

AMANDA APARECIDA CORRÊA MARTINS MACHADO

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO E DA PARTICIPAÇÃO DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS SOBRE AS AÇÕES NO CONTEXTO DA SEGURANÇA DO
PACIENTE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS - BRASIL
2018

Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa

T

M149a
2018

Machado, Amanda Aparecida Corrêa Martins, 1989-
Avaliação da percepção e participação de pacientes
hospitalizados sobre as ações no contexto da segurança do
paciente / Amanda Aparecida Corrêa Martins Machado. –
Viçosa, MG, 2018.
xv, 53f. : il. ; 29 cm.

Inclui anexos.

Orientador: Marilane de Oliveira Fani Amaro.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Segurança do paciente. 2. Participação do paciente.
3. Gestão de segurança. 4. Medicina - Prática - Medidas de
segurança. 5. Pacientes - Medidas de segurança. I. Universidade
Federal de Viçosa. Departamento de Medicina e Enfermagem.
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. II. Título.

CDD 22. ed. 610.289

AMANDA APARECIDA CORRÊA MARTINS MACHADO

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO E DA PARTICIPAÇÃO DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS SOBRE AS AÇÕES NO CONTEXTO DA SEGURANÇA DO
PACIENTE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 12 de julho de 2018.

Bruna Figueiredo de Manzo

Andreia Guerra Siman
(Coorientadora)

Marilane de Oliveira Fani Amaro
(Orientador)

Dedicatória

À toda minha família, em especial ao meu esposo **Miler**, pelo apoio incondicional e constante incentivo. E à minha filha **Débora**, que deu um sentido especial à minha existência.

"E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria". 1 Coríntios

AGRADECIMENTOS

Sou grata e muito feliz pela vida!

Agradeço primeiramente a **Deus** pela Vida, por sempre se fazer presente e me mostrar o quanto sou mais forte que penso. Obrigada Senhor pelas maravilhas que faz em mim e por me cercar de pessoas especiais.

Aos meus pais, **Joaquim Martins Machado** e **Edwiges Corrêa Martins Machado**, que sempre me apoiaram e me incentivaram a buscar meus sonhos.

Aos meus irmãos **Rodrigo Corrêa Martins Machado** e **Lucas Corrêa Martins Machado** pelo apoio e incentivo acadêmico, acima de tudo pelo carinho e amizade.

Ao **Miler Soares Machado**, meu esposo, meus sinceros agradecimentos pelo companheirismo e incentivo constante. Não sei como agradecer pelas imensas contribuições durante o mestrado, sem você, tudo seria mais penoso. Obrigada pelos momentos de estudo junto à mim e principalmente, pelo auxílio nas análises estatísticas e leitura cuidadosa. Você é meu exemplo de dedicação e competência! Serei eternamente grata pela sua presença em minha vida!

À minha filha amada, **Débora Martins Machado**, por todo amor incondicional e pelas alegrias diárias. Com você a caminhada é mais leve, mais divertida e com muito mais amor. A sua existência deu sentido especial à minha, e me fortalece a cada dia.

À minha cunhada e amiga **Ana Luíza Tunes Pereira**, por todo carinho e amizade. Seu entusiasmo e alegria contagia à todos ao seu redor. Obrigada por ser uma “irmã” pra mim e uma tia tão carinhosa e presente. Agradeço por tê-la presente em minha vida.

Agradeço a minha avó, tias e tios, primas e primos, por fazerem parte da minha história de vida!

Um agradecimento mais que especial à professora **Marilane de Oliveira Fani Amaro**, querida orientadora, exemplo de profissional e pessoa. Agradeço por todos os momentos de aprendizado e de amizade, nos quais sempre me trouxe uma palavra de apoio e tranquilidade. Você faz parte de um dos momentos mais desafiadores da minha história acadêmica, a maternidade, e sempre me encorajou desde a graduação a buscar meus sonhos. Muito obrigada pelas oportunidades, pelos ensinamentos e pela confiança em mim depositada! O que aprendi com você levarei por toda minha

vida profissional e pessoal.

À professora **Andreia Guerra Siman**, querida coorientadora, que desde a graduação faz parte dessa caminhada. Obrigada pela apreciação do trabalho, apoio, estímulo e contribuições!

À professora **Cristiane Chaves de Souza**, querida coorientadora, a mais grata surpresa desse mestrado em minha vida. Que contribuiu tanto em todo trabalho, me incentivando e fazendo acreditar que tudo ia dar certo. Obrigada pelos ensinamentos, valiosas contribuições, profissionalismo e amizade. Obrigada pelas inúmeras leituras de artigos e trabalhos, sua competência me encanta e inspira!

À amiga **Núbia da Conceição Santos Ferreira**, por toda colaboração na coleta de dados, seu companheirismo nessa fase foi essencial para que pudesse concluir esse trabalho.

À querida amiga **Lídia Miranda Brinati**, por compartilhar comigo seu conhecimento, por sempre ter uma palavra de apoio e sempre disposta a me ajudar. Agradeço pela amizade, carinho e cuidado.

À todos os companheiros e amigos da turma do mestrado, em especial a **Rafaela Fonseca, Camila Santana, Pâmela Brustolini, Thiany Silva Oliveira, Nayara Carvalho, Poliana Miranda, Maria Augusta Coutinho, Mirene Peloso e Marcelo Lima**, por tornarem mais leve e divertidas nossas aulas.

À administração do **Hospital São Sebastião**, de Viçosa-MG, por permitir que a pesquisa fosse realizada na instituição. Ao apoio de todos profissionais por nos receber com tanto acolhimento, tornando possível a coleta de dados dos pacientes. Agradeço especialmente ao apoio de **Penha Ferreira**, gestora do setor de qualidade e **Maria Aline Rocha** responsável pela Segurança do paciente, ambas da instituição.

À todos os **pacientes** que participaram do estudo, sempre dispostos à ajudar.

À professora **Bruna Figueiredo de Manzo**, pela disponibilidade, atenção e participação como membro da banca.

À querida amiga **Ruteléia de Souza Silva**, por compartilhar comigo tantas dificuldades e alegrias. Agradeço pela amizade e carinho. Obrigada por compreender esse período de ausência. Jamais esquecerei sua generosidade e amor ao próximo.

À Equipe **Sépala Saúde Integral** e à **todos da Incubadora de Negócios da Universidade Federal de Viçosa**, em entender esse período de dedicação em minha

formação profissional. Obrigada pela compreensão, carinho e torcida constante!

À **Universidade Federal de Viçosa**, instituição à qual devo toda a minha formação profissional e parte importante de minha formação pessoal.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde** por todos os subsídios para realização deste sonho.

À todos os **professores e funcionários do Departamento de Medicina e Enfermagem** pelo apoio nesta conquista. Agradecimento especial à secretária **Leila Aparecida de Souza Oliveira** pela gentileza e prontidão em sempre ajudar.

À **todos** que, de alguma forma, colaboraram para a realização deste trabalho, meu muito obrigada!

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	ixix
LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS.....	x
RESUMO	xi
ABSTRACT.....	xiii
APRESENTAÇÃO	xv
INTRODUÇÃO GERAL.....	1
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	4
OBJETIVOS.....	5
Objetivo geral	5
Objetivos específicos.....	5
PRODUTOS FINAIS	6
ARTIGO 1 – ARTIGO ORIGINAL: AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO E DA PARTICIPAÇÃO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS SOBRE AÇÕES EFETIVAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE	6
Resumo	6
Introdução	7
Método	8
Resultados	11
Discussão.....	18
Conclusão	22
Referências	23
ARTIGO 2 – ARTIGO DE REVISÃO.....	25
PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE NA PROMOÇÃO DE UMA ASSISTÊNCIA SEGURA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	25
Resumo.....	25
Introdução	25

Métodos.....	27
Resultados	28
Discussão.....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	41
CONCLUSÕES GERAIS.....	44
ANEXOS.....	45
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA.....	45
ANEXO 2 – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	48
ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS

SPSS = Statistical Package for the Social Sciences

SP = Segurança do Paciente

OMS = Organização Mundial da Saúde

OPAS = Organização Pan-Americana de Saúde

EUA = Estados Unidos da América

Anvisa = Agência Nacional de Vigilância Sanitária

PNSP = Programa Nacional de Segurança do Paciente

UFV = Universidade Federal de Viçosa

UTI = Unidade de Terapia Intensiva

IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS = Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

CINAHL = bases de dados em enfermagem e áreas afins

DeCS = descritores controlados contidos nos Descritores em Ciência da Saúde

BVS = Biblioteca Virtual em Saúde

CEP = Comitê de Ética em Pesquisa

TCLE = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

ARTIGO 1 – ARTIGO ORIGINAL	14
Tabela 1 - Distribuição dos entrevistados segundo sexo, faixa etária, etnia, estado civil, escolaridade, renda per capita, serviço de saúde, acompanhamento médico contínuo, tempo de acompanhamento médico contínuo, número de internações hospitalares nos últimos seis meses, internação em UTI e admissão pela emergência. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2018. (n =360)	19
Tabela 2 - Percepção dos pacientes sobre o nível de participação nos cuidados e envolvimento positivo em atividades da assistência em contexto hospitalar. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2018. (n =360)	21
Tabela 3 - Distribuição entre os grupos das variáveis sócio demográficas investigadas e os desfechos “classificação da participação em atividades de acordo com o número de atividades realizadas”, e “percepção do entrevistado quanto ao nível de participação no cuidado”. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2018. (n =360)	23
Tabela 4 - Análise de correlação entre as variáveis estatisticamente significativas do perfil sócio demográfico e auto percepção sobre condição de saúde, e o desfecho “Participação pelo número de atividades realizadas”. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2018. (n =360)	25
ARTIGO 2 – ARTIGO DE REVISÃO.....	32
Quadro 1 - Sistematização da busca eletrônica nas bases de dados LILACS, PubMed e CINAHL	35
Figura 1 - Fluxograma de seleção da literatura sobre a participação do paciente na assistência à saúde com finalidade de reduzir danos e proporcionar maior segurança, nas Bases de dados LILACS, PUBMED e CINAHL.	36
Quadro 1 - Sistematização da busca eletrônica nas bases de dados LILACS, PubMed e CINAHL	35
Quadro 2 - Resultado da busca acerca dos artigos sobre a participação do paciente para promoção da assistência segura, publicados nas Bases de dados LILACS, PUBMED e CINAHL.	37

RESUMO

MACHADO, Amanda Aparecida Corrêa Martins, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, julho de 2018. **Avaliação da percepção e da participação de pacientes hospitalizados sobre ações no contexto da segurança do paciente.** Orientadora: Marilane de Oliveira Fani Amaro. Coorientadores: Andreia Guerra Siman, Cristiane Chaves de Souza e Camilo Amaro de Carvalho.

Este estudo trata do envolvimento do paciente como estratégia para a promoção de um ambiente de cuidados em saúde com mais segurança. Os objetivos foram avaliar a percepção do nível participação e o nível de participação para segurança do paciente, e investigar evidências a cerca do envolvimento do paciente na segurança do paciente. Utilizou-se como metodologia um estudo transversal, de abordagem quantitativa realizado em um hospital de ensino na Zona da Mata de Minas Gerais. A população do estudo foi composta por pacientes hospitalizados dos setores de internação clínico-cirúrgico adulto que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar hospitalizado a pelo menos 24 horas, ter idade igual ou superior a 18 anos, estar lúcido, cooperativo, e orientado no tempo e no espaço. Foram excluídos os pacientes que, no momento da abordagem para coleta de dados, apresentavam-se sob efeito de sedação; em ventilação mecânica, e aqueles cujas condições clínicas não favoreciam a participação do paciente com segurança na coleta dos dados. Para a coleta dos dados utilizou-se um questionário estruturado adaptado, com amostra de 360 pacientes. Os dados foram analisados pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0. Foi realizada estatística descritiva com tabelas de distribuição de frequência, e estatística inferencial pelos testes quiquadrado, correlação de Spearman e de Pearson. Os resultados mostraram que 239 (66%) entrevistados avaliam sua participação na assistência como alta. No que se refere à participação em ações para a segurança do paciente, 220 (61%) relataram ter realizado cinco atividades ou mais e foram classificados no grupo alta participação, enquanto 140 (39%) entrevistados realizaram menos de cinco atividades e foram classificados como baixo nível de participação, destacando o fato de 220 (61%) entrevistados afirmaram que nunca conferem a medicação ou fazem isso apenas esporadicamente. As variáveis sexo, escolaridade, idade, renda per capita, serviços de saúde, percepção do estado de saúde,

acompanhamento médico contínuo, admissão pela emergência e confiança no autoconhecimento para prevenção de erros, interferiram no nível de participação dos pacientes. Foi encontrada correlação positiva fraca entre o número de atividades positivas realizadas e a percepção destes para seu nível de participação, demonstrando que o paciente com maior participação possui uma melhor percepção quanto ao seu nível de envolvimento no cuidado. Conclui-se que o envolvimento dos pacientes é essencial para construção de uma cultura de segurança. Porém, ainda se faz necessário maior conscientização dos pacientes, capaz de aumentar significativamente a compreensão de seu papel e sua corresponsabilidade com seus próprios cuidado em saúde.

ABSTRACT

MACHADO, Amanda Aparecida Corrêa Martins, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, July, 2018. **Evaluation of the perception and participation of hospitalized patients about actions in the context of patient safety.** Adviser: Marilane de Oliveira Fani Amaro. Co-advisers: Andreia Guerra Siman, Cristiane Chaves de Souza and Camilo Amaro de Carvalho.

