

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DIOVANE GHIGNATTI DA COSTA

**A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE NA COPRODUÇÃO DE CUIDADOS:
PERCEPÇÕES ACERCA DA QUALIDADE NO SERVIÇO HOSPITALAR**

Porto Alegre

2019

DIOVANE GHIGNATTI DA COSTA

**A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE NA COPRODUÇÃO DE CUIDADOS:
PERCEPÇÕES ACERCA DA QUALIDADE NO SERVIÇO HOSPITALAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutorado em Enfermagem

Área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão em saúde e enfermagem e organização do trabalho

Eixo temático: Gestão/gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Gisela Maria Schebella Souto de Moura

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Costa, Diovane Ghignatti da

A experiência do paciente na coprodução de cuidados: percepções acerca da qualidade no serviço hospitalar / Diovane Ghignatti da Costa. -- 2019. 128 f.

Orientador: Gisela Maria Schebella Souto de Moura.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Experiência do paciente. 2. Segurança do paciente. 3. Satisfação do paciente. 4. Qualidade da assistência à saúde. 5. Assistência centrada no paciente. I. Moura, Gisela Maria Schebella Souto de, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO

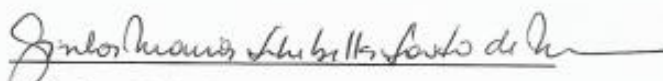
DIOVANE GHIGNATTI DA COSTA

A experiência do paciente na coprodução de cuidados: percepções acerca da qualidade no serviço hospitalar.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 10 de janeiro de 2019.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Gisela Maria Schebella Souto de Moura

Presidente da Banca – Orientadora

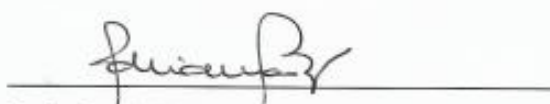
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Adriana Aparecida Paz

Membro da banca

UFCSPA



Profa. Dra. Mellina da Silva Terres

Membro da banca

UFCSPA

*Sejamos nuvens,
árvores
e Sol,
criando fontes em solos agrestes,
distribuindo sombra, abrigo, lenha e frutos
e celebrando a vida, pelo simples fato de existir.*

(Divaldo Pereira Franco, 1983)

DEDICATÓRIA

Ao ler a dedicatória registrada na Dissertação de Mestrado, passados oito anos, tive a sensação que as palavras se eternizaram no fluído cósmico que compõe a vida, fazendo sentido antes, agora e, com absoluta certeza, se manterá com sentido no futuro. Por isso, pouco foi editado nesta dedicatória, pois sou a mesma, esposa, mãe, estudante, enfermeira, educadora e sonhadora, que acredita em algo sublime que se constrói, basta sentir alegria mediante a certeza do amor.

Por essas razões dedico este trabalho

Ao meu esposo Claudio Eduardo Rodrigues da Costa, por ser um verdadeiro companheiro, por me conhecer como mais ninguém, por estar ao meu lado em todas as fases da vida, nesta, há pelo menos três décadas, sem contar as outras. Por proporcionar-me apoio, inteligência emocional e força. Por ser forte e dividir comigo esta força, me sustentando com seu amor. E, simplesmente, por ser meu amor e melhor amigo.

À minha filha Francis Ghignatti da Costa, bailarina e enfermeira, delicada e forte,
Ao meu filho Matheus Ghignatti da Costa, autonomia e senso crítico são suas marcas,
O futuro está bem encaminhado, se for por vocês, considerando que ambos são os jovens da casa, mas trazem consigo uma consciência de vida incrível, com o dom de transmitir amor de modos mais simples possíveis, mas com força e valor incomensuráveis, sendo minha fonte de renovação e de felicidade completa.

Agradeço por sonharmos juntos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por nos proporcionar a natureza inspiradora que renova as nossas energias.

Aos meus pais, Cenira e Ary (*in memoriam*), por terem me oportunizado a vida, pelo amor e incentivo a estudar, ainda não vou parar. À minha família, irmãos e irmã, sogra, sogro, cunhada irmã, cunhado pós-doc, sobrinhos e sobrinhas, pois constituem minha rede da vida, pelo amor e pela força que cada um me transmite, de maneiras diversas, mas todas muito importantes.

À minha orientadora, Profa Dra Gisela Maria Schebella Souto de Moura, por ter incentivado e valorizado todos os momentos desta trajetória de construção de conhecimento, de maneira leve, produtiva e assertiva, sendo um exemplo de educadora que pretendo seguir, com entusiasmo e competência no que faz. Mas, principalmente, por sonhar junto comigo este sonho, sou muito grata por acreditar no meu potencial.

Aos membros de minha banca: Profa Dra Ana Maria Müller de Magalhães, Profa Dra Mellina da Silva Terres e Profa Dra Adriana Aparecida Paz, pois além das contribuições valiosas para a lapidação de minha trajetória acadêmica, apoiaram a condição de antecipar a defesa. Sem a atenção de vocês não seria possível consolidar esta etapa.

À Coordenação do Grupo de Enfermagem do HCPA, por estimular e apoiar esta trajetória.

Aos colegas do Núcleo de Estudos de Gestão em Enfermagem, por tudo o que compartilhamos, com a marca especial do NEGE, as valiosas críticas construtivas.

Aos professores do PPGENF e colegas de disciplinas, pelo convívio e aprendizado.

Aos meus amigos Simone Silveira Pasin e José Luis Guedes dos Santos, por estarem comigo em momentos muito importantes, apoiando e facilitando a caminhada pela vida.

Ao Frei João Carlos Karling por todo apoio e competência na transformação para a paz e bem.

A todos meus mais sinceros agradecimentos!

RESUMO

COSTA, Diovane Ghignatti da. **Experiência do paciente na coprodução de cuidados: percepções acerca da qualidade no serviço hospitalar**. 2019. 126f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

Trata-se de estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo, acerca da experiência do paciente atendido em serviço hospitalar, na perspectiva da coprodução de cuidados em saúde. Pauta-se na sistematização de Donabedian, a qual enfatiza o engajamento do paciente na avaliação da qualidade em saúde, com base na tríade estrutura, processo e resultado. O objetivo geral consistiu em analisar a experiência do paciente durante a internação hospitalar em unidades clínicas e cirúrgicas, com foco na coprodução de cuidados orientados para a qualidade. O cenário de estudo foi um hospital universitário público do sul do país. Participaram 10 profissionais da equipe de saúde, 22 pacientes e 8 familiares adultos procedentes de 12 unidades de internação clínicas e cirúrgicas do hospital. Para a coleta de dados, procedeu-se à triangulação de múltiplas fontes: análise documental, observação e entrevistas. Os dados primários da observação de 30 encontros de serviço durante a prestação dos cuidados em duas unidades e da realização de 24 entrevistas com pacientes-famílias, conduzidas com base na Técnica de Incidente Crítico, foram submetidos à análise temática. A pesquisa atendeu aos preceitos éticos para seu desenvolvimento. A análise resultou em quatro categorias empíricas, cujo eixo transversal foi o papel dos pacientes-famílias como coprodutores do cuidado seguro, sendo elas: i) um recorte da qualidade e segurança assistencial no campo estudado; ii) protocolos de segurança segundo a experiência do paciente iii) caminhos percorridos e a percorrer no cuidado centrado no paciente e; iv) atributos de satisfação de segurança na experiência do paciente. Constatou-se que há alinhamento entre as percepções dos pacientes, as definições institucionais e os protocolos básicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente. No entanto, viu-se que os pacientes percebem que esses protocolos nem sempre são seguidos pelos profissionais. A coprodução para um cuidado seguro foi percebida em relação aos protocolos de cirurgia segura e de prevenção de lesões decorrentes de queda. Na identificação do paciente, higienização de mãos e processo de medicação, verificou-se que a coprodução depende do comportamento proativo de pacientes-famílias. Por um lado, foi possível constatar oportunidades para coprodução no cuidado centrado no paciente, mediante o comportamento de profissionais em instigar, envolver e esclarecer pacientes-famílias. Por outro, verificou-se que os encontros de serviço se centraram no motivo da internação e em intervenções técnicas. Ao passo que o comportamento dos profissionais foi valorizado pelos pacientes-famílias, quando houve maior interação e pela percepção de padrões assistenciais de qualidade, o seu oposto emergiu como falta de subsídios para acompanhar o tratamento, ou falta de cuidados em alguns momentos demandados. Emergiram atributos de satisfação de segurança sobre estrutura, processo e resultados assistenciais. Considera-se que a experiência do paciente sustenta a tese que o processo de atendimento hospitalar, quando orientado pelos pressupostos da segurança do paciente, conduz ao cuidado centrado no paciente e, a experiência do paciente como coprodutor de serviços de saúde, oportuniza identificar atributos de satisfação em relação à segurança do cuidado.

Palavras-chave: Experiência do Paciente. Segurança do Paciente. Satisfação do Paciente. Qualidade da Assistência à Saúde. Assistência centrada no paciente.

ABSTRACT

COSTA, Diovane Ghignatti da. **Patient experience in coproduction of care: perceptions about quality in the hospital service** 2019. 126f. Thesis (Doctorate in Nursing). School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

This is a qualitative, exploratory-descriptive study about the experience of patients treated in hospitals with a view to health care co-production. It is based on Donabedian model, which emphasizes patient's engagement in the evaluation of health quality, with focus on the triad: structure, process and outcome. The general objective was to analyze patient's experience during hospital stay in medical and surgical units, focusing on co-production of quality-oriented care. The study scenario was a public university hospital in the south of Brazil. A total of 10 professionals from the health team, 22 patients and 8 adult family members from 12 medical and surgical hospital units participated in the study. For data collection a triangulation of multiple sources – documentary analysis, observation and interviews – was done. The primary data came from the observation of 30 service encounters during health care in two units, and the accomplishment of 24 interviews with patient-families which were conducted based on the Critical Incident Technique. For the analysis of data and information, descriptive statistics and thematic analysis were used. The research met the ethical precepts for its development. The analysis resulted in four empirical categories, whose transversal axis was the role of patient-families as co-producers of safe care, being: i) a cutoff in quality and safety of care in the field studied; ii) safety protocols according to patient's experience; iii) paths covered and to be covered in patient-centered care; and iv) attributes of safety satisfaction in patient's experience. It was found that there is an alignment among patients' perceptions, institutional definitions, and basic protocols of the National Patient Safety Program. However, it has been seen that patients realize that those protocols are not always followed by the professionals. The co-production to a safe care was perceived in relation to the protocols of safe surgery and prevention of injuries due to fall. In the identification of the patient, hand hygiene, and medication process it was verified that the co-production depends on the proactive behavior of patient-families. On the one hand, it was possible to verify opportunities for co-production in patient-centered care, through the behavior of professionals in instigating, involving and clarifying patient-families. On the other hand, it was found that the service meetings focused on the reason of hospitalization and in technical interventions. While the behavior of the professionals was valued by patient-families when there was more interaction and perception of quality care standards, its opposite emerged as a lack of subsidies to follow the treatment, or lack of care in some moments. Attributes of safety satisfaction on structure, process, and outcomes emerged. It is considered that patient's experience supports the thesis that hospital care process, when guided by the assumptions of patient safety, leads to patient-centered care, and patient's experience as a co-producer of health services, allows the identification of satisfaction attributes regarding the safety of care.

Key words: Patient Experience. Patient Safety. Patient Satisfaction. Quality of Health Care. Patient-Centered Care

RESUMEN

COSTA, Diovane Ghignatti da. **Experiencia del paciente en la coproducción de cuidados: percepciones acerca de la calidad en el servicio hospitalario**. 2019. 126f. TesIS (Doctorado en Enfermería). Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

Se trata de un estudio cualitativo, de tipo exploratorio-descriptivo, a cerca de la experiencia del paciente atendido en servicio hospitalar, en la perspectiva de la coproducción de los cuidados en salud. Se guía en la sistematización de Donabedian, la cual enfatiza el compromiso del paciente en la evaluación de la calidad en salud, con base en la tríada estructura, proceso y resultado. El objetivo general consistió en analizar la experiencia del paciente durante la internación hospitalar en unidades clínicas y quirúrgicas, con foco en la coproducción de cuidados orientados para la calidad. El escenario de estudio fue un hospital universitario público del sur del país. Participaron 10 profesionales del equipo de salud, 22 pacientes y 8 familiares adultos procedentes de 12 unidades de internación clínica y quirúrgica del hospital. Para la colecta de datos, se procedió a la triangulación de múltiples fuentes: análisis documental, observación y entrevistas. Los datos primarios fueron oriundos de la observación de 30 encuentros de servicio durante la prestación de los cuidados en 2 unidades y la realización de 24 entrevistas con pacientes-familiares, conducidas con base en la Técnica de Incidente Crítico. Para el análisis de los datos e informaciones, se utilizó estadística descriptiva y análisis temática. La pesquisa atendió los preceptos éticos para su desarrollo. El análisis resultó en cuatro categorías empíricas, cuyo eje transversal fue el papel de los pacientes-familias como coproductores del cuidado seguro, siendo ellas: i) un recorte de la calidad y seguridad asistencial en el campo estudiado; ii) protocolos de seguridad según la experiencia del paciente, iii) caminos recorridos y por recorrer en el cuidado centrado en el paciente y; iv) atributos de satisfacción de seguridad en la experiencia del paciente. Se constató que hay alineamiento entre las percepciones de los pacientes, las definiciones institucionales y los protocolos básicos del Programa Nacional de Seguridad del Paciente. Sin embargo, se vio que los pacientes perciben que esos protocolos ni siempre son seguidos por los profesionales. La coproducción para un cuidado seguro fue percibida en relación a los protocolos de cirugía segura y de prevención de lesiones provenientes de caída. En la identificación del paciente, higiene de las manos y proceso de medicación, se verificó que la coproducción depende del comportamiento colaborador de pacientes-familias. Por un lado, fue posible constatar oportunidades para coproducción en el cuidado centrado en el paciente, mediante el comportamiento de profesionales en instigar, involucrar e informar pacientes-familias. Por otro, se verificó que los encuentros de servicio se centraron en el motivo de la internación y en intervenciones técnicas. Al mismo tiempo que el comportamiento de los profesionales fue valorado por los pacientes-familias, cuando hubo mayor interacción y por la percepción de padrones asistenciales de calidad, lo opuesto emergió como falta de subsidios para acompañar el tratamiento, o falta de cuidados demandados en algunos momentos. Emergieron atributos de satisfacción de seguridad sobre la estructura, proceso y resultados asistenciales. Se considera que la experiencia del paciente sostiene la tesis de que el proceso de atención hospitalar, cuando orientado por lo que él presupone al respecto de seguridad, conduce al cuidado centrado en el paciente y, la experiencia del paciente como coproductor de servicios de salud, nos da la oportunidad de identificar atributos de satisfacción en relación a la seguridad de aquél que está siendo cuidado.

Palavras-clave: Seguridad del Paciente. Experiencia del Paciente. Satisfacción del Paciente. Calidad de la Atención de Salud. Atención Dirigida al Paciente

LISTA DE FIGURAS, QUADROS e TABELAS

Figura 1 - Tríade de Donabedian para avaliação dos cuidados em saúde	20
Figura 2 - Distribuição das publicações com aplicação do instrumento HCAHPS no contexto mundial.....	34
Figura 3 - Distribuição das publicações por local no contexto mundial.....	36
Figura 4 - Distribuição das publicações por ano sobre <i>patient experience</i> AND <i>patient safety</i> AND <i>hospitals</i> AND <i>patient satisfaction</i>	37
Figura 5 – Elementos da experiência do paciente na coprodução de cuidados, na perspectiva da qualidade do serviço hospitalar	39
Quadro 1 - Definições de qualidade do cuidado em saúde.....	23
Quadro 2 - Tipos de coprodução de serviços	33
Quadro 3 - Políticas do HCPA relacionadas ao envolvimento do usuário	52
Quadro 4 - Planos do campo estudado relacionados ao envolvimento do usuário	53
Quadro 5 - Informações das Fichas Técnicas dos Indicadores	55
Quadro 6 - Média dos resultados dos indicadores por unidade	58
Quadro 7- Síntese da análise dos resultados	82
Tabela 1 - Taxa de adesão à Higienização de Mãos	56
Tabela 2 - Taxa de incidência de quedas	56
Tabela 3 - Taxa de Satisfação do paciente no grau ótimo	57
Tabela 4 - Taxa de percepção do paciente sobre conferência de sua identificação	58

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BSC – *Balanced Scorecard*

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

GEO – Sistema de Gestão Operacional

HCAHPS – *Hospital Consumer Assessment of Helthcare Providers and Systems*

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IG – Sistema de Informações Gerenciais

IOM – *Institute of Medicine*

JCI – *Joint Comission International*

MeSH – *Medical Subject Headings Terms*

NEGE – Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

PPGENF – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

PROADI-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

QUALIS – Programa de Qualidade Assistencial e Informações em Saúde

TIC – Técnica de Incidente Crítico

TGS – Teoria Geral de Sistemas

TS – Teoria de Sistemas

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 Avaliação da qualidade dos serviços de saúde.....	18
3.2 Dimensões da qualidade: segurança do paciente e cuidado centrado no paciente....	24
3.3 A experiência do paciente como coprodutor do cuidado seguro.....	30
4 MÉTODO	40
4.1 Caracterização do estudo	40
4.2 Cenário de estudo	40
4.3 Participantes do estudo	41
4.4 Procedimentos para coleta e organização dos dados	43
4.5 Técnica de Incidente Crítico como estratégia para coleta de dados	45
4.6 Análise dos dados.....	47
4.7 Considerações quanto aos aspectos éticos da pesquisa	49
5 RESULTADOS	51
5.1 Um recorte da qualidade e segurança assistencial no campo estudado	51
5.2 Protocolos de segurança segundo a experiência do paciente	59
5.3 Caminhos percorridos e a percorrer no cuidado centrado no paciente	68
5.4 Atributos de satisfação de segurança na experiência o paciente	75
6 DISCUSSÃO	84
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	105
ANEXO 1 – Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre ...	115
ANEXO 2 – Momentos Preconizados pela OMS para higienização das mãos	116
ANEXO 3 – Prevenção de Quedas – Orientações para paciente e familiares	117
ANEXO 4 – Carta de Direitos e Deveres dos Pacientes	118
APÊNDICE A – Roteiro Semiestruturado para Observação	119
APÊNDICE B – Roteiro Semiestruturado para Entrevista de Pacientes	120
APÊNDICE C – Roteiro Semiestruturado para Entrevista de Familiares	121
APÊNDICE D – Termo para Uso de Dados Institucionais	122
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pacientes	123

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Familiares ...	125
APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais	
.....	127

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa versa sobre a experiência do paciente na coprodução de cuidados, na perspectiva da qualidade no serviço hospitalar. Tem-se como foco as iniciativas implementadas para o envolvimento do paciente na sua segurança, bem como em suas percepções acerca das ações de cuidado voltadas para segurança e cuidado centrado no paciente.

Pauta-se na sistematização proposta por Donabedian (1987), o qual inspirou-se nos pressupostos da Teoria de Sistemas, enfatizando o engajamento do paciente na avaliação da qualidade em saúde, com base na tríade estrutura, processo e resultado. Esse autor conceituou qualidade em saúde como o conjunto de atributos relacionados à excelência profissional, ao uso eficiente de recursos, a um mínimo risco ao paciente e à elevada satisfação por parte dos pacientes (DONABEDIAN, 1988; DONABEDIAN,1990). Alinha-se a esse conceito a descrição de segurança do paciente publicada pela *World Health Organization* (WHO), a qual destaca a redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável (WHO, 2009a). Adota-se, também, o conceito de experiência do paciente descrito por *The Beryl Institute* (2018), o qual o considera como a soma de todas as interações, moldadas pela cultura de uma organização, que influenciam a percepção de pacientes em todo o *continuum* de cuidados. E, completando a acepção dos termos que compõem esta tese, tem-se a coprodução, como um processo em que o usuário é parte inerente da produção de determinado serviço, de modo que o resultado depende de esforço conjunto entre prestadores e usuários (PARKS et al, 1981). A integração dessa base conceitual reflete a natureza dinâmica e interativa do objeto investigado.

O interesse por essa temática emergiu da minha trajetória profissional, principalmente da participação no Programa de Qualidade Assistencial e Informações em Saúde (QUALIS) e no Grupo de Gestão do Relacionamento com o Cliente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), nos quais se têm desenvolvido ações na perspectiva multiprofissional para a concretização e sustentabilidade de padrões de qualidade e segurança assistencial. Essas experiências possibilitaram-me a trabalhar diretamente no acompanhamento dos indicadores de qualidade e segurança e de satisfação dos pacientes atendidos no hospital, instigando-me a desenvolver a presente pesquisa. Qualidade, segurança dos pacientes e experiência dos pacientes são pesquisados no Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem (NEGE) da

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no qual me insiro e me inspiro para seu aprofundamento.

A adoção de padrões de qualidade e segurança na prestação dos serviços de saúde, com acompanhamento sistemático do desempenho assistencial, pode constituir um meio de organizar e assegurar a implementação de ações focadas na perspectiva dos usuários. A discussão sobre esses padrões tem percorrido o globo há mais de quinze anos, impulsionada pela publicação do relatório “Errar é Humano”, no qual foram divulgadas estatísticas alarmantes sobre o atendimento prestado pelos serviços de saúde norte-americanos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Esse documento recebeu relevância mundial e inaugurou o novo milênio, intensificado pelos preceitos da Organização Mundial da Saúde - OMS (OMS, 2002; WHO, 2008a), os quais demarcaram a necessidade de promover práticas mais seguras no ambiente de prestação de cuidados em saúde.

Nesta pesquisa destaca-se uma das ações promovidas pela Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, denominada **Pacientes pela Segurança do Paciente**, cujo objetivo é garantir que sua voz seja alicerce do movimento de segurança do paciente (WHO, 2008a). Em nível nacional, essa ação consta em publicação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na qual são descritas prioridades a serem desenvolvidas para a segurança do paciente, com ênfase ao envolvimento do paciente como elemento fundamental para a qualidade assistencial (ANVISA, 2011). O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria do Ministério da Saúde 529/2013, também demarca o envolvimento de pacientes e familiares nas ações de segurança para instrumentalizar profissionais e usuários ao cuidado seguro, dentre os cinco objetivos específicos (BRASIL, 2013a). Esses objetivos do PNSP atendem quatro eixos, os quais estão relacionados à assistência, ensino e pesquisa e ao **Envolvimento do Cidadão** na sua segurança (BRASIL, 2014). Ainda no ano de 2013, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), publicou estratégias para a segurança do paciente, entre as quais aponta os **Pacientes como Parceiros na sua Segurança**, encorajando o desenvolvimento do papel de protagonista no cuidado a sua saúde (REBRAENSP, 2013).

Apesar dessas iniciativas, a *National Patient Safety Foundation* (2015) constatou que, quinze anos após o relatório “Errar é Humano”, os avanços em prol da segurança do paciente ainda têm sido insuficientes em nível global, pois os danos evitáveis continuam ocorrendo frequentemente. Como exemplo, tem-se no Brasil o estudo de Mendes et al (2009), em que apresentam a estimativa de 7,6% (84 em 1.103) de incidência de eventos adversos nas instituições brasileiras, com o agravante que desses, 66,7% (56 em 84) foram considerados

evitáveis. Outro estudo, envolvendo cinco países da América Latina, estimou que 10,5% dos pacientes hospitalizados devem sofrer algum tipo de evento adverso, com uma taxa de 58,9% de eventos evitáveis (ESPAÑA, 2010).

Mediante esse cenário, a *National Patient Safety Foundation* (2015) publicou recomendações para acelerar a segurança do paciente. Destaca-se nesta pesquisa a sétima recomendação, a qual orienta à equipe de saúde associar-se a pacientes e familiares para promover uma assistência mais segura. As ações propostas mediante essas iniciativas são apresentadas de maneira mais detalhada em seção específica na revisão da literatura.

A condição acerca do lento progresso na melhoria da segurança do paciente também foi evidenciada por Fitzsimons e Cornwell (2018), os quais destacam que se argumenta sobre o envolvimento de pacientes no relato de dimensões da qualidade, para que os cuidados sejam apropriados e seguros. Os autores consideram que o envolvimento do paciente configura uma estratégia eficaz para a identificação de fragilidades no sistema, as quais incorrem na segurança assistencial.

Definiu-se este enfoque com base na lacuna apontada na literatura, a exemplo do estudo de Ward e Armitage (2012) que investigou sobre o tema em cinco bases de dados internacionais, no qual a participação do paciente nos resultados assistenciais foi evidenciada como uma definição política a ser tomada por parte dos dirigentes dos serviços de saúde. O estudo considerou que os pacientes têm um papel importante no relato de questões que envolvem a segurança no ambiente hospitalar, mas que o delineamento das pesquisas analisadas foi desprovido da participação do paciente, indicando que futuros estudos promovam a colaboração do paciente no aprofundamento do tema. Mais recentemente, outro estudo destacou em seus resultados que a participação do paciente na segurança ainda é deficiente na prática clínica e são necessárias ações sistemáticas para criar uma cultura de segurança na qual os pacientes sejam vistos como parceiros iguais na promoção de um cuidado seguro e de qualidade (SAHLSTROM et al, 2016).

Em revisão sistemática publicada por Newell e Jordan (2015), um dos achados destacou que métodos que se concentram em incluir o paciente e suas informações em tempo real são considerados cruciais para o avanço na segurança do paciente. Um estudo multicêntrico conduzido na Inglaterra apontou que se sabe pouco sobre o que os pacientes podem adicionar à compreensão sobre segurança (O'HARA, et al 2018). Esses autores concluíram que os pacientes podem fornecer uma perspectiva que acrescenta uma visão diferente, pois suas informações retratam os cuidados vivenciados e, portanto, podem contribuir com o que é necessário mudar para melhorar a segurança e a experiência do

paciente. A revisão de escopo acerca do engajamento do paciente na melhoria dos serviços hospitalares, realizada por Liang et al (2018) evidenciou que há escassez de pesquisas sobre este tópico, apontando a necessidade de futuras pesquisas com foco comportamental no engajamento de pacientes.

Nessa perspectiva, o engajamento do paciente na busca por soluções relacionadas à segurança assistencial é salientado por Wachter (2013) como uma oportunidade e um grande desafio na gestão da qualidade, além de constituir um fator que interfere na satisfação com o cuidado. Entretanto, apesar do cuidado centrado no paciente ser considerado uma das dimensões da qualidade definidas pelo *Institute Of Medice* (2001) e corroboradas por Watchter (2013) e, que, a satisfação do paciente é reconhecida como uma importante medida de desempenho da qualidade assistencial, (DONABEDIAN, 1987; KAPLAN; NORTON, 1997), a qual dá visibilidade ao atendimento das expectativas dos pacientes em relação ao atendimento, ainda poucos estudos (PEFOYO; WODCHIS, 2013; MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013; MAGALHÃES et al, 2017) exploraram a relação entre satisfação e outras medidas de desempenho relacionada à segurança assistencial. Essa condição remete à necessidade de explorar a experiência do paciente e seu engajamento no cuidado, considerando que seu envolvimento é uma estratégia para o alcance da qualidade assistencial.

Ao considerar esses achados e a experiência profissional da pesquisadora, relacionados à qualidade do serviço hospitalar, apresenta-se as questões que nortearam o desenvolvimento desta tese: Na experiência do paciente atendido em unidades de internação hospitalar emergem percepções acerca das ações relacionadas à segurança do paciente? Nessa experiência, surgiram atributos de satisfação relacionados à segurança do paciente?

Apresenta-se a tese que o processo de atendimento hospitalar, quando orientado pelos pressupostos da segurança do paciente, conduz ao cuidado centrado no paciente e, a experiência do paciente como coprodutor de serviços de saúde, oportuniza identificar atributos de satisfação em relação à segurança do cuidado.

Enquanto justificativa e relevância do estudo, alicerça-se nas contribuições esperadas com a presente pesquisa, a qual promoverá subsídios para a participação do paciente como agente das ações de segurança no seu cuidado e para a equipe de saúde inserir o paciente como eixo central do cuidado seguro, constituindo-o efetivamente como coprodutor do processo assistencial. Pretende-se, com isso, fomentar a produção de conhecimento para saúde e repercutir na formação profissional e nos processos de atenção e gestão à saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a experiência do paciente durante a internação hospitalar em unidades clínicas e cirúrgicas, com foco na coprodução de cuidados orientados para a qualidade.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever os resultados dos indicadores de qualidade e segurança assistencial;
- Explorar iniciativas que demonstram a coprodução nas ações em prol da segurança do paciente;
- Identificar elementos que caracterizam o cuidado centrado no paciente;
- Desvelar atributos de satisfação dos pacientes relacionados à segurança e qualidade assistencial.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O referencial teórico foi organizado em três seções, cujo eixo balizador é a experiência do paciente, o qual apresenta-se neste capítulo. Na primeira seção está descrito o referencial de Donabedian, que sustenta a avaliação da qualidade dos serviços de saúde com base na Teoria de Sistemas, dando-se ênfase ao atendimento das necessidades dos pacientes. Na seção seguinte apresenta-se as dimensões da qualidade - segurança do paciente e cuidado centrado no paciente - como paradigma orientador do modelo gerencial. Por fim, na terceira seção, apresenta-se um panorama sobre estudos acerca da experiência do paciente como coprodutor do cuidado seguro.

3.1 Avaliação da qualidade dos serviços de saúde

A avaliação dos serviços de saúde é um tema que vem sendo amplamente pesquisado nas últimas décadas, identificando-se no modelo proposto por Donabedian, um marco na avaliação de forma sistematizada. Donabedian, médico e pesquisador libanês que viveu entre os anos de 1919 a 2000, sendo boa parte nos Estados Unidos da América, inspirou-se nos conceitos da Teoria de Sistemas (TS), aplicando-os ao contexto dos serviços de saúde, definindo a tríade que compõe a qualidade dos cuidados em saúde como um sistema, quais sejam estrutura, processos e resultados (DONABEDIAN, 1987; BEST; NEUHAUSER, 2004). A partir da base epistemológica da TS, Donabedian conceituou qualidade em saúde, a qual consiste em um conjunto de atributos relacionados à excelência profissional, ao uso eficiente de recursos, a um mínimo risco ao paciente e à elevada satisfação por parte dos pacientes (DONABEDIAN, 1988; DONABEDIAN, 1990).

A Teoria de Sistemas (TS) é um ramo específico da Teoria Geral de Sistemas (TGS), a qual surgiu com os trabalhos do biólogo alemão Ludwig von Bertalanffy, que buscou solucionar problemas por meio de formulações conceituais para aplicações na realidade empírica (CHIAVENATO, 2014). A TS postula que um sistema consiste em um conjunto de unidades reciprocamente relacionadas, do qual decorrem dois conceitos, o de propósito ou objetivo e o de globalismo ou totalidade. Os elementos ou objetos, bem como os relacionamentos, definem um arranjo que visa sempre o alcance de um objetivo ou finalidade.

A TS considera, também, que uma ação que produza mudança em uma das unidades do sistema produzirá mudanças nas demais unidades que compõem esse sistema. Com isso, o sistema sempre reagirá globalmente a qualquer estímulo produzido em qualquer parte ou unidade. A complexidade do sistema é definida de acordo com o número de subsistemas que o compõe, considerando a inter-relação existente entre esses. Os sistemas existem em um meio e são por ele condicionados, em diversos níveis de abordagem: individual, grupo, organização e sociedade. Consistem em uma série de atividades e processos que fazem parte de um todo maior, condição que remete à conectividade, integração e totalidade.

Em reflexão de Matos e Pires (2006) consta a influência da base epistemológica da administração na organização do trabalho em saúde, sobretudo na enfermagem. Em relação à TS, as autoras destacam a interação entre os elementos que configuram um sistema. Por sua vez, essa interação produz um comportamento desses elementos que se modificam na medida em que ocorrem mudanças na relação. Apesar da grande aproximação dos fundamentos da TS na caracterização dos serviços de saúde, considerando a dinâmica relação existente entre os diversos elementos que o compõe, foi apontado pelas autoras, que a gestão em saúde tem recebido influência predominante da abordagem clássica da administração, cujas teorias focam-se nas tarefas e estrutura da organização.

