

Experiência do paciente acerca de sua segurança no ambiente hospitalar

Experience of the patient regarding their safety in the hospital environment
Experiencia del paciente en relación con su seguridad en el entorno hospitalario

Ana Cristina Pretto Bão^I

ORCID: 0000-0002-2747-7197

Cassiana Gil Prates^{II}

ORCID: 0000-0001-6077-8584

Marcelo Prado Amaral-Rosa^{III}

ORCID: 0000-0002-3294-8141

Diovane Ghignatti da Costa^{IV}

ORCID: 0000-0002-0754-8314

João Lucas Campos de Oliveira^I

ORCID: 0000-0002-1822-2360

Simone Coelho Amestoy^V

ORCID: 0000-0001-8310-2157

Ana Maria Müller de Magalhães^I

ORCID: 0000-0003-0691-7306

Gisela Maria Schebella Souto de Moura^I

ORCID: 0000-0002-4744-478X

^IUniversidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{II}Hospital Ernesto Dornelles. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{III}Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

^{IV}Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^VUniversidade Federal do Vale do São Francisco. Petrolina, Pernambuco, Brasil.

Como citar este artigo:

Bão ACP, Prates CG, Amaral-Rosa MP, Costa DG, Oliveira JLC, Amestoy SC, et al. Patient experience about their safety in the hospital environment. Rev Bras Enferm. 2023;76(5):e20220512. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0512pt>

Autor Correspondente:

Ana Cristina Pretto Bão
E-mail: anacbao@yahoo.com.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Alexandre Balsanelli

Submissão: 13-10-2022 **Aprovação:** 26-06-2023

RESUMO

Objetivos: analisar os elementos que podem influenciar a experiência dos pacientes em relação às ações relacionadas à segurança do cuidado no ambiente hospitalar. **Métodos:** estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado com pacientes e familiares em um hospital do sul do Brasil. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com base na Técnica do Incidente Crítico, entre janeiro e fevereiro de 2022. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, com apoio do software IRaMuTeQ. **Resultados:** participaram cinco pacientes, quatro familiares e três pacientes-famílias. Surgiram as categorias “Interação paciente-profissional como elemento do cuidado seguro”, “Protocolos de segurança identificados na experiência do paciente” e “O cuidado seguro e seus desafios na assistência hospitalar”. **Conclusões:** a interação paciente-profissional, a comunicação, a identificação de protocolos de segurança e a disponibilidade da equipe de enfermagem são elementos que influenciam a experiência dos pacientes em relação à segurança do cuidado durante a internação hospitalar.

Descritores: Participação do Paciente; Segurança do Paciente; Assistência Centrada no Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the factors that can impact patients' experience concerning safety-related measures in the hospital setting. **Methods:** this qualitative, descriptive, and exploratory study was conducted with patients and their family members at a hospital in southern Brazil. Semi-structured interviews were carried out using the Critical Incident Technique between January and February 2022. The collected data underwent content analysis with the assistance of IRaMuTeQ software. **Results:** five patients, four family members, and three patient-family units participated in the study. The following categories emerged: “Patient-professional interaction as a component of safe care,” “Recognition of safety protocols in the patient's experience,” and “Safe care and the challenges in hospital care.” **Conclusions:** patient-professional interaction, communication, awareness of safety protocols, and the availability of the nursing team are factors that influence patients' experience regarding the safety of their care during hospitalization.

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

RESUMEN

Objetivos: analizar los factores que pueden afectar la experiencia de los pacientes en relación con las medidas de seguridad en el entorno hospitalario. **Métodos:** este estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio se llevó a cabo con pacientes y sus familiares en un hospital del sur de Brasil. Se realizaron entrevistas semiestruturadas utilizando la Técnica del Incidente Crítico entre enero y febrero de 2022. Los datos recolectados se sometieron a un análisis de contenido con la ayuda del software IRaMuTeQ. **Resultados:** participaron cinco pacientes, cuatro familiares y tres unidades paciente-familia. Surgieron las siguientes categorías: “Interacción paciente-profesional como componente de atención segura”, “Reconocimiento de protocolos de seguridad en la experiencia del paciente” y “Atención segura y los desafíos en la atención hospitalaria”. **Conclusiones:** la interacción paciente-profesional, la comunicación, el conocimiento de los protocolos de seguridad y la disponibilidad del equipo de enfermería son factores que influyen en la experiencia de los pacientes en cuanto a la seguridad de su atención durante la hospitalización.

Descritores: Participación del Paciente; Seguridad del Paciente; Atención Centrada en el Paciente; Calidad de la Atención de la Salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Há mais de vinte anos, a temática da segurança do paciente tornou-se destaque no mundo e, como dimensão da qualidade, é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde⁽¹⁾. O marco histórico foi a publicação do relatório *"To Err Is Human: Building a Safer Health System"* (Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) pelo *Institute of Medicine* no ano de 1999, o que despertou a necessidade de diversas (re)formulações nos sistemas de saúde⁽²⁾.

Na década seguinte, o plano de trabalho de 2008-2009 da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), destaca a ação denominada "Pacientes pela Segurança do Paciente", com o objetivo de garantir que a voz do paciente seja alicerce do movimento em prol da segurança no cuidado em saúde⁽³⁾. No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pelo Ministério da Saúde, também propõe o envolvimento do paciente em sua segurança⁽⁴⁾.

Apesar dos pressupostos políticos estabelecidos, sabe-se que o envolvimento do paciente com seu cuidado é um desafio, tanto em virtude da própria natureza da produção assistencial – eminentemente humano-dependente – como também pela necessidade de padronizar metodologias e condutas que sejam capazes de inseri-lo nesse processo, com vistas a alcançar a meta da segurança, conforme atesta revisão sistemática⁽⁵⁾, além de melhorar a experiência do paciente com a produção assistencial.

Investigar a experiência dos pacientes na prestação de cuidados de saúde está fazendo parte de estudos realizados, com foco em uma perspectiva organizacional de melhoria da qualidade⁽⁶⁻¹²⁾. A experiência do paciente foi definida como a somatória de todas as interações que este vivencia em uma instituição de saúde, moldadas pela cultura de uma organização, que influencia a percepção dos pacientes⁽¹³⁾.

Com isso, tem-se reconhecido cada vez mais o envolvimento dos pacientes como componente assistencial das tecnologias de cuidado em saúde⁽¹⁴⁾. Na concepção da promoção de um ambiente seguro, a inclusão da família e do paciente como atores comprometidos com o cuidado é um dos elementos que deve estar presente nos planos locais de segurança do paciente nas diferentes instituições de saúde⁽¹⁵⁾. No entanto, sua participação ativa é algo ainda em consolidação, além de desafiador tanto para os profissionais⁽¹⁶⁾, quanto para pacientes, familiares e serviços de saúde.

