

# Cuidado Centrado no Paciente e Família e Segurança do Paciente: reflexões sobre uma proximidade emergente

*Patient-and Family-Centered Care and Patient Safety: reflections upon emerging proximity*

*Atención centrada en el paciente y la familia y la Seguridad del Paciente: reflexiones sobre una proximidad emergente*

---

**Andréia Cascaes Cruz<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2264-0140

**Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-9246-2354

---

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo, São Paulo,  
São Paulo, Brasil.

#### Como citar este artigo:

Cruz AC, Pedreira MLG. Patient-and Family-Centered Care and Patient Safety: Reflections upon Emerging Proximity. Rev Bras Enferm. 2020;73(6):e20190672. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0672>

#### Autor Correspondente:

Andréia Cascaes Cruz  
E-mail: [deiacascaes@gmail.com](mailto:deiacascaes@gmail.com)



---

EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

---

**Submissão:** 23-09-2019    **Aprovação:** 30-03-2020

---

#### RESUMO

**Objetivo:** Apresentar reflexões sobre as relações conceituais e pragmáticas acerca do Modelo Cuidado Centrado no Paciente e na Família e da Segurança do Paciente. **Método:** Discussão acerca de construtos relacionados ao Modelo de Cuidado Centrado no Paciente e na Família e Segurança do Paciente apresentando a interface desses com questões pragmáticas da prática clínica de enfermagem. **Resultados:** Enfatiza-se ser imperativo à cultura de segurança considerar pacientes e famílias como parceiros e agentes promotores de um cuidado seguro. **Considerações finais:** Compreender formas de incorporar os princípios do Cuidado Centrado no Paciente e Família às questões relacionadas à segurança do paciente pode contribuir para mitigar erros e eventos adversos em saúde.

**Descritores:** Enfermagem Familiar; Segurança do Paciente; Cuidados de Enfermagem; Assistência Centrada no Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde.

#### ABSTRACT

**Objective:** To present reflections upon conceptual and pragmatic relationships between the Patient-and Family-Centered Care and patient safety. **Method:** A discussion about constructs related to the Patient-and Family-Centered Care and patient safety, which shows their interface with pragmatic issues of clinical nursing practice. **Results:** Considering patients and families as partners and agents promoting safe care is mandatory for the safety culture. **Final considerations:** Decreasing errors and adverse health care events can be accomplished by understanding manners to incorporate the principles of Patient-and Family-Centered Care into issues related to patient safety.

**Descriptors:** Family Nursing; Patient Safety; Nursing Care; Patient-Centered Care; Quality of Health Care.

#### RESUMEN

**Objetivo:** Exponer reflexiones sobre las relaciones conceptuales y pragmáticas acerca del Atención centrada en el paciente y la familia y la Seguridad del Paciente. **Método:** Discusión acerca de construcciones relacionadas con Atención centrada en el paciente y la familia y la Seguridad del Paciente; presentando la interfaz de estos, con problemas pragmáticos de la práctica clínica de enfermería. **Resultados:** Se enfatiza ser imperativo a la cultura de seguridad, considerar pacientes y familias como colaboradores y agentes promotores de un cuidado seguro. **Consideraciones finales:** Comprender formas de incorporar los principios del Atención centrada en el paciente y la familia, a los problemas relacionados con la seguridad del paciente, puede contribuir para mitigar errores y eventos adversos en salud.

**Descriptorios:** Enfermería Familiar; Seguridad del Paciente; Cuidados de Enfermería; Asistencia Centrada en el Paciente; Calidad de la Asistencia en la Salud.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente dedica-se ao estudo das interações que ocorrem no sistema de saúde que podem resultar em erros e eventos adversos, para analisar, desenvolver e reavaliar a incorporação de estratégias que mitiguem a ocorrência de falhas decorrentes da assistência em saúde. O modelo de Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF) é definido como uma abordagem para o planejamento, a prestação e a avaliação dos cuidados em saúde que se baseia em parcerias mutuamente benéficas entre os prestadores de cuidados em saúde, pacientes e famílias. O construto central desta abordagem de cuidado é a parceria, o que implica que o enfermeiro reconheça a igualdade entre os indivíduos envolvidos no processo de cuidado (profissionais, pacientes e famílias)<sup>(1)</sup>. Ao enfatizar a necessidade de uma prática relacional fundamentada na parceria, e os princípios da dignidade e respeito, compartilhamento de informações, colaboração e participação<sup>(1)</sup> como norteadores das políticas institucionais e da prática profissional, a implementação do CCPF nos contextos de cuidado tem como desdobramentos diversas ações e estratégias que podem contribuir com a segurança do paciente.

