnicas voltadas ao aprimoramento da comunicação verbal e escrita.

Tendo em vista que a assistência na maternidade se dá de forma multiprofissional, a comunicação efetiva foi identificada como fundamental na integração e no direcionamento da assistência, concorrendo para a superação de desafios institucionais e culturais sobre o papel de cada provedor de cuidados no escopo do contexto estudado, a fim de evitar a ocorrência de eventos adversos, de favorecer a segurança do paciente e de elevar a qualidade da assistência à mulher e ao seu filho.

Salienta-se o potencial dos resultados encontrados nesta RI para subsidiar a prática baseada em evidência dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência materno-infantil, a fim de consolidar a importância de se implementar a comunicação efetiva, em suas diversas formas, com o intuito de contribuir para a segurança do paciente.

Ademais, espera-se que este trabalho desperte a reflexão e o questionamento a respeito da temática, impulsionando o desenvolvimento de novas pesquisas, principalmente nos países da América Central e do Sul onde se demonstrou que o tema é pouco explorado.

Como limitações da RI, ressalta-se que a estratégia de busca foi restrita aos idiomas inglês, português e espanhol, além de não ter sido realizada busca na literatura cinzenta. Faz-se necessário o desenvolvimento de estudos com delineamentos mais robustos e, que alcancem maiores níveis de evidência.

REFERÊNCIAS

- BECKMANN, C. A.; CANNELLA, B. L. Factors related to intimidation during oxytocin administration. **The Journal of Perinatal e Neonatal Nursing**, v. 29, n. 4, p. 305-314, 2015. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/jpn/2015/00000029/00000004/art00011> Acesso em: 23 jun. 2023.
- BEYEA, S.; NICHLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN Journal**, v.67, n.4, p. 877-880, 1998. Disponível em: <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA20972821&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=00012092&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7Eec3cfae&aty=open-web-entry>. Acesso em: 01 mar. 2022
- BIASIBETTI, C. *et al.* Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.40, n. esp., 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/dQdbGSgdxYBtXphLXsr5khv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 jul. 2022.
- BÍBLIA SAGRADA. Mateus 7, 7-8. **Sagrada Bíblia Católica: Antigo e Novo Testamentos**. Tradução: José Simão. São Paulo: Sociedade Bíblica de Aparecida, 2008.
- BLOCK, M. *et al.* The tangible handoff: a team approach for advancing structured communication in labor and delivery. **Jt Comm J Qual Patient Saf.**, v. 36, n. 6, p. 282 - 287, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20564890/> Acesso em: 25 jun. 2023.
- BRACCO, F. *et al.* Adaptation of non-technical skills behavioural markers for delivery room simulation. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 1, p. 89, Mar., 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28302085/> Acesso em: 20 jun. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente**. Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/materiais-de-apoio/arquivos/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente/view> Acesso em: 20 jun. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.020, de 29 de maio de 2013b. **Diário Oficial da União**, n. 103, seção 1, p.43, 02/04/2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html Acesso em: 25 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Qualidade de serviços de saúde no SUS (Qualisus): uma contribuição para a gestão da qualidade da atenção à saúde do SUS**. Brasília: MS, 2013a. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Relat%C3%B3rio%20Final%20Qualisus%2016%20DEZ_2013.pdf. Acesso em: 21 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3. ed. – Brasília: MS, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf Acesso em: 21 jun. 2022.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 3, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/B3NXBF8p4pZ4fdjRhKHM6zk/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 25 jun. 2022.

CARRARA, G. L. R. **A utilização de instrumento para avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem**. 2016. 266 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-04042017-155323/pt-br.php> Acesso em: 25 jun. 2022

CLARIVATE. **EndNote Online**. [S.l.:s.n.], 2021. Disponível em: <https://clarivate.com/webofsciencegroup/support/endnote/endnote-online/>. Acesso em: 09 jun. 2022.

COLEMAN, E. A.; BOULT, C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **JAGS**, v. 51, n. 4, Apr. 2003. Disponível em: <https://scihub.se/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>. Acesso em: 16 maio 2022.

CONN, V. S. *et al.* Beyond MEDLINE for literature searches. **J Nurs Scholarsh.**, v. 35, n. 2, p. 177-182, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12854300/> Acesso em: 14 fev. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo/SP: COREN-SP, 2010. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf. Acesso em: 25 maio 2022.

DONALDSON, S. L.; PHILIP, P. **Patient safety: a global priority**. [Geneva]: World Health Organization, 2004.

DORNFELDL, D; PEDRO, E. N. R. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. **Rev Eletr Enf**, v.13, n. 2, p. 190-198, 2011.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 1, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfg7phyj/>. Acesso em: 12 maio 2022.

ECHER, I. C. *et al.* Passagem de plantão da enfermagem: desenvolvimento e validação de instrumentos para qualificar a continuidade do cuidado. **Cogitare**

Enfermagem, v. 26, 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/cenf/a/wnvrDJMQXSG9JMMzYPyBRTw/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em: 28 jul. 2022.

GAGIGE, A. P. *et al.* Adesão ao instrumento de transição do cuidado em unidades hospitalares. **Revista Cuidart**, v. 15, n. 2, p. 190-195, 2021. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/porta/portal/resource/pt/biblio-1366270>. Acesso em: 05 nov. 2022.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: BREVIDELLI, M. M.; SERTÓRIO, S. C. M. (ed.). **TCC-Trabalho de conclusão de curso**: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. 4. ed. São Paulo: látria, 2010. p.105-126.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/kCfBfmKSzpYt6QqWPWxdQfj/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em: 8 abr. 2022.

GROBMAN, W. A. *et al.* Perspectives on communication in labor and delivery: a focus group analysis. **J Perinatol.**, v. 31, n. 4, p. 240-245, abr. 2011. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21183926/> Acesso em: 20 jun. 2023.
<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a05.htm>. Acesso em: 14 fev. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE. **OMS cria checklist de parto seguro que visa segurança do paciente**. [São Paulo], 2016. Disponível em:
<https://segurancadopaciente.com.br/noticia/oms-cria-checklist-de-parto-seguro-que-visa-seguranca-do-paciente/>. Acesso em: 22 maio 2022.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Sentinel event data**: root causes by event type. [S.l.:s.n.], 2013.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Washington: NationalAcademy Press, 2000.

KUMAR, A. *et al.* Mobile obstetric and neonatal simulation based skills training in India. **Midwifery**, v. 72, p. 14-22, 2019. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613819300373>. Acesso em: 22 jun. 2023.

LAW, M. *et al.* **Guidelines for critical review form**: quantitative studies. - Adapted Word Version. [s.l.]: Hamilton: McMaster University Occupational Evidence-based Practice Research Group, 1998. Disponível em:
<https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/366/original/quantguide.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2023.

LETTS, L. *et al.* **Guidelines for critical review form: qualitative studies (version 2.0)**. [s.l.]: Hamilton: McMaster University Occupational Evidence-based Practice Research Group, 2007. Disponível em: <https://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/360/original/qualguide.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2023.

LUCENA, T. S.; AMUZZA, A. P. S.; RAMON, J.L.M. Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 1, p. 222-227, 2019. Disponível em: https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7003/pdf_1. Acesso em: 11 out. 2023.

LUTGENDORF, M. A. *et al.* Multidisciplinary In Situ Simulation-Based Training as a Postpartum Hemorrhage Quality Improvement Project. **Military Medicine**, v. 183, n. 3, 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/milmed/article/182/3-4/e1762/4099140>. Acesso em: 20 jun. 2023.

LUZ, E. R.; MANCINI, M. C.; SAMPAIO, R. F. **Orientações para o formulário de revisão crítica: estudos quantitativos - versão traduzida com autorização**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 1998. Disponível em: <https://srs.healthsci.mcmaster.ca/research/evidence-based-practice-research-group>. Acesso em: 24 ago. 2022.

LYNDON, A. Social and environmental conditions creating fluctuating agency for safety in two urban academic birth centers. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v. 37, n. 1, p. 13-23, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18226153/>. Acesso em: 08 jun. 2023.

M'RITHAA, D. K. K. *et al.* The expected and actual communication of health care workers during the management of intrapartum: An interpretive multiple case study. **Afr J Prim Health Care Fam Med.**, v. 7, n. 1, p. 911, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4729225/>. Acesso em: 23 jun. 2023.

MANCUSO, M. P. *et al.* Crew Resource Management for Obstetric and Neonatal Teams to Improve Communication During Cesarean Births. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v. 45, n. 4, p. 502-514, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27290920/> Acesso em: 22 jun. 2023.

MAXFIELD, D. G. *et al.* Confronting safety gaps across labor and delivery teams. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 209, n. 5, p. 402-408, nov. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23871951/> Acesso em: 24 jun. 2023.

MCMMASTER UNIVERSITY. **Evidence-based practice research group**. [s.i.]: Hamilton, 2021. Disponível em: <https://healthsci.mcmaster.ca/srs/research/evidence-based-practiceresearch-group>. Acesso em: 20 jun. 2023.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2019. 868 p.

MENDES JÚNIOR, W. V. **Torre de Babel**. Berlim: ResearchGate, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/55359/Downloads/TorredeBabel.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2022.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt#:~:text=A%20revis%C3%A3o%20integrativa%20%C3%A9%20um,redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20custos%2C%20bem%20como>. Acesso em: 02 maio 2022.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C.; GALVÃO, C. M. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 1-13, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/HZD4WwnbqL8t7YZpdWSjypj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 abr. 2022.

MERTEN, H.; GALEN, L. S.; WAGNER, C. Safe handover. **BMJ Medicine**, 2017. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/359/bmj.j4328.full.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2022.

MILLER, K.; RILEY, W.; DAVIS, S. Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. **J Nurs Manag.**, v. 17, n. 2, p. 247-255, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19416429/> Acesso em: 24 jun. 2023.

OLINO, L. *et al.* Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 40, n.1, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/WWg79Qfp8bPWc6HpQVmJLyC> Acesso em: 25 abr. 2022.

OLUBORODE, O. **Effective communication and teamwork in promoting patient safety**. Lagos: Society for Quality in Health Care in Nigeria, 2012. Disponível em: [http://sqhn.org/web/articles/9524/1/Effective-Communication-and-TeamworkinPromoting-Patient-Safety/Page 1.html](http://sqhn.org/web/articles/9524/1/Effective-Communication-and-TeamworkinPromoting-Patient-Safety/Page%201.html). Acesso em: 10 ago. 2023.

ORTEGA, D. B. *et al.* Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 2, n. 30, p. 168-73, 2017. Disponível em: [scielo.br/j/ape/a/jmFX7cfR4pzdnxrCRwhWmJk/#](https://www.scielo.br/j/ape/a/jmFX7cfR4pzdnxrCRwhWmJk/#). Acesso em: 26 abr. 2022.

OUZZANI, M. *et al.* Rayyan- a web mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, v. 5, n. 2010, 2015. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 5 jun. 2022

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **Journal of Investigative Medicine-BMJ**, v. 372, n. 71, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://osf.io/preprints/metaarxiv/v7gm2/>. Acesso em: 07 abr. 2022.

PEDRO, D. R. C.; NICOLA, A. L.; OLIVEIRA, J. L. C. Passagem de plantão entre profissionais de enfermagem hospitalares: análises de fatores influentes. **Revista Uningá Review**, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1745>. Acesso em: 14 abr. 2022.

PEDRONI, V. S. *et al.* Cultura de segurança do paciente na área materno-infantil de hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 41, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/CKwfFxsjhBhpRYFjbpXs34Q/?lang=pt> Acesso em: 11 abr. 2022.

PENA, F. *et al.* Comunicação em alça fechada e código azul na unidade de pronto atendimento: elaboração de um procedimento operacional padrão. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/340244334_Comunicacao_em_alca_fechada_e_codigo_azul_na_unidade_de_pronto-atendimento_elaboracao_de_um_Procedimento_Operacional_Padrao Acesso em: 05 ago. 2022

PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. **Rev. Enferm. UFSM**, v.8, n.1 p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bde-34331>. Acesso em: 26 abr. 2022.

POOT, E. P. *et al.* Exploring perinatal shift-to-shift handover communication and process: an observational study. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 20, n. 2, p. 166-175, abr. 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jep.12103>. Acesso em: 02 jun. 2023.

POSSOLI, L. *et al.* Segurança do paciente no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/33623>. Acesso em: 22 jun. 2022.

RAYYAN. **Intelligent systematic review**. [S.l.:s.n.], 2021. Disponível em: <https://www.rayyan.ai/about-us>. Acesso em: 10 maio 2022.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. Estratégias para a Segurança do Paciente. **Manual para profissionais da saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Estrat%C3%A9gias-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-manual-para-profissionais-da-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LANGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde - um olhar sobre a literatura. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, 2013. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/A%20seguran%C3%A7a%20do%20paciente%20como%20dimensao%20da%20qualidade%20do%20cuidado%20de%20saude.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2022.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha de cuidado materno infantil**. Florianópolis: SES, 2019. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/16093-linha-de-cuidado-materno-infantil/file>. Acesso em: 22 jun. 2022.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidência. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf. Acesso em: 22 jul. 2022.

SANTOS, D. *et al.* Segurança do paciente: uma abordagem acerca da atuação da equipe de enfermagem na unidade hospitalar. **Revista Temas em Saúde**, v. 17, n. 2, p. 213-225, 2017. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/08/17217.pdf>. Acesso em: 15 maio 2022.

SARTOR, G. D.; SILVA, B. F.; MASIERO, A. V. Segurança do paciente em hospitais de grande porte: panorama e desafios. **Cogitare Enferm.**, Lages, v. 21, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45644/pdf> Acesso em: 28 abr. 2022.

SIMPSON, K. R.; JAMES, D. C.; KNOX, G. E. Nurse-physician communication during labor and birth: implications for patient safety. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 35, n. 4, p. 547-556, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16882001/> Acesso em: 21 jun. 2023.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, p. 43-47.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. integrative review: what is it? How To do it? **Einstein**, v. 8, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.

STREFLING, I. S. S. *et al.* Segurança do paciente no contexto da maternidade: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual**, v. 86, 2018. Disponível em: https://revistaenfermagematual.com/arquivos/ED_86_REVISTA_24/04.pdf Acesso em: 25 abr. 2022.

UMBERFIELD, E. *et al.* Using incident reports to assess communication failures and patient outcomes. **Jt Comm J Qual Patient Saf.**, v. 6, n. 45, p. 406-413, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30935883/>. Acesso em: 24 maio 2022.

URBANETTO, J. S. *et al.* "Morse FallScale": tradução e adaptação para língua portuguesa. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 3, n. 7, jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/47DLRTfZvzWVv459NLk9r4D/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 03 maio 2022.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>. Acesso em 17 jun. 2022.

WISNER, K. *et al.* Managing the tension between caring and charting: labor and delivery nurses' experiences of the electronic health record. **Research in Nursing Health**, v. 44, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.22177>. Acesso em: 08 ago. 2023.

WOODHALL, L.; VERTACNIK, L.; MCLAUGHLIN, M. Implementation of the SBAR communication technique in a tertiary center. **Journal of Emergency Nursing**, v. 34, n. 4, p. 314-317, 2008. Disponível em: [https://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(07\)00447-3/fulltext](https://www.jenonline.org/article/S0099-1767(07)00447-3/fulltext). Acesso em: 22 jun. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde**. Plano de ação global para a segurança do paciente. Geneva: WHO, [entre 2021 a 2030].

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World alliance for patient safety, taxonomy. **The conceptual framework for the international classification for patient safety**. Geneva: WHO, 2009.

