

Crenças dos profissionais no envolvimento do paciente para a segurança hospitalar

Professionals' beliefs in patient involvement for hospital safety

Creencias de los profesionales en el involucramiento del paciente para la seguridad hospitalaria

Cristiane Chagas Teixeira^I

ORCID: 0000-0002-4752-0439

Ana Lúcia Queiroz Bezerra^I

ORCID: 0000-0002-6439-9829

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá^{II}

ORCID: 0000-0003-0562-8975

Thaís Cristina Afonso^I

ORCID: 0000-0001-5026-8142

^IUniversidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil.

^{II}Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Como citar este artigo:

Teixeira CC, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Afonso TC. Professionals' beliefs in patient involvement for hospital safety. Rev Bras Enferm. 2022;75(4):e20210359. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0359>

Autor Correspondente:

Cristiane Chagas Teixeira

E-mail: cc-teixeira@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Priscilla Valladares Broca

Submissão: 09-07-2021

Aprovação: 22-12-2021

RESUMO

Objetivos: analisar as crenças dos profissionais de saúde acerca dos benefícios do envolvimento do paciente na assistência durante a hospitalização. **Métodos:** estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 87 profissionais de saúde de um hospital de ensino. Realizou-se entrevista semiestruturada, entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020 — dados submetidos à análise de conteúdo e interpretados à luz do Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstock. **Resultados:** participaram técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, dentre outros profissionais. Emergiram as categorias “Crenças dos profissionais sobre o envolvimento do paciente no cuidado”, “Práticas de envolvimento do paciente no cuidado” e “Fatores favoráveis ao envolvimento do paciente no cuidado hospitalar”. A percepção dos profissionais desvelou influência do envolvimento do paciente nos desfechos assistenciais e benefícios para a segurança assistencial. **Considerações Finais:** envolver o paciente no cuidado está associado à crença do profissional de saúde nos benefícios dessa prática para a redução de incidentes. **Descritores:** Crenças; Comportamento; Segurança do Paciente; Participação do Paciente; Assistência Centrada no Paciente.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the beliefs of health care professionals about the benefits of patient involvement in care during hospitalization. **Methods:** a descriptive, exploratory, qualitative study was conducted with 87 health professionals from a teaching hospital. Semi-structured interviews were conducted between December 2019 and January 2020 - data was submitted to content analysis and interpreted in light of Rosenstock's Model of Beliefs in Health. **Results:** participants included nursing technicians, nurses, doctors, and other professionals. The categories “Professionals' beliefs about patient involvement in care”, “Practices of patient involvement in care” and “Factors favoring patient involvement in hospital care” emerged. The perception of professionals revealed the influence of patient involvement in care outcomes and benefits for the safety of care. **Final Considerations:** involving the patient in care is associated with the healthcare professional's belief in the benefits of this practice for reducing incidents. **Descriptors:** Beliefs; Behavior; Patient Safety; Patient Participation; Patient-Centered Care.

RESUMEN

Objetivos: analizar creencias de profesionales sanitarios sobre beneficios del involucramiento del paciente en la atención durante la hospitalización. **Métodos:** estudio descriptivo, exploratorio, de abordaje cualitativo, realizado con 87 profesionales sanitarios de un hospital de enseñanza. Realizada entrevista semiestruturada, entre diciembre de 2019 y enero de 2020 — datos sometidos al análisis de contenido e interpretados basados en el Modelo de Creencias en Salud de Rosenstock. **Resultados:** participaron técnicos de enfermería, enfermeros, médicos, entre otros profesionales. Emergieron las categorías “Creencias de profesionales sobre el involucramiento del paciente en la atención”, “Prácticas de involucramiento del paciente en la atención” y “Factores favorables al involucramiento del paciente en la atención hospitalaria”. Percepción de profesionales desveló influencia del involucramiento del paciente en desfechos asistenciales y beneficios para seguridad asistencial. **Consideraciones Finales:** involucrar al paciente en la atención está relacionado a creencia del profesional sanitario en los beneficios de esa práctica para la reducción de incidentes. **Descriptorios:** Creencias; Conducta; Seguridad del Paciente; Participación del Paciente; Atención Dirigida al Paciente.

INTRODUÇÃO

O envolvimento do paciente constitui uma estratégia para prevenção de incidentes de segurança relacionados à assistência em saúde⁽¹⁾. É considerado um componente essencial do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que estimula a parceria entre pacientes, familiares e profissionais de saúde em um esforço para melhorar a segurança assistencial, colocando os pacientes no centro dos cuidados e como parceiros plenos da assistência⁽²⁾.

A prática de envolver o paciente no cuidado é reconhecida internacionalmente como uma dimensão da qualidade⁽³⁾. Além disso, converge para um dever legal do sistema de saúde respeitar, verdadeiramente, os direitos do paciente à privacidade, ao acesso à informação, ao sigilo ou segredo profissional, à autonomia, à não discriminação e à empatia na relação médico-paciente, consolidando o princípio da dignidade humana⁽⁴⁾.

A participação do paciente na avaliação do risco de queda e no desenvolvimento de um plano de segurança durante hospitalização reduziu em 25% as taxas de quedas totais e em 67% as taxas de quedas com danos⁽¹⁾. Em unidades de internação pediátrica de sete hospitais norte-americanos, após a implementação de uma intervenção de comunicação estruturada para rodadas centradas na família coproduzidas por famílias, enfermeiras e médicos, os incidentes com danos foram reduzidos⁽⁵⁾.

Na Suécia, verificou-se que a maioria dos pacientes tinha conhecimento sobre suas condições de saúde e demonstrou ser participante ativo em suas atividades de cuidado e segurança, tendo voz, fazendo parte do processo da tomada de decisão e compartilhando informações⁽⁶⁾. Os benefícios do envolvimento do paciente consistem em melhoria na segurança dos cuidados em saúde, maior eficiência assistencial, aumento da satisfação e motivação do paciente, adesão ao tratamento, transparência na comunicação, menor tempo de recuperação e redução dos custos em hospitalização⁽³⁾. Envolver o paciente no cuidado, portanto, é um caminho necessário por exercer influência importante nos resultados assistenciais⁽⁷⁾.

Entender como esse movimento está acontecendo nos serviços de saúde possibilita levantar elementos que subsidiem a gestão organizacional no desenvolvimento de ações que tornem essa prática mais incisiva e cultural, com reflexos no comportamento dos profissionais de saúde. A adoção de determinado comportamento e atitude pelas pessoas sofre influência de um sistema de crenças, que modela as ações individuais e coletivas, com base numa interpretação estável e significativa para os envolvidos, de acordo com o contexto físico, social e cultural⁽⁸⁾.

Nessa perspectiva, o Modelo das Crenças em Saúde proposto por Rosenstock⁽⁹⁾ mostra-se como ferramenta de extrema relevância para compreensão do universo das crenças dos profissionais de saúde sobre o envolvimento do paciente na segurança do cuidado. Trata-se de um modelo que tem sido utilizado para explicar e prever o comportamento dos profissionais de saúde diante de determinadas práticas assistenciais⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Dentre os aspectos relacionados às crenças em saúde, elencam-se os benefícios percebidos que se referem à crença na efetividade de uma ação e na percepção dos resultados positivos, mesmo diante de possíveis barreiras⁽⁹⁾. Estudo canadense

evidenciou, com base nesse modelo, a influência dos benefícios percebidos pelos profissionais de saúde como fator contribuinte para o envolvimento do paciente nas práticas do cuidado seguro⁽¹⁰⁾. No Brasil, os benefícios percebidos pela equipe de enfermagem em relação aos parâmetros dos sinais vitais também influenciou o registro dessas informações para o monitoramento de pacientes hospitalizados⁽¹¹⁾.

Diante disso, a compreensão das crenças dos profissionais de saúde sobre os benefícios do envolvimento do paciente no cuidado pode revelar aspectos da prática profissional e direcionar a tomada de decisão da liderança organizacional para a promoção de mudanças no ambiente de prática, de forma a favorecer a participação do paciente nos processos assistenciais durante a hospitalização.

Trata-se de proposta que analisa o envolvimento do paciente no cuidado no âmbito hospitalar, cuja literatura disponível ainda é considerada incipiente. Além disso, não existem estudos nacionais ou internacionais que exploraram a percepção dos profissionais sobre o envolvimento do paciente no cuidado, sob o referencial do Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstock.

OBJETIVOS

Analisar as crenças dos profissionais de saúde acerca dos benefícios do envolvimento do paciente na assistência durante a hospitalização.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o anonimato quanto à exposição da identidade e evitar constrangimentos, os relatos referentes a cada participante foram identificados pela letra inicial da categoria profissional seguida de um número correspondente à ordem da entrevista.

Desenho e local do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, baseado no *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ)⁽¹²⁾.

O estudo foi realizado em um hospital de ensino da Região Centro-Oeste do Brasil. Trata-se de uma instituição pública federal, que presta atendimento ambulatorial e hospitalar em nível de atenção de média e alta complexidade a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Constitui campo de pesquisa, ensino e extensão de cursos da área da saúde, com capacidade total para 600 leitos de internação. Foram incluídas as seguintes unidades de internação: clínica médica, clínica ortopédica, clínica cirúrgica e clínica de medicina tropical.

População

A população constituiu-se dos profissionais de saúde atuantes nas unidades selecionadas para este estudo. Foram considerados

critérios de inclusão a atuação do profissional na unidade pelo período mínimo de seis meses, nos turnos diurnos e noturnos. Foram excluídos da pesquisa aqueles que estiveram afastados de suas funções durante a coleta de dados.

Participaram do estudo 87 profissionais de saúde, dentre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e outros, que foram selecionados por conveniência. Utilizou-se da técnica de amostragem por saturação teórica de dados, que consiste na interrupção da coleta de dados a partir da constatação de que não surgiram mais elementos novos no campo de observação para subsidiar a teorização almejada⁽¹³⁾. O número de participantes correspondeu a todos os sujeitos abordados para a realização da pesquisa, uma vez que não houve recusa em participar do estudo.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados foi guiada por um instrumento semiestruturado elaborado para fins desta pesquisa, estruturado em duas partes. A primeira investigou o perfil profissiográfico do participante, e a segunda parte contemplou as questões norteadoras: Para você, qual o significado do envolvimento do paciente na própria segurança durante o atendimento? Você acha importante a participação do paciente nas questões que envolvem o seu cuidado? Por quê?

O instrumento foi submetido a teste-piloto com sete profissionais de saúde, para verificar objetividade, clareza e alcance dos objetivos. Os profissionais que participaram do teste-piloto atuavam nas unidades de internação e não foram incluídos como população-alvo do estudo. Após o teste, foram incluídas questões sobre o perfil profissiográfico, e não houve necessidade de alterar as perguntas norteadoras.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora principal, que tem aproximação com o tema de pesquisa e entendimento dos princípios norteadores da técnica de entrevista para obtenção de dados. O entrevistador não tinha qualquer tipo de vínculo de trabalho com o hospital, nem com os entrevistados. As razões e interesse no tópico da pesquisa são decorrentes da subjetividade e complexidade das crenças dos profissionais de saúde.

Antes do início da coleta de dados, foram realizadas visitas nas unidades clínicas do hospital para convidar os profissionais de saúde, informar sobre a finalidade da pesquisa e ressaltar a importância da opinião de cada integrante a fim de aprimorar o conhecimento sobre segurança do paciente. Aqueles que consentiram em participar preencheram uma lista com preferência de datas, horários e telefones. Quando houve intercorrências, a entrevista foi reagendada.

As entrevistas foram realizadas de forma presencial e individual entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020. Foram gravadas e contaram somente com a presença do entrevistador e profissional de saúde, em local reservado, nos campos de trabalho do entrevistado.

Após consentimento do participante, a gravação se deu em aparelho smartphone, modo off-line, contendo aplicativo de gravador digital. Em seguida, o material foi transcrito na íntegra em documento do Microsoft Office Word 2016[®], formando o corpus de análise. As entrevistas tiveram duração média de 15 a 20 minutos. Não houve necessidade de repeti-las nem de devolver as transcrições aos participantes para comentários e/ou correções.

Análise dos dados

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, conforme referencial de Bardin⁽¹⁴⁾, organizada em três polos cronológicos: a pré-análise, momento de organização e reconhecimento dos dados por meio de leitura; exploração do material, em que se efetuou a codificação dos dados, por recorte de texto e, em seguida, identificação dos núcleos de sentido consonante com os objetivos; e o tratamento e interpretação dos resultados obtidos, momento no qual os dados foram tratados por meio de inferências e interpretações, de maneira a se tornarem significativos e válidos, categorizando as informações analisadas⁽¹⁴⁾.

O processo de pré-análise e exploração do material foi realizado com o auxílio do software webQDA, que viabilizou a organização do grande volume de material. Com a análise, foram levantadas 14 unidades de significação, agrupadas por temas, surgindo três unidades de contexto, que definiram as categorias temáticas: "Crenças dos profissionais sobre o envolvimento do paciente no cuidado", "Práticas de envolvimento do paciente no cuidado" e "Fatores favoráveis ao envolvimento do paciente no cuidado hospitalar".

Posteriormente, as unidades de contexto foram interpretadas à luz da dimensão "Benefícios percebidos", do Modelo de Crenças em Saúde proposto por Rosenstock⁽⁹⁾. Baseando-se nesse referencial⁽⁹⁾, no contexto do gerenciamento da segurança do paciente e de seu envolvimento no cuidado, considerou-se "benefícios percebidos" como a crença na importância do envolvimento do paciente no cuidado percebendo os resultados positivos para a segurança da assistência, mesmo diante de barreiras/obstáculos.

Os dados relacionados à caracterização profissional foram analisados por meio de estatística descritiva, apresentando média para as variáveis contínuas e frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas.

RESULTADOS

Foram entrevistados 87 profissionais de saúde, sendo 66 (75,9%) do sexo feminino. A idade variou de 25 a 63 anos, com média de 40 anos. Tiveram maior participação neste estudo os técnicos de enfermagem (33; 37,9%), seguidos pelos enfermeiros (22; 25,3%), médicos (7; 8%), fisioterapeutas (5; 5,7%), nutricionistas (4; 4,6%), psicólogos (3; 3,4%), farmacêuticos (3; 3,4%) e outros profissionais de nível superior (10; 11,5%), que incluíram fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. O tempo transcorrido desde a formação dos profissionais variou entre 1 e 33 anos. Mais da metade tinha especialização (45; 51,7%). A maioria atuava na assistência (78; 89,7%), em serviço público (62; 71,3%) e tinha um vínculo empregatício (52; 59,8%). Sobre a realização de capacitação na área de segurança do paciente, 53 (60,9%) não realizaram nenhum curso.

A síntese da categoria "Crenças dos profissionais sobre o envolvimento do paciente no cuidado" está apresentada no Quadro 1.

Por perceberem os benefícios do envolvimento do paciente no cuidado, os profissionais adotam essa prática durante o trabalho assistencial. A categoria temática "Práticas de envolvimento do paciente no cuidado", cuja síntese está apresentada no Quadro 2, revela as estratégias utilizadas pelos profissionais para envolverem o paciente na segurança do cuidado.

Quadro 1 – Síntese dos relatos de profissionais de saúde na categoria temática “Crenças dos profissionais sobre o envolvimento do paciente no cuidado”, Goiânia, Goiás, Brasil, 2020

Unidades de significação	Falas representativas
Paciente protagonista do cuidado	<i>“Ter o empoderamento suficiente para saber o que é a demanda dele e dos demais profissionais que estão envolvidos no cuidado, que ele esteja seguro naquela internação, que ele possa ser cuidado, tratado nas necessidades dele, de modo que seja benéfico para ele e para o estado de saúde geral dele.” (P38)</i>
Autonomia para tomada de decisão	<i>“Evitar erros. A partir do momento que você inclui o paciente no seu próprio tratamento, você tem um aliado e uma assistência de qualidade.” (TE47)</i>
Conscientização do paciente sobre os riscos assistenciais	<i>“Já aconteceu casos aqui, por exemplo, aonde eu tentei mostrar para o paciente que aquela conduta era melhor para ele, e o paciente não quis receber a conduta. De fazer um curativo na paciente e dizer ‘olha, essa forma é a mais correta, para garantir a segurança do seu tratamento, para você não contrair uma infecção’. E ela queria que eu passasse pomada contaminada no dedo dela e pegasse uma gaze e amarrasse ao invés de passar um esparadrapo, ocluir certinho.” (E15)</i>
Interação profissional-paciente e a comunicação	<i>“Envolver o paciente na assistência seria como uma barreira de proteção na assistência. Porque o paciente... a gente está olhando vários pacientes, ele sabe das coisas dele, então já teve casos que ele foi uma barreira, dele falar ‘não, eu não uso essa medicação’ ou ‘não, eu não estou sabendo de exame’, então, ele mesmo é uma barreira para não acontecer erro.” (E02)</i>
Relação de confiança e empatia	<i>“Conversando sobre ele, mostrando onde vai ficar, que banheiro vai usar; a cama, que pode levantar, abaixar, que precisa sempre na hora de levantar ter cuidado, chamar alguém se não tiver acompanhante. Isso é um meio de segurança para ele não cair; se o chão tiver molhado, ele não andar.” (TE31)</i> <i>“Tem bastante entrosamento, interação do paciente com todo o processo que está acontecendo à volta dele. A gente deixa muito aberto para qualquer questionamento, qualquer dúvida.” (F148)</i> <i>“Importante ele estar envolvido. Isso facilita a interação do profissional com o paciente, a adesão ao tratamento. O paciente precisa saber o que está sendo realizado com ele.” (N35)</i> <i>“Significa olhar o paciente nos olhos, entender o que o paciente está esperando de mim naquele momento e o que eu posso fazer de melhor para ele naquele momento.” (TE22)</i> <i>“Eu trato da forma que eu gostaria que as pessoas me tratassem. Para mim, é importante saber tudo que está acontecendo comigo quando estou internada; para eles, também é.” (E03)</i>

Quadro 2 – Síntese dos relatos de profissionais de saúde na categoria temática “Práticas de envolvimento do paciente no cuidado”, Goiânia, Goiás, Brasil, 2020

Unidades de significação	Falas representativas
Criação de vínculo paciente-profissional	<i>“A primeira forma que eu uso para envolver o paciente é criar o vínculo com esse paciente, estabelecer um vínculo.” (TO27)</i> <i>“Criação do vínculo, ele perceber que você está ali enquanto equipe multiprofissional para prestar uma assistência de qualidade, que a gente tem a preocupação com a recuperação dele, com a prevenção de novas internações.” (AS43)</i>
Atitude de parceria	<i>“Então, se é um fator social, eu busco dividir com o serviço social, com assistente social. Se é um fator clínico, eu busco discutir com a médica, ou com a enfermagem. E se é um fator emocional, eu busco estar trabalhando esses recursos para que ele possa se envolver mais no cuidado dele.” (P32)</i>
Corresponsabilização pelo cuidado	<i>“Foco no trabalho multi: cada profissional atuar de acordo com a sua especificidade, junto àquele paciente, como centro das atenções.” (AS43)</i>
Transição do cuidado	<i>“[...] tem que envolver o paciente, informá-lo o máximo, para que ele saiba tudo que está acontecendo ao redor dele, que ele entenda o que é um ambiente hospitalar, o que tem sido feito nele, o que isso pode causar de riscos, para que ele tenha também certos cuidados que, às vezes, na nossa ausência, ele vai ter que se cuidar.” (TE13)</i> <i>“Eu acho muito importante atendimento de pronto-socorro que a gente faz, para o paciente sair orientado de sinal de alarme, quando deve voltar ao hospital, qual expectativa de melhora e quanto tempo” (M62)</i>
Respeito ao direito do paciente	<i>“Existem profissionais que tem esse nível de comprometimento, de consciência, uma visão mais humanizada da assistência e percebe o paciente como um cidadão de direitos.” (AS43)</i>
Paciente como barreira para erros	<i>“Primeiramente, esclarecer, informar, orientar. Primeiramente, que instituição é essa, que tipo de cuidado que está sendo oferecido para ele aqui, o ponto de vista do serviço social, a gente faz toda uma abordagem dos direitos à saúde.” (AS42)</i> <i>“Ele ajuda a se proteger, ajuda na cultura de segurança, porque aquilo que o profissional às vezes deixa passar batido, ele consegue falar ‘olha, você não fez isso, você não fez o meu medicamento no horário, ou então, você não higienizou as mãos antes de encostar em mim’. Como a demanda é grande, ajuda o profissional a se atentar, para essas coisas.” (E23)</i> <i>“Porque todos os profissionais de saúde estão envolvidos, principalmente, o paciente [...], por exemplo, se for um medicamento para ele tomar, e ele não reconhecer, pela cor, pela característica, ele pode falar: ‘Não, não uso, não faço uso desse medicamento, não posso fazer uso desse medicamento’. Então, é fundamental para segurança dele.” (FA55)</i>

Quadro 3 – Síntese dos relatos de profissionais de saúde na categoria temática “Fatores favoráveis ao envolvimento do paciente no cuidado hospitalar”, Goiânia, Goiás, Brasil, 2020

Unidade de significação	Falas representativas
<p>Suporte organizacional</p> <p>(educação em serviço e estrutura física)</p> <p>Experiência como oportunidade de aprendizado</p> <p>Orientação/ativação do paciente quanto ao seu envolvimento no cuidado</p>	<p>“O hospital oferece capacitações através de educação permanente, minicursos, palestras. Isso assegura o profissional no seu autotreinamento, para que ele preste uma assistência com qualidade, a instituição envolva o paciente com mais qualidade, e isso a instituição tem favorecido.” (E01)</p> <p>“Por exemplo, a gente estava sem cadeira de banho [...] a nossa gestão foi atrás, e providenciou. Então quando a gente tem algum obstáculo assim, de infraestrutura, a gestão é bem pronta, de nos apoiar.” (E57)</p> <p>“Teve uma mudança. Nos quartos, tinha só o nome do paciente. Hoje tem um lugarzinho onde é colocado o nome do paciente, a data de internação, tem umas bolinhas, vermelha, verde, que tem umas indicações, colocam agora ‘paciente com risco de queda’ ou não. Isso antes não existia.” (TE22)</p> <p>“Me sinto capaz de envolver, porque já tem 18 anos. O que não aprendi em uma sala de aula, eu aprendi na vivência cotidiana, no dia a dia.” (TE22)</p> <p>“Tem 13 anos que eu vivo isso. Eu me considero a cada dia melhor preparado para lidar com a necessidade das pessoas, para envolvê-las no cuidado, para chamar a pessoa, a responsabilidade com o próprio corpo, com as alterações que a doença está colocando.” (E57)</p> <p>“Quanto mais o paciente tiver conhecimento da necessidade dele para estar participando da saúde dele, o tempo de internação é menor, ele tem uma capacidade de recuperação melhor. O principal ponto é esse, ele ter a capacidade de discernir que ele é importante para segurança dele, que ninguém mais do que ele próprio tem que garantir isso.” (TE12)</p> <p>“Essa questão de identificação da pulseirinha, do leito, ele já tem um pouco de noção. As alimentações, nos planos de alimento, tudo é identificado com o nome dele. Já aconteceu, às vezes, da etiqueta estar com o nome errado e o paciente não aceitar, mas vai muito da consciência do paciente.” (N28)</p> <p>“Paciente ciente do que está acontecendo, quando participa do cuidado durante a internação, fica mais ciente de tudo que está acontecendo e ajuda até agilizar o processo todo, ajuda a gente a consumir a alta mais rápido, quando ele colabora com tudo que a equipe está orientando.” (M71)</p>