This study addresses the involvement of the patient as a strategy to promote a safer health care environment. The objectives were to evaluate the perception of participation level and the level of positive participation for patient safety, and to seek recent studies on this subject. A cross-sectional, quantitative approach was used as a methodology in a teaching hospital in the Zona da Mata of Minas Gerais. The study population consisted of hospitalized patients from the adult clinical and surgical hospitalization sectors who met the following inclusion criteria: being hospitalized for at least 24 hours, being 18 years of age or older, being lucid, cooperative, and time and space. We did not include patients who, at the time of the data collection approach, presented with sedation; in mechanical ventilation, those who were disoriented in time and space, and those whose clinical conditions did not favor the patient's participation in data collection. A structured questionnaire with a sample of 360 patients was used to collect the data. Data were analyzed by Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 23.0. Descriptive statistics were performed with frequency distribution tables, and inferential statistics using chi-square, Spearman and Pearson correlation. . The results showed that 239 (66%) interviewed evaluated their participation in care as high. Regarding participation in actions for patient safety, 220 (61%) reported having performed five or more activities and were classified in the high participation group, while 140 (39%) interviewed performed less than five activities and were classified as low level of participation, highlighting the fact that 220 (61%) respondents stated that they never confer the medication or only do so sporadically. The variables gender, schooling, age, per capita income, health services, perception of health status, continuous medical follow-up, admission for emergence and confidence in self-knowledge to prevent errors interfered in the level of patient participation. A weak positive correlation was found between the

number of positive activities performed and their perception of their level of participation, demonstrating that the patient with greater participation has a better perception regarding their level of involvement in care. It is concluded that patient involvement is essential for building a safety culture. However, there is still a need for greater patient awareness, which can significantly increase the understanding of their role and their co-responsibility with their own health care.

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação foi elaborada de acordo com as normas estabelecidas pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Viçosa – UFV. O corpo do trabalho compreende uma introdução geral, objetivos geral e específicos, dois artigos científicos e uma conclusão geral. Primeiro artigo apresentado é um estudo original intitulado **“Avaliação da percepção e da participação de pacientes hospitalizados sobre ações efetivas para a segurança do paciente”**, o qual foi submetido à Revista Texto & Contexto Enfermagem (Qualis B3 - Medicina I/ Qualis A2 – Enfermagem). O segundo artigo é um estudo de revisão integrativa da literatura intitulado **“Participação do paciente na promoção de uma assistência segura: uma revisão integrativa”**, foi submetido à Revista Enfermeria Global (Qualis B4 – Medicina I/ Qualis B1 – Enfermagem).

INTRODUÇÃO GERAL

Atualmente a “Segurança do Paciente” tem se tornado um campo amplo de atuação em pesquisas e direcionamentos para melhorias na qualidade da assistência. No entanto, já a bastante tempo se conhece que cuidados em saúde podem gerar danos. Hipócrates por volta de 300 a.C., o pai da medicina ocidental, o qual é atribuído o aforisma “*Primum Non Nocere*”, ou “primeiro não causar dano”, já trazia a prática segura como um preceito básico para as práticas médicas da época.¹

Os erros nunca foram bem vistos dentro da área da saúde, e por muito tempo eram pouco comentados e raramente assumidos para os pacientes.² Um movimento de investigações e pesquisas sobre a ocorrência de erros em saúde, se iniciou nos últimos 30 anos, principalmente nos Estados Unidos da América (EUA), os quais buscavam identificar erros e eventos adversos nos processos de saúde, obtendo resultados que levaram a uma reflexão mundial.¹

Em 1974, tivemos “O estudo de viabilidade do seguro médico” (The Medical Insurance Feasibility Study - MIFS), desenvolvido pela Associação Médica da Califórnia (California Medical Association) e Associação Hospitalar da Califórnia (California Hospital Association); o “Estudo da Prática Médica de Harvard” (The Harvard Medical Practice Study – HMPS). Essas pesquisas, foram de suma importância para impulsionar uma preocupação universal sobre erros que poderiam ser evitados.¹

Após a publicação, nos EUA, do livro “To Err is Human” em 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou as discussões sobre o tema, objetivando a promover maior segurança nos cuidados em saúde.³ Em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com a finalidade principal de propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos.³

No Brasil, a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) é a responsável pela atuação na área da segurança do paciente, e com base nas recomendações da OMS tem desenvolvido ações que visam a melhoria da qualidade das instituições de saúde. Em 2007, a ANVISA lançou a oficina “Segurança do Paciente: Um Desafio Global” em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com a finalidade de motivar discussões nacionais sobre o tema.⁴

Em 2013, a Anvisa implantou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), propondo um conjunto de medidas para prevenir e reduzir a ocorrência de erros

nos serviços de saúde. O PNSP trás dentre os seus objetivos: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente.⁵

Na assistência à saúde, o ambiente hospitalar se demonstra com maior probabilidade de erros evitáveis. Isso se deve a maior complexidade dos tratamentos e a características culturais, tais como: hierarquização dos cargos, enaltecimento do profissional médico, enfoque centrado na doença, falhas individuais, punição dos profissionais, ocultação das falhas assistenciais, práticas inadequadas ou ultrapassadas, falta de envolvimento do paciente em seus cuidados, entre outras.⁶⁻⁷

Sobre isso, Duarte et. al.,⁸ consideram que uma forma de redução na ocorrência desses eventos passa pela compreensão, por parte dos profissionais de saúde, da definição de eventos adversos, bem como da adoção de uma cultura não punitiva frente aos eventos ocorridos.⁸ Estes autores também consideram fundamental a adoção de ferramentas de notificação de eventos adversos pelas instituições que permitam contribuir para o acompanhamento e controle das ocorrências e para a elaboração de medidas preventivas realmente eficazes.⁸

Ainda que os profissionais de saúde sejam os responsáveis pela assistência, e assim, assumem a responsabilidade dos erros, é necessário que o paciente e seus familiares também estejam motivados e atuem efetivamente nas ações e processos que envolvam a assistência. Nesse contexto, a OMS recomenda que uma das iniciativas para garantir a segurança do paciente seja o desenvolvimento da autonomia e corresponsabilidade do próprio paciente/acompanhante no processo de tratamento, recuperação e cura.⁹

Reconhecendo a magnitude do problema da segurança do paciente, principalmente no que tange à sua participação como parceria na assistência, Weingart et al.,¹⁰ realizaram um estudo em Boston e afirmaram que os pacientes hospitalizados são potencialmente observadores de seus próprios cuidados, e estão altamente motivados para garantir que os tratamentos corretos sejam realizados. Dessa forma, são capazes de identificar os eventos adversos e *near miss* (quase erros) e intervir para

prevenção de agravos a sua saúde e promover sua segurança.¹⁰

Apesar da importância da participação dos pacientes e seus acompanhantes no trabalho de assistência à saúde, poucos são os estudos que visam identificar a real capacidade de esses atuarem no processo de assistência e intervir a ponto de evitar a ocorrência de eventos adversos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ZAMBON, L.S. Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da OMS: Sistema de Resiliência. MedicinaNet, 2010. 112 Disponível em: <http://www.medicina.net/conteudos/gerenciamento/3018/classificacao_>. Acesso em: 14 junho 2018.
2. VINCENT, C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.
3. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Geneva (Swi): World Health Organization; 2010.
4. Brasil, Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil. Ministério da Saúde; 2007.
5. Brasil, Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática. Brasília: ANVISA; 2017. 170p.
6. Anderson A, Frank C, Wilman AML, Sandman PO, Hansebo G. Adverse events in nursing: A retrospective study of reports of patient and relative experiences. International Council of Nurses. 2015 jun; 62(3): 377–85.
7. Gomes ATL, et al. A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. Rev Bras Enferm. 2017 jan-fev;70(1):146-54.
8. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. 2015; 68(1): 144-154.
9. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Forward programme 2008-2009. Geneva: WHO; 2008.
10. Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, Li JM, Aronson MD, Davis RB, et al. What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. J Gen Intern Med. 2005; 20:830–836.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Avaliar a percepção e a participação dos pacientes hospitalizados no que tange seu engajamento na promoção de ações de segurança do paciente em uma Instituição hospitalar.

Objetivos específicos

- Avaliar a percepção e a participação de pacientes hospitalizados sobre ações positivas para promoção da segurança do paciente; (ARTIGO 1).
- Analisar as produções científicas acerca da participação do paciente na promoção de uma assistência segura; (ARTIGO 2).

PRODUTOS FINAIS
ARTIGO 1 – ARTIGO ORIGINAL

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO E DA PARTICIPAÇÃO DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS SOBRE AÇÕES EFETIVAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE**

Resumo

Objetivou-se avaliar a percepção e a participação de pacientes hospitalizados sobre ações efetivas para promoção da segurança do paciente. Estudo transversal, quantitativo, realizado em um hospital de ensino. Para a coleta dos dados utilizou-se um questionário estruturado, com amostra de 360 pacientes. Foram incluídos os pacientes em internação a pelo menos 24 horas e idade igual ou superior a 18 anos, estar lúcido. Os dados foram submetidos à análise estatística software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), utilizando testes quiquadrado, correlação de Spearman e Pearson. Os resultados mostraram que 239 (66%) entrevistados avaliam sua participação na assistência como alta. No que se refere à participação em ações para a segurança do paciente, 220 (61%) relataram ter realizado cinco atividades ou mais e foram classificados no grupo alta participação, enquanto 140 (39%) entrevistados realizaram menos de cinco atividades e foram classificados como baixo nível de participação, destacando o fato de 220 (61%) entrevistados afirmaram que nunca conferem a medicação ou fazem isso apenas esporadicamente. As variáveis sexo, escolaridade, idade, renda per capita, serviços de saúde, percepção do estado de saúde, acompanhamento médico contínuo, admissão pela emergência e confiança no autoconhecimento para prevenção de erros, interferiram no nível de participação dos pacientes. Foi encontrada correlação positiva fraca entre o número de atividades positivas realizadas e a percepção destes para seu nível de participação, mostrando que faz-se necessário ações de conscientização e engajamento do paciente frente aos seus cuidados, para promover ações efetivas para segurança.

Palavras-chave: Segurança do paciente, Participação do paciente, Qualidade da Assistência à Saúde, Avaliação em saúde, Relações Hospital-Paciente.

Introdução

A Segurança do Paciente (SP) é definida como um conjunto de medidas promovidas pelas instituições de saúde a fim de reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado saúde.¹ Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com a finalidade principal de propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos.¹ Houve a partir dessa iniciativa um aumento nas discussões sobre o tema, apresentando-se notório crescimento em número de pesquisas e protocolos assistenciais nos últimos anos. Estes estudos têm se tornado a base para o desenvolvimento de programas nacionais e institucionais, os quais possuem a finalidade de oferecer assistência de excelência, reduzindo a ocorrência de erros e assegurando a satisfação dos pacientes.¹

A atenção à saúde integra uma diversidade de fatores que possuem relevância para a promoção de uma assistência segura. Além dos fatores patológicos, principalmente no ambiente hospitalar, características culturais podem interferir na segurança do paciente, tais como: hierarquização dos cargos, enaltecimento do profissional médico, enfoque centrado na doença, falhas individuais, punição dos profissionais, ocultação das falhas assistenciais, práticas inadequadas ou ultrapassadas, falta de envolvimento do paciente em seus cuidados, entre outras.²⁻³

Em países desenvolvidos como Estados Unidos da América (EUA) e Europa, as pesquisas e ações frente aos programas de Segurança encontram-se bem desenvolvidas. Atualmente, os pacientes têm sido cada vez mais incentivados a participarem de seus próprios cuidados e essa estratégia tem contribuído nas discussões sobre a prevenção de erros durante a assistência.⁴

A fim de impulsionar o movimento de Segurança do Paciente no Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) implantou, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), propondo um conjunto de medidas para prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde. A Portaria MS/GM nº 529/2013, no artigo 3º, define como objetivos específicos do PNSP: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à

segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente.⁵

Entretanto, embora exista estímulo ao envolvimento do paciente na assistência, ainda se faz necessário um maior debate sobre o tema, possibilitando assim, a compreensão por parte de instituições, profissionais de saúde e pacientes sobre a importância do engajamento dos pacientes nos seus próprios cuidados de saúde. Pesquisas apontam a existência de pacientes que acreditam que este não é seu papel ou apresentam pouca iniciativa para o envolvimento.⁶⁻⁷ Alguns pacientes justificam a falta de interesse em participar pelo receio de detectar erros e informar à equipe, acreditando, de alguma maneira, ser prejudicial para a cooperação no processo de recuperação da doença.⁶⁻⁷

Weingart et al.,⁸ trabalhando com 2.025 pacientes com história de internação pregressa em hospitais norte-americanos de cuidados agudos, concluiu que existe forte associação entre a redução de risco de sofrer um evento adverso durante sua hospitalização mediante participação positiva do paciente. No Brasil, Oliveira et al.,⁹ avaliando a participação do paciente na assistência, explicita o sentimento de desconforto dos profissionais ao serem questionados sobre sua atuação, fato este que pode inibir o engajamento do paciente no cuidado. Em outra pesquisa, Vaismoradi et al.,⁶ verificou que o envolvimento do paciente pode ser influenciado por seu nível de conhecimento, condição de saúde, crenças, experiências pessoais, contextos e culturas. Estes resultados evidenciam a necessidade de estudos que avaliem o perfil regional dos pacientes, seus acompanhantes e os profissionais de saúde afim de possibilitar a implantação de estratégias efetivas de promoção da participação de todos os atores envolvidos no cuidado.⁸⁻⁹⁻⁶

Considerando o paciente como a última barreira capaz de evitar que o evento adverso aconteça, e diante da necessidade de conhecer o perfil dos diversos atores envolvidos no cuidado, nesta pesquisa, objetivou-se avaliar a percepção e a participação de pacientes hospitalizados sobre ações positivas para promoção da segurança do paciente.