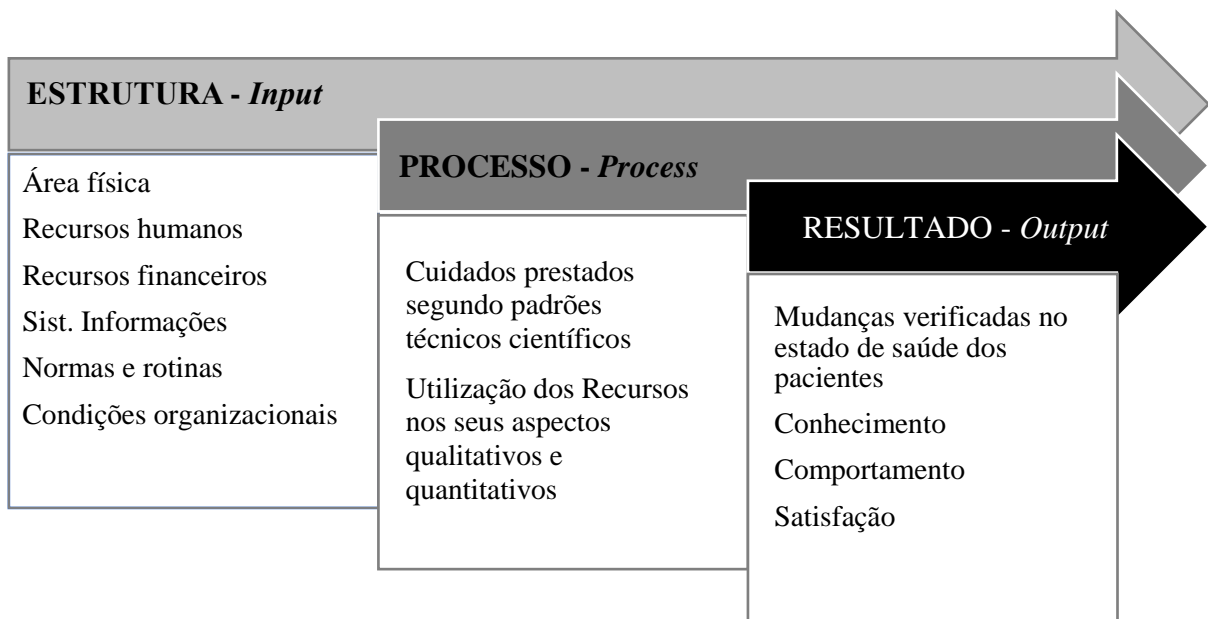
O estudo de Santos et al (2013) analisou publicações nacionais e internacionais entre 2005 e 2010, buscando evidências acerca de concepções e ações de gerência dos enfermeiros. Os autores demarcaram que a gerência no cuidado de enfermagem se dá mediante interações entre as pessoas que fazem parte de um sistema de cuidado que é complexo, cujas influências evidenciadas no cotidiano de trabalho perpassam as principais ênfases das teorias de administração, inclusive a TS. No entanto, apontam que os conhecimentos teóricos são aplicados com pouca crítica e reflexão, no sentido de articulá-los de forma inovadora ao contexto social, político e econômico atual.

Na concepção apresentada por Motta e Vasconcelos (2006) consta que cientistas, incluindo Von Bertalanffy, orientaram suas preocupações para o desenvolvimento de uma teoria que desse conta das semelhanças existentes dos diversos ramos do conhecimento, sem prejuízo das diferenças. O conhecimento era concebido por eles como parte de um sistema maior, cujas especificidades poderiam ser explicadas a partir de regras gerais aplicáveis a todos, com base em princípios unificadores que atravessam as particularidades das diversas ciências, gerando uma integração necessária na educação científica. Assim, muitos estudiosos passaram a aplicar a TGS a seus diversos campos, considerando as enormes potencialidades,

quer seja pela abrangência ou pela flexibilidade que seus pressupostos ofereciam (MOTTA; VASCONCELOS, 2006).

Nesse sentido, Donabedian (1988) considerou que os serviços de saúde apresentavam características de sistemas complexos e propôs uma sistematização de avaliação desses serviços, descrevendo como a qualidade dos cuidados em saúde poderia ser avaliada a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output* (Figura 1). Além dos elementos considerados concretos, que demarcam maior facilidade em serem medidos, o autor descreve outros, que alcançam aspectos subjacentes na produção dos cuidados e que repercutem diretamente na avaliação da qualidade, os quais dizem respeito à performance dos profissionais, tanto de ordem técnica como de ordem interpessoal, pois sabe-se que as melhores práticas nessas dimensões produzem melhorias na saúde.

Figura 1 – Tríade de Donabedian para avaliação dos cuidados em saúde, Porto Alegre, 2018.



Fonte: Adaptado livremente de Donabedian (1980).

O componente referente à estrutura corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais. O componente processo corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre

determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos e os cuidados prestados. O componente resultado corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente. (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

A avaliação integrada da tríade proposta por Donabedian constitui-se em um meio de acompanhar os resultados de desempenho assistencial, obtendo-se condições de conhecer as razões das diferenças encontradas por meio de avaliações sistemáticas de processos e estrutura. Segundo Donabedian (1988) ao serem atendidas as características dos componentes estrutura e processo, é mais provável que o resultado esperado seja alcançado, expresso na capacidade do serviço atingir seus objetivos, propiciando melhoria das condições de saúde dos usuários.

Ao considerar o contexto brasileiro, a relevância do atendimento das necessidades de saúde dos usuários foi definida desde a promulgação da Política Nacional de Saúde do país (BRASIL, 1990), a qual define objetivos, princípios e diretrizes para o desenvolvimento e gestão das ações de saúde. Atualmente, essas premissas são corroboradas em documentos que orientam sobre a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro, com os quais se busca a integração entre os serviços, para a obtenção de melhores resultados assistenciais e de maior satisfação do paciente (BRASIL, 2017a; ANAHP, 2019a; ANAHP, 2019b).

A avaliação dos serviços de saúde, por sua vez, tem sido objeto de auditorias. Nos serviços públicos de saúde, o foco das auditorias direciona-se à verificação da qualidade dos serviços mediante a busca de evidências do impacto das ações de saúde, com vistas a justificar a aplicação dos recursos para o alcance da qualidade de vida, da equidade do sistema, da conformidade nos padrões assistenciais, da satisfação dos usuários e da identificação de oportunidades de melhoria do sistema de saúde. A avaliação em saúde abrange estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017a).

A gestão da qualidade dos serviços de saúde é um processo que tem levado os hospitais a adotarem indicadores para monitorar, avaliar e atestar a qualidade assistencial do serviço oferecido. No entanto, há evidências que no Brasil existe uma insatisfação geral com a qualidade e o acesso ao atendimento em saúde, principalmente aos usuários que buscam

atendimento na rede pública (GOUVEIA et al, 2009). Mais recentemente, resultados de estudo realizado em 33 municípios brasileiros, que avaliou a satisfação dos usuários relacionada ao programa Mais Médicos, evidenciou um nível elevado de satisfação, em razão da facilidade de acesso ao profissional, reduzindo deslocamentos, além de sua postura resolutiva e atenciosa (COMES et al, 2016).

Encontram-se na literatura diversos estudos acerca da satisfação do paciente em nível nacional (GOUVEIA et al, 2009; MOIMAZ et al, 2010; PENA; MELLEIRO, 2012; COMES et al, 2016) e internacional (PEFOYO; WODCHIS, 2013; ANAND; NAIK; BASHIR, 2014. O'HARA, 2018; FÁTIMA; MALIK; SHABIR, 2018), os quais descrevem fatores reconhecidos pelos pacientes que interferem na percepção da qualidade do serviço e em sua satisfação, como acesso e estrutura do ambiente de atendimento, informações e comunicação, atenção e cordialidade das equipes da linha de frente, alimentação oferecida, cuidados e tratamento recebido. Também foi evidenciado que a principal preocupação dos pacientes está relacionada com a privacidade, capacidade de resposta e qualidade dos cuidados recebidos durante a hospitalização (ANAND; NAIK; BASHIR, 2014; FREITAS et al, 2014; DiGIOIA; CLAYTON; GIARUSSO, 2016; O'HARA, 2018; FÁTIMA; MALIK; SHABIR, 2018).

Esses resultados caracterizam qualidades relativas à experiência e à credibilidade descritas no marketing de serviços (ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2014). Os autores apresentam a satisfação como um conceito mais amplo que qualidade, pois além de englobar as dimensões da qualidade, as quais são avaliadas pelo indivíduo, a satisfação depende ainda de fatores situacionais e pessoais presentes nos encontros de serviço. Esses consistem em elementos que compõem a construção das percepções do cliente e que se dão nos momentos em que o cliente entra em contato com o serviço.

As dimensões da qualidade segundo o marketing de serviços foram descritas por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991) e compreendem confiabilidade, responsividade, segurança, empatia e elementos tangíveis. O conjunto dessas dimensões constituem condutores da qualidade do serviço, cujos elementos avaliados vão desde a capacidade de executar o serviço de forma confiável, em tempo oportuno, com segurança, mediante atenção individualizada, com equipe capacitada e em instalações físicas adequadas.

Para Donabedian (1990) as dimensões da qualidade compreendem diversos atributos, descritos por ele em sete Pilares da Qualidade:

- Eficácia: habilidade da ciência e tecnologia do cuidado de saúde em realizar melhoria no estado de saúde quando utilizada em circunstâncias específicas;

- Efetividade: grau em que a melhoria é atingida. Implica na comparação entre o desempenho realizado e aquele indicado pela ciência e tecnologia, idealmente ou sob circunstâncias específicas. A efetividade é um conceito relativo;
- Eficiência: habilidade em reduzir o custo do cuidado sem diminuir as melhorias nas condições de saúde;
- Otimização: balanço das melhorias nas condições de saúde comparadas com o custo de tais melhorias;
- Aceitabilidade: grau de conformidade do cuidado aos desejos, vontades e expectativas do paciente e de seus familiares;
- Legitimidade: conformidade com as preferências sociais, expressas em princípios éticos, valores, normas, leis e regulamentações;
- Equidade: conformidade com o princípio que determina o que é justo e razoável na distribuição do cuidado de saúde e dos seus benefícios entre os membros de uma população.

Segundo Donabedian (1990), a magnitude da qualidade é expressa mediante a avaliação desses atributos, quer seja isoladamente ou em uma variedade de combinações. Consta na literatura diferentes conceitos de qualidade, desdobrados em dimensões específicas, mas que convergem em um eixo comum, conforme apresentado no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1: Definições de qualidade do cuidado em saúde, Porto Alegre, 2018.

Autor/Organização	Definição
Donabedian (1990)	Quando se atinge a maximização do bem-estar do paciente, mediante balanço entre os ganhos e as perdas que acompanham o processo de cuidado em toda a sua extensão
<i>Institute of Medice</i> (1990)	Quando os serviços de saúde aumentam a probabilidade de ocorrência de resultados desejados e consistentes com o conhecimento profissional
Departamento de Saúde, Reino Unido (1997)	Realizar o cuidado de maneira correta, para as pessoas certas, de maneira oportuna
Conselho Europeu (1998)	Quando o tratamento dispensado aumenta a probabilidade de alcançar os resultados desejados, diminuindo os indesejados, levando em consideração o estágio atual do conhecimento
Organização Mundial da Saúde (2000)	Nível de realização dos objetivos intrínsecos do sistema de saúde em melhorar a saúde e os níveis de pronta resposta às expectativas dos pacientes

Fonte: Adaptado de Quigley et al (2008).

Considerando os diferentes referenciais disponíveis acerca da qualidade, demarca-se na condução desta tese a adoção do eixo descrito no PNSP, o qual orienta para avaliação da qualidade do cuidado em saúde, os pressupostos difundidos por Donabedian na década de 80 e pelo *Institute of Medicine* (IOM) no início dos anos 2000 (BRASIL, 2013b). Os pressupostos de Donabedian (1990) são sintetizados em atributos que compõem os sete Pilares da Qualidade, descritos nesta seção. Já, os pressupostos do IOM (2001) compõem as dimensões da qualidade descritas na seção a seguir.

3.2 Dimensões da qualidade: segurança do paciente e cuidado centrado no paciente

As dimensões da qualidade descritas pelo *Institute of Medicine* (IOM, 2001) no relatório *Crossing the Quality Chasm*, “Cruzando o abismo da qualidade”, publicado logo a seguir do relatório “Errar é Humano”, congregam um sistema proposto para prevenir e mitigar erros decorrentes da assistência em saúde, demarcando pontos relevantes a serem considerados para reinventar o sistema de saúde. A aplicação dessas dimensões requer o planejamento de ações inovadoras a serem desenvolvidas de maneira integrada entre formuladores de políticas de saúde, prestadores de serviços, agências financiadoras, profissionais e usuários dos serviços de saúde. Nesse referencial as dimensões da qualidade visam orientar a execução do cuidado em saúde, para que seja:

- Seguro: evitando danos aos pacientes decorrentes dos cuidados que se destinam a melhorar sua condição de saúde;
- Eficaz: oferecendo serviços com base em conhecimento científico àqueles que se beneficiarão dos mesmos, evitando àqueles que, provavelmente, não se beneficiarão;
- Centrado no paciente: oferecendo atendimento respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais do paciente, garantindo que esses valores orientem as decisões clínicas;
- Oportuno: reduzindo tempo de espera, expectativas e atrasos nocivos tanto ao paciente como equipes;
- Eficiente: evitando desperdício, incluindo equipamentos, suprimentos, ideias e energia;

- Equitativo: oferecendo cuidados que não variam em qualidade por distinção de características como gênero, etnia, localização geográfica e socioeconômicas.

O documento destaca que um sistema de saúde que invista nessas seis áreas tem condições de atender às necessidades dos pacientes, obtendo melhores resultados aos pacientes, membros da equipe de saúde, instituições e sociedade. De acordo com os objetivos propostos nesta pesquisa, se dará ênfase às dimensões segurança do paciente e cuidado centrado no paciente. Conforme DiGioia, Clayton e Giarusso (2016) essas dimensões da qualidade estão relacionadas a melhores desfechos clínicos, tomadas de decisão compartilhada e satisfação do paciente.

Segundo a definição do atributo denominado aceitabilidade por Donabedian (1990), que congrega um dos sete pilares da qualidade descrito pelo autor, é possível verificar a relação intrínseca conceitual à dimensão da qualidade referente ao cuidado centrado no paciente, descrita pelo *Institute of Medicine* (2001). Para Donabedian, a aceitabilidade refere-se à necessidade de o cuidado em saúde considerar os desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias (DONABEDIAN, 1990). Segundo o autor, esse atributo depende da avaliação subjetiva do paciente sobre outros atributos, como efetividade, eficiência e otimização do serviço. Acrescenta, ainda, outros aspectos tais como acessibilidade, relação paciente-profissional e amenidades, as quais caracterizam o ambiente de atendimento.

A segurança do paciente passou a ser um tema de preocupação mundial a partir do lançamento da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na 55ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 2004 (WHO, 2008a). Em seu programa de trabalho, referente ao biênio 2008-2009, constam doze áreas de ação, sendo a segunda *Pacientes pela Segurança do Paciente*, cujo propósito é promover a inovação e manter o compromisso, garantindo que a voz do paciente esteja no centro do movimento pela segurança do paciente. O programa reconhece o papel essencial e o valor do envolvimento do paciente na conscientização da prevenção de danos desnecessários, considerando que a experiência dos pacientes é uma valiosa ferramenta de aprendizagem. Suas perspectivas podem contribuir para identificar oportunidades de melhoria e soluções, promovendo uma cultura de segurança orientada para o paciente. Entre as ações propostas, o programa sugere perguntar ao paciente sobre suas preferências, orientá-lo sobre o tema segurança do paciente, com apoio de materiais educativos, desenvolver conselhos consultivos de paciente e familiares para oportunizar relatos das experiências, bem como participar de mudanças.

Outra iniciativa da OMS para desencadear essas mudanças consistiu na divulgação de documento contendo prioridades globais para se desenvolver pesquisas por nível de

desenvolvimento de cada país, com o objetivo de oferecer segurança no cuidado por meio do avanço do conhecimento (WHO, 2008b). Destacam-se as questões de pesquisa relacionadas ao envolvimento do paciente, recomendadas aos países de economia em transição e desenvolvidos, sendo elas: Como os pacientes podem se envolver para melhorar a segurança? Quais recursos e apoio são necessários? Como podem ser capacitados para assumirem papéis ativos no planejamento e avaliação de programas?

Alinhando-se a esse movimento mundial, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária destacou entre as ações a serem desenvolvidas para a segurança do paciente no Brasil, o envolvimento do paciente, iniciando por ampliar seu sistema de comunicação com a sociedade com foco em notificações de irregularidades (ANVISA, 2011). Em outro documento, a ANVISA (BRASIL, 2013) recomenda estimular a participação de pacientes e familiares por meio de materiais informativos e campanhas de divulgação, cujo propósito é estabelecer uma relação aberta entre profissionais e pacientes, no sentido de promover espaços de diálogo e mecanismos que envolvam o paciente para maior segurança na atenção em saúde.

Considera-se o ano de 2013 um marco nacional do movimento para a segurança do paciente, mediante as definições constantes na Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde, a qual institui o PNSP (BRASIL, 2013a) e, na Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 de 2013 da ANVISA, acerca da criação dos Núcleos de Segurança do Paciente pelos estabelecimentos de Saúde, os quais consistem em instâncias que devem ser criadas para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. Essas iniciativas vêm fortalecer outras políticas e programas do Ministério da Saúde, entre os quais se destaca o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) e a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2014).

Nesse mesmo ano, a REBRAENSP publicou estratégias para a segurança do paciente, com o objetivo de promover a disseminação do tema entre profissionais, pacientes e familiares. Destacam-se as recomendações do capítulo que versa sobre estratégias para transformar os pacientes parceiros na sua segurança (REBRAENSP, 2013, p. 93-95):

- Incentivar os pacientes e acompanhantes a se tornarem parceiros da equipe de saúde. A participação contribui para o cuidado seguro e pode evitar erros.

- Educar os pacientes e acompanhantes sobre a sua participação no cuidado adequado e seguro. Informar sobre sua responsabilidade de prestar informações, esclarecer sempre suas

dúvidas, seguir o tratamento recomendado e comunicar e assumir a responsabilidade pela recusa de procedimentos, exames, tratamentos, entre outros;

- Divulgar aos pacientes e acompanhantes as recomendações do Projeto Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

- Dedicar um tempo para conversar com o paciente/acompanhante e, assim, conhecer suas percepções sobre o ambiente de prestação de serviços, identificando precocemente riscos e pontos de vulnerabilidade.

- Utilizar linguagem de fácil compreensão para o paciente/acompanhante, explicando termos técnicos e utilizando figuras ou manuais explicativos destinados à educação para o autocuidado.

- Manter-se alerta para as diferenças culturais que possam interferir na comunicação adequada. Tanto na comunicação verbal como não verbal, o significado pode variar conforme a cultura. Estar alerta para as possíveis barreiras na comunicação é fundamental para evitar mal-entendidos, falta de cooperação e ofensas. Devem-se observar crenças e atitudes, ouvir e identificar diferenças em significados de palavras. Perguntar ao paciente: ele é quem melhor conhece suas especificidades culturais.

- Preservar o sigilo e a confidencialidade das informações com vistas ao estabelecimento de uma relação de confiança da equipe com os pacientes.

- Estimular o paciente e o acompanhante a fazerem perguntas e esclarecerem suas dúvidas previamente à realização do cuidado/exame. Essa pode ser a última oportunidade para identificar e interceptar um erro.

Essas recomendações visam promover o relacionamento entre profissionais e pacientes, orientando aos profissionais a importância do engajamento do paciente no seu cuidado, bem como esclarecendo aos pacientes e familiares um meio de desenvolver sua autonomia, mediante o reconhecimento por todos do seu direito à participação.

Em que pesem as recomendações e políticas governamentais descritas, faz-se necessário pontuar o quanto é difícil mudar uma cultura profissional de séculos, na qual não era permitido ao paciente questionar, discordar ou participar das decisões clínicas e rotinas assistenciais nos serviços de saúde do Brasil. A própria presença dos familiares era e ainda é restrita a curtas permanências junto aos pacientes, em horários pré-estabelecidos pelas instituições. Exceto segmentos vulneráveis da população: crianças, idosos e pessoas com deficiência, que são amparados por leis que direcionam ao acompanhamento da família.

Entretanto, apesar do tema ser pauta no âmbito mundial, foi constatada a necessidade de acelerar a implementação de medidas de segurança nos serviços de saúde, a fim de mitigar

os danos evitáveis decorrentes da assistência prestada, os quais ainda fazem parte das estatísticas. Essa condição impulsionou a publicação de recomendações para a melhoria da segurança do paciente, quinze anos após a publicação do relatório *Errar é Humano* (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015). O marco conceitual dessas recomendações engloba uma visão mais abrangente do processo assistencial, segundo a abordagem de sistemas, considerando as diretrizes, os fatores humanos, a cultura de segurança, a análise e o relatório de erros. Cita-se a mudança de valores, de concorrência para cooperação e de comportamentos frente à identificação de falhas, de reativos para proativos.

Destaca-se a sétima recomendação, a qual orienta associar-se a pacientes e famílias para promover uma assistência mais segura (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015). Nesse documento, o engajamento do paciente é considerado um propulsor das demais ações, sendo entendido como ideias de parceria, comunicação, troca de informações e respeito. Para isso, é premente que em primeira instância seja trabalhado nas organizações ações direcionadas aos trabalhadores, incluindo capacitação sobre comunicação, escuta eficiente, conceitos de tomada de decisão compartilhada, sensibilidade cultural e respeito nas interações pessoais.

Citam-se algumas estratégias recomendadas para o engajamento do paciente:

- Equipes de resposta rápida ativadas pelo paciente ¹;
- *Rounds* multidisciplinares com a participação do paciente à beira leito;
- Envolvimento de pacientes em comitês para melhoria de qualidade e segurança;
- Criação de conselhos consultivos do paciente e da família;
- Envolvimento de pacientes em análises de eventos adversos.

Recentemente, foi lançado pela ANVISA documento direcionado aos pacientes, familiares e acompanhantes para promover seu engajamento na segurança assistencial (BRASIL, 2017b). O mesmo foi organizado mediante contextualização da necessidade de envolver pacientes e profissionais na segurança na prestação de cuidados ao paciente, antes, durante e após o período de hospitalização. São abordados o conceito de segurança do paciente, o papel da ANVISA nos serviços de saúde e os direitos do paciente em linguagem de fácil compreensão. Também são descritas ações necessárias para garantir que as Metas

¹ Equipes de resposta rápida são acionadas mediante a presença de sinais de alerta decorrentes de alterações de parâmetros vitais ou agravamento do estado de saúde dos pacientes, com o objetivo de aumentar a segurança durante a internação (BONIATTI, 2016).

Internacionais de Segurança sejam seguidas nos serviços de saúde, incluindo a prevenção de erros em diálise, além das metas promovidas pela ANVISA, como a identificação correta do paciente, prevenção de infecção relacionada à assistência, prevenção de quedas, de lesão por pressão e de erros de medicação. O objetivo desse instrumento é orientar uma mudança na cultura dos serviços de saúde no que se refere à participação do cidadão nos processos de segurança assistencial.

Estudo realizado com base na compilação de políticas e programas de governo de cinco países, sendo quatro desenvolvidos e o quinto, o Brasil, identificou estratégias para alcançar um cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde (GOMES; MENDES JÚNIOR, 2017). Entre os resultados referentes à Austrália consta o monitoramento da experiência da população com os serviços, definição de direitos do paciente que incluam sua participação ativa no tratamento sempre que desejar ser incluído nas decisões sobre seu cuidado, participação do paciente no planejamento e avaliação dos serviços. A avaliação abrange espaço de escuta, respeito por parte dos profissionais e o tempo dispendido para os cuidados para atendimento das necessidades.

No Canadá além do monitoramento do engajamento do paciente, o foco das estratégias descrita por Gomes e Mendes Junior (2017) direcionou-se ao preparo dos profissionais para fortalecer o cuidado centrado no paciente, desenvolvido no programa de educação continuada. Nos Estados Unidos da América adotou-se a avaliação da experiência do paciente, por meio do questionário *Consumer Assessment of Healthcare Research and Quality*, o qual de modo geral, avalia as explicações dadas, se foram fáceis de entender, se houve tempo de escuta e se o tempo de atendimento foi adequado às necessidades, bem como se o profissional demonstrou respeito. Na Inglaterra houve o reconhecimento da falta de uma visão centrada no paciente, como ponto de partida para definições estratégicas que provocassem mudanças nesse panorama. Entre outras ações, destaca-se o acesso às informações pelos pacientes e espaço para exporem suas ideias. No Brasil, os autores destacaram o Programa Nacional de Humanização, como uma iniciativa notável para incluir as preferências do paciente nos serviços de saúde, além do PNSP e dos programas de acreditação, como o Consórcio Brasileiro de Acreditação e a Organização Nacional de Acreditação.

Em síntese, o cuidado centrado no paciente abrange informações claras e compreensíveis, diálogo entre paciente e profissionais, demonstração de respeito, envolvimento nas decisões, privacidade, condições do ambiente, informações clínicas, tratamento e direitos, confiança nos profissionais, suporte emocional e autogestão do cuidado (GOMES; MENDES JÚNIOR, 2017).

Estudo chinês publicado recentemente propõe um conjunto de indicadores de estrutura e processo para avaliar a performance de hospitais na implementação de melhorias dos cuidados em saúde, com foco nas que promovam o cuidado centrado no paciente (ZHOU et al, 2018). No estudo, os autores consideram como limitação não terem sugerido indicadores de resultado. No entanto, ressaltam que ao se atingir o desempenho desejado, relacionado à estrutura e ao processo assistencial, há probabilidade de se alcançar os resultados a que o serviço se propõe. Os 56 indicadores propostos avaliam o desempenho de hospitais terciários relacionado ao ambiente oferecido para prestação de serviços, se é amigável na visão do paciente; se há definição sobre o fluxo do paciente nos processos assistenciais; se a eficiência do serviço decorre da alocação racional dos recursos; se há melhorias na unidade de internação, com reengenharia de processos; se há melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, com melhorias da força de trabalho; se a segurança do paciente é definida por meio de procedimentos operacionais padrão; se há fortalecimento do atendimento humanístico, com prestação de serviços de assistência social e se há relação harmoniosa entre médico e paciente, reduzindo disputas.

Estudo canadense realizado por Dhalla e Tepper (2018) avaliou a qualidade dos cuidados de saúde, com base nas dimensões da qualidade descritas pelo IOM (2001). Destaca-se os resultados relacionados à dimensão da qualidade *Cuidado Centrado no Paciente*, nos quais os autores identificam que os canadenses tendem a relatar experiências positivas no atendimento por seus médicos, quando comparado com outros países de alta renda. No entanto, apontam algumas melhorias, no sentido de flexibilizar a presença dos familiares em horários de visitas e de ser atendido de forma humanizada e sensível às necessidades do paciente.

3.3 A experiência do paciente como coprodutor do cuidado seguro

Nesta seção, conforme descrito na abertura do capítulo, serão abordados estudos acerca da experiência do paciente, no âmbito das ações de cuidado voltadas para a sua segurança. Inicialmente, apresentam-se conceitos-chave que constam na tese, como experiência do paciente, segurança do paciente e coprodução.

Retoma-se o conceito de experiência do paciente publicado por *The Beryl Institute* (2018), o qual consta em busca realizada por Wolf et al (2014, p. 8), que objetivou elencar os

conceitos adotados em estudos sobre o tema. Detalha-se o significado das palavras-chave que compõem o conceito:

- “[...] a soma de todas as interações [...]”: considera **interações** que ocorrem dos pontos de encontro entre paciente e serviço, envolvendo políticas, processos, comunicação, ações e ambiente;

- “[...] moldadas pela cultura de uma organização [...]”: considera **cultura** o que envolve a visão, os valores, a comunidade e as pessoas de todos os níveis e partes da organização;

- “[...] que influenciam a percepção de pacientes [...]”: considera a **percepção** de como o cuidado é reconhecido, compreendido e lembrado pelos pacientes e familiares/cuidadores. As percepções variam com base em experiências individuais, como crenças, valores, antecedentes culturais, etc.

- “[...] em todo o *continuum* de cuidados [...]”: considera **continuum** o período que antecede o cuidado, durante e após o mesmo.

Salienta-se, assim, os termos que constam no conceito de experiência do paciente adotado. A seguir, a fim de demarcar o marco conceitual acerca do objeto aqui investigado, apresenta-se o conceito de segurança do paciente publicado pela OMS (WHO, 2009a), o qual se refere à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. No mesmo documento também são descritos os significados de danos desnecessários e de mínimo aceitável, cuja taxonomia tomou por base o estudo de Runciman et al (1998), o qual utilizou uma metodologia para classificar os incidentes, a fim de uniformizar a linguagem e permitir estudos comparativos entre as instituições de saúde. Em relação aos *danos desnecessários*, esses são também nominados de eventos adversos, que são danos não intencionais decorrentes da assistência prestada ao paciente, não relacionados à evolução natural da doença de base, os quais tem como consequência lesões, prolongamento do tempo de internação e óbito. Por meio do conhecimento dos eventos adversos é possível identificar as falhas de segurança do paciente, com o propósito de aproximar o cuidado implementado ao cuidado planejado, considerado ideal. Em relação à referência do termo *mínimo aceitável*, esse diz respeito ao que é viável diante do conhecimento, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi prestada, comparando-se à opção de não realizar esta assistência.

E, completando a acepção dos termos que compõe esta tese, aborda-se a coprodução, cuja aplicação pode ser transversal a diversas áreas do conhecimento. Segundo Etgar (2008), a coprodução pode ser compreendida como a participação do consumidor nas atividades do

processo produtivo de bens e serviços. Outro conceito aproxima a coprodução ao objeto de estudo desta pesquisa, pois a considera como um processo no qual o usuário é parte inerente da produção de determinado serviço, de modo que o resultado do serviço depende de esforço conjunto entre prestadores e usuários (PARKS et al, 1981).

No campo da saúde, a participação efetiva de pacientes tem recebido algumas denominações que têm como eixo comum a coprodução, como o cuidado centrado no paciente e o engajamento do paciente (BATALDEN et, 2016). Os autores destacam que ao não se reconhecer o caráter único do serviço, de ser sempre coproduzido, cuja entrega ocorre mediante a presença dos atores envolvidos, incorre-se em limitações para o sucesso de parcerias entre pacientes e prestadores de serviços de saúde, com vistas a melhorar a assistência.

Estudo conduzido por Spanjol et al (2015), demarca o quanto o comportamento de coprodução, estimulado a pacientes acometidos com comorbidades que demandam cuidados complexos e de longa duração, pode contribuir com a adesão ao tratamento indicado. Os autores reconhecem que ainda é incipiente na saúde a discussão sobre esse conceito e descrevem algumas dificuldades para a coprodução na saúde, as quais se relacionam com a capacidade do indivíduo em apreender acerca da complexidade do contexto que envolve sua doença, os cuidados, os hábitos, o tratamento em seu conjunto, para que possa participar ativamente. No estudo de McColl-Kennedy et al (2017), foi possível evidenciar que a coprodução tem um efeito positivo no bem-estar de clientes, pois esses assumem um papel ativo e desenvolvem domínio na gestão da doença em curso, ao longo do tempo. A participação possibilitou níveis mais elevados de autoeficácia. Para os autores, na coprodução o comportamento do cliente durante a prestação do serviço pode influenciar no fracasso ou no sucesso da entrega do serviço e, conseqüentemente, em sua satisfação.

A proposição de Osborn e Strokosch (2013), em classificar tipos de coprodução para os serviços públicos, esclarece em termos didáticos os níveis de coprodução e a que objetivo cada um se relaciona. Essa classificação provoca reflexões sobre as ações que estão sendo desenvolvidas nos serviços de saúde para promover uma participação ativa dos usuários na produção dos serviços, com vista a sua segurança.

O Quadro 2 apresenta uma síntese dessa classificação, destacando-se que a coprodução aprimorada tem como requisito que o usuário tenha conhecimento sobre o serviço para que, a partir de sua experiência, possa contribuir com inovações.

Quadro 2 – Tipos de coprodução de serviços, Porto Alegre, 2018.

Coprodução de consumo	Coprodução participativa	Coprodução aprimorada
Inseparabilidade da produção e do consumo durante o encontro de serviço	Intenção de melhorar a qualidade do serviço no estágio de desenho do processo de produção	Combinação dos dois tipos anteriores de coprodução para provocar mudanças no paradigma de prestação de serviços
Engajamento do consumidor na fase operacional para equilibrar expectativas e experiências	Instrumentos participativos para ancorar o planejamento estratégico	Conhecimento dos usuários sobre o serviço
Objetivo de empoderar os usuários	Objetivo de promover participação dos usuários	Objetivo de inovar com base na contribuição ativa dos usuários

Fonte: Adaptado livremente de Osborn e Strokosch (2013).

Após esta etapa conceitual, apresenta-se a estratégia de busca da literatura, a qual consistiu na escolha dos termos relacionados ao objeto de estudo, optando-se por Experiência do Paciente, Segurança do Paciente, Satisfação do Paciente e Hospitais Gerais, com seus correspondentes em inglês, *Patient Experience*, *Patient Safety*, *Patient Satisfaction* e *Hospitals, General*. Nesta etapa, constatou-se que Experiência do Paciente ainda não consta na Biblioteca Virtual em Saúde, como Descritores em Ciências da Saúde e no *Medical Subject Headings Terms (MeSH)*. No entanto, verificou-se que o termo – experiência do paciente – tem sido amplamente utilizado em diversos estudos na área da saúde nos últimos anos, principalmente com a publicação do instrumento *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)*. O instrumento, desenvolvido nos Estados Unidos da América, buscou padronizar a metodologia de coleta de dados para permitir comparações entre instituições acerca das percepções dos pacientes sobre os cuidados hospitalares (GIORDANO et al, 2010).