APÊNDICE

APÊNDICE A - EXTRAÇÃO DE DADOS E AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE EVIDÊNCIA DOS ESTUDOS SELECIONADOS

(continua)

Estudo 1 Título	The tangible handoff: a team approach for advancing structured communication in labor and delivery
Autores	BLOCK, M. <i>et al.</i>
Graduação do primeiro e último autores	Medicina
Ano de publicação	2010
Periódico	Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety
País de desenvolvimento	Estados Unidos da América
Dados do Desenvolvimento do Estudo	
Objetivo(s)	Desenvolver uma ferramenta de transferência clínica que representa uma abordagem inovadora para promover a comunicação estruturada.
Detalhamento metodológico: - Tipo/delineamento do estudo - Local(is) do estudo - Técnica(s) de coleta de dados - Técnica(s) de análise dos dados	Estudo quantitativo observacional. Hackensack University Medical Center (Hackensack, NJ, USA) Coleta de dados realizada em 13 auditorias realizadas em um período de três meses nas quais foi verificada a posse do cartão de transferência pela enfermeira designada para a assistência. Análise estatística descritiva percentual;
População/amostra	Profissionais da enfermagem. Não descrito no manuscrito a quantidade de profissionais envolvidos (ferramenta também abrange cuidados dos: obstetras, anestesiológicos e neonatologistas)
Caracterização do Estudo	
Resultados principais	Cartão de transferência que informa a equipe sobre seus pacientes. A posse do cartão foi escolhida como forma de medir o uso. Auditorias realizadas durante 13 turnos indicaram uma taxa de cumprimento geral de 90%. Ocorreu uma diminuição do uso de 90% para 50% quando um suprimento adequado de cartões e lápis não estava prontamente disponível. A ferramenta oferece a flexibilidade ao permitir que as transferências ocorram em qualquer local.

(conclusão)

Estudo 1 Título	The tangible handoff: a team approach for advancing structured communication in labor and delivery
Conclusão(ões)	Relatamos o desenvolvimento colaborativo da ferramenta de transferência tangível para melhorar a continuidade e a coordenação dos cuidados, essa é uma das várias aplicações para melhorar o trabalho em equipe.
Limitações do estudo	Não descrito no manuscrito.
Estratégias de comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem/equipe multiprofissional	Cartão de bolso de duas faces para transferência de pacientes entre enfermeiros, elaborado para ser aplicado em mudanças de turno e de remanejamento intra turno (cobertura cruzada não planejada). A face anterior baseado em comunicação estruturada Situação-Antecedentes-Avaliação-Recomendação SBAR adaptado para o serviço de maternidade, no verso do cartão, categorias de elementos relacionados ao fluxo de trabalho, agentes de indução, antibióticos, tocolíticos, infusões e formulários de consentimento.
Avaliação do Estudo	
Tipo de questão clínica	Prognóstico
Nível de evidência	IV

Fonte: da autora, 2023.

(continua)

Estudo 2 Título	Social and environmental conditions creating fluctuating agency for safety in two urban academic birth centers
Autores	LYNDON, A.
Graduação do primeiro e último autores	Enfermagem
Ano de publicação	2007
Periódico	Journal of Obstetric, Gynecologic e Neonatal Nursing - JOGNN
País de desenvolvimento	Estados Unidos da América
Dados do Desenvolvimento do Estudo	
Objetivo(s)	Identificar os processos que afetam a segurança entre enfermeiros, médicos e parteiras.

(continua)

<p>Detalhamento metodológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo/delineamento do estudo - Local(is) do estudo - Técnica(s) de coleta de dados - Técnica(s) de análise dos dados 	<p>Teoria Fundamentada em Dados</p> <p>Duas unidades acadêmicas perinatais no Oeste dos Estados Unidos</p> <p>A coleta de dados por meio de notas de observação e de entrevistas individuais semiestruturadas e observação realizada nos períodos diurno e noturno com 10 (dez) dos 19 (dezenove) participantes (7 enfermeiros; 2 médicos e 1 enfermeira obstétrica certificada). O foco principal eram os enfermeiros, porém os médicos também participaram para se ter uma perspectiva mais ampla da comunicação interdisciplinar.</p> <p>Os dados foram analisados por meio do comparativo constante, análise metodológica dimensional e situacional.</p>
<p>População/amostra</p>	<p>12 enfermeiras, 5 médicos e 2 enfermeiras obstetras</p>
<p>Caracterização do Estudo</p>	
<p>Resultados principais</p>	<p>Amostra de 19 participantes (12 enfermeiros RN's, 5 médicos MD's e 2 médicos e enfermeiras obstétricas certificadas CNMs), sendo 18 mulheres e 1 homem, 74% de brancos, 10% de hispânicos e 16% de asiáticos/ilhas do Pacífico. Advocacia como fonte da agência de enfermagem para segurança: os enfermeiros se consideram os "advogados dos pacientes", para eles, manter os pacientes e familiares seguros é passar pela internação (tratamento e procedimentos) tão intactos quanto possível em todos os quesitos (físico, emocional e psicológico). Referem que nem sempre são bem sucedidos nesse processo, pois não foram capazes de desafiar os planos de cuidado que consideravam inseguros. Médicos também relataram momentos em que se sentiram intimidados e permaneceram em silêncio em relação às suas preocupações. Escassez de recursos é uma preocupação, pois enfermeiros foram repetidamente interrompidos na prestação de cuidados, para procurar itens que faltavam nos quartos e estoque, organizar equipamentos que não tinham sido preparados pela equipe anterior e rastreando medicamentos que não haviam sido entregues. Médicos e enfermeiros se mostram frustrados por lidarem com organizações que não respondem às necessidades específicas de pacientes grávidas.</p> <p>Segregação profissional: poucas ou nenhuma enfermeira participou das rodadas de ensino onde os pacientes eram apresentados aos médicos pelos residentes. Para as enfermeiras essa exclusão era um conflito.</p>

(conclusão)

	Sabiam que informações importantes eram trocadas ali e não tinham oportunidade de contribuir. Frustram-se com a falta de comunicação entre as classes. Hierarquia tradicional: ponto preocupante para ambas as classes. Segurança definida por resultados em vez de processos.
Conclusão(ões)	Mulheres e bebês não devem depender das relações interpessoais dos prestadores de cuidados para sua segurança. É necessária investigação contínua para articular plenamente os facilitadores e as barreiras à segurança perinatal.
Limitações do estudo	
Estratégias de comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem/equipe multiprofissional	Rodadas de ensino para repassar, atualizar e validar o plano de cuidados de cada paciente por meio de rondas baseadas na comunicação verbal.
Avaliação do Estudo	
Tipo de questão clínica	Etiologia
Nível de evidência	IV

Fonte: Da autora (2023)

(continua)

Estudo 3 Título	Perspectives on communication in labor and delivery: a focus group analysis
Autores	GROBMAN, W. A. <i>et al.</i>
Graduação do primeiro e último autor.	Medicina
Ano de publicação	2011
Periódico	Journal of Perinatology
País de desenvolvimento	Estados Unidos da América
Dados do Desenvolvimento do Estudo	
Objetivo(s)	Suscitar e explorar percepções de barreiras para uma comunicação ideal entre os médicos em uma unidade de trabalho de parto e usar essas informações para selecionar e projetar abordagens para melhorar a comunicação.

(continua)

<p>Detalhamento metodológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo/delineamento do estudo - Local(is) do estudo - Técnica(s) de coleta de dados - Técnica(s) de análise dos dados 	<p>Pesquisa qualitativa usando um formato de grupo focal e uma abordagem analítica de estrutura.</p> <p>Centro médico terciário em Chicago.</p> <p>As discussões de grupo focal foram realizadas entre janeiro e abril de 2005 e foram conduzidas por trabalhadores da unidade de trabalho de parto e parto. Cada grupo foi liderado por dois facilitadores treinados, usando um protocolo padronizado.</p> <p>Os dados foram analisados usando uma abordagem de análise de estrutura, que é um processo analítico no qual os pesquisadores desenvolvem uma familiaridade progressiva com os dados por meio da participação na coleta de dados.</p>
<p>População/amostra</p>	<p>Médicos obstetras, anesthesiologistas, enfermeiros, farmacêuticos e secretários de unidade. Foram realizados 18 grupos focais, com 92 participantes.</p>
<p>Caracterização do Estudo</p>	
<p>Resultados principais</p>	<p>Principais temas relacionados às barreiras de comunicação identificadas durante os grupos focais:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coordenação interdepartamental: dificuldade em coordenar atividades com outras unidades; 2. Coordenação intra-departamental: dificuldade em coordenar as atividades de trabalho de parto e parto, como a obtenção de salas de cirurgia para partos cesáreos; 3. Acessibilidade: dificuldade em contatar outros provedores; <p>Fontes de informação sobre cuidados com o paciente: múltiplas fontes ou locais não padronizados de informações clínicas;</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Vários prestadores de cuidado para um único paciente: múltiplos médicos, enfermeiros e outros profissionais envolvidos no cuidado a um único paciente; 5. Ceticismo em relação a probabilidade de mudança: <i>feedback</i> insuficientes sobre incidentes e problemas relatados; 6. Comportamento: rudeza e comportamento não profissional; 7. Equipamentos: dispositivos de comunicação que não facilitam a comunicação de forma otimizada.

(conclusão)

Conclusão(ões)	A implementação de soluções para as barreiras de comunicação, embora necessárias e importantes, não é necessariamente um processo simples e rápido. Mesmo após o reconhecimento da existência de um problema, diferentes indivíduos podem ter ideias muito diferentes quanto à solução ideal. O progresso na melhoria das estruturas e recursos de comunicação pode ajudar a superar os limites que existem entre membros da equipe.
Limitações do estudo	Os grupos focais foram projetados especificamente para suscitar barreiras à comunicação eficaz e, portanto, não podem levar em conta outros fatores que também podem estar associados a problemas de qualidade ou eventos adversos.
Estratégias de comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem/equipe multiprofissional	Utiliza-se comunicação verbal e com o desenvolvimento do trabalho evidenciaram estratégias para melhorar a comunicação que estão apontadas nos resultados.
Avaliação do Estudo	
Tipo de questão clínica	Etiologia
Nível de evidência	IV

Fonte: da autora, 2023.

(continua)

Estudo 4 Título	Implementation of the SBAR communication technique in a tertiary center
Autores	WOODHALL, L. J.; VERTACNIK, L.; MCLAUGHLIN, M.
Graduação do primeiro e último autor	Enfermagem
Ano de publicação	2008
Periódico	Journal of Emergency Nursing
País de desenvolvimento	Estados Unidos da América
Dados do Desenvolvimento do Estudo	
Objetivo(s)	Identificar estratégias de comunicação efetiva na prática de assistência de enfermagem
Detalhamento metodológico: - Tipo/delineamento do estudo	Estudo quantitativo, descritivo e transvesal. Hospital Feminino Magee do Centro Médico da Universidade de Pittsburgh.

- Local(is) do estudo	
-----------------------	--

(conclusão)

- Técnica(s) de coleta de dados - Técnica(s) de análise dos dados	Foi utilizado um formulário de autopreenchimento distribuído aleatoriamente em todo hospital contendo cinco perguntas com resposta em uma escala do tipo <i>Likert</i> de 5 pontos. Resultados iniciais indicam que a maioria dos profissionais via espaço para melhoria da comunicação. Com base na pesquisa inicial foi introduzido em todo hospital a técnica SBAR a fim de educar todo o pessoal em todas as áreas que participaram da pesquisa inicial, bem como por meio de apresentações nos Comitês Executivos da Medicina, Comitê de Segurança do Paciente, Grandes Rodadas de Enfermagem e orientação de novos funcionários para enfermagem e médicos. Folhetos explicando o uso do SBAR durante o relato de enfermeira para médico em situações críticas foram distribuídos e exibidos nas unidades. Análise estatística descritiva percentual;
População/amostra	Enfermeiros e médicos, não descrito no manuscrito a quantidade de profissionais envolvidos.
Caracterização do Estudo	
Resultados principais	O uso do SBAR foi bem recebido, especialmente devido a sua simplicidade e facilidade de compreensão. Melhorias drásticas foram feitas em todas as cinco áreas de comunicação (informação clara e concisa; equipe de enfermagem sabe o porquê está chamando; equipe organizada e preparada para situações críticas; recebimento de informações corretas; satisfação entre equipe em relação a comunicação quando estão em situação crítica). Equipe de enfermagem e médicos relataram melhorias com o uso da técnica.
Conclusão(ões)	A ferramenta SBAR fornece a tradução entre a comunicação narrativa e a “manchete”, fazendo a ponte entre a informação de enfermeiros e médicos.
Limitações do estudo	Não descritas no manuscrito.
Estratégias de comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem/equipe multiprofissional	Utilização do SBAR por meio de cartões de bolso como referência para guiar a comunicação da equipe.
Avaliação do Estudo	
Tipo de questão clínica	Intervenção
Nível de evidência	VI

Fonte: da autora, 2023.

(continua)

Estudo 5 Título	Mobile obstetric and neonatal simulation based skills training in India
Autores	KUMAR, A. <i>et al.</i>
Graduação do primeiro e último autores	Medicina
Ano de publicação	2019
Periódico	Midwifery
País de desenvolvimento	Austrália
Dados do Desenvolvimento do Estudo	
Objetivo(s)	Identificar os desafios enfrentados pela equipe de parto em sua prática clínica e as principais mensagens aprendidas com os programas de simulação que são aplicáveis às suas práticas clínicas
Detalhamento metodológico: - Tipo/delineamento do estudo - Local(is) do estudo - Técnica(s) de coleta de dados - Técnica(s) de análise dos dados	<p>Pesquisa qualitativa com avaliação pré-<i>workshop</i> e pós-<i>workshop</i>, sendo a intervenção uma simulação móvel de emergência obstétrica e neonatal (ONE-Sim).</p> <p>Centro de saúde primário rural; hospital de nível secundário (distrital); hospital de nível secundário (metropolitano).</p> <p>A coleta de dados foi realizada antes e após a realização de cada <i>workshop</i> por meio de perguntas abertas solicitando respostas em texto livre de cerca de 100 palavras em cada seção.</p> <p>Na coleta pré-<i>workshop</i> eles foram solicitados a descrever sua experiência anterior e os desafios enfrentados por eles e no pós <i>workshop</i> foram solicitados a identificar e descrever as “mensagens de aprendizado” das oficinas.</p> <p>Uma análise temática foi realizada por três autores de forma independente e indutiva para identificar as categorias-chave.</p>
População/amostra	29 médicos, 75 parteiras, 26 estudantes de medicina e 20 estudantes de obstetrícia. O ambiente de saúde indiano geralmente não possui um curso independente para obstetrícia, e as enfermeiras inscrevem-se em um curso de enfermagem de quatro anos, onde se especializam em treinamento equivalente à educação de obstetrícia no último ano. Para efeitos de relatório neste documento, referimo-nos a eles como pessoal e estudantes de

	obstetrícia.
--	--------------

(conclusão)

Caracterização do Estudo	
Resultados principais	Oito <i>workshops</i> foram realizados em três locais envolvendo 150 participantes, incluindo profissionais de saúde (29 médicos e 75 parteiras) e 46 estudantes (26 médicos e 20 estudantes de obstetrícia). Emergiram dois temas Atuação como Parteira (com os subtemas: apoio a médicos; reconhecer o papel clínico e administrativo, apoiando a mãe, reconhecendo diferenças na experiência de obstetrícia e grupos médicos) e Principais mensagens de aprendizagem dos workshops (com os subtemas: adquirir conhecimentos e habilidades processuais, aprender habilidades não técnicas, desenvolver uma abordagem sistemática para emergências obstétricas e neonatais, reconhecer a simulação como um modo de aprendizagem, aprendizagem em equipes).
Conclusão(ões)	O treinamento de simulação obstétrica foi considerado útil para todos os grupos.
Limitações do estudo	Foi avaliado apenas a resposta dos participantes sobre o que foi aprendido e como eles contextualizam essa aprendizagem.
Estratégias de comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem/equipe multiprofissional	Utilização de partograma e da comunicação verbal
Avaliação do Estudo	
Tipo de questão clínica	Intervenção
Nível de evidência	VI

Fonte: da autora, 2023.