Método

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa do tipo transversal realizado em

um hospital filantrópico e de ensino, localizado na Zona da Mata de Minas Gerais, faz parte da Rede de Hospitais Sentinela. Possui capacidade para 113 leitos destinados à internação de pacientes das clínicas médica, cirúrgica, pediátrica e maternidade. Possui ainda 06 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto, e 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e 05 salas de Bloco cirúrgico. Trata-se de um serviço de referência na região, que é composta por nove municípios, com média de 500 atendimentos por mês.

A população do estudo foi composta por pacientes hospitalizados dos setores de internação clínico-cirúrgico adulto que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar hospitalizado a pelo menos 24 horas, ter idade igual ou superior a 18 anos, estar lúcido, cooperativo, e orientado no tempo e no espaço. Não foram incluídos os pacientes que, no momento da abordagem para coleta de dados, apresentavam-se sob efeito de sedação; em ventilação mecânica, os que estavam desorientados no tempo e no espaço, e aqueles cujas condições clínicas não favoreciam a participação do paciente com segurança na coleta dos dados.

O cálculo amostral foi realizado tendo por referência o número de internações ocorridas em 2016 nos setores de clínicas médicas, cirúrgicas e maternidade da referida instituição. Por não haver informação na literatura científica sobre a frequência do evento “participação na assistência”, consideramos tal como 50%. Para uma população total de 5.823 internações em 2016, uma margem de erro de 5%, um nível de significância de 95% e frequência de 50% do evento, a amostra foi definida por 360 pacientes.

Os dados foram coletados entre setembro de 2017 e janeiro de 2018, através de entrevista junto aos pacientes, utilizando um questionário estruturado contendo perguntas específicas acerca de: (i) o conhecimento dos pacientes sobre seu problema médico, (ii) a capacidade de conversar com os profissionais de saúde, (iii) a facilidade de encontrar um médico ou enfermeiro para fornecer a informação desejada, (iv) a percepção que um clínico havia descrito sobre os riscos e os benefícios associados às decisões de tratamento, (v) a capacidade de participar adequadamente na tomada de decisões, (vi) a experiência com presença de visitantes a fim de garantir que os desejos dos pacientes estavam sendo seguidos (vii) a verificação de seu próprio medicamento e (viii) a percepção do nível de participação nas atividades relacionadas à assistência em escala numérica de zero à dez. A partir deste último questionamento, os entrevistados

foram classificados em dois grupos de acordo com sua percepção ao nível de participação nos cuidados em saúde. Um grupo intitulado como “baixo” para aqueles que se deram nota de 0 à 6 e outro como “alto” para os que se auto avaliaram de 7 à 10 em envolvimento.

Foram avaliadas as demais questões como atividades positivas a fim de promover um ambiente mais seguro no momento de internação hospitalar. Devido a não obtermos conhecimento a priori da contribuição relativa de cada uma das múltiplas respostas em cada questionamento, e a exemplo do estudo base do questionário, as respostas foram dicotomizadas agrupando-se respostas positivas (por exemplo, "sempre" com "geralmente") e negativas respostas (por exemplo, "um pouco difícil" com "muito difícil"). Após este processo foi elaborada uma nova variável correspondente ao número de atividades positivas realizadas por cada participante, variando de 0 a 7. Os resultados com nota menor ou igual a quatro foram codificados como baixa participação e maior do que quatro como alta participação.⁸

Cabe destacar que o questionário utilizado nesta pesquisa é de origem norte-americana,⁸ e foi o único encontrado em busca da literatura que contempla responder aos objetivos deste estudo. Para utilização nesta pesquisa, o mesmo foi traduzido para o português, e, antes de iniciar as entrevistas, foi realizado um teste piloto através da aplicação do mesmo junto a 20 pacientes para avaliar a qualidade da tradução. Não foram identificadas necessidades de alterações.

Os dados foram tabulados utilizando o programa Epiinfo®, versão 7.0, após a correção de erros e inconsistências. A análise dos dados foi realizada no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0. A análise descritiva das variáveis qualitativas foi apresentada em tabelas de frequência absoluta e relativa. Foi calculada a análise bivariada das características sociodemográficas/percepção sobre condição de saúde estratificada por nível de participação (alto x baixo) pelas categorias i) Classificação da participação pelo número de atividades realizadas e ii) Percepção do entrevistado quanto ao seu nível de participação no cuidado, através do teste de Qui-quadrado. Quando o resultado foi significativo ($p \leq 0,005$), utilizou-se a correlação simples “r” de Pearson e de Spearman para verificar o grau e a direção dessa associação.

O projeto de pesquisa foi submetido à análise e aprovado pelo Comitê de Ética

em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (UFV), sob parecer nº: 2.014.491. De acordo com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, foi solicitado consentimento livre e esclarecido dos indivíduos ao participarem do estudo no momento da coleta de dados, garantindo-se a confidencialidade das informações e o anonimato dos mesmos.

Resultados

Quanto ao perfil sócio-demográfico, 240 (67%) participantes eram do sexo feminino, 152 (42%) apresentavam idade entre 18 e 39 anos, 182 (51%) de etnia branca, 221 (61%) encontravam-se casados/ união estável, 141 (39%) com ensino fundamental completo ou incompleto e 263 (73%) com renda per capita menor que R\$ 1.268,00. A maioria dos indivíduos considera seu estado de saúde bom ou muito bom (182- 51%), sendo que 298 (83%) estavam internados pela primeira vez nos últimos seis meses, 178 (49%) foram admitidos na instituição através do setor de emergência e 36 (10%) haviam sido anteriormente admitidos para tratamento na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do hospital estudado (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos entrevistados segundo sexo, faixa etária, etnia, estado civil, escolaridade, renda per capita, serviço de saúde, acompanhamento médico contínuo, tempo de acompanhamento médico contínuo, número de internações hospitalares nos últimos seis meses, internação em UTI e admissão pela emergência. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2018. (n =360)

Variável	Frequência n (%)
Sexo	
Masculino	120 (33%)
Feminino	240 (67%)
Faixa etária	
18 a 39 anos	152 (42%)
40 a 59 anos	91 (25%)
60 a 79 anos	81 (23%)

80 a 99 anos	36 (10%)
Etnia	
Branco	182 (51%)
Preto	48 (13%)
Pardo	87 (24%)
Outros	43 (12%)
Estado civil	
Solteiro	97 (27%)
Casado/União Estável	221 (61%)
Divorciado	22 (6%)
Viúvo	20 (6%)
Escolaridade	
Analfabeto	19 (5%)
Ensino Fundamental (completo ou incompleto)	141 (39%)
Ensino Médio (completo ou incompleto)	124 (34%)
Ensino Superior (completo ou incompleto)	76 (21%)
Renda domiciliar per capta	
Menos de R\$ 1.268*	263 (73%)
Mais de R\$ 1.268	97 (27%)
Serviço de saúde	
SUS	193 (54%)
Particular ou Planos	167 (46%)
Acompanhamento com médico contínuo	
Sim	177 (49%)
Não	183 (51%)
Tempo de acompanhamento com médico contínuo	
Menos de 6 meses	32 (18%)
De 7 a 12 meses	46 (26%)
Mais de 2 anos	99 (56%)
Número de internações hospitalares nos últimos seis meses	
Uma internação	298 (83%)
Duas internações	50 (14%)
Três ou mais	12 (3%)
Internação em UTI	
Sim	36 (10%)
Não	324 (90%)
Admissão pela Emergência	
Sim	178 (49%)
Não	182 (51%)

*Renda per capta média brasileira – IBGE 2017¹¹

Quanto à percepção dos sujeitos do estudo sobre ações que realizaram para

promoção da segurança do paciente, 239 (66%) entrevistados consideraram sua participação em atividades para promover a assistência segura ser alta. Entretanto, quanto à confiança no autoconhecimento para prevenção de erros em saúde, 31% (113) dos entrevistados responderam confiar “pouco”, 28% (102) confiam “alguma coisa”, 25% (89) não confiam “nada” e apenas 16% (56) afirmaram que confiam “muito” em seu próprio conhecimento para se prevenir dos eventos adversos.

No que se refere à participação em ações efetivas para a segurança do paciente, 353 (98%) dos entrevistados participaram de pelo menos duas atividades de forma positiva durante o período de hospitalização e 220 (61%) relataram ter realizado cinco atividades ou mais (grupo “alta participação”) (Tabela 2). A média de atividades relacionadas ao cuidado foi de 4,9 ($\pm 1,5$). Algumas formas de participação foram mais prevalentes, dentre elas: sentir-se à vontade para conversar com médicos ou enfermeiros (347 - 96%); presença e atuação do visitante visando garantir os desejos do paciente (304 - 85%); e facilidade de encontrar um médico ou enfermeiro que lhe desse informações sobre os cuidados e tratamento (296 - 83%).

Tabela 2 - Percepção dos pacientes sobre o nível de participação nos cuidados e envolvimento positivo em atividades da assistência em contexto hospitalar. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2018. (n =360)

Questão avaliada	Frequência n (%)
Em um nível de 0 à 10, como considera sua participação nas atividades relacionadas a assistência e cuidados?	
Alto (7-10)	239 (66%)
Baixo (0-6)	121 (34%)
Número de atividades participativas	
1	7 (2%)
2	17 (5%)
3	46 (13%)
4	70 (19%)
5	77 (21%)
6	83 (23%)
7	60 (17%)
Participação pelo número de atividades realizadas	
Alto (5-7)	220 (61%)

Baixo (0-4) 140 (39%)

Durante essa internação hospitalar, o quanto você sabia sobre o problema médico para o qual foi internado?

Nada 46 (13%)

Pouco 66 (18%)

Médio 93 (26%)

Muito 155 (43%)

Durante essa internação hospitalar, quantas vezes você se sentiu a vontade o suficiente para ser capaz de falar com seus médicos e enfermeiros?

Nunca 13 (4%)

As vezes 79 (22%)

Usualmente 41 (11%)

Sempre 227 (63%)

Quando você queria informações sobre cuidados e tratamentos, foi fácil ou difícil encontrar um médico ou enfermeiro para dizer-lhe o que você queria saber?

Muito difícil 15 (4%)

Pouco difícil 49 (14%)

Pouco fácil 107 (30%)

Muito fácil 189 (53%)

Durante a internação hospitalar, quando decisões tiveram de ser feitas, quantas vezes os seus médicos ou enfermeiros descreveram coisas boas e ruins sobre suas opções de tratamento?

Nunca 101 (28%)

As vezes 77 (21%)

Usualmente 33 (9%)

Sempre 149 (41%)

Você participou das decisões que seus médicos fizeram sobre seus cuidados?

Menos que queria 127 (35%)

Quantidade certa 219 (61%)

Mais que queria 14 (4%)

Você teve algum amigo ou familiar a visita-lo? Se sim, essa pessoa ajudou a certificar que seus desejos nos cuidados em saúde estavam sendo seguidos pelo pessoal do hospital?

Visitante nunca se certificou 56 (16%)

Visitante às vezes se certificou 81 (23%)

Visitante sempre se certificou	223 (62%)
Quando recebeu algum medicamento, alguma vez você se certificou que eles eram os corretos? Em caso afirmativo, com qual frequência você verificou os medicamentos dados pelo pessoal do hospital?	
Nunca	142 (39%)
As vezes	78 (22%)
Usualmente	14 (4%)
Sempre	126 (35%)

Ainda que o número de participação nas atividades tenha sido bem avaliado neste estudo, destaca-se que 140 (39%) entrevistados obtiveram baixo nível de participação em atividades para a promoção da segurança do paciente, não cumprindo o número mínimo de comportamentos positivos na participação das atividades. Em relação às atitudes dos participantes, chama atenção o fato de 220 (61%) entrevistados terem afirmado que nunca conferem a medicação ou fazem isso apenas esporadicamente (Tabela 2).