Um estudo realizado na Espanha, com pacientes de cuidados crônicos, evidenciou que a mensuração da experiência do paciente pode facilitar a reorientação dos sistemas de saúde em direção a um cuidado integrado e centrado no paciente⁽¹⁷⁾. Revisões sistemáticas também sugerem que pacientes podem ser uma fonte de informação, sendo capazes de identificar, dentre outros aspectos, erros e fatores que podem comprometer sua própria segurança⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Percebe-se que há uma lacuna na literatura em relação a estudos voltados para a experiência do paciente acerca de sua segurança e dos elementos que compõem o cuidado seguro em ambiente hospitalar, a partir da percepção do paciente^(11,16,21). Um

estudo de revisão, que buscou identificar os incidentes, eventos adversos e os fatores contribuintes identificados pelos pacientes, seus familiares e cuidadores na prática do cuidado hospitalar, apontou que os pacientes são capazes de identificar incidentes e eventos adversos no cuidado. Portanto, sua participação e contribuição em iniciativas voltadas para a melhoria da qualidade e da segurança do cuidado devem ser encorajadas⁽²¹⁾.

Assim, esta pesquisa buscou responder à seguinte questão: Como pacientes hospitalizados percebem os elementos potencialmente influenciadores de sua experiência em relação à segurança no cuidado?

OBJETIVOS

Analisar os elementos que podem influenciar a experiência dos pacientes em relação às ações relacionadas à segurança do cuidado no ambiente hospitalar

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos e legais e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ernesto Dornelles, cujo parecer está anexado à presente submissão. Contou-se com os seguintes documentos para o processo de consentimento: termo para utilização de dados institucionais, termos de consentimento livre e esclarecido para pacientes e para familiares. A autorização para o uso da voz dos entrevistados foi prevista nos referidos termos.

Tipo de estudo

Estudo de abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, em que se realizaram entrevistas semiestruturadas, instigando a percepção dos pacientes acerca de ações para o cuidado seguro, no ambiente hospitalar. O guia utilizado para o relatório deste estudo foi o *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ).

Ambiente de estudo

O cenário de pesquisa foi um hospital privado de caráter geral, localizado no sul do Brasil, que possui certificação de qualidade de Acreditação pela *Joint Commission International* (JCI).

Coleta e organização dos dados

Os participantes foram cinco pacientes, quatro familiares e três pacientes-famílias internados em uma das seis unidades de internação clínicas e cirúrgicas. Como a pesquisa seguiu com a aplicação de um questionário validado próprio para a área assistencial em questão⁽²²⁾, optou-se por realizá-la nas unidades de internação. O número de participantes foi definido de maneira intencional, planejando-se entrevistar dois participantes por unidade. A entrevista semiestruturada poderia ser conduzida pelo paciente, por seus familiares, caso o paciente estivesse inconsciente ou incapacitado de responder, ou ainda pelo paciente

e um familiar conjuntamente, caracterizando o paciente-família. Neste estudo, escolheu-se codificar as falas das entrevistas com a letra P, de participante, seguida da ordem cronológica da coleta de dados para todas as entrevistas, independentemente do respondente, paciente, família ou paciente-família. A saturação dos dados orientou a decisão e foi alcançada de forma satisfatória, evidenciada pela repetição dos registros.

Em relação aos critérios de inclusão dos pacientes, definiu-se convidar aqueles que estivessem internados por dois dias ou mais, desde que demonstrassem interesse em compartilhar sua experiência e apresentassem condições clínicas para se deslocarem até a sala privativa para a entrevista, na própria unidade de internação. Em relação às famílias dos pacientes, o critério utilizado foi o interesse em relatar suas percepções e o fato de terem sido familiares de referência durante a maior parte do período de internação. Esse critério foi estabelecido levando em consideração a perspectiva de que o familiar tivesse participado da experiência do paciente em relação aos cuidados. Para realizar o convite, utilizou-se como base a lista do censo da unidade, que contém os nomes dos pacientes com suas respectivas datas de internação, selecionando-se o primeiro paciente do sexo masculino e a primeira paciente do sexo feminino por unidade. O critério de exclusão foi identificar qualquer impedimento de comunicação ou condição que impossibilitasse o participante de descrever suas percepções.

A coleta de dados foi conduzida por meio de entrevistas com base em um roteiro semiestruturado, que orientou a investigação das experiências dos pacientes em relação ao objeto de estudo. As entrevistas foram realizadas em janeiro e fevereiro de 2022 pela pesquisadora principal e seguiram a Técnica de Incidente Crítico (TIC)⁽²³⁾, com duração de 20 a 50 minutos. Essa técnica permite explorar e descrever as perspectivas dos participantes sobre situações significativas vivenciadas, possibilitando compreender comportamentos, situações e consequências, tanto positivas quanto negativas⁽²³⁾.

A TIC preconiza que as memórias sejam estimuladas por meio de uma afirmação inicial - "Pense em como foi sua internação em relação aos cuidados relacionados à sua segurança". Em seguida, aguardou-se o tempo necessário para a lembrança de uma situação significativa vivenciada/observada. A entrevista foi então orientada por meio de um roteiro de perguntas, que incluíam exemplos como: "De qual situação você se lembrou?"; "O que percebeu nos comportamentos das pessoas envolvidas?"; "Por que você selecionou esse evento?"; "O que poderia ter sido diferente?".

As entrevistas foram gravadas em um dispositivo móvel e transcritas literalmente. Os áudios serão guardados por cinco anos em um pen drive, de posse da pesquisadora principal, e após esse período serão deletados.

Análise de dados

Após transcrição literal dos dados das entrevistas, iniciou-se a análise temática de forma conjunta⁽²⁴⁾, com o apoio do software IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), para organização do *corpus* de análise. Com isso, procedeu-se à identificação dos temas e ao seu

agrupamento para a composição da categoria, de acordo com as etapas de pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação.

O IRaMuTeQ trata-se de um *software* livre e gratuito desenvolvido sob licença e com código aberto para análise textual⁽²⁵⁾. A partir das interpretações da análise de conteúdo⁽²⁴⁾, essas que foram apoiadas pelo *software* IRaMuTeQ⁽²⁵⁾, formaram-se três categorias finais.