## OBJETIVO

Apresentar reflexões sobre as relações conceituais e pragmáticas acerca do Modelo Cuidado Centrado no Paciente e na Família e da Segurança do Paciente.

## DISCUSSÃO CONCEITUAL E PRAGMÁTICA

Primeiramente, consideremos que, antes mesmo de a segurança do paciente ganhar expressiva visibilidade no âmbito da saúde, já há quase duas décadas, com a publicação do *To err is human: building a safer health care system*, e o modelo de CCPF ser formalmente definido em 1987, uma aproximação entre ambas as temáticas pode ser observada na publicação da carta de Ottawa em 1986, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a participação ativa da família nos cuidados como estratégia promotora da saúde dos indivíduos.

A participação é o princípio central nas publicações relacionadas à segurança do paciente que consideram o CCPF como uma das estratégias vitais para a promoção de um cuidado seguro. De acordo com este modelo, o princípio da participação engloba o fornecimento de apoio e incentivo aos pacientes e famílias para participarem do cuidado e do processo de tomada de decisão no nível que escolherem<sup>(1)</sup>.

Grande destaque foi dado à participação do paciente e da família em iniciativas para sua própria segurança no Programa Pacientes para a Segurança do Paciente (PPSP), da OMS<sup>(2)</sup>. Tal programa configura-se, até hoje, como uma das prioridades na área, cuja proposta estimula famílias, profissionais de saúde e gestores a trabalharem de forma colaborativa na elaboração de planos de ação, políticas e programas que visem à segurança e à promoção da cultura de aprendizado participativo.

Enalteçemos a proximidade da descrição acima com o princípio da colaboração elencado pelo CCPF, que o caracteriza como um trabalho conjunto entre profissionais de saúde, gestores e famílias na elaboração, execução e avaliação de políticas e programas

institucionais, planejamento das instalações de cuidado em saúde, processo de educação profissional, bem como na prestação de cuidados diretos ao paciente. No Brasil, a interface entre o conceito participação da família e questões relacionadas à segurança do paciente esteve marginalizada em documentos governamentais até a publicação do documento referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)<sup>(3)</sup> em 2014, quando se estabeleceu como uma das metas o envolvimento de pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente.

Cabe destacar que nos programas retromencionados não se identificam recomendações ou diretrizes que norteiem como pacientes e famílias podem estar envolvidos na prática assistencial em ações promotoras de um cuidado seguro. Pacientes e famílias são vistos mais como uma ferramenta de aprendizado face à ocorrência de erros, do que como participantes ativos na prevenção de erros na prática clínica.

Recomendações para o envolvimento ativo do paciente e família em situações do cuidado podem ser observadas no guia *Envolve-se com seus cuidados*, publicado pela Ontario Hospital Association (OHA)<sup>(4)</sup>. De acordo com esta publicação, pacientes e famílias são considerados membros da equipe de saúde, assim como o são pelo CCPF, o qual reconhece pacientes e familiares como membros essenciais da equipe de saúde e essenciais para garantir qualidade e a segurança do paciente<sup>(5)</sup>.

Ao efetuarmos uma análise do guia da OHA<sup>(4)</sup> com a lente conceitual do CCPF, é possível observar que a informação compartilhada é o construto que tangencia as recomendações, encorajando-se pacientes e famílias a obterem informações acerca de seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, assim como a fornecerem informações precisas sobre seu estado de saúde atual e pregresso, e relacionadas ao uso de medicamentos.

Conforme preconiza o CCPF, o compartilhamento de informações implica comunicar e compartilhar em tempo oportuno informações completas, verdadeiras, imparciais e úteis com pacientes e familiares, de modo que eles possam participar efetivamente do cuidado e das tomadas de decisão<sup>(1)</sup>.