Procedeu-se à investigação sobre a existência de diferença na distribuição da proporção entre os grupos das variáveis sócio demográficas e auto percepção sobre condição de saúde avaliadas, juntamente com os desfechos “classificação da participação em atividades de acordo com o número de atividades realizadas”, e “percepção do entrevistado quanto ao nível de participação no cuidado” (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição entre os grupos das variáveis sócio demográficas investigadas e os desfechos “classificação da participação em atividades de acordo com o número de atividades realizadas”, e “percepção do entrevistado quanto ao nível de participação no cuidado”. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2018. (n =360)

	Classificação da Participação pelo número de atividades realizadas			Percepção do entrevistado quanto ao seu nível de participação no cuidado		
	Alto	Baixo	Valor p	Alto	Baixo	Valor p
Gênero						
Masculino	61 (28%)	59 (42%)	0,047*	77 (32%)	43 (36%)	0,000*
Feminino	159 (72%)	(81) 58%		162 (68%)	78 (64%)	

Escolaridade						
Não frequentou	5 (2%)	14 (10%)		14 (6%)	5 (4%)	
Fundamental	68 (31%)	73 (52%)	0,000*	91 (38%)	50 (41%)	0,658
Médio	80 (36%)	44 (31%)		80 (33%)	44 (36%)	
Superior	67 (30%)	9 (6%)		54 (23%)	22 (18%)	
Idade						
18 a 39 anos	110 (50%)	42 (30%)		103 (43%)	49 (40%)	
40 a 59 anos	61 (28%)	30 (21%)	0,000*	61 (26%)	30 (25%)	0,754
60 a 79 anos	35 (16%)	46 (33%)		54 (23%)	27 (22%)	
80 a 99 anos	14 (6%)	22 (16%)		21 (9%)	15 (12%)	
Renda per capita						
Menos de R\$ 1.268	145 (66%)	118 (84%)	0,000*	175 (73%)	88 (73%)	0,920
Mais de R\$ 1.268	75 (34%)	22 (16%)		64 (27%)	33 (27%)	
Etnia						
Branco	115 (52%)	67 (48%)		111 (46%)	71 (59%)	
Negro	23 (10%)	25 (18%)	0,088	33 (14%)	15 (12%)	0,144
Parda	59 (27%)	28 (20%)		65 (27%)	22 (18%)	
Outros	23 (10%)	20 (14%)		30 (13%)	13 (11%)	
Estado Civil						
Solteiro	57 (26%)	40 (29%)		66 (28%)	31 (26%)	
Casado/União estável	141 (64%)	80 (57%)	0,195	150 (63%)	71 (59%)	0,085
Divorciado	14 (6%)	8 (6%)		15 (6%)	7 (6%)	
Viúvo	8 (4%)	12 (9%)		8 (3%)	12 (10%)	
Serviços de saúde						
SUS	92 (42%)	101 (72%)	0,000*	122 (51%)	71 (59%)	0,170
Particular / Planos	128 (58%)	39 (28%)		117 (49%)	50 (41%)	
Percepção do estado de saúde						
Excelente	38 (17%)	8 (6%)		29 (12%)	17 (14%)	
Muito Bom	43 (20%)	23 (16%)		47 (20%)	19 (16%)	
Bom	79 (36%)	39 (28%)	0,000*	84 (35%)	34 (28%)	0,363
Razoável	54 (25%)	56 (40%)		68 (28%)	42 (35%)	
Ruim	6 (3%)	14 (10%)		11 (5%)	9 (7%)	
Acompanhamento médico contínuo						
Sim	128 (58%)	49 (35%)	0,000*	120 (50%)	57 (47%)	0,578
Não	92 (42%)	91 (65%)		119 (50%)	64 (53%)	
Tempo de acompanhamento com médico contínuo						
Menos de 6 meses	21 (16%)	9 (18%)		18 (15%)	12 (21%)	
De 7 a 12 meses	38 (30%)	8 (16%)	0,190	28 (23%)	18 (32%)	0,198

Mais de 2 anos	69 (54%)	32 (65%)		74 (62 %)	27 (47%)	
Número de internações hospitalares nos últimos seis meses						
Uma internação	182 (83%)	116 (83%)		196 (82%)	102 (84%)	0,776
Duas internações	30 (14%)	20 (14%)	0,913	34 (14%)	16 (13%)	
Três ou mais	8 (4%)	4 (3%)		9 (4%)	3 (2%)	
Internação em UTI						
Sim	20 (9%)	16 (11%)	0,471	22 (9%)	14 (12%)	0,479
Não	200 (91%)	124 (89%)		217 (91%)	107 (88%)	
Admissão pela Emergência						
Sim	98 (45%)	80 (57%)	0,019*	120 (50%)	58 (48%)	0,683
Não	122 (55%)	60 (43%)		119 (50%)	63 (52%)	
Confiança no autoconhecimento para prevenção de erros						
Muito	51 (23%)	5 (4%)	0,000*	43 (18%)	13 (11%)	0,233
Alguma coisa	85 (39%)	17 (12%)		69 (29%)	33 (27%)	
Pouco	67 (30%)	46 (33%)		69 (29%)	44 (36%)	
Nada	17 (8%)	72 (51%)		58 (24%)	31 (26%)	

*Variáveis associadas ($p \leq 0,05$), teste Qui-quadrado.

Para o desfecho “classificação da participação em atividades de acordo com o número de atividades realizadas”, o teste do Qui quadrado mostrou haver diferença na proporção entre os grupos nas seguintes variáveis: sexo, escolaridade, idade, renda per capita, serviços de saúde, percepção do estado de saúde, acompanhamento médico contínuo, admissão pela emergência e confiança no autoconhecimento para prevenção de erros. Para o desfecho “percepção do entrevistado quanto ao nível de participação no cuidado”, o teste do Qui quadrado mostrou haver diferença na proporção apenas entre os grupos da variável “sexo”, em que as mulheres apresentaram maior proporção entre os participantes que consideraram o nível de participação para promoção da assistência segura como alto ou como baixo.

Procedeu-se à análise da existência de correlação entre as variáveis de categoria numérica ou ordinal que apresentaram diferença significativa entre os grupos, e o desfecho “participação pelo número de atividades realizadas” (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise de correlação entre as variáveis estatisticamente significativas do perfil sócio demográfico e auto percepção sobre condição de saúde, e o desfecho “Participação pelo número de atividades realizadas”. Viçosa, Minas Gerais, Brasil, 2018.

(n =360)

Variáveis do perfil sócio demográfico	Desfecho avaliado		
	Participação pelo número de atividades realizadas		Força da associação
	Valor r	Valor p	
Escolaridade	0,404	0,000*	Moderada positiva
Idade	-0,313	0,000**	Fraca negativa
Renda per capita	0,209	0,000*	Fraca positiva
Percepção do estado de saúde	0,303	0,000*	Fraca positiva
Confiança em autoconhecimento	0,532	0,000*	Moderada positiva

* $\leq 0,05$ em teste de correlação de Spearman

** $\leq 0,05$ em teste de correlação de Pearson

A análise acima (tabela4), permite inferir que houve associação positiva entre as variáveis escolaridade, renda, percepção do estado de saúde, confiança em autoconhecimento para participar de atividades que evitem eventos adversos, e o número de atividades realizadas. Assim, quanto maior a escolaridade e a renda, e quanto melhor a percepção do estado sobre o estado de saúde e autoconfiança no autoconhecimento para participar de atividades que evitem eventos adversos, maior foi a participação dos pacientes em atividades para a promoção da assistência segura.

Também foi investigada a existência de correlação entre as variáveis “classificação da participação em atividades de acordo com o número de atividades realizadas”, e “percepção do entrevistado quanto ao nível de participação no cuidado” pelo teste de correlação de Spearman. Encontrou-se uma associação fraca entre estas variáveis ($r = 0,13$; $p = 0,01$), mostrando que quanto maior a participação do paciente em atividades para a promoção da segurança assistencial, melhor é a percepção destes quanto ao seu nível de participação no cuidado.

Discussão

Dos 360 pacientes hospitalizados e entrevistados, 240 (67%) eram do sexo feminino e 182 (51%) etnia branca, 141 (39%) possuíam ensino fundamental completo

ou incompleto, 221 (61%) casado/união estável e 152 (42%) em idade de 18 a 39 anos. Esses dados ao serem comparados com estudos de análise do perfil de pacientes adultos internados em clínica médica, apresentam um predomínio destas mesmas características, sexo feminino, etnia branca, com ensino fundamental completo ou incompleto e casados. Divergindo apenas a variável idade, estudos demonstram uma predominância de idade superior a 49 anos.¹⁰⁻¹¹

Ao avaliar a percepção dos participantes sobre sua participação nas ações para promover um ambiente mais seguro durante sua hospitalização, 239 (66%) entrevistados consideraram que possuem um nível de participação elevada na assistência. Segundo Mohsin et al.,¹² pacientes desejam se envolver na prática de seus próprios cuidados e estão mais dispostos a participar da segurança do paciente, principalmente quando se sentem motivados e encorajados pelos profissionais de saúde.¹² Se os pacientes presumirem que os profissionais de saúde evitam a sua colaboração no processo de cuidado, perdem confiança nos profissionais inibindo a proximidade e engajamento do paciente na assistência.⁶

Em geral, os entrevistados relataram pelo menos uma atitude participativa na assistência. Entretanto, um número considerável (39%) de pacientes rejeitou a participação ativa, isso pode ser justificado por acreditarem que este não é seu papel, se tornando limitados a atuação passiva de escutar, confiar e cooperar, preferindo ceder toda responsabilidade da segurança aos profissionais de saúde.¹³⁻¹⁴

Ressaltam-se as atitudes dos participantes referente à conferência da medicação, em que 220 (61%) entrevistados afirmaram que nunca conferem a medicação ou fazem isso apenas esporadicamente. Por ser uma forma simples e positiva de participação ativa no cuidado, esperava-se um maior engajamento dos participantes neste ponto da pesquisa. O erro nas medicações tem sido estudado frequentemente, sendo apontado como o mais comum em internações hospitalares, embora muitos não resultem em danos, é grande a possibilidade de consequências mais sérias.¹²

Ao se contrastar características sociodemográficas com a variável dependente “percepção do entrevistado quanto ao nível de participação no cuidado” obtivemos diferença somente na variável sexo, tendo as mulheres apresentado uma maior proporção entre os participantes. Podemos inferir de acordo com a literatura, que o papel mais participativo e interativo das mulheres em cuidados de saúde é um assunto

abordado frequentemente, o fato é que as mulheres são reconhecidas como “naturalmente cuidadoras”, buscam mais os serviços de saúde para tratamentos e que os homens tendem a buscar assistência quando um processo de doença mais grave já se encontra instalado.¹⁵

Analisando as mesmas características sócio demográficas porém, com a variável “classificação da participação pelo número de atividades realizadas” obtivemos destaque nos entrevistados do sexo feminino, nível de escolaridade mais elevado, idade entre 18 a 39 anos e renda per capita maior que R\$ 1.268. Esse resultado corrobora com outros estudos que apontam que pacientes do sexo feminino, jovens, com formação universitária e que estão no mercado de trabalho, em geral, têm maior engajamento na assistência.⁴⁻¹²⁻¹⁶ Além da escolaridade, a idade também aparece como estimulador para busca de informações, sendo a população mais jovem destacada pela necessidade de busca de informações imediatas através do uso de tecnologias e novas mídias.¹⁶

Os participantes deste estudo que possuíam acompanhamento médico contínuo apresentaram participação significativamente maior do que os que não possuíam este acompanhamento, podendo esse ser considerado como fator estimulador para o maior engajamento durante os cuidados na hospitalização. Porém, em um estudo envolvendo a associação entre acompanhamento médico contínuo e nível de participação em cuidados esse resultado não foi conclusivo.⁸

Os entrevistados com nível mais elevado de confiança em seu autoconhecimento para prevenção de erros apresentaram associação significativa sobre a participação.⁴ Esse resultado sugere que pacientes podem estar cientes dos benefícios de seu envolvimento na prática assistencial e que, ao ter consciência dos riscos inerentes da assistência em saúde, se sentem encorajados a participarem mais ativamente no processo de seus cuidados.⁴⁻¹⁴ A conscientização do paciente sobre a segurança deve iniciar anteriormente ao período de hospitalização, aumentando significativamente a compreensão de seu papel e sua corresponsabilidade nos cuidados em saúde.⁴

Ao se analisar as duas variáveis dependentes deste estudo “classificação da participação em atividades de acordo com o número de atividades realizadas”, e “percepção do entrevistado quanto ao nível de participação no cuidado”, foi encontrada uma correlação, fraca e positiva, isso demonstra que o paciente com maior participação possui uma melhor percepção quanto ao seu nível de envolvimento no cuidado. Estudo

realizado com pacientes afirma que, os participantes que obtiveram percepções de benefícios, barreiras, ameaças e auto-eficácia com seu envolvimento na assistência são mais propensos a tomarem atitudes que promovam maior segurança.⁴

Apesar dessa correlação entre percepção do nível de participação e número de atividades positivas realizadas existir, esta se apresenta de forma fraca. Este dado reforça que o paciente ainda precisa ser conscientizado de seu papel dentro de seus próprios cuidados. Sendlhofer et al.,¹⁶ afirma que o envolvimento do paciente é a solução para ganhar maior progresso na segurança, sendo os pacientes potencialmente importantes, e muitas vezes a etapa final para defesa e prevenção de eventos adversos.²⁻¹⁶ Em um estudo conduzido por Ridberg et al.,¹⁷ os enfermeiros entrevistados afirmaram que a interação e participação do paciente pode facilitar o processo de segurança, sendo o diálogo aberto entre profissionais e pacientes um grande fator de influência no comportamento participativo.¹⁷

O movimento de segurança do paciente traz consigo diversas modificações conceituais e práticas para a área da saúde, sendo de fundamental importância a mudança do papel dos pacientes, deixando de serem receptores passivos para um participante mais ativo e envolvido em seus cuidados de saúde.¹⁸ É primordial a colaboração entre pacientes, acompanhantes, cuidadores em um modelo de atenção com vista à integralidade como uma necessidade para o desenvolvimento de uma cultura de segurança.¹⁹ Além disso, é essencial a inclusão das tecnologias leves como o acolhimento, a escuta ativa, o toque, a ludicidade, a humanização, entre outros dispositivos para o cuidado integral.¹⁹

Cabe salientar que os profissionais de saúde têm papel fundamental nesse processo de envolvimento do paciente na segurança. Porém, podem estar despreparados para lidar com tal atuação, necessitando de maior desenvolvimento profissional em educação do paciente e atendimento.⁶ Para tanto, o campo da educação traduz-se como uma das interfaces capaz de desenvolver estratégias para uma cultura de segurança.¹⁹ A medida que todos os atores envolvidos na assistência em saúde aprimorem a ideia de responsabilidade coletiva será possível avançar em direção a uma cultura de segurança do paciente.⁴

Apesar dos importantes resultados dessa pesquisa, ela foi conduzida em uma única instituição com utilização de um questionário não validado, devido a inexistência,

bem como a escassez de estudos de literatura específica envolvendo a participação do paciente em sua assistência hospitalar. Ainda que tais limitações se tenham feito presentes, a contribuição para a prática das instituições hospitalares e dos profissionais de saúde a partir dos resultados obtidos aponta para relevantes reflexões, evidenciando a necessidade de se incorporem posturas e atitudes positivas que de fato influenciem o envolvimento e co-responsabilização do paciente por seu tratamento. Dessa forma, recomenda-se a realização de estudos futuros que trabalhem as estratégias educacionais e assistenciais de envolvimento do paciente para a melhoria das práticas, fortalecendo a construção da cultura da segurança dentro das instituições.