(continua)

Estudo 6	Adaptation of non-technical skills behavioural markers for delivery room simulation
Título	
Autores	BRACCO, F.; <i>et al.</i>
Graduação do primeiro e último autores	Psicologia, Medicina
Ano de publicação	2017
Periódico	BMC Pregnancy and Childbirth
País de desenvolvimento	Itália

(continua)

Dados do Desenvolvimento do Estudo	
Objetivo(s)	Desenvolver e testar uma ferramenta de observação e classificação para marcadores comportamentais de habilidades não técnicas de equipes multiprofissionais envolvidas em simulações de emergência em sala de parto.
<p>Detalhamento metodológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo/delineamento do estudo - Local(is) do estudo - Técnica(s) de coleta de dados - Técnica(s) de análise dos dados 	<p>Revisão de literatura para verificar ferramentas disponíveis. Foi criada uma ferramenta nomeada de MINTS-DR (multiprofissional inventário de habilidades não técnicas na sala), que passou por fases elaboração, adaptação linguística, refinamento e validação por <i>experts</i> das ferramentas existentes para cada profissão envolvida no cuidado em trabalho de parto e parto, cinco ao todo, além de uma ferramenta global utilizada durante a simulação de hemorragia obstétrica, para de <i>debriefing</i> do treinamento de simulação. Para o desempenho global da equipe, os NTS relevantes foram consciência da situação, gerenciamento de tarefas, trabalho em equipe e comunicação. A utilidade e a usabilidade do MINTS-DR testadas em um estudo observacional.</p> <p>Centro avançado de simulação da indústria médica e farmacêutica da escola de ciências de Gênova, Universidade de Gênova, Itália.</p> <p>A coleta de dados foi feita em um curso de 8 horas de treinamento de simulação baseado em três cenários: hemorragia pós-parto por atonia uterina, convulsão eclâmptica e hemorragia, manejo de medicamentos uterotônicos durante hemorragia periparto. No início do curso, os participantes recebiam uma formação sobre o MINTS-DR; antes da simulação os participantes recebiam as listas de verificação do NTS de acordo com a sua profissão; No final do curso, todos os participantes avaliaram a usabilidade e utilidade do MINTS-DR. Após cada cenário, os observadores presentes na sala de simulação e em sala oculta preencheram as respectivas listas de verificação e, em seguida, forneceram <i>feedback</i> aos seus colegas durante o <i>debriefing</i>, referindo-se aos seus formulários.</p> <p>Para análise dos dados foi utilizado teste t de uma</p>

	amostra, definindo o valor de teste como 4. Em seguida, testado para as diferentes categorias profissionais usando modelos mistos lineares.
População/amostra	18 anestesistas, 12 ginecologistas, 39 enfermeiras/parteiras, 17 auxiliares

(conclusão)

Caracterização do Estudo	
Resultados principais	Administramos 86 MINTS-DR para a observação de NTS (habilidades não técnicas). Anestesistas (n=18), ginecologistas (n=12), parteiras/enfermeiras (n=39) e assistentes de saúde (n=17). As avaliações médicas de usabilidade e utilidade das ferramentas não foram estatisticamente diferentes ou superiores a 4 em uma escala de classificação de 5 pontos. Em ambos os casos, não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias profissionais. Tomados em conjunto, estes resultados sugerem que grupos de profissionais avaliaram de forma positiva (as classificações médias nunca foram inferiores a 4) e uniformemente (sem diferenças nas classificações médias entre os grupos) a utilidade do MINTS-DR durante o <i>debriefing</i> e a sua usabilidade como ferramenta para observação do NTS durante o <i>debriefing</i> na simulação.
Conclusão(ões)	O MINTS-DR (multiprofissional inventário de habilidades não técnicas na entrega sala) é rápido e fácil de administrar. É considerado um recurso útil para maximizar o aprendizado e experiência proporcionada pela simulação.
Limitações do estudo	Falta de pré e pós avaliação objetiva da qualidade do <i>debriefing</i> . São necessárias mais pesquisas para avaliar as propriedades psicométricas (ou seja, confiabilidade, sensibilidade e coerência entre avaliadores) do MINTS-DR, sua eficácia de aprendizagem e sua capacidade de realmente melhorar o NTS na sala de parto.
Estratégias de comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem/equipe multiprofissional	Utilização de habilidades não técnicas: Situação/conhecimento; Tomada de decisão; Gerenciamento de tarefa; Trabalho em equipe/cooperação; Comunicação; Liderança.
Avaliação do Estudo	
Tipo de questão clínica	Intervenção
Nível de evidência	IV

Fonte: da autora, 2023.

(continua)

Estudo 7	Identifying key nursing and team behaviours to achieve
----------	---

Título	high reliability
Autores	MILLER, K.; RILEY, W.; DAVIS, S.
Graduação do primeiro e último autores	Enfermagem; Medicina
Ano de publicação	2008
Periódico	Journal of Nursing Management

(continua)

País de desenvolvimento	Estados Unidos da América
Dados do Desenvolvimento do Estudo	
Objetivo(s)	Medir marcadores de comportamentos chaves de enfermagem e equipe multidisciplinar durante eventos críticos para avaliar a extensão da alta confiabilidade.
Detalhamento metodológico: - Tipo/delineamento do estudo - Local(is) do estudo - Técnica(s) de coleta de dados - Técnica(s) de análise dos dados	<p>Estudo observacional de intervenção por Simulação <i>in situ</i>.</p> <p>Quatros hospitais <i>Fairview Health Services</i> em Minnesota.</p> <p>A coleta de dados foi realizada nas simulações nas quais os participantes foram informados que os observadores estavam buscando trabalho em equipe e habilidades de comunicação e não habilidades técnicas, as observações foram gravadas em vídeo e todos os vídeos foram revisados na íntegra por dois especialistas.</p> <p>Foi utilizada estatística descritiva para avaliar os dados qualitativos derivados do estudo do filme, os dados foram compilados e analisados com distribuição de frequência convertida em porcentagens.</p>
População/amostra	Obstetras, enfermeiros de parto, anesthesiologistas, enfermeiras neonatais, não descrita no manuscrito a quantidade de participantes de cada equipe.
Caracterização do Estudo	
Resultados principais	<p>Foram descritos os principais marcadores comportamentais de enfermagem para a interação interdisciplinar: consciência situacional, uso da situação, antecedentes, avaliação, recomendação-resposta(SBAR-R), comunicação em circuito fechado e modelo mental compartilhado.</p> <p>Consciência situacional: é avaliada pela comunicação observável que ocorre com o paciente e outros membros da equipe. Dois marcadores comportamentais são observados consistentemente: no estágio um a</p>

	<p>enfermeira se apresenta 93% do tempo e no estágio dois a enfermeira prioriza tarefas 93% do tempo. Quatro marcadores comportamentais para consciência situacional não são observados consistentemente: e enfermeira verbalizou mudanças na condição materno/fetal 65% das vezes;</p>
--	---

(continua)

Caracterização do Estudo	
Resultados principais	<p>solicitou reforço quando necessário 62% das vezes, verificou a idade gestacional 53% das vezes e a verificação de informações críticas foi observada de forma muito inconsistente apenas 19% das vezes.</p> <p>Comunicação em circuito fechado: varia de um mínimo de 14% para ordem verbal durante o estágio dois a um máximo de 69% respondendo perguntas e solicitações durante o estágio um.</p> <p>SBAR: Os resultados mostram que o uso efetivo do SBAR para outros membros da equipe não ocorre de forma consistente durante qualquer um dos três estágios. Não foi feito 65% do tempo no estágio um; 46% do tempo no estágio dois e 57% do tempo no estágio três.</p> <p>Modelo mental compartilhado: permite que os membros da equipe comuniquem sua consciência situacional individual, verifiquem as informações com outros membros da equipe e cheguem a um entendimento comum da condição do paciente e plano de cuidados. Durante o estágio um a enfermeira criou um modelo mental compartilhado durante a metade do tempo, medido por verificar a condição médica da mãe (56%) e a justificativa do plano de cuidados (56%), enquanto informações importantes sobre a condição da mãe foram verbalizadas com uma frequência um pouco maior que 61%. No estágio dois a enfermeira estabelece comunicação direta com o médico na maior parte do tempo (87%), mas teve menor desempenho em trocas claras com a mãe (67%) e relatando informações importantes (57%).</p> <p>As quatro principais dimensões examinadas nesse estudo sugerem que os enfermeiros não alcançaram o desempenho necessário para constituir alta confiabilidade. A falta de alta confiabilidade ou desempenho nas quatro dimensões pode ser uma função não apenas da complexidade da dinâmica da equipe em evento crítico, mas também da falta de clareza do papel, limitações do fator humano ou incapacidade de saber quando usar habilidades de comunicação e comportamentos da equipe.</p>
Conclusão(ões)	As habilidades necessárias para que os enfermeiros

	<p>contribuem para equipes interdisciplinares altamente confiáveis não são observadas de forma consistente durante eventos críticos e constituem brechas nas barreiras defensivas para garantir a segurança do paciente.</p> <p>Os enfermeiros têm um papel fundamental para garantir o desempenho eficaz da equipe por meio da transferência de informações críticas, eles precisam reconhecer e identificar pistas para garantir que a equipe progride no caminho ideal para a segurança do paciente.</p>
--	---

(conclusão)

Limitações do estudo	Embora a simulação <i>in situ</i> seja considerada uma estratégia de pesquisa e treinamento de alta fidelidade, pode haver características ausentes no desempenho autêntico na equipe e o estudo se concentrou em erros forçados.
Estratégias de comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem/equipe multiprofissional	Utilização do SBAR, Comunicação em circuito fechado, modelo mental compartilhado e consciência situacional.
Avaliação do Estudo	
Tipo de questão clínica	Intervenção
Nível de evidência	IV

Fonte: da autora, 2023.

(continua)

Estudo 8 Título	Exploring perinatal shift-to-shift handover communication and process: an observational study
Autores	POOT, E. P. <i>et al.</i>
Graduação do primeiro e último autores	Enfermagem; Fisioterapia
Ano de publicação	2014
Periódico	Journal of Evaluation in Clinical Practice
País de desenvolvimento	Amsterdam
Dados do Desenvolvimento do Estudo	
Objetivo(s)	Estudar a comunicação e o processo atuais de transferência de turno para turno, bem como as opiniões dos receptores sobre a comunicação posterior da transferência.
Detalhamento metodológico: - Tipo/delineamento do estudo - Local(is) do	Estudo observacional de método misto, onde foram observadas passagens de plantão verbais e individuais de parturientes internadas na enfermaria de parto. As transferências foram observadas de 06 de outubro de 2011 a 10 de novembro de 2011.

<p>estudo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnica(s) de coleta de dados - Técnica(s) de análise dos dados 	<p>Enfermaria de trabalho de parto com seis leitos de um hospital terciário.</p> <p>As observações foram realizadas por um pesquisador usando uma lista de verificação adaptada de uma pesquisa anterior, que foi projetada para a observação da comunicação verbal durante as visitas à enfermaria. Foi desenvolvido um protocolo de observação no qual foram</p>
--	--

(continua)

	<p>descritas as definições e exemplos dos itens observáveis da comunicação no processo de <i>handover</i>.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Técnica(s) de análise dos dados 	<p>As análises foram realizadas utilizando o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0. Frequência foi utilizada para descrever a comunicação e o processo de transferência e as opiniões dos receptores sobre a comunicação de transferência. Para avaliar as relações mútuas entre a comunicação de transferência e o processo e as opiniões dos receptores sobre a comunicação de transferência, foram utilizadas análises univariadas e multivariadas: qui-quadrado; teste exato de <i>Fisher</i>, testes <i>Mann-Whitney</i> ou <i>Kruskal-Wallis</i>, teste de <i>Wald</i>.</p>
<p>População/amostr a</p>	<p>Enfermeiros (n=40) e médicos (n=30)</p>
<p>Caracterização do Estudo</p>	
<p>Resultados principais</p>	<p>Foram observadas 70 transferências de pacientes individuais, 43% das quais foram transferências médicas e 57% transferências de enfermagem.</p> <p>Comunicação de transferência: (Foi utilizado SBAR) Todos os elementos de SBAR estavam presentes em 7% das transferências, principalmente na ordem do mnemônico. Uma repetição dos elementos SBAR separados foi observado em 34% de todas as transferências. Processo de transferência: quanto à duração, interrupções, distrações: 44% duraram mais de 2 minutos e 52% foram interrompidos/distraídos pelo menos uma vez (profissionais entrando ou saindo, telefone). Em 44% das transferências, nenhuma pergunta foi feita pelos receptores.</p> <p>Opinião dos receptores: enfermeiras avaliaram a passagem de plantão/comunicação como sendo clara mais vezes do que os médicos.</p>
<p>Conclusão(ões)</p>	<p>A comunicação carece de recomendações na maioria dos casos. O processo de transferência foi prejudicado por interrupções frequentes e pela falta de investigação ativa e de leitura. Os receptores da passagem foram muito positivos em relação à comunicação da passagem, indicando uma falta de consciência de que a segurança do paciente está</p>

	ameaçada durante a passagem.
Limitações do estudo	Transferências observadas por apenas um observador, o que pode ser menos confiável.
Estratégias de comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem/equip e multiprofissional	Utiliza o mnemônico SBAR - > Mas nem sempre são utilizados todos os elementos.
Avaliação do Estudo	

(conclusão)

Tipo de questão clínica	Diagnóstico
Nível de evidência	IV

Fonte: da autora, 2023.

(continua)

Estudo 9 Título	Managing the tension between caring and charting: labor and delivery nurses experiences of the electronic health record
Autores	WISNER, K. <i>et al.</i>
Graduação do primeiro e último autores	Enfermagem
Ano de publicação	2021
Periódico	Research in Nursing & Health
País de desenvolvimento	Estados Unidos da América
Dados do Desenvolvimento do Estudo	
Objetivo(s)	Explorar as percepções das enfermeiras de trabalho de parto sobre como a interação e o uso de prontuários eletrônicos afetam seu trabalho cognitivo e compreender melhor as implicações de segurança do paciente relacionados ao prontuário eletrônico.
Detalhamento metodológico: - Tipo/delineamento do estudo - Local(is) do estudo - Técnica(s) de coleta de dados - Técnica(s) de análise dos dados	Teoria Fundamentada em Dados. Entrevistas e observações participantes foram realizadas entre julho de 2018 e fevereiro de 2019. Dois hospitais comunitários dos EUA. Entrevistas individuais, semiestruturadas e abertas foram usadas para explorar as percepções sobre o registro eletrônico de saúde e como ele afeta o trabalho cognitivo. As entrevistas foram realizadas fora do turno e duraram em média 45 a 90 minutos, e foram gravadas, transcritas profissionalmente e verificadas quanto à precisão.

	Os dados foram coletados e analisados simultaneamente usando comparação constante e análise dimensional. A análise dimensional é uma forma de Teoria Fundamentada em Dados desenvolvida por Schatzman e expandida por Kools <i>et al.</i>
População/amostra	21 enfermeiras, sendo 11 do posto A e 10 do posto B.
Caracterização do Estudo	

(conclusão)

Resultados principais	<p>Participaram do estudo 21 enfermeiros, com idade média de 49 anos (36 a 64%); dos quais 4 eram mestres (19%), 10 bacharéis (48%) e 7 associados (33%); com tempo médio de profissão de 20 anos (5 a 38%); 5 eram enfermeiros/supervisor/coordenador/responsável de turno (24%) e 16 enfermeiros clínicos (76%); 17 eram brancos (80%) e 4 eram asiáticos/negros/hispânicos/latinos (20%).</p> <p>Perspectiva central: uso de prontuário eletrônico que não foi idealizado para pacientes em trabalho de parto. Enfermeiros viam o relacionamento com pacientes e familiares essencial para o cuidado de qualidade e sentiam que o uso de prontuário eletrônico às vezes ameaçava essa dimensão do trabalho. Quando as enfermeiras não eram capazes de integrar o cuidado ao prontuário eletrônico resultou em consequências com implicações na segurança.</p> <p>Contexto: A falta de prontuário adequado para as condições perinatais aumentaram o trabalho cognitivo das enfermeiras, afetou a precisão das informações, tornaram alertas e alarmes ineficazes.</p> <p>A comunicação efetiva pode ser mediada por sistemas de informação, mas não pode depender exclusivamente deles.</p> <p>A maioria dos participantes achou desafiadora a interação com o prontuário eletrônico uma vez que impediu a capacidade dos enfermeiros de formular e manter uma visão geral do estado do paciente enquanto pesquisavam e compilaram informações, problemas resolvidos ao trabalhar em diferentes telas.</p>
Conclusão(ões)	Os enfermeiros deste estudo relataram que em vez de apoiar efetivamente seu trabalho, o prontuário eletrônico e suas tecnologias impediam sua capacidade de localizar e sintetizar informações e os distraíam de estar com o paciente e a família.
Limitações do estudo	As descobertas podem não se aplicar onde as configurações de prontuário eletrônico são configuradas para esse tipo de paciente.
Estratégias de comunicação	Uso de registros eletrônicos de saúde. Obs.: que não eram adaptados para uso em gestantes

efetiva entre a equipe de enfermagem/equipe multiprofissional	
Avaliação do Estudo	
Tipo de questão clínica	Diagnóstico
Nível de evidência	IV

Fonte: da autora, 2023.