O Quadro 3 apresenta a síntese da categoria temática “Fatores favoráveis ao envolvimento do paciente no cuidado hospitalar”. Tais fatores incluem: o suporte organizacional, com ênfase na educação em serviço, na provisão de estrutura física e no direcionamento do processo de trabalho; a experiência do profissional de saúde como oportunidade de aprendizado para envolver o paciente; e a orientação/ativação do paciente quanto ao seu envolvimento no cuidado.

DISCUSSÃO

O conhecimento dos profissionais de saúde sobre o envolvimento do paciente na segurança do cuidado revela aspectos importantes sobre a influência dessa prática nos desfechos assistenciais. Ao perceber e acreditar nesses benefícios, a adesão dos profissionais de saúde ao envolvimento do paciente no cuidado é favorecida.

A crença positiva em relação aos benefícios do envolvimento do paciente no cuidado está associada à percepção do efeito favorável que essa prática traz para o processo assistencial. Dessa crença, portanto, desencadeiam atitudes e comportamentos que geram maior adesão às práticas assistenciais, componente balizador de melhorias na atenção à saúde. Essa concepção oportuniza o engajamento de profissionais de saúde que contribuem para o desenvolvimento da qualidade assistencial e compreensão do ambiente e contexto em que a assistência é desenvolvida⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Este estudo levantou as crenças dos profissionais de saúde sobre os benefícios relacionados ao envolvimento do paciente na segurança do cuidado. Os profissionais associaram a importância

do paciente como protagonista para o cuidado seguro, definido como um processo cíclico de acúmulo de conhecimento, auto-determinação e confiança para o gerenciamento de seu próprio cuidado. É apresentado como passo importante que contribui com o processo assistencial, resulta em maior empoderamento e maior adesão do paciente ao tratamento proposto e produz efeitos positivos sobre os resultados clínicos^(3,10).

O paciente, na condição de protagonista do próprio cuidado, assume a posição de participante ativo na tomada de decisão; evita que, na qualidade de vítima, assuma posição de conflito; e colabora na criação de espaços para discutir com a equipe de saúde em relação à vulnerabilidade associada a diferentes tipos de riscos e incidentes, auxiliando na redução dessas ocorrências no ambiente de hospitalização⁽⁴⁾.

Pacientes engajados, questionadores e que participam do próprio cuidado são propensos a praticar comportamentos saudáveis, mitigando riscos e atos inseguros⁽¹⁸⁾. São capazes de tomar decisões sobre suas opções de tratamento e de assumirem a gestão do seu próprio cuidado. Nesse contexto, quanto mais informado e colaborativo com a equipe de saúde o paciente estiver, melhores serão os resultados assistenciais, os quais abrangem desde ações que reforçam sua segurança durante a internação até a adoção de comportamentos saudáveis após a alta hospitalar⁽¹⁹⁾.

Os pacientes que participam ativamente de seu próprio cuidado são considerados como a última oportunidade para evitar a ocorrência de incidentes, estratégia desenvolvida para a promoção da cultura de segurança⁽²⁰⁾. A importância do paciente como barreira contra a ocorrência de incidentes foi revelada nos

resultados desta pesquisa. Além de contribuírem efetivamente com a melhoria dos indicadores de saúde relacionados à segurança, a participação do paciente nesse processo, pensada de forma estratégica e sistematizada, promove experiências positivas, aumento da confiança e satisfação com a assistência em saúde⁽³⁾.

Estudo realizado em cinco hospitais de ensino da Finlândia evidenciou que 78% dos pacientes avaliaram o nível de segurança do paciente como muito bom ou excelente. Dentre as ações para estimular a participação do próprio paciente no cuidado, constataram a importância de informá-los sobre pesquisas e incentivá-los a participar; fornecer informações necessárias de forma abrangente; e aumentar sua capacidade de identificar a ocorrência de incidentes⁽²¹⁾.

Nesse sentido, informar o paciente sobre os riscos a que estão expostos durante a internação se faz necessário para contribuir com seu processo de conscientização. A finalidade dessa ação é minimizar e prevenir danos, numa perspectiva colaborativa e de direito do paciente, que traz melhoria aos padrões de qualidade e segurança assistencial⁽²²⁾. A conscientização sobre sua segurança deve, portanto, começar antes que ocorra a hospitalização⁽⁶⁾.

O empoderamento do paciente para o gerenciamento de riscos desempenha papel fundamental na garantia do cuidado seguro, fazendo com que ele próprio seja capaz de identificar e prevenir incidentes, compartilhar informações e fazer perguntas sobre o tratamento escolhido⁽²²⁾.

Importante destacar que toda essa dinâmica tendo o paciente como centro do cuidado fortalece sua autonomia para tomar decisão. Identificada como uma crença para o envolvimento do paciente pelos profissionais de saúde, a autonomia do paciente para a tomada de decisões durante a prática clínica converge com o princípio da dignidade humana, pressuposto fundamental da ética. É potencializada ao reconhecê-lo como sujeito protagonista e foco central da assistência, de forma a ampliar a sua capacidade e independência quanto ao cuidado⁽²³⁾.

No entanto, durante a hospitalização, sua autonomia pode ficar restrita em decorrência de normas, rotinas e protocolos assistenciais e tecnologia. A condição de vulnerabilidade decorrente da fragilidade e incapacidade, o ambiente altamente tecnológico e a insegurança diante do processo da doença constituem fatores limitantes da autonomia na hospitalização do paciente. Esses fatores demonstram baixa proteção do paciente em ambiente hospitalar, pois ele vive à margem do processo assistencial⁽²⁴⁾. Além disso, a restrição de sua autonomia pode limitar o reconhecimento de possíveis comportamentos prejudiciais à continuidade do tratamento e manutenção da sua saúde em ambiente extra-hospitalar.

Desse modo, é importante que a relação dos profissionais de saúde com seus pacientes crie conexões simétricas, igualitárias, de parceria, extinguindo relações de poder. Deve ser estabelecida uma abordagem integral, direcionada para assistência centrada no paciente, visando ao estímulo à autonomia para o autocuidado⁽²³⁾.

No estudo em questão, a crença “interação profissional-paciente e a comunicação” remete a importantes condutas assistenciais da atenção centrada no paciente⁽²⁵⁾, com destaque para corresponsabilização em relação ao próprio cuidado, segurança assistencial, parceria colaborativa e relação simétrica entre profissional de saúde e paciente⁽²⁶⁾. Essa crença pode, ainda,

apresentar melhorias para o cuidado relacionado ao processo de tomada de decisões médicas; educação de pacientes sobre como se manter seguros, interessados em seu próprio cuidado; e controle das condições de saúde⁽¹⁸⁾.

O envolvimento do paciente está intimamente ligado às relações de confiança e empatia, para entender e atender às suas expectativas, reconhecidas como fatores positivos no ambiente hospitalar que influenciam a qualidade do cuidado seguro⁽²⁵⁾, possibilitando o acesso dos profissionais de saúde a informações necessárias para o tratamento.

Os profissionais de saúde reconhecem os benefícios percebidos pelas relações de confiança e empatia, estabelecimento de vínculo, adesão ao tratamento e sucesso terapêutico, que dependem de uma boa relação e comunicação entre o profissional de saúde e o paciente. A partir desse vínculo, se cria credibilidade e confiança para que este possa aderir ao tratamento⁽²⁷⁾.

Na Suécia, estudo destacou a importância da relação de confiança entre os profissionais de saúde e o paciente, a fim de que este possa expor suas dúvidas e preocupações. Incluiu também comportamentos pessoais específicos, como ser empático, entender e atender às expectativas do paciente, facilitar um clima aberto e permitir tempo suficiente para uma relação de confiança⁽²⁸⁾.

A relação de confiança e o estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e paciente constituem fatores positivos à segurança do cuidado em ambiente hospitalar. No entanto, considera-se fragilidade à segurança quando os pacientes apresentam uma postura passiva diante dos cuidados, por considerarem que não haverá falhas em consequência de tais relações⁽²⁹⁾.

É importante que profissionais de saúde contribuam, colocando o paciente no centro do cuidado, o apoiem a desenvolver conhecimento e habilidades que o auxiliem nas decisões sobre sua saúde, no estabelecimento e fortalecimento de vínculos e relações de confiança; além disso, os profissionais precisam ter comprometimento e habilidade nas orientações⁽²⁶⁾.

Na Alemanha, a implementação de estratégias relacionadas ao cuidado centrado no paciente baseando-se na Política de Direitos do Paciente é foco do tratamento efetivo, com informações abrangentes e compreensíveis sobre o quadro clínico e decisões compartilhadas entre pacientes e profissionais⁽³⁰⁾. No Brasil, existem iniciativas que incentivam esse movimento, sobretudo quando se trata de pacientes considerados mais vulneráveis⁽³¹⁾; entretanto a literatura sobre essa prática dentro dos serviços de saúde ainda se mostra incipiente.

Estudo levantou estratégias de envolvimento do paciente no cuidado relacionadas a orientações a ele sobre como auxiliar a equipe de saúde na redução de erros médicos, informações a pacientes e familiares sobre a ocorrência de incidentes, comunicação efetiva profissionais-acompanhantes-pacientes e o desenvolvimento da autonomia do paciente para levantar questionamentos sobre informações recebidas pelo profissional de saúde⁽²⁰⁾.

Uma abordagem para estimular o envolvimento do paciente no cuidado seguro é a capacitação de profissionais de saúde em habilidades e atitudes centradas no paciente⁽³²⁾. Essa abordagem é utilizada para identificar aspectos subjetivos, emocionais e cognitivos⁽²⁷⁾ e melhorar a forma de envolver pacientes no

gerenciamento e tratamento de sua doença⁽³²⁾. Vale ressaltar que, apesar de o profissional de saúde exercer um papel fundamental no envolvimento do paciente no cuidado, essa prática deve ser um compromisso institucional.

A criação de um programa de treinamento, em que pacientes e profissionais de saúde aprendam juntos para melhorar a atenção centrada no paciente, constitui um desafio para os serviços de saúde⁽³²⁾. Estudo realizado em hospitais da Coreia apontou que o aumento da competência dos enfermeiros para o cuidado centrado no paciente, o trabalho em equipe e a criação de um clima positivo de segurança foram fatores significativamente associados à participação do indivíduo na melhoria da segurança dos cuidados de saúde⁽⁷⁾.

Dentre os fatores que facilitam essa prática, os resultados apontaram o suporte organizacional com ênfase na educação em serviço e na estrutura física, a experiência profissional que amplia a compreensão do quanto é importante esse envolvimento do paciente para bons resultados assistenciais e a capacidade que este tem para se engajar nesse processo. O suporte organizacional refere-se a prática e mecanismos organizacionais que refletem a valorização, tratamento e preocupação das organizações em relação ao trabalhador⁽¹⁷⁾.

Nesse contexto, ressalta-se a importância de se conhecerem as características de formação e experiência dos profissionais por possibilitar o reconhecimento de necessidades de aprendizagem, já que a adesão às práticas seguras, tais como o envolvimento do paciente no cuidado, consiste em atitudes que podem ser aprendidas. Na intenção de fortalecer cada vez mais a adesão dos profissionais ao envolvimento do paciente como prática cultural, é necessário estabelecer um movimento de aprendizagem organizacional, definida como um processo dinâmico de apropriação de novos conhecimentos que podem ser aprendidos no contexto de trabalho⁽¹⁷⁾. Identificou-se que o perfil dos profissionais de saúde deste estudo foi variado quanto à idade, tempo de formação, titulação e realização de cursos. Reconhecer lacunas associadas a esse perfil pode auxiliar o planejamento institucional diante da necessidade de incorporar no serviço novas práticas de segurança, tais como o envolvimento do paciente no cuidado.

Apesar de os profissionais se sentirem capacitados para aplicação das estratégias de envolver o paciente nas ações de cuidado a fim de ampliar a segurança, os resultados não sinalizaram ações relacionadas às metas internacionais de segurança do paciente. A literatura também aponta que a participação da pessoa em tratamento em sua própria segurança ainda é deficiente na prática clínica, mesmo considerando os protocolos nacionais de segurança do paciente, sendo mais perceptível nos protocolos de cirurgia segura e de prevenção de lesões decorrentes de queda⁽²⁹⁾.

Do ponto de vista organizacional, alinhar as crenças dos profissionais de saúde aos benefícios que o envolvimento do paciente traz aos indicadores de assistência é algo que favorece essa prática, sendo uma perspectiva interessante para fortalecer a cultura de participação do paciente na qualidade de parceiro pleno da assistência. O conhecimento dessas crenças pela gestão organizacional pode ser uma oportunidade para motivar os profissionais de saúde para a adesão à ação de envolver o paciente no cuidado enquanto uma prática segura, assim como para estruturar protocolos de segurança assistencial com ações de envolvimento mais incisivas.

O compromisso conjunto de pacientes, profissionais e alta gestão das instituições de saúde fornece uma força central para avançar na perspectiva do paciente como parceiro pleno dos sistemas de saúde⁽³³⁾. A crença nos benefícios dessa prática para a segurança do cuidado influencia o comportamento do profissional. Em termos gerais, compreender a efetividade do envolvimento do paciente deve ser prioridade para a cultura organizacional dos sistemas de saúde, a fim de ampliar essa prática na rotina do serviço^(16,18).

Limitações do estudo

O estudo é limitado pelo fato de ter sido realizado em um único hospital público, podendo representar um diagnóstico local, com reflexos da cultura organizacional e modelo de assistência.

Contribuições para a Área da Saúde

A pesquisa traz contribuições para o contexto assistencial e organizacional ao possibilitar reflexões práticas sobre a participação do paciente no cuidado com base na percepção dos profissionais de saúde sobre os benefícios dessa estratégia para aumentar a segurança do cuidado.

Ter o paciente como barreira na prevenção de incidentes de segurança requer um modelo assistencial pautado no cuidado centrado no paciente, o que orienta a necessidade de mudanças organizacionais na cultura de instituições ainda permeadas pelo modelo biomédico-tecnocrata.

No contexto do conhecimento científico, o estudo contribui com uma nova perspectiva de análise da prática profissional, fundamentada no Modelo de Crenças de Rosenstock, e revela que a adoção de práticas seguras, como a que é o objeto deste estudo (participação do paciente no cuidado), é mediada pela crença nos benefícios dessa ação para a segurança do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram que envolver o paciente no cuidado está associado à crença do profissional de saúde nos diversos benefícios dessa prática para a segurança assistencial. Em um ambiente que considera o paciente um sujeito ativo durante o período de hospitalização, os benefícios percebidos pelos profissionais de saúde em relação a seu envolvimento no cuidado foram relacionados a ele como protagonista do cuidado; autonomia para tomada de decisão; relação de confiança e empatia; interação profissional-paciente; e conscientização do paciente sobre os riscos. Além disso, destacam-se as características e estratégias da prática de envolver o paciente.

Essa crença modela o comportamento dos profissionais de saúde ao incorporarem na sua prática clínica o envolvimento do paciente no cuidado por meio do estabelecimento de vínculo, necessidade de comprometimento e habilidade do profissional, orientações de pacientes e oferecimento de informações sobre os protocolos da organização, funcionamento do ambiente e práticas assistenciais. Ademais, o trabalho consiste em fazer os pacientes entenderem a complexidade da assistência, se familiarizarem e colaborarem com o ambiente institucional, considerando as dimensões biopsicossociais e culturais em todo processo.

Ainda, revelou-se que a adesão do profissional à prática de envolver o paciente no cuidado é dependente da experiência do profissional com essa ação, da vontade, disponibilidade e capacidade do paciente em participar das questões relacionadas ao cuidado durante a hospitalização e do suporte organizacional, apoio das lideranças e disponibilidade de recursos para que o envolvimento do paciente aconteça de forma mais cultural. Também, ressalta-se o protagonismo do paciente como um importante fator positivo para seu envolvimento no cuidado.

Diante das evidências geradas pelo estudo, propõe-se o fortalecimento do processo de educação permanente da equipe

multiprofissional objetivando agregar valor à prática do envolvimento do paciente para o cuidado seguro. Futuras pesquisas centradas nessa prática devem incluir outras metodologias de estudo a fim de ampliar a compreensão sobre questões culturais e organizacionais, aprimorando, por sua vez, as estratégias de envolvimento utilizadas nos serviços de saúde.

FOMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Capes, Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Radecki B, Keen A, Miller J, McClure JK, Kara A. Innovating fall safety: engaging patients as experts. *J Nurs Care Qual.* 2020;35(3):220-26. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000447>
2. World Health Organization. Patients for Patient Safety: forward program [Internet]. Genebra (SW): WHO; 2004 [cited 2021 Jan 17]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/
3. Nickel WK, Weinberger SE, Guze PA. Principles for patient and family partnership in care: an American college of physicians position paper. *Ann Intern Med.* 2018;169(11):796-99. <https://doi.org/10.7326/M18-0018>
4. Behrens R. Patient safety approached from the rights of users. *Rev Bioét.* 2019;27(2):253-60. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272307>
5. Khan A, Spector ND, Baird JD, Ashland M, Starmer AJ, Rosenbluth G, et al. Patient safety after implementation of a coproduced family centered communication programme: multicenter before and after intervention study. *BMJ.* 2018;363:k4764. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4764>
6. Ringdal M, Chaboyer W, Ulin K, Bucknall T, Oxelmark L. Patient preferences for participation in patient care and safety activities in hospitals. *BMC Nurs.* 2017;16:69:2-8. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0266-7>
7. Hwang JI, Kim SW, Chin HJ. Patient participation in patient safety and its relationships with nurses' <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.03.001>
8. Lopes JM, Mourão L. Crenças acerca do sistema de treinamento: a predição de variáveis pessoais e funcionais. *Estud Psicol.* 2010;27(2):197-06. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000200007>
9. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr.* 1974;2(4):354-86. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
10. Bishop AC, Baker GR, Boyle TA, MacKinnon NJ. Using the Health Belief Model to explain patient involvement in patient safety. *Health Expect.* 2015;18(6):3019-33. <https://doi.org/10.1111/hex.12286>
11. Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, et al. Vital signs measurement: an indicator of safe care delivered to elderly patients. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(4):1071-78. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003970014>
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
13. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(2):388-94. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
14. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 4 ed. Lisboa: 70 edições; 2010.
15. Joseph UK. A patient driven approach to patient safety interventions. *health care current review.* 2018;6:226. <https://doi.org/10.4172/2375-4273.1000226>
16. Pannick S, Sevdalis N, Athanasiou T. Beyond clinical engagement: a pragmatic model for quality improvement interventions, aligning clinical and managerial priorities. *BMJ Qual Saf.* 2016;25(9):716-25. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004453>
17. Correia-Lima BC, Loiola E, Pereira CR, Gondim SMG. Inventário de suporte <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2017160316>
18. Krist AH, Tong ST, Aycock RA, Longo DR. Engaging patients in decision-making and behavior change to promote prevention. *Stud Health Technol Inform.* 2017;37(2):105-22. <https://doi.org/10.3233/ISU-170826>
19. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? a systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One.* 2017;12(10):e0186458. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186458>
20. Silva TO, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Teixeira CC. Patient involvement in the safety of care: an integrative review. *Rev Eletr Enf.* 2016;18:e1173. <https://doi.org/10.5216/ree.v18.33340>

21. Sahlström M, Partanen P, Azimirad M, Selander T, Turune H. Patient participation in patient safety-An exploration of promoting factors. *J Nurs Manag*. 2019;27(1):84-92. <https://doi.org/10.1111/jonm.12651>
 22. Rimondini M, Busch IM, Mazzi MA, Donisi V, Poli A, Bovolenta E, et al. Patient empowerment in risk management: a mixed-method study to explore mental health professionals' perspective. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):382. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4215-x>
 23. Campos A, Oliveira DR. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. *RBEF*. 2017;115:13-45. <https://doi.org/10.9732/P.0034-7191.2017V115P13>
 24. Carretta MB, Bettinelli LA, Erdmann AL, Higashi GDC, Santos JLG. Compreendendo o significado do ser idoso vivenciando sua autonomia na hospitalização. *Rev Rene [Internet]*. 2013 [cited 2021 Jan 17];14(2):331-40. Available from: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-24479>
 25. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface*. 2016;20(59):905-16. <https://doi.org/1590/1807-57622015.0511>
 26. Rodrigues JLSQ, Portela MC, Malik AM. Agenda for patient-centered care research in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(11):4263-73. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.04182018>
 27. Bucker LCG, Franco LS, Leão MOGC, Oliveira MR, Higino SM, Mello DRB, et al. Comunicação acessível na relação médico-paciente durante a anamnese. *REINPEC*. 2018;4(1):133-42. <https://doi.org/10.20951/2446-6778/v4n1a16>
 28. Skagerström J, Ericsson C, Nilsen P, Ekstedt M, Schildmeijer K. Patient involvement for improved patient safety: a qualitative study of nurses' perceptions and experiences. *Nurs Open*. 2017;4(4):230-39. <https://doi.org/10.1002/nop2.89>
 29. Costa DG, Moura GMSS, Pasin SS, Costa FG, Magalhães AMMM. Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3272. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3352.3272>
 30. Härter M, Dirmaier J, Scholl I, Donner-Banzhoff N, Dierks ML, Eich W, et al. The long way of implementing patient-centered care and shared decision making in Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2017;123-24:46-51. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.05.006>
 31. Paranhos DG, Albuquerque A. Direitos humanos dos pacientes como instrumentos bioéticos de proteção das pessoas idosas. *Cad Ibero Am Direito Sanit*. 2019;8(1):53-4. <https://doi.org/10.17566/ciads.v8i1.507>
 32. Vijn TW, Wollersheim H, Faber MJ, Fluit CRMG, Kremer JAM. Building a patient-centered and interprofessional training program with patients, students and care professionals: study protocol of a participatory design and evaluation study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):387. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3200-0>
 33. Malloggi L, Leclère B, Le Glatin C, Moret L. Patient involvement in healthcare workers' practices: how does it operate? a mixed-methods study in a French university hospital. *BMC Health Serv Res*. 2020;20:391. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05271-w>
-