CONCLUSÃO

Em geral, os pacientes entrevistados consideram sua participação em atividades para promover a assistência segura ser em nível elevado. Na avaliação da realização de atividades positivas realizadas, estes mostraram ter atitudes participativas no seu cuidado durante a hospitalização, porém ainda de forma fragmentada e insuficiente para garantir sua própria segurança. Isso demonstra que é necessário estimular a participação mais efetiva dos pacientes dentro das instituições hospitalares.

Notou-se que existem grupos de pessoas que atuam de forma mais efetiva no seu cuidado durante a hospitalização. No caso específico dessa pesquisa, esses grupos foram formados por pessoas jovens, do sexo feminino, de maior nível de renda e escolaridade, com acompanhamento médico especializado, usuários de planos de saúde ou particular, indivíduos com melhores percepções sobre seu estado de saúde e com maior confiança em autoconhecimento para prevenção de erros.

O número de atividades positivas realizadas pelos entrevistados obteve correlação positiva fraca com a percepção destes para seu nível de participação, demonstrando que o paciente com maior participação possui uma melhor percepção quanto ao seu nível de envolvimento no cuidado. No entanto, reforça que é necessário a conscientização do paciente a fim de proporcionar maior engajamento em seus próprios cuidados, promovendo assim, ações efetivas para segurança do paciente.

Referências

1. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Geneva (Swi): World Health Organization; 2010.
2. Anderson A, Frank C, Wilman AML, Sandman PO, Hansebo G. Adverse events in nursing: A retrospective study of reports of patient and relative experiences. *International Council of Nurses*. 2015 jun; 62(3): 377–85.
3. Gomes ATL, et al. A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. *Rev Bras Enferm*. 2017 jan-fev;70(1):146-54.
4. Bishop AC, Baker GR, Boyle TA, Mackinnon NJ. Using the Health Belief Model to explain patient involvement in patient safety. *John Wiley & Sons Ltd Health Expectations*. 2014 set; 18(1):3019–33.
5. Brasil, Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática. Brasília: ANVISA; 2017. 170p.
6. Vaismoradi M, Jordan S, Kangasniemi M. Patient participation in patient safety and nursing input – a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2015 mar;24(5-6): 627-39.
7. Rainey H, Ehrich K, Mackintosh N & Sandall J. The role of patients and their relatives in ‘speaking up’ about their own safety – a qualitative study of acute illness. *Health Expectations*. 2013 dez;18(1):392–405.
8. Weingart SN, Junya ZHU, Laurel C, Sherri OS, Eric CS, Arnold ME, Jo Ann DK, Catherine LA, Floyd JFJ, Weissman JS. Hospitalized Patients’ participation and its impact on quality of care and patient safety. *Journal for Quality in Health Care*. 2011 fev; 23(3):269-277.
9. Oliveira AC, Pinto AS. Participação do paciente na higienização das mãos entre profissionais de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2018 mar;71(2):259-64.
10. Tiansoli SD, Bonisson RL, Matozinhos FP, Meléndez GV, Velásquez FSL. Diagnóstico situacional: perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados em unidade de clínica médica. *Rev Min Enferm*. 2014 jul/set; 18(3): 573-578.
11. Silva GM, Menezes GGS. Avaliação do perfil sócio demográfico e hábitos de vida dos pacientes hospitalizados no município de Lagarto, Sergipe. *Scientia Plena*. 2014 mar; 10(3): 20-29.
12. Mohsin SS, Sara G, Bryony DFP. Involvement in medication safety in hospital: an

- exploratory study. *Int J Clin Pharm*. 2014 abr;36(3):657–6.
13. Rainey H, Ehrich K, Mackintosh N & Sandall J. The role of patients and their relatives in 'speaking up' about their own safety – a qualitative study of acute illness. *Health Expectations*. 2013 dez;18(1):392–405.
 14. Sahlstro MM, Partanen P, Turunen H. Safety as Experienced by Patients Themselves: A Finnish Survey of the Most Recent Period of Care. *Research in Nursing & Health*. 2014 fev; 37:194–203.
 15. Bertolini DNP, Simonetti JP. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. *Esc Anna Nery* 2014 set;18(4):722-27.
 16. Sendlhofer G, Pregarther G, Leitgeb K, Hoffmann M, Berghold A, Smolle C, Brunner G, Kalmolz LP. Results of a population-based-assessment: we need better communication and more profound patient involvement. *Wien Klin Wochenschr*. 2017 jan; 129:269–77.
 17. Ridberg M, Roback K, Nilsen P. Facilitadores e barreiras influenciar a segurança do paciente em hospitais suecos: um estudo qualitativo de percepção das enfermeiras. *BMC Nurs*. 2014; 13: 23.
 18. Snyder H, Engström J. The antecedents, forms and consequences of patient involvement: a narrative review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2016; 53:351–78
 19. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Escola Anna Nery*. 2016 jun;20(3).

ARTIGO 2 – ARTIGO DE REVISÃO

PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE NA PROMOÇÃO DE UMA ASSISTÊNCIA SEGURA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Resumo

Objetivo: Analisar as produções científicas acerca da participação do paciente na promoção de uma assistência segura. Método: Estudo descritivo de revisão integrativa da literatura com busca nas bases de dados LILACS, PBMED e CINAHL. Foram incluídos artigos sobre a participação do paciente na segurança do paciente, publicados entre 2008 e 2017. Resultados: 15 artigos foram incluídos e os resultados organizados em 3 eixos centrais: compreensão do paciente sobre sua participação em ações para a promoção da segurança; estratégias utilizadas para promover a participação do paciente na segurança do paciente e experiências vivenciadas pelos pacientes e profissionais sobre a promoção da participação do paciente na segurança assistencial. Conclusão: Os pacientes devem participar de iniciativas para promoção de uma assistência segura. Para que isso se torne uma realidade é necessário a utilização de estratégias de gestão da participação, com estabelecimento de vínculo e confiança entre profissionais e pacientes através de uma comunicação efetiva.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Participação do Paciente, Qualidade da Assistência à Saúde.

Introdução

Falhas nos cuidados de saúde ocorrem, e, na maioria das vezes, são decorrentes de erros inerentes à natureza humana¹. Apesar de muitos desses erros não resultarem em grandes consequências, pode expor o paciente e sua família a vários danos, como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, portanto, ser físico, social ou psicológico².

Neste contexto, tem-se discutido sobre a segurança do paciente, entendida como o conjunto de medidas e políticas que visem à redução, a um mínimo aceitável, dos danos relacionados com a assistência à saúde³. Assim, todas as ações executadas, no intuito de mitigar os danos causados por erros ou incidentes são consideradas, num contexto global, como ações de segurança do paciente.

Diversos mecanismos e protocolos têm sido implantados nas instituições hospitalares com o objetivo de oferecer assistência de excelência, diminuindo os erros e assegurando a satisfação dos pacientes e de seus familiares. Essas ferramentas buscam instituir a segurança nas organizações de saúde enquanto processo cultural, promovendo maior consciência dos profissionais quanto à cultura de segurança, compromisso ético no gerenciamento de risco com consequente aquisição de segurança para si, suprimindo a lacuna existente no aspecto da segurança do paciente⁴.

Um estudo de revisão integrativa da literatura sobre eventos adversos e segurança do paciente, realizado por Duarte et al, 2015., apontou que uma das formas de redução na ocorrência desses eventos é a compreensão, por parte dos profissionais de saúde, da definição de eventos adversos, bem como da adoção de uma cultura não punitiva frente aos eventos ocorridos. A pesquisa também considera como fundamental a adoção de ferramentas de notificação de eventos adversos pelas instituições que permitam contribuir para o acompanhamento e controle das ocorrências e para a elaboração de medidas preventivas realmente eficazes⁵.

Ainda que os profissionais de saúde sejam os responsáveis pela assistência, é necessário que o paciente e seus familiares também estejam motivados e atuem efetivamente nas ações e processos que envolvam a assistência. Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda) o desenvolvimento da autonomia e corresponsabilidade do próprio paciente e acompanhante no processo de tratamento, recuperação e cura⁶.

Reconhecendo a magnitude do problema da segurança do paciente, principalmente no que tange à sua participação como parceria na assistência, um estudo realizado no Canadá avaliou as percepções de pacientes hospitalizados em relação ao seu envolvimento nos cuidados, concluindo que os entrevistados que obtiveram percepções de benefícios, barreiras, ameaças e auto-eficácia com seu envolvimento, estão mais propensos a tomarem atitudes que promovam maior segurança.⁷ Esses dados sugerem que a ameaça percebida pelo paciente pode levá-lo ao envolvimento, e que os que não percebem a gravidade dos riscos e potencial suscetibilidade durante sua hospitalização, são menos propensos a se envolver em práticas de segurança.⁷

Apesar da importância da participação dos pacientes na assistência à saúde, ainda são poucos os estudos que visam identificar a real capacidade de atuarem neste processo e intervir, a ponto de evitar a ocorrência de eventos adversos. Diante do exposto, questiona-se: Os pacientes participam ou são capazes de participar da assistência a fim de proporcionar maior segurança? Assim, delineou-se este estudo com o

objetivo de realizar revisão integrativa da literatura sobre a participação do paciente na promoção da sua segurança, no contexto assistencial.

Métodos

Trata-se de revisão integrativa da literatura. Este é um método mais amplo de revisão por permitir a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para compreensão do fenômeno em estudo, conciliam fontes de dados diversas, estudos quantitativos e qualitativos, a fim de melhorar a compreensão holística do tópico de interesse⁸. Para sua realização seguiu-se as seguintes etapas: definição da questão de pesquisa e objetivos da revisão integrativa, estabelecimento de critérios de seleção da amostra, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, discussão e apresentação dos resultados, e apresentação da revisão⁹.

Este estudo foi guiado pela seguinte questão norteadora: Quais são as publicações na literatura nacional e internacional acerca da participação do paciente na assistência à saúde com finalidade de reduzir danos e proporcionar maior segurança? O levantamento bibliográfico foi realizado online utilizando as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PUBMED, e bases de dados em enfermagem e áreas afins (CINAHL). A busca ocorreu mediante a utilização dos descritores controlados contidos nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): “Segurança do paciente”, “participação do paciente”. Para as buscas nas bases de dados internacionais foram utilizados os mesmos descritores empregados na língua inglesa. Foi usado o operador booleano and para a combinação dos descritores.

A coleta dos dados foi realizada por dois pesquisadores e confrontadas posteriormente. Os critérios de inclusão dos artigos foram: resumo disponível nas bases de dados LILACS, PUBMED E CINAHL, com período de publicação entre abril de 2008 e abril de 2018, estudos disponíveis na íntegra; publicações nos idiomas inglês, espanhol ou português.

Para análise dos estudos selecionados foi desenvolvido um formulário de modo a facilitar a análise e caracterização dos artigos da amostra. Este continha as seguintes informações: (i) os autores, título e periódico publicado; (ii) objetivo do estudo, o tipo de estudo e seu nível de evidência; (iii) as evidências identificadas nas conclusões. Para classificação por nível de evidência foi utilizado os seguintes parâmetros: O nível 1 contempla evidências da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e

randomizados; o nível 2 são evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; o nível 3 consiste em evidências de estudos quase-experimentais; o nível 4 aponta evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; o nível 5 descreve evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência e o nível 6 são evidências baseadas em opiniões de especialistas⁸.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, procedendo-se à categorização dos dados extraídos dos estudos e agrupados em três eixos temáticos: i) compreensão do paciente sobre sua participação em ações para a promoção da segurança; ii) estratégias utilizadas para promover a participação do paciente na segurança do paciente; e iii) experiências vivenciadas pelos pacientes e profissionais sobre a promoção da participação do paciente na segurança assistencial.

Resultados

A partir da busca realizada nas bases de dados, foram localizados 368 estudos (Quadro1). Após leitura de títulos e resumos foram excluídos 261 estudos que não atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. Após a exclusão dos estudos por indexação em mais de uma base de dados foi realizada a leitura na íntegra excluindo todos aqueles que não responderam o objetivo do estudo. Foram selecionados quinze estudos, sendo onze localizados na PUBMED, quatro no CINAHL e nenhum no LILACS (Figura 1).