(continua)

Estudo 10 Título	Multidisciplinary In Situ Simulation-Based Training as a Postpartum Hemorrhage Quality Improvement Project
Autores	LUTGENDORF, M. A. <i>et al.</i>
Graduação do primeiro e último autores	Medicina
Ano de publicação	2017
Periódico	Military Medicine
País de desenvolvimento	Estados Unidos da América
Dados do Desenvolvimento do Estudo	
Objetivo(s)	Avaliar o conforto dos participantes com o manejo da hemorragia obstétrica após exercício de treinamento multidisciplinar de simulação <i>in situ</i> .
Detalhamento metodológico: - Tipo/delineamento do estudo - Local(is) do estudo - Técnica(s) de coleta de dados - Técnica(s) de análise dos dados	<p>Estudo clínico de qualidade de segurança do paciente.</p> <p>Centro médico de serviço terciário militar.</p> <p>A coleta de dados foi realizada em oito simulações/<i>debriefs</i>, num período de dois dias. Cada membro da equipe participou com seus papéis autênticos em uma experiência imersiva da vida real. Estratégias de comunicação e trabalho em equipe do <i>Teamstepps</i> foram empregados como uma estrutura conceitual. Os observadores avaliaram os participantes usando formulários de avaliação padronizados com ações de trabalho em equipe e comunicação.</p> <p>Foi utilizada uma escala <i>Likert</i> de 5 pontos para avaliar, sendo 1 muito desconfortável e 5 muito confortável; um teste t pareado foi utilizado para avaliar as diferenças nas respostas antes e depois do exercício de simulação. A análise estatística foi concluída com o <i>Software</i> STATA.</p>
População/amostra	113 participantes, sendo: equipe obstétrica/residentes n=34;

	parteiras n=8; enfermeiras de trabalho de parto n=33; socorristas n=14, provedores de anestesia (anestesiologista, residente de anestesia, enfermeira anestesista, estudante de enfermagem anestesista) n=23.
--	---

(conclusão)

Caracterização do Estudo	
Resultados principais	Total de 113 participantes completaram o treinamento de simulação, com 112 pesquisas retornadas para uma taxa de resposta de 99,1%. A maioria dos participantes eram provedores obstétricos: equipe obstétrica/residentes (n=34, 30%), parteiras (n=8, 7%), enfermeiras de trabalho de parto (n=33, 30%), socorristas (n=14, 13%) e o restante foram provedores de anestesia (n=23, 20%). A maioria dos participantes (n=103, 92%) havia concluído o treinamento de equipe com o <i>Teamstepps</i> , 1 participante havia concluído um treinamento de equipe diferente e 8 participantes (7%) relataram nenhum treinamento prévio de equipe. Após os exercícios de treinamento em simulação, os participantes relataram um maior nível de conforto no gerenciamento de emergências obstétricas e hemorragia pós-parto após a simulação em comparação com antes do treinamento. Nesse sentido, os exercícios de simulação <i>in situ</i> , incluindo várias especialidades, são benéficos na manutenção de habilidade e aprimoram ainda mais a comunicação e os sistemas de segurança do paciente, além de permitir que os participantes pratiquem em um ambiente seguro.
Conclusão(ões)	Simulação é uma maneira segura e eficaz de praticar e melhorar a segurança em processos em um ambiente de alto risco.
Limitações do estudo	Inclui a incapacidade de relacionar diretamente o efeito deste exercício de simulação como único fator que resulta em melhores resultados ou comunicação;
Estratégias de comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem/equipe multiprofissional	<i>Teamstepps (Team Strategies and Tool to Enhance Performance and Patient Safety)</i> para gerenciamento de pacientes de emergência. Protocolo de hemorragia pós parto.
Avaliação do Estudo	
Tipo de questão clínica	Intervenção

Nível de evidência	VI
--------------------	----

Fonte: da autora, 2023.

(continua)

Estudo 11 Título	Crew resource management for obstetric and neonatal teams to improve communication during cesarean births
Autores	MANCUSO, M. P. <i>et al.</i>
Graduação do primeiro e último autores	Bacharel em Ciências; Medicina
Ano de publicação	2016

(continua)

Periódico	JOGNN Journal of Obstetric, Gynecologic e Neonatal Nursing
País de desenvolvimento	Estados Unidos da América
Dados do Desenvolvimento do Estudo	
Objetivo(s)	Avaliar a eficácia do treinamento em gerenciamento de recursos da tripulação e das intervenções sobre a qualidade e quantidade da comunicação durante partos cesáreos nos serviços de parto e parto de um hospital acadêmico terciário.
Detalhamento metodológico: - Tipo/delineamento do estudo - Local(is) do estudo - Técnica(s) de coleta de dados - Técnica(s) de análise dos dados	<p>Estudo Prospectivo pré/pós por meio do uso de treinamento e gerenciamento de recursos da tripulação (CRM).</p> <p>Hospital acadêmico terciário no oeste dos Estados Unidos.</p> <p>O treinamento em gerenciamento foi conduzido pela <i>Safer Healthcare</i>, ocorreu durante o período de 5 meses e foram oferecidas 12 sessões de treinamento em CRM.</p> <p>A análise foi conduzida para examinar o impacto do treinamento em CRM na quantidade e qualidade de comunicação dentro e entre as equipes obstétrica e neonatal durante a cesariana. Toda a análise de dados foi realizada no software de computação estatística R versão 3.2.2.</p>
População/amostra	Primeira rodada 52 participantes e na segunda rodada 50 participantes, sendo obstetras, pediatras, neonatologistas, bolsistas de neonatologia, cirurgiões residentes, residentes pediátricos, anesthesiologistas, enfermeiras anestesistas, enfermeiras, enfermeiras neonatais, parteiras, enfermeiras registradas, terapeutas respiratórios e técnicos de limpeza, não descrito no manuscrito a quantidade de participantes de cada área.
Caracterização do	

Estudo	
Resultados principais	Houve um aumento estatisticamente significativo na quantidade e qualidade da comunicação desde a avaliação pré e pós-intervenção para o pessoal obstétrico e neonatal. Embora o aumento na qualidade tenha sido igualmente grande entre os dois tipos de equipes, o aumento na quantidade foi mais substancial no pessoal obstétrico.

(conclusão)

Conclusão(ões)	Os princípios do gerenciamento de recursos da tripulação para treinamento de comunicação da equipe mostraram ser eficazes para aumentar a qualidade da comunicação entre os membros da equipe em uma variedade de áreas clínicas e também foram eficazes para melhorar a comunicação no trabalho de parto e nascimento durante as cesáreas.
Limitações do estudo	Não descrito no manuscrito.
Estratégias de comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem/equipe multiprofissional	CRM - gerenciamento de recursos da tripulação (aborda: consciência situacional, tomada de decisões, liderança, trabalho em equipe, reconhecimento das limitações pessoais e mitigação de erros.
Avaliação do Estudo	
Tipo de questão clínica	Intervenção
Nível de evidência	IV

Fonte: da autora, 2023.

(continua)

Estudo 12	Confronting safety gaps across labor and delivery teams
Título	
Autores	MAXFIELD, D. G. <i>et al.</i>
Graduação do primeiro e último autores	Medicina
Ano de publicação	2013
Periódico	American Journal of Obstetrics and Gynecology
País de desenvolvimento	Estados Unidos da América
Dados do Desenvolvimento do Estudo	
Objetivo(s)	Investigar a ocorrência de preocupações clínicas sobre segurança e desempenho em unidades de trabalho de parto e parto. Documentar o quão comuns são essas preocupações nas equipes de trabalho de parto e parto, o quanto elas são

	<p>julgadas pelos membros das equipes e o quanto elas são discutíveis dentro da equipe.</p>
<p>Detalhamento metodológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo/delineamento do estudo - Local(is) do estudo 	<p>Delineamento quantitativo, descritivo e transversal.</p> <p>American College of Nurse Midwives; American Congress of Obstetricians and Gynecologists; Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses; e, Society for Maternal-Fetal Medicine.</p>

(continua)

<ul style="list-style-type: none"> - Técnica(s) de coleta de dados - Técnica(s) de análise dos dados 	<p>A pesquisa foi entregue por meio de um <i>e-mail</i> descrevendo o estudo que incluía um <i>link</i> direto para uma plataforma de pesquisa segura. Os entrevistados responderam em uma escala do tipo <i>Likert</i> de 5 pontos que variava de nunca a diariamente.</p>
População/amostra	<p>Médicos n= 985, parteiras n=414, enfermeiras de equipe n=895, enfermeiros encarregados n=419 e gerentes de enfermagem/diretores n= 386 e outros enfermeiros n=195. Total de 3282 participantes.</p>
Caracterização do Estudo	
Resultados principais	<p>Foram apontados quatro problemas: atalhos que poderiam ser perigosos para os pacientes; falta de competência; desrespeito; problemas de desempenho. Foram coletadas 3282 respostas e vem mostrando como é comum e discutível os quatro problemas dentro das três profissões, 66% dos médicos, 59% das parteiras e 77% das enfermeiras disseram que essas preocupações prejudicam a segurança do paciente.</p> <p>No entanto, essas preocupações não eram discutidas, apenas 9% dos médicos, 13% das parteiras e 13% das enfermeiras que tiveram uma ou mais das quatro preocupações falou com a pessoa e compartilhou sua preocupação. Em todas as profissões eles citaram duas razões para não falar sobre suas preocupações: preocupação de que a pessoas se torne mais difícil de trabalhar e não desejam conflito em frente ao paciente; além desses surgiram outros dois motivos: medo de retaliação e que a pessoa fique com raiva.</p>
Conclusão(ões)	<p>Os resultados indicam um problema claro: os participantes de nosso estudo tinham preocupações que eles acreditavam que poderiam ter impacto na segurança do paciente, mas muitas vezes não queriam ou eram incapazes de entrar em diálogo com a pessoa no centro de suas preocupações. Eles temiam que falar tornasse mais difícil trabalhar com as pessoas, resultando em um conflito na frente de um paciente</p>

	e se preocupavam com uma possível retaliação.
Limitações do estudo	Inclui o uso de uma amostra de conveniência das associações profissionais, este método de amostragem não garante acesso a toda população de profissionais que trabalham em ambientes de trabalho de parto e parto e pode não ser generalizável para todos os locais.

(conclusão)

Estratégias de comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem/equipe multiprofissional	de Comunicação verbal (a falha dessa comunicação)
Avaliação do Estudo	
Tipo de questão clínica	Diagnóstico
Nível de evidência	VI

Fonte: da autora, 2023.

(continua)

Estudo 13 Título	The expected and actual communication of health care workers during the management of intrapartum: An interpretive multiple case study
Autores	M'RITHAA, D. K. M. <i>et al.</i>
Graduação do primeiro e último autores	Enfermagem, Tecnologia de informação
Ano de publicação	2015
Periódico	African Journal of Primary Health Care & Family Medicine
País de desenvolvimento	África do Sul
Dados do Desenvolvimento do Estudo	
Objetivo(s)	Identificar as complexidades envolvidas da PIC (processos de comunicação de informação) a fim de contribuir para o manejo eficaz no período intraparto.
Detalhamento metodológico: - Tipo/delineamento do estudo - Local(is) do estudo - Técnica(s) de coleta de dados	Estudo de caso qualitativo multimétodo com múltiplas unidades de análise. A província de Western Cape, onde estão localizados dois hospitais terciários de encaminhamento e a área metropolitana possui quatro hospitais de referência (RH) de nível intermediário, com 11 unidades obstétricas (MOUs) que

	<p>atendem mulheres de baixo risco e são geridos exclusivamente por parteiras. Para o estudo foram selecionados dois MOUs (MOU A e MOU B) e dois hospitais de referência (RH A RH B).</p> <p>A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas com oito parteiras do MOU A e seis do MOU B; três médicos e uma parteira do RH A e quatro médicos e três parteiras do RH B, conduzidas em inglês com duração de 30 a 60 minutos. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas.</p>
--	--

(conclusão)

- Técnica(s) de análise dos dados	Os dados foram analisados por meio do <i>software</i> Atlas TI 7. A análise temática foi utilizada para organizar os códigos e categorias emergentes de forma a garantir uma análise rigorosa.
População/amostra	18 parteiras e 7 médicos
Caracterização do Estudo	
Resultados principais	O estudo destacou três subtemas que emergiram do PIC (processo de comunicação de informação) esperado, enquanto os outros três que emergiram foram o tema do PIC efetivo. Os subtemas do PIC esperados são: acessibilidade dos serviços obstétricos, orientação esperada, ferramentas recomendadas, comunicação esperada e documentação esperada. O tema atual do PIC continha três sub-temas emergentes: processos de transferência, busca colaborativa de informações, informação comunicada e processos de recomendação.
Conclusão(ões)	Este estudo mostrou que o esperado não foi o que realmente aconteceu. Os requisitos de políticas e protocolos precisam ser efetivamente implementados para melhorar as práticas e incorporá-los às diretrizes biomédicas atuais. A comunicação de informação esperada não é a comunicação de informação real.
Limitações do estudo	Não descritas no manuscrito.
Estratégias de comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem/equipe multiprofissional	EWC, SBAR, rádio e telefone. Comunicação verbal
Avaliação do Estudo	
Tipo de questão clínica	Diagnóstico
Nível de evidência	VI

Fonte: da autora, 2023.

(continua)

Estudo 14 Título	Factors Related to Intimidation During Oxytocin Administration
Autores	BECKMANN, C. A.; CANNELLA, B. L.
Graduação do primeiro e último autores	Enfermagem
Ano de publicação	2015
Periódico	The Journal of Perinatal e Neonatal Nursing
País de desenvolvimento	Estados Unidos da América

(continua)

Dados do Desenvolvimento do Estudo	
Objetivo(s)	O estudo consistiu em pesquisar enfermeiras registradas sobre as circunstâncias que envolvem a administração de ocitocina durante o trabalho de parto e parto e seu impacto na segurança do paciente.
Detalhamento metodológico: - Tipo/delineamento do estudo - Local(is) do estudo - Técnica(s) de coleta de dados - Técnica(s) de análise dos dados	<p>Desenho de estudo descritivo transversal, empregando um questionário estruturado baseado na <i>Web</i>.</p> <p>Os participantes selecionados foram obtidos a partir da lista de membros da Associação de Saúde da Mulher (AWHONN). 4000 enfermeiras receberam um e-mail convite para participar.</p> <p>Para coleta de dados foi utilizado um instrumento composto de 16 itens chamado Pesquisa de Intimidação no Local de Trabalho revisado (SWI-R) que solicitava aos participantes responderem perguntas relacionadas a intimidação em torno da administração de ocitocina durante o trabalho de parto. As respostas incluíam muitas vezes, às vezes, raramente ou nunca. Seis adicionais às questões, que diziam respeito à cultura do ambiente de trabalho exigiam a resposta sim ou não.</p> <p>Pacotes estatísticos para ciências sociais versão 20 foi usado para analisar os dados.</p>
População/amostra	913 Enfermeiras
Caracterização do Estudo	
Resultados principais	Um total de 913 enfermeiras compuseram a amostra e os que atenderam ao critério de inclusão foram convidados a participar por meio de um convite via <i>e-mail</i> . A maioria das profissionais relatou alguma forma de comportamento

	intimidador por parte de um profissional enquanto estava administrando a ocitocina no trabalho de parto. Esse comportamento era principalmente de natureza sutil, como a impaciência do provedor com as perguntas das enfermeiras (82%) ou a falha em retornar uma ligação telefônica (61%), mas relataram também formas explícitas de intimidação, como ameaça de denúncia à gerente de enfermagem. Essas ocorrências colocam em risco a segurança do paciente. Enfermeiros que trabalhavam em hospital com lista de verificação de ocitocina, com código de conduta profissional e um ambiente de trabalho com apoio administrativo tinham menos intimidação.
--	---

(conclusão)

Conclusão(ões)	Os resultados deste estudo revelaram fatores percebidos como intimidadores e que impactam o julgamento clínico, que podem em última instância afetar o cuidado, a segurança, e resultados. Ambientes em que os enfermeiros têm medo de questionar ordens, medo de usar o julgamento ou que inibem a comunicação clara, são ambientes que podem experimentar práticas mais inseguras.
Limitações do estudo	O estudo utilizou uma amostragem de conveniência que limita a generalização do estudo.
Estratégias de comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem/equipe multiprofissional	Utilização apenas de comunicação verbal, mas sugere a implementação de salvaguardas que promovem a comunicação bidirecional e listas de verificação.
Avaliação do Estudo	
Tipo de questão clínica	Diagnóstico
Nível de evidência	VI

Fonte: da autora, 2023.