Em busca realizada na base de dados *Web of Science Core Collection* encontrou-se 204 estudos que aplicaram esse instrumento, sendo a maioria nos últimos cinco anos, com publicações concentradas na América do Norte, conforme demonstra a Figura 2. Esse instrumento ainda não foi validado transculturalmente para a língua portuguesa.

Figura 2 – Distribuição das publicações com aplicação do instrumento HCAHPS no contexto mundial, Porto Alegre, 2018 ²

Campo: Países/Territórios	Contagem do registro	% de 204	Gráfico de barras
USA	188	92.157 %	
ENGLAND	11	5.392 %	
CANADA	6	2.941 %	
BELGIUM	4	1.961 %	
GERMANY	3	1.471 %	
GREECE	2	0.980 %	
JAPAN	2	0.980 %	
SWITZERLAND	2	0.980 %	

Fonte: Web of Science Core Collection, 2018

Os resultados do HCAHPS além de possibilitarem a avaliação de dimensões relacionadas à qualidade do cuidado durante a internação hospitalar, respaldam a definição da remuneração dos prestadores de serviço de saúde (EDWARDS; WALKER; DUFF, 2015).

Em contraponto, além dos fatores que promovem a aplicação de instrumentos para medir a experiência do paciente, como a possibilidade de generalização dos dados, descritos por Edwards, Walker e Duff (2015), os autores destacam que tais instrumentos trazem poucas especificidades, considerando o resultado da busca realizada em sete bases de dados. Em relação a isso apontam que dados obtidos no momento pós-alta hospitalar não possibilitam *feedback* para a equipe da linha de frente, em relação aos processos envolvidos na experiência. Assim, indicam a necessidade de desenvolver pesquisas que obtenham dados descritivos com metodologias participativas das experiências vividas, envolvendo pacientes, familiares e profissionais.

Na busca por teses e dissertações disponibilizadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, 2016) ³, encontrou-se 26 resultados no cruzamento dos termos e descritores definidos, sendo que em quatro o delineamento foi com envolvimento de pacientes e/ ou familiares. Apresenta-se, a seguir, contribuições dessas pesquisas ao objeto deste estudo.

A investigação de Arruda (2016) deu enfoque à percepção dos pacientes quanto à segurança no atendimento de um serviço de emergência, no qual a conferência do nome do paciente antes dos cuidados, as orientações recebidas, a consulta à prescrição antes dos procedimentos e a habilidade na realização dos mesmos foram sinalizadas como medidas de

² Data da busca: 25 de março de 2018

³ Data da busca: 04 de novembro de 2018

segurança percebidas. O estudo de Martins (2016) evidenciou a equipe precisa conhecer as necessidades de cuidado dos pacientes, bem como envolvê-los na tomada de decisão, como estratégias para promoção do cuidado centrado no paciente, sendo a segurança apontada como uma necessidade de cuidado. Segundo Viana (2016), os pacientes preocupam-se com a segurança durante a hospitalização, destacando pontos como o processo comunicativo e o cuidado com a privacidade como expectativas a serem atendidas. Nessa temática, Henckemaier (2016) contribuiu com sua pesquisa, que investigou sobre a segurança do paciente e o cuidado seguro na perspectiva das famílias que vivenciam o cotidiano de hospitalização, destacando que essas estão atentas ao ambiente de prestação de cuidados, percebendo falhas de comunicação entre os profissionais e as famílias, constituindo-se importantes aliadas na segurança do paciente e na construção de uma cultura de segurança em hospitais. Como eixo comum desses estudos, identifica-se que a segurança é um assunto percebido por pacientes e familiares, os quais fazem parte do processo de prestação de cuidados, condição que sinaliza espaço potencial para sua inserção como agente de sua segurança.

Em busca realizada na *Scientific Electronic Library Online – SciELO*, com o cruzamento dos descritores e termo selecionados obteve-se 217 artigos, sendo que em três estudos os resultados mencionam fatores relacionados ao cuidado seguro, mas o objeto investigado não caracterizava o envolvimento do paciente em ações de segurança. O estudo de HERRERA et al (2008) apontou que a falta de informação dos pacientes, a capacitação deficiente dos médicos acerca da doença, foco do estudo e a falta de comunicação entre pacientes e médicos foram determinantes na falha de adesão ao tratamento. Na pesquisa de Soares e Dall’Agnol (2011) os resultados indicaram que a privacidade não se encontra dentro das expectativas dos pacientes, mas que percebem que esta relaciona-se com competência técnica e conhecimento sobre os procedimentos que serão realizados pela equipe. Na pesquisa realizada por Norlik, Martinsen e Dahlberg (2013) é analisada a experiência do paciente no espaço vivido no hospital e no cuidado domiciliar. Em relação ao hospital, os resultados destacam que o ambiente é caracterizado por ser pouco familiar na percepção dos pacientes e, também, que as questões relacionadas às convenções culturais e de poder influenciam a experiência no espaço vivido.

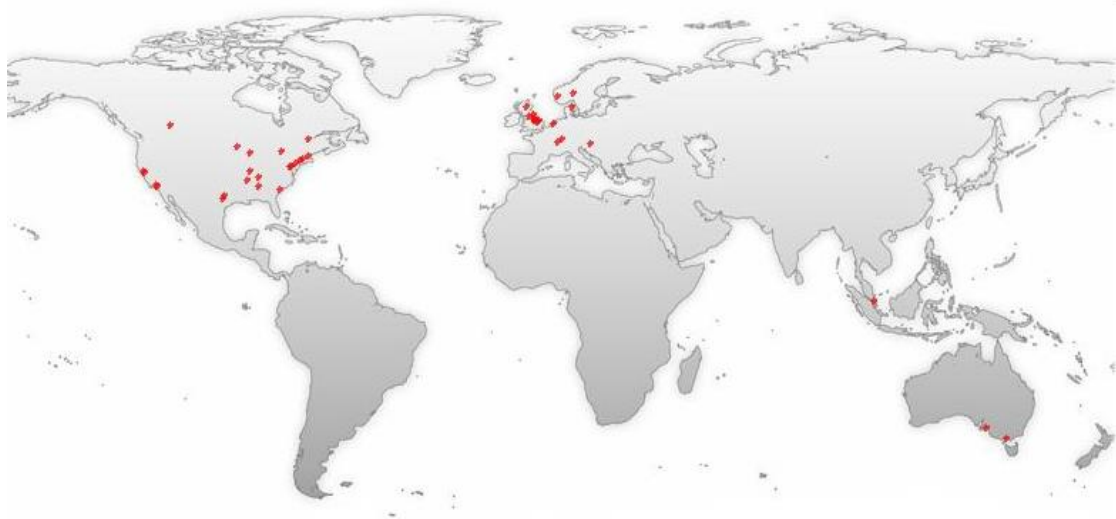
Depreende-se desses estudos, que os pacientes descreveram pontos relevantes relacionados à segurança, tais como comunicação, respeito ao direito de privacidade, definições de padrões assistenciais, bem como conhecimento e competência técnica dos profissionais para executá-los e a importância do ambiente como espaço terapêutico.

Entretanto, percebe-se espaço para investimento na sua participação como protagonista do cuidado, enquanto coprodutor.

No intuito de aproximar outros achados ao propósito desta pesquisa, acrescentou-se o descritor Satisfação do Paciente nessa mesma base, obtendo-se outros três estudos, no entanto, com delineamentos que se limitam à visão dos profissionais acerca das percepções sobre segurança do paciente (CARVALHO et al, 2015; REIS et al, 2017; TONDO; GUILHARDELLO, 2017).

Na continuidade da busca sobre o tema, buscou-se no *Gopubmed*®, serviço que consulta a base MEDLINE/Pubmed, o qual possibilita acesso a estatísticas de busca dessa base, com visualização dos locais de publicação no mapa do globo. Utilizou-se a combinação dos termos *patient experience AND patient safety AND hospitals AND patient satisfaction*, resultando 51 artigos. Na figura 3 observa-se que os estudos estão concentrados nos Estados Unidos da América e na Europa, sendo inexistente na América Latina.

Figura 3 – Distribuição das publicações por local no contexto mundial, Porto Alegre, 2018 ⁴

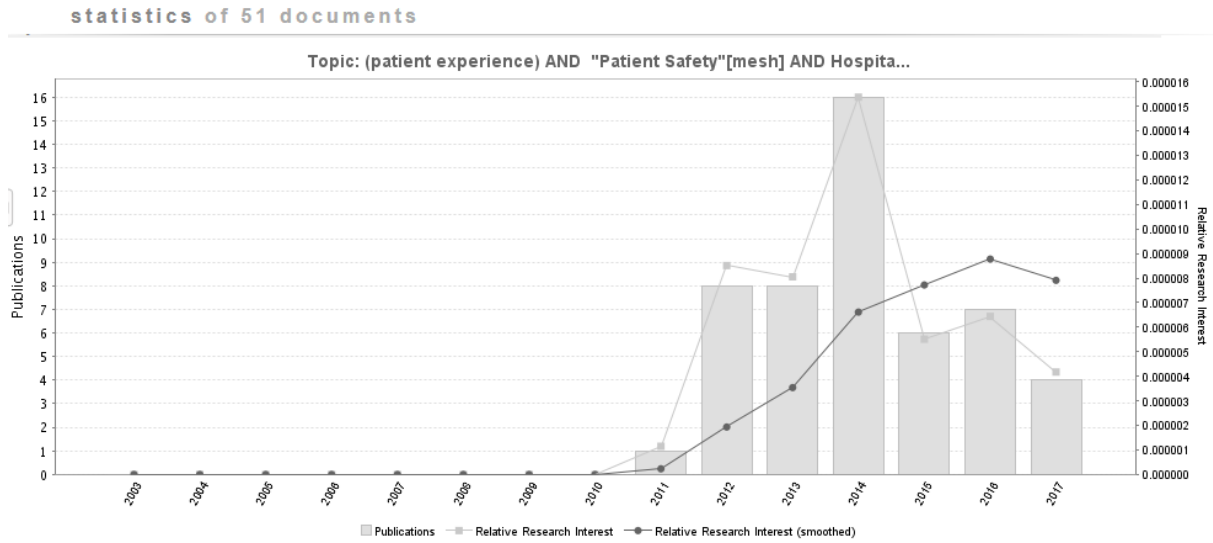


Fonte: *Gopubmed*®, 2017

Observa-se na figura 4 que o tema tem sido foco dos pesquisadores na última década, com pico de publicações no ano de 2014, conforme a distribuição das publicações por ano.

⁴ Busca: 25 de março de 2018. Endereço eletrônico: <http://www.gopubmed.org>

Figura 4 – Distribuição das publicações por ano sobre *patient experience* AND *patient safety* AND *hospitals* AND *patient satisfaction*, Porto Alegre, 2018



Fonte: Gopubmed®, 2017

Em relação aos 51 estudos obtidos na busca, três discorrem sobre o objeto foco deste projeto. Entre esses, identificou-se um eixo comum sobre o papel fundamental da comunicação efetiva na segurança e experiência do paciente (PRICE et al, 2014; NEWEL; JORDAN, 2015; BURGNER et al, 2017). A metassíntese de Newel e Jordan (2015) buscou identificar experiências de interação entre pacientes e enfermeiros, destacando a magnitude do nível individual de comunicação na experiência do paciente, considerando que o cuidado centrado no paciente também se dá em nível organizacional. Os autores consideraram que ações focadas no nível individual influenciam o estado de saúde e bem-estar do paciente e que a interação enfermeiro-paciente é componente central da profissão, portanto, é atribuído aos enfermeiros proporcioná-la no ambiente hospitalar, na execução dos cuidados, de maneira presencial.

A revisão sistemática realizada por Price et al (2014) apontou que há uma lacuna em relação aos mecanismos pelos quais a experiência do paciente pode influenciar os desfechos clínicos. No entanto, concluiu que é possível relacionar experiências positivas de pacientes a melhores resultados clínicos, maior adesão às recomendações de prevenção e tratamento, índices mais elevados de percepção da cultura de segurança em hospitais e maior eficiência na utilização dos recursos em saúde.

O estudo de Burgener (2017) discorreu sobre a aplicação de ferramentas que sistematizam a comunicação entre profissionais, melhorando assim a comunicação com

pacientes. O estudo destaca a necessidade de melhorar a comunicação e habilidades de escuta para fortalecer a segurança do paciente, bem como maximizar sua satisfação.

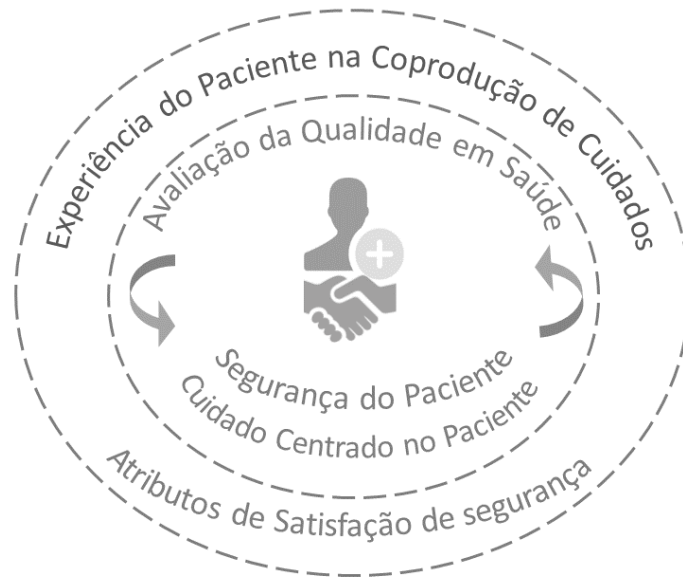
Outras buscas com os termos inseridos isoladamente, geraram acesso a outros estudos, a exemplo da revisão sistemática de Doyle, Lennox e Bell (2013), em que exploraram evidências entre a experiência do paciente, segurança do paciente e eficácia dos resultados. Em seus achados constatam que há associação positiva entre as variáveis nos tratamentos de diversas doenças, sendo que dos 40 estudos analisados somente um apresentou associação negativa e o desfecho de maior impacto foi a adesão ao tratamento.

Em estudo realizado nos Estados Unidos da América, por Schenk et al (2019), foram analisadas percepções e atitudes de pacientes e familiares em relação ao seu envolvimento na redução de danos evitáveis durante a hospitalização. Entre os resultados, os autores destacaram que a presença da família aumenta a segurança, que o ambiente hospitalar é intimidante e a comunicação é essencial. No entanto, apontaram que os pacientes e familiares não se sentem ouvidos, sendo premente a parceria com pacientes e familiares de forma mais intencional para aumentar a segurança.

A revisão de escopo realizada em cinco bases de dados internacionais, acerca do engajamento do paciente para melhoria do serviço hospitalar, evidenciou que a contribuição do paciente e a influência nas decisões foram mínimas (Liang et al, 2018). As barreiras para o engajamento destacadas foram a falta de habilidade e crenças negativas por parte dos prestadores de serviço. Como a maioria dos estudos selecionados restringiu-se em examinar o envolvimento do paciente em comitês ou projetos, os fatores identificados como facilitadores do engajamento do paciente circunscreveram-se nesse âmbito, tais como: seleção cuidadosa e treinamento conjunto de pacientes e provedores, formalizando papéis de pacientes; interação informal para construir confiança, envolvendo pacientes no início de projetos; reuniões frequentes com número pequeno de participantes, em que se promovia a participação ativa do paciente e *debriefing* após reuniões. Além disso, os autores destacaram a importância de buscar informações sobre problemas no processo assistencial sob a visão do paciente.

Ao finalizar a revisão da literatura, confirmou-se a relação intrínseca entre os conceitos elencados para sustentar a discussão dos resultados desta tese. A síntese da reflexão conceitual oriunda dessa integração está disposta na Figura 5, a seguir:

Figura 5 – Elementos da experiência do paciente na coprodução de cuidados, na perspectiva da qualidade do serviço hospitalar



Fonte: Autora da pesquisa, 2018

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde tem como principal propósito, segundo o referencial de Donabedian, melhorar as condições de saúde dos pacientes, alcançando desfechos favoráveis e satisfação dos mesmos, por meio do engajamento do paciente na avaliação da qualidade, nos aspectos estruturais, de processos e de resultados. As dimensões da qualidade descritas pelo IOM (2001) aqui desenvolvidas, sendo elas, segurança do paciente e cuidado centrado no paciente, resultam de definições de gestão e de qualidade de processos assistenciais, as quais têm congruência direta ao conceito de Donabedian (1990), sobre qualidade do cuidado em saúde, a qual se atinge quando se maximiza o bem-estar do paciente, mediante um equilíbrio entre perdas e ganhos. Também, o cuidado centrado no paciente descrito pelo IOM (2001) faz referência ao atributo denominado aceitabilidade, segundo o referencial de Donabedian (1990). A coprodução do cuidado transversaliza todos os conceitos, constituindo um valioso recurso para superar o lento avanço em prol da segurança do paciente e, por sua vez, uma solução viável para serviços de saúde que visam a segurança, o cuidado centrado no paciente e o alcance de sua satisfação.

4. MÉTODO

Neste capítulo, apresenta-se o delineamento utilizado na investigação, com a descrição dos seguintes tópicos: caracterização do estudo, cenário de estudo e sujeitos participantes, procedimentos para coleta de dados, destacando-se a Técnica de Incidente Crítico como uma das estratégias de coleta, organização e análise de dados e considerações quanto aos aspectos éticos da pesquisa.

4.1 Caracterização do estudo

A pesquisa insere-se na vertente qualitativa, delineamento indicado para explorar e descrever o objeto em investigação (SAMPIERI; COLADO; LUCIO, 2013). A abordagem escolhida aplica-se ao estudo das percepções e das interpretações que os sujeitos produzem, possibilitando desvelar significados individuais ou coletivos do fenômeno estudado, bem como revisar conceitos ou construir novos ao longo da trajetória investigativa (MINAYO, 2014).

4.2 Cenário do estudo

O projeto foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital público, geral e universitário. Criado em 1970, o HCPA constitui-se uma empresa pública de direito privado, que se vincula academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo integrante da rede de Hospitais Universitários do Ministério da Educação. A excelência na assistência, no ensino e a na pesquisa caracterizam-se como pilares de sua missão, a qual é confirmada pela conquista da certificação de qualidade e segurança concedida pela *Joint Commission International (JCI)*, sendo sua segunda reacreditação conquistada em 2017. Sua estrutura comporta 842 leitos e um quadro de pessoal com mais de 6 mil funcionários organizados para atender, entre outras frentes assistenciais, cerca de 31 mil internações ao ano, 49 mil cirurgias e 589 mil consultas (HCPA, 2017a).

A instituição possui um Núcleo de Segurança do Paciente – composto pelo Programa de Gestão da Qualidade e da Informação em Saúde (QUALIS) e pela Comissão de Gerência de Risco Sanitário-Hospitalar, o qual atua na busca de melhoria contínua e de excelência assistencial.

As ações desenvolvidas pelos docentes, alunos e demais profissionais que atuam no hospital seguem o Planejamento Estratégico (HCPA, 2017b), o qual foi concebido em 2005, com base no referencial de Kaplan e Norton (1997), que desenvolveram o *Balanced Scorecard* (BSC). O BSC do HCPA é constituído, atualmente, em quatro perspectivas, clientes, sustentabilidade, processos internos e inovação, aprendizado e crescimento, as quais traduzem a missão e estratégia em objetivos organizados para acompanhar o desempenho do hospital.

Em relação ao objeto de estudo em investigação, destaca-se sua relação com o mapa estratégico da instituição nos dois pontos descritos a seguir (ANEXO I):

- Na perspectiva “clientes”, o objetivo estratégico “atenção de excelência centrada no paciente”, medido por meio do indicador de satisfação do paciente internado;
- Na perspectiva “inovação, aprendizado e crescimento”, o objetivo estratégico “cultura de segurança” acompanhado com a medição da percepção do paciente sobre a conferência de sua identificação antes dos cuidados.

Do total de leitos do hospital, serão considerados para este estudo 408 leitos, os quais são destinados à internação de pacientes adultos em tratamento clínico ou cirúrgico, localizados em 12 unidades denominadas 3º Norte, Sul e Unidade Álvaro Alvim, 4º Sul, 5º Norte, 6º Norte e Sul, 7º Norte e Sul, 8º Norte e Sul, 9º Norte. Nessas unidades, em torno de 1.200 pacientes recebem alta hospitalar a cada mês. Este escopo foi definido com base em características semelhantes no processo de cuidado, tais como rotinas operacionais, protocolos assistenciais e organização da equipe de trabalho para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários.

4.3 Participantes do Estudo

Os participantes que integraram a pesquisa foram 24 pacientes-famílias, adultos internados nas unidades clínicas e cirúrgicas definidas no escopo do estudo. Também participaram da pesquisa dez profissionais que atuaram diretamente no cuidado aos pacientes,

sendo três enfermeiros, seis técnicos de enfermagem e um terapeuta ocupacional. O número de participantes foi definido de maneira intencional, considerando-se o planejamento de entrevistar dois pacientes-famílias por unidade e, também, de realizar as observações em quatro turnos, acompanhando os profissionais disponíveis nas oportunidades de cuidados realizados no período estipulado para observação. A saturação de dados norteou a decisão que se alcançou o suficiente, evidenciada por meio da repetitividade dos registros, tanto em relação às informações coletadas nas entrevistas, como nas observações, (POLIT; BECK, 2011; MINAYO, 2017).

Os critérios de inclusão de pacientes consistiram em período de internação de seis dias ou mais, interesse em compartilhar sua experiência durante a internação hospitalar e ter condições clínicas para deslocar-se até o local de entrevista, na própria unidade de internação. Este último critério buscou assegurar um ambiente privativo, propício ao relato dos participantes, livre de interferências, considerando que os quartos possuem, em sua maioria, dois ou três leitos. Caso o paciente não atendesse ao critério relacionado às condições clínicas e a família preenchesse os critérios de inclusão, estas poderiam participar. Em relação às famílias dos pacientes participantes, além do interesse em relatar suas percepções, foram incluídos sujeitos que tenham acompanhado o período de internação em sua maior parte. Este critério foi definido, considerando a perspectiva que o familiar tenha participado da experiência do paciente na prestação dos cuidados. A abordagem aos pacientes-famílias seguiu a lista do censo da unidade, a qual contém o nome dos pacientes com a respectiva data de internação, abordando-se o primeiro paciente do sexo masculino e a primeira do sexo feminino por unidade. Considerou-se que o período de seis dias de internação propiciou aos participantes experienciarem ações de cuidado de diversas equipes, o qual aproxima-se com a média de permanência hospitalar (HCPA, 2017a). O critério de exclusão refere-se à dificuldade de comunicação, por algum acometimento que impeça o participante em verbalizar suas percepções.

Em relação aos profissionais da equipe de saúde, adotou-se como critério de inclusão fazer parte do quadro ativo de pessoal e atuar em uma das duas unidades definidas para realizar a observação. Foram excluídos os funcionários em período probatório ou em contrato por tempo determinado.

Como caracterização dos participantes, entre as 24 entrevistas realizadas, participaram um total de 30 pessoas, sendo 22 pacientes e oito familiares, portanto, em duas entrevistas contou-se somente com o relato do familiar. Esclarece-se que os seis familiares que optaram em participar da entrevista, em conjunto com o paciente, atenderam aos critérios de inclusão

definidos, bem como participaram do processo de consentimento informado. Essas entrevistas constituíram uma única experiência, a partir das percepções do paciente e do familiar que o acompanhava, recebendo a mesma codificação numérica, a qual será detalhada mais adiante, nos aspectos éticos da pesquisa.

Entre os pacientes entrevistados houve paridade em relação ao sexo, resultado previsto no planejamento, conforme os critérios de inclusão, descritos anteriormente. A mediana de idade foi de 57,5 anos, com idade mínima de 34 e máxima de 75. O tempo de internação correspondeu à mediana de 14 dias de hospitalização, variando entre o mínimo de 6 dias e o máximo de 52 dias. Quanto ao grau de escolaridade, 7 pacientes possuíam Ensino Fundamental incompleto, 1 com Ensino Fundamental completo, 2 com Ensino Médio incompleto, 7 com Ensino Médio completo, 1 com Ensino Superior incompleto e 4 pacientes possuíam Ensino Superior completo. Os motivos de internação foram relacionados à arritmia cardíaca, cirrose hepática, trombose em membro inferior, amputação de hálux, colecistite, acidente vascular cerebral, enterocolite por *clostridium difficile*, infecção no joelho, doença de Hodgkin, acompanhamento de transplante renal e hepático, infecção urinária, cuidados paliativos, osteomielite em prótese de quadril, cirurgia cardíaca, laparotomia exploratória, prótese de joelho, derivação urinária e nefrectomia.

Apresenta-se, também, a caracterização dos dois pacientes que foram representados por seus familiares nas entrevistas: um paciente do sexo masculino, com 78 anos de idade, internado há 6 dias por acidente vascular cerebral, acompanhado por familiar de 39 anos e; uma paciente do sexo feminino, com 24 anos, portadora de paralisia cerebral, com período de internação de 11 dias por infecção urinária, acompanhada por familiar de 58 anos.

4.4 Procedimentos para coleta e organização dos dados

A coleta foi organizada com base em dados secundários e dados primários, procedendo-se a triangulação de múltiplas fontes de dados para subsidiar a análise do objeto investigado (CRESWELL, 2010; SAMPIERI; COLADO; LUCIO, 2013), com base em análise documental de dados institucionais, observação dos processos assistenciais, em que houve contato dos profissionais com os pacientes e entrevistas com pacientes-famílias. Os dados secundários, para análise documental, foram coletados do Sistema de Informações Gerenciais (IG) do Hospital, estratificados por mês e por unidade de internação, no período de

janeiro de 2016 a outubro de 2018. Estabeleceu-se essa delimitação de tempo em razão da série histórica disponível dos dados institucionais. Os seguintes indicadores foram selecionados: identificação do paciente, higienização de mãos, satisfação do paciente e quedas de pacientes internados. Além dessa fonte de dados, também foram consultados materiais de apoio utilizados para educação de pacientes e documentos institucionais que orientam as rotinas de cuidado, os quais são disponibilizados para consulta no Sistema de Gestão Operacional (GEO) ao corpo de docentes, profissionais e acadêmicos. Com a análise dos indicadores de qualidade e segurança, objetivou-se identificar as áreas que apresentaram os melhores resultados, bem como aquelas que obtiveram os resultados mais críticos em relação às metas definidas, com vistas a definir áreas prioritárias para executar a etapa observacional do estudo.

Para a coleta dos dados primários, procedeu-se à observação de campo e entrevistas, com vistas a investigar as experiências dos pacientes-famílias (MINAYO, 2014), as quais foram realizadas em novembro de 2018. A observação foi do tipo participante, conforme descrito por Creswell (2010) e Sampieri, Colado e Lúcio (2013). Segundo os autores, a observação é do tipo participante quando se tem conhecimento da presença do observador na situação observada, podendo ser caracterizada como passiva, moderada, ativa e completa. Sempre que houver algum tipo de interação do observador com a situação observada, esta já deixa de ser passiva. Na condução desta pesquisa optou-se por observação participante do tipo passiva, tomando-se o papel de observador ativo na cena observada, mas sem promover interação.

A observação foi conduzida com base em roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), realizada durante a prestação dos cuidados pelos profissionais, registrada em diário de campo. O foco da observação foram os encontros de serviços entre os usuários e profissionais, registrando-se comportamentos, diálogos, descrição do local e de atividades executadas, impressões do observador, além de data e marcação de tempo de duração e local de onde ocorreu a observação. O tempo de observação totalizou 16 horas, as quais foram realizadas em duas manhãs e duas tardes. Acompanhou-se dez profissionais em 30 encontros de serviços, sendo três enfermeiros, seis técnicos de enfermagem e um terapeuta ocupacional.

As entrevistas foram organizadas em roteiro semiestruturado, sendo um destinado aos pacientes (APÊNDICE B) e outro distinto, destinado às famílias (APÊNDICE C), contendo questões essenciais que instiguem a abrangência das informações esperadas, planejadas com base na Técnica de Incidente Crítico, a qual é detalhada na seção seguinte. As entrevistas foram gravadas, realizadas em local apropriado, que permitisse privacidade para livre

manifestações, em sala distinta na própria unidade. Dessa forma, foi possível obter relatos de experiências dos pacientes-famílias em relação aos cuidados prestados pelos profissionais durante a internação no hospital, cujo eixo norteador foi a qualidade e segurança do paciente. A condução da entrevista com base na Técnica de Incidente Crítico instigou explorar as percepções dos participantes em relação ao papel do usuário do sistema de saúde, como ator central responsável por sua segurança e desvelar atributos de satisfação relacionados à segurança do paciente.

O conjunto dessas informações foi submetido à análise, cujos procedimentos estão descritos em seção adiante.

4.5 Técnica de Incidente Crítico como estratégia para coleta de dados

A Técnica do Incidente Crítico (TIC) proposta por Flanagan (1973) foi aplicada na condução das entrevistas com pacientes-famílias, pois é um procedimento que permite elencar fatos importantes relacionados com o comportamento em situações específicas, sobretudo por pautar-se em princípios flexíveis, os quais podem ser modificados e adaptados de acordo com a situação. A TIC permite explorar e descrever as perspectivas dos entrevistados sobre situações significativas que aconteceram em relação ao objeto investigado. Assim, possibilita a compreensão de comportamentos e situações, com vistas a subsidiar o planejamento de ações de acordo com o que se pretende alcançar mediante sua aplicação.

Flanagan (1973, p. 100) conceitua incidente como “qualquer atividade humana observável que seja suficientemente completa em si mesma para permitir inferências e previsões a respeito da pessoa que executa o ato. Para ser crítico um incidente deve ocorrer em uma situação onde o propósito ou intenção do ato pareça razoavelmente claro ao observador e onde suas consequências sejam suficientemente definidas, para deixar poucas dúvidas no que se refere a seus efeitos”.

Buscou-se a TIC como técnica para coleta de dados, considerando sua relação intrínseca com o conceito de experiência do paciente proposto por Wolf et al (2014), o qual aborda temas chaves, como interações que ocorrem nos encontros de serviço, cultura e percepções de como o cuidado é reconhecido, compreendido e lembrado pelos pacientes. Portanto, na condução da coleta de dados, considerou-se como incidente crítico as percepções que compuseram as memórias dos pacientes, em relação ao objeto de estudo, em que foi

possível cooptar uma situação, os comportamentos presentes e suas consequências, tanto positivas como negativas, analisadas na experiência do paciente.

Essa técnica vem sendo adotada em estudos na área da saúde nas últimas décadas, conforme relatado por Ribeiro et al (2012), os quais investigaram acerca do tema em três bases de dados no período entre 2000 e 2010, abrangendo publicações nacionais e internacionais que utilizaram o referencial de Flanagan em pesquisas envolvendo a enfermagem. Os resultados destacaram 17 artigos e apontaram eficiência da aplicação da TIC para o alcance dos propósitos investigativos, considerando a amplitude de resultados que a técnica proporciona, relacionados a comportamentos, situações e consequências, tanto positivas como negativas, bem como possibilidades de intervenções. Ressalta-se que os componentes situação, comportamento e consequência são pontos fundamentais para caracterizar um incidente crítico, segundo Flanagan (1973).

Outro ponto destacado por Ribeiro et al (2012) faz referência à indicação do uso da TIC em estudos sobre experiência de pacientes e profissionais, pois permite analisar fatos observados e vivenciados, o que possibilita a compreensão das diversas situações de atenção à saúde, condição favorável para emergir novas abordagens que atendam às necessidades dos envolvidos.

O estudo de Silva et al (2016), propôs investigar em estudos primários nacionais e internacionais a aplicabilidade da TIC nas pesquisas de enfermagem, constatando que apesar de ser pouco utilizada, é uma técnica que possibilita aprofundar questões de pesquisa que abrangem a assistência, o gerenciamento e o ensino. Os autores destacaram seu uso para analisar experiências vividas pelos sujeitos pesquisados, comprovando sua aplicabilidade inovadora, em especial por adequar-se a diferentes contextos.

Flanagan (1973) descreve especificações para a aplicação da TIC, com o propósito de assegurar a objetividade da coleta de dados, tanto por meio de observações como dos registros dos relatos, as quais devem ser definidas antes do momento da coleta de dados.

- Delimitação da situação observada, descrevendo lugar, pessoas, condições e atividades: Nesta pesquisa, o local são as unidades de internação de pacientes adultos, as pessoas são os profissionais, pacientes e famílias. As condições se referem à estrutura oferecida e a definição dos processos assistenciais para realização dos cuidados. As atividades são os cuidados recebidos pelos pacientes-famílias.

- Recomendação que se declare uma assertiva acerca desta especificação. Nesta pesquisa, a assertiva que norteou as entrevistas encontra-se descrita nos roteiros das entrevistas (APÊNDICE B; APÊNDICE C).

- Relevância quanto ao objetivo geral: decidir se o comportamento específico observado é ou não relevante ao propósito geral da atividade

- Intensidade do efeito sobre o objetivo geral: refere-se ao nível de importância do incidente, sendo indicado especificar sob dois aspectos, tanto em relação às contribuições positivas sobre o objetivo geral, como em relação às negativas. Isso permite demonstrar diferenças entre o sucesso ou o fracasso na execução de uma atividade, se foi satisfatória ou não. Em ambos os casos deve-se buscar expressá-las em termos específicos, com exemplos concretos. Nesse sentido, o autor define “[...] que um incidente é crítico se fizer uma “contribuição significativa”, positiva ou negativamente, para o propósito geral da atividade” (p. 114).

- Pessoas para fazerem as observações: refere-se a especificações sobre seleção e treinamento de observadores, respeitando-se a familiaridade com a atividade: Neste projeto, a pesquisadora conduziu a coleta de dados referente às entrevistas. Para a realização das observações, contou-se com apoio de um membro do núcleo de pesquisa que têm proximidade com o objeto investigado, que foi devidamente capacitado para a técnica de coleta de dados, seguindo a proposta metodológica.

4.6 Análise de dados

A organização do *corpus* de análise seguiu o indicado por Creswell (2010) e por Sampieri, Colado e Lucio (2013), compondo-o a partir da triangulação de múltiplas fontes de dados, por meio de análise documental, observação e entrevistas. Segundo os autores, essa condição possibilita descrever justificativas e significados coerentes com a realidade investigada, bem como auxilia na validação dos achados. Assim, considera-se que o desenho metodológico adotado foi adequado para o alcance dos objetivos propostos.

Os dados secundários foram organizados em Programa Excel for Windows e analisados por estatística descritiva no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS/PASW)

versão 22.0. As variáveis contínuas foram descritas pela média do total de coletas de cada indicador.

Em etapa subsequente, após transcrição literal dos dados primários obtidos por meio das entrevistas e dos registros realizados na observação, se procedeu à análise temática de forma conjunta, a qual “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2014, p. 316). Na análise qualitativa utilizou-se o software NVivo 11, como recurso para a organização das informações, pois essa ferramenta facilita as etapas de análise quando se utiliza múltiplas fontes de dados. Destaca-se, no entanto, que as etapas descritas a seguir, foram realizadas por busca manual dos trechos e núcleos de sentido relacionados ao objeto investigado, por meio de leituras e releituras do material que constituiu o *corpus* de análise.

Assim, procedeu-se à identificação dos temas e, posteriormente, o agrupamento dos mesmos para a definição das categorias, de acordo com as etapas descritas no referencial para análise temática (MINAYO, 2014):

- pré-análise: momento em que se retomou as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, elaborando-se os indicadores que orientaram a compreensão do material e a interpretação final. Para tanto, se procedeu à leitura flutuante do material transcrito, à constituição do *corpus* de análise e à formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. Nesta etapa foram valorizados os procedimentos exploratórios, com possibilidade de corrigir os rumos interpretativos e de vislumbrar novas indagações, tomando-se como base o contato da pesquisadora com o material de campo.
- Exploração do material: realizada por meio de uma operação classificatória que visa alcançar os pontos relevantes ou núcleo de compreensão do texto, os quais foram agrupados. A partir desse processo, foram definidas as categorias empíricas por meio da classificação e agregação dos dados.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta etapa, realizou-se interpretações e discussões, pautando-se no referencial teórico do estudo.

Cabe destacar, que para a análise dos dados também se considerou o referencial de Flanagan (1973) acerca da TIC, pois os núcleos de sentido expressos nas entrevistas e observações, emergiram por meio da exploração de situações marcantes em relação à

qualidade do cuidado recebido, envolvendo comportamentos percebidos e consequências ou resultados identificados.

4.7 Considerações quanto aos aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa contemplou os aspectos éticos descritos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), onde constam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto recebeu aprovação das instâncias necessárias, inicialmente da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ-EENF-UFRGS) e, posteriormente, do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA, sob o nº 2018-0511, CAEE: 01092918.2.0000.5327.

Para a coleta dos dados secundários seguiu-se o compromisso firmado mediante o Termo para Utilização de Dados Institucionais (APÊNDICE D). Para a realização da observação e das entrevistas seguiram-se as exigências do Processo do Consentimento Livre e Esclarecido, no qual enfatizou-se informações relativas à: dados de identificação do projeto, informações quanto aos objetivos, justificativa, possíveis benefícios e riscos decorrentes do estudo.

Em relação aos possíveis riscos, considerou-se que a entrevista pudesse gerar desconforto mediante o relato de uma lembrança vivenciada, mas, durante as entrevistas, não foi identificado nenhum desconforto nos participantes. No entanto, caso isso ocorresse, planejou-se oferecer ao participante a interrupção da coleta, bem como apoio, mediante escuta da situação, acolhimento e conforto.

Foram explicados os procedimentos a serem executados para realização da observação e das entrevistas, com destaque ao tempo de duração prevista de 30 minutos e ao uso de gravador para registro da entrevista. O caráter confidencial das informações, a preservação do anonimato dos participantes na divulgação dos dados da pesquisa também o uso científico das informações coletadas e o direito em desistir de participar em qualquer momento também foram esclarecidos aos participantes.

Na apresentação dos resultados codificaram-se as falas dos entrevistados, utilizando-se as letras P e F, para referir-se à participação do Paciente e do Familiar, respectivamente, seguidas de número de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas. As

observações foram codificadas pela letra O, seguida de número, conforme o ordenamento cronológico de realização das mesmas. Portanto, a codificação dos dados, ao fazer referência à participação de pacientes foi organizada como P1 (Paciente 1), P2 (Paciente 2), [P ...] e P24 (Paciente 24). Em relação à participação da família codificou-se cada uma, correspondendo ao número do paciente, como F1 (Familiar 1), F2 (Familiar 2), [F...] e F24 (Familiar 24). As observações foram registradas como O1 (Observação 1), O2 (Observação 2), [O ...] e O30 (Observação 30).

O conjunto dessas informações foi explanado a cada participante, e, mediante seu aceite, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinaturas, em duas vias de igual teor, uma destinada à pesquisadora e outra ao participante. Na pesquisa utilizou-se três TCLE, um para pacientes (APÊNDICE E), um para familiares (APÊNDICE F) e outro específico para profissionais (APÊNDICE G).

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa foram organizados em quatro seções, a fim de alcançar aos objetivos propostos, correspondendo ao percurso metodológico adotado. Na primeira seção descreve-se um recorte da qualidade e segurança assistencial no campo estudado, mediante a apresentação dos documentos que mencionam o envolvimento do paciente nos cuidados e indicadores de qualidade e segurança analisados, respondendo-se ao primeiro objetivo específico. Na segunda, terceira e quarta seções discorre-se sobre as categorias emergentes da observação e entrevistas, as quais retratam, respectivamente, os protocolos de segurança segundo a experiência do paciente, os caminhos percorridos e a percorrer no cuidado centrado no paciente e atributos de satisfação de segurança identificados a partir da experiência do paciente, atendendo aos demais objetivos específicos. Ao longo da apresentação, como resultado empírico transversal, destaca-se o papel dos pacientes-famílias como coprodutores do cuidado seguro, com base na análise integrada das informações derivadas dos documentos, observações e entrevistas.

Na apresentação dos resultados oriundos das entrevistas, procedeu-se à edição dos relatos com vistas a corrigir vícios de linguagem e possíveis erros gramaticais, com o cuidado de não alterar o conteúdo essencial das falas, facilitando a leitura e preservando os participantes. Também, em algumas falas, acrescentaram-se termos entre colchetes para facilitar a compreensão do texto.

5.1 Um recorte da qualidade e segurança assistencial no campo estudado

No Sistema de Gestão Estratégica e Operacional (GEO) do HCPA há o repositório de documentos institucionais que orientam o modelo assistencial adotado pelo hospital, o qual é possível de ser acessado por profissionais, professores e alunos em diferentes níveis de formação. No repositório constam descritas Políticas, Planos, Procedimentos Operacionais Padrão e Fichas Técnicas de indicadores de desempenho, além de outros documentos que, em seu conjunto, contém diretrizes estratégicas e orientações específicas para o atendimento dos objetivos institucionais, no âmbito da assistência, ensino e pesquisa. Também foram analisados materiais de apoio à educação dos pacientes-famílias mencionados nas entrevistas.

Nesta pesquisa, elencaram-se documentos que registram o envolvimento do paciente e da família nos cuidados, circunscrevendo-se, nesta etapa de registro documental, os relacionados ao objeto investigado e aos indicadores de qualidade e segurança selecionados, cujos resultados são apresentados a seguir dos documentos, sendo eles: taxa de satisfação dos pacientes internados, taxa de incidência de quedas, taxa de adesão à higienização das mãos e taxa de percepção do paciente da conferência de sua identificação.

Apresenta-se no Quadro 3 as políticas institucionais identificadas na pesquisa, as quais convergem com a perspectiva do envolvimento do usuário nas ações de segurança.

Quadro 3 – Políticas do HCPA relacionadas ao envolvimento do usuário, Porto Alegre, 2018.

Política	Descrição
Política de Educação de Pacientes e Familiares	Diretrizes para promover a participação de pacientes e familiares no processo de cuidado, com base nos direitos e responsabilidades dos pacientes
Política de Direitos dos Pacientes	Assegura o respeito aos direitos, proporcionando assistência de forma justa, em consonância com a legislação vigente
Política de Preservação das Informações do Paciente	Diretrizes de segurança e sigilo das informações sobre os pacientes, para preservação da confidencialidade dos dados e privacidade dos indivíduos
Política de Termos de Consentimento Informado	Diretrizes para o processo de consentimento de pacientes, para internação e para procedimentos específicos
Política de Cuidados aos Pacientes	Estabelece a atuação da equipe multidisciplinar, supervisionada por professores, atendendo a um padrão assistencial com qualidade e uniformidade, prevendo a participação de pacientes e familiares nas decisões
Política de Identificação dos Pacientes	Estabelece processo para reconhecer e confirmar a identidade do paciente a fim de garantir o tratamento a ele destinado
Política de Prevenção de Quedas	Estabelece plano para redução de quedas em suas dependências, com medidas preventivas para minimizar o risco, entre elas a educação do paciente
Política de Higienização de Mãos	Redução de infecções relacionadas à assistência de saúde, abrangendo pacientes internados e externos
Política de Cirurgia Segura	Define práticas de cirurgia segura

Fonte: Sistema GEO do HCPA. Dados da pesquisa, Costa, DG, 2018.

As políticas são desdobradas em planos institucionais, os quais abrangem informações mais detalhadas que subsidiam o alcance de seus objetivos. Os planos que remetem ao envolvimento dos usuários são apresentados no Quadro 4, a seguir:

Quadro 4 – Planos do campo estudado relacionados ao envolvimento do usuário, Porto Alegre, 2018.

(continua)

Plano	Definição	Abrangência
Plano de Melhoria da Qualidade e Segurança	Descreve a qualidade assistencial como um compromisso de todos, pautada em processos de aprendizagem transformadores	<ul style="list-style-type: none"> - Programa QUALIS - Interface com comissões - Indicadores para gestão da qualidade - Padronização de processos assistenciais - Definição de protocolos - Gerenciamento de riscos assistenciais - Pesquisa e Ensino
Plano de Avaliação dos Pacientes	Estabelece a atuação da equipe multidisciplinar na identificação das necessidades de saúde do paciente	- Para pacientes internados: avaliação médica, de enfermagem, de nutrição, da farmácia clínica para todos os pacientes. Avaliação do fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, educadores físicos e terapeutas ocupacionais, conforme linhas de cuidado ou por consultoria.
Plano de Identificação dos Pacientes	Estabelece critérios para identificação segura do paciente, buscando sua participação no processo	<ul style="list-style-type: none"> - Para pacientes internados: uso de pulseira branca ou laranja (se presença de alergias) contendo nome completo e número de prontuário. - Conferência na administração de medicamentos, sangue ou hemoderivados, na coleta de exames, ou antes de qualquer tratamento ou procedimento.
Plano de Higienização das Mãos	Define as práticas de higiene de mãos no hospital, como uma das medidas mais importantes para a prevenção de infecções	- Para todos os profissionais e cuidadores que entram em contato com pacientes, nos 5 momentos preconizados pela OMS: entre outros antes e após o contato com o paciente e após contato com superfícies ao redor do paciente (ANEXO 2).
Plano de Prevenção e Gerenciamento de Quedas	Estabelece ações para avaliação e sinalização de risco, medidas preventivas, educação dos pacientes e notificação de eventos.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes adultos: avaliação do risco pela Escala de Morse e definição de risco para pacientes com risco de sangramento - Educação de pacientes e familiares quanto às medidas preventivas com apoio de material ilustrativo (ANEXO 3)
Plano de Educação de Pacientes e Familiares	Estabelece ações de educação da equipe multiprofissional, de forma participativa e sistemática	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação das necessidades de educação para implementação de ações voltadas à mudança de comportamento, conforme linhas de cuidado - Linhas de cuidado para promoção do cuidado integral, centrado no paciente e em suas necessidades: em uso de anticoagulantes, insulina ou quimioterápico; transplante; doença crônicas evolutivas; uso de oxigênio ou ventilação domiciliar, próteses, sondas, cateteres e equipamentos biomédicos e portadores de germes multirresistentes - Identificação de barreiras no processo de educação do paciente e família, em todos os atendimentos do hospital, com ações que atendam as limitações linguísticas, emocionais, físicas, cognitivas ou culturais, bem como barreiras decorrentes de crenças religiosas ou espirituais

Quadro 4 – Planos do campo estudado relacionados ao envolvimento do usuário, Porto Alegre, 2018.

(continuação)

Plano	Definição	Abrangência
Plano de Direitos do Paciente	Descreve os direitos e deveres dos pacientes, bem como os fluxos para cumprimento da Política	<ul style="list-style-type: none"> - Na admissão os pacientes são informados de seus direitos e deveres - A carta de direitos e deveres é disposta nos quartos e áreas assistenciais (ANEXO 4) - Divulgação no site do HCPA, aba Área do Paciente; por meio de desenho animado em vídeo (HCPA, 2013) e em folder institucional
Plano de Gestão das Manifestações dos Usuários	Descreve formas de comunicação dos usuários com a instituição e seu gerenciamento, com vistas a melhorias de processos a partir da participação dos usuários	<ul style="list-style-type: none"> - Orienta registro de elogios, sugestões, solicitações, reclamações, denúncias e meios de solicitar informações - Envolve Ouvidoria, Serviço de Informação ao Cidadão, Fale Conosco, Grupo de Gestão do Relacionamento com o Cliente, Grupo de Trabalho de Humanização e redes sociais, como Facebook e Twitter
Plano da Cirurgia Segura	Estabelece diretrizes para assegurar cirurgias em local de intervenção correto, procedimento e paciente corretos	<ul style="list-style-type: none"> - Processo realizado no âmbito das unidades que realizam procedimentos cirúrgicos ou invasivos - Ações: marcação do sítio cirúrgico com confirmação do paciente e checagem dos itens da lista de verificação que compõe a cirurgia segura
Plano de Medicamentos	Estabelece diretrizes para a segurança do processo de medicação, definindo fluxos e responsabilidades profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão dos medicamentos no âmbito do hospital, seleção, padronização, dispensação, armazenamento, controle, cuidados no preparo e administração, descarte de resíduos e monitoramento dos eventos relacionados - A educação do paciente-família é descrita, em atenção às necessidades individuais, mediante atendimento da farmácia clínica
Plano de Gerenciamento da Dor	Define estratégias assistenciais e educacionais para o gerenciamento da dor, incluindo educação de pacientes, familiares e profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento do diagnóstico inicial - Avaliação permanente - Tratamento eficaz - Estratégias para melhoria da comunicação e educação dos pacientes-famílias sobre dor - Atendimento ao direito do paciente de ter a sua dor avaliada e tratada adequadamente - Fomentar a utilização de protocolos de dor na prática clínica
Plano de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares	Define ações para prevenção e disseminação de doenças infecto-contagiosas, incluindo germes multirresistentes	<p>Aplicado a todos os profissionais, pacientes, familiares os acompanhantes, visitantes, prestadores de serviços ou voluntários</p> <ul style="list-style-type: none"> - Precaução padrão, de contato, por gotícula ou aerossóis - Prevenção de infecções relacionadas a cateter vascular central e de corrente sanguínea - Prevenção de infecções do trato respiratório, do trato urinário

A seguir, apresenta-se a análise documental relacionada aos indicadores elencados na pesquisa, iniciando-se com uma síntese de suas fichas técnicas (Quadro 5), seguida de seus respectivos resultados referentes ao período de coleta, de janeiro de 2016 a outubro de 2018.

Quadro 5 – Informações das Fichas Técnicas dos Indicadores, Porto Alegre, 2018.

Indicador	Descrição	Fórmula	Meta
Taxa de Adesão à Higienização de Mãos (HM)	Mede a adesão entre os profissionais de saúde do HCPA nos 5 momentos recomendados pela OMS, por meio de observação.	$(\text{Número de oportunidades em que houve HM}) \div (\text{Número de oportunidades para HM, conforme os 5 momentos}) \times 100$	70%
Taxa de Incidência de Quedas de Pacientes Internados	Mede a incidência de queda a partir de notificações, definida como uma situação na qual o paciente vai ao chão ou a um plano mais baixo que o nível inicial, não intencionalmente.	$(\text{Número de quedas no mês}) \div (\text{Número de pacientes-dia no mês}) \times 1000$	<2,0 % pacientes-dia
Taxa de Satisfação dos Pacientes Internados	Mede as respostas no grau ótimo na questão “Como você classifica o atendimento recebido durante a internação?” da pesquisa de satisfação, entregue ao paciente e família no momento da alta hospitalar	$(\text{Número de respostas no grau ótimo no mês}) \div (\text{Número total de respostas nos cinco graus, no mês}) \times 100$	81%
Taxa de Percepção do Paciente sobre a Conferência de sua Identificação	Mede a adesão dos profissionais ao processo de conferência da identificação nos momentos de maior risco, a partir da percepção do paciente	$(\text{Número de respostas do paciente confirmando que há verificação nas situações recomendadas}) \div (\text{Número de situações observadas}) \times 100$	88%

Fonte: Sistema GEO do HCPA. Dados da pesquisa, Costa, DG, 2018.

Na tabela 1 apresentam-se os resultados do indicador referente à média anual da taxa de adesão dos profissionais à higienização de mãos. A coleta de dados por meio da observação dos profissionais durante os cuidados tem periodicidade trimestral na maioria das unidades analisadas. Em duas unidades a periodicidade é mensal, devido às características do perfil de pacientes atendidos, os quais apresentam maior vulnerabilidade em relação ao risco de infecções.

Analisando-se a média de todo o período de coleta, metade das unidades atingiram a meta de adesão. Destacam-se as unidades 1 e 11, pois obtiveram os melhores resultados e as unidades 8 e 10 que apresentaram os resultados mais críticos.

Tabela 1 – Taxa de adesão à Higienização de Mãos (%)

Unidades	2016	2017	2018	Média*
1	72,82	78,65	74,23	75,35
2	80,40	69,03	67,60	73,02
3	69,37	69,28	69,66	69,42
4	65,73	61,51	66,75	64,34
5	75,84	70,60	73,21	74,35
6	60,75	62,76	60,00	61,26
7	63,22	70,21	78,03	70,56
8	59,18	61,49	63,27	60,70
9	71,91	68,67	74,68	71,50
10	61,33	56,42	51,28	58,27
11	89,21	88,06	85,64	88,73
12	58,32	63,46	61,25	60,94
Total	71,48	67,60	69,41	69,82

* valores com base em todas as coletas no período

Fonte: Sistema de Informações Gerenciais do HCPA.

Dados da Pesquisa, Porto Alegre, 2018.

Na tabela 2 constam as médias anuais da taxa de incidência de quedas, com base nos resultados mensais, sendo que seis unidades atingiram a meta, considerando a média total do período em questão. Por ano, cerca de 252 pacientes em média caem nas unidades analisadas.

As unidades 4 e 7 foram destacadas por atingirem os melhores resultados e, as 8 e 9, por apresentarem taxas mais elevadas, considerando que para este indicador quanto menor o valor melhor o resultado.

Tabela 2 – Taxa de incidência de quedas (‰)

Unidades	2016	2017	2018	Média
1	2,35	2,06	1,01	1,86
2	1,25	1,84	3,13	2,01
3	2,18	2,16	2,80	2,34
4	0,94	0,92	0,92	0,92
5	1,26	1,19	0,91	1,13
6	1,22	0,93	2,03	1,35
7	0,71	1,02	1,73	1,11
8	2,65	2,77	2,32	2,59
9	1,79	2,90	2,77	2,47
10	2,58	1,97	2,07	2,22
11	1,79	2,64	1,68	2,06
12	1,85	2,05	1,48	1,81
Total	1,75	1,86	1,82	1,81

*valores com base nos dados mensais

Fonte: Sistema de Informações Gerenciais do HCPA.

Dados da Pesquisa, Porto Alegre, 2018

Na tabela 3 demonstram-se as taxas médias de satisfação do paciente internado, cujo dado é coletado mensalmente. Da mesma forma que os resultados dos demais indicadores apresentados, metade das unidades atingiram a meta. As unidades 1 e 2 obtiveram os escores mais elevados e, as 8 e 9, as taxas mais baixas de satisfação.

Tabela 3 – Taxa de Satisfação do paciente no grau ótimo (%)

Unidades	2016	2017	2018	Média*
1	91,57	88,32	86,34	89,13
2	87,14	90,43	89,96	89,26
3	84,87	77,56	82,20	81,12
4	79,83	82,56	80,52	80,90
5	74,65	78,97	82,68	77,60
6	83,85	82,82	85,08	83,90
7	82,29	84,13	86,14	83,81
8	71,73	75,23	79,25	75,18
9	61,76	57,59	64,20	60,35
10	74,73	77,74	73,29	75,36
11	87,75	84,76	89,16	87,13
12	79,03	76,78	79,17	78,27
Total	81,35	80,68	82,67	81,01

* valores com base nos dados mensais

Fonte: Sistema de Informações Gerenciais do HCPA. Dados da Pesquisa, Porto Alegre, 2018

Na tabela 4, estão dispostos os resultados do indicador relacionado à identificação do paciente, destacando que todas as unidades superaram a meta estabelecida. Apesar disso, manteve-se a proposta de os resultados extremos. Este indicador não é acompanhado na unidade 9, por decisão institucional, por esta razão não constam dados na tabela.

Tabela 4 – Taxa de percepção do paciente sobre conferência de sua identificação (%)

Unidades	2016	2017	2018	Média*
1	90,48	95,43	99,01	94,37
2	87,22	95,29	97,66	92,89
3	86,29	96,28	97,52	92,69
4	91,30	97,79	96,61	95,04
5	88,41	96,30	98,87	94,24
6	89,42	94,86	97,60	93,86
7	86,75	92,78	98,08	91,78
8	83,63	95,45	94,94	91,46
9	-	-	-	-
10	87,37	93,72	97,77	92,81
11	92,45	97,44	96,30	95,68
12	88,33	95,43	97,47	93,64
Total geral	88,22	95,47	97,40	93,47

* valores com base nos dados mensais

Fonte: Sistema de Informações Gerenciais do HCPA. Dados da Pesquisa, Porto Alegre, 2018.

A análise dos indicadores selecionados possibilitou definir as unidades para a etapa de observação dos processos assistenciais, considerando que foi planejado ocorrer na unidade que obtivesse os melhores resultados e naquela em que os resultados fossem mais críticos. Analisando-se o panorama dos resultados entre as 12 unidades, definiu-se para a observação a unidade 8 e a unidade 11. Esta última foi definida mediante sorteio entre as unidades 1, 4 e 11, pois atingiram os melhores resultados duas vezes cada.

Quadro 6 – Média dos resultados dos indicadores por unidade, Porto Alegre, 2018.

Indicador	Unidades											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
HM	75,35	73,02	69,42	64,34	74,35	61,26	70,56	60,70	71,50	58,27	88,73	60,94
Quedas	1,86	2,01	2,34	0,92	1,13	1,35	1,11	2,59	2,47	2,22	2,06	1,81
Satisfação	89,13	89,26	81,12	80,90	77,60	83,90	83,81	75,18	60,35	75,36	87,13	78,27
Identificação	94,37	92,89	92,69	95,04	94,24	93,86	91,78	91,46	-	92,81	95,68	93,64

Melhores resultados

Resultados mais críticos

Fonte: Sistema de Informações Gerenciais do HCPA. Dados da Pesquisa, Porto Alegre, 2018.

5.2 Protocolos de segurança segundo a experiência do paciente

Nesta categoria retrata-se a percepção dos pacientes-famílias acerca das ações para a segurança que integram os protocolos de segurança adotados pelo HCPA, segundo as experiências compartilhadas nas entrevistas. A análise dos diálogos e comportamentos dos profissionais nas situações de cuidado observadas também compõem de forma integrada as percepções dos pacientes-famílias. Esses protocolos constam nos documentos que orientam o modelo assistencial preconizado pela instituição, descritos nas políticas e planos assistenciais. Entre eles, destaca-se na experiência dos pacientes-famílias os seguintes temas: identificação do paciente, segurança na administração de medicamentos, cuidados para prevenção de lesões decorrentes de quedas, cuidados para prevenção de infecções com foco na higienização de mãos, processo de consentimento, cirurgia segura e cuidados para prevenção de lesão por pressão.

O uso de **pulseira de identificação** contendo o nome completo e o número do registro do prontuário do paciente, na cor branca, é uma medida consolidada na instituição e os pacientes permanecem com ela durante o período de internação. Nas situações observadas e nas entrevistas realizadas todos os pacientes possuíam pulseira de identificação. Esse cuidado é reconhecido e valorizado pelos pacientes, conforme destacado nas falas dos participantes:

[...] a minha pulseira é a minha identificação real, tem meu nome, tem um código [...]. (P2)

[...] eu sei para que serve esta pulseira, tem meu nome, significa hospital de primeiro mundo. (P7)

[...] eu observei que estão sempre prestando atenção no meu nome [apontando para a pulseira]. (P13)

[...] esta pulseira tem meu nome, meus dados, sempre examinam para ver se sou eu mesmo. (P15)

[...] essa é a minha identificação [...]. (P19)

Quando há presença de alergias, a pulseira de identificação utilizada tem cor laranja, para sinalizar o risco e chamar a atenção dos profissionais que atendem os pacientes. Da mesma forma, os pacientes-famílias têm conhecimento sobre o motivo de utilizar essa pulseira diferenciada. Nas entrevistas, quando se conversou sobre isso, logo explicaram:

[...] esta pulseira é porque sou alérgica a uma medicação, eu não sabia pra que servia, perguntei a elas [enfermagem] e me explicaram na hora. (P5)

[...] esta pulseira é porque eu tenho alergia a um medicamento [...]. Sempre que eu interno eu recebo estas pulseiras, assim que eu chego no quarto, quem vem fazer a internação, geralmente uma enfermeira, já coloca. (P8)

[...] a cor da pulseira é porque ela tem alergia a alguns antibióticos. (F9)

Segundo a Política e o Plano de Identificação dos Pacientes do HCPA há momentos obrigatórios para conferência da identificação dos pacientes, bem como a descrição de como fazê-la conforme o cuidado prestado, contando com a inclusão do paciente e família, de acordo com as diretrizes definidas.

Nesse sentido, a análise das observações e entrevistas demarcam que as definições em relação a esses momentos e o modo de proceder a conferência apresenta-se de forma consistente em vários processos. Um deles é a **conferência da identificação no momento da coleta de exames**, cujo cuidado foi percebido pelos pacientes:

[...] eu coletei sangue todos os dias às 7 horas e usam a minha pulseira nesta hora, olham a pulseira e depois olham os papeizinhos e os frascos que tem meu nome. (P1)

[...] quando eu coletei exames eles olham a pulseira, conferem o meu nome. (P3)

[...] essa pulseira [branca], eles olham o nome quando eu vou fazer exame (P4)

[...] por questão de segurança, pra fazer algum exame, eles olham antes a pulseira [...] (P5)

Pode-se constatar em todas as entrevistas o reconhecimento do uso da pulseira de identificação no momento da coleta de exames. No entanto, quando se buscou investigar sobre a coparticipação do paciente no momento da conferência como mais uma barreira de segurança, constatou-se que ainda não ocorre, conforme retratam as falas a seguir:

[...] na coleta de exames todos são muito cuidadosos, os frascos são todos identificados, mas eu não tenho liberdade de olhar se está certo, mas confio que não erram. (P2)

[...] nesta parte eu não me envolvo, já está sendo bastante difícil para mim acompanhar todo o tratamento aqui, é muito penoso ver por tudo que ele tem que passar e são muitos exames [...]. (F10)

[...] eu já tive várias vezes internada, fiz tantos exames, é tudo muito rápido, precisaria a gente saber que pode conferir, porque são muito frascos mesmo. (P11)

A conferência da identificação foi reconhecida pelos pacientes-famílias em outros momentos. Houve referência ao modo de **conferência para entrega da dieta**, em que o profissional do serviço de nutrição, diz o nome do paciente, lendo a etiqueta fixada na embalagem da dieta e aguardando sua confirmação ou de seu familiar.

[...] quando chega a dieta, elas dizem o meu nome, olhando na etiqueta e eu respondo: presente! (P14)

[...] na hora das refeições também tem conferência, porque a comida tem o nome de cada um e quando elas entregam elas leem ali [etiqueta.] (P17)

[...] até com a comida tem esta preocupação, elas não olham a pulseira, mas nenhuma delas [profissionais do serviço de nutrição] olham. Elas dizem o nome da gente bem alto no quarto quando estão entregando a comida. (P20)

Cabe destacar que no documento institucional de referência para esta rotina, consta descrito o processo de entrega da dieta, mediante conferência verbal e não com o uso da pulseira de identificação, exatamente como relatado pelos pacientes.

Os pacientes também perceberam que há preocupação com sua **identificação nos momentos de transição de cuidado**, ao serem transportados à hemodiálise, ao internarem via emergência, para exames e para cirurgia:

[...]eu faço hemodiálise três vezes por semana, as vezes é o pessoal aqui que leva e traz, mas as vezes é o pessoal de lá [hemodiálise]. Aqui sabem que sou eu [risos], mas lá sempre olham na minha pulseira na hora que me trazem, eu já vou dizendo que sou eu mesma, quero chegar logo no quarto. (P8)

[...] quando me trouxeram para cá, saí da sala laranja [emergência] e conferiram meu nome direitinho, olhando na pulseira. (P11)

[...] o pessoal que leva para Raio X, olha a pulseira. (P14)

[...] quando eu fui para a cirurgia, eles olharam na pulseira e nos papeis para confirmar que sou eu mesmo, só depois me levaram. (P21)

Outro momento obrigatório para a equipe de saúde proceder à conferência da identificação do paciente é na **administração de medicamentos**, momento considerado imprescindível para a segurança do **processo de medicação**. Contatou-se que, segundo a

experiência de vários pacientes, há a conferência antes da administração de medicamentos, cuidado realizado principalmente por técnicos de enfermagem.

[...] quando tomo medicações as enfermeiras olham a pulseira, confirmam. (P4)

[...] eles olham antes de dar uma medicação, porque tem meus dados, para saber se é para mim mesmo. (P5)

[...] quando eles vêm no quarto, olham a pulseira na hora da medicação, eu acho isso bem importante. Até mesmo eu noto que as técnicas leem na planilha a medicação, se certificam que é a certa, para não ter problema de dar medicação errada. (F9)

[...] quando ela vem aqui, traz o medicamento só para mim, as vezes traz do meu colega do lado, mas todos eles são identificados. Se for seringa ou soro elas olham aqui [pulseira], isso é a primeira coisa que fazem. (P18)

No final da fala registrada acima, do paciente entrevistado P18, transparece o foco da conferência da identificação para os medicamentos por via parenteral. Com isso, buscou-se detalhar nas entrevistas como se dá o processo de medicação, independente da via de administração. O mesmo paciente esclarece, além de outros, incluindo um familiar, conforme as manifestações seguintes:

[...] eles sempre chamam pelo meu nome, perguntam quem eu sou, eu respondo meu nome, aí eles me dão a medicação. Não vejo usarem minha pulseira. P6

- A impressão que eu tenho é que estão sempre prestando atenção no meu nome. (P13) - Sim, mas geralmente conferem a pulseira só quando troca o turno e também perguntam sobre o que é a alergia. (F13)

O pessoal usa a pulseira para medicamentos. Agora não tanto porque eu já sou conhecido aqui, sou bem conhecido. Quando entro pela porta lá [da unidade] as enfermeiras já me reconhecem, dizendo “o senhor de novo aqui?” (P18)

Sempre que vão fazer uma medicação olham ali[pulseira], confirmam. A não ser que é uma medicação contínua e o profissional já me conhece, olha pra mim, sabe que sou eu. (P22)

[...] quando está na hora dos remédios, uns olham minha pulseira e outros não, não é sempre que fazem isso. (P24)

Nas observações realizadas foi possível acompanhar técnicos de enfermagem em nove situações envolvendo administração de medicamentos, nas quais constatou-se que houve

conferência da identificação do paciente em duas (O1 e O12). Nas situações em que os profissionais não procederam à conferência, foi possível verificar que havia uma relação de confiança estabelecida entre o profissional e o paciente, evidenciada por diálogos entre ambos, chamando-se pelo nome, interagindo entre si durante o cuidado, em ambiente descontraído e tranquilo (O2, O3, O4, O13, O17, O18 e O22). Verificou-se que as vias de administração nas situações em que houve conferência foram via oral e via sonda. Já, nas situações em que não ocorreu a conferência prévia, as vias envolvidas foram a parenteral e a oral. Destaca-se que, em ambas as unidades observadas, presenciaram-se os dois tipos de comportamento dos profissionais.

Buscou-se também aprofundar sobre o papel ativo dos pacientes-famílias na administração de medicamentos, se receberam orientação sobre isso, como fazem. As falas a seguir ilustram o desconhecimento de alguns pacientes sobre esse processo:

[...] eu tomo tantos medicamentos que não sei quais são, mas sei que são para o coração. (P1)

[...]eu até dou risada das meninas, porque vem olhar minha pulseira se eu estou aqui há mais de 50 dias, eu digo, será que não sabem quem eu sou? Deve ser para ver se eu sou eu mesma, eu não sei e também não perguntei porque fazem isso [nas situações de administração de medicamentos]. (P8)

[...] eu não olho se tem meu nome nas medicações, porque eu confio nelas. Elas são muito boas no que elas fazem, não tem porque eu me preocupar com elas (P16)

No entanto, a mesma paciente (P8) que desconhece porque conferem tantas vezes sua pulseira de identificação, manifestou potencial para maior engajamento nas ações de segurança relacionadas ao seu tratamento, mediante sua preocupação em relação à medicação:

[...] eu sempre pergunto o que estão me dando, eu conheço os medicamentos que tomo. Eu me preocupo com isso, [...] por isso sempre pergunto e confiro o envelope que vem a medicação. (P8)

Foi possível constatar que há pacientes-famílias engajados no tratamento, no sentido de acompanhar as ações da equipe de enfermagem em relação ao processo de medicação, sendo copartícipes:

[...] eu olho junto e confiro, porque ela toma uns medicamentos controlados, então eu confiro. Se vem alguma coisa diferente eu também

pergunto o porquê. O nome dela vem na seringa também, ou no copinho. (F9)

[...] os medicamentos que estou tomando, eu já tomava em casa, então eu sei quais são, sei os horários e elas dizem o nome quando trazem e eu concordo. (P12)

Nos medicamentos vem o nome dela também, deixam a gente mesmo dar, abrir e dar, sempre explicam porque estão dando, para que serve cada um. (F13)

[...] o que tem acontecido é que eu tomo um remédio que tem uma dose diferente em dias pares e dias ímpares e eu sempre preciso confirmar a dose, porque muitas vezes vem errada (P20).

As observações complementam os achados, no sentido de demarcar outras situações não verbalizadas pelos pacientes-famílias, mas que constam nos documentos institucionais de referência, como preconizado para se proceder à conferência da identificação. Nas observações O7, referente à troca de curativo de cateter central; O8, O10, O14 e O15, em que os profissionais avaliaram as condições gerais dos pacientes; O11, quando foi realizado exame físico no paciente, com foco no abdômen; não se verificou a conferência da pulseira de identificação na abordagem aos pacientes. Por outro lado, verificou-se esse cuidado em seis situações em que os profissionais avaliaram as condições gerais do paciente, incluindo a verificação da pulseira de identificação, com orientações sobre seu uso para os cuidados (O25, O26, O27, O28, O29 e O30).

Conforme definição institucional, descrita na Política e Plano de Identificação dos Pacientes a conferência deve ser realizada na administração de medicamentos, de sangue ou hemoderivados, na coleta de exames, ou antes de qualquer tratamento ou procedimento. Nas entrevistas ou observações não se teve oportunidade de verificar alguma situação que envolvesse transfusão de sangue ou hemoderivados. Nas demais situações, foi possível obter informações sobre como esse cuidado é realizado, segundo a experiência dos pacientes-famílias, com base em suas percepções e nas observações.

Outro protocolo de segurança que emergiu das entrevistas e observações, diz respeito às **medidas preventivas de lesões decorrentes de quedas**, a qual consta nos documentos analisados. Segundo os documentos, os pacientes adultos são avaliados para o risco de quedas de forma sistemática, com base em uma escala de avaliação que resulta em um escore final. Os pacientes que apresentam alto risco de queda recebem pulseira na cor amarela. Nas entrevistas, constatou-se que a maioria dos pacientes-famílias têm conhecimento do motivo pelo qual usam essa pulseira, conforme os exemplos a seguir:

[...] esta pulseira [amarela] é porque posso cair, então não é para levantar a noite e sair logo da cama, não andar sozinha nos corredores e se der tontura, devo sentar ou me abaixar. (P1)

[...] a pulseira amarela é antiqueda. Precisa deixar a cama sempre fechadinha [com grades], com os dois lados fechadinhos para não cair e estar sempre com acompanhante para levar ele no banheiro, fazer as coisas com ele. (F3)

[...] esta pulseira aqui [amarela] é risco de queda, aí não posso sair da cama se não tem alguém junto, não posso andar sozinha porque posso cair e me machucar. Foi difícil para mim entender que eu não podia levantar sozinha. (P13)

[...] uma coisa que me chamou muito atenção foi que a enfermeira esteve aqui e citou itens importantíssimos que o hospital tem como regra em relação à segurança. A pessoa que não tiver condições, se quiser caminhar, tem que sair sempre acompanhada, porque a regra básica é não se machucar [...]. (P15)

Entre os entrevistados que tinham a sinalização de risco de queda com o uso da pulseira amarela, somente um não tinha conhecimento sobre quais cuidados precisaria ter, no entanto sabia porque utilizava tal pulseira, apesar de perceber que recebia um cuidado extra dos profissionais. Além desse, outro paciente desconhecia totalmente porque utilizava aquela pulseira, com 16 dias de internação. Ambos os relatos a seguir ilustram essas percepções:

[...] quando colocaram a pulseira disseram que era para risco de queda e ponto final. Eu notei que onde fui fazer exames olhavam minha pulseira e tinham todo o cuidado comigo, para me sentar na cama, para me colocar na cadeira, em função de olhar a minha pulseira. E eu ficava pensando, se eu estou bem, porque tantos cuidados. (P8)

[...] eu lembro que quando coloquei esta pulseira, me falaram, mas não lembro o porquê, só lembro que precisa ter esta cor. [a pesquisadora explicou sobre o risco de queda]. [...] Ah ... não sabia, mas até agora nunca caí. (P7)

Em relação às medidas preventivas de quedas observadas, constatou-se que os profissionais ao finalizarem o atendimento, reposicionaram a cama na posição baixa e elevaram as grades da cama (O7, O16, O18, O19), nos pacientes que apresentavam risco. Somente em uma situação em que a profissional conversou com o paciente, sendo que estava identificado com pulseira amarela, não houve nenhuma ação sobre o posicionamento da cama, que estava em altura média e, sobre as grades, pois estavam abaixadas (O20). Também, em outras quatro situações observadas, na avaliação do paciente por um profissional, pode-se

acompanhar o reforço das orientações sobre os cuidados para prevenir quedas, ressaltando as grades altas, a cama baixa e solicitação de auxílio para sair da cama acompanhado (O26, O27, O28 e O29).

Os participantes destacaram em suas falas de forma marcante o cuidado relacionado à **higienização das mãos**, incluindo orientação para pacientes-famílias, com reconhecimento dos materiais informativos dispostos nos quartos, próximos às pias, contendo ilustrações sobre os momentos obrigatórios preconizados na instituição.

[...] eu recebi todas as orientações sobre higiene de mãos, a higiene da minha filha, o que eu tenho que fazer, como se faz, higiene é tudo. Também todos que entram aqui usam o álcool gel nas mãos, eu estou sempre cuidando disso. (F9)

[...] tanto na entrada como na saída [do quarto] eu acho muito importante, não traz nada da rua para a pessoa e não leva nada de dentro para a rua. (P13)

[...] antes de me atender elas vão lá [pia] higienizar as mãos e colocar luvas. Isso é uma segurança para mim e para elas. Eu não vi nenhuma vir aqui manusear alguma coisa sem passar álcool gel. Por que eu sei que nós é que levamos os bichos. (P19)

[...] Outra coisa que eu acho importante é o álcool gel que tem ali [aponta para pia]. Os caras vão ali quando chegam aqui e pá, pá, pá [demonstra o movimento de higienização das mãos] e depois quando saem fazem novamente, isso é 100%, o pessoal cuida. (P20)

[...] não sei se é porque aqui todo mundo fez cirurgia, mas todos que entram usam o álcool gel, na entrada e na saída, já é automático, médicos, enfermeiras, quem for. Para nós também orientaram a usar e deram este frasquinho aqui para ficar junto e usar sempre. (F24)

De maneira semelhante a outros cuidados, também houve manifestação em relação à falta de higienização das mãos, denotando que os pacientes estão atentos, apesar de demonstrarem passividade quando observam que o cuidado não foi seguido:

[...] quem entra aqui no quarto usa o álcool gel na entrada e na saída, apesar que nem todos, mas muitos usam. (P7)

[...] a orientação que a gente tem é o que diz no cartaz [fixado na parede do quarto], a gente vê que tem álcool gel em todas as partes do hospital, a maioria usa, mas não como está no cartaz. (P5)

Nas 30 situações observadas, a higienização das mãos foi realizada em 16, sendo sete na administração de medicamentos (O1, O2, O3, O9, O12, O17, O18 e O22), uma troca de

fralda (O16), dois exames físicos (O11, O26), um manuseio de sonda enteral (O27) e na avaliação geral do paciente (O25, O28, O29 e O30). Foi possível constatar que, ao entrar no quarto para avaliação geral do paciente ou para alguma orientação, não havendo contato físico direto, o profissional não seguiu a prática de higienização das mãos (O5, O6, O7, O9, O14, O15, O20). E ainda, que em alguns procedimentos também não se observou, como na troca de curativo de cateter central (O7), banho de leito (O21), contenção mecânica (O24), administração de medicamentos via oral (O4, O13) e manuseio de sonda enteral (O19, O23).

Foi possível também contar com a participação de pacientes que tiveram experiências com intervenções cirúrgicas, cujos relatos retratam os cuidados preconizados nos documentos institucionais referentes ao **processo de consentimento** e à **cirurgia segura**. Esses cuidados foram manifestados por todos os participantes entrevistados que passaram por essa experiência, conforme alguns exemplos a seguir:

[...] o mais importante para mim foi a recuperação do coração depois da cirurgia. Para fazer a cirurgia meu marido estava junto para decidir, porque a gente precisa autorizar [...] sem a cirurgia eu não estaria aqui. (P1)

[...] eu precisei amputar o dedo, me explicaram o que iria acontecer se eu não amputasse, não tinha outra alternativa, senão poderia perder mais [pausa], talvez a perna. Eles me explicaram tudo, como seria a cirurgia, a anestesia, onde eu ia me acordar, na sala de recuperação. [...] quando marcou uma roda na minha perna, aqui em cima [mostrou a altura] eu achei que iam amputar até ali. Perguntei se iam tirar a minha perna até a marca. Ele disse que não, que era para marcar o pé certo para operar. (P4)

[...] eu estou aguardando a cirurgia, foi desmarcada hoje, espero que seja amanhã. [...] o médico já me explicou sobre a cirurgia, eu me sinto a par do que pode acontecer durante e depois da cirurgia, ele falou de uma maneira clara, isso é muito bom. (P5)

[...] eu fiz transplante, nada foi feito sem meu consentimento, me informaram tudo desde o começo e perguntaram se eu estou de acordo. [...] eu entrei tranquilo para a cirurgia. (P19)

[...] na minha cirurgia deu tudo certo, o pessoal aqui é muito competente e cuidadoso [...]. Me informaram, me explicaram, conferiram comigo o joelho que eu tinha que operar, colocaram uma marca aqui, porque a gente sabe que já aconteceu de trocar os lados, mas isso aqui não tem como acontecer (P21)

Cabe destacar que as políticas e planos institucionais de consentimento informado e da cirurgia segura descrevem procedimentos que vão ao encontro das experiências relatadas pelos participantes. Segundo os documentos, no processo de consentimento, após a

explanação sobre o procedimento, o profissional deve oportunizar o esclarecimento de dúvidas, respondendo-as de forma clara e compreensível, certificando-se que o paciente entendeu e esclareceu suas dúvidas. Já, em relação à cirurgia segura, a marcação do sítio cirúrgico está prevista quando o local correto de intervenção depende de lateralidade corporal, como nos casos relatados, cujos locais eram nos membros inferiores. A recomendação documentada indica a marcação em formato de alvo realizada pela equipe médica na presença do paciente. Os documentos e as experiências relatadas demarcam a presença de coprodução para a segurança do paciente.

Em relação ao protocolo de prevenção de lesão por pressão, não houve relato dos pacientes-famílias nas entrevistas, mas foi possível acompanhar as orientações prestadas ao familiar de um paciente, por uma técnica de enfermagem durante o banho de leito (O21). A profissional esclarece sobre a importância dos cuidados com a pele do paciente, sobre a hidratação, demonstrando os cuidados ao longo da realização do banho, interagindo com o paciente e seu familiar.

5.3 Caminhos percorridos e a percorrer no cuidado centrado no paciente

Nesta seção, seguindo-se a metodologia proposta, apresenta-se a análise integrada dos documentos, entrevistas e observações, dos quais emergiu a categoria cuidado centrado no paciente, com os seguintes temas: considerações sobre qualidade e segurança assistencial; informações e orientações como subsídio para participar do tratamento e para a tomada de decisão; direitos e deveres, incluindo o processo de consentimento e o acompanhamento da família e; atendimento das necessidades de saúde.

Na análise dos documentos institucionais, verificou-se que o modelo assistencial orientado pelos pressupostos da qualidade e segurança estão descritos, contemplando diretrizes para um cuidado que atenda o referencial de um centro de excelência em saúde, para o cumprimento de sua missão (ANEXO 1). Um dos objetivos do hospital é produzir “Atenção de Excelência Centrada na Pessoa”, conforme consta no Planejamento Estratégico do HCPA (ANEXO 1), refletindo esse modelo na descrição de políticas, planos e procedimentos operacionais padrão, os quais visam a promoção e implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Sobre essa temática, na realização das entrevistas, provocou-se nos participantes uma lembrança de algo que tenha sido marcante, acerca de como foi o atendimento durante o período de internação, em relação aos cuidados relacionados à qualidade e segurança da sua assistência. As lembranças e manifestações apontaram para diferentes **considerações sobre qualidade e segurança assistencial**. Percebeu-se, então, que a assertiva inicial remeteu alguns pacientes-famílias para lembranças sobre um aspecto da segurança, que pode ter impacto na assistência, mas não se refere aos cuidados assistenciais diretos, ou ainda, que não gerou nenhuma lembrança, conforme os relatos a seguir:

Sobre segurança? Não, não recordo nada sobre isso, não falaram com a gente sobre isso. (F6)

O mais significativo que eu acho é a entrada no hospital, que precisa identificação, crachá. Isso eu acho muito importante, porque não é qualquer um que chega ali e pode entrar. (F9)

Olha, eu estou aqui há quantos dias? 52 dias, tu estás falando de segurança patrimonial? (P8)

[...] eu estou preocupado com a segurança em relação ao acesso das pessoas no hospital, porque é possível entrar com uma arma, não tem detector de metal e a segurança aqui não é armada. Já aconteceu em outro hospital, será que precisa acontecer de novo para tomar providências? [...] não precisa deixar acontecer aqui também. (F22)

Para outros pacientes-famílias a assertiva provocou recordações que representam condições estruturais do atendimento, nos casos em que a porta de entrada para a internação foi via setor de emergência. Seguem alguns exemplos dessas manifestações:

Antes de estar baixado aqui, eu fiquei três noites sentado lá na emergência e eu tinha um cateter na perna, não podia ficar muito tempo sentado, tinha que esticar a perna e não tinha onde deitar. Aí eu peguei um lençol e coloquei no chão pra me deitar, mas não me deixaram ficar no chão. (P3)

Eu internei pela emergência, eu nem queria um quarto, ou só queria dormir deitada, uma maca. [...], mas eu entendi que é necessário dar prioridade para as pessoas mais debilitadas, tinha pessoas com 80 anos sentadas, com 75 anos sentados lá também. (P5)

Uma situação marcante foi quando estive na praça de guerra, aonde tem uma caminha do lado da outra e tem uns corredorzinhos para entrar, na sala laranja da emergência. Outra situação marcante foi o tempo que eu fiquei sentada antes de ir para a sala laranja, foram dois dias, mas isso eu quero esquecer. (P13)

Eu sei que lá é terrível, eu costumo dizer que é um purgatório, na sala verde e na sala das macas [laranja], são dezenas e dezenas de pessoas. As macas precisam ser empurradas para lá e para cá pra poder se locomover. Pra ir no banheiro é longe também. (P15)

Mesmo em tais condições, os pacientes perceberam alguns aspectos relacionados à segurança do cuidado, a partir do atendimento que receberam dos profissionais da emergência:

[...] eu fui bem tratada lá embaixo [emergência] também, apesar que é muita gente, mas a gente sabe que está sendo cuidado, as enfermeiras são umas heroínas. (P1)

[...] a equipe técnica, enfermagem e técnicos são muito atenciosos e apesar da demanda, do caos, porque é muita gente, eles conseguiram se adaptar e são muito organizados. [...] eu não sei como eles conseguem se organizar para atender todo mundo, até em função de segurança, para não trocar as medicações. Na sala verde e na laranja eles sempre conferem o nome direitinho. (P5)

A parte lá embaixo [emergência] é excelente, tem sempre alguém do teu lado, um enfermeiro ou alguém para atender quando precisa, quando é necessário [...]. (P6)

Mediante as manifestações iniciais acerca da qualidade e segurança, seguiu-se a questão norteadora do roteiro de entrevista, estimulando outras lembranças, incluindo profissionais que prestaram atendimento, cuidados recebidos e como perceberam o seu envolvimento nesses cuidados. Assim, emergiu o tema **informações e orientações como subsídio para participar do tratamento**. Alguns exemplos já foram mencionados na seção anterior, na descrição dos protocolos de segurança, quando pode-se constatar que, nos casos em que houve a apreensão das orientações acerca dos cuidados e das informações, as experiências dos pacientes-famílias transpareceram sua participação no processo de identificação, de prevenção de quedas, de higienização das mãos, processo de consentimento e cirurgia segura. Outros exemplos são ilustrados nas falas a seguir:

Depois da cirurgia do coração eu assisti palestra aqui no hospital, com outros doutores do coração. Foi muito bom porque coloquei tudo para fora, porque quando o coração para e precisa fazer tudo às pressas [pausa], pra mim foi ótimo. Assim eu aprendi como eu precisava me cuidar, o que eu precisava fazer (P1)

[...] o médico falou comigo sobre isso, qual é minha parte no meu tratamento, a que depende só de mim [pausa], que não posso voltar a beber [...] eu concordo, isso depende de mim mesmo. (P2)

[...] eu vou fazer cirurgia no joelho amanhã, o chefe da equipe explicou todos os detalhes, eu tenho ciência de como será o procedimento, o que eu tenho que fazer depois, quais cuidados, qual é a minha parte [...]. (P8)

O que eu achei mais importante são as informações que a gente recebe, sempre me orientaram, isso eu gostei muito, pois sabia de tudo que estava acontecendo e o que tem para acontecer até eu ter alta. (P11)

[...] quando eu der alta eu já sei quais medicamentos eu vou tomar em casa, onde buscar os medicamentos, porque eu não quero interromper uma só vez o tratamento, já estou prevenido. O enfermeiro já me orientou. (P20)

Por outro lado, quando as informações não suprem as expectativas de esclarecimentos, tornam-se também marcantes nas experiências dos pacientes:

O que frustra um pouco, foi o período que eu fiquei na emergência, nenhum médico me dizia nada, não sabia nada e as enfermeiras também, aí a gente fica sem saber o que vai acontecer. (P1)

[...] o que faltou foi colocar a par dos porquês, os médicos precisam dizer as coisas, parece que a gente nunca sabe o que está acontecendo (F4).

[...] precisaria ter um pouco mais de atenção nas explicações, porque essa máquina [corpo] eu não sei cuidar, vocês é que sabem. Ter mais atenção neste sentido, ter mais informações. (P16)

[...] o médico vem, mas se a gente não perguntar, ele não responde muito não. (F14)

A partir das observações foi possível constatar que enfermeiros e técnicos de enfermagem desempenham a função de orientar e esclarecer o que estão fazendo durante a prestação dos cuidados, explorando possíveis dúvidas, demarcando espaços oportunos para informar e orientar pacientes-famílias. Verificou-se esse comportamento em algumas situações envolvendo administração de medicamentos, em que o profissional explicava o que estava administrando e para que servia, ouvindo e esclarecendo dúvidas sobre os receios que alguns medicamentos causam no paciente-família (O2, O3, O4, O12, O13, O17, O18 e O22).

Também, se verificou em outras situações relacionadas à avaliação das condições gerais dos pacientes, momento utilizado para o reforço de orientações específicas sobre o tratamento e sobre segurança (O25, O26, O27, O28, O29 e O30). Por exemplo, durante a avaliação de um paciente, o profissional questiona ao mesmo se sabe para que serve a pulseira amarela. Diante da negativa do paciente, explica sobre o risco de queda e sobre as ações para reduzir esse risco, destacando manter a cama baixa, com as grades elevadas e não levantar

sozinho, apenas com ajuda de alguém (O26). Em outra situação semelhante, em que o paciente manifestou desconhecimento sobre a pulseira de risco de queda, o profissional procede da mesma maneira, acrescentando orientações sobre informar sua alergia, explicando sobre a pulseira laranja, que sinaliza a presença de alergias (O29).

A mesma postura atenciosa, de instigar dúvidas para promover o cuidado seguro com participação da família, foi percebida na observação do cuidado prestado a um paciente recém internado no hospital (O21). A técnica de enfermagem aproveita o tempo no quarto durante o banho de leito, como uma oportunidade para interagir com o paciente-família, perguntando à familiar sobre o que sabe sobre os materiais disponíveis no quarto (medidas de precaução para portador de germes multirresistentes), ambas conversam sobre isso, com esclarecimentos. Também há a demonstração de como usar os materiais, bem como para manusear os comandos da cama.

Em outra situação de atendimento de outro paciente, a mesma profissional mantém a postura de instigar o diálogo com paciente-família em relação aos cuidados relacionados à segurança, desde o risco de queda, lavagem de sonda enteral, higienização de mãos (O23). Além do diálogo há a demonstração dos cuidados com a sonda enteral, com participação da família e, também, do uso de álcool gel por ambas. Durante a interação o paciente verbaliza que o médico esclareceu sobre a pulseira amarela, quando ele perguntou porque usava uma pulseira diferente dos demais pacientes. A técnica de enfermagem parabeniza a familiar pelo bom desempenho demonstrado nas atividades propostas, todos sorriem.

O cuidado centrado no paciente abrange **atenção aos seus direitos e deveres**, além das expectativas. Nesse sentido, houve manifestações que destacaram pontos relevantes na experiência do paciente-família, os quais constam também nos documentos institucionais. Citam-se como exemplos, a presença do familiar acompanhando a internação, atenção para as necessidades especiais com prestação de cuidados no tempo oportuno e participar do cuidado por meio de consentimento. Nos registros seguintes, destaca-se como esses temas emergiram nas falas dos participantes:

[...] na noite passada eu dormi muito bem, porque quando me acordava e via minha filha aqui por perto, já sabia onde estava, porque às vezes saio do ar aqui, quando estou sozinha. (P22)

[...] o que eu acho um diferencial aqui é o jeito que atendem as necessidades especiais dela [filha], aqui no hospital é bem diferenciado em relação a outras experiências que tivemos. Eles respeitam o horário dela para os cuidados, tem horas que ela quer e tem horas que ela não quer, porque as

vezes está agitada. Não é nada forçado, eles voltam depois, têm muita paciência. Vão em voltam até um horário que ela esteja mais calma. (F9)

[...] pra internar aqui meu filho consentiu e eu também. Isso é uma atenção especial que a gente recebe, mesmo sabendo que precisa internar, ser consultado sobre isso é respeito. (P16)

[...] o que é muito bom é que não fazem nada sem a gente permitir. Eu tive alergia a um antibiótico, então hoje eu não aceitei fazer, eu pedi avaliação do médico e disseram que não tem problema, que iriam solicitar, eu me senti bem com isso. (P17)

Essa temática também esteve presente nas observações, nos momentos dos cuidados, em várias situações pode-se constatar o oferecimento dos mesmos, a fim de buscar a concordância do paciente-família. Os cuidados compreenderam apoio para o banho (O23), higiene com troca de fralda (O16) e administração de medicamentos (O3, O17, O18, O22).

Em uma situação foi oferecido um cuidado para a familiar, que informa que o paciente não deseja, mas a profissional insiste que lhe faria bem e comenta que irá falar com o paciente. Após explicar a importância da atividade, paciente reforça que não consegue, não quer, mas há uma insistência da profissional para realização da atividade. Após as explicações, a familiar apoia e paciente aceita, mesmo sem demonstrar ânimo. Então os materiais são deixados no quarto e profissional sai feliz (O20).

O cuidado centrado no paciente é oportunizado e percebido pelos pacientes-famílias, nos momentos de **atendimento das necessidades de saúde**. Esse tema fez parte das experiências dos participantes. Os primeiros testemunhos apresentados fazem referência à avaliação da dor, a qual consta nas políticas e planos institucionais.

[...] quando troca o turno, o enfermeiro já vem no quarto para avaliar como estou, perguntam se eu tenho dor, isso já é rotina, se antecipam. (P12)

[...] outra regra básica é sobre dor, a pessoa não pode sentir dor. Então o que fazem é sempre perguntar sobre isso, não é para achar estranho, é para evitar que se tenha. (P15)

As manifestações a seguir exemplificam como os padrões técnicos assistenciais atendem às necessidades de saúde dos participantes:

[...] o meu ponto chave foi quando eu fui para a cirurgia, a competência dos médicos foi um espetáculo, porque o meu caso foi de urgência, aí dá pra ver quem é bom pra decidir tudo e ainda deixar a gente confiante. (P21)

[...] eu passei por várias unidades aqui porque não é minha primeira internação, desde a emergência [cita mais três] e o que eu notei que chama minha atenção é que todo mundo tem uma linha de pensamento muito parecida, pode-se dizer até idêntica, em relação às orientações. Dá pra ver que o hospital se preocupa com isso. (P23)

Outro tópico que se apresentou foi o tempo de espera para o atendimento do que se necessita, tanto no sentido de ocorrer dentro das expectativas, de maneira oportuna, como no sentido de levar mais tempo do que o esperado:

[...] eu só consigo dormir se estou num lugar em silêncio, e teve uma noite que colocaram outro paciente comigo que ficou toda a noite agitado, gritando, eu fiquei muito mal, sabia que não era culpa dele. [...], mas aí eu conversei com a enfermeira e passou uns 20 minutos trocaram ele para outro quarto, que bom! (P19)

[...] o problema maior é quando tu chamas pra alguma coisa que é considerada básica, aí demora, mas não é básica para quem está esperando, ficar esperando a troca da fralda. Mas se for passar mal eles vêm rápido. Mas não passamos por nenhuma emergência, senão a gente sabe que elas vêm rápido. (F14)

[...] como eu faço hemodiálise três vezes por semana, uma coisa que poderia melhorar é o tempo de espera. Me levam antes da passagem de plantão e tenho que ficar esperando o novo turno para me ligarem. (P8)

Um ponto relevante para uma paciente, quando se perguntou sobre o que considerou marcante em relação ao seu atendimento, foi o horário das refeições, como um momento que depende dos profissionais para o atendimento de suas necessidades. Outra questão sobre refeições foi mencionada por outro paciente, como um fator que dificulta sua condição. Ambas as manifestações são descritas a seguir:

[...] nas outras internações meu marido sempre me ajudava, mas fiquei viúva e agora preciso de ajuda e as enfermeiras me ajudam sempre. Eu chamo e elas vem, pra cortar a carne, pra abrir as coisas que eu preciso, porque eu não consigo sozinha (P4)

[...] se pudesse mudar o padrão dos horários das refeições isso ia me ajudar. Porque já não tenho fome, aí eu tomo café e logo em seguida vem o almoço, os horários são muito perto um do outro e eu passei 30 anos tomando café as 8h e almoçando às 14h [paciente em cuidado paliativo]. (P15)

Durante as observações, foi possível acompanhar algumas avaliações de rotina, para acompanhamento do estado de saúde dos pacientes, oportunidade para a equipe investigar

sobre necessidades de saúde. No entanto, constatou-se que em algumas avaliações o tempo dispendido focava no motivo da internação, sem maior espaço de escuta do paciente. As situações observadas foram, nesses casos, de pacientes que já estavam internados há mais dias, condição que talvez explique esse comportamento pouco investigativo, considerando que os espaços de diálogo podem ter sido oportunizados nos dias iniciais de internação (O6, O8, O10, O14 e O15).

Em outra situação observada, envolvendo o atendimento a um paciente com internação recente, foi possível acompanhar orientações iniciais e o oferecimento dos serviços de apoio à família que acompanha pacientes com prognóstico reservado. O comportamento investigativo e acolhedor do profissional, promove diálogo com o familiar com vistas a identificar necessidades de saúde do paciente e de apoio à família. Orienta sobre horários de atividades dirigidas aos familiares, salientando a importância de sua participação (O30).

As observações também revelaram o atendimento das necessidades de saúde demandadas pelos pacientes-famílias em diversas oportunidades, como avaliação da dor, posicionamento no leito, oferecimento de água, apoio para refeições, higiene, apoio para sentar na cadeira, para deslocar-se ao banheiro, atendimento de agitação e de sangramento. O que se destacou no comportamento de vários profissionais foi a postura solícita para o atendimento do que for necessário, segundo a avaliação dos pacientes-famílias (O3, O4, O7, O9, O11, O14, O16, O17, O19, O21, O22, O23, O25, O26, O27, O28, O29 e O30).

Uma situação observada, relacionada à contenção mecânica de um paciente agitado (O24), provocou na pesquisadora, uma consulta ao documento institucional que orienta o procedimento e os cuidados, com vistas à verificar se há previsão da participação da família nesse cuidado, a exemplo de outros que preveem, como na higienização de mãos, na identificação, na prevenção de quedas ou nas precauções de contato aos portadores de germe multirresistentes. O que chamou a atenção foi examinar se está previsto a educação da família na observação das extremidades contidas, para acionar a equipe caso necessário e, se a retirada da contenção pode ser realizada de maneira autônoma pela família. Na observação, a familiar recebeu a instrução de retirar a contenção caso avaliasse que o paciente estava tranquilo. No documento “Plano de Orientação do Uso de Contenção e o Cuidado aos Pacientes sob Contenção”, constam diretrizes para garantir a segurança dos pacientes contidos, bem como padronização de critérios para se proceder a essa prática, para acompanhamento e avaliação, inclusive para retirada da contenção. No documento não há menção da participação da família. Em outras duas situações os pacientes estavam contidos

(O6 e O30), em uma pode-se observar a avaliação das condições do paciente frente a esse cuidado (O30).

5.4 Atributos de satisfação de segurança na experiência do paciente

Nesta seção, apresenta-se temas que emergiram da experiência dos pacientes-famílias relacionados à segurança do paciente, os quais caracterizam atributos que compõem a percepção de satisfação do paciente em relação ao atendimento recebido. Alguns dos temas foram mencionados em seção anterior, por compor enfoque relacionado a outra categoria empírica. No entanto, ponderando a ênfase que tais temas receberam, como pontos marcantes na experiência do paciente, considera-se que os mesmos configuram atributos de satisfação de segurança. Esclarece-se, que a análise das informações, para a composição desta seção, tomou por base somente os registros das entrevistas, considerando cooptar a subjetividade dos participantes em relação à sua satisfação. Portanto, não foram incluídos os dados advindos dos documentos institucionais e observações.

Os temas que compõem a presente categoria estão relacionados à estrutura, com foco no acesso ao serviço, no ambiente, no quantitativo de pessoal, em outros recursos disponíveis para o tratamento, nas condições para o acompanhamento do paciente pela família e transporte entre os setores. Em relação ao processo de cuidado, demonstraram-se marcantes aos pacientes-famílias a interação com a equipe de saúde, a competência técnica dos profissionais para o atendimento das necessidades, a percepção de segurança com a presença do familiar e os padrões assistenciais presentes nos cuidados. A resolutividade do processo assistencial mediante a percepção da atuação dos profissionais, como principal fator para a mudança no estado de saúde dos pacientes, configura outro atributo de satisfação relacionado à segurança.

Como apresentado anteriormente, a porta de entrada ao serviço hospitalar estudado, quando se dá por meio de um atendimento não eletivo, ocorre via emergência do hospital, setor que segundo os relatos, caracteriza-se por constante superlotação. Entre os **aspectos estruturais**, além do ambiente que não comporta a demanda de atendimento, conforme descrito nas seções anteriores, alguns pacientes relataram experiências que fizeram emergir a **acessibilidade** ao serviço, como um importante atributo de satisfação:

[...] na outra vez eu cheguei aqui e não pude nem entrar, por causa da superlotação, explicaram, aí eu não insisti muito, disseram para voltar na semana que vem. Eu voltei e consegui atendimento. (P3)

[...] o que eu achei complicado foi que precisei vir pro hospital à noite, estava passando mal, mas a emergência não atende convênio, só SUS. Eu aceitei ficar ali, porque não tinha outra solução, mas isso poderia ser diferente, tinha leito aqui em cima e não tinha médico lá que pudesse me deixar internar pelo convênio que eu tenho. (P20)

Em relação ao **ambiente**, após o acesso ao serviço, foi mencionado sobre as acomodações para atender as necessidades de saúde:

[...] é muito complicado ficar entre tantas pessoas [na emergência] porque a gente vê muita coisa deprimente, não é o ambiente mais agradável para se estar, mas é um mal necessário. (P2)

[...] lá em baixo a gente é bem tratado, o problema é que tem muita gente, a gente fica zozinho. (P21)

Também houve relatos sobre a circulação de pessoas, como uma questão presente no ambiente e que interfere na segurança:

[...] tem portas aqui no hospital que só abrem com o crachá dos enfermeiros, mas tem gente que corre para passar junto e se alguém ver que a pessoa não tinha crachá ninguém vai perguntar se é tu. (P8)

[...] quem conhece as entradas aqui no hospital, é fácil circular por tudo, é só esperar alguém para passar junto. Olhar para isso é segurança. (F8)

[...] um problema que me preocupa é a circulação de pessoas, é fácil circular por tudo. Eu conheço caminhos para ir onde não pode circular, é só conhecer os caminhos que dá pra ir. (P12)

Os participantes descreveram características que fazem parte de um ambiente terapêutico, bem como aquelas que representam um ambiente intimidante:

[...] aqui é confortável, aqui é acolhedor, não tem aquela barulheira [da emergência] (P15)

[...] parece que sou uma hóspede aqui, porque são todos bem atenciosos. (P5)

[...] um ponto ótimo é ter um quarto privativo, porque ela [filha] tem dificuldades com certos barulhos, não aceita convivência [...]. (F9)

[...] o que poderia melhorar é o acesso ao hospital fora de hora. Eu estranhei neste andar, tem certos horários que o pessoal vem visitar à noite e fica falando no corredor. Porque até às 22 horas é isso aí. [...]poderia ter umas plaquinhas com uma enfermeira fazendo sinal [silêncio], daquelas bem sérias, não pode ser sorrindo. (P19)

[...] o ambiente aqui intimida a gente [...] porque a gente vê o sofrimento do outro, mas num hospital público é assim. O lado bom é que se pode ver que não é só tu sofrendo, tem outras pessoas que estão, tem lado bom e ruim, tudo é um aprendizado. (P23)

Seguindo nos atributos de satisfação relacionados à estrutura, os pacientes-famílias perceberam sobre o **quantitativo de pessoal** para o atendimento das demandas assistenciais:

[...] o banheiro aqui é coletivo, então precisaria ter uma atenção maior, porque tem muita gente para usar o banheiro e a rotina de limpeza não dá conta. Também dá para chamar que elas vêm, mas demora e eu sou muito preocupado com higiene, mantenho tudo limpo e organizado aqui. (P2)

[...] o que a gente vê que falta é funcionário, mas a situação da saúde [pausa], é em todo o lugar que a gente vê, é muita gente para ser atendido e pouco funcionário. (P3)

[...] a gente sabe que a demora para atender é porque eles estão ocupados, não tem gente para atender tudo quando precisa [se referindo à enfermagem]. (F13)

[...] o que eu noto é que nos finais de semana demora mais quando a gente chama, tem menos gente trabalhando, não só a enfermagem, os médicos também [...]. (F22)

[...] uma coisa que eu vi e que é um diferencial aqui é a quantidade de enfermeiras para atender, cada uma atende três quartos [técnicas de enfermagem], isso é muito bom, porque quando eu preciso eu sei que elas estão por perto. (P19)

Os pacientes-famílias também mencionaram sobre **outros recursos** necessários para o tratamento, como algo relevante relacionado à estrutura, segundo suas percepções:

[...] eu estou tomando dois tipos de antibiótico, tem um desses que não tinha no hospital, mas o hospital comprou, isso eu achei bom, porque são de última geração. (P8)

[...] o que limita um pouco são as restrições do convênio, porque não cobre fraldas e ela precisa, isso não favorece para atender o que ela precisa, mesmo ela sendo especial isso não é considerado. (F9)

[...] aqui no hospital eu noto que tem os materiais necessários para a segurança, me explicaram sobre isso e eu uso [precaução para germes multirresistentes. (F14)

A estrutura disponível para o **acompanhamento do paciente pela família** é uma condição que interfere na satisfação:

[...] lá embaixo [emergência] eu tinha só uma cadeirinha para sentar, aqui eu tenho essa caminha para deitar [poltrona], lá é mais difícil a gente passa trabalho [...]. Também a gente que não mora aqui, fica difícil para se alimentar, me disseram que só para acompanhar idoso que tem ajuda. (P3)

[...]o convênio não cobre a alimentação, eu recebo só o café da manhã e não posso sair de perto dela para me alimentar, também, não tenho condições. Pelo SUS o acompanhante de deficiente recebe todas as refeições. (F9)

Outra questão que emergiu diz respeito à estrutura para o **transporte** dos pacientes entre os setores, como uma condição que merece atenção:

[...] Quando estou pronta lá na hemodiálise e chamam alguém daqui para me buscar, às vezes demora bastante, [...]porque precisa o técnico largar o serviço dele aqui para ir me buscar. Eu sei que tem alguns lugares que tem seu transporte próprio, não precisa tirar o técnico do andar, que está aqui para atender a gente. (P8)

Além da estrutura, os participantes da pesquisa relataram atributos de satisfação em relação ao **processo de cuidado**, no qual foi marcante a **interação com a equipe de saúde**. Essa percepção envolveu os profissionais que mais tem contato com os pacientes-famílias, como médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A capacidade de reposta e as orientações e informações foram alguns dos itens salientados:

[...], mas o pessoal no hospital, todos eles, se preocupam em explicar o que está sendo feito, pergunta se concorda, dão orientações. (P1)

[...] as informações que eu recebi na emergência foi das enfermeiras, porque os médicos não deixam muito claro o que está acontecendo, apesar que são atenciosos [...]. Isso gera muita ansiedade, as pessoas se irritam por isso, reclamam muito, justamente por serem mal informadas. (P5)

[...] na emergência teve um dia que a médica não falou comigo no horário da visita, mas eu pedi na recepção para falar com ela. Ela veio, me explicou sobre o que estava acontecendo, os exames, foi bem solícita. (F6)

[...] na hora das medicações, dizem a senhora está tomando remédio para tal coisa, para tal coisa, explicam tudo, assim eu vou acompanhando. (P13)

[...]Todos sempre conversaram comigo [médicos], foram muito legais, me orientaram o que eu tinha que fazer, eu tive uma boa orientação. (P19)

A relação de confiança e empatia, com postura atenciosa dos profissionais, foram outros quesitos valorizados dentro desta temática:

[...] eu vi aqui que todo mundo quer meu bem, não tem inimigo, então eu sigo as orientações que me dão, porque confio. (P2)

[...] lá na verde [emergência], eu estava cansada, estressada e eu conversei com uma das enfermeiras e ela disse: “Eu sei, aliás eu não sei o que vocês estão passando, mas a gente se sensibiliza com isso, porque eu nunca passei por isso, mas a gente está fazendo o máximo”. (P5)

[...] quando eu quero deixar a peteca cair sempre tem alguém para ajudar, as enfermeiras conversam comigo, me incentivam. (P8)

[...] eu aprendi a lidar com a diferença das pessoas, tem umas enfermeiras que entram no quarto e não falam muito, tem outras que descontraem o ambiente, assim até fortalece a gente. (P24)

Outro quesito, o qual está intrinsecamente associado aos achados descritos nas seções anteriores, relacionados aos protocolos de segurança e ao cuidado centrado no paciente, foi valorizado no atendimento, configurando atributos de satisfação relacionados à segurança. Dentro desta categoria empírica, na temática relacionada ao processo de cuidado, emergiu a **competência técnica**, refletida nos **padrões assistenciais** presentes no processo assistencial:

[...] eu sou bem tratada aqui no hospital, o atendimento é especial, remédio na hora, pressão na hora, tudo na hora. (P1)

[...] o pessoal aqui, na hora da medicação, pede para eu abrir a boca e mostrar que engoli. Eu acho engraçado, mas eu sei, faz parte das orientações, querem que eu me cuide, que aprenda a fazer as coisas certas. Isso é que chamo de linha de pensamento parecida, não é para me ameaçar, é para me cuidar. (P2)

[...] lá na hemodiálise elas tem o mesmo cuidado que aqui, assim a gente se sente seguro, porque não interessa onde tu estás, o que interessa é que todo mundo segue igual. (P8)

[...] as explicações que eu tive sobre como ia ser a cirurgia e depois na sala de recuperação, aconteceu tudo como disseram, isso é incrível, a competência de todos. (E.23)

[...] eu fiz uma cirurgia, uma coisa importante para mim foi a competência de todos para eu não sentir dor, eu senti mesmo assim, mas sabia que estava tratada, tudo foi feito para que não fosse pior, isso me tranquilizou. Eu vi

que isso é importante para eles também [equipe] [...], porque sempre perguntam da minha dor. E24.

Finalizando-se as percepções relatadas pelos participantes em relação ao processo de cuidado, destaca-se a **presença do familiar acompanhando o período de internação**, como fator que favorece a segurança e o bem-estar do paciente. As falas seguintes ilustram essa aceção:

[...] o bom é que posso ficar junto com ele, porque ele não enxerga bem e que com esta perna assim, não pode ficar sozinho. Eu estou aqui para isso, para que ele fique bem. (F3)

[...] como o caso é grave, eu sempre estou acompanhando ele, para dar força nos momentos mais difíceis, assim parece que tudo vai dar certo e que vamos conseguir passar por isso juntos. (F10)

[...] uma coisa mais que lembro, é que me sinto melhor com familiar por perto, isso é muito importante. Quando ele sai um pouquinho eu já fico pensando o que vou fazer para me distrair. (P13)

[...] no caso dela é melhor eu ficar por perto, porque quando a gente está ela sabe onde está, fica tranquila. Sozinha ela já fez arte em outra internação, ficou confusa, esqueceu que estava internada. (F22)

A **qualidade dos serviços**, com **resolutividade**, percebida mediante a atuação dos profissionais e a mudança no estado de saúde, também emergiu como um atributo de satisfação de segurança para os pacientes-famílias.

[...] eu estou aqui há mais de 50 dias, eu espero que agora com a cirurgia achem o foco da bactéria, porque eu já tive até endocardite, para que eu possa ir para casa, porque já está ficando pesado. (P8)

[...] o objetivo da minha internação é eu me fortalecer, para talvez fazer a quimioterapia, apesar que já estou me sentindo bem melhor, ainda não estou forte, é uma questão de tempo [...] (P15)

[...] hoje eu estou bem, mas depois da cirurgia detectaram que eu tinha um problema, precisaram abrir toda a cirurgia, refazer toda ela novamente. A competência deles [médicos] foi um espetáculo. Explicaram que era urgente, mas não me assustaram, como na primeira vez, entrei tranquilo. O médico explicou também pro meu pessoal lá fora, eles ficaram apavorados, mas sabiam o que médico disse, isso foi excelente, foi rápido, mas não teve correria. (P19)

Finaliza-se a apresentação dos resultados, os quais foram descritos com o cuidado e rigor de seguir fielmente o conjunto de dados e informações coletados, considerando a

complexidade que envolve a temática acerca da coprodução nos cuidados, com foco na qualidade no serviço hospitalar de saúde, mais especificamente nos aspectos relacionados à segurança do paciente, cuidado centrado no paciente e sua satisfação, segundo suas percepções, a partir de suas experiências. A seguir, no quadro 7, destaca-se uma síntese dos achados.

Quadro 7 – Síntese da análise dos resultados, Porto Alegre, 2018.

(continua)

Categorias	Temas	Núcleos de sentido
Um recorte da qualidade e segurança assistencial no campo estudado	Documentos que registram o envolvimento do paciente e da família nos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Políticas e planos contendo diretrizes que orientam ações para o atingimento dos objetivos institucionais, no âmbito da assistência, ensino e pesquisa - Materiais de apoio à educação dos pacientes-famílias - Fichas técnicas dos indicadores de desempenho assistencial - Resultados dos indicadores
Protocolos de segurança segundo a experiência dos pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação do paciente - Administração de medicamentos - Prevenção de lesões decorrentes de quedas - Prevenção de infecções com foco na higienização de mãos - Processo de consentimento e cirurgia segura - Prevenção de lesão por pressão 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento do uso de pulseira de identificação - Pulseira para sinalizar alergias - Conferência da identificação para coleta de exames - Coprodução na identificação do paciente - Conferência na entrega de dietas - Momentos de transição de cuidado - Conferência na administração de medicamentos - Conferência em outros momentos obrigatórios - Coprodução no processo de medicação - Avaliação sistemática - Uso da pulseira que sinaliza o risco de queda - Coprodução na prevenção de quedas - Orientações para realização de higiene de mãos - Materiais informativos - <i>Status quo</i> da higienização de mãos - Coprodução na higienização das mãos - Informações e esclarecimento de dúvidas - Marcação do sítio cirúrgico - Coprodução para cirurgia segura - Cuidados e orientações

Quadro 7 – Síntese da análise dos resultados, Porto Alegre, 2018.

(continuação)

Categorias	Temas	Núcleos de sentido
Caminhos percorridos e a percorrer no cuidado centrado no paciente	- Considerações sobre qualidade e segurança assistencial	- Aspectos indiretos de qualidade e segurança - Condições estruturais de atendimento - Percepções sobre segurança do cuidado
	- Informações e orientações como subsídio para participar do tratamento	- Apreensão das orientações e das informações como propulsor da coprodução nos cuidados - Quando as informações esclarecem as dúvidas - Quando não atendem as expectativas - Encontros oportunos para informar e orientar
	Atenção aos direitos e deveres dos pacientes	- Presença do familiar acompanhando a internação - Necessidades especiais dos pacientes - Prestação de cuidados em tempo oportuno - Participação do cuidado por meio de consentimento
	Atendimento das necessidades de saúde	- Avaliação da dor - Percepções dos padrões técnicos assistenciais - Tempo oportuno ou tardio para o atendimento - Apoio para as necessidades especiais - Horário das refeições - Oportunidades para investigar as necessidades de saúde dos pacientes - Postura solícita da equipe
Atributos de satisfação de segurança na experiência do paciente	Aspectos estruturais	- Acessibilidade ao Serviço - Ambiente terapêutico e intimidante - Quantitativo de pessoal - Outros recursos necessários para o tratamento - Condições para o acompanhamento da família - Transporte entre setores
	Processo de cuidado	- Interação com a equipe de saúde: capacidade de resposta, confiança e empatia - Competência técnica dos profissionais - Padrões assistenciais percebidos no cuidado - Presença do familiar acompanhando a internação
	Resolutividade	- Atuação dos profissionais - Mudança no estado de saúde

Fonte: Dados da Pesquisa, Porto Alegre, 2018.

6 DISCUSSÃO

Os resultados demonstram **um recorte da qualidade e segurança no campo estudado**, no qual se constatou que os documentos institucionais contêm diretrizes norteadoras que subsidiam o alcance do planejamento estratégico institucional vigente, destacando-se os objetivos relacionados ao objeto de estudo aqui investigado: Atenção de excelência centrada no paciente, segurança e qualidade assistencial e cultura de segurança. As políticas e planos assistenciais analisados, bem como os materiais de apoio para educação dos pacientes alinham-se aos desafios globais propostos pela OMS há mais de uma década (WHO, 2006) e, também, às diretrizes e recomendações para melhores práticas em saúde definidas no PNSP (BRASIL, 2014). Destacam-se as políticas e planos institucionais que versam sobre os desafios globais identificados nos documentos analisados, bem como presentes nas experiências dos pacientes, com as temáticas higienização de mãos, cirurgia segura e processo de medicação, além das que versam sobre os **protocolos básicos descritos no PNSP**, referente à identificação dos pacientes, prevenção de lesões decorrentes de quedas e de lesões por pressão.

Os desafios globais foram lançados pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com o propósito de melhorar a segurança na assistência, apoiando os países de todo o mundo no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para a segurança do paciente (WHO, 2006). O primeiro desafio global visa a implantação de medidas para adesão dos profissionais de saúde às práticas de higienização das mãos, cuja campanha foi denominada “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura”(WHO, 2006), a qual gerou atualização dos documentos nacionais acerca das recomendações voltadas aos profissionais, bem como voltadas para a educação de pacientes, famílias e visitantes (BRASIL, 2009). O segundo desafio global versa sobre “Cirurgias seguras salvam vidas” (WHO, 2009b; OPAS, 2009), com o propósito de implementar barreiras de segurança para redução de danos associados a intervenções cirúrgicas, incluindo a participação do paciente-família no consentimento quanto ao tipo de procedimento planejado, confirmação do sítio cirúrgico e conferência da identificação do paciente antes da indução anestésica. O terceiro desafio global, foi lançado mais recentemente com a campanha “Medicação sem danos” (WHO, 2017), com o propósito de reduzir os eventos adversos evitáveis em mais de 50%. No âmbito nacional, as ações direcionadas à segurança do processo de medicação está documentada em protocolo publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c), o qual compõe o PNSP.

Em relação às ações que integram os protocolos de segurança adotados no campo estudado, foi possível identificar na experiência dos pacientes, cuidados que dizem respeito às **metas internacionais para a segurança do paciente**. Essas metas foram propostas com o objetivo de melhorar a segurança da assistência em saúde, por meio de orientações que consistem em barreiras para a ocorrência de eventos adversos em situações de maior risco e, na implementação de melhores práticas assistenciais, envolvendo a identificação do paciente, comunicação no ambiente assistencial, processo de medicação, higienização de mãos, cirurgias e prevenção de quedas (JCI, 2017). Além dessas metas de segurança, os pacientes-famílias também manifestaram suas percepções acerca de outras ações, as quais compõem protocolos propostos pelo PNSP, incluindo prevenção de lesões por pressão e cuidados na transferência entre setores (BRASIL, 2014). Foi possível identificar que os pacientes observam os cuidados recebidos relacionados a essas ações, conforme relatos, nos quais contou-se que, por vezes os profissionais seguem as recomendações e, por vezes não seguem.

Um estudo que teve como cenário o HCPA, realizado antes da obtenção da certificação de acreditação segundo os padrões de qualidade e segurança da JCI, identificou o *status quo* das definições institucionais e das práticas assistenciais em relação às metas internacionais de segurança, a partir de uma avaliação diagnóstica da ocasião (FRANCISCATTO et al, 2011). Destacam-se alguns resultados, entre eles, o apontamento de não conformidades por falta de diretrizes documentadas, condição que atualmente foi suprida, considerando a robustez da documentação analisada nesta pesquisa. O estudo descreveu, também, falhas na identificação do paciente antes da administração de medicamentos, bem como dificuldade para promover a participação do paciente na conferência, considerando que a instituição adotou como identificadores além do nome completo do paciente, o número do registro do prontuário. A dificuldade decorre de o paciente não saber informar seu registro, condição que permanece atualmente, conforme análise documental e manifestações dos participantes. Sobre a cirurgia segura o estudo registrou a falta de envolvimento do paciente no processo de marcação do sítio cirúrgico naquela ocasião, cujo estado atual, segundo a percepção dos participantes, demonstrou plena participação dos pacientes nesse momento, passados mais de cinco anos da obtenção da certificação pela JCI. Pesquisa realizada por Saut, Berssanetti e Moreno (2017), avaliou o impacto de programas de acreditação em organizações de saúde brasileiras, cujos resultados destacam maior envolvimento do paciente quando a instituição possui *status* de Acreditação.

Em consonância com tal resultado, nesta pesquisa verificou-se que os pacientes-famílias demonstraram conhecimento sobre a finalidade da identificação do paciente, relatando sobre seus dados, a sinalização de alergias por meio de cor diferenciada (laranja) e sobre a conferência de seu nome para que receba o tratamento correto, incluindo coleta e transporte de exames, dieta e cuidados específicos. O significado dessa prática, na visão dos pacientes-famílias, faz equivalência aos cuidados de saúde de países de primeiro mundo. Em relação à administração de medicamentos, a percepção dos pacientes transpareceu fragilidade no processo, considerando a importante barreira de segurança de conferir a identificação no momento que antecede a administração dos medicamentos, a qual é seguida somente por alguns profissionais. Constatou-se mediante a análise dos resultados, que existe variabilidade no comportamento dos profissionais, comparando-se ao padrão de qualidade e segurança definido pela instituição. Além disso, as falas indicam que o paciente considera adequado o modo como ocorre a administração de medicamentos, quando há uma relação de confiança estabelecida com a equipe assistencial. Ou seja, quando equipe e paciente se reconhecem pelo nome, interagem, parece que é desnecessário que haja essa conferência, segundo a percepção dos participantes. O processo de identificação na avaliação das condições gerais e alguns procedimentos, como curativo e exame físico, também se apresentou pouco consistente nas observações realizadas, no sentido que não é uma prática adotada por todos.

A preocupação com a identificação correta do paciente, como importante barreira para prevenção de eventos adversos, vem sendo publicada desde que a temática se tornou pauta mundial, como resultado das iniciativas da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente (WHO, 2008). A *National Patient Safety Agency* publicou o registro de situações notificadas em relação ao cuidado dos pacientes, constatando que aproximadamente 11% dos incidentes foram relacionados à identificação do paciente. Na publicação, a agência alertou que essas situações podem aumentar o risco de os pacientes receberem um cuidado que não era destinado a eles (NORRIS; RANGER, 2009). O estudo de Hoffmeister e Moura (2015) avaliou o uso da pulseira de identificação em pacientes no mesmo campo estudado, em unidades de internação, na época em que as mesmas eram confeccionadas manualmente pelos profissionais da enfermagem, constatando que 11,9% dos pacientes possuíam a pulseira de identificação com erros, com nomes incompletos, números de registros diferentes, ilegibilidade dos dados e problemas na integridade. Ainda no mesmo cenário, Hemesath et al (2015) analisaram o impacto das ações educativas nos resultados do indicador que mede a adesão dos profissionais à verificação da identificação do paciente antes dos cuidados de maior risco. O estudo verificou que houve aumento de 57,8% para 94,37% na taxa do

indicador após mudanças no processo, com inclusão de etiquetas informatizadas para confecção das pulseiras, sensibilização das equipes, além de cursos na modalidade à distância. Um estudo realizado em outro hospital universitário, também no sul do país, constatou que a adesão à identificação do paciente encontra-se deficitária, considerando que em 71,6% dos casos analisados, os pacientes estavam identificados, sendo que os autores consideraram que o resultado deveria ser próximo a 100% (NETA et al, 2018). No entanto, ressaltam que a pesquisa foi realizada passados dois anos da implantação deste protocolo de segurança. Em pesquisa realizada na Turquia, em hospital certificado pela JCI, os resultados foram alarmantes, em relação ao desconhecimento do paciente sobre o uso da pulseira de identificação, bem como dos profissionais sobre em quais momentos é imprescindível que a conferência seja realizada, para que o cuidado prestado seja seguro nesse aspecto (CENGIZ; CELIK; HIKMET, 2016).

Na experiência do paciente da presente pesquisa, todos os pacientes encontravam-se identificados, tanto aqueles que foram entrevistados, como os que foram observados na prestação dos cuidados. No entanto, em relação ao seu envolvimento nas ações de segurança, constatou-se que a coprodução para a segurança do paciente ainda é incipiente quando analisada a participação nos momentos obrigatórios de conferência de sua identificação, no sentido de depender de uma postura inerente do paciente. Caso os pacientes-famílias apresentem proatividade e conhecimento, verificou-se que se sentem à vontade para participar, envolvendo-se sobre quais medicamentos estão recebendo, conferindo a identificação rotulada no medicamento. No entanto, não se identificou que há estímulo dessa prática, por parte dos profissionais, na produção dos cuidados e a relação de confiança que os pacientes depositam nos profissionais, a exemplo da coleta de exames e da administração de medicamentos, é considerada suficiente por pacientes-famílias para que não haja falhas. Ressalta-se que houve relatos de pacientes que demonstraram vontade em participar da conferência dos rótulos, mas que se sentiram pouco à vontade para isso.

Um estudo que buscou feedback de pacientes sobre segurança, constatou que 35% dos relatos foram classificados como um incidente de segurança do paciente, sendo que o incidente de maior frequência foi o erro de medicação, o qual esteve presente nas falas de um em cada 10 pacientes entrevistados (O'HARA et al, 2018). Pesquisa que analisou o preparo e administração de medicamentos no mesmo campo em que se desenvolveu esta pesquisa, constatou que um dos problemas vigentes diz respeito à conferência da identificação do paciente no momento da administração, pois é realizada somente com o recurso visual do profissional que está na linha de frente dos cuidados, em que compara os dados da etiqueta do

medicamento e da pulseira, não contando com apoio de tecnologia, a exemplo de leitor de código de barras (COSTA et al, 2018). Em pesquisa canadense foram listadas várias ferramentas que estão disponíveis para envolver os pacientes na segurança de seus cuidados, incluindo folhetos, cartazes, mensagens em telas, com a ressalva que esses recursos são considerados ineficazes (PODER; CARRIER; BÉDARD, 2018). Com isso, os autores propuseram uma ferramenta visual inovadora com conteúdo sobre segurança do paciente, orientando posturas e comportamentos para que os mesmos participem do cuidado, a qual fica disponível nos ambientes de circulação dos usuários. A avaliação da ferramenta por pacientes e familiares indicou que se sentiram mais confiantes para fazer perguntas aos profissionais, mediante o estímulo dos materiais utilizados.

Além de encontrar estratégias para influenciar os pacientes a fazer perguntas, no intuito de promover seu envolvimento na segurança de seus cuidados é necessário também que o preparo dos profissionais para essa participação. Nesse sentido, o estudo de Gomes e Mendes Junior (2017) propôs analisar políticas e programas de governo de cinco países, sendo que no Canadá o foco direciona as ações ao monitoramento do engajamento do paciente. Em tal perspectiva, nesse país, consideram necessário investir no preparo dos profissionais, por meio de programas de educação, para se desenvolver estratégias de coprodução nos cuidados de saúde, com foco na participação do paciente. Outro estudo, referente ao mesmo país, descreveu barreiras a serem transpostas nesse sentido, pela falta de habilidade da equipe de saúde e questões culturais presentes no ambiente de prestação de serviços hospitalares relacionadas ao desconhecimento sobre como o paciente pode colaborar com a segurança (Liang et al 2018). A educação de profissionais e pacientes para a coprodução em saúde, também foi destacada por Batalden et al (2016), como uma necessidade para formar agentes de mudança nesse contexto.

A importância de se buscar meios para a coprodução em saúde, foi lançada pela Aliança Mundial pela Segurança do Paciente da OMS (WHO, 2008a), destacando em seu programa de trabalho referente ao biênio 2008-2009, a iniciativa denominada *Pacientes pela Segurança do Paciente*, com o propósito que a voz do paciente esteja no centro do movimento pela segurança. Entre outras ações, orienta que se oportunize a participação dos pacientes e seus familiares com relatos de experiências, com vistas a proposição de mudanças nos serviços de saúde, na perspectiva da qualidade e segurança. Essa iniciativa, apesar de passada uma década, permanece necessária, considerando o lento avanço em prol da segurança do paciente e a ocorrência de eventos adversos evitáveis relacionados à assistência em saúde,

apontados pela *National Patient Safety Foundation* (2015) e, mais recentemente, por Fitzsimons e Cornwel (2018).

Cabe retomar, que um dos eixos do PNSP é o envolvimento do cidadão na sua segurança. Em relação a isso, pode-se constatar na presente pesquisa, que outro protocolo descrito no PNSP (BRASIL, 2014) encontra-se consolidado nos documentos e nas práticas assistenciais do campo estudado, por meio de plano de prevenção de quedas nas dependências do hospital, cujos cuidados fizeram-se presentes nas percepções dos pacientes-famílias participantes do estudo e nos comportamentos dos profissionais de maneira constante. Os resultados demonstram que nesta ação, os profissionais estimulam o paciente e a família para a coprodução dos cuidados nos encontros de serviço, em relação às medidas preventivas durante a internação hospitalar, orientando sobre a altura da cama, o posicionamento das grades e a necessidade de locomover-se acompanhado, além de explicarem sobre os riscos e a avaliação sistemática. Estudo nacional, acerca desse cuidado, descreveu escala de avaliação de risco, caracterizou o tipo de quedas e os cuidados implementados pelos profissionais para evitar sua ocorrência (VICTOR et al, 2017), mas não registram aspectos sobre o envolvimento do paciente e família nos cuidados. Por outro lado, encontrou-se no estudo de Alves et al (2017), a descrição de 11 ações para prevenção de quedas que contam com participação do paciente e família nas mesmas. As ações foram listadas a partir do mapeamento cruzado entre o protocolo do Ministério da Saúde e a Classificação de Intervenções de Enfermagem, cujo foco foi a educação, orientações e informações sobre risco de queda e especificidades do tratamento, como uso de dispositivos ou de sedação. Na pesquisa de Vannes e Wolf (2017) foi implementada uma intervenção para promover a participação do paciente e da família no plano de redução de quedas, cujo resultado demonstrou uma redução significativa nas quedas em geral e nas quedas com danos. Os estudos demonstram que o envolvimento do paciente e família nos cuidados é relevante e deve ser implementados de maneira sistemática nos serviços de saúde hospitalar.

Outra ação relacionada à segurança do paciente marcante nas experiências dos pacientes que participaram da pesquisa, diz respeito à higienização de mãos. Os relatos demarcaram reconhecimento das orientações, materiais informativos dispostos na instituição, com apreensão acerca dos momentos obrigatórios para se proceder a higienização de mãos, tanto em relação a sua própria postura, como mediante a observação atenta do comportamento dos profissionais frente a esse cuidado. No entanto, apesar do paciente-família demonstrar condições de participar ativamente de sua segurança em relação à higienização de mãos, pois é uma ação que lhes chama a atenção, os mesmos demonstraram passividade quando o

cuidado não é seguido pelos profissionais. Apesar de o indicador que mede a adesão da higienização de mãos apresentar média geral próxima à meta estabelecida institucionalmente (70%), constatou-se a ausência dessa prática em quase metade das observações realizadas, sendo que o comportamento dos pacientes-famílias foi de não sinalizar aos profissionais tal necessidade, nessas situações. A coprodução na prestação dos cuidados, nesse sentido, não ocorreu, considerando que o comportamento adotado foi de expectante diante da situação.

O cuidado centrado no paciente é uma dimensão da qualidade descrita pelo *Institute of Medicine* (2001), o qual diz respeito ao atendimento de saúde que respeite as preferências, necessidades e valores do paciente, levando em consideração esses elementos norteadores para a tomada de decisão clínica. Essa definição tem uma relação intrínseca à descrita por Donabedian (1990), sobre o atributo aceitabilidade, o qual refere-se à necessidade de o cuidado em saúde considerar os desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Considerando que a coprodução tem como pressuposto a participação dos atores envolvidos na produção do serviço, que se dá de maneira simultânea ao consumo (BATALDEN et, 2016), há que se considerar os elementos descritos na dimensão da qualidade cuidado centrado no paciente e no atributo aceitabilidade da qualidade, para a coprodução do cuidado seguro.

Em relação a essa temática, na presente pesquisa foi possível identificar **caminhos percorridos e a percorrer no cuidado centrado no paciente**, segundo suas experiências. Com os resultados foi possível conhecer as diferentes percepções acerca da qualidade e segurança assistencial. Para alguns pacientes, o assunto remeteu a aspectos indiretos da qualidade e segurança, como a circulação de pessoas no ambiente hospitalar ou a segurança patrimonial. Para os que internaram de forma não eletiva e que passaram pela experiência de cuidado no setor de emergência, caracterizado por constante superlotação, o tópico fez emergir percepções sobre condições estruturais de atendimento, devido o desajuste entre demanda e capacidade de atendimento, gerando falta de espaço e de privacidade. No entanto, tais condições, também alertaram os pacientes para alguns cuidados relacionados à segurança compondo suas experiências, suas memórias registradas. Esses cuidados referiram-se ao modo atencioso da equipe no atendimento dos pacientes, mesmo diante de tanta demanda, percepções sobre a segurança na administração de medicamentos, com conferência de sua identificação e o atendimento das necessidades em tempo oportuno.

Uma das barreiras identificadas para pacientes fornecerem *feedback* de suas experiências relacionadas à segurança, se refere à condição cognitivo-cultural acerca da temática, conforme Brún et al (2017), que entrevistou pacientes atendidos em hospitais do

Reino Unido. Apesar de os pacientes considerarem que segurança é importante, o posicionamento dos participantes foi que segurança é uma condição padrão, que faz parte do contexto do cuidado daquele país. Esse sentido, segundo a visão dos autores, embora implique em confiança na equipe de saúde e no sistema de saúde, também sugeriu que a segurança não é algo que os pacientes possam oferecer uma visão de suas percepções. Nos resultados de outro estudo, que investigou sobre como os pacientes compreendem e classificam questões de segurança (O'HARA et al, 2018), algumas percepções foram semelhantes ao resultado desta pesquisa, como privacidade e ambiente. Mas o sentido dado pelos pacientes do Reino Unido difere da presente pesquisa, pois a privacidade refere-se às informações de saúde do paciente e o ambiente a detalhes de conforto, como luminosidade ou barulho. Nesta pesquisa, o sentido para privacidade e ambiente ressaltou falta de elementos básicos para o atendimento, como macas, as quais, quando são disponibilizadas, encontram-se muito próximas umas às outras, incorrendo na falta de privacidade.

O cuidado centrado no paciente emergiu das experiências dos pacientes participantes deste estudo, condição que implica em sua participação nas decisões em relação a sua saúde, em atenção aos direitos e deveres do paciente, bem como no atendimento das necessidades de saúde de modo individualizado, seguindo-se suas preferências e decisões. Nesse sentido, compõem os resultados as percepções dos pacientes acerca das informações e orientações como subsídio para participar do tratamento, no atendimento de suas necessidades de saúde, demarcando caminhos percorridos, quando se alcança as expectativas dos pacientes-famílias e, caminho a percorrer, quando os mesmos consideram que as expectativas de esclarecimentos não foram supridas, ou quando os cuidados não ocorrem de modo oportuno.

Nos cuidados percebidos em que houve coprodução, descritos anteriormente segundo a experiência do paciente, como processo de identificação, prevenção de quedas, cirurgia segura, os pacientes-famílias se sentiram subsidiados para uma participação efetiva no tratamento, mediante a apreensão das informações e orientações recebidas. Ainda em outras situações pode-se constatar esse importante papel da equipe de saúde, para promover a participação dos usuários, como nos momentos de decisão sobre cirurgia, sobre mudança de algum comportamento por parte do paciente, necessária para o seguimento do tratamento, sobre ter conhecimento do seu plano de tratamento no *continuum* de cuidados e, sobre o desenvolvimento de autonomia sobre sua saúde, considerando a continuidade do tratamento no pós alta hospitalar. A postura da equipe de saúde, nesse sentido, em utilizar espaços oportunos para informar e orientar também foi constatada.

Outros estudos retratam a questão da comunicação e informações como importante fator para a segurança do paciente. Como exemplo, segundo Brún et al (2017), uma barreira que pode resultar na falta de interesse do paciente em participar da segurança inclui a falta de acesso a informações. Essa condição aponta para valorização do preparo dos profissionais para a educação dos pacientes em relação à segurança assistencial. Outro exemplo, consta na pesquisa de O'Hara et al 2018, em que perguntaram aos pacientes o que diz respeito à segurança do paciente no hospital. Entre as 14 categorias listadas, a comunicação foi a que recebeu o maior percentual de respostas, com destaque a comunicação entre equipes e pacientes, além de outros tipos que apareceram em menor proporção na percepção dos pacientes, como a comunicação entre equipes. Em revisão sistemática foram analisados estudos sobre tomada de decisão compartilhada, conhecimento crítico sobre sua saúde, necessidades de cuidado e promoção do autocuidado, com vistas a investigar sobre estratégias para medir a participação do paciente nos cuidados de saúde (PHILLIPS; STREET; HAESLER, 2015). O estudo concluiu que poucas ferramentas confiáveis e válidas para mensuração da participação do paciente nos cuidados de saúde foram desenvolvidas e que permanece a necessidade de aprofundar estratégias para medir a participação do paciente como parte importante para melhoria contínua da qualidade.

Um outro aspecto em relação a necessidade de receber informações foi relevante para alguns participantes desta pesquisa, demarcando que a falta de informações dificultou o acompanhamento do plano de tratamento, bem como algumas necessidades não foram atendidas em tempo oportuno. Com isso, nem todos se perceberam subsidiados com informações, em alguns casos houve manifestação de frustração em relação a isso. Na análise dos documentos institucionais pode-se verificar que o campo estudado dispõe de alguns dispositivos para manifestações dos usuários, tais como Ouvidoria, Pesquisa de Satisfação, entre outros descritos no Plano de Gestão das Manifestações dos Usuários, o qual consta no quadro 4. No entanto esses dispositivos não foram mencionados pelos participantes, como uma forma de contribuir com melhorias a partir de suas experiências.

Consta na literatura que, ao experienciar situações que não correspondem às expectativas do paciente durante a hospitalização, há um impacto negativo nas suas percepções em relação ao hospital (YAN et al, 2017). Os autores apontam que a presença de dispositivos que envolvam o paciente no relato dessas situações indesejáveis constitui ferramenta valiosa para monitorar áreas que apresentam problemas no atendimento. Outro estudo buscou investigar como ocorre a operacionalização dos cuidados, com foco na tomada de decisões relativas ao atendimento ao paciente, descrevendo a participação dos mesmos, em

unidades de internação de dois hospitais australianos (REDLEY et al, 2018). As contribuições do paciente incluíam fazer perguntas, ou responder a perguntas durante o atendimento. Nas observações, os autores constataram que na maioria das vezes o médico solicitava a participação do paciente e, em poucas, o paciente tomava a iniciativa em participar. A participação do paciente foi constatada com maior frequência no período próximo a sua internação, seguida do período de preparo para alta, com pouca participação ao longo do processo de internação. O estudo concluiu que, para promover a participação é necessário fornecer informações claras e compreensíveis; construir a confiança do paciente; e capacitar os pacientes para participar. Os pacientes expressaram sentir-se envolvidos quando receberam informações que puderam entender, enquanto alguns pacientes que experimentaram o uso da terminologia médica sentiram-se excluídos. Os pacientes também descreveram um aumento em sua confiança para participar quando os médicos ouviam respeitosamente suas dúvidas e preocupações. Em revisão de escopo realizada por Roberts et al (2017), acerca de características de intervenções com uso de tecnologia de informações em saúde, os autores propuseram um modelo teórico para incluir a tecnologia como aliada à participação do paciente, os quais concluíram a aprendizagem interativa facilita a participação e o cuidado centrado no paciente, principalmente acerca do compartilhamento de informações para tomada de decisões conjuntas e *feedback* sobre os serviços.

O estudo de Gomes, Mendes Júnior (2017) sintetiza elementos que representam um cuidado centrado no paciente, o qual abrange informações claras e compreensíveis, diálogo entre paciente e profissionais, demonstração de respeito, envolvimento nas decisões, privacidade, condições do ambiente, informações clínicas, tratamento e direitos, confiança nos profissionais, suporte emocional e autogestão do cuidado.

O cuidado centrado no paciente do IOM (2001) faz correspondência ao atributo da qualidade denominado aceitabilidade, descrito por Donabedian (1990), o qual compõe um dos sete pilares da qualidade. Para Zeithmal, Bitner e Gremler (2014), a qualidade da experiência e sua credibilidade com o serviço, podem ser avaliadas por meio da satisfação em relação ao serviço. A satisfação, segundo esses autores depende de fatores situacionais e pessoais presentes nos encontros de serviço.

Essa base conceitual marcou as manifestações dos pacientes-famílias que participaram da presente pesquisa, a qual constituiu a categoria **atributos de satisfação de segurança na experiência do paciente**. Os resultados apontam que a experiência do paciente possibilitou vivenciar a complexidade do serviço de saúde hospitalar, cujas manifestações demarcam seu contato com os componentes da tríade de avaliação dos cuidados em saúde propostos por

Donabedian (1980), quais sejam: estrutura, processo e resultados. A tríade donabediana propõe a avaliação de elementos concretos presentes na produção dos cuidados, bem como de outros aspectos subjacentes, relacionado à performance dos profissionais no processo de cuidado. Além desses aspectos, segundo o autor, a percepção de saúde apreendida em relação ao serviço recebido, caracteriza o componente resultado, cujo principal meio de avaliá-lo, segundo o autor, é pela mensuração do nível de satisfação.

Nesse sentido, em relação à **estrutura**, o foco das percepções emergentes da experiência dos pacientes, centrou-se no acesso ao serviço, principalmente diante da dificuldade de enfrentar a superlotação da emergência, quando a porta de entrada para internação se dá por esse fluxo de atendimento. Donabedian (2003), descreve que acesso e acessibilidade têm significados semelhantes, os quais se referem à capacidade de acessar os serviços de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. A acessibilidade ou acesso, segundo o autor, configura um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzi-los e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população.

Em relação ao ambiente houve relatos que caracterizam um ambiente terapêutico, no sentido do controle de circulação de pessoas, redução de ruídos, de oferecer condições para o atendimento de necessidades especiais dos pacientes, bem como de proporcionar acolhimento e conforto. Também, as manifestações registraram características do ambiente quando ele se torna intimidante, principalmente devido às experiências compartilhadas de sofrimento, quando não há privacidade o suficiente e um paciente toma contato com a condição do outro. Sobre a estrutura, ainda, os pacientes-famílias perceberam que o quantitativo de pessoal interfere no atendimento das necessidades, tanto quando ocorre dentro do tempo esperado, como por ser tardio, não atendendo às expectativas. Outros recursos disponíveis para o tratamento, foram valorizados pelos participantes, os quais foram providenciados pelo hospital, mesmo não sendo padronizado até então. As condições para o acompanhamento da família também foram destacadas, as quais recebem recurso para descanso próximo ao paciente e, em alguns casos, apoio com alimentação. Conforme os relatos, essas configuram questões importantes que dão condições para a presença da família no ambiente hospitalar.

Os atributos de satisfação relatados referentes à estrutura são semelhantes ao estudo de COMES et al (2016), realizado em 33 municípios brasileiros, no qual a facilidade de acesso e a postura resolutiva e atenciosa dos profissionais evidenciaram nível elevado de satisfação. Também, os resultados vão ao encontro de outros estudos nacionais e internacionais, os quais descrevem fatores relacionados à estrutura e acesso ao serviço que, na percepção dos

pacientes interferem na satisfação (MOIMAZ et al, 2010; PENA; MELLEIRO, 2012; PEFOYO; WODCHIS, 2013; ANAND; NAIK; BASHIR, 2014. O'HARA, 2018; FÁTIMA; MALIK; SHABIR, 2018). Na pesquisa realizada por Molina e Moura (2016), em que analisaram a satisfação dos pacientes de acordo com a forma de internação, considerando internação eletiva, via setor de admissão e internação via setor de emergência, constataram médias de satisfação mais elevadas para internação via setor de emergência, no entanto, não houve diferença estatística significativa entre as duas modalidades. Apesar das dificuldades enfrentadas em relação à superlotação, segundo a perspectiva do paciente, a qualidade assistencial prestada atendeu às expectativas.

Sobre as percepções em relação ao ambiente, a pesquisa de Schenk et al (2019) ressalta que o hospital é, geralmente, desconhecido pelos pacientes e, que encontrando-se com algum acometimento em sua saúde, se torna austero, com pessoas e procedimentos desconhecidos, com sons, iluminação e rotinas diferentes, condições que agravam suas percepções e dificultam o bem-estar. Os autores descrevem, também, o receio do paciente e família em solicitar atendimento, quando percebem que a postura do profissional que está lhe atendendo é insensível a esse contexto. Na pesquisa de O'Hara et al (2018), o ambiente também foi um atributo destacado na percepção dos pacientes, em relação ao barulho provocado pela equipe, por outros pacientes e por equipamentos e em relação ao excesso de iluminação à noite.

Em relação ao quantitativo de pessoal disponível para o atendimento, este foi considerado um atributo de satisfação de segurança presente na experiência dos pacientes, pois implica no atendimento das necessidades de saúde em tempo oportuno. Sobre a relação de dimensionamento de pessoal da enfermagem e satisfação do paciente, encontrou-se na literatura outros estudos que retratam esta percepção, na visão da equipe e, também, por meio de análise de indicadores. Como exemplo tem-se a pesquisa de Magalhães, Dall'Agnol e Marck (2013), desenvolvida no mesmo campo deste estudo, em unidades de internação clínicas e cirúrgicas. Os autores verificaram que há associação entre a carga de trabalho da equipe de enfermagem e fatores relacionados à segurança do paciente, constatando aumento da taxa de quedas e de infecção relacionada à cateter vascular central nas unidades em que há um maior número de pacientes por profissional. Em relação ao número pacientes designados para cada técnico de enfermagem, houve redução da taxa de satisfação dos pacientes internados quando esse número foi maior. Posteriormente, a pesquisa foi atualizada, considerando verificar associações entre carga de trabalho e indicadores de qualidade e segurança após adequações no quadro de pessoal (MAGALHÃES et al, 2017). Evidenciou-se

que quanto maior a carga de trabalho, ou seja, o número de pacientes para cada enfermeiro e técnico de enfermagem, maior a média de permanência dos pacientes e de infecção urinária relacionada a procedimentos invasivos e, menor a taxa de satisfação em relação ao cuidado de enfermagem.

Há outros exemplos que demarcam relação com a percepção dos pacientes desta pesquisa, acerca do quantitativo de pessoal disponível, como importante atributo de satisfação relacionado à segurança. Um deles diz respeito a uma pesquisa realizada no Chile, na qual os autores encontraram associação significativa entre a ocorrência de quedas de pacientes com a carga de trabalho da equipe de enfermagem (CARLESI, et al 2017). Em outro estudo, desenvolvido na Ásia, os autores encontraram correlação significativa entre a carga de trabalho da equipe de enfermagem e satisfação dos pacientes, no entanto a correlação foi fraca (GOH et al, 2018).

Outro fator que interfere na carga de trabalho da equipe de enfermagem e, que foi mencionado pelos participantes desta pesquisa, refere-se à estrutura para transporte dos pacientes entre setores. Segundo a percepção dos pacientes, as condições de segurança que devem ter continuidade nesses momentos de transição do cuidado, receberam atenção dos profissionais envolvidos, principalmente em relação aos cuidados para prevenção de quedas e identificação do paciente, para que realize o exame ou procedimento correto. Além disso, os pacientes manifestaram preocupação que o mesmo técnico de enfermagem, o qual assume uma escala de pacientes na unidade de internação, tenha que se deslocar do setor para essa atividade de transporte. O estudo de Magalhães, Dall’Agnol e Marck (2013), também fez esta constatação, mediante a discussão do processo de trabalho com a equipe de enfermagem, no qual identificaram fatores relacionados a carga de trabalho que incorrem na segurança do paciente, a exemplo do transporte.

Outro componente marcante na experiência dos pacientes, em relação a tríade donabediana para avaliação da qualidade em saúde, diz respeito ao **processo de cuidado**, no qual revelaram-se atributos de satisfação de segurança relacionados a interação com a equipe de saúde que mais tem contato com os pacientes, como médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A capacidade de resposta e orientações recebidas, bem como a relação de confiança e empatia, com postura atenciosa dos profissionais foram valorizados em suas manifestações. Além desses, no processo de cuidado emergiram também, na percepção de pacientes-famílias, atributos de satisfação que remetem aos protocolos de segurança adotados pelo hospital, relacionados à competência técnica dos profissionais, refletida nos padrões assistenciais para atendimento de suas necessidades. Cabe destacar que os pacientes-famílias

perceberam que há definições institucionais sobre os padrões assistenciais, os quais, no entanto, nem sempre foram seguidos, conforme consta nos resultados desta pesquisa.

Alguns estudos demonstram como estes atributos, mencionados pelos pacientes-famílias desta pesquisa, impactam na satisfação do paciente. Nos resultados de Goh et al, (2018), consta correlação positiva entre satisfação dos pacientes com a comunicação e a participação no cuidado. O estudo revelou, na análise da carga de trabalho, que as horas dedicadas dos enfermeiros não suprimiram as necessidades de comunicação, sendo as informações recebidas insuficientes para os pacientes, evidenciada pelo baixo nível de satisfação dos pacientes em relação aos atributos comunicação e participação no cuidado. O estudo de Aiken et al (2018) verificou que a satisfação do paciente reduz na medida em que os cuidados de enfermagem não ocorrem em tempo oportuno, condição que está associada à falta de pessoal da enfermagem e a ambientes hospitalares precários. Destacam-se alguns cuidados que apresentaram as taxas mais elevadas por falta de atendimento, como destinar tempo para conversar com o paciente, confortando-o, para a educação do paciente e família, para atualização do plano de cuidados atualizado e vigilância do estado de saúde.

Outro resultado desta pesquisa em relação ao processo de cuidado fez menção à importância da presença da família acompanhando o período de internação, como um fator que favorece o bem-estar e a segurança do paciente. Acerca dessa percepção, o estudo de Passos et al (2016) concluiu que os familiares que acompanham a internação hospitalar desenvolvem conhecimento acerca dos cuidados, como prevenção de infecção, uso seguro de materiais e medicamentos, entre outros, além de interagir assertivamente com a equipe de enfermagem, alinhando-se às estratégias descritas no PNSP. Essa condição, segundo os autores, situa o familiar como parte integrante e importante no processo de cuidado no ambiente hospitalar, pois além de estar atento para as questões que envolvem a segurança do paciente, possuem postura solidária às necessidades do paciente, contribuindo com a ambiência emocional nesse âmbito. Em outro estudo, os autores apresentam como resultado que a complexidade do atendimento em saúde aumenta a necessidade para uma parceria com pacientes e familiares para uma maior segurança (SCHENK, et al 2019). Segundo seus resultados, as famílias têm conhecimento histórico, fornecendo informações que colaboram para a equipe de saúde entender a perspectiva do paciente, reforçam o plano de tratamento, informam mudanças no estado de saúde e oferecem conforto ao paciente. No entanto, os autores também descreveram situações contraditórias, quando os desejos da família não estão alinhados com os do paciente, situação que demanda habilidade da equipe para constatar e manejar tal condição, além das dificuldades relacionadas ao estresse que o ambiente

hospitalar provoca, a conflitos diversos e condições sociais precárias, que também demandam atuação da equipe.

A qualidade do serviço na internação hospitalar, sob o ponto de vista dos **resultados** alcançados com o tratamento, configura o último tema desvelado acerca dos atributos de satisfação de segurança na experiência dos participantes desta pesquisa. A resolutividade foi percebida mediante a atuação dos profissionais e a mudança no estado de saúde dos pacientes.

A pesquisa de Bahrapour et al (2018) buscou elencar características relacionadas à qualidade da assistência que definem a preferência dos pacientes pelo serviço de saúde, cujos resultados apontaram como atributo mais importante, o contato direto com a equipe, na realização da avaliação das condições de saúde, como no exame físico. Os demais atributos foram relacionados ao acesso à internação, condições de limpeza e preparo para alta hospitalar. Segundo as considerações dos autores, um serviço de alta qualidade precisa organizar seu processo de trabalho e capacitação da equipe para que haja tempo dedicado para interagir com o paciente nos momentos de avaliação, para esclarecer dúvidas e explicar o plano de tratamento. Outra variável avaliada foi a atitude dos profissionais, no entanto não foi significativa, resultado que difere dos achados desta tese, considerando que vários atributos em relação a atitudes dos profissionais foram mencionados pelos participantes, como solicitude, empatia, confiabilidade e competência técnica.

A pesquisa de Fátima et al (2018) analisou percepções dos pacientes em relação à qualidade dos serviços de saúde. As dimensões da qualidade ambiente físico, ambiente favorável, capacidade de resposta, comunicação, privacidade e segurança foram avaliadas. O estudo identificou correlação positiva entre todas as variáveis em relação à satisfação paciente e lealdade do paciente, a qual foi apontada como uma variável de desfecho capaz de mensurar a qualidade em geral do serviço.

Estudo que pesquisou sobre indicadores com base na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, conforme Donabedian, criador do modelo da tríade - processo, estrutura e resultados - considerou que o componente da tríade denominado resultados tem relação intrínseca com os demais (ZHOU et al, 2018). Na medida em que se atende as expectativas em relação à estrutura oferecida, bem como aos processos, no sentido de oferecer os recursos necessários em seus aspectos quantitativos e qualitativos, de forma a proporcionar conforto e segurança, com processos assistenciais definidos, mediante o estabelecimento de fluxos, responsabilidades e competências específicas para cada situação de saúde, se atende à dimensão resultados na perspectiva do paciente. O estudo de DiGioia, Clayton e Giarusso (2016) identificou que a principal preocupação dos pacientes em relação aos serviços de

saúde, é a qualidade dos cuidados, incluindo a competência técnica da equipe para pronta responsividade às necessidades de saúde.

Para Donabedian (1987), uma característica fundamental para avaliação da qualidade em saúde consiste no engajamento do paciente. Nesta tese, os resultados demonstraram a coprodução de cuidados, na perspectiva da qualidade, com base na experiência dos pacientes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, de enfoque qualitativo, discorreu-se sobre a experiência do paciente na coprodução de cuidados, na perspectiva da qualidade no serviço hospitalar. A relevância da temática decorre da importância em envolver o paciente e a família nas ações de segurança, no atual cenário dos serviços de saúde, os quais configuram sistemas complexos.

Os conceitos centrais que sustentaram a tese foram relacionados à experiência do paciente, às dimensões da qualidade, segurança do paciente e cuidado centrado no paciente e, à avaliação da qualidade em saúde com base na sistematização proposta por Donabedian, a qual pode ser medida de uma forma global por meio dos atributos de satisfação relacionados aos serviços de saúde, enfatizando a participação do paciente nesse processo. Além desses, compôs o quadro conceitual a coprodução nos serviços de saúde, como um conceito inovador nesse contexto, o qual se apresenta como um desafio a ser transposto, considerando a necessidade de estabelecer parcerias entre equipes de saúde e pacientes-famílias a fim de avançar na segurança do paciente e, considerando, a presença de algumas barreiras culturais no ambiente hospitalar que dificultam o avanço nessas parcerias.

A pesquisa foi instigada mediante alguns questionamentos advindos da vivência hospitalar da pesquisadora, como enfermeira que atua na assessoria de operações assistenciais no campo do estudo. Ao fazer uma incursão nas definições e sinalizações de políticas públicas de saúde sobre a temática, bem como nas lacunas apontadas na literatura, alicerçou-se o delineamento metodológico desenvolvido, contando com a participação de pacientes-famílias, a fim de aprofundar suas percepções acerca da temática qualidade em saúde, a partir de sua experiência, buscando a coprodução em saúde, ou seja, seu envolvimento.

Os questionamentos relacionados às percepções dos pacientes-famílias sobre ações relacionadas à segurança do paciente, bem como se essas percepções fizeram emergir atributos de satisfação de segurança, foram configurados em objetivos que conduziram a investigação.

Diante do objetivo geral de analisar a experiência do paciente durante a internação hospitalar em unidades clínicas e cirúrgicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com foco na coprodução de cuidados orientados para a qualidade, buscou-se desdobrá-lo em objetivos específicos, os quais correspondem às seções descritas nos resultados com vistas à alcançá-los: i) descrever os resultados dos indicadores de qualidade e segurança assistencial; ii) explorar iniciativas que demonstram a coprodução nas ações em prol da segurança do

paciente; iii) identificar elementos que caracterizam o cuidado centrado no paciente e; iv) desvelar atributos de satisfação dos pacientes relacionados à segurança e qualidade assistencial.

O desenho metodológico adotado foi congruente aos objetivos propostos. Os resultados constituíram quatro categorias, nas quais destacou-se como resultado transversal o papel do paciente-família na coprodução do cuidado seguro: i) um recorte da qualidade e segurança no campo estudado; ii) protocolos de segurança segundo a experiência do paciente; iii) caminho percorridos e a percorrer no cuidado centrado no paciente e; iv) atributos de satisfação de segurança na experiência do paciente.

Constatou-se que as diretrizes institucionais acerca da qualidade e segurança subsidiam o alcance dos objetivos descritos no planejamento estratégico do HCPA. O recorte da qualidade e segurança no campo estudado apresentado na primeira seção dos resultados, o qual tomou por base a análise documental e descrição de indicadores, explicam os protocolos de segurança identificados na experiência dos pacientes, os quais estão descritos na segunda seção. Pode-se constatar alinhamento entre as percepções dos pacientes, as definições institucionais descritas nos documentos em forma de políticas e planos e os protocolos básicos descritos no Programa Nacional para a Segurança do Paciente.

Destaca-se, no entanto, que apesar desses protocolos básicos fazerem parte das percepções dos pacientes-famílias, constatou-se que nem sempre são seguidos pelos profissionais, incorrendo em riscos para a segurança da assistência, quando importantes barreiras de segurança não são lembradas ou são ignoradas. Demarca-se ainda, que esse comportamento foi percebido pelos pacientes-famílias, não havendo nenhuma sinalização de alerta por parte dos mesmos aos profissionais, condição que indica fragilidade no processo assistencial, considerando a falta de participação ativa, relacionada principalmente à conferência da identificação do paciente nos momentos obrigatórios e à higienização de mãos. Constatou-se com isso, que a coprodução para a segurança do paciente ainda é incipiente na identificação do paciente e na higienização de mãos. Apesar de os pacientes-famílias demonstrarem potencial para coproduzir, não se identificou estímulo dessa prática, por parte dos profissionais, considerando que alguns pacientes verbalizaram se sentirem pouco à vontade para isso.

Segundo os participantes, a relação de confiança entre pacientes e profissionais é um ponto positivo para ambiência hospitalar, por descontrair e aproximar. Não obstante, essa relação interpõe-se como fragilidade à segurança, quando justifica a atitude passiva dos

pacientes-famílias frente aos cuidados, por considerarem que não haverá falhas diante de tais relações.

Para alguns pacientes que foram submetidos a cirurgias, a coprodução esteve presente, no momento do consentimento e marcação do sítio cirúrgico, quando a intervenção exigia lateralidade. Também, nas percepções dos pacientes-famílias há grande estímulo para a coprodução dos cuidados relacionados à prevenção de quedas. A coprodução para a segurança na administração de medicamentos foi constatada de forma dependente do comportamento proativo de alguns pacientes-famílias. Sua iniciativa em conferir e fazer perguntas, provocava nos profissionais uma postura de coprodução, estimulando a interação por meio de esclarecimentos, oportunizando ao paciente conferir o tipo de medicamento, dose, horário e identificação.

Na terceira seção dos resultados constam os achados que demarcaram caminhos percorridos e a percorrer no cuidado centrado no paciente, emergindo concepções sobre qualidade e segurança na percepção dos participantes, sendo fortemente marcadas por aspectos estruturais do atendimento, incorrendo na privacidade e no bem-estar dos pacientes. Houve constatação de oportunidades para coprodução, mediante o estímulo observado no comportamento de alguns profissionais, os quais provocaram pacientes-famílias a participarem de cuidados diretos à beira leito, com orientações e esclarecimentos, além das informações e orientações que subsidiaram o comportamento de coprodução. Foi valorizado também entre os participantes, a atenção a seus direitos e deveres, mediante constante consentimento solicitado pelos profissionais para a execução do tratamento, além do atendimento de necessidades especiais e prestação de cuidados de acordo com as expectativas de entrega do serviço. Por outro lado, ainda para alguns pacientes, a principal lacuna para a efetiva coprodução foram as informações insuficientes, que dificultaram o acompanhamento do tratamento e a falta de cuidados em alguns momentos demandados, gerando espera e sensação de julgamento sobre a importância do que foi solicitado. Também, identificou-se no comportamento dos profissionais que não há constância em utilizar os encontros de serviço como uma possibilidade de investigar as necessidades de saúde dos pacientes ou suas preferências, centrando o cuidado no paciente.

Finaliza-se os resultados desvelando atributos de satisfação de segurança que emergiram da experiência dos pacientes. Novamente os aspectos estruturais tomaram grande vulto em suas percepções, relacionadas à acessibilidade ao serviço, a características do ambiente, ao quantitativo de pessoal disponível para o atendimento e as condições para acompanhamento da família. Em relação ao processo de cuidado, os pacientes-famílias

mencionaram atributos que remetem a relação estabelecida com a equipe e a percepção dos padrões assistenciais adotados que convergem para sua segurança. Outro atributo marcante na satisfação do paciente é a presença da família durante a internação, além da resolutividade do serviço, percebida na atuação dos profissionais e na mudança do estado de saúde dos pacientes.

Considera-se que os resultados encontrados respondem aos objetivos da pesquisa e sustentam a tese que “o processo de atendimento hospitalar, quando orientado pelos pressupostos da segurança do paciente, conduz ao cuidado centrado no paciente e, a experiência do paciente como coprodutor de serviços de saúde, oportuniza identificar atributos de satisfação em relação à segurança do cuidado”.

Em relação às limitações do estudo, considera-se que as entrevistas, por serem realizadas ao longo do período de internação e não no momento pós alta, possam não ter contemplado toda a experiência vivenciada na internação. Outra questão refere-se aos relatos, em que se verificou que os pacientes sempre manifestaram elogios para equipe no início de suas falas, condição que pode fazer referência ao receio de exprimir situações delicadas, enquanto ainda se depende da assistência que lhe é oferecida, podendo ter influenciado o conteúdo dos relatos.

Apesar das limitações, considera-se que os resultados, mesmo tendo sofrido tais efeitos, congregam diversos elementos da experiência do paciente que direcionam a coprodução em saúde, na perspectiva de desenvolver parcerias efetivas entre equipes de saúde e pacientes-famílias, em prol da segurança e do cuidado centrado no paciente.

Como sugestões do estudo para o campo estudado, considera-se premente incentivar a participação do paciente na notificação de incidentes relacionados à assistência, com vistas à coprodução em melhorias no serviço, considerando a perspectiva do paciente, a qual contempla uma visão diferenciada da equipe de saúde, podendo contribuir substancialmente com alternativas ainda não vislumbradas, ou ainda, com contrapontos em relação aos indicadores de qualidade e segurança, quando demonstram atingimento da meta, mas ainda há espaço para melhorias. Também, sugere-se revisar os processos assistenciais descritos nos documentos, os quais ainda não foram incorporados pelos profissionais em suas práticas, ressaltando que tal fato é percebido pelos pacientes-famílias, ou, por outro lado, adequar a descrição dos documentos às práticas de coprodução, à exemplo da contenção mecânica. Sugere-se, por fim, incluir o tema da coprodução no serviço, com vistas à ampliar estratégias voltadas para a segurança do paciente e o cuidado centrado no paciente, na educação permanente de profissionais e na educação de pacientes e familiares, com exemplos concretos

e dinâmicas comportamentais que demonstrem como é possível prover essa transformação, superando barreiras culturais citadas na literatura.

Ao concluir a presente pesquisa, verificaram-se outras lacunas que remetem ao desenvolvimento de novos estudos, para aprofundar a coprodução nos cuidados em saúde, incluindo a perspectiva dos profissionais, a fim de desvelar estratégias que a favoreçam, identificar barreiras culturais presentes, bem como meios para transpô-las.

REFERÊNCIAS

- AIKEN, L. H., et al. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. **BMJ Open**, v.8, e019189, 2018. Disponível em: doi:10.1136/bmjopen-2017-019189
- ALVES, V. C. et al. Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. **Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto**, v.25, e2986, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2394.29>
- ANAHP Associação Nacional de Hospitais Privados. **Livro Branco Brasil Saúde 2019: Saúde e cuidados do amanhã**. Caderno Conceitual. São Paulo; 2019a.
- _____. Associação Nacional de Hospitais Privados. **Livro Branco Brasil Saúde 2019: Saúde e cuidados do amanhã**. Caderno de Propostas. São Paulo; 2019b.
- ANAND, B.; NAIK, J.R.K; BASHIR, I. Antecedents of patient satisfaction at tertiary care hospitals in India. **Abhigyan**, v. 32, n. 1, p. 64-77, 2014.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços em Saúde. Volume 1 Número 1, Janeiro a Julho de 2011. Brasília.
- ARRUDA, N.L.O. **Análise da percepção do paciente com a segurança no atendimento em unidade de urgência e emergência**. 2016. Mestrado Profissional em Saúde Coletiva Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, Goiânia Biblioteca Depositária: UFG.
- BAHRAMPOUR, et al. Hospital service quality - patient preferences - a discrete choice experimente. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v.31, n.7, p. 676-683, 2018. Disponível em: doi: 10.1108/IJHCQA-01-2017-0006
- BATALDEN, M. et al. Coproduction of healthcare service. **BMJ Quality Safety**, v.25, n.1, p.509-517, 2016. Disponível em: doi:1.1136/bmjqs-2015-004315.
- BEST, M; NEUHAUSER, D. Heroes and martyrs of quality and safety. Avedis Donabedian father of quality assurance and poet. **Quality Safety Health Care**, v. 13, p. 472-473, 2004. Disponível em: <doi: 10.1136/qshc.2004.012591>.
- BONIATTI, M. M. Advances in performance, more benefits... the perspectives of rapid response teams. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Editorial, v. 28, n. 3, p.217-219, 2016. Disponível em: <doi: 10.5935/0103-507X.20160048>.
- BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Política Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>.
- _____. Segurança do paciente: higienização das mãos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-do-paciente-higienizacao-das-maos>. Acessado em 10 de dezembro de 2018.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

_____. **Portaria 529 de 01 de abril de 2013**. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>.

_____. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%A0ncia+Segura+-+Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>

_____. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013c. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>. Acessado em 08 de dezembro de 2018.

_____. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Portaria 28 de 08 de janeiro de 2015**. Reformula o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0028_08_01_2015.html

_____. **Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministérios da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2017a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_regras_auditoria_sus.pdf>.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017b.

BRÚN, A. PReSaFe: A model of barriers and facilitators to patients providing feedback on experiences of safety. **Health Expectations**, v.20, p.771–778, 2017. DOI: 10.1111/hex.12516

BURGENER, A. M. Enhancing Communication to Improve Patient Safety and to Increase Patient Satisfaction. **The health care manager**, v. 36, n..3, p. 238-243, 2017.

CARVALHO, P.A. et al. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**,

Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1041-1048, dez. 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0669.2647>>.

CHIAVENATO, I. Teoria dos Sistemas Ampliando as fronteiras da empresa. In: _____. **Introdução à teoria geral da administração**. 9 ed. Barueri, SP: Manole, 2014. p. 469-493.

CAPES. **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior 2016**. Disponível em: <[http://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#!/>. Copyright 2016 Capes.](http://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#!/)

CENGIZ, C.; CELIK, U.; HIKMET, N. Evaluation of patient wristbands and patient identification process in a training hospital in Turkey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v.29, n.8, p.820-834, 2016. Doi: <<https://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2016-0052>>.

COMES, Y. et al. Evaluation of user satisfaction and service responsiveness in municipalities enrolled in the Mais Médicos (More Doctors) Program. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2749-2759, 2016.

COSTA, D. G. et al. Analysis of the preparation and administration of medications in the hospital context based on Lean thinking. *Revista da Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.22, n.4,e20170402, 2018. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0402>>.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**.3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DHALLA, I. A.; TEPPER, J. Improving the quality of health care in Canada. **Canadian Medical Association Journal**, v. 190, n.39, p.162-167, 2018. doi:10.1503/cmaj.171045.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>>.

DIGIOIA, A.M.; CLAYTON S.B.; GIARUSSO, M.B. “What Matters to You?”: A pilot project for implementing patient-centered care. **Patient Experience Journal**, v. 3, n. 1, p.130-137, 2016.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor, Michigan: Health administration Press, 1980.

_____. Commentary on some studies of the quality of care. **Health Care Financing Review**, p. 75-85, 1987. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195097/>>.

_____. The quality of medical care: how can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, v. 260, p.1743-1748, 1988.

_____. The seven pillars of quality. **Archive of Pathology Lab Med**, v. 114, n. 11, p.1115-18, 1990.

_____. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

DOYLE, C.; LENNOX, L.; Bell, D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. **BMJ Open**, v. 3, 2013.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Política Social. **Estudio Ibeas: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica** [Internet]. Madrid; 2010. [citado em 2018 ago 30]. Disponível em:
<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>.

ETGAR, M. A. descriptive model of the consumer co-production process. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 36, p. 97-108, 2008.

EDWARDS, K.; WALKER, K.; DUFF, J. Instruments to measure the inpatient hospital experience: A literature review. **Patient Experience Journal**, v. 2, n. 2, p. 77-85, 2015.

FATIMA, T.; MALICK, S. A.; SHABIR, A. Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty: An investigation in context of private healthcare systems. **International Journal of Quality & Reliability Management**, v. 35, n. 6, p.1195-1214, 2018. <https://doi.org/10.1108/IJQRM-02-2017-0031>.

FITZSIMONS, B; CORNWELL, J. 2018. What can we learn from patient's perspectives on the quality and safety of hospital care?. **BMJ Quality Safety**, v. 27, p. 671–672, 2018. doi:10.1136/bmjqs-2018-008106

FLANAGAN, J. C. A técnica do incidente crítico. **Arquivos brasileiros de Psicologia aplicada**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 99-141, 1973.

FRANCISCATTO, L. et al. Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário. **Revista HCPA**, v. 31, n. 4, p. 482-486, 2011.

FREITAS, J.S. et al. Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.22, n. 3, p. 454-460, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf>>.

GIORDANO, L.A. et al. Development, implementation, and public reporting of the HCAHPS survey. **Medical Care Research & Review**, v. 67, n. 1, p. 27-37, 2010.

GOH, M. L., et al. Patient Satisfaction Is Linked to Nursing Workload in a Singapore Hospital. **Clinical Nursing Research**, v,27, n.6, p.692–713, 2018. Disponível em: doi:10.1177/1054773817708933

GOMES, P. H. G.; MENDES JUNIOR, W.V. O cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde: estratégias de governos e organizações não governamentais. **Revista Acreditação**, v. 7, n. 13, p. 23-43, 2017.

GOUVEIA, G.C. et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados a diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.12, n. 3, p. 281-96, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n3/01.pdf>>.

HEMESATH, M. P. et al. Educational strategies to improve adherence to patient identification. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.36, n.4, p.43-48, 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.54289>.

HENCKEMAIER, L. **O imaginário da segurança do paciente na perspectiva das familiar que vivenciam o cotidiano de hospitalização**. 2016. 194 f. Doutorado em Enfermagem, Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, Florianópolis.

HERRERA, C. Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 249-255, 2008. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000200009>>.

HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S. S. Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n.1, p.36-43, 2015 <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. HCPA - **Administração Central - Direitos e Deveres dos Pacientes**. Porto Alegre, 2013. Vídeo Youtube. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=sAPUVeWg058>.

_____. Portal do HCPA – Institucional - Publicações. Porto Alegre: HCPA; 2017a. **Relatório de Gestão do Exercício de 2017**. Disponível em: <https://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/relatoriogestao.pdf>.

_____. Porto Alegre: HCPA; 2017b. Portal do HCPA – Institucional – Planejamento Estratégico. **Planejamento Estratégico 2017-2020**. Disponível em: <https://www.hcpa.ufrgs.br/institucional/planejamento-estrategico>

IOM. INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, DC: National Academy Press, 2001

JCI. JOINT COMISSION INTERNATIONAL. **Joint Comission International Accreditarion Standards for Hospitals - Including standards for academic medical center hospitals**. 6ª ed. Oak Brook, IL: JCI, 2017.

KAPLAN, R.S.; NORTON, D.P. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. 4ª. ed. RJ: Campus, 1997.

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

LIANG, L. et al. Patient engagement in hospital health service planning and improvement: a scoping review. **BMJ Open**, v. 8, n. 1, 2018. doi:10.1136/bmjopen-2017-018263.

MAGALHÃES, A.M.M.; DALL'AGNOL, C.M.; MARCK, P.B. Nursing workload and patient safety - a mixed method study with an ecological restorative approach. **Revista**

Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 146-154, 2013. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700019>>.

MAGALHÃES, A.M.M. et al. Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, 2017. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016021203255>>.

MARTINS, P.F. **Necessidades de cuidados: o olhar do paciente, acompanhante e da equipe de enfermagem**. 2016. 88 f. Mestrado em Enfermagem Instituição de Ensino: FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, São José do Rio Preto Biblioteca Depositária: FAMERP.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 2006; 15(3), 508-514. Disponível em <<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300017>>.

MColl-KENNEDY, J.R. et al. Cocreative customer practices: Effects of health care customer value cocreation practices on well-being. **Journal of Business Research**, v.70, p 55-66, 2017.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017

MOIMAZ, S.A.S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a19v20n4.pdf>>.

MOLINA, K. L.; MOURA, G. M. S. S. A satisfação dos pacientes segundo a forma de internação em hospital universitário. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 29, n. 1, p.17-25, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600004>.

MOTTA, F.C.P.; VASCONCELOS, I.F.G. **Teoria geral da Administração**. 3. ed. rev. São Paulo: Thomson, 2006.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Livres de danos: Acelerar a melhoria da segurança do paciente 15 anos após To Err is Human**. NPSF: Boston, 2015.

NETA, A. F. et al. Adherence to patient identification in a public university hospital. **Revista de Administração em Saúde**, v.18, n.70, p.1-13, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.70>

NEWELL, S.; JORDAN, Z. The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. **JBIC database of systematic reviews and implementation reports**, v. 13, n. 1, p. 76-87, 2015.

NORLYK, A.; MARTINSEN, B.; DAHLBERG, K. Getting to know patients' lived space. **Indo-Pacific Journal of Phenomenology**, v. 13, n. 2, p. 1-12, 2013.

NORRIS, B.; RANGER, C. **Standardising wristbands improves patient safety: guidance on implementing the safer practice notice**. London: National Patient Safety Agency, 2009. Acessado em 13 de dezembro de 2018. Disponível em: <http://www.npsa.nhs.uk/EasysiteWeb/getresource.axd?AssetID=57989&type=Full&servicetype=Attachment>.

O'HARA, J. K. et al. What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. **BMJ Quality Safety** v. 27, p. 673–682, 2018. doi:10.1136/bmjqs-2017-006974.

OLIVEIRA, J. L. C. et al. Mudanças gerenciais resultantes da Acreditação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2851, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1394.2851>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **55ª Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente** – WHA55.18; 2002. Disponível em: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. **Cirurgias seguras salvam vidas: segundo desafio global para a segurança do paciente**. Brasil: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/manual-cirurgias-seguras-salvam-vidas>. Acessado em 08 de dezembro de 2018.

OSBORNE, S. P.; STROKOSCH, K. It takes Two to Tango? Understanding the Co-production of Public Services by Integrating the Services Management and Public Administration Perspectives. **British Journal of Management**, v. 24, p.31–47, 2013. Doi: 10.1111/1467-8551.12010

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. **Journal of Retailing**, v. 67, n. 4, p. 420-450, 1991.

PARKS, R. et al. Consumers as co-producers of public services: some economic and institutional considerations. **Policy Studies Journal**, v. 9, p. 1001-1011, 1981.

PENA, M.M.; MELLEIRO, M.M. Grau de satisfação de usuários de um hospital privado. **Acta paulista de enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 197-203, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a07v25n2.pdf>.

PEFOYO, A.J.K., WODCHIS, W.P. Organizational performance impacting patient satisfaction in Ontario hospitals: a multilevel analysis. **BMC Research Notes**, n. 6, p. 509, 2013.

PHILLIPS, N. M.; STREET, M.; HAESLER, E. A systematic review of reliable and valid tools for the measurement of patient participation in healthcare. **BMJ Quality & Safety**, v.25, n.2, p.110–117, (2015). doi:10.1136/bmjqs-2015-004357

PODER, T. G.; CARRIER, N.; BÉDARD, S. K. Health Technology assessment unit processes for the validation of an information tool to involve patients in the safety of their

care. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, p.1–10, 2018. doi:10.1017/s0266462318000375

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PRICE, A. et al. Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. **Medical care research and review: MCRR**, v. 71, n. 5, p. 522-54, 2014.

QUIGLEY, H. L. et al. Assuring the quality of health care in the European union: A case for action. The European Observatory on Health Systems and Policies. Bondmin: World Health Organization, 2008.

REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde**. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

REIS, G.A.X. et al. Nurse manager perceptions of patient safety strategy implementation. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000340016>>.

RIBEIRO, L.C.M. et al. Técnica de incidente crítico e seu uso na Enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 162-171, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100024>>.

ROBERTS, S. et al. Using technology to engage hospitalised patients in their care: a realist review. **BMC Health Services Research**, v.17, n.1, p.1-15,2017. Disponível em: doi:10.1186/s12913-017-2314-0.

RUNCIMAN, W.B. et al. A classification for incidents and accidents in the health-care system. **Journal of Quality in Clinical Practice**, v. 18, n. 3, p.199-211, 1998.

SAHLSTRÖM, M. et al. Patient participation in patient safety still missing: Patient safety experts' views. **International Journal of Nursing Practice**, v.22, p. 461-469, 2016. doi: 10.1111/ijn.12476.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M.P.B. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

SANTOS, J.L.G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 3, p. 257-263, 2013. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>>.

SAUT, A. M.; BERSSANETTI, F. T.; MORENO, M. C. Evaluating the impact of accreditation on Brazilian healthcare organizations: A quantitative study. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 29, n.5, p.713–721, 2017. [https://doi:10.1093/intqhc/mzx094](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx094)

SCHENK, E. C., et al. Perspectives on Patient and Family Engagement With Reduction in Harm. **Journal of Nursing Care Quality**, v.34, n.1, p.73-79, 2019. Disponível em: doi:10.1097/ncq.0000000000000333.

SILVA, G. D. et al. Critical incident technique: applicability in nursing research. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4142-4153, 2016. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4142-4153>

SOARES, N.V.; DALL'AGNOL, C.M. Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 683-688, 2011. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000500014>>.

SPANJOL, J. et al. Co-Production of Prolonged, Complex, and Negative Services: An Examination of Medication Adherence in Chronically Individuals. **Journal of Service Research**, v. 18, n. 3, p. 284-302, 2015.

THE BERYL INSTITUTE WEBSITE, **Defining Patient Experience**. 2018. Disponível em: <http://www.theberylinstitute.org/?page=DefiningPatientExp>. Acessado em 27 de outubro de 2018.

TONDO, J.C.A.; GUIRARDELLO, E.B. Perception of nursing professionals on patient safety culture. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 6, p. 1284-1290, 2017. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010>>.

VIANA, C. D. **Atributos de satisfação de usuários de um serviço hospitalar com o cuidado de enfermagem**. 2016. Mestrado em Enfermagem. Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, Porto Alegre.

VICTOR, M. A. G et al. Quedas em pacientes cirúrgicos: subsídios para o cuidado de enfermagem seguro. **Revista de Enfermagem UFPE**, on line, v.11, supl.10, p.4027-35, 2017. <DOI: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201704>.

VONNES, C.; WOLF, D. Fall risk and prevention agreement: engaging patients and families with a partnership for patient safety. **B.MJ Open Quality** , v. 6, e000038, 2017. Doi: <doi:10.1136/bmjoq-2017-000038>

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WARD, J.K.; ARMITAGE, G. Can patients report patient safety incidents in a hospital setting? A systematic review. **BMJ Quality Safety**, v. 21, p. 685-699, 2012. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000213.

WHO. World Health Organization. First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care. Geneva, 2005. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf?ua=1. Acessado em 08 de dezembro de 2018.

_____. World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009**. Geneva, 2008a. Disponível em:

http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf

_____. World Health Organization. **The research priority setting working group. Global priorities for research in patient safety.** Geneva, 2008 b. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf.

_____. World Health Organization. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety.** Final Technical Report, Geneva, 2009a. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acessado em 10/03/2018

_____. World Health Organization. **WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives.** 2009b. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=BD48D06B8BD2FECD3837C7C71798BBC?sequence=1. Acessado em 08 de dezembro de 2018.

_____. World Health Organization. WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>. Acessado em 08 de dezembro de 2018.

WOLF, J. A. et al. Defining Patient Experience. **Patient Experience Journal**, v 1, n. 1, 2014. Disponível em: <http://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/3>.

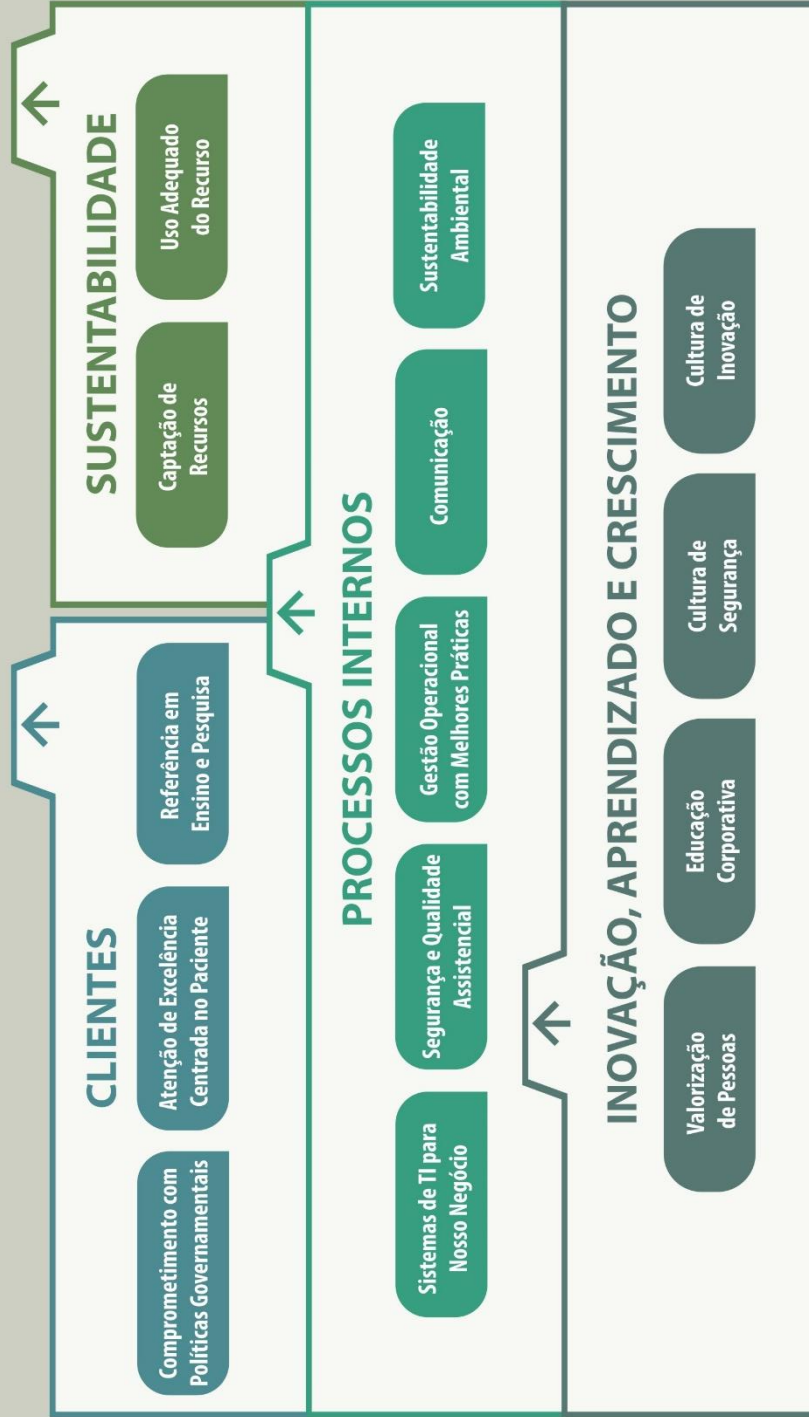
YAN, J. et al. Patient reporting of undesirable events: a pilot study in China. **International Journal for Quality in Health Care**, v.29, n, p.360-65, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx029>.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J.; GREMLER, D. D. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente.** 6ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

ZHOU, H. et al. The development of indicator measure for monitoring the quality of patient-centered care in China's tertiary hospitals. **Plos One**, v. 13, n. 10, 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205489>. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205489>.

MISSÃO: Ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação.

VISÃO: Transformar a realidade com inovação em saúde.



VALORES: Respeito à pessoa | Competência técnica | Trabalho em equipe | Comprometimento institucional | Austeridade | Responsabilidade social | Transparência

ANEXO 2 – CARTAZ 5 MOMENTOS PRECONIZADOS PELA OMS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Momentos indicados para a higienização das mãos

1 ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE

2 ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASÉPTICO

3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS

4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE

5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE

Passos para higienizar as mãos

- 1 Friccionar as palmas
- 2 Friccionar o dorso
- 3 Friccionar entre os dedos
- 4 Friccionar a polpa digital
- 5 Friccionar o polegar
- 6 Friccionar as unhas
- 7 Friccionar o punho

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE - RS
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

ANEXO 3 – PREVENÇÃO DE QUEDAS – ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES

Queda

Queda é a situação na qual o paciente cai sem intenção. A queda pode levar o paciente ao chão ou a algum plano mais baixo com relação à posição em que ele estava, podendo ter graves consequências.

Para prevenir as quedas durante a internação hospitalar, é importante conhecer os fatores que podem ocasioná-las.



Conheça os fatores que podem levar o paciente à queda

- Idade acima de 65 anos.
- Alteração do estado mental (confusão, agitação, desorientação).
- História de quedas anteriores.
- Ambiente muito escuro durante a noite.
- História de tontura, pressão baixa, desmaio.
- Utilização de medicamentos que provoquem sono.
- Ausência de acompanhantes (em caso de pacientes com risco de queda).
- Dificuldade para andar: uso de cadeira de rodas, muletas, andador, bengala.
- Dificuldade visual, de tato ou de audição.
- Dor ao movimentar-se.
- História de insônia.
- Urgência para ir ao banheiro.
- Problemas psiquiátricos.
- Depressão.

Como ajudar na prevenção

Famíliares e acompanhantes podem ajudar na prevenção de quedas. Para isto, é necessário seguir estas recomendações:

- Forneça informações sobre o paciente ao enfermeiro para o preenchimento da ficha de avaliação do risco de quedas.
- Acompanhe o paciente com risco de queda durante o período da internação, evitando deixá-lo sozinho.
- Comunique a equipe de enfermagem quando for necessário deixar o paciente sozinho.
- Mantenha a campainha do quarto ao alcance do paciente.
- Solicite auxílio da enfermagem para retirar o paciente da cama ou para realizar outras atividades que apresentem risco de queda.
- Mantenha as grades da cama elevadas e as rodas travadas.
- Evite ambientes totalmente escuros.

O que fazer em caso de queda

Comunique imediatamente a enfermagem para que o paciente seja avaliado.

Caso tenha dúvidas, solicite esclarecimento ao enfermeiro do setor.

ANEXO 4 – CARTA DE DIREITOS E DEVERES DOS PACIENTES

DIREITOS E DEVERES DOS PACIENTES

São direitos do paciente

1. Receber atendimento humanizado, atencioso, respeitoso, seguro e adequado as suas necessidades, sem sofrer qualquer tipo de discriminação.
2. Ter acesso ao nome e categoria profissional de quem lhe está prestando assistência.
3. Ter sua privacidade respeitada.
4. Receber informações objetivas, claras e compreensíveis sobre sua doença, ações diagnósticas e terapêuticas, tratamentos propostos, prognósticos, riscos e alternativas de tratamento.
5. Autorizar formalmente um familiar ou representante, para que tenha acesso às informações relativas ao seu estado de saúde e tratamento.
6. Consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, procedimentos de qualquer tipo propostos pela equipe de saúde, salvo em caso de iminente risco de morte, podendo mudar sua decisão a qualquer momento.
7. Consentir ou recusar a participação em pesquisa.
8. Ter acesso às informações existentes em seu prontuário, conforme normas da instituição.
9. Ter resguardados o sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, desde que isso não implique em riscos a terceiros ou à saúde pública.
10. Ter orientação, avaliação e manejo da sua dor.
11. Ter suas crenças e valores espirituais respeitados e integrados ao seu cuidado.
12. Ser acompanhado nas consultas, exames e internações por pessoa de sua livre escolha, ressalvadas as situações tecnicamente não indicadas.
13. Receber visitas de acordo com as normas do hospital.
14. Procurar uma segunda opinião médica em qualquer fase do tratamento.

São deveres do paciente / família

1. Fornecer informações precisas, completas e verdadeiras sobre a sua saúde.
2. Seguir as instruções da equipe assistencial e manifestar eventuais dúvidas sobre as orientações recebidas.
3. Responsabilizar-se quando da recusa em receber tratamento ou seguir as orientações da equipe assistencial.
4. Responsabilizar-se pela guarda de seus objetos pessoais.
5. Respeitar os direitos dos demais pacientes, acompanhantes e profissionais da instituição.
Desacato a funcionário público constitui crime (Art. 331 do Código Penal).
6. Cumprir os regulamentos do hospital.
7. Manter o ambiente limpo, organizado e zelar pela conservação das instalações.
8. Respeitar e exigir que seus acompanhantes também respeitem a proibição do fumo, consumo de bebidas alcoólicas e uso de drogas ilícitas nas dependências do Hospital.
9. Liberar o leito assim que receber alta.



**APÊNDICE A – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA OBSERVAÇÃO
ENVOLVIMENTO DO USUÁRIO NAS AÇÕES DE SEGURANÇA**

DATA: _____

Horário de Início: _____

UNIDADE: _____

Horário de Término: _____

Processo assistencial observado:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Identificação do paciente | <input type="checkbox"/> Medidas preventivas de quedas |
| <input type="checkbox"/> Higiene de mãos | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

Local observado: Quarto (1 ou 2 leitos), Enfermaria (3 leitos), corredor ou outro (especificar): _____

Profissionais envolvidos no processo assistencial observado:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro | <input type="checkbox"/> Equipe da Nutrição |
| <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem | <input type="checkbox"/> Equipe da Higienização |
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

Registro de diálogos acerca do objeto investigado entre profissionais e pacientes/família:

Registro de comportamentos dos profissionais, especificar qual:

Registro de comportamentos de pacientes/ familiares

Impressões do Observador:

**APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO
PARA ENTREVISTA DE PACIENTES**

1. Dados do Participante

Idade: _____

Sexo: _____

Escolaridade: _____

Dias de Internação: _____

Motivo da Internação: _____

2 Informações da Entrevista

Data: _____

Unidade: _____

Horário de início: _____

Horário de Término: _____

3. Questão Norteadora:

Pense no seu período de internação nesta unidade no HCPA (pausa, até que perceba que o entrevistado elaborou o pensamento). Agora lembre-se, os cuidados que recebeu (nova pausa). Lembre-se, também, dos profissionais que lhe atenderam durante este período, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, nutrição e higienização (nova pausa). Pense como foi o atendimento em relação aos cuidados relacionados à segurança da sua assistência, como na sua identificação, na prevenção de quedas (se o paciente apresentar risco de queda), na higienização das mãos. Pense como foi seu envolvimento nesses cuidados ou em outros que queira relatar.

Diga-me:

- Qual situação você lembrou?
- Como ocorreu?
- Qual sua percepção sobre o local que ocorreu?
- Quando ocorreu?
- Que pessoas estavam envolvidas?
- O que as pessoas falaram?
- O que percebeu nos comportamentos dos envolvidos, inclusive nos seu?
- Porque este evento foi selecionado por você para relatar?
- O que poderia ter sido diferente?
- Você deseja relatar outra situação?

**APÊNDICE C – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO
PARA ENTREVISTA DE FAMÍLIAS**

1. Dados do Participante

Idade: _____

Sexo: _____

Escolaridade: _____

Parentesco: _____

2 Informações da Entrevista

Data: _____

Unidade: _____

Horário de início: _____

Horário de Término: _____

3. Questão Norteadora:

Pense no período de internação de seu(sua) familiar nesta unidade no HCPA (pausa, até que perceba que o entrevistado elaborou o pensamento). Agora lembre-se dos cuidados que o(a) mesmo(a) recebeu (nova pausa). Lembre-se, também, dos profissionais que o(a) atenderam durante este período, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, nutrição e higienização (nova pausa). Pense como foi o atendimento em relação aos cuidados relacionados à segurança da assistência, como na identificação do paciente, na prevenção de quedas (se o paciente apresentar risco de queda), na higienização das mãos. Pense como foi seu envolvimento e de seu familiar nesses cuidados, ou em outros que queira relatar.

Diga-me:

- Qual situação você lembrou?
- Como ocorreu?
- Qual sua percepção sobre o local que ocorreu?
- Quando ocorreu?
- Que pessoas estavam envolvidas?
- O que as pessoas falaram?
- O que percebeu nos comportamentos dos envolvidos, inclusive nos seu?
- Porque este evento foi selecionado por você para relatar?
- O que poderia ter sido diferente?
- Você deseja relatar outra situação?

APÊNDICE D – TERMO DE USO DE DADOS INSTITUCIONAIS



Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

<p>A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE EM SERVIÇO HOSPITALAR: PERCEPÇÕES ACERCA DA QUALIDADE E SEGURANÇA</p>	<p>Cadastro no GPPG nº 2018-0511</p> <p>CAEE: 01092918.2.0000.5327</p>
---	--

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 17 de setembro de 2018.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Gisela Maria Schebella Souto de Moura	
Diovane Ghignatti da Costa	

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES*

Nº do projeto GPPG 2018-0511, CAEE: 01092918.2.0000.5327

Título do Projeto: A experiência do paciente em serviço hospitalar: percepções acerca da qualidade e segurança

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar a experiência do paciente durante a internação hospitalar, com foco nas ações de cuidado voltadas para a qualidade e segurança.

Se você aceitar participar da pesquisa, o procedimento envolvido em sua participação consiste em relatar sua experiência durante esta internação. A entrevista será gravada e, após a transcrição, a gravação será deletada.

Os desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são relacionados às lembranças e ao relato que as situações podem gerar em você, pois não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa é contribuir para o conhecimento em relação à participação do paciente-família nos cuidados para melhorar a segurança assistencial. Como os benefícios são indiretos, poderão beneficiar futuros pacientes.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

* Elaborado conforme orientações contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional em Saúde-MS. Duas vias de igual teor: uma destinada à pesquisadora e outra ao(à) participante.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com os pesquisadores, conforme contatos a seguir, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para as pesquisadoras.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Profa. Dra. Gisela Maria Schebella
Souto de Moura
Pesquisadora Responsável
gmoura@hcpa.edu.br
(51) 3308-5332

Dda. Diovane Ghignatti da Costa
Pesquisadora-Discente
dgcosta@hcpa.edu.br
(51) 98010-3954

**APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA FAMILIARES ***

Nº do projeto GPPG 2018-0511, CAEE: 01092918.2.0000.5327

Título do Projeto: A experiência do paciente em serviço hospitalar: percepções acerca da qualidade e segurança

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar a experiência do paciente durante a internação hospitalar, com foco nas ações de cuidado voltadas para a qualidade e segurança.

Se você aceitar participar da pesquisa, o procedimento envolvido em sua participação consiste em relatar a experiência relacionada aos cuidados recebidos por seu familiar. A entrevista será gravada e, após a transcrição, a gravação será deletada.

Os desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são relacionados às lembranças e ao relato que as situações podem gerar em você, pois não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa é contribuir para o conhecimento em relação à participação do paciente-família nos cuidados para melhorar a segurança assistencial. Como os benefícios são indiretos, poderão beneficiar futuros pacientes,

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome e de seu familiar não aparecerão na publicação dos resultados.

* Elaborado conforme orientações contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional em Saúde-MS. Duas vias de igual teor: uma destinada à pesquisadora e outra ao(à) participante.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com as pesquisadoras, conforme contatos a seguir, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Profa. Dra. Gisela Maria Schebella

Souto de Moura

Pesquisadora Responsável

gmoura@hcpa.edu.br

(51) 3308-5332

Dda. Diovane Ghignatti da Costa

Pesquisadora-Discente

dgcosta@hcpa.edu.br

(51) 98010-3954

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS *

Nº do projeto GPPG 2018-0511, CAEE: 01092918.2.0000.5327

Título do Projeto: A experiência do paciente em serviço hospitalar: percepções acerca da qualidade e segurança

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar a experiência do paciente durante a internação hospitalar, com foco nas ações de cuidado voltadas para a qualidade e segurança.

Se você aceitar participar da pesquisa, o procedimento envolvido em sua participação consiste em ser observado por um membro da equipe de pesquisa durante a prestação de cuidados aos pacientes. A observação será registrada pelo pesquisador em instrumento destinado para tal.

Os desconfortos decorrentes da participação na pesquisa referem-se ao fato de ser observado durante os cuidados, pois não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa é contribuir para o conhecimento em relação à participação do paciente-família nos cuidados para melhorar a segurança assistencial. Como os benefícios são indiretos, poderão beneficiar futuros pacientes,

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao seu vínculo institucional.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

* Elaborado conforme orientações contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional em Saúde-MS. Duas vias de igual teor: uma destinada à pesquisadora e outra ao(à) participante.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com as pesquisadoras, conforme contatos a seguir, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Profa. Dra. Gisela Maria Schebella

Souto de Moura

Pesquisadora Responsável

gmoura@hcpa.edu.br

(51) 3308-5332

Dda. Diovane Ghignatti da Costa

Pesquisadora-Discente

dgcosta@hcpa.edu.br

(51) 98010-3954