Quadro 1- Sistematização da busca eletrônica nas bases de dados LILACS, PubMed e CINAHL

Cruzamentos	PubMed	LILACS	CINAHL
“patient safety” AND “patient participation” (palavras)	229	2	12
“patient safety” AND “patient participation” (descriptor exato)	117	2	06
Total	346	4	18

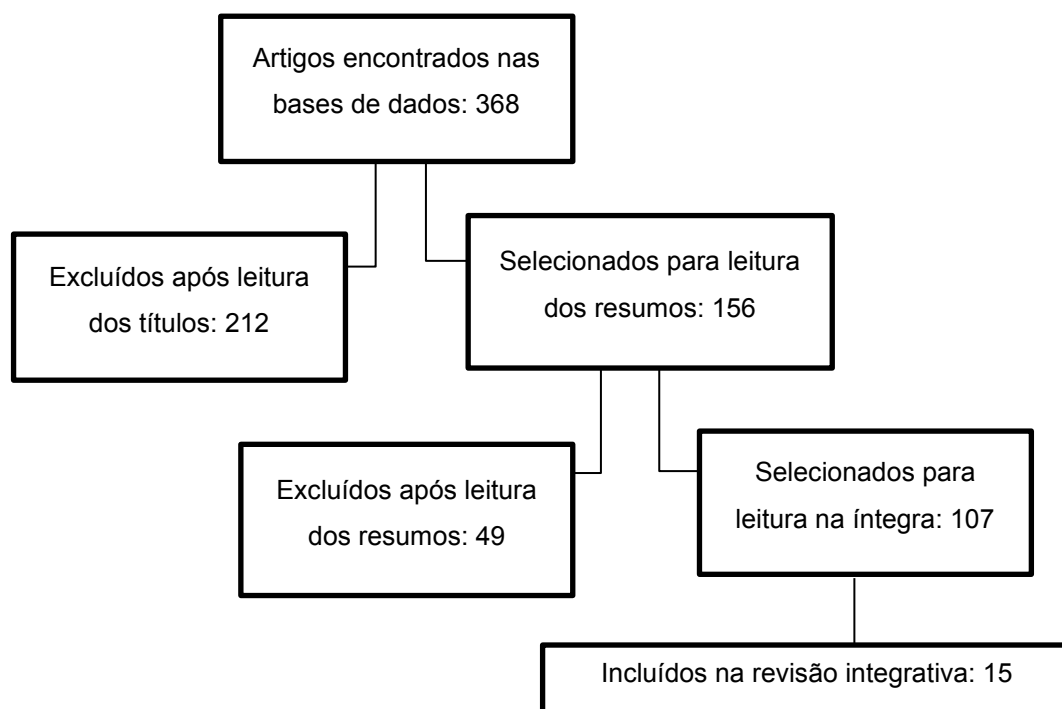


Figura 1 – Fluxograma de seleção da literatura sobre a participação do paciente na assistência à saúde com finalidade de reduzir danos e proporcionar maior segurança, nas Bases de dados LILACS, PUBMED e CINAHL.

Dos 15 artigos selecionados, dois (13,3%) foram publicados em 2010, um (6,7%) em 2011, um (6,7%) em 2012, quatro (26,7%) em 2013, quatro (26,7%) em 2014, dois (13,3%) em 2015 e um (6,7%) em 2017, nenhum artigo referente ao ano de 2018 foi encontrado. Os dados apresentaram uma crescente produção nos últimos cinco anos, sendo onze estudos, o que equivale a 73,3% do total de estudos encontrados.

Quanto aos países de origem dos estudos, a Inglaterra apresentou quatro (26,7%), seguida dos Estados Unidos com três (20%), da Suíça com dois (13,3%), Finlândia com dois (13,3%), Suécia com dois (13,3%), Austrália com um (6,7%) e Áustria com um (6,7%). Não foi encontrada nenhuma publicação brasileira ou latino-americana que respondesse à questão de pesquisa desta revisão de literatura.

No que se refere à área de produção dos periódicos, encontrou-se sete (46,7%) publicações em revistas de saúde pública internacional, quatro (26,7%) publicações em revistas internacionais de enfermagem, três (20%) em revistas de qualidade em saúde internacional e uma (6,7%) em revistas médicas internacionais.

O Quadro 2 apresenta o resultado da busca dos artigos sobre a participação do paciente para promoção da assistência segura, incluídos neste estudo.

Quadro 2 - Resultado da busca acerca dos artigos sobre a participação do paciente para promoção da assistência segura, publicados nas Bases de dados LILACS, PUBMED e CINAHL.

Autores. Título / Periódico (Ano)	Objetivo /Tipo de estudo /Nível de evidência	Evidências identificadas nas conclusões dos estudos
Schwappach DLB. Engaging Patients as Vigilant Partners in Safety. /Medical Care Research and Review (2010) ¹⁰	Avaliar e resumir as atuais evidências relacionadas à participação do paciente na prevenção de erros. /Estudo de revisão sistemática da literatura Sistemática. /Evidência 1.	O envolvimento dos pacientes em segurança pode ser bem-sucedido se iniciativas tiverem como base as perspectivas destes e sua motivação por parte dos profissionais. Essas mudanças são capazes de promover uma cultura de segurança nas instituições de saúde, centrada nos pacientes.
Schwappach DLB, Hochreutener MA, Wernli M. Oncology Nurses' Perceptions About Involving Patients in the Prevention of Chemotherapy Administration Errors /Oncology Nursing Forum (2010) ¹¹	Avaliar a percepção dos pacientes em tratamento quimioterápico sobre segurança e as suas atitudes em relação ao erro e participação em estratégias de prevenção. /Estudo qualitativo. /Evidência 5.	Os pacientes oncológicos percebem sua participação na segurança a partir do momento que conseguem ter um maior conhecimento do seu tratamento. Isso se dá através do vínculo com a equipe, capaz de incentivar sua participação em estratégias de prevenção de erros na assistência.
Weingart SN, Zhu J, Chiappetta SO, Schneider EC, Epstein AM, Kasdan D,	Compreender o grau de participação dos pacientes hospitalizados nos seus cuidados e	A maioria dos pacientes hospitalizados participou de alguns aspectos do seu cuidado.

<p>Annas CL, Fowler FJ, Weissman JS. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety /International Journal for Quality in Health Care (2011)¹²</p>	<p>a associação da participação com a qualidade dos cuidados e a segurança do paciente. /Estudo transversal, quantitativo. /Evidência 1.</p>	<p>A participação foi fortemente associada com julgamentos sobre a qualidade do hospital e reduziu o risco de ocorrência de eventos adversos.</p>
<p>Flink M, Hesselink G, Pijnenborg L, Wollersheim H, Vernooij-Dassen M, Dudzik-Urbaniak E, Orrego C, Et al. The key actor: a qualitative study of patient participation in the handover process in Europe. /BMJ Qual Saf (2012)¹³</p>	<p>Avaliar as experiências e perspectivas de pacientes com doenças crônicas em relação a sua participação através da comunicação entre cuidados primários e secundários de saúde em cinco países europeus. /Estudo qualitativo. /Evidência 4.</p>	<p>Os pacientes preferem participar do processo de cuidado, onde a responsabilidade é clara e inequívoca. As organizações de saúde precisam de clareza no sistema de participação nos processos, levando em consideração as necessidades individuais do paciente.</p>
<p>McTier L, Botti M, Duke M. Patient participation in medication safety during an acute care admission. /Health Expectations (2013)¹⁴</p>	<p>Explorar a participação dos pacientes no contexto da gestão de medicação durante admissão hospitalar para intervenção cardíaca cirúrgica de pacientes com doença cardiovascular. /Estudo qualitativo. /Evidência 4.</p>	<p>Aumentar as oportunidades para os pacientes participarem na gestão da medicação é considerado uma estratégia importante para melhorar a segurança e qualidade de gestão de medicamentos.</p>
<p>McDonald KM, Bryce CL, Graber ML. The patient is in: patient involvement</p>	<p>Descrever estratégias para o envolvimento do paciente na redução de erros de diagnóstico. /</p>	<p>É possível melhorar a precisão dos diagnósticos médicos através do envolvimento</p>

strategies for diagnostic error mitigation. / BMJ Qual Saf (2013) ¹⁵	Opinião de especialistas baseada em literatura específica. / Evidência 6.	dos pacientes, direcionando-os sobre perguntas que devem fazer ao profissional que oferece o diagnóstico e encorajando-os para que se tenha uma atitude proativa.
Rainey H, Ehrich K, Mackintosh N, Sandall J. The role of patients and their relatives in 'speaking up' about their own safety – a qualitative study of acute illness. / Health Expectations (2013) ¹⁶	Examinar experiências e pontos de vista dos pacientes e seus familiares para determinar o potencial de envolvimento na promoção da sua própria segurança. /Estudo qualitativo. /Evidência 4.	As falas dos pacientes e familiares indicam que as estratégias de encorajamento à participação na assistência auxiliam na segurança do paciente. Porém, deve-se levar em consideração as condições de doença deste paciente, pois tem desafios específicos.
Armstrong N, Herbert G, Aveling EL, Woods MD, Martin G. Optimizing patient involvement in quality improvement. / John Wiley & Sons Ltd Health Expectations (2013) ¹⁷	Caracterizar e identificar os pontos fortes e fracos de contrastar abordagens para o envolvimento do paciente na melhoria da qualidade. /Estudos de caso. /Evidência 5.	Estratégias específicas podem ser usadas para a garantir que o envolvimento do paciente funcione de forma mais eficaz. Porém, é necessária a gestão cuidadosa do envolvimento do paciente para obter melhoria da qualidade.
Mohsin SS, Sara G, Bryony DFP. Involvement in medication safety in hospital: an exploratory study. / Int J Clin Pharm (2014) ¹⁸	Analisar o relato de pacientes sobre o cuidado seguro com medicamentos e o apoio oferecido pelos profissionais de saúde para esse envolvimento / Estudo descritivo	Pacientes do sexo feminino e os menores de 65 anos tiveram nível significativamente mais elevado de envolvimento. Farmacêuticos e enfermeiros foram mais propensos a oferecer

	realizado com 100 pacientes e 104 profissionais de saúde. / Evidência 4.	apoio aos pacientes que fazem perguntas sobre seus medicamentos.
Vaismoradi M, Jordan S, Kangasniemi M. Patient participation in patient safety and nursing input – a systematic review. / Journal of Clinical Nursing (2014) ¹⁹	Compreender como os pacientes podem participar das iniciativas de segurança do paciente e os fatores que influenciam esta participação. /Revisão sistemática. /Evidência 1.	Para melhorar a participação do paciente na promoção da assistência segura é necessário que o mesmo seja visto como provedor de cuidados. Os fatores que influenciam o envolvimento do paciente são: conhecimento, condições de saúde dos pacientes, crenças e experiências na segurança do paciente em diferentes disciplinas, contextos e culturas.
Sahlström M, Partanem P, Turunen H. Safety as Experienced by Patients Themselves: A Finnish Survey of the Most Recent Period of Care. / Research in Nursing & Health (2014) ²⁰	Investigar as experiências anteriores dos pacientes e sua influência na participação do paciente em segurança durante internação hospitalar. /Estudo transversal, quantitativo, N=175 pacientes. /Evidência 1.	A percepção dos participantes reflete que é importante considerar as perspectivas dos pacientes, garantir uma gestão de risco aberta e transparente para pacientes e famílias e desenvolver uma forte cultura de segurança institucional.
Bishop AC, Baker GR, Boyle TA, Mackinnon NJ. Using the Health Belief Model to explain patient involvement in patient safety. /John Wiley & Sons	Explorar se as percepções de segurança no paciente hospitalizado desempenham um papel em seu envolvimento nas práticas de segurança. /Estudo transversal, quantitativo.	Pacientes hospitalizados que obtiveram percepções de benefícios, barreiras, ameaças e auto-eficácia com seu envolvimento, estão mais propensos a tomarem atitudes que

Ltd Health Expectations (2014) ⁷	/Evidência 1.	promovam maior segurança.
Anderson A, Frank C, Wilman AML, Sandman PO, Hansebo G. Adverse events in nursing: A retrospective study of reports of patient and relative experiences. /International Council of Nurses (2015) ²²	Analisar a experiências de pacientes e familiares da Suécia com eventos adversos ocorridos na assistência de enfermagem. /Estudo Descritivo documental. /Evidência 4.	Pacientes e familiares relataram que eventos adversos na assistência de enfermagem são consequências da falta de comunicação efetiva com a equipe de enfermagem, podendo trazer consequências graves e causar sofrimento para pacientes e familiares.
Lawton R, O'Hara JK, Sheard L, Reynolds C, Cocks K, Armitage G, Wright J. Can staff and patient perspectives on hospital safety predict harm-free care? An analysis of staff and patient survey data and routinely collected outcomes. /BMJ Qual Saf (2015) ²³	Investigar a correlação entre as informações sobre segurança do paciente fornecidas pelos pacientes e profissionais, com os resultados de segurança (cuidados livres de danos). /Estudo descritivo, quantitativo. / Evidência 4.	Sugere que tanto pacientes quanto profissionais têm conhecimento sobre segurança do paciente. Ambos oferecem uma perspectiva única, contribuindo independentemente para previsão de resultados. Estes achados sugerem que o feedback dos pacientes sobre a segurança do cuidado pode ser usado para orientar melhorias na segurança dos cuidados de saúde.
Sendlhofer G, Pregarther G, Leitgeb K, Hoffmann M, Berghold A, Smolle C, Brunner G, Kalmolz LP. Results of a	Examinar as percepções dos austríacos sobre segurança do paciente. Estudo transversal,	A maioria dos entrevistados relatou não ter muita confiança na segurança do paciente. Porém, veem importância em receber

<p>population-based-assessment: we need better communication and more profound patient involvement. / Wien Klin Wochenschr (2017)²⁴</p>	<p>quantitativo. /Evidência 4.</p>	<p>orientações e informações como forma de prevenção de erros. Esse dado sugere que para o aumento da confiança dos pacientes em segurança, é necessário promover sua participação.</p>
--	------------------------------------	---

Discussão

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu treze áreas de ação do Programa Mundial para a Segurança do Paciente. Dentre essas ações destaca-se a criação do programa “Pacientes pela Segurança dos Pacientes”, que assegura que a voz do paciente esteja no centro do movimento pela saúde do paciente em todo o mundo. Assim, a participação de pacientes e famílias, consumidores e cidadãos dedicados a melhorar a segurança do paciente por meio de um esforço conjunto e coordenado, constitui um ponto de referência central no programa da OMS. Destarte, os pacientes estão ficando cada vez mais comprometidos com a assistência prestada pelas instituições de saúde².