(continua)

Estudo 15 Título	Nurse-physician communication during labor and birth: implications for patient safety
Autores	SIMPSON, K. R.; JAMES, D. C.; KNOX, E.
Graduação do primeiro e último autores	Enfermagem
Ano de publicação	2006
Periódico	Journal of Obstetric, Gynecologic e Neonatal Nursing - JOGNN
País de desenvolvimento	Estados Unidos da América

Dados do Desenvolvimento do Estudo	
Objetivo(s)	Descrever a comunicação entre enfermeiros e médicos durante o trabalho de parto no contexto do modelo de parto gerenciado por enfermeiras em hospitais comunitários e sua relação com o trabalho em equipe e a segurança do paciente.
Detalhamento metodológico: - Tipo/delineamento do estudo - Local(is) do estudo	Estudo qualitativo multicêntrico envolvendo grupos focais e entrevistas em profundidade. Unidades de trabalho de parto e nascimento de quatro grandes centros médicos do centro-oeste.

(conclusão)

- Técnica(s) de coleta de dados - Técnica(s) de análise dos dados	Os grupos focais foram realizados em uma sala de conferências privada fora da unidade clínica e cada sessão durou aproximadamente 1,5 a 2 horas. As entrevistas com os médicos foram realizadas em consultórios privativos e duraram em média 30 a 45 minutos. As fitas de áudio foram transcritas literalmente por um transcritor profissional e foram revisadas por um dos investigadores enquanto ouvia as fitas. Foram atribuídos códigos aos participantes. Os dados foram analisados usando métodos de codificação indutiva para identificar temas relacionados à comunicação interdisciplinar e interações da equipe durante o trabalho de parto.
População/amostra	54 Enfermeiras do parto participaram dos grupos focais e 38 obstetras participaram de entrevistas individuais.
Caracterização do Estudo	
Resultados principais	Enfermeiras e médicos compartilham o objetivo comum de mãe e bebê saudáveis, mas nem sempre concordam sobre os métodos para atingir esse objetivo. Duas situações clínicas críticas para a segurança do paciente (avaliação fetal e administração de ocitocina) foram áreas frequentes de desacordo e fontes de frustração mútua, muitas vezes levando a um trabalho de equipe abaixo do ideal. A comunicação mínima ocorre quando a mãe e o feto estão bem.
Conclusão(ões)	A comunicação interdisciplinar e o trabalho em equipe podem ser aprimorados para promover um ambiente de cuidado mais seguro durante o trabalho de parto e nascimento.
Limitações do	Com base nas descrições do trabalho em equipe

estudo	interdisciplinar pelos enfermeiros-médicos participantes desse estudo existem lacunas imperceptíveis no sistema de segurança do paciente durante o trabalho de parto e nascimento.
Estratégias de comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem/equipe multiprofissional	Comunicação verbal em relação à evolução do trabalho de parto e das necessidades de administração de ocitocina. “Médicos e enfermeiros pareciam acreditar que a comunicação mínima durante o trabalho de parto era desejável quando mãe e bebê estavam bem”.
Avaliação do Estudo	
Tipo de questão clínica	Diagnóstico
Nível de evidência	VI

Fonte: da autora, 2023.

ANEXOS

ANEXO A – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS QUANTITATIVOS SELECIONADOS

Formulário de Revisão Crítica – Estudos Quantitativos

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

Versão traduzida com autorização

Tradução: Raquel E.Luz, Marisa C. Mancini, Rosana F. Sampaio – Universidade Federal de Minas Gerais

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

Comentários

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo estava claro? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Descreva o objetivo do estudo. Como este estudo se aplica à Terapia Ocupacional e/ou à pergunta da sua pesquisa?
LITERATURA: Foi realizada uma revisão da literatura relevante neste tema? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Descreva a justificativa da necessidade deste estudo.
DESENHO: <input type="radio"/> randomizado (RCT) <input type="radio"/> coorte <input type="radio"/> estudo de caso único <input type="radio"/> antes e depois <input type="radio"/> caso-controle <input type="radio"/> transversal <input type="radio"/> estudo de caso <input type="radio"/> longitudinal	Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, desfechos, questões éticas, etc.) Aponte os erros que podem ter influenciado os resultados e a direção dessa influência.

Comentários

<p>AMOSTRA: N= _____</p> <p>A amostra foi descrita detalhadamente? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Foi apresentada justificativa para o tamanho da amostra? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se aplica</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?) Se havia mais de um grupo, existia alguma similaridade entre eles?</p> <p>Descreva os procedimentos éticos. Os sujeitos assinaram o termo de consentimento?</p>				
<p>DESFECHOS:</p> <p>As medidas dos desfechos eram confiáveis? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não foi informado</p> <p>As medidas dos desfechos eram válidas? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não foi informado</p>	<p>Especifique a frequência com quem os desfechos foram mensurados (i.e., pré, pós, follow-up)</p> <table border="1" data-bbox="576 913 1398 1193"> <tr> <td data-bbox="576 913 1002 981">Áreas de desfechos (auto-cuidado, atividades produtivas, lazer)</td> <td data-bbox="1002 913 1398 981">Liste as medidas usadas</td> </tr> <tr> <td data-bbox="576 981 1002 1193"></td> <td data-bbox="1002 981 1398 1193"></td> </tr> </table>	Áreas de desfechos (auto-cuidado, atividades produtivas, lazer)	Liste as medidas usadas		
Áreas de desfechos (auto-cuidado, atividades produtivas, lazer)	Liste as medidas usadas				
<p>INTERVENÇÃO:</p> <p>A intervenção foi descrita de forma detalhada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não foi informado</p> <p>A contaminação foi evitada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não foi informado <input type="radio"/> Não se aplica</p> <p>A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não foi informado <input type="radio"/> Não se aplica</p>	<p>Descreva a intervenção de maneira breve (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local / contexto clínico). A intervenção realizada pode ser utilizada na prática da terapia ocupacional?</p>				

Comentários

Orientações Para o Formulário de Revisão Crítica

- Estudos Quantitativos -

© Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998

Versão traduzida com autorização

Tradução: Raquel E. Luz, Marisa C. Mancini, Rosana F. Sampaio – Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução

- Estas orientações acompanham o Formulário de Revisão Crítica para Estudos Quantitativos, desenvolvido pelo McMaster University Occupational Therapy Evidence-Based Practice Research Group (Law et al. 1998). Foram escritas utilizando termos básicos, que podem ser compreendidos tanto por profissionais da clínica, estudantes e pesquisadores.
- Serão disponibilizados alguns exemplos e justificativas para as orientações/sugestões, com o objetivo de ajudar o leitor a entender o processo de revisão crítica.
- São fornecidas orientações sobre as questões localizadas na coluna da esquerda do formulário e para as instruções/perguntas na coluna de Comentários de cada componente.

Componentes da Revisão Crítica

Referência Bibliográfica

- Título completo, todos os autores (último sobrenome, iniciais), nome completo do periódico, ano, volume # e páginas #s.
- Isso garante que outra pessoa possa, facilmente, encontrar o mesmo artigo.

Objetivo do estudo

- O objetivo estava claro? – O objetivo geralmente é citado de maneira breve no resumo do artigo e novamente na introdução, com mais detalhes. Pode ser expresso na forma da pergunta ou hipótese da pesquisa.
- Uma afirmativa clara permite que se determine com facilidade se o assunto é importante, relevante e de seu interesse. Considere como o estudo se aplica à prática da terapia ocupacional e/ou aos seus interesses. Caso não seja útil ou não se aplique, continue a busca por outro artigo.

Revisão de Literatura

- Foi realizada uma revisão da literatura relevante neste tema? – A revisão de literatura deve ser incluída no artigo, descrevendo pesquisas que ofereçam embasamento para o estudo. Deve-se oferecer uma síntese de informações relevantes, como trabalhos e pesquisas anteriores, além de discussão sobre a importância clínica do tema.
- Identifica áreas deficientes no corpo de conhecimento atual e nas pesquisas sobre o tema de interesse, justificando, portanto, a necessidade do estudo que será apresentado.

Desenho do Estudo

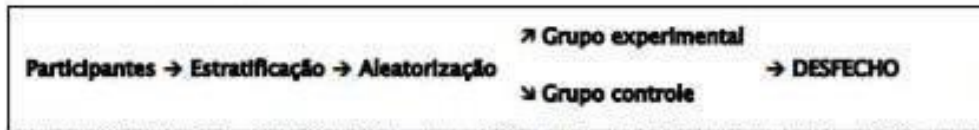
- Existem muitos tipos de desenhos de pesquisa. Essas orientações enfatizam os tipos mais comuns no âmbito da pesquisa em reabilitação.
- As características essenciais dos diferentes desenhos de estudo são descritas aqui para facilitar a identificação do tipo utilizado no estudo que você estiver analisando.
- Os autores utilizam terminologias diferentes, o que pode causar confusão – serão identificados termos alternativos, se possível.
- Inúmeras questões devem ser consideradas para se determinar a adequação do desenho escolhido. Algumas das questões principais estão listadas na seção Comentários, e são discutidas abaixo. São oferecidos diagramas dos diferentes desenhos, assim como exemplos relacionados ao estudo da eficácia dos programas de atividades para idosos.
- A maioria dos estudos apresenta problemas devido aos vieses que podem distorcer o desenho, execução ou interpretação da pesquisa. Os vieses mais comuns são descritos ao final desta seção.

Tipos de Desenho

1. Randomizado (ECR)

- Ensaio Controlado Randomizado ou Ensaio Clínico Randomizado: também conhecido como estudo Experimental ou Tipo I. O ECR também abrange outros métodos diferentes, tais como desenhos de cross-over.
- A característica essencial do ECR é a identificação de um conjunto de clientes/sujeitos, que são alocados (encaminhados) aleatoriamente para dois ou mais “grupos” de tratamento. Um grupo de clientes é submetido ao tratamento estudado (uma nova modalidade de tratamento) e o outro grupo é o “controle”, que geralmente não é submetido a nenhum tratamento ou à prática tradicional. A alocação aleatória para diferentes grupos de tratamento permite a comparação dos mesmos em termos dos resultados, pois a aleatorização aumenta intensamente a probabilidade de similaridade entre os clientes em cada grupo. Assim, a chance de outro fator (conhecido como fator ou variável de confusão) influenciar os resultados é reduzida significativamente.
- A principal desvantagem do ECR é o custo envolvido e o fato de que em algumas situações não é ético manter um grupo “controle”, que não recebe tratamento. Por exemplo, se você fosse estudar a eficácia de um programa para pacientes portadores de lombalgia crônica, internados após cirurgia, seria antiético suspender o tratamento para formar um grupo “controle”.

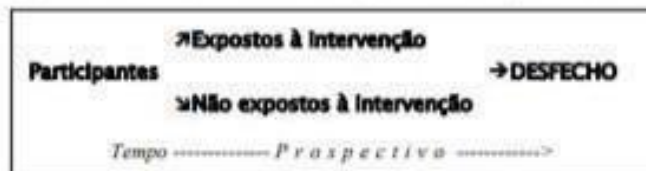
- O ECR geralmente é escolhido para testar a eficácia de um tratamento ou comparar diversas abordagens.



randomizado. 44 pacientes de um centro de atenção em longo prazo foram aleatoriamente alocados em um dos dois tipos de intervenção. Os desfechos foram mensurados usando uma variedade de testes psicométricos em 3 momentos diferentes no tempo. (Bach et al., 1995).

2. Coorte

- A coorte é um grupo de pessoas (clientes) que foram expostos a uma situação semelhante, como por exemplo, um programa, diagnóstico ou doença. Qualquer que seja o tema/assunto de interesse, o grupo de clientes é identificado e acompanhado/observado ao longo do tempo para ver o desfecho.
- O desenho coorte é “prospectivo”, o que significa que a direção do tempo é sempre adiante. O tempo transcorre a partir do momento em que os clientes são identificados. Assim, os estudos de coorte são ocasionalmente conhecidos como estudos prospectivos.
- Esse desenho de estudo geralmente envolve um grupo de comparação (“controle”) de pessoas/clientes que não foram expostos à situação de interesse (e.g., não receberam nenhum tratamento). Uma das diferenças principais entre o ECR e a coorte é que, neste último, a alocação de pessoas (clientes) no grupo de tratamento ou no controle não está sob o controle do investigador - este deve trabalhar com o grupo de pessoas identificadas como “expostas” e então encontrar outro grupo de pessoas similar em termos de idade, gênero e outros fatores importantes.
- É difícil saber se os grupos são similares em termos de todos os fatores importantes (de confusão) e, portanto, os autores não podem ter certeza de que o tratamento (exposição) é o responsável pelos desfechos.
- As vantagens da coorte são o custo e o gasto de tempo menores do que os do ECR.



Exemplo: A avaliação de um programa de estimulação mental utilizou um desenho coorte para mensurar mudanças no estado mental de 30 pacientes após um período de 2 meses. Os primeiros 15 pacientes admitidos em um hospital-dia foram submetidos ao tratamento e compuseram o grupo “exposto”. As 15 admissões subsequentes não foram submetidas imediatamente ao tratamento, servindo como grupo “controle”. (Koh et al., 1994).

3. Estudo de Caso Único

- A pesquisa de caso/sujeito único envolve um cliente, ou um número de clientes, acompanhados ao longo do tempo ou avaliados quanto aos desfechos de interesse.

- Há diversos tipos de métodos utilizados nos estudos de caso único, com diferentes termos, tais como estudos “n de 1”, “ensaio antes-depois no mesmo sujeito”; ou “séries” de casos únicos, envolvendo mais de um sujeito/cliente.
- A característica básica de qualquer desenho de caso único é a avaliação dos clientes com relação aos desfechos de interesse, tanto antes (baseline) da intervenção quanto depois. Esse tipo de estudo permite que o sujeito sirva como seu próprio “controle”. Contudo, é difícil concluir que o tratamento, por si só, foi responsável pelas mudanças, uma vez que outros fatores podem mudar ao longo do tempo, como, por exemplo, a severidade de uma doença.
- Este desenho é útil quando apenas poucos clientes apresentam um determinado diagnóstico ou estão envolvidas em uma modalidade de tratamento que você quer avaliar. Esse tipo de estudo é facilmente repetido com mais de um cliente. Sua abordagem flexível torna-o particularmente adequado para a condução de pesquisas em um contexto clínico.



Exemplo: um estudo, examinando os efeitos das mudanças ambientais durante uma intervenção de Terapia Ocupacional em uma ala psiquiátrica, utilizou o desenho de estudo de caso único para observar mudanças no comportamento de 10 pacientes. A observação do comportamento de cada paciente foi feita antes, durante e depois da intervenção. (Burton, 1980).

4. Antes-Depois

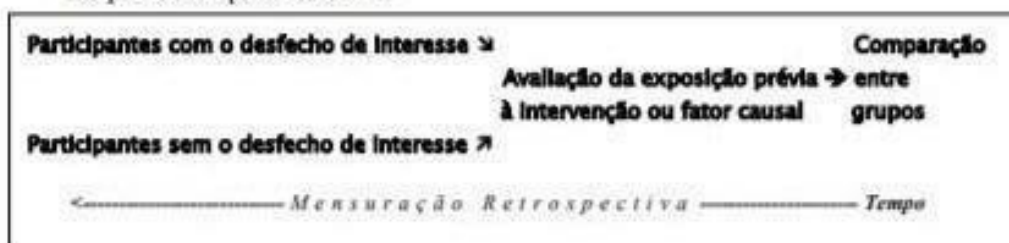
- O desenho antes-depois é usado geralmente para avaliar um grupo de clientes envolvidos em um tratamento (embora, conforme citado anteriormente, seja um método usado também para estudos de caso/sujeito único).
- A avaliador coleta informações sobre o estado inicial de um grupo de clientes em termos dos desfechos de interesse e então coleta novamente, após o tratamento, as informações sobre os desfechos de interesse.
- Trata-se de um desenho útil quando não se deseja atrasar o início do tratamento dos clientes. Contudo, sem o grupo “controle”, é impossível avaliar se o tratamento, por si só, foi responsável pelas mudanças ocorridas nos desfechos. Tais mudanças podem ocorrer devido a outros fatores, tais como, progressão da doença, uso de medicamentos, estilo de vida ou mudanças ambientais.



Exemplo: o nível de preocupação do cuidador, após a internação em um hospital dia, de um idoso membro de sua família que apresenta um quadro de demência foi avaliado usando um desenho antes-depois. Os desfechos relacionados à preocupação e responsabilidade pelo cuidado foram mensurados em 15 sujeitos antes e depois da internação. (Graham, 1989).

5. Caso-controle

- Os estudos de caso-controle exploram aquilo que torna diferente um grupo de indivíduos. Outros termos utilizados são estudo de comparação de caso ou estudo retrospectivo. Retrospectivo é o termo utilizado para descrever como os métodos analisam um fenômeno depois que este aconteceu. A característica essencial do estudo de caso-controle é que a direção do estudo é para trás.
- Identifica-se um conjunto de clientes/sujeitos que compartilham de uma mesma situação ou característica como, por exemplo, um diagnóstico específico ou envolvimento em uma mesma modalidade de tratamento. A característica ou situação de interesse é comparada a um grupo “controle”, similar quanto a idade, gênero e contexto, mas que não apresenta a característica ou não está envolvido na situação de interesse. O objetivo é identificar diferenças entre os dois grupos.
- O estudo de caso-controle tem um custo relativamente baixo, mas há diversos problemas em potencial (falhas) que tornam difícil concluir quais fatores são responsáveis pelo desfecho.



Exemplo: Se um terapeuta ocupacional quisesse entender por que alguns clientes de um hospital dia compareciam regularmente ao programa de atividades de vida diária (que era opcional) e outros não, um desenho de caso-controle poderia ser utilizado para explorar as diferenças entre esses dois grupos, com relação a idade gênero, interesses, contexto de vida e situação de vida atual.

6. Estudo Transversal

- Envolve um determinado grupo de pessoas, cuja avaliação é realizada ao mesmo tempo.
- Este desenho é usado com frequência para explorar quais fatores podem ter influenciado um determinado desfecho em um grupo de pessoas. É útil quando se sabe relativamente pouco sobre um assunto/desfecho.
- Pesquisas, questionários e entrevistas são métodos comumente utilizados nos estudos cross-seccionais. São relativamente fáceis e de baixo custo, uma vez que é realizada apenas uma avaliação.
- É impossível saber se todos os fatores foram incluídos na avaliação, portanto se torna difícil estabelecer conclusões de causa-efeito a partir dos resultados, para além do grupo estudado.

Participantes → Mensuração simultânea dos desfechos e outros fatores *Tempo: todos em um mesmo momento *
--

Exemplo: Clientes e suas famílias, os quais foram envolvidos em um novo programa de atividades para idosos com demência, podem ser entrevistados após a

alta para avaliar o impacto do programa em sua qualidade de vida, participação em atividades e nível de satisfação.

7. Estudo de Caso

- Um estudo de caso é realizado com o objetivo de disponibilizar informações (dados) descritivas sobre a relação entre uma modalidade de tratamento (exposição) e um desfecho de interesse. É também chamado estudo descritivo, por ser este seu objetivo primário. Não há grupo controle.
- É geralmente usado para explorar uma nova modalidade de tratamento, sobre a qual se conhece pouco. Contudo, os resultados podem ser considerados apenas em termos da descrição de uma situação em particular. Pode gerar informação para incentivar estudos futuros sobre o tema em questão.

Participantes que apresentam a condição de interesse → Informação sobre o desfecho clínico

Exemplo: Doze pacientes em uma ala geriátrica de longa permanência foram observados ao longo de um período de tempo para determinar a eficácia de atividades individuais e em grupo. Os níveis de envolvimento e participação foram observados e registrados em intervalos de 10 minutos, para determinar quaisquer diferenças entre nenhuma intervenção, atividades individuais e atividades em grupo. (McCormack & Whitehead, 1981).

8. Estudo Longitudinal

- ✓ A característica básica deste desenho é o acompanhamento ao longo do tempo de um grupo de sujeitos, com avaliações repetidas dos clientes em relação aos desfechos de interesse. Esse tipo de estudo documenta mudanças que acontecem naturalmente (na ausência de intervenção). Envolve um grupo de clientes, acompanhados ao longo do tempo e avaliados quanto aos desfechos de interesse.

Adequação do Desenho do Estudo

- Algumas questões devem ser consideradas para determinar se um desenho de estudo é o mais adequado:
 - Conhecimento sobre os assunto/tema: quando há pouco conhecimento sobre um assunto, opta-se por um estudo mais exploratório, por exemplo, estudo de caso ou cross-seccional. A medida que nosso nível de conhecimento aumenta, os desenhos devem ser mais rigorosos, quando a maioria das variáveis que podem influenciar o desfecho são conhecidas e podem ser controladas pelo pesquisador. O desenho mais rigoroso é o ECR.
 - Desfechos: se o desfecho estudado pode ser facilmente quantificado e se encontram disponíveis instrumentos de avaliação padronizados para mensurá-lo, um desenho mais rigoroso (eg, um ECR) é adequado. Se os desfechos ainda não são completamente compreendidos, tais como qualidade de vida, então um desenho que explora diferentes fatores que podem estar envolvidos nos desfechos é mais adequado, como um estudo caso-controle.

- Questões éticas: quando não há questões éticas envolvendo o adiamento do tratamento, pode-se utilizar um desenho de pesquisa que utiliza um grupo controle, que não recebe nenhum tipo de intervenção.
- Objetivo/pergunta do estudo: alguns desenhos são bastante adequados para se estudar a eficácia de um tratamento, incluindo ECR, antes-depois e estudo de caso único. Outros desenho (eg, caso-controle e cross-seccional) são mais adequados se o objetivo do estudo for aprender mais sobre um assunto, ou se trata de um estudo piloto para determinar a relevância daquela modalidade de tratamento ou do investimento em mais estudos naquela área.

Erros

- Existem diferentes tipos de erros descritos na literatura em pesquisa. Os mais comuns, aos quais se deve estar atentos, são descritos abaixo em 3 áreas principais:
 1. Erros de amostragem (seleção de sujeitos), que podem resultar na não-representatividade da população de interesse;
 2. Erros de mensuração (detecção), que incluem questões relacionadas à forma como os desfechos foram mensurados; e
 3. Erros de intervenção (desempenho), que dizem respeito à maneira como foi realizado o tratamento.
- Caso o leitor necessite de maiores informações sobre erros, deverá se remeter à bibliografia.
- Um erro afeta os resultados do estudo em uma direção – ou “favorece” o grupo de intervenção ou o grupo controle. É importante estar atento à direção na qual o erro pode influenciar os resultados.

1. Seleção/Amostragem

- **▲ Voluntários ou encaminhamento:**
 - Pessoas que se oferecem como voluntários em um estudo, ou são encaminhados a uma pesquisa são geralmente diferentes dos não-voluntários/não-encaminhados.
 - Esse tipo de erro geralmente, mas nem sempre, favorece o grupo de tratamento, uma vez que os voluntários costumam ser mais motivados e preocupados com sua saúde.
- **↳ Sazonal:**
 - Se todos os sujeitos são recrutados e, portanto, avaliados e submetidos ao tratamento em um momento, os resultados podem ser influenciados pelo momento da seleção da amostra e da intervenção. Por exemplo, idosos tendem a estar mais saudáveis no verão do que no inverno, portanto os resultados podem ser mais positivos se o estudo acontece no verão.
 - Esse erro pode ocorrer em qualquer direção, dependendo da época do ano.
- **⚡ Atenção:**

- Pessoas avaliadas como parte do estudo estão geralmente cientes do objetivo do mesmo, e como resultado dessa atenção, respondem de maneira mais favorável ou apresentam um desempenho melhor do que pessoas que não têm conhecimento do objetivo do estudo. Esse erro explica porque alguns estudos usam um grupo “controle de atenção”, no qual as pessoas do grupo “controle” recebem o mesmo nível de atenção que os indivíduos do grupo de tratamento, mas não o mesmo tipo de intervenção.

2. Mensuração/Deteção

- a. Número de mensurações utilizadas:
 - Se apenas uma mensuração é utilizada, pode ocorrer um erro na forma como a própria medida avaliou o desfecho. Por exemplo, uma medida de Atividades de Vida Diária (AVD) considera vestir, alimentação e uso do banheiro, mas exclui higiene e cuidado pessoal ou preparação de alimentos.
 - Esse erro pode influenciar os resultados em qualquer direção; eg., pode favorecer o grupo controle, caso falem elementos importantes do desfecho, que poderiam ter respondido ao tratamento.
 - Pode ainda ocorrer erro quando há muitas medidas para o tamanho da amostra. Essa questão envolve estatística e geralmente favorece o grupo controle porque o grande número de cálculos estatísticos reduz a habilidade de encontrar diferença significativa entre os grupos de tratamento e controle.
- b. Ausência de avaliação “oculta” ou “independente”:
 - Se os avaliadores estão cientes do grupo no qual um sujeito foi alocado, ou qual tratamento este recebeu, é possível que eles influenciem os resultados, avaliando a pessoa ou o grupo de forma mais ou menos favorável. Isso deve ser considerado quando o avaliador faz parte da equipe de pesquisa ou tratamento.
 - Esse método pode demandar bastante tempo e ter um custo alto, pois pode ser necessário um longo período para descobrir os significados ocultos daquela situação/contexto.
- c. Memória
 - Este pode ser um problema se os desfechos são mensurados a partir de instrumentos de auto-relato, pesquisas ou entrevistas que exigem que a pessoa lembre eventos passados. Com frequência, a pessoa se lembra mais de eventos positivos do que negativos, o que pode favorecer os resultados do estudo para aquelas pessoas questionadas sobre o assunto ou que foram submetidas ao tratamento.

3. Intervenção/Desempenho

- a. Contaminação:
 - Isso ocorre quando membros do grupo controle, inadvertidamente, recebem tratamento e, portanto, a diferença dos desfechos entre os dois grupos pode ser reduzida. Isso favorece o grupo controle.
- b. Cointervenção:

- Se os clientes recebem outra forma de tratamento durante a realização do estudo, isso pode influenciar os resultados em qualquer direção. Por exemplo, o uso de medicamentos enquanto se recebe ou não o tratamento pode favorecer os resultados para pessoas de qualquer grupo. O leitor deve considerar se outro tratamento, ou uma intervenção adicional, pode ter uma influência positiva ou negativa nos resultados.
- *e.* Tempo de intervenção
 - Diferentes questões relacionadas ao tempo de intervenção podem levar a erro.
 - Se uma modalidade de tratamento é realizada em uma criança durante um longo período, a maturação, por si só, pode influenciar a melhora observada.
 - Se o tratamento é de curta duração, pode não haver tempo suficiente para que se observe efeito nos desfechos de interesse. Isso favoreceria o grupo controle.
- *d.* Local de tratamento
 - O local onde acontece a intervenção pode influenciar os resultados – por exemplo, se um programa de tratamento é realizado na casa do cliente, pode-se alcançar um nível de satisfação, o que favoreceria o grupo de intervenção. O local de tratamento deve ser o mesmo em todos os grupos.
- *e.* Terapeutas diferentes
 - Caso terapeutas diferentes estejam envolvidos em oferecer o tratamento estudado para os vários grupos, os resultados podem ser influenciados em uma direção – por exemplo, um terapeuta pode motivar ou ser mais positivo do que outro, e com isso o grupo com o qual trabalhou pode apresentar desfechos mais favoráveis. O envolvimento do terapeuta deve ser igual e consistente entre todos os grupos de tratamento.

Amostragem

- N= ? O número de sujeitos/clientes envolvidos no estudo deve estar claro.
- A amostra foi descrita detalhadamente? A descrição da amostra deve ser detalhada o suficiente para oferecer um perfil claro dos envolvidos no estudo.
- Devem ser descritas as características importantes que se relacionam ao tema, para que se possa concluir que a população do estudo é similar à sua e que os erros foram minimizados. São características importantes:
 - quem compõe a amostra – os sujeitos são adequados à pergunta no estudo e descritos em termos de idade, gênero, tempo de incapacidade/doença e estado funcional (se aplicável)?
 - quantos sujeitos participaram e, caso haja grupos diferentes, estes eram relativamente iguais em tamanho?
 - como foi realizada a amostragem – os participantes foram voluntários, ou encaminhados? Os critérios de inclusão e exclusão foram descritos/

- se havia mais de um grupo, havia similaridade entre eles no que diz respeito aos fatores importantes (de confusão)?
- Foi apresentada justificativa para o tamanho da amostra? Os autores devem esclarecer como chegaram ao tamanho da amostra, para justificar o número escolhido. Com frequência, a justificativa é baseada na população disponível para o estudo. Alguns autores oferecem uma justificativa estatística para o tamanho da amostra, mas isso é raro.
- Devem ser descritos os procedimentos éticos, embora eles sejam, com frequência, negligenciados. Os autores devem, pelo menos, esclarecer se o termo de consentimento foi assinado pelos participantes no início do estudo.

Desfechos

- Desfechos são as variáveis ou questões de interesse do pesquisador – representam o produto ou resultado do tratamento ou exposição.
- Os desfechos precisam ser descritos com clareza para que seja possível determinar sua relevância e utilidade para sua situação. Além disso, o método de mensuração deve também ser descrito para que se tenha segurança de que o estudo foi conduzido de maneira objetiva e sem erros.
- Determine a frequência da mensuração. É importante saber se os desfechos foram mensurados antes e após a intervenção, e se foram considerados os efeitos em curto e longo prazo.
- Analise as medidas dos desfechos para determinar como eles são relevantes à prática da terapia ocupacional, i.e. – se eles incluem áreas de desempenho ocupacional, componentes do desempenho e/ou componentes ambientais.
- Liste as medidas usadas e qualquer informação importante a respeito das mesmas para referências futuras. Considere se são medidas conhecidas ou desenvolvidas pelos pesquisadores especificamente para aquele estudo. Pode ser mais difícil repetir o estudo nesta última situação.
- Os autores devem relatar se as medidas dos desfechos usaram propriedades psicométricas sólidas – e mais importante, confiáveis e válidas. Isso garante a confiança na mensuração dos desfechos de interesse.
- As medidas dos desfechos eram confiáveis? – A confiabilidade avalia se uma medida gera a mesma informação em diferentes situações. As duas formas mais comuns de confiabilidade são: confiabilidade teste-reteste – o mesmo observador obtém a mesma informação em duas ocasiões separadas por um curto intervalo de tempo; e confiabilidade entre-examinadores – diferentes observadores obtém a mesma informação ao mesmo tempo.
- As medidas dos desfechos eram válidas? – Avalia se a medida está realmente medindo aquilo que se propõe. Considere se a medida inclui todos os conceitos relevantes e elementos do desfecho (validade de conteúdo), e se os autores relatam que a medida foi testada em relação a outras medidas para determinar essa relação (validade de critério). Por exemplo, uma medida de AVD “válida” incluirá todos os elementos relevantes do auto-cuidado e será testada com outras medidas de AVD e auto-cuidado para determinar se a relação entre as medidas é a esperada.

Intervenção

- A intervenção foi descrita de forma detalhada? – Deve haver informação suficiente para a intervenção para que você possa reproduzi-la.
 - Ao analisar a intervenção, considere elementos importantes como:
 - O foco da intervenção – se é relevante para a prática da terapia ocupacional e para o seu interesse;
 - Quem realizou a intervenção – uma ou mais pessoas, se elas foram treinadas;
 - Com que frequência foi realizada a intervenção – foi suficiente, na sua opinião, para causar um impacto? A frequência foi a mesma para todos os grupos envolvidos?
 - O contexto clínico – a intervenção foi realizada em casa ou em uma instituição? O contexto foi o mesmo para os diferentes grupos (caso haja mais de um)?
- Tais elementos precisam ser informados, se você deseja reproduzir o tratamento em sua prática.
- A contaminação e a cointervenção foram evitadas? – esses dois fatores foram descritos como erros (ver seção Desenhos). Há alguma informação sobre eles? Se não, considere as questões que podem ter influenciado os resultados do estudo, por exemplo, o que poderia acontecer se um dos clientes no grupo controle recebesse tratamento inadvertidamente (contaminação) ou se alguns sujeitos estivessem fazendo uso de medicamentos durante o estudo (cointervenção)? Registre as possíveis influências. Se havia apenas um grupo no estudo, marque “não se aplica” no formulário.

Resultados

- Os resultados foram relatados em termos de significância estatística? – A maioria dos autores apresenta os resultados da pesquisa quantitativa em termos de significância estatística, para provar que são merecedores de atenção. É difícil determinar se a mudança nos desfechos ou as diferenças entre os grupos são importantes ou significativas se os dados são apresentados apenas como médias, médias ou porcentagens.
- Caso o leitor se interesse em aprofundar seus conhecimentos sobre métodos estatísticos específicos, deverá se remeter à bibliografia.
- Aponte os resultados de maneira breve nesta seção, enfatizando aqueles que foram estatisticamente significativos. Se os resultados não foram estatisticamente significativos, analise as causas: o tamanho da amostra não foi grande o suficiente para mostrar diferença importante ou significativa; ou havia muitas medidas para o número de sujeitos envolvidos.

- Os métodos de análise foram adequados? – Os autores justificaram/explicaram a escolha dos métodos de análise? Estes foram adequados ao estudo e aos desfechos? É necessário considerar o seguinte:
 - O objetivo do estudo – comparar 2 ou mais intervenções ou examinar a correlação entre diferentes variáveis de interesse. São utilizados testes estatísticos diferentes para comparação e correlação.
 - Os desfechos – se há apenas um desfecho mensurado para comparar dois tratamentos diferentes, um teste estatístico simples como o teste-*t* provavelmente será suficiente. Contudo, com um número maior de desfechos, envolvendo diferentes tipos de variáveis, geralmente são necessários métodos estatísticos mais complexos, como a análise de variância (ANOVA).
- A importância clínica foi identificada? – Números são geralmente insuficientes para determinar se os resultados de um estudo são clinicamente importantes. Os autores devem discutir a relevância dos resultados para a prática clínica e/ou a vida das pessoas envolvidas. Caso tenham sido encontradas diferenças significativas entre os grupos de tratamento, estas são importantes para a prática clínica? Se as diferenças não foram estatisticamente significativas, existem questões importantes que devem ser consideradas para sua prática clínica?

Abandono do estudo (Drop-outs)

- Houve relato de participantes que abandonaram o estudo? – O número de sujeitos/participantes que abandonaram o estudo deve ser relatado, uma vez que pode influenciar os resultados. Deve-se também esclarecer as razões para o abandono e como esse fato foi levado em consideração durante a análise dos dados, para aumentar a confiança nos resultados. Caso não haja abandono no estudo, considere como SIM e escreva na sessão de Comentários “não houve abandono”.

Conclusão e Implicações Clínicas

- A sessão de discussão do artigo deve ressaltar conclusões claras a partir dos resultados. Estas devem ser relevantes e adequadas, considerando-se os métodos e resultados do estudo. Por exemplo, os investigadores de um ECR bem desenhado, que utiliza medidas sólidas de desfecho podem afirmar a partir de seus resultados que o tratamento A é mais eficaz do que o B para aquela população de estudo. Outros desenhos de estudo não podem fazer conclusões tão fortes, devido às suas prováveis limitações metodológicas ou erros, como a falta de um grupo controle ou medidas não confiáveis, que tornam difícil “provar” ou concluir que o tratamento, por si só, influenciou os desfechos. Nesses casos, os autores podem apenas concluir que resultados demonstraram diferenças nos desfechos de interesse do estudo, para aquela população envolvida. Os resultados não podem ser generalizados para outras populações, incluindo a de seu interesse. Estudos posteriores devem então ser recomendados.

- A discussão deve abordar como os resultados podem influenciar a prática clínica – eles oferecem informação útil e relevante sobre a sua clientela, ou um desfecho de seu interesse? Eles sugerem estudos futuros? Considere as implicações dos resultados, como um todo ou em parte, para sua prática particular e para a Terapia Ocupacional de maneira geral.

Bibliografia

Crombie, I.K. (1996). The pocket guide to critical appraisal: A handbook for health care professionals. London: BMJ Publishing Group.

Dept. Of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University Health Sciences Centre(1981). How to read clinical journals: V: To distinguish useful from useless or even harmful therapy. Canadian Medical Association Journal, 124, 1156-1162.

Law, M. (1987). Measurement in occupational therapy: Scientific criteria for evaluation. Canadian Journal of Occupational Therapy, 58, 171-179.

Law, M., King, G. & Pollock, N. (1994). Single Subject Research Design. Research Report #94-2. Hamilton, ON: Neurodevelopmental Clinical Research Unit.

Mulrow, C.D., Oxman, A.D. (Eds.). (1996). Cochrane Collaboration Handbook. Available in The Cochrane Library [database on disk and CD-ROM]. The Cochrane Collaboration: Issue 2.Oxford: Updated Software; 1998.

Norman, G.R. & Streiner, D.L. (1986). PDQ Statistics. Burlington, ON: B.C. Decker Inc.
Sackett, D. L. (1979). Bias in analytic research. Journal of Chronic Disability, 32, 51-63.

Sackett, D.L., Haynes, R.B., Guyatt, G.H. & Tugwell, P. (1991). Clinical Epidemiology. A Basic Science for Clinical Medicine. Second Edition. Toronto, ON: Little, Brown and Co.

Streiner, D.L., Norman, G.R. & Blum, H.M. (1989). PDQ Epidemiology. Toronto, ON: B.C. Decker Inc.

Artigos do programa de atividades para idosos com demência (citados nos exemplos de desenho de estudo)

Bach, D., Bach, M., Bohmer, G., Gruhwalk, T. & Grik, B. (1995). Reactivating occupational therapy: a method to improve cognitive performance in geriatric patients. Age and Aging, 24,222-226.

Burton, M. (1980). Evaluation and change in a psychogeriatric ward through direct observation and feedback. British Journal of Psychiatry, 137, 566-571.

Graham, R.W. (1989). Adult day care: how families of the dementia patient respond. Journal of Gerontological Nursing, 15(3), 27-31, 40-41.

Koh, K., Ray, R., Lee, J., Nair, T., Ho, T. & Ang, P.C. (1994). Dementia in elderly patients: can the 3R mental stimulation programme improve mental status? Age and Aging, 23, 195-199.

McCormack, D. & Whitehead, A. (1981). The effect of providing recreational activities on the engagement level of long-stay geriatric patients. Age and Aging, 10, 287-291.

ANEXO B – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS QUALITATIVOS SELECIONADOS

Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

CITATION:

--

	Comments
<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p><input type="radio"/> yes</p> <p><input type="radio"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p>
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input type="radio"/> yes</p> <p><input type="radio"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p>
	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?¹</p>
<p>STUDY DESIGN:</p> <p>What was the design?</p> <p><input type="radio"/> phenomenology</p> <p><input type="radio"/> ethnography</p> <p><input type="radio"/> grounded theory</p> <p><input type="radio"/> participatory action research</p> <p><input type="radio"/> other</p> <p>_____</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p>

¹ When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.

<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p><input type="radio"/> yes</p> <p><input type="radio"/> no</p>	<p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</p>
<p>Method(s) used:</p> <p><input type="radio"/> participant observation</p> <p><input type="radio"/> interviews</p> <p><input type="radio"/> document review</p> <p><input type="radio"/> focus groups</p> <p><input type="radio"/> other</p> <p>_____</p>	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p>
<p>SAMPLING:</p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p><input type="radio"/> yes</p> <p><input type="radio"/> no</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?²</p> <p><input type="radio"/> yes</p> <p><input type="radio"/> no</p> <p><input type="radio"/> not addressed</p>	<p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p>
<p>Was informed consent obtained?</p> <p><input type="radio"/> yes</p> <p><input type="radio"/> no</p> <p><input type="radio"/> not addressed</p>	
<p>DATA COLLECTION:</p> <p>Descriptive Clarity</p> <p>Clear & complete description of</p> <p>site: <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p> <p>participants: <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants:</p> <p><input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher:</p> <p><input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture?</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p>

² Throughout the form, "no" means the authors explicitly state reasons for not doing it; "not addressed" should be ticked if there is no mention of the issue.

<p>Procedural Rigour Procedural rigor was used in data collection strategies? <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</p>
<p>DATA ANALYSES:</p> <p>Analytical Rigour Data analyses were inductive? <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data? <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p>
<p>Auditability Decision trail developed? <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately? <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p>
<p>Theoretical Connections Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p>

<p>OVERALL RIGOUR</p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no Transferability <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no Dependability <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no Confirmability <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</p>

Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007

Introduction

- These guidelines accompany the Critical Review Form: Qualitative Studies originally developed by the McMaster University Occupational Therapy Evidence-Based Practice Research Group and revised by Letts et al., 2007. They are written in basic terms that can be understood by researchers as well as clinicians and students interested in conducting critical reviews of the literature.
- Guidelines are provided for the questions in the left hand column of the form and the instructions/questions in the Comments column of each component.
- Examples relate to occupational therapy research as much as possible.
- These guidelines assist readers to complete critical appraisal of qualitative research articles. In recent years, there has been an increase in the number of meta-syntheses i.e., articles that examine more than one qualitative study and synthesize the data from these studies together. The approaches to conducting meta-syntheses are still emerging, and criteria for critical appraisal of meta-syntheses are not yet well-established. Over time, we anticipate that we may either revise this review form to incorporate meta-syntheses or develop another review form.

Critical Review Components

Citation

- Include full title, all authors (last name, initials), full journal title, year, volume number, and page numbers.
- This ensures that another person could easily retrieve the same article.

Study Purpose

- Was the purpose and/or research question stated clearly? - The purpose is usually stated briefly in the abstract of the article, and again in more detail in the introduction. It may be phrased as a research question.
- A clear statement of purpose or research questions helps you determine if the topic is important, relevant, and of interest to you.
- For future reference, it is useful to provide a summary of the purpose or research question in the comments section, so that you or someone else can quickly get a sense of the article.

Literature

- Was relevant background literature reviewed? A review of the literature should be included in an article describing research to provide some background to the study. It should provide a

synthesis of relevant information such as previous work/research, and discussion of the clinical importance of the topic.

- The review of the literature could include both qualitative and quantitative evidence related to the study purpose.
- It identifies gaps in current knowledge and research about the topic of interest, and thus justifies the need for the study being reported. The justification for the study should be clear and compelling. Readers should be able to understand the researchers' thinking in conducting the study.
- Consider how the study can be applied to occupational therapy practice and/or your own situation before you continue with your review of the article. If it is not useful or applicable, go on to the next article.

Study Design

- What was the study design? There are many different types of research designs. These guidelines focus on the most common types of qualitative designs in rehabilitation research.
- The essential features of the different types of study designs are outlined to assist in determining which was used in the study you are reviewing.
- Some researchers will not describe their study using these design descriptions; they may simply refer to the research as a 'qualitative design'. In most cases, you should expect the authors to link their research to a specific research tradition, or justify why they have not done so. When reviewing articles in which the design is described only as qualitative, it can be useful to consider which of these traditions best matches the study you are reading; this will help you make a judgement about the appropriateness of the design, sampling, data collection and analyses.
- Numerous issues can be considered in determining the appropriateness of the design chosen. Some of the key issues are listed in the Comments section, and are discussed below.

Design Types

1. Phenomenology

- Phenomenology answers the question: "What is it like to have a certain experience?". It seeks to understand the phenomenon of a lived experience - this may be related to an emotion, such as loneliness or depression, to a relationship, or to being part of an organization or group. The assumption behind phenomenology is that there is an essence to shared experience. It comes from the social sciences and requires a researcher to enter into an individual's life world and use the self to interpret the individual's (or group's) experience. Phenomenology's application to occupational therapy research is discussed in detail by Wilding & Whiteford (2005).

Example: A phenomenological approach was chosen to explore the experiences of people with arthritis who were participants in two different types of arthritis education groups. Data were collected through observations of the groups, individual interviews with group participants, followed by focus groups after initial analyses were completed. Three themes are discussed by the authors: validation through connection; restructuring illness identity; and perceptions of self and disease symptoms. The themes provided insights into notions underlying transformative learning theory (Ashe, Taylor, & Dubouloz, 2005).

2. Ethnography

- Ethnography is a well-known form of qualitative research in anthropology, and focuses on the question: “What is the culture of a group of people, or people in a particular setting?”. The goal of ethnographic research is to tell the whole story of a group’s daily life, to identify the cultural meanings, beliefs and social patterns of the group, and can include the description of material culture (buildings, tools, and other objects that have cultural meaning). Culture is not limited to ethnic groups, and ethnographers study the culture of organizations, programs and groups of people with common social problems such as smoking and drug addiction. In the area of health care, Krefting (1989) described a disability ethnography, which is a strategic research approach focusing on a particular human problem and those aspects of group life that impact on the problem.

Example: An ethnographic study was conducted to explore the process and outcomes of a program of occupation for seniors with dementia within a day hospital setting, which was the culture being examined. Data from observations, interviews with patients and staff, and field notes were analyzed to discover the opportunities and barriers to conducting an occupational program in a day hospital unit (Borell, Gustavsson, Sandman & Kielhofner, 1994). Jung, Tryssenaar, & Wilkins (2005), in their ethnographic study, interviewed novice tutors and their tutor guides or mentors in order to understand the entry phase of “becoming a tutor” within the culture of problem based learning. The overarching theme was of story telling or an oral tradition within which novice tutors learned from their tutor mentors based on direct modeling and vicarious sharing of stories.

3. Grounded Theory

- Grounded theory focuses on the task of theory construction. The inductive nature of qualitative research is considered essential for generating a theory. The focus is on searching to identify the core social processes within a given social situation. Glaser and Strauss (1967) developed a research process that takes the researcher into and close to the real world to ensure that the results are “grounded” in the social world of the people being studied. More recently, Charmaz (2003, 2006) has argued that the ongoing work of Glaser (1978) and Strauss and Corbin (1990) has resulted in grounded theory becoming more objectivist (positivistic) and suggested that a more constructivist (interpretive) approach allows researchers to focus more on human agency, social and subjective meaning, and problem-solving practices and action. A grounded theory method is an emergent design dependent on continuous data analysis. The theory is seen as a developmental process and therefore is able to capture the nature of social interaction and its structural content.

Example: Grounded theory was used to explore the concept of playfulness in adults (Guitard, Ferland, & Dutil, 2005). Through interviews with a heterogeneous group of fifteen adults, and inductive analyses, the following components of playfulness were identified: creativity, curiosity, sense of humour, pleasure, and spontaneity. The analyses also resulted in the development of a visual model demonstrating the relationships among the components of the model.

4. Participatory Action Research (PAR)

- PAR is an approach to research and social change that can be considered a type of qualitative research. PAR involves individuals and groups researching their own personal beings, socio-cultural settings and experiences. They reflect on their values, shared realities, collective meanings, needs and goals. Knowledge is generated and power is regained through deliberate actions that nurture, empower and liberate persons and groups. The researcher works in partnership with participants throughout the research process. PAR can be time consuming because sometimes delays can occur when researchers from outside the community and community members need to negotiate phases in the research. Research describing PAR should ideally discuss the negotiation processes used in the research.

Example: Cockburn and Trentham (2002) share two examples of participatory action research projects in which they were involved. One project involved adults with mental illness working to create meaningful work experiences. The other involved older adults in a community capacity-building process related to identifying and addressing issues in their housing complex. Letts (2003) also shared a number of examples of participatory research projects that involved occupational therapists.

5. Other Designs

- These are many other qualitative research designs described in the literature. They come from different theoretical traditions and disciplines, and some are extensions of the more popular ethnographic and phenomenological designs. Some of the most frequently described designs in qualitative literature include: heuristics, ethnomethodology, institutional ethnography, hermeneutics, ecological psychology, feminism, and social interactionism. Readers interested in further inquiry of qualitative research designs are directed to the bibliography at the end of this document.

Appropriateness of Study Design

- The choice of qualitative research designs should be congruent with the following:
 - The beliefs and worldviews of the researcher i.e., the qualitative researcher usually expresses an interest in understanding the social world from the point of view of the participants in it, and emphasizes the context in which events occur and have meaning;
 - The nature of the end results desired i.e., the qualitative research is seeking meaning and understanding, which is best described in narrative form;
 - The depth of understanding and description required from participants i.e., qualitative research usually involves the exploration of a topic or issue in depth, with emphasis on seeking information from the people who are experiencing or are involved in the issue;
 - The type of reasoning involved: qualitative research is oriented towards theory construction, and the reasoning behind data analysis is inductive i.e., the findings emerge from the data.
- Crabtree and Miller (1992) suggest that the best way to determine if the choice of a particular qualitative research design is appropriate is to ask how the particular topic of interest is usually shared in the group or culture of interest. For example, if information about how

clients responded to occupational therapy treatment is usually shared through discussion and story-telling among individual therapists, then a phenomenological approach may be the most appropriate way to study this experience.

- Was a theoretical perspective identified? The thinking and theoretical perspective of the researcher(s) can influence the study. The researcher should know something conceptually of the phenomenon of interest, and should state the theoretical perspective up front. For example, Ashe et al. (2005) presented findings from an earlier grounded theory study to explain the context of their project, and also discussed the link to adult learning theory.

Qualitative Methods

- A variety of different methods are used by qualitative researchers to answer the research question. The most common ones are described here, including the advantages and disadvantages of each.

1. Participant Observation

- A participant observer uses observation to research a culture or situation from within. There is a difference between the researcher as simply an onlooker and one who is actually participating while observing (i.e., doing what the people are doing). The observer usually spends an extended period of time within the setting to be studied and records 'fieldnotes' of his/her observations. This type of research may be called 'fieldwork', which comes from its roots in social and cultural anthropology.
- Participant observation is useful when the focus of interest is how activities and interactions within a setting give meaning to beliefs or behaviours. It fits with the assumption that everyone in a group or organization is influenced by assumptions and beliefs that they take for granted. It is therefore considered the qualitative method of choice when the situation or issue of interest is obscured or hidden from public knowledge and there are differences between what people say and what they do.
- Participant observation can be time-consuming and costly, as it can take a long time to uncover the hidden meanings of the situation/context. However, if a researcher is expecting to commit to a particular topic as part of an ongoing program of research the investment of this time can prove very valuable. The researcher should allow enough time to get at the complexity of the situation being observed.

2. Interviews

- An interview implies some form of verbal discourse. The participant provides the researcher with information through verbal interchange or conversation. Non-verbal behaviours and the interview context are noted by the researcher and become part of the data.
- Another term used frequently in qualitative research is 'key informant interviews' which refers to the special nature of the participant being interviewed - he or she is chosen by the researcher because of an important or different viewpoint, status in a culture or organization, and/or knowledge of the issue being studied. However, the method of data collection remains an interview.
- Qualitative interviews place an emphasis on listening and following the direction of the participant/informant. A variety of open-ended questions are chosen to elicit the most information possible in the time available. Frequently, the interview protocol provides

opportunities for the interviewer to probe following participant responses to open-ended questions.

- Interviews can be done relatively quickly, with little expense, and are useful when a particular issue needs to be explored in depth. However, the drawback to interviewing is related to the constraints imposed by language. The types of questions asked will frame the participants' responses, and this should be taken into account by the researcher.

3. Document Review

- Document review is often used in historical research, which involves the study and analysis of data about past events. The specific methods used are flexible and open because the purpose is to learn how past intentions and events were related due to their meaning and value. Documents are reviewed considering the context within which they were created. The historian learns about particular persons at particular times and places that present unique opportunities to learn about the topic of interest.
- It is a research method that requires the researcher to enter into an in-depth learning process, to become a critical editor of texts, such as diaries, media reports, or blogs. The researcher should explain the method used and readers should feel comfortable that the method involved adequate depth and a critical approach.

4. Focus Groups

- Focus groups are a formal method of interviewing a group of people/participants on a topic of interest.
- The same principles used for individual interviews apply with focus group interviews e.g., the use of open-ended questions, the focus on listening and learning from the participants.
- Focus groups are useful when multiple viewpoints or responses are needed on a specific topic/issue. Group members can build on one another's ideas to result in more in-depth discussions of the topic. Multiple responses can be obtained through focus groups in a shorter period of time than individual interviews. A researcher can also observe the interactions that occur among group members.
- The disadvantages of focus groups relate to the potential constraints that a group setting can place on individuals' responses. A common challenge in focus groups is to ensure that both reticent and gregarious participants have an opportunity to be heard. The facilitator of the focus group must be skilled in group process and interviewing techniques to ensure the success of the group.

5. Other

- Other forms of qualitative research methods include mapping cultural settings and events; recording, using either audio or visual techniques such as photography; life histories (biographies); and genograms.
- Some researchers consider surveys and questionnaires which are open-ended in nature to be qualitative methods if the primary intent is to 'listen' to or learn from the participants/clients themselves about the topic of interest. However, these tend to be limited, and often constrain the participants in ways that other qualitative methods do not. Answering one open-ended question at the end of a survey is not the same as participating in an in-depth interview. It is difficult to ensure that the richness of participants' experiences is really conveyed.

Researchers need to be clear about the intent of such questions, and how the results are analysed and interpreted.

Sampling

- The process of purposeful selection was described? - Sampling in qualitative research is purposeful and the process used to select participants should be clearly described.
- The sampling method needs to fit the study purpose or research question being explored.
- Purposeful sampling selects participants for a specific reason e.g., age, culture, experience, not randomly.
- There are numerous sampling methods in qualitative research: the sampling strategies used by the researcher should be explained and should relate to the purpose of the study. For example, if the purpose of the study is to learn about the impact of a new treatment program from the perspective of all clients involved in the program and their families, the purposeful sampling method should be broad to include maximum variation in perspectives and views. On the other hand, if the purpose is to explore an issue in-depth, such as the numerous factors and interactions that are involved in a family deciding when and where to place an elderly member in a nursing home, an individual, 'key informant' approach may be appropriate.
- Sampling was done until redundancy in data was reached? - The main indicator of sample size in qualitative research is often the point at which redundancy, or theoretical saturation of the data, is achieved. The researcher should indicate how and when the decision was reached that there was sufficient depth of information and redundancy of data to meet the purposes of the study.
- The sampling process should be flexible, evolving as the study progresses, until the point of redundancy in emerging themes is reached.
- The sample should be described in such a way that the reader understands the key characteristics of the participants involved. As a reader, you should then be able to consider the sample in comparison to the purpose of your critical review. You may decide at this point that the sample is different enough from your own population of interest that further appraisal of the study is not warranted.
- Informed consent was obtained? - The authors should describe ethics procedures, including review by a research ethics board and describing how informed consent was obtained and recorded.

Data Collection

Descriptive Clarity

- Clear and complete descriptions? - In qualitative research, the reader should have a sense of personally experiencing the event/phenomenon being studied. This requires a clear and vivid description of the important elements of the study that are connected with the data, namely the participants, and the site or setting.
- The researcher includes relevant information about the participants, often in the form of background demographic data. The unique characteristics of key informants help to explain why they were selected. The credibility of the informants should be explored. Particular to qualitative research, the types and levels of participation of the participants should also be

described, so it is clear what contribution each participant made to the data gathering, analysis, and interpretation of the findings.

- It is often useful to consider what information is missing. This sheds light on how the research can be understood.
- Role of the researcher and relationship with participants: Qualitative research involves the 'researcher as instrument', wherein the researcher's use of self is a primary tool for data collection. Documentation of the researcher's credentials and previous experience in observation, interviewing and communicating should be provided to increase the confidence of the reader in the process. The researcher's role(s), level of participation and relationship with participants also needs to be described, as they can influence the findings.
- Identification of assumptions and biases of researcher: The researcher should declare his/her assumptions and biases about the topic under study to make the researcher's views about the phenomenon explicit.
- A vivid but concise description of the participants, site and researcher should provide the reader with an understanding of the 'whole picture' of the topic or phenomenon of interest.

■ Procedural Rigour

- Procedural rigour was used in data collection strategies? The researcher should clearly describe the procedures used to ensure that the reader can understand the tasks undertaken to collect the data. All source(s) of information used by the researcher should be described.
- The reader should be able to describe the data-gathering process including issues of gaining access to the site, data collection methods, training data gatherers, the length of time spent gathering data, and the amount of data collected.

Data Analyses

■ Analytical Rigour

- Data analyses were inductive? - The researcher(s) should describe how the findings emerged from the data.
- Different methods are used to analyze qualitative data - the reader should be able to identify and describe the methods used in the study of interest, and make a judgement as to whether the methods are appropriate given the purpose of the study.
- Qualitative analyses are typically inductive i.e., starting with data and organizing them into "chunks" which are typically referred to as codes, categories and themes.
- You should be able to summarize the major findings of the analyses in this section.
- Findings were consistent with and reflective of data? The codes, categories and/or themes developed by the researcher(s) should be logically consistent and reflective of the data. There should be an indication that the themes are inclusive of all data that exists, and data should be appropriately assigned to codes, categories, and themes.

■ Auditability

- Decision trail developed? - The process used to identify codes, categories, patterns, themes and relationships from the data is important to understand as it is complex. This process is best articulated through the use of a decision or 'audit' trail, which tracks decisions made

during the process including the development of rules for transforming the data into codes, themes etc. Researchers often confront space limitations in publishing their research, so frequently state that they used a decision trail, but may not provide all of the details. You will need to judge whether you have adequate information about the analyses, and the rationale used to describe the interpretation of the data.

- Process of analyzing the data was described adequately? - The researchers should report on how data was transformed into codes and themes and interrelationships that provide a picture of the phenomenon under study. Often a qualitative researcher will use a specific analysis method, such as an editing style or a template approach (Crabtree & Miller, 1999). The methods used should be described.
- The rationale for the development of the themes should be described.
- These steps in auditing the analysis process provide evidence that the findings are representative of the data as a whole.

Theoretical Connections

- Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? The findings or discussion section should clearly describe theoretical concepts, relationships between concepts, and integration of relationships among meanings that emerged from the data in order to yield a meaningful picture of the phenomenon under study. The reader should be able to understand concepts and relationships, including any conceptual frameworks that the researchers propose.

Overall Rigour

- Rigour in qualitative studies is critical. While in quantitative research one discusses concepts such as reliability and validity, qualitative researchers argue for the use of different terminology when determining the rigour of a qualitative study (Guba & Lincoln, 1989; Krefting, 1991; Taylor, 2000). The overarching concept when considering rigour is trustworthiness.
- Was there evidence of the four components of trustworthiness? Trustworthiness ensures the quality of the findings and increases the reader's confidence in the findings. This requires that there be logical connections among the various steps in the research process from the purpose of the study through to the analyses and interpretation.
- The four components of trustworthiness are:
 - Credibility which is related to the "true" picture of the phenomenon. Are descriptions and interpretations of the participants' experiences recognizable? Ways of ensuring credibility might include:
 - collection of data over a prolonged period and from a range of participants;
 - use of a variety of methods to gather data;
 - use of reflective approach through keeping a journal of reflections, biases or preconceptions and ideas;
 - triangulation, a strategy used to enhance trustworthiness through the use of multiple sources and perspectives to reduce systematic bias. Main types of triangulation are by sources (people, resources); by methods (interviews, observation, focus groups); by researchers (team of researchers versus single

- researcher) or by theories (team may bring different perspectives to research question for example a rehabilitation therapist and a sociologist); and
- the involvement of participants through member checking. Member checking may consist of the involvement of participants in a range of activities to verify data and interpretation such as returning transcriptions to participants for review of accuracy of the interview content or returning to participants at various stages during collection and analysis of data to ensure that the researcher reflects or presents the experience of the phenomenon as it is understood by the participants.
- Transferability which is related to whether the findings can be transferred to other situations. Has the researcher described participants and the setting in enough detail to allow for comparisons with your population of interest? Are there concepts developed that might apply to your clients and their contexts? Transferability is ensured through adequate descriptions of sample and setting.
 - Dependability which relates to the consistency between the data and the findings. There should be a clear explanation of the process of research including methods of data collection, analyses and interpretation often indicated by evidence of an audit trail or peer review. The audit trail describes the decision points made throughout the research process.
 - Confirmability which involves the strategies used to limit bias in the research, specifically the neutrality of the data not the researcher. This can be enhanced through the researcher being reflective and keeping a journal, peer review such as asking a colleague to audit the decision points throughout the process and checking with expert colleagues about ideas and interpretation of data, checking with participants about ideas and interpretation of data, and having a team of researchers.

Conclusions & Implications

- Conclusions were appropriate given the study findings? - Conclusions should be consistent and congruent with the findings as reported by the researchers. All of the data and findings should be discussed and synthesized.
- The findings contributed to theory development and future OT practice? - The conclusions of the study should be meaningful to the reader, and should help the reader understand the theories developed. It should provide insight into important professional issues facing occupational therapists. The authors should relate the findings back to the existing literature and theoretical knowledge in occupational therapy. Implications and recommendations should be explicitly linked to occupational therapy practice situations and research directions.

References:

- Ashe, B., Taylor, M., & Dubouloz, C. J. (2005). The process of change: Listening to transformation in meaning perspectives of adults in arthritis health education groups. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 72*, 280-288.
- Borell, L., Gustavsson, A., Sandman, P., & Kielhofner, G. (1994). Occupational programming in a day hospital for patients with dementia. *Occupational Therapy Journal of Research, 14*, 219-243.
- Charmaz, K. (2003). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (2nd ed., pp. 249-291). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cockburn, L., & Trentham, B. (2002). Participatory action research: Integrating community occupational therapy practice and research. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 69*, 20-30.
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). *Doing qualitative research: Research methods for primary care*. Newbury Park CA: Sage.
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1999). *Doing qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA: The Sociology Press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Guitard, P., Ferland, F., & Dutil, E. (2005). Toward a better understanding of playfulness in adults. *OTJR: Occupation, Participation and Health, 25*, 9-22.
- Jung, B., Tryssenaar, J., & Wilkins, S. (2005). Becoming a tutor: Exploring the learning experiences and needs of novice tutors in a PBL programme. *Medical Teacher, 27*, 606-612.
- Krefting, L. (1989). Disability ethnography: A methodological approach for occupational therapy research. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 56*, 61-66.
- Krefting, L. (1991). Rigor in qualitative research: The assessment of trustworthiness. *American Journal of Occupational Therapy, 45*, 214-222.

Letts, L. (2003). Occupational therapy and participatory research: A partnership worth pursuing. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 77-87.

Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: SAGE.

Taylor, M. C. (2000). *Evidence-based practice for occupational therapists*. Oxford, UK: Blackwell Science Inc.

Wilding, C., & Whiteford, G. (2005). Phenomenological research: An exploration of conceptual, theoretical, and practical issues. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 25, 98-104.

Bibliography:

Bentz, V. M., & Shapiro, J. J. (1998). *Mindful inquiry in social research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Burns, N. (1989). Standards for qualitative research. *Nursing Science Quarterly*, 2(1), 44-52.

Creswell, J. W. (2006). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y.S. (Eds.). (2005). *The SAGE Handbook of qualitative research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.

de Laine, M. (1997). *Ethnography: Theory and application in health research*. Sydney, Australia: MacLennan & Petty.

Farmer, T., Robinson, K., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qualitative Health Research*, 16, 377-394.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage.

Smith, S. E., Willms D. G., & Johnson, N. A. (Eds.). (1997). *Nurtured by knowledge: Learning to do participatory action-research*. Ottawa ON: The Apex Press.

van Manen, M. (1997). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy* (2nd ed.). London, ON: The Althouse Press.