Estudos demonstram que uma das maiores necessidades das famílias durante a experiência de doença e hospitalização é receber informações acerca da assistência e do estado de saúde do paciente<sup>(6-8)</sup> e que, por sua vez, cada vez mais as famílias têm buscado informações sobre as condições de saúde do paciente na Internet<sup>(9)</sup>. Diante deste cenário, urge refletir sobre o quão essas informações virtuais, muitas vezes não baseadas em evidências, podem comprometer aspectos relacionados à segurança do cuidado, e o quanto a falta do compartilhamento de informações pelos profissionais de saúde com pacientes e famílias pode levá-los a acessar fontes de informação inseguras e de baixa de qualidade.

A partir do exposto, nos questionamos: A família tem voz para realizar suas perguntas? O profissional dá voz à família? O que inibe a família de questionar e falar sobre suas necessidades? O que impede o profissional de dar as respostas que a família precisa? De forma objetiva, podemos afirmar que é preciso empoderar as famílias e capacitar os profissionais para realizar perguntas com foco nas necessidades do paciente e família, ouvindo e atendendo às suas demandas.

Ocorre que, se as respostas para tais indagações fossem tão simples quanto parecem, não seria tão complexo aplicá-las na prática. É

preciso, primeiramente, considerar que nem sempre teremos todas as respostas para as indagações dos pacientes e famílias, e que nem sempre as respostas serão precisas, o pensamento cartesiano não se aplica a todas as questões de saúde e doença, tampouco, às situações de sofrimento vivenciadas pelos pacientes e famílias. Contudo, acreditamos que, quanto mais bem informados, mais pacientes e famílias poderão colaborar com a promoção de um cuidado seguro.

Ao adentrar na discussão sobre o conceito compartilhamento de informações, queremos introduzir a ideia de que a falha na obtenção de informação pelo paciente e família é um fator contribuinte para a ocorrência do erro ou evento adverso. Inversamente, compartilhar informações pode ser tanto uma estratégia para prevenir o erro ou evento adverso, como para compreender as falhas diante da ocorrência deles.

Apesar de evidências apresentarem a falha na comunicação interprofissional como uma das causas mais comuns para ocorrência dos eventos adversos no cuidado em saúde<sup>(10-11)</sup>, pouco associamos a falha de comunicação dos profissionais com o paciente e família com questões relacionadas à segurança do paciente. Há profissionais que consideram ameaçador dar informações aos pacientes e famílias sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, reservando-se o direito de só transmitir as informações que consideram necessárias, e atribuindo à instituição a normatização de não dar informação ao paciente. Para enfermeiros que têm adotado tal conduta, enfatizamos que o seu juízo moral do que é necessário, oportuno e importante deve alicerçar a decisão sobre o que será e quando será (se há de ser) compartilhado com o paciente e família.

Assim, propõe-se uma reflexão acerca de duas questões relacionadas ao mesmo desfecho, mas sob perspectivas distintas: Como os profissionais de saúde acolhem a comunicação de uma informação pela família que revela a ocorrência de um erro relacionado à assistência em saúde? Como os profissionais de saúde comunicam a ocorrência de um erro relacionado à assistência em saúde ao paciente e à família?

Sobre a primeira questão, propomos respostas com base no significado simbólico que a família tem para o profissional de saúde. Se ele acredita que a família é um membro essencial da equipe e, por consequência, uma parceira, a comunicação da ocorrência de um erro pela família tende a ser interpretada como algo construtivo, que possibilita intervenção precoce e se mostra como uma oportunidade de aprendizado para rever os processos e mitigar futuros erros. Por outro lado, se a família é vista como um elemento fiscalizador e ajuizador, a revelação de um erro pode ser interpretada com hostilidade, o que denota falta de competência profissional, implicando em inércia diante da informação compartilhada.

Acerca do segundo questionamento, propomos uma reflexão sobre três possíveis respostas que refletem a ausência dos princípios do CCPF nas ações profissionais: uma primeira em que não caberia o advérbio “como” da pergunta, pois o silêncio profissional implicaria na não revelação do erro à família; uma segunda em que algum esclarecimento seria dado de forma rápida e superficial pelo profissional, sem propiciar oportunidade para um diálogo com a família; e uma terceira, na qual o uso de uma linguagem imprópria do profissional de saúde tornaria a comunicação do erro incompreendida pela família.

Face à complexidade dos sistemas e dos processos inerentes à prática assistencial, obter a colaboração daqueles que são os

receptores dos cuidados e que possuem uma visão privilegiada das situações vivenciadas é uma estratégia inteligente para a prevenção de erros. É preciso reconhecer que pacientes e famílias, munidos de informações precisas acerca do cuidado e do estado de saúde do paciente, e considerados como parceiros e colaboradores da equipe de saúde, têm muito mais chances de reconhecer falhas no processo de cuidado do que os profissionais de saúde, sobretudo, diante da sobrecarga de trabalho e da escassez de recursos humanos.

Estudo realizado no contexto pediátrico mostrou que as famílias detectaram mais erros e eventos adversos do que os profissionais de saúde. As famílias identificaram as falhas na comunicação como o principal fator contribuinte para a ocorrência dos erros reportados. Face aos resultados, o estudo fez recomendações que se alinham diretamente ao CCPF: a) melhorar a comunicação entre médicos, enfermeiros e famílias sobre questões de segurança; b) considerar o conhecimento das famílias; c) envolver ativamente as famílias no processo de supervisão dos cuidados (para ajudar a prevenir erros e/ou identificá-los precocemente); d) envolver as famílias no planejamento dos cuidados, atualizá-las sobre as mudanças, encorajá-las a falar e participar (para serem parceiras efetivas na prevenção de erros); e) instruir as famílias sobre como relatar possíveis erros<sup>(12)</sup>.

Em relação às questões pragmáticas que envolvem a participação e a colaboração da família na segurança do paciente durante a prestação de cuidados, retomaremos o primeiro desafio global da OMS, que foi orientado à prevenção e ao controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) nos serviços de saúde. Seu enfoque foi direcionado à prática da higienização das mãos (HM) como medida primordial para a prevenção de infecções, com o tema *Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura*.

Sobre esse tema, estudo demonstrou que as famílias, conscientes da importância da higienização das mãos e das infecções associadas aos cuidados de saúde, aceitariam convites para participar de ações promotoras da higienização das mãos. Contudo, alguns familiares referiram existir a possibilidade de se sentirem desconfortáveis ao terem que lembrar aos profissionais de saúde de higienizarem as mãos, relatando medo de um possível impacto negativo no relacionamento família-profissional. Acerca das percepções dos profissionais sobre esta ação colaborativa com as famílias, eles também acreditavam que tal intervenção por parte da família pudesse impactar de forma negativa nos relacionamentos entre eles e famílias<sup>(13)</sup>.

Diante da percepção dos enfermeiros trazida pelo estudo acima, uma autorreflexão sobre o significado da família para os profissionais precisa ser realizada. Já apresentamos a concepção de família como um agente fiscalizador e ajuizador, mas há ainda aqueles profissionais que a percebem como um oponente. Fato é que essas definições, assim como considerar pacientes e famílias inaptos a contribuir para a redução de erros nos atendimentos de saúde, são crenças restritivas que precisam ser modificadas. É imperativo à cultura de segurança considerar pacientes e famílias como parceiros e agentes promotores de um cuidado seguro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os construtos discutidos neste texto devem ser entendidos como um conjunto de princípios que norteiam a prática profissional e que, portanto, precisam estar impreterivelmente presentes

em toda e qualquer comunicação e relação estabelecida com o paciente e família na prática profissional. Se considerarmos ainda que profissionais da saúde devem ofertar um cuidado ético, baseado nos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, e que estes têm relação intrínseca com os princípios postulados pelo CCPF, a sua nulidade na prática clínica pode caracterizar um cuidado antiético. Ademais, agravando esta perspectiva, destaca-se que, em nosso país, iniciativas para promover a participação de pacientes e famílias no cuidado podem estar muito mais presentes na assistência à saúde privada do que na pública, por uns serem vistos como consumidores e outros como meros “usuários” que se beneficiam de assistência gratuita, e deste modo, implícita está a possibilidade de ocorrência de erros.

Com o avanço nas pesquisas, a aproximação entre o CCPF e a segurança do paciente vem sendo cada vez mais impulsionada e ganhando destaque em diferentes sistemas de saúde. Assim, é preciso pensar na incorporação e na articulação dos conceitos

comuns ao CCPF e à segurança do paciente como competências profissionais do enfermeiro. A associação desses dois componentes de forma fundamentada, consciente e intencional é capaz de elevar o nível de assistência, promovendo a prestação de um cuidado de qualidade que resulte em melhor experiência do paciente e família no contato com o sistema de saúde.

No que cabe às instituições formadoras e de saúde, é preciso reconhecer que a falta de treinamento dos profissionais de saúde sobre o estabelecimento de relacionamentos eficazes com pacientes e familiares é um obstáculo a ser superado para que a translação do conhecimento acerca da interface entre o CCPF e a segurança do paciente possa ser concretizada.

## FOMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

---

## REFERÊNCIAS

1. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit Care Med*. 2017;45(1):103–28. doi: 10.1097/CCM.0000000000002169
2. World Health Organization. Patients for Patient Safety: partnerships for safer health care [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013[cited 2019 Sep 23]. Available from: [https://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/PFPS\\_brochure\\_2013.pdf](https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf)
3. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Ministério da Saúde. 2014[cited 2019 Sep 23]. 42 p. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
4. Ontario Hospital Association. Patient Safety. Your health care - be involved [Internet]. Ontario; 2006[cited 2019 Sep 23]. Available from: [https://www.oha.com/Documents/English\\_Brochure\\_-\\_2007.pdf](https://www.oha.com/Documents/English_Brochure_-_2007.pdf)
5. Dokken DL, Kaufman J, Johnson BH, Perkins SB, Benepal J, Roth A, et al. Changing hospital visiting policies: From families as “visitors” to families as partners. *J Clin Outcomes Manag*[Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 23];22(1):29–36. Available from: <https://www.mdedge.com/jcomjournal/article/146722/practice-management/changing-hospital-visiting-policies-families-visitors>
6. Santos LG, Cruz AC, Mekitarian FFP, Angelo M. Family interview guide: strategy to develop skills in novice nurses. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(6):1129–36. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0072
7. Alsharari A. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. Patient prefer adherence [Internet]. 2019[cited 2019 Sep 23];13:465–73. Available from: <https://www.dovepress.com/the-needs-of-family-members-of-patients-admitted-to-the-intensive-care-peer-reviewed-article-PPA>
8. Foster M, Whitehead L, Arabiat D, Frost L. Parents’ and staff perceptions of parental needs during a child’s hospital admission: an Australian study. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2018[cited 2019 Sep 23];43:e2–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0882596318300794>
9. Pehora C, Gajaria N, Stoute M, Fracassa S, Serebale-O’Sullivan R, Matava CT. Are parents getting it right? a survey of parents’ Internet use for children’s health care information. *Interact J Med Res* [Internet]. 2015[cited 2019 Sep 23];4(2):e12. Available from: <http://www.i-jmr.org/2015/2/e12/>
10. Duarte SCM, Stipp MAC, Cardoso MMVN, Büscher A. Patient safety: understanding human error in intensive nursing care. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018[cited 2019 Sep 23];52. doi: 10.1590/s1980-220x2017042203406
11. Bagnasco A, Tubino B, Piccotti E, Rosa F, Aleo G, Di Pietro P, et al. Identifying and correcting communication failures among health professionals working in the emergency department. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2013[cited 2019 Sep 23];21(3):168–72. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1755599X12000924>
12. Khan A, Coffey M, Litterer KP, Baird JD, Furtak SL, Garcia BM, et al. Families as partners in hospital error and adverse event surveillance. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2017[cited 2019 Sep 23];171(4):372. Available from: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapediatrics.2016.4812>
13. Bellissimo-Rodrigues F, Pires D, Zingg W, Pittet D. Role of parents in the promotion of hand hygiene in the paediatric setting: a systematic literature review. *J Hosp Infect* [Internet]. 2016[cited 2019 Sep 23];93(2):159–63. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S019567011600092X>