Todos os artigos incluídos nesta revisão foram realizados em países desenvolvidos (Austrália, Suíça, Estados Unidos, Suécia, Inglaterra, Finlândia, Áustria). O desenvolvimento de estudos envolvendo a participação do paciente na segurança assistencial nestes locais foi impulsionado pelo relatório feito pelo Institute of Medicine, na década de 90, que estimou a ocorrência de 44 a 98 mil óbitos a cada ano, nos EUA, decorrentes de eventos adversos. Esse fato provocou a mobilização da classe médica e do público em geral, das organizações norte-americanas e de diversos países para as questões relacionadas à segurança do paciente. Desde então a segurança do paciente e uma assistência segura são temas centrais nos debates e em estudos que tratam da qualidade em saúde em quase todas as partes do mundo²⁵.

Nos Estados Unidos e Europa, a melhor compreensão por parte dos pacientes em relação aos eventos adversos contribuiu enfaticamente para que o tema fosse amplamente discutido nesses países²⁵. Parte dessa mobilização é fruto da constatação de que a ocorrência de eventos adversos acarreta custos sociais e econômicos consideráveis, podendo implicar em danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias²⁶. Chama atenção o fato de não ter sido encontrado nenhum estudo realizado no Brasil com foco na participação do paciente na promoção de uma assistência segura, embora esforços estejam sendo empenhados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária para promoção de uma assistência segura, livre de danos. Neste sentido, cita-se como principal exemplo a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, sob a Portaria M/MS nº 529/2013, que instituiu o programa com o objetivo de contribuir para a

qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional²⁷.

No entanto, na maioria das instituições de saúde brasileiras ainda não há a cultura de se procurar a falha no processo, na organização/estrutura e assim rever os possíveis planos de ação de reestruturação que venham a impedir novas falhas e ou eventos adversos, especialmente os do tipo sentinela que levam a dano permanente e ou morte²⁶, o que pode justificar a escassez de assuntos sobre a temática no Brasil. A análise dos artigos estudados permitiu uma compreensão do que se tem publicado sobre a participação do paciente na segurança assistencial.

Sobre a compreensão do paciente acerca da sua participação em ações para a promoção da segurança, os pacientes se veem como agentes ativos na identificação de erros ocorridos durante a assistência. Pacientes mostraram-se disponíveis para cooperarem com as práticas de segurança e assumirem um papel proativo no dia a dia da assistência, através do preenchimento de questionários e de relatórios relacionados à assistência recebida¹¹.

A natureza das tarefas dadas aos pacientes para a participação em segurança do paciente é importante. Os pacientes precisam entender que eventos adversos são involuntários, mas podem causar frequentemente um dano¹⁰. Para redução de danos torna-se ferramenta fundamental a notificação do erro, pois é através dos relatórios de indicadores que ações tanto gerenciais quanto assistenciais são responsáveis por traçar as estratégias que proporcionam maior segurança²⁸.

Das estratégias encontradas para promover a participação do paciente na segurança do paciente, surgem a necessidade de compreensão por parte do paciente sobre procedimentos e cuidados específicos e ainda sobre a necessidade de monitoramento dos erros para geração de relatórios, conseqüentemente gerando resultados positivos do seu envolvimento em sua própria segurança¹¹. Outro fator importante o estímulo por parte dos profissionais para que o paciente faça perguntas, se sinta à vontade para se comunicar com a equipe, relatando observações de quaisquer desvios nos procedimentos e rotinas de trabalho são algumas estratégias que os pacientes podem utilizar para contribuir para redução da ocorrência de danos à saúde^{11,16}.

No entanto, foram encontrados relatos de pacientes que rejeitam esta posição por

não reconhecerem seu papel¹¹, ou preferem ceder este papel ativo aos profissionais de saúde da unidade de tratamento¹⁶. Alguns pacientes têm receio de detectar erros e informar a equipe, pois acreditam que tal atitude pode, de alguma maneira, ser prejudicial para a cooperação no processo de recuperação da doença^{11,16}.

A interação entre profissionais de saúde e paciente pode facilitar ou dificultar a manutenção da segurança^{29,30}. Para que interação possa ocorrer de forma positiva é preciso traçar as seguintes estratégias: a comunicação aberta/efetiva entre pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde; o desenvolvimento da autonomia do paciente para o autocuidado; a elaboração de manuais explicativos sobre tratamento e patologia; e a capacitação dos pacientes para a percepção dos riscos³⁰.

A comunicação se apresenta como estratégia ideal de aproximação, criação de vínculos e confiança entre profissionais e pacientes. Essa comunicação deve ser clara e objetiva, evitar termos técnicos, fornecer informações precisas e permitir o esclarecimento de dúvidas²⁹. Os profissionais de saúde devem valorizar sua participação junto ao paciente, no processo de aprendizagem, o auxiliando no seu próprio cuidado, evitando assim uma abordagem que possa desencorajar sua inserção na assistência¹⁰.

Sobre as experiências vivenciadas pelos pacientes e profissionais para promoção da participação do paciente na segurança assistencial, estudo apontou que a participação do paciente na segurança foi fortemente associada com julgamentos sobre a qualidade do hospital e reduziu o risco de ocorrência de eventos adversos¹². Para que se tenha qualidade e segurança do paciente, um ponto de partida é a introspecção em todos os profissionais, pacientes, familiares e visitantes do pensamento estratégico baseado na gestão de riscos dentro da cultura organizacional²⁸.

Compreende-se que as organizações de saúde são complexas e a ocorrência de eventos adversos é consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias de uma organização, sua cultura, práticas de trabalho, inclusão do paciente, abordagem de gestão da qualidade, da prospecção de riscos e da capacidade de aprendizagem a partir dos erros²⁹.

Neste contexto, envolver o paciente e seus familiares na linha de frente da segurança do paciente é hoje um dos maiores desafios para uma prática segura. Entretanto, nos tempos atuais, falar em prática segura faz veemente a necessidade de que o paciente se torne protagonista do seu cuidado, se tornando agente ativo no

gerenciamento de riscos em saúde, contribuindo assim para a tomada de decisão acerca das melhores práticas de cuidado, de modo seguro e com qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos avaliados, conclui-se que a participação ativa dos pacientes na segurança do paciente é possível, e também capaz de trazer benefícios para a assistência em saúde e evitar a ocorrência de eventos adversos.

O paciente compreende que sua participação é importante em ações para promoção da segurança na assistência em saúde, mas ainda há a visão de que esta é tarefa dos profissionais de saúde, e o receio, por parte dos pacientes, de que a emissão de relatórios pelos pacientes possa prejudicar o reestabelecimento de sua saúde. A utilização de estratégias através da gestão da participação, com estabelecimento de vínculo e confiança entre profissionais e pacientes se apresenta de forma fundamental para inserção do paciente em sua própria segurança.

Para criação de vínculo e confiança entre estes atores primordiais na assistência em saúde, “binômio: ser cuidador e ser cuidado”, emergiu como estratégia primordial a comunicação, a fim de proporcionar o estabelecimento informações e diálogo possibilitando a participação ativa do paciente.

As experiências vivenciadas pelos pacientes mostraram que quanto maior a confiança e melhor o julgamento sobre a qualidade do hospital, maior foi o envolvimento do paciente em ações de segurança, e menor a ocorrência dos eventos adversos.

A inexistência de estudos envolvendo esta temática no Brasil e na América Latina reflete a pouca atenção que tem se dado à temática nestes locais, e aponta para a necessidade de estimular o paciente na promoção de uma prática segura, bem como para a necessidade instalada de se desenvolver estudos que visem conhecer como se dá a participação do paciente no cuidado nestes países.

Uma limitação deste estudo foi ter incluído na revisão artigos publicados a mais de cinco anos, devido ao número ainda reduzido com essa temática específica. Entretanto, esta foi uma necessidade, frente ao pequeno número de artigos publicados que tiveram como foco o estudo das contribuições da participação do paciente para a promoção de uma prática segura.

Para a prática clínica esta revisão sugere uma necessidade de melhorias em ações que propiciem a participação do paciente de forma efetiva na qualidade e segurança da assistência em saúde. Ressalta-se que as instituições devem ter como foco uma assistência individualizada para as necessidades dos pacientes, em que os profissionais de saúde estabeleçam uma parceria com pacientes e familiares, estimulando a autonomia e o engajamento no cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Duarte SCM, Queiroz ABA, Buscher A, Stipp MAC. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Rev.Latino Americana de Enfermagem*. 2015 nov-dez; 23(6):1074-81.
2. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Santos CT, Oliveira MC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. *Rev Gaúcha Enfermagem*. 2013 Jan;34(1):111-81
4. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc. Anna Nery*. 2014 Ago; 18(1): 122-9.
5. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*. 2015 Jan;68(1):144-54.
6. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. *Forward programme 2008-2009*. Geneva: WHO; 2008.
7. Bishop AC, Baker GR, Boyle TA, Mackinnon NJ. Using the Health Belief Model to explain patient involvement in patient safety. *John Wiley & Sons Ltd Health Expectations*. 2014 Set; 18(1):3019–33.
8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010 Jun;8(1):102-6
9. Coscrato G, Pina JC, Mello DF. Use of recreational activities in health education: Integrative review of literature. *Acta Paul Enferm*. 2010 Mai;23(2):257-63.
10. Schwappach DLB. Engaging Patients as Vigilant Partners in Safety. *Medical Care Research and Review*. 2010 April;67(2)119-48.
11. Schwappach D, Hochreutener M & Wernli M. Oncology nurses' perceptions about involving patients in the prevention of chemotherapy administration errors. *Oncology Nursing Forum*. 2010; 37:84-91.
12. Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Stuver SO, Schneider EC, Epstein AM, Kasdan JAD, Annas CL, Fowler FJ, Weissman JS. Hospitalized patients' participation and

- its impact on quality of care and patient safety. *International Journal for Quality in Health Care*. 2011 Feb;3(23):269-77.
13. Flink M, Hesselink G, Pijnenborg L, Wollersheim H, Vernooij-Dassen M, Dudzik-Urbaniak E, Orrego C, Et al. The key actor: a qualitative study of patient participation in the handover process in Europe. *BMJ Qual Saf*. 2012 Oct;21(1):89-96.
 14. McTier L, Botti M, Duke M. Patient participation in medication safety during an acute care admission. *Health Expectations*. 2013 Nov;18(1):174-56.
 15. McDonald KM, Bryce CL, Graber ML. The patient is in: patient involvement strategies for diagnostic error mitigation. *BMJ Qual Saf*. 2013 Jul;0:1-7.
 16. Rainey H, Ehrich K, Mackintosh N & San-dall J. The role of patients and their relatives in 'speaking up' about their own safety – a qualitative study of acute illness. *Health Expectations*. 2013 Dec;18(1):392–405.
 17. Armstrong N, Herbert G, Aveling EL, Woods MD, Martin G. Optimizing patient involvement in quality improvement. John Wiley & Sons Ltd *Health Expectations*. 2013 Dec;16(1):36-47.
 18. Mohsin SS, Sara G, Bryony DFP. Involvement in medication safety in hospital: an exploratory study. *Int J Clin Pharm*. 2014 April;36(3):657–6.
 19. Vaismoradi M, Jordan S, Kangasniemi M. Patient participation in patient safety and nursing input – a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;24: 627-39.
 20. Sahlstro MM, Partanen P, Turunen H. Safety as Experienced by Patients Themselves: A Finnish Survey of the Most Recent Period of Care. *Research in Nursing & Health*. 2014;37:194–203.
 21. Anderson A, Frank C, Wilman AML, Sandman PO, Hansebo G. Adverse events in nursing: A retrospective study of reports of patient and relative experiences. *International Council of Nurses*. 2015;62: 377–85.
 22. Lawton R, O'Hara JK, Sheard L, Reynolds C, Cocks K, Armitage G, Wright J. Can staff and patient perspectives on hospital safety predict harm-free care? An analysis of staff and patient survey data and routinely collected outcomes. *BMJ Qual Saf*. 2015 April; 24:369–76.
 23. Sendlhofer G, Pregarther G, Leitgeb K, Hoffmann M, Berghold A, Smolle C,

- Brunner G, Kalmolz LP. Results of a population-based-assessment: we need better communication and more profound patient involvement. *Wien Klin Wochenschr.* 2017 Jan; 129:269–77.
24. Tartaglia CR, Martins MI, Laguardia JI. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Rev. Ciênc. Saúde coletiva.* 2013; 18(7):2036-2029
25. Hinrichsen SL. A ciência dos bundles e a segurança do paciente. *Rev. Farmacêutico em Foco.* 2010; 1(1):10-1.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº529, de 1º de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.* 2013 abr. 02;p.43
27. Wegner W, Pedro ENR. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012 maio-jun;20(3):427-34
28. Ridelberg M, Roback K, Nilsen P. Facilitadores e barreiras influenciar a segurança do paciente em hospitais suecos: um estudo qualitativo de percepção das enfermeiras. *BMC Nurs.* 2014; 13: 23.
29. Silva TO, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Teixeira CC. O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.* 2016;18: 1173.