RESULTADOS

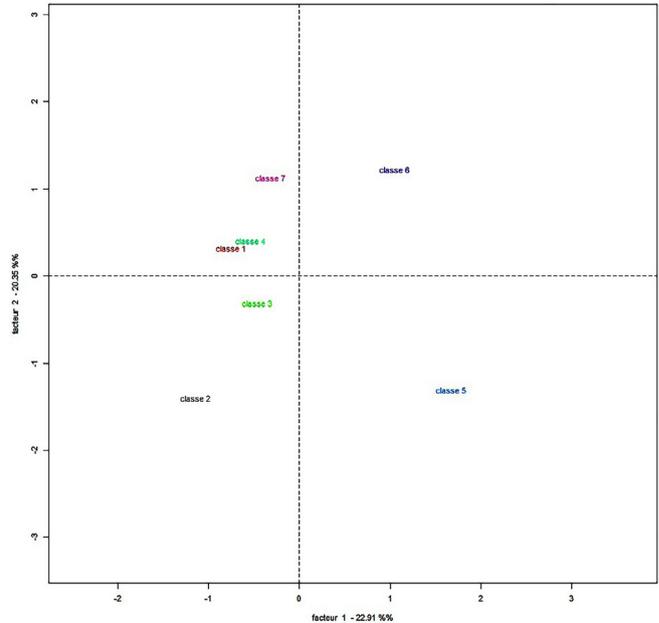
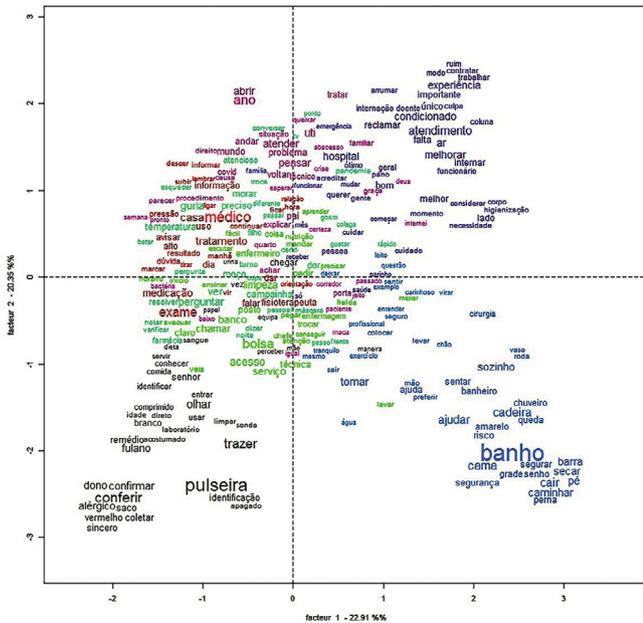
Participaram do estudo cinco pacientes, quatro familiares e três pacientes-família, totalizando 12 entrevistas. O *corpus* de análise utilizado no *software* foram as entrevistas dos participantes (n=12), que consistiam em 13.201 palavras (média de 1.100 palavras por participante). O critério de saturação dos dados⁽²⁶⁻²⁷⁾ foi alcançado com base no coeficiente de *Hapax* (4,13%). Quanto maior o coeficiente de *Hapax*, maior a singularidade das declarações, portanto, considera-se o valor satisfatório⁽²⁸⁾.

Para obter os resultados, foram realizadas a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) e a Classificação Hierárquica Descendente (CHD)^(25,29). Na Análise Fatorial de Correspondência (AFC), é possível verificar as associações de dependência e independência entre cada categoria intermediária. O plano cartesiano permite visualizar o nível de dependência ou independência por meio das distâncias ou proximidades entre as variáveis⁽²⁹⁾. Portanto, as associações de dependência ocorrem em duas situações: i) categorias no mesmo quadrante; e ii) categorias próximas de linhas/colunas. Já as correspondências de independência ocorrem quando as categorias estão em quadrantes distintos⁽²⁹⁾.

O plano cartesiano da esquerda (Figura 1) corresponde à AFC das palavras que compõem cada uma das sete categorias intermediárias. É possível perceber que as palavras variam em tamanho de acordo com sua representatividade em cada categoria. Essa representação gráfica permite a visualização da interligação e aderência dos termos⁽²⁹⁾, facilitando a interpretação das associações entre as categorias intermediárias.

No plano cartesiano da direita (Figura 1), temos a representação gráfica da AFC das sete categorias intermediárias formadas. Conforme a disposição espacial, existem sete formas de associações entre as categorias intermediárias, sendo cinco de dependência e duas de independência. Assim, é possível identificar três níveis de intensidade para as associações: i) baixíssimo; ii) moderado; e iii) acentuado⁽³⁰⁾. Ao analisar as associações entre as categorias intermediárias (Figura 1), é possível notar a formação de sete conjuntos.

Outro método utilizado foi a análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que gerou um dendrograma (Figura 2) com sete classes, seguindo a nomenclatura padrão do IRaMuTeQ, as quais são consideradas categorias intermediárias no método de Análise de Conteúdo⁽²⁴⁾. As categorias intermediárias são formadas por aproximações e distanciamentos dos segmentos de texto (STs)^(26,28), de acordo com as frequências das ocorrências lematizadas de seus vocabulários, até chegar à configuração mais estável^(29,31-32). Cada categoria intermediária no dendrograma é composta por suas principais palavras. A classificação dos STs⁽²⁵⁾ é baseada no teste estatístico qui-quadrado (χ^2)⁽²⁹⁾.



Fonte: Dados do IRaMuTeQ.

Figura 1 – Análise Fatorial de Correspondência das palavras de cada categoria intermediária (esq.) e Análise Fatorial de Correspondência das categorias intermediárias (dir.)

Os títulos das sete categorias intermediárias foram gerados a partir da interpretação dos significados dos 25 STs de maior pontuação. Dessa forma, as categorias intermediárias, suas cores e respectivas concentrações são: i) identificação do paciente (cinza - 13%); ii) cuidados executados (verde - 13,3%); iii) informações recebidas (vermelho - 15,7%); iv) presença da equipe (verde água - 12,4%); v) satisfação do paciente (rosa - 12,4%); vi) barreiras de segurança (azul claro - 15,4%); e vii) melhorias apontadas (azul - 17,8%). Quanto maior o valor da pontuação, maior a densidade e importância do ST dentro das categorias intermediárias⁽²⁶⁾.

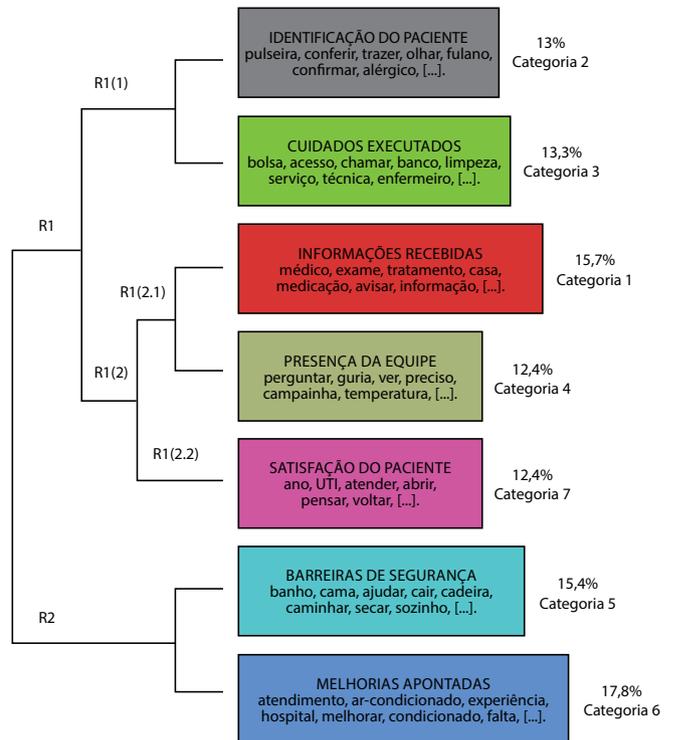
A partir das interpretações baseadas na Análise de Conteúdo⁽²⁴⁾, essas que foram apoiadas pelo software IRaMuTeQ⁽²⁶⁾, formaram-se três categorias finais.

Interação paciente-profissional como elemento do cuidado seguro

Nesta categoria, retrata-se acerca da interação paciente-profissional durante a internação hospitalar, como elemento do cuidado seguro, conforme as experiências compartilhadas nas entrevistas. Nos excertos, os participantes se referem às informações recebidas durante a internação. Nota-se que as informações acerca do tratamento, medicações recebidas, exames realizados e seus resultados clínicos são dadas pelo profissional médico, diariamente, como a seguir:

[...] em relação às informações para mim e para a minha família vários dias a médica vinha aqui às 6 horas da manhã e me falava: nós vamos ter que ficar mais alguns dias, fazer medicação e estamos fazendo exames. (P4)

A comunicação, de acordo com os participantes, acontece durante a hospitalização e é permeada em diferentes setores da instituição hospitalar, como se pode perceber no excerto a seguir:



Fonte: Dados do IRaMuTeQ adaptados.

Figura 2 – Dendrograma de Classificação Hierárquica Descendente das categorias acerca das vivências dos participantes

[...] os médicos da UTI também davam informações, nós vínhamos visitar ele, eu chegava na UTI, já vinha alguém para me acompanhar até o leito dele, vinham as enfermeiras e médicos da UTI conversar e explicavam tudo para nós. (P1)

A equipe assistencial também é presente ao comunicar-se com o paciente em diversos momentos do dia. Conforme os

relatos, os enfermeiros e os técnicos de enfermagem estão sempre disponíveis nos diferentes turnos de trabalho, mostrando-se atenciosos, procurando atender as diferentes demandas dos pacientes, conforme excerto:

[...] as técnicas de enfermagem vêm aqui no quarto todos os turnos, fazem as perguntas de como estou, se estou com dor se preciso alguma coisa e dizem que, se precisar de alguma coisa, é só chamar. (P9)

Em contraponto, apesar de os participantes receberem informações diariamente, o relato a seguir expõe que não existe a preparação para a alta, no que se refere ao tratamento clínico, a medicações e atividades da vida diária, e conseqüentemente ao pouco envolvimento do paciente no seu próprio cuidado, conforme a seguir:

[...] então amanhã, quando o médico me der alta, ele vai me passar as informações para mim e para a minha filha, vai me explicar o meu tratamento em casa amanhã na alta. (P5)

Protocolos de segurança identificados na experiência do paciente

Nesta categoria, encontram-se os protocolos de segurança percebidos pelos entrevistados, durante o cuidado recebido. Nota-se que os pacientes sabem o motivo pelo qual utilizam uma pulseira branca no braço durante a internação, conforme a fala a seguir:

[...] eu sei que essa pulseira serve para identificar o paciente [...]. (P2)

No que se refere à conferência da pulseira de identificação, ação que deve ser realizada pelos profissionais, o paciente percebe quando é concretizada.

[...] Toda vez que eles vêm aqui para administrar as medicações; eu percebo que eles [técnicos de enfermagem] olham a pulseira [...]. (P1)

Outro momento em que o paciente percebe que deveria ser feita a conferência do seu nome, é na hora das refeições. No entanto, na fala a seguir, os pacientes não percebem essa verificação.

[...] estas que entregam a comida não conferem o meu nome, chegam largam a bandeja e já saem, eu cuido o que vem na bandeja, o meu nome com o papel impresso, tipo de dieta, sempre confirmo. (P6)

Outro protocolo de segurança percebido durante a internação pelos participantes foi o protocolo de prevenção de quedas. Pacientes com alto risco de queda recebem pulseira na cor amarela. Nas suas falas, embora não mencionem a presença da pulseira sinalizadora, relatam medidas de segurança adotadas pela instituição e cuidados realizados pelos profissionais da saúde.

[...] e no banheiro tem barra para segurar, tem cadeira de banho, eu me sinto segura com a ajuda delas [técnicas de enfermagem], me sinto protegida. (P8)

No excerto a seguir, o paciente refere que as orientações acerca do protocolo de quedas, durante a internação, vieram do médico, que inclusive chamou a atenção do paciente, quando ele diz ter realizado o banho sozinho.

[...] não faz mais isso, porque se tu tiveres uma queda, o seu tratamento pode complicar então, não tem por que o senhor tomar banho sozinho, então as orientações de risco de queda vieram mais da equipe médica mesmo. (P4)

Os entrevistados também mencionam problemas estruturais da instituição, que podem afetar o protocolo de prevenção de quedas. A falta de barras de segurança em alguns banheiros e o vazamento de água ao tomar banho são questões percebidas pelos participantes que lhes geram certa preocupação.

[...] barras de segurança ali no banheiro só tem no vaso então, prefiro tomar banho sentada. (P9)

[...] a água do chuveiro não entra para dentro do ralo, então tu vais tomar banho e a água vem aqui na porta do quarto encharca o piso, eu posso cair. (P8)

O cuidado seguro e os seus desafios na assistência hospitalar

A categoria 3 aborda o cuidado seguro dispensado pela equipe assistencial, assim como alguns desafios a serem trabalhados na instituição.

A disponibilidade da equipe de enfermagem mostra-se evidente nas falas dos participantes. As enfermeiras sempre estão presentes nos quartos, em diferentes turnos de trabalho. Colocando-se à disposição, esclarecem dúvidas e preocupam-se com a revisão dos cuidados a serem executados para o bom atendimento. Ao mesmo tempo, a equipe de técnicos de enfermagem está envolvida com cuidados relacionados a higiene e conforto, como o banho, os sinais vitais e a troca de fraldas, despertando no paciente e em seus familiares o sentimento de estarem sendo bem assistidos:

[...] as enfermeiras chefes passam aqui de manhã e de noite, sempre e quando elas passam, elas dizem: se vocês precisarem alguma coisa, é só me ligar ou mandar me chamar que eu venho, tenho fácil acesso a elas. (P11)

[...] no caso do banho, no começo eu não sabia muito bem, não sabia como lidar, as técnicas de enfermagem davam o banho tal horário, vinham e davam o banho, trocavam a fralda. (P1)

Ao mesmo tempo, alguns desafios na prestação do cuidado são percebidos nos relatos. Nota-se que o paciente e seu familiar, ainda, são pouco estimulados pela equipe assistencial a coproduzir durante a internação. O sentimento de insegurança despertado no paciente e em seus familiares faz com que eles pouco se envolvam no seu cuidado.

[...] A única coisa que eu não faço que é serviço das técnicas de enfermagem é esvaziar a bolsinha, bolsa de colostomia porque eu me sinto insegura, então eu chamo na campainha ou, quando ela vem no quarto, eu peço. (P1)

Outro desafio está relacionado à parte estrutural da instituição, a falta de ar-condicionado nos corredores e o ar-condicionado estragado no quarto foram apontados pelos participantes.

[...] *elas [profissionais de saúde] estão atentos a todos os cuidados, a única coisa que acho que pode melhorar é a falta de ar-condicionado nos corredores, para o melhor trabalho dos técnicos e enfermeiros.* (P5)

[...] *só que a gente ficou aqui 40 dias e trocamos de leito, então foi péssimo, péssimo, péssimo, colocaram a gente em um quarto que o ar-condicionado não funcionava, o quarto era a metade deste daqui.* (P7)

A falta do dimensionamento adequado do quadro de funcionários da enfermagem também foi percebida pelos entrevistados. Ao experienciar uma internação, o paciente e seus familiares percebem a falta de funcionários e, ao mesmo tempo, o esforço da equipe para atendê-los bem, como segue:

[...] *desde que eu cheguei aqui, apesar de toda essa pandemia que está acontecendo e falta de funcionários o atendimento, aqui é bom. Se eu falasse que é ruim, eu estaria mentindo, é bom, as técnicas de enfermagem se esforçam.* (P7)

Apesar de apontarem alguns desafios e possibilidades de melhorias para a instituição de saúde, os participantes enaltecem o atendimento da equipe assistencial. O cuidado, o empenho, a atenção e o afeto da equipe assistencial com o paciente e sua família, durante a sua experiência, muitas vezes singular, lhes transmitem confiança e credibilidade ao tratamento recebido, conforme pode ser percebido nos excertos a seguir:

[...] *olha, o que eu lembro da internação do meu pai, de modo geral, está sendo muito boa, as pessoas, os profissionais, os médicos são bem atenciosos.* (P2)

[...] *muito bom hospital, profissionais maravilhosos, estou sendo muito bem atendida, esta experiência que estou tendo está sendo sensacional.* (P5)

DISCUSSÃO

A categoria Interação paciente-profissional como elemento do cuidado seguro demonstra-se como um elemento importante para a segurança do paciente, percebido na sua experiência. A comunicação, para os participantes das entrevistas, mostrou-se presente, resultado que também apareceu em estudo⁽³³⁾ realizado com pacientes e familiares que identificou atributos de satisfação relacionados à segurança do paciente.

Além disso, dentro desta mesma categoria, estão descritos os diversos momentos em que a comunicação acontece durante a internação, de acordo com a percepção do paciente. Informações recebidas pelo profissional médico, pela equipe de enfermagem e pelo administrativo, a partir da presença da equipe, e a interação durante a prestação do cuidado foram elencadas como atributos de satisfação.

Nota-se, no estudo, que os pacientes dão ênfase às informações diárias, sobre o seu tratamento, as medicações, o exame e os

resultados clínicos, recebidas através do médico. Ainda, é muito presente a valorização do profissional médico, porém é algo que vem mudando nos hospitais, devido à implantação de processo de qualidade, como a acreditação hospitalar⁽³⁴⁾.

Nas entrevistas, foi evidenciado que, ao precisar trocar de setor durante a internação, o paciente percebe a preocupação da equipe em fornecer informações, desde a chegada ao hospital, no setor da emergência, ao ser transferido para uma unidade de cuidado avançado ou até mesmo indo para a enfermaria.

Apesar de existir a comunicação entre paciente-profissional, percebe-se nos resultados que ainda é preciso melhorar a preparação do paciente para a alta, no que se refere ao tratamento clínico, às medicações a serem utilizadas e às atividades permitidas, além do envolvimento do paciente em seu cuidado. Pacientes e familiares sentem-se impedidos de se envolver em processos de cuidado ou tomada de decisão quando percebem que a comunicação da equipe é desconectada e inadequada. No entanto, quando a família se sente empoderada para participar, a qualidade da assistência ao paciente fica potencializada⁽³⁵⁾.

O envolvimento do paciente e sua família, desde a chegada ao hospital até a alta, é uma opção importante e pode ser pensada como um redesenho dos modelos de cuidado em saúde, buscando-se atender as necessidades dos pacientes e melhorar os resultados de saúde. Para tal estratégia, é necessário, por parte dos profissionais da saúde, o conhecimento sobre o envolvimento do paciente na segurança do cuidado. Estudo com profissionais de saúde revela aspectos importantes sobre a influência do envolvimento do paciente nos desfechos assistenciais⁽¹⁶⁾.

A interação entre paciente-profissional da enfermagem é percebida pelo paciente em diversos momentos e em diferentes turnos do dia. Ter as suas demandas de cuidados atendidas, ao chamar o profissional da enfermagem na campainha, como a verificação de sinais vitais, avaliação da dor e administração de medicamentos, faz o paciente criar um vínculo com o profissional.

De acordo com a presente pesquisa, é a partir da interação paciente-profissional de saúde que os pacientes identificam atributos de satisfação pelo atendimento recebido. Ao ouvir o paciente, executar habilidades técnicas, tratá-lo com carinho, dar apoio e atenção, os profissionais de saúde podem promover experiências positivas e satisfação tanto para o paciente quanto para suas famílias, além de contribuírem para a fidelização do paciente à instituição de saúde.

Foi constatado em um estudo⁽³⁶⁾ que a satisfação dos pacientes internados em enfermarias em relação ao trabalho dos enfermeiros ocorre por meio do uso de habilidades técnicas, conhecimento científico e individualização da assistência de enfermagem. Ao enxergar o paciente como um ser único e complexo, o profissional qualifica o planejamento e a execução do cuidado. Observar as necessidades individuais de cada paciente e atendê-las pode ser uma ação que contribui substancialmente para um resultado positivo em termos de segurança do paciente⁽³⁷⁾ e ainda pode tornar a experiência hospitalar menos traumática e dolorosa.

Nossa pesquisa também destaca, como elemento de avaliação da segurança pelo paciente, os protocolos de segurança percebidos pelos pacientes e suas famílias durante o cuidado recebido. Na segunda categoria, "Protocolos de segurança identificados na experiência do paciente", evidenciou-se a presença do protocolo de identificação do paciente e o de prevenção de quedas, embora

ambos ainda estejam em processo de consolidação na instituição. É a partir da experiência de internação que o paciente e/ou família identificam elementos que podem estar relacionados à sua segurança. Eles se sentem seguros ao perceber a presença dessas medidas de segurança, ao mesmo tempo em que ficam preocupados quando identificam algumas fragilidades.

Os pacientes reconhecem que utilizam uma pulseira que serve para a sua identificação e relatam momentos em que ela é conferida. A pulseira observada pelo paciente é branca e contém os identificadores, como nome completo e data de nascimento, de acordo com a Política de Segurança do Paciente da instituição em estudo. Sua utilização deve ocorrer para conferir a identidade do paciente sempre antes de qualquer procedimento⁽³⁸⁾.

A conferência da identificação é percebida pelo paciente em diferentes momentos do cuidado. Na administração de medicamentos, o paciente percebe que os profissionais verificam a pulseira de identificação para conferir com a prescrição médica e também explicam para que serve determinado medicamento. Às vezes, o profissional já conhece o paciente pelo tempo de internação. Além disso, o uso da pulseira parece ser uma prática consolidada, pois chama a atenção do paciente quando o dispositivo não está em boas condições.

Outro momento em que o paciente percebe a conferência de sua identificação é na coleta de exames laboratoriais e de imagem. Ao buscar o paciente no quarto, o profissional verifica seus dados chamando-o pelo nome ou olhando a pulseira de identificação.

No momento de receber a dieta, o paciente não percebe a conferência da identificação. A conferência parece ser uma ação deixada sob responsabilidade do próprio paciente. Nessa situação, o protocolo de conferência da identificação do paciente ainda é um desafio para a instituição de saúde.

Um estudo⁽³⁹⁾ que relatou a experiência na construção de um projeto de melhoria contínua da qualidade para a identificação inequívoca do paciente também reforçou a ideia de sensibilização da equipe. A identificação inequívoca do paciente é fundamental para reduzir incidentes durante a prestação de cuidados. Portanto, estratégias são necessárias para sensibilizar os profissionais na implementação do procedimento de identificação do paciente, a fim de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Os pacientes também não mencionaram a pulseira amarela utilizada pela instituição para pacientes com risco de quedas, porém apontaram medidas adotadas e percebidas para sua prevenção. No entanto, citaram problemas estruturais que podem favorecer incidentes de queda.

Nas entrevistas, os pacientes afirmaram utilizar cadeiras de rodas ou as barras de segurança disponíveis durante o banho, além de adotarem comportamentos que os fazem sentir-se seguros e protegidos. Ao mesmo tempo, relataram receber auxílio da equipe de técnicos de enfermagem para tomar banho. No entanto, as orientações sobre o risco de quedas foram fornecidas pela equipe médica.

Sabe-se que os protocolos de segurança devem ser difundidos em toda a instituição de saúde e ser praticados por todos. Um estudo realizado em um hospital universitário encontrou o protocolo de prevenção de quedas consolidado nos documentos e nas práticas assistenciais. Os cuidados para prevenir quedas estavam presentes nas percepções dos pacientes e de suas famílias, assim como nos comportamentos dos profissionais. Além disso, percebeu-se que

os profissionais estimulam o paciente e a família a participarem ativamente dos cuidados e das medidas preventivas⁽¹¹⁾.

Os pacientes também mencionaram problemas relacionados à estrutura física da instituição, como a falta de barras de segurança e vazamentos de água nos banheiros. A percepção sobre elementos estruturais que podem favorecer a queda do paciente demonstra o quanto os pacientes estão atentos e como suas experiências podem contribuir para futuras melhorias.

Na terceira categoria, "O cuidado seguro e seus desafios na assistência hospitalar", fica evidente o empenho da equipe assistencial em estar presente e atender o paciente, mas também são apresentados desafios a serem trabalhados pela instituição.

A disponibilidade da equipe de enfermagem nos cuidados relacionados ao banho, conforto, troca de fraldas, verificação de sinais vitais, troca de curativos e preocupação com o bem-estar do paciente possibilita que ele se sinta bem assistido. No entanto, observa-se que a equipe de enfermagem estimula pouco a participação ativa do paciente nos cuidados, mesmo que ele tenha potencial para isso.

A coprodução tem sido estudada como uma estratégia em busca de avanços na segurança do paciente^(11,40). Nesse sentido, um estudo⁽⁴⁰⁾ realizado a partir da experiência do paciente apresenta os caminhos já percorridos e a percorrer na coprodução do cuidado. Percebeu-se a coprodução em alguns protocolos de segurança, como a identificação do paciente, prevenção de quedas e cirurgia segura. Por outro lado, a falta de informações dificultou o acompanhamento do plano de tratamento, resultando em casos de frustração para o paciente.

Com base em sua experiência, os participantes perceberam a falta de ar-condicionado nos corredores da instituição ou falhas desses equipamentos nos quartos, assim como a inadequação do dimensionamento da equipe.

Um estudo realizado na Inglaterra aponta a importância de uma equipe adequada de enfermeiros para os pacientes. Os resultados indicam que 57% dos pacientes percebem que não havia enfermeiros suficientes para cuidar deles sempre ou quase sempre, mesmo assim classificaram o atendimento como excelente. A perspectiva dos pacientes reforça a importância de uma equipe de enfermagem adequada. Também fica evidente que as diferenças nessa equipe profissional nos hospitais avaliados estão associadas a cuidados de enfermagem negligenciados ou esquecidos, incluindo a gestão dos cuidados após a alta. Sugere-se que um dimensionamento adequado da equipe à beira do leito pode ser uma estratégia promissora para aumentar a satisfação do paciente com os cuidados⁽⁴¹⁾.

Apesar de apontarem alguns desafios, que podem ser trabalhados na instituição de saúde, os pacientes relatam ter recebido cuidado, atenção e afeto da equipe assistencial, o que lhes despertou sentimentos de confiança e credibilidade. Estudo⁽⁴⁰⁾ mostra que o cuidado centrado no paciente é percebido pelos pacientes-famílias, principalmente nos momentos de atendimento das necessidades de saúde, como na hora do banho, na administração de medicamentos ou na troca de fraldas.

O estudo⁽⁴²⁾ realizado com gestoras de enfermagem mostrou a importância de ações gerenciais para o desenvolvimento do capital do cliente nas organizações. Para a avaliação da satisfação do cliente, as gestoras utilizam-se de instrumentos de avaliação próprios, busca ativa e sistemática, além de dados da ouvidoria. A avaliação da satisfação do cliente não se limita ao momento da alta ou a queixas da ouvidoria. Diferentes fontes de informação

são utilizadas para capturar e valorizar a experiência do paciente. A partir dos desejos dos clientes, ações articuladas são envolvidas para melhor atendê-los e satisfazer as suas necessidades.

Sabe-se que, em instituições seguras e confiáveis, os pacientes e seus familiares são membros plenos da equipe de saúde tanto quanto os profissionais⁽⁴³⁾. Com isso, a sua experiência precisa ser valorizada ainda mais, provocando verdadeiras transformações nas organizações de saúde. Nessa perspectiva, conhecer a visão do paciente e de seus familiares vem sendo prioridade, inclusive para ajudar a construir processos de cuidado centrados no paciente e na melhoria do desempenho das equipes clínicas e das organizações⁽⁴⁴⁾.

Desenvolver estudo analisando a experiência do paciente acerca da sua segurança permitiu a elucidação de resultados importantes para o sistema de saúde. Os pacientes revelaram-se fonte de informações, sendo capazes de identificar elementos que podem comprometer a sua própria segurança. Diante disso, o seu protagonismo, a partir de seu envolvimento no cuidado, pode fortalecer a cultura de segurança das organizações de saúde.

Limitações do estudo

O estudo foi desenvolvido em apenas uma instituição hospitalar e ocorreu ao longo da internação, fato que pode ter contribuído para o não registro na completude da experiência na internação hospitalar. No entanto, a Técnica do Incidente Crítico utilizada para conduzir as entrevistas proporcionou lembranças de fatos marcantes na experiência durante a internação hospitalar.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

A presente pesquisa contribui para ampliar o conhecimento da enfermagem acerca da experiência do paciente e sua segurança

no ambiente hospitalar, assim como dá destaque para a inserção do paciente e da sua família no seu cuidado. Além disso, espera-se que os resultados apresentados subsidiem novas produções científicas no que tange à experiência do paciente, ao seu envolvimento no cuidado e ainda a propostas de modelos de envolvimento do cuidado.

CONCLUSÕES

Nosso estudo permite concluir que pacientes e suas famílias identificam elementos relacionados à segurança do cuidado com base em sua experiência, como a interação paciente-profissional, comunicação, identificação de protocolos de segurança e disponibilidade da equipe de enfermagem.

Além disso, alguns protocolos de segurança não foram percebidos pelos participantes durante sua experiência. Portanto, sugere-se que a instituição de saúde, mesmo trabalhando com acreditação hospitalar, possa fortalecer sua cultura de segurança, envolvendo o paciente e seus familiares no planejamento de melhorias em relação à segurança do paciente.

Por fim, apesar de os pacientes e familiares apresentarem elementos que podem ser considerados como desafios pela instituição, eles expressam satisfação em relação ao atendimento, saindo da instituição com uma percepção positiva da experiência.

CONTRIBUIÇÕES

Báo ACP e Moura GMSS contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Báo ACP, Amaral-Rosa MP e Moura GMSS contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Báo ACP, Prates CG, Amaral-Rosa MP, Costa DG, Oliveira JLC, Amestoy SC, Magalhães AMM e Moura GMSS contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report[Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009[cited 2022 Aug 30]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000. <https://doi.org/10.17226/9728>
3. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009. [Internet]. Geneva: WHO; 2008[cited 2022 Aug 30]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013[cited 2022 Aug 30]. Available from: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de01-04-2013.pdf>
5. Figueiredo FM, Gálvez AMP, Garcia EG, Eiras M. Participação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde: revisão sistemática. *Ciênc Saude Coletiva*. 2019;24(12):4605-19. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.08152018>
6. Fleck JMC, Pereira RA, Silva AEBC, Gimenes FRE. Adherence to safety barriers in medication administration: patients' perception. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29:e3497. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5383.3497>
7. Beyene LS, Severinsson E, Hansen BS, Rortveit E. Patients' experiences of participating actively in shared decision-making in mental care. *J Patient Exp*. 2018;6(4):311-7. <https://doi.org/10.1177/2374373518805545>
8. Arruda NLO, Bezerra ALQ, Teixeira CC, Silva AEBC, Tobias GC. Patient perception of safety in health care provided by professionals in a hospital emergency unit. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(11):4445-54. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a15019p4445-4454-2017>

9. Mello JF, Barbosa SFF. Translation and transcultural adaptation of the Patient Measure of Safety (PMOS) questionnaire to Brazilian portuguese. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20180322. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0322>
10. Peres MA, Wegner W, Cantarelli-Kantorski KJ, Gerhardt LM, Magalhães AMM. Perception of family members and caregivers regarding patient safety in pediatric inpatient units. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0195. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0195>
11. 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>
12. Moura LP, Moura GMSS, Wegner W, Hoffmeister LV. Parents as pillars for patient safety in a neonatal unit. *Rev Enferm UERJ*. 2020;28:e48578. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.48578>
13. Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela SL. Defining Patient Experience. *Patient Exp J*. 2014; 1(1):7-19. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1004>
14. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentara segurança do paciente? orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes [Internet]. Brasília (DF): Anvisa; 2017 [cited 2022 Aug 30]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>
15. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014[cited 2022 Aug 30]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
16. 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>
17. Mira JJ, Nuño-Solinis R, Guilabert-Mora M, Solas-Gaspar O, Fernández-Cano P, González-Mestre et al. Development and validation of an instrument for assessing patient experience of chronic illness care. *Int J Integr Care*. 2016;16(3):13. <http://doi.org/10.5334/ijic.2443>
18. Ward JK, Armitage G. Can patients report patient safety incidents in a hospital setting? a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(8):685-99. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000213>
19. Harrison R, Walton M, Manias E, Smith-Merry J, Kelly P, Iedema R, Robinson L. The missing evidence: a systematic review of patients' experiences of adverse events in health care. *Int J for Qual in Health Care*. 2015; 27(6):424-442. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv075>
20. Harrison R, Walton M, Manias E, Mears S, Plumb J. Patients' experiences in Australian hospitals: a systematic review of evidence. *Aust Health Rev*. 2017; 41(4):419-435. <https://doi.org/10.1071/AH16053>
21. Villar VCFL, Duarte SCM, Martins M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(12):e00223019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223019>
22. Giles SJ, Lawton RJ, Din I, McEachan RRC. Developing a patient measure of safety (PMOS). *BMJ Qual Saf*. 2013; 22(7):554-562. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000843>
23. Flanagan JC. A técnica do incidente crítico. *Arq Bras Psicol*[Internet]. 1973[cited 2022 Aug 30];25(2):99- 141. Available from: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/viewFile/16975/15786>
24. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec; 2014.
25. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol*. 2013;21(2):513-8. <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
26. Ramos MG, Lima VMR, Amaral-Rosa, MP. (2019). IRAMUTEQ Software and Discursive Textual Analysis: Interpretive Possibilities. In: Costa A, Reis L, Moreira A. (eds) *Computer Supported Qualitative Research (WCQR 2018): advances in intelligent systems and computing*. Springer; 2018;861. 58-72p.
27. Barros NF, Rodrigues BS, Teixeira RAG, Oliveira ESF, Silva LF. "Quantas entrevistas são suficientes?": reflexões sobre a técnica da saturação dos dados na pesquisa qualitativa. In: Oliveira ESF, Barros NF, Souza DCDBN. *Metodologias qualitativas em diferentes cenários: saúde e educação*. Goiânia: Gráfica UFG; 2017. 19-33p.
28. Martins ICS, Lima VMR, Amaral-Rosa, MP, Moreira L, Ramos MG. Handcrafted and software-assisted procedures for discursive textual analysis: analytical convergences or divergences? In Costa A, Reis L, Moreira A. (Eds). *Computer Supported Qualitative Research (WCQR 2019): advances in intelligent systems and computing*. Springer; 2020;1068. 189-205p.
29. Veraszto EV, Camargo EP, Camargo JTF, Simon FO, Miranda NA. Evaluation of concepts regarding the construction of scientific knowledge by the congenitally blind: an approach using the correspondence analysis method. *Ciênc Educ*. 2018; 24(4):837-57. <https://doi.org/10.1590/1516-731320180040003>
30. Amaral-Rosa MP, Candaten AE. Análise qualitativa mediada pelo software IRaMuTeQ: interpretações a partir do ontem e do hoje no Sistema Único de Saúde do Brasil. *New Trends Qualit Res*. 2021;8. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.505-513>
31. Góes FGB, Santos AST, Campos BL, Silva ACSS, Silva LF, França LCM. Use of the IRAMUTEQ software in research with a qualitative approach: experience report. *Rev Enferm UFSM*. 2021;(e63):1-21. <https://doi.org/10.5902/2179769264425>
32. Klamt LM, Santos VS. The use of the IRAMUTEQ software in content analysis - a comparative study between the ProfEPT course completion works and the program references. *Res, Soc Develop*. 2021;10(4):e8210413786. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13786>
33. Costa DG, Moura GMSS, Moraes MG, Santos JLG, Magalhães AMM. Satisfaction attributes related to safety and quality perceived in the experience of hospitalized patients. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41(esp):e20190152. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190152>

34. Joint Comission International (JCI). Joint Comission International Accreditation Standards for Hospitals: including standards for academic medical center hospitals [Internet]. 6th ed. 2017[cited 2022 Aug 30]. Available from: https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_Standards_Only_6th_Ed_Hospital.pdf
35. Mackie BR, Mitchell M, Marshall AP. Patient and family members' perceptions of family participation in care on acute care wards. *Scand J Caring Sci*. 2019;33(2):359-370. <https://doi.org/10.1111/scs.12631>
36. Santos MA, Sardinha AHL, Santos LN. User satisfaction with the care of nurses. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(1):e57506. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.57506>
37. Lima Gomes AT, Ferreira Jr MA, Salvador PTCO, Bezerril MS, Chivone FBT, Santos VEP. Safety of the patient in an emergency situation: perceptions of the nursing team. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):753-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0544>
38. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de identificação do paciente [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013[cited 2022 Aug 30]. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>
39. Ventura-Silva JMA, Castro SFM, Sousa SG, Esteves NEC, Monteiro MAJ, Ribeiro OMPL. Identificação do paciente como estratégia de segurança. *Rev Enferm UFPE*. 2020;14:e245056. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.245056>
40. Costa DG, Moura GMSS, Canever BP, Weimer LE, Kassick F, Costa FG, et al. Patient experience: paths covered and to be covered in patient-centered care. *Res, Soc Develop*. 2022;11(1):e32911124899. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24899>
41. Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open*. 2018; 8(1):e019189. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019189>
42. Cordeiro ALAO, Fernandes JD, Mauricio MDALLD, Silva RMO, Barros CSMA, Romano CMC. The Client Capital in Nursing Management in Hospitals. *Esc Anna Nery*. 2020; 24(1):1-8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0123>
43. Prates CG, Caregnato RCA, Magalhães AMM, Dal Pai DDP, Urbanetto JS, Moura GMSS. Patient safety culture in the perception of health professionals: a mixed methods research study. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20200418. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200418>
44. O'Hara JK, Reynolds C, Moore S, Armitage G, Sheard L, Marsh C, et al. What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Qual Saf*. 2018;27:673-82. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006974>