CONCLUSÕES GERAIS

Ao identificar a importância da inserção do paciente para construção de cultura de segurança, por reconhecer seu papel no processo de assistência em saúde além de mero receptor e passando a se tornar agente ativo e questionador de suas necessidades e cuidados, optou-se por estudar este tema.

Acredita-se que o objetivo do estudo foi alcançado, haja vista para referida análise sobre a percepção do seu nível de participação e participação positiva dos pacientes hospitalizados. Observa-se vários pontos positivos e relevantes para inserção dos pacientes em seus próprios cuidados, assim como fragilidades dentro das instituições, e que devem ser conhecidas e analisadas para aprimorar e melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Aponta-se como limitação deste estudo, o fato que esta foi conduzida em uma única instituição com utilização de um questionário não validado, devido a inexistência, bem como a escassez de estudos de literatura específica envolvendo a participação do paciente em sua assistência hospitalar.

Avançar nesse tema é desafiador, assim a partir dessa pesquisa acredita-se que outras possam ser desenvolvidas com o objetivo de buscar estratégias que trabalhem a conscientização dos pacientes, instituições e profissionais de saúde para o desenvolvimento de engajamento e parceria entre esses atores a fim de proporcionar melhoria das práticas, fortalecendo a construção da cultura da segurança dentro das instituições de saúde.

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
DEM – DEPARTAMENTO DE MEDICINA E ENFERMAGEM
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

**PROJETO: “SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO SOB A ÓTICA DO
PACIENTE HOSPITALIZADO”**

IDENTIFICAÇÃO/SÓCIO ECONÔMICO

Data de nascimento: _____	Sexo: () Fem. () Mas
Etnia: () Branco () Preto () Pardo () Amarelo () Indígena () Não declarado	
Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União Estável	
Profissão: _____	Cidade que reside: _____
Escolaridade: () Não frequentou escola (analfabeto) () Ens. Fundamental incompleto () Ens. Fundamental completo () Ens. Médio incompleto () Ens. Médio completo () Ens. Superior incompleto () Ens. Superior Completo () Pós graduado	
Renda média familiar: _____	
Número de pessoas que dependem dessa renda: _____	
Serviço de saúde: () Sistema Único de Saúde (SUS) () Plano de saúde	

	Excelente	Muito bom	Bom	Razoável	Ruim
Considera seu estado geral de saúde					

Faz acompanhamento com algum médico específico? () SIM () NÃO

	< 6 meses	7-12 meses	>2 anos	Não sabe
Quanto tempo faz acompanhamento com este médico				

Número de internações nos últimos 6 meses: _____

Você já passou algum tempo em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)? () **SIM** () **NÃO**

Você já passou algum tempo na sala de emergência? () **SIM** () **NÃO**

Quando em alta hospitalar vai para casa ou outro lugar? () **Casa** () **Outro lugar**

1-2 3-5 6-10 11-15 16+

Duração da estadia (dias)

Tipo de localização () **Urbana** () **Rural**

	Muito	Alguma coisa	Pouco	Nada
Quanto você acha que pode confiar em seu próprio conhecimento e alerta para se proteger de erros “médicos”?				

Atividades de participação relatada pelos pacientes

	Muito	Médio	Pouco	Nada
Durante essa internação hospitalar, o quanto você sabia sobre o problema médico para o qual foi internado?				

	Sempre	Usualmente	Às vezes	Nunca
Durante essa internação hospitalar, quantas vezes você se a vontade o suficiente para ser capaz de falar com seus médicos e enfermeiros?				

	Muito fácil	Pouco fácil	Pouco difícil	Muito difícil
Quando você queria informações sobre cuidados e tratamentos, foi fácil ou difícil encontrar um médico ou enfermeiro para dizer-lhe o que você queria saber?				

	Sempre	Usualmente	Às vezes	Nunca
Durante a internação hospitalar, quando decisões tiveram de serem feitas, quantas vezes os seus médicos ou				

enfermeiros descreveram as coisas boas e ruins sobre suas opções de tratamento?				
---	--	--	--	--

	Menos do que queria	Quantidade certa	Mais do que queria
Você participou das decisões que seus médicos fizeram sobre seus cuidados?			

	Visitante sempre se certificou	Visitante às vezes se certificou	Visitante nunca se certificou	Não tiveram visitantes
Você teve algum amigo ou familiar a visitá-lo? Se sim, essa pessoa ajudou a certificar que seus desejos nos cuidados em saúde estavam sendo seguidos pelo pessoal do hospital?				

	Sempre	Usualmente	Às vezes	Nunca
Durante essa internação hospitalar, quando você recebeu medicamentos, alguma vez você se certificou de que eles eram os corretos? Em caso afirmativo, com qual frequência você verificou os medicamentos dados a você pelo pessoal do hospital?				

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Em um nível de 0 à 10, como considera a sua participação nas atividades relacionadas a assistência e cuidados?										
	Baixo (0-4)			Médio (5-7)			Alto (8-10)			

ANEXO 2 – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Segurança do Paciente: Avaliação sob a ótica do paciente hospitalizado

Pesquisador: Marilane de Oliveira Fani Amaro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65888617.6.0000.5153

Instituição Proponente: Departamento de Medicina e Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.014.491

Apresentação do Projeto:

O presente protocolo foi enquadrado como pertencente à Área Temática: Ciências da Saúde e Saúde Coletiva / Saúde Pública

Conforme resumo apresentado no formulário online da Plataforma: Segurança do paciente é entendida como um conjunto de medidas e políticas que visem a redução de danos na assistência em saúde. Ainda que os profissionais de saúde sejam os responsáveis pela oferta da assistência, é necessário também que os pacientes e familiares estejam envolvidos no processo de cuidados em saúde. Este estudo tem como objetivo Avaliar a percepção dos pacientes hospitalizados no que tange à participação do paciente na assistência e a segurança em uma Instituição hospitalar filantrópica de Viçosa- MG. Apresenta-se como pesquisa descritiva e transversal, com análise quantitativa dos dados. Os critérios de inclusão serão: Ser paciente hospitalizado a pelo menos 24 horas nos setores clínico e/ou cirúrgicos adulto, concordar em participar do estudo e estar presente nos dias de coleta dos dados. Os critérios de exclusão serão: Pacientes hospitalizados em setores de Terapia Intensiva, pediatria e saúde mental, devido à dificuldade de comunicação e ausência familiar por grande período. A coleta de dados será realizada por meio de um questionário semi-estruturado em uma amostra de 360 pacientes. Análise de dados por meio de: 1) estatística descritiva (frequência, média, mediana e desvio padrão) utilizando programa

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br

Continuação do Parecer: 2.014.491

Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS).

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com os pesquisadores,

Objetivo primário: Avaliar a percepção dos pacientes hospitalizados no que tange à participação do paciente na assistência e a segurança em uma Instituição hospitalar filantrópica de Viçosa- MG.

Objetivo secundário:

Avaliar se existe participação dos pacientes hospitalizados na assistência;

Verificar a capacidade dos pacientes hospitalizados atuarem efetivamente na segurança do paciente na instituição hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apresentam no formulário online da Plataforma os seguintes Riscos:

Os riscos envolvidos na pesquisa estão relacionados ao constrangimento e anonimato, minimizados pelo uso de local reservado para a coleta de dados e pseudônimos para identificação dos participantes.

e os seguintes Benefícios:

A pesquisa contribuirá para o conhecimento sobre o papel de participação dos pacientes na assistência em saúde, a fim de contribuir e fortalecer como medida para segurança dos pacientes.

Avaliação: Os riscos e os benefícios estão descritos de acordo com as recomendações sobre pesquisas em seres humanos baseados na Resolução 466/12 do CNS

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo pretende avaliar a percepção dos pacientes hospitalizados no que tange à participação do paciente na assistência e a segurança em uma Instituição hospitalar filantrópica de Viçosa- MG.

Para tanto, propõe-se Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com análise quantitativa dos dados. As pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência. Neste tipo de pesquisa, não há interferência do pesquisador, isto é, ele não manipula o objeto da pesquisa. Este estudo apresenta-se como descritivo sendo capaz de descrever suas características diante do proposto, aborda quatro

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br

Continuação do Parecer: 2.014.491

aspectos: descrição, registro, análise e interpretação de fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento no presente.

A cidade de Viçosa-MG se localiza na Zona da Mata mineira entre as Serras da Mantiqueira, do Caparaó e da Piedade. Possui população de 73.333 habitantes, além de uma população flutuante de aproximadamente 20.000 pessoas, composta por estudantes da Universidade Federal de Viçosa e de outras instituições. O município conta com dois hospitais de ensino, filantrópicos, de médio porte, os quais são referências para atendimento hospitalar na microrregião, atendendo a população de várias cidades vizinhas. Será realizado no Hospital São Sebastião por apresentar todos os setores assistenciais de interesse, além das clínicas médicas e cirúrgicas possui maternidade, o que não ocorre na outra instituição. A coleta de dados será realizada por meio de um questionário semi-estruturado adaptado de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos. A escolha pela utilização deste se deu após a realização de uma revisão de literatura sobre o tema e não encontrar nenhum questionário validado e este ter sido realizado a partir de grupos focais com pacientes hospitalizados(9).Será realizada também coleta de dados no prontuário médico dos pacientes a fim de obter dados referentes aos registros da equipe de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considerações sobre os documentos apresentados pelo pesquisador:

Os termos obrigatórios estão de acordo com as recomendações sobre pesquisas em seres humanos baseados na Resolução 466/12 do CNS.

Foram apresentados o TCLE e a carta de autorização do hospital que estão de acordo.

Recomendações:

Quando da coleta de dados, o TCLE deve ser elaborado em duas vias, rubricado em todas as suas páginas e assinado, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, bem como pelo pesquisador responsável, ou pessoa(s) por ele delegada(s), devendo todas as assinaturas constar na mesma folha. Não é necessário apresentar os TCLEs assinados ao CEP/UFV. Uma via deve ser mantida em arquivo pelo pesquisador e a outra é do participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o parecerista entende que o projeto está de acordo com as recomendações éticas sobre pesquisas com seres humanos baseados na Resolução 46/12 do CNS e recomenda a

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br

Continuação do Parecer: 2.014.491

sua aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Ao término da pesquisa é necessário apresentar, via notificação, o Relatório Final (modelo disponível no site www.cep.ufv.br). Após ser emitido o Parecer Consubstanciado de aprovação do Relatório Final, deve ser encaminhado, via notificação, o Comunicado de Término dos Estudos para encerramento de todo o protocolo na Plataforma Brasil.

Projeto aprovado autorizando o início da coleta de dados com os seres humanos a partir da data de emissão deste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_883012.pdf	17/03/2017 21:57:42		Aceito
Outros	Questionario.pdf	17/03/2017 21:55:43	Marilane de Oliveira Fani Amaro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	17/03/2017 21:50:01	Marilane de Oliveira Fani Amaro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaoinstituicao_pdf.pdf	17/03/2017 21:46:43	Marilane de Oliveira Fani Amaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/03/2017 21:35:45	Marilane de Oliveira Fani Amaro	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_pdf.pdf	17/03/2017 21:33:35	Marilane de Oliveira Fani Amaro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VICOSA, 12 de Abril de 2017

Assinado por:

Maria da Conceição Aparecida Pereira Zolnier
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes

Bairro: Campus Universitário

CEP: 36.570-900

UF: MG

Município: VICOSA

Telefone: (31)3899-2492

E-mail: cep@ufv.br

ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO SOB A ÓTICA DO PACIENTE HOSPITALIZADO”**. Nesta pesquisa pretendemos avaliar a percepção dos pacientes hospitalizados no que tange a participação na assistência e de que forma isso pode refletir em sua segurança dentro da instituição hospitalar. O motivo que nos leva a estudar esse tema é de identificar a real capacidade dos pacientes em internação hospitalar em atuarem no processo de cuidado podendo prevenir erros. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: será aplicado questionário semi estruturado em um único momento e realizada análise documental do prontuário.

Os riscos envolvidos na pesquisa estão relacionados ao constrangimento e anonimato, minimizados pelo uso de local reservado para a coleta de dados e pseudônimos para identificação dos participantes. A pesquisa contribuirá para o conhecimento sobre o papel de participação dos pacientes na assistência em saúde, a fim de contribuir e fortalecer como medida para segurança do pacientes.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, e depois desse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e

utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____,
contato _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa
**“SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO SOB A ÓTICA DO PACIENTE
HOSPITALIZADO”** de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a
qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de
participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via
original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade
de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador Responsável: Marilane de Oliveira Fani Amaro

Endereço: Departamento de Medicina e Enfermagem /Universidade Federal de Viçosa

Telefone: (31) 98307-1616

Email: marilane.amaro@ufv.br

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa,
você poderá consultar:

CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Universidade Federal de Viçosa

Edifício Arthur Bernardes, piso inferior

Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário

Cep: 36570-900 Viçosa/MG

Telefone: (31)3899-2492

Email: cep@ufv.br

www.cep.ufv.br

Viçosa, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador