

Experiência do paciente na coprodução de cuidados: percepções acerca dos protocolos de segurança do paciente*

Diovane Ghignatti da Costa¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0754-8314>

Gisela Maria Schebella Souto de Moura³

 <https://orcid.org/0000-0002-4744-478X>

Simone Silveira Pasin²

 <https://orcid.org/0000-0001-5387-8560>

Francis Ghignatti da Costa³

 <https://orcid.org/0000-0002-9597-2069>

Ana Maria Müller de Magalhães³

 <https://orcid.org/0000-0003-0691-7306>

Objetivo: analisar a experiência do paciente durante a internação hospitalar, com foco na coprodução de cuidados relacionados aos protocolos de segurança do paciente. **Método:** estudo qualitativo, cujos dados foram coletados por meio da triangulação de múltiplas fontes: análise documental, observação de 10 profissionais na prestação de cuidados e 24 entrevistas com pacientes-famílias de 12 unidades de internação clínicas e cirúrgicas de um hospital. **Procedeu-se** à análise temática, ancorando-se no conceito de coprodução. **Resultados:** protocolos de segurança segundo a experiência do paciente retrataram o papel dos pacientes-famílias como coprodutores do cuidado seguro. Constatou-se alinhamento entre as percepções dos pacientes, as definições institucionais e os protocolos básicos de segurança do paciente, nacionais e internacionais. No entanto, esses protocolos nem sempre são seguidos pelos profissionais. **Conclusão:** a coprodução foi percebida nos protocolos de cirurgia segura e de prevenção de lesões decorrentes de queda. Na identificação do paciente, higienização de mãos e processo de medicação, verificou-se que a coprodução depende do comportamento proativo de pacientes-famílias, pois não é estimulada pelos profissionais. A pesquisa contribui com subsídios para alavancar a participação do paciente como agente de sua segurança, destacando a coprodução de cuidados em saúde como valioso recurso para o avanço na segurança do paciente.

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

* Artigo extraído da tese de doutorado "A experiência do paciente na coprodução de cuidados: percepções acerca da qualidade no serviço hospitalar", apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, SC, Brasil.

² Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, RS, Brasil.

Como citar este artigo

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.[Access   ]; Available in: .DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3352.3272>.  mês  dia  ano

URL

Introdução

Há mais de uma década, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta para a necessidade de se promover práticas mais seguras no ambiente de prestação de cuidados em saúde. No plano de trabalho de 2008-2009 da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, consta uma ação que é foco deste estudo, a qual requer atenção por parte dos gestores e prestadores de serviços de saúde, denominada *Pacientes pela Segurança do Paciente*, cujo principal propósito é garantir que a voz do paciente seja alicerce do movimento em prol da segurança⁽¹⁾. Em nível nacional, essa ação compõe um dos eixos do Programa Nacional pela Segurança do Paciente (PNSP), instituído pelo Ministério da Saúde, o qual descreve ações para o envolvimento do paciente na sua segurança⁽²⁾.

Considerando o direcionamento das políticas de saúde para melhorias na segurança do paciente, mediante sua participação, tomou-se como foco desta pesquisa a experiência do paciente na coprodução de cuidados, na perspectiva da qualidade no serviço hospitalar. A inter-relação da base conceitual que se apresenta nesta assertiva reflete a natureza dinâmica e interativa do objeto investigado.

Entre os conceitos, sustenta-se no engajamento do paciente na avaliação da qualidade em saúde⁽³⁾ e na segurança do paciente, consistindo na redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável⁽⁴⁾. Ressalta-se, também, o conceito de experiência do paciente, o qual envolve interações, cultura organizacional e percepções de pacientes em todo o *continuum* de cuidados⁽⁵⁾.

Em consonância com essas concepções, integra-se a coprodução, com origem na área de *Marketing de Serviços*, cuja aplicação pode ser transversal a diversas áreas do conhecimento. O conceito clássico de coprodução remete a um processo em que o usuário é considerado parte inerente da produção de determinado serviço, de modo que o resultado depende de esforço conjunto entre prestadores e usuários⁽⁶⁾.

No campo da saúde, a entrega do serviço ocorre mediante a presença dos atores envolvidos, nos encontros de serviço. Quando não se reconhece esta característica, incorre-se em limitações para o sucesso de parcerias entre pacientes e profissionais, com vistas a melhorar a assistência⁽⁷⁾. Exemplo acerca dessas limitações consta em recente publicação, em que a baixa qualidade assistencial foi associada, entre outros fatores, com a falta de coprodução na prestação dos cuidados em saúde, considerando pacientes e famílias⁽⁸⁾.

Apesar de diversas iniciativas, há muito que se avançar em prol da segurança do paciente, principalmente em estratégias que considerem seu envolvimento na identificação de fragilidades no sistema de saúde, as

quais incorrem na segurança assistencial⁽⁹⁾. A participação do paciente na segurança ainda é deficiente na prática clínica e são necessárias ações sistemáticas para criar uma cultura de segurança na qual os pacientes sejam vistos como parceiros⁽¹⁰⁾.

Estudo multicêntrico conclui que os pacientes fornecem informações que retratam os cuidados vivenciados e, portanto, podem contribuir com o que é necessário mudar para melhorar a segurança e a experiência do paciente⁽¹¹⁾. Revisão de escopo acerca do engajamento do paciente na melhoria dos serviços hospitalares, evidencia que há escassez de pesquisas sobre essa temática, apontando a necessidade de futuras pesquisas com foco comportamental no engajamento de pacientes⁽¹²⁾.

Esses achados advindos da incursão na literatura mobilizaram a seguinte questão de pesquisa: Na experiência do paciente atendido em unidades de internação hospitalar emergem percepções acerca das ações relacionadas à segurança do paciente? O objetivo do estudo consistiu em analisar a experiência do paciente durante a internação hospitalar, com foco na coprodução de cuidados relacionados aos protocolos de segurança do paciente.

Método

A pesquisa insere-se na vertente qualitativa, delineamento indicado para explorar e descrever o objeto em investigação, a qual se aplica ao estudo das percepções e das interpretações que os sujeitos produzem, possibilitando desvelar significados do fenômeno estudado⁽¹³⁾. Ancorou-se no marco conceitual de coprodução⁽⁶⁾, o qual implica em participação ativa do paciente nos seus cuidados.

Pesquisa desenvolvida em hospital público, universitário, brasileiro, certificado pela Joint Commission International. Os participantes foram 22 pacientes e oito familiares adultos internados em 12 unidades clínicas e cirúrgicas e 10 profissionais que atuaram diretamente no cuidado aos pacientes, sendo três enfermeiros, seis técnicos de enfermagem e um terapeuta ocupacional.

A amostra foi intencional, considerando-se o planejamento de entrevistar dois pacientes-famílias por unidade, totalizando 24 entrevistas e, também, de acompanhar os profissionais disponíveis nas oportunidades de cuidados realizados no período estipulado para observação. Ressalta-se que participaram das entrevistas seis pacientes acompanhados por seus familiares, sendo considerada uma entrevista para o conjunto denominado paciente-família. Em duas entrevistas, somente a família participou, considerando as características dos pacientes e, em 16, houve a participação exclusiva dos pacientes. A saturação de dados norteou a decisão que se alcançou o suficiente⁽¹⁴⁾.

Os critérios de inclusão de pacientes consistiram em período de internação de seis dias ou mais, interesse em compartilhar sua experiência e condições clínicas para deslocar-se até o local de entrevista, na própria unidade. Em relação às famílias dos pacientes participantes, além do interesse em relatar suas percepções, foram incluídos sujeitos que tivessem acompanhado o período de internação em sua maior parte. Esse critério foi definido considerando a perspectiva da participação do familiar frente à prestação dos cuidados. A seleção dos pacientes-famílias seguiu a lista do censo da unidade, contendo o nome dos pacientes e data de internação, abordando-se o primeiro paciente do sexo masculino e a primeira do sexo feminino por unidade. Todos os pacientes-famílias convidados a participar aceitaram e permaneceram no estudo. Adotou-se como critério de exclusão alguma dificuldade de comunicação, por algum acometimento que impeça o participante em verbalizar suas percepções.

Em relação aos profissionais da equipe de saúde, incluíram-se aqueles que constavam no quadro ativo de pessoal e os escalados em um dos quatro turnos agendados para observação, nas duas unidades selecionadas. Dois profissionais recusaram-se a participar, pois não desejavam ser acompanhados durante os cuidados. Foram excluídos os funcionários em período probatório ou em contrato por tempo determinado. A seleção das unidades para a realização da observação ocorreu após a etapa de coleta de dados secundários, descrita a seguir.

Dados secundários, para análise documental, foram extraídos pela pesquisadora principal do Sistema de Informações Gerenciais e do Sistema de Gestão Operacional, entre janeiro de 2016 e outubro de 2018. Verificaram-se documentos institucionais que orientam as rotinas assistenciais, descritos na forma de políticas e planos assistenciais, selecionando-se os que continham a descrição explícita do envolvimento do paciente-família no cuidado. Além desses, coletaram-se resultados de quatro indicadores de qualidade e segurança (higienização de mãos, identificação do paciente, quedas e satisfação dos pacientes) das 12 unidades do escopo do estudo.

A análise dos indicadores definiu as unidades a serem observadas, escolhendo-se a unidade que apresentou os resultados mais críticos e a que obteve os melhores resultados em relação às metas definidas. A unidade 8 obteve os resultados mais críticos nos quatro indicadores e as unidades 1, 4 e 11 obtiveram os melhores resultados em dois indicadores cada uma. Assim, definiram-se as unidades 8 e 11 para a etapa de observação, sendo esta última definida mediante sorteio entre aquelas com os melhores resultados.

A coleta dos dados primários contemplou observação de campo e entrevistas com base em roteiro semiestruturado, sendo realizadas em novembro de 2018.

Optou-se por observação do tipo passiva, realizada por integrante do grupo de pesquisa, com inserção no objeto investigado e capacitada para a técnica. Os encontros de serviços entre os usuários e profissionais foram foco da observação, registrados em roteiro com os seguintes itens: comportamentos, diálogos, descrição do local e de atividades executadas, bem como impressões do observador. Acompanharam-se 30 situações que caracterizam encontros de serviços, totalizando 16 horas.

As entrevistas foram gravadas em áudio, realizadas pela pesquisadora principal e conduzidas com base na Técnica de Incidente Crítico⁽¹⁵⁾, com duração de 30 a 40 minutos. Essa técnica permite explorar e descrever perspectivas dos entrevistados sobre situações significativas vivenciadas. Assim, possibilita a compreensão de comportamentos, situações e consequências, com vistas a subsidiar o planejamento de ações, de acordo com o que se pretende alcançar mediante sua aplicação.

Na realização das entrevistas, consideraram-se como incidente crítico as percepções que compuseram as memórias dos pacientes, em que foi possível cooptar uma situação, os comportamentos presentes e suas consequências, tanto positivas como negativas. A técnica orienta que as memórias sejam estimuladas por meio de uma assertiva inicial - Pense como foi o atendimento em relação aos cuidados relacionados à sua segurança e no seu envolvimento nesses cuidados. Após a assertiva inicial, aguardou-se o tempo necessário para a lembrança de uma situação significativa vivenciada. A seguir, o diálogo entre entrevistador e participante foi orientado mediante roteiro de perguntas, conforme alguns exemplos: Qual situação você lembrou? Que pessoas estavam envolvidas? O que percebeu nos comportamentos dos envolvidos, inclusive nos seus? Por que este evento foi selecionado por você? O que poderia ter sido diferente?

Após transcrição literal dos dados primários oriundos das entrevistas e das observações, iniciou-se a análise temática de forma conjunta, com o apoio do *software* Nvivo 11, para organização do *corpus* de análise⁽¹³⁾. Assim, procedeu-se à identificação dos temas e ao agrupamento dos mesmos para a composição da categoria, de acordo com as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pesquisa foi aprovada sob o número CAEE: 01092918.2.0000.5327, contando-se com termo para utilização de dados institucionais e termos de consentimento livre e esclarecido. Na apresentação dos resultados, codificaram-se as falas dos entrevistados, utilizando-se as letras P e F, para referir-se à participação do Paciente e do Familiar, respectivamente, seguidas de número de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas. As observações foram codificadas pela letra O, seguida de número, conforme o ordenamento cronológico de

realização. O método seguiu os critérios indicados para pesquisa qualitativa, descritos no *check list* COREQ⁽¹⁶⁾.

Resultados

Como caracterização dos pacientes participantes, metade era do sexo masculino, resultado previsto no planejamento, conforme os critérios de inclusão. A mediana de idade foi de 57 anos, com idade mínima de 34 anos e máxima de 75 anos. O tempo de internação correspondeu à mediana de 14 dias de hospitalização, com mínimo de seis e máximo de 52 dias. Quanto ao grau de escolaridade, 18 possuíam ensino fundamental e médio, cinco ensino superior e um analfabeto. Os motivos de internação foram relacionados a comorbidades clínicas e cirúrgicas, tanto agudas como crônicas.

Os resultados emergentes da observação e entrevistas foram agrupados em três categorias e neste estudo foram abordados os temas da categoria protocolos de segurança segundo a experiência do paciente: identificação do paciente, segurança na administração de medicamentos, cuidados para prevenção de lesões decorrentes de quedas, cuidados para prevenção de infecções com foco na higienização de mãos, processo de consentimento, cirurgia segura e cuidados para prevenção de lesão por pressão. Destaca-se como resultado empírico transversal o papel dos pacientes-famílias como coprodutores do cuidado seguro, com base na análise integrada das informações derivadas dos documentos, observações e entrevistas.

O uso de pulseira de identificação do paciente foi constatado nas situações observadas e nas entrevistas realizadas. Esse cuidado é reconhecido e valorizado pelos pacientes, conforme destacado nas falas dos participantes: *[...] minha pulseira é a minha identificação real, tem meu nome, tem um código [...]* (P2); *[...] eu sei para que serve esta pulseira, tem meu nome, significa hospital de primeiro mundo* (P7).

Segundo a Política e o Plano de Identificação dos Pacientes há momentos obrigatórios para conferência da identificação, bem como a descrição de como fazê-la, conforme o cuidado prestado, contando com a inclusão do paciente e família. As manifestações e as observações demarcaram como ocorre a identificação do paciente e em quais momentos. Um deles diz respeito à coleta de exames, cujo cuidado foi percebido pelos pacientes, conforme o seguinte exemplo: *[...] eu coletei sangue todos os dias às 7 horas e usam a minha pulseira nesta hora, olham a pulseira e depois olham os papezinhos e os frascos que têm meu nome* (P1).

Apesar do reconhecimento da necessidade de conferência, quando se investigou sobre a coprodução nesse cuidado, como mais uma barreira de segurança, constatou-se que ainda não ocorre: *[...] na coleta de exames todos são muito cuidadosos, os frascos são todos identificados, mas eu não tenho liberdade de olhar se está certo, mas confio que não erram* (P2).

Os pacientes também perceberam que há preocupação com sua identificação nos momentos de transição de cuidado, ao serem transportados a outras áreas do hospital: *[...] quando eu fui para a cirurgia, eles olharam na pulseira e nos papéis para confirmar que sou eu mesmo, só depois me levaram* (P21).

Outro momento obrigatório para a equipe proceder à conferência da identificação do paciente, segundo os documentos que orientam a rotina, é na administração de medicamentos, ação considerada imprescindível para a segurança do processo de medicação. Contatou-se que, segundo a experiência dos pacientes, há a conferência antes da administração de medicamentos. *[...] quando eles vêm no quarto, olham a pulseira na hora da medicação, eu acho isso bem importante. Até mesmo eu noto que as técnicas leem na planilha a medicação, se certificam que é a certa, para não ter problema de dar medicação errada* (F9).

Nas observações foi possível acompanhar técnicos de enfermagem em nove situações envolvendo administração de medicamentos, constatando-se que houve conferência da identificação em duas (O1 e O12). Nas situações em que os profissionais não procederam à conferência, foi possível verificar que havia uma relação de confiança estabelecida entre o profissional e o paciente, evidenciada por diálogos entre ambos, chamando-se pelo nome, interagindo entre si durante o cuidado, em ambiente descontraído e tranquilo (O2, O3, O4, O13, O17, O18, O22).

Buscou-se também aprofundar sobre o papel ativo dos pacientes-famílias na administração de medicamentos, se receberam orientação sobre isso, como fazem. As manifestações foram de desconhecimento desse cuidado por alguns pacientes, conforme ilustra a fala: *[...] eu até dou risada das meninas, porque vem olhar minha pulseira se eu estou aqui há mais de 50 dias, eu digo, será que não sabem quem eu sou? [...]* eu não sei e também não perguntei por que fazem isso (P8).

Por outro lado, foi possível constatar que há pacientes-famílias engajados no tratamento, no sentido de acompanhar as ações da equipe de enfermagem em relação ao processo de medicação, sendo coprodutores: *[...] o que tem acontecido é que eu tomo um remédio que tem uma dose diferente em dias pares e dias ímpares e eu sempre preciso confirmar a dose, porque muitas vezes vem errada* (P20).

As observações complementam os achados, no sentido de demarcar outras situações não verbalizadas pelos pacientes-famílias, mas que constam nos documentos institucionais de referência, como preconizado para se proceder à conferência da identificação. Nas seguintes observações, não se verificou a conferência da pulseira de identificação na abordagem aos pacientes: troca de curativo de cateter central (O7), avaliação das condições gerais dos pacientes (O8, O10, O14, O15) e na realização do exame físico no paciente, com foco no abdômen (O11).

Todavia, verificou-se esse cuidado em seis situações em que profissionais avaliaram as condições gerais do paciente, incluindo orientações sobre o uso da pulseira de identificação para os cuidados (O25, O26, O27, O28, O29, O30).

Outro protocolo de segurança que emergiu das entrevistas e observações, diz respeito às medidas preventivas de lesões decorrentes de quedas, mencionadas nos documentos analisados. Segundo os documentos, os pacientes adultos são avaliados para o risco de quedas de forma sistemática, utilizando uma escala de avaliação que resulta em um escore final. Aos pacientes que apresentam alto risco de queda são implementadas medidas preventivas, incluindo identificação com pulseira na cor amarela. Nas entrevistas, constatou-se que vários pacientes-famílias têm conhecimento do motivo pelo qual usam essa pulseira, conforme o exemplo a seguir: [...] *a pulseira amarela é antiqueda. Precisa deixar a cama sempre fechadinha [com grades], com os dois lados fechadinhos para não cair e estar sempre com acompanhante para levar ele no banheiro, fazer as coisas com ele* (F3).

Entre os entrevistados que usavam a pulseira amarela, somente um não tinha conhecimento sobre quais cuidados precisaria ter, no entanto sabia por que utilizava tal pulseira e percebia a atenção dos profissionais para isso: [...] *quando colocaram a pulseira disseram que era para risco de queda e ponto final. Eu notei que onde fui fazer exames olhavam minha pulseira e tinham todo o cuidado comigo, para me sentar na cama, para me colocar na cadeira* (P8).

Em relação às medidas preventivas de quedas observadas, constatou-se que os profissionais, ao finalizarem o atendimento, reposicionaram a cama na posição baixa e elevaram as grades da cama (O7, O16, O18, O19). Também, pode-se acompanhar o reforço das orientações sobre os cuidados para prevenir quedas, ressaltando as grades altas, a cama baixa e solicitação de auxílio para sair da cama acompanhado (O26, O27, O28, O29).

Os participantes destacaram o cuidado relacionado à higienização das mãos, incluindo orientação para pacientes-famílias, com reconhecimento dos materiais informativos dispostos nos quartos. [...] *tanto na entrada como na saída [do quarto] eu acho muito importante, não traz nada da rua para a pessoa e não leva nada de dentro para a rua* (P13).

De maneira semelhante a outros cuidados, também houve manifestação em relação à falta de higienização das mãos, denotando que os pacientes estão atentos, apesar de demonstrarem passividade quando observam que o cuidado não foi seguido: [...] *quem entra aqui no quarto usa o álcool gel na entrada e na saída, apesar que nem todos, mas muitos usam* (P7).

Nas 30 situações observadas, a higienização das mãos foi realizada em 16, sendo sete na administração de medicamentos (O1, O2, O3, O9, O12, O17, O18, O22), uma troca de fralda (O16), dois exames físicos (O11, O26),

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

Foi possível também contar com a participação de pacientes que tiveram experiências com intervenções cirúrgicas, cujos relatos retratam os cuidados preconizados nos documentos institucionais referentes ao processo de consentimento e à cirurgia segura. Esses cuidados foram manifestados por todos os entrevistados que passaram por essa experiência, conforme exemplo a seguir: [...] *na minha cirurgia deu tudo certo [...]. Me informaram, me explicaram, conferiram comigo o joelho que eu tinha que operar, colocaram uma marca aqui, porque a gente sabe que já aconteceu de trocar os lados, mas isso aqui não tem como acontecer* (P21).

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

Discussão

As diretrizes assistenciais analisadas alinham-se aos desafios globais propostos pela OMS há mais de uma década. O primeiro desafio direciona os cuidados para prevenção de infecções, mediante a higienização de mãos⁽¹⁷⁾. O segundo, versa sobre barreiras de segurança para redução de danos associados a intervenções cirúrgicas, incluindo a participação do paciente-família no consentimento quanto ao tipo de procedimento planejado, confirmação do sítio cirúrgico e conferência da identificação do paciente antes da indução anestésica⁽¹⁸⁾. O terceiro, lançado mais recentemente, tem como propósito reduzir os eventos adversos evitáveis relacionados ao processo de medicação⁽¹⁹⁾.

Os protocolos de segurança identificados fazem referência às metas internacionais para a segurança do paciente. Essas metas orientam barreiras para a ocorrência de eventos adversos em situações de maior risco, envolvendo a identificação do paciente, comunicação no ambiente assistencial, processo de medicação, higienização de mãos, cirurgias e prevenção

de quedas⁽²⁰⁾. Além desses cuidados, os pacientes-famílias também manifestaram percepções acerca de cuidados relacionados à transferência entre setores⁽²⁾.

Resultados de pesquisa que avaliou o impacto de programas de Acreditação em organizações de saúde brasileiras, destacaram maior envolvimento do paciente quando a instituição possui *status* de Acreditação⁽²¹⁾. Em consonância com tal resultado, nesta pesquisa verificou-se que os pacientes-famílias demonstraram conhecimento sobre a finalidade da identificação do paciente, cujo significado de tal prática, na visão dos pacientes-famílias, faz equivalência aos cuidados de saúde de países de primeiro mundo.

Em relação à administração de medicamentos, a percepção dos pacientes transpareceu fragilidade no processo, considerando a importante barreira de segurança de conferir a identificação no momento que antecede a administração dos medicamentos, a qual é seguida somente por alguns profissionais. Constatou-se que existe variabilidade no comportamento dos profissionais, comparando-se ao padrão de qualidade e segurança definido pela instituição. Além disso, verificou-se que o paciente considera adequado o modo como ocorre a administração de medicamentos, quando há uma relação de confiança estabelecida com a equipe assistencial, sendo desnecessária a conferência da identificação.

A preocupação com a identificação correta, como importante barreira para prevenção de eventos adversos, vem sendo publicada desde que a temática tornou-se pauta mundial, como resultado das iniciativas da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente⁽¹⁾. Um estudo avaliou o uso da pulseira de identificação em pacientes no mesmo campo, na época em que eram confeccionadas manualmente pelos profissionais da enfermagem, constatou que 11,9% dos pacientes possuíam a pulseira de identificação com erros, com nomes incompletos, números de registros diferentes, falta de legibilidade dos dados e problemas na integridade⁽²²⁾.

Ainda no mesmo cenário, outro estudo verificou aumento na taxa de adesão dos profissionais à verificação da identificação do paciente antes dos cuidados de maior risco após mudanças no processo, com inclusão de etiquetas informatizadas para confecção das pulseiras, sensibilização das equipes⁽²³⁾. Estudo realizado em outro hospital universitário, também no sul do país, constatou que a adesão à identificação do paciente encontra-se deficitária, considerando que, em 71,6% dos casos analisados, os pacientes estavam identificados, sendo que os autores consideraram que o resultado deveria ser próximo a 100%⁽²⁴⁾. Pesquisa realizada na Turquia, em hospital certificado pela JCI, teve resultados alarmantes, em relação ao desconhecimento do paciente sobre o uso da pulseira de identificação, bem como dos profissionais

sobre em quais momentos é imprescindível que a conferência seja realizada, para que o cuidado prestado seja seguro nesse aspecto⁽²⁵⁾.

Em relação ao envolvimento dos pacientes nas ações de segurança, constatou-se que a coprodução para a segurança do paciente ainda é incipiente, quando analisada a participação nos momentos obrigatórios de conferência de sua identificação, no sentido de depender de uma postura inerente do paciente. Caso os pacientes-famílias apresentem proatividade e conhecimento, verificou-se que se sentem à vontade para participar, envolvendo-se sobre quais medicamentos estão recebendo, conferindo a identificação rotulada no medicamento. No entanto, não se identificou que há estímulo dessa prática, por parte dos profissionais, na produção dos cuidados e a relação de confiança que os pacientes depositam nos profissionais é considerada suficiente por pacientes-famílias para que não haja falhas.

Um estudo, que buscou *feedback* de pacientes sobre segurança, constatou que 35% dos relatos foram classificados como um incidente de segurança do paciente, sendo que o incidente de maior frequência foi o erro de medicação, o qual esteve presente nas falas de um em cada 10 pacientes entrevistados⁽¹¹⁾. Pesquisa que analisou o preparo e administração de medicamentos no mesmo campo em que se desenvolveu este estudo, constatou que um dos problemas vigentes diz respeito à conferência da identificação do paciente no momento da administração, pois é realizada somente com o recurso visual do profissional, não contando com apoio de tecnologia, a exemplo de leitor de código de barras⁽²⁶⁾.

Em pesquisa canadense foi proposta ferramenta visual inovadora sobre segurança do paciente, orientando posturas e comportamentos para que eles participem do cuidado, a qual fica disponível nos ambientes de circulação dos usuários. A avaliação da ferramenta por pacientes e familiares indicou que se sentiram mais confiantes para fazer perguntas aos profissionais, mediante o estímulo dos materiais utilizados⁽²⁷⁾.

Além de encontrar estratégias para influenciar os pacientes a fazerem perguntas, no intuito de promover seu envolvimento na segurança de seus cuidados, é necessário também o preparo dos profissionais para essa participação. Nesse sentido, um estudo analisou políticas e programas de governo de cinco países, sendo que no Canadá as ações foram direcionadas para o monitoramento do engajamento do paciente, constando a necessidade em investir no preparo dos profissionais, por meio de programas de educação, para se desenvolver estratégias de coprodução nos cuidados de saúde⁽²⁸⁾. Outros resultados demonstram barreiras a serem transpostas nesse sentido, pela falta de habilidade da equipe de saúde e questões culturais presentes

no ambiente de prestação de serviços hospitalares relacionadas ao desconhecimento sobre como o paciente pode colaborar com a segurança⁽¹²⁾. Além das diferenças culturais, a redução de lacunas na comunicação entre pacientes-famílias e equipes demanda em organização do tempo, para investimento em tal estratégia⁽²⁹⁾. A educação de profissionais e pacientes para a coprodução em saúde é destacada como uma necessidade para formar agentes de mudança nesse contexto⁽⁷⁾, tornando-se premente em razão da ocorrência de eventos adversos evitáveis relacionados à assistência em saúde⁽⁹⁾.

Outro protocolo descrito no PNSP⁽²⁾ encontra-se consolidado nos documentos e nas práticas assistenciais do campo estudado, por meio de plano de prevenção de quedas, cujos cuidados fizeram-se presentes nas percepções dos pacientes-famílias participantes do estudo e nos comportamentos dos profissionais de maneira constante. Os resultados demonstram que os profissionais estimulam o paciente e a família para a coprodução dos cuidados nos encontros de serviço, em relação às medidas preventivas durante a internação hospitalar. Em estudo nacional, acerca desse cuidado, não constam aspectos sobre o envolvimento do paciente e família na prevenção de quedas⁽³⁰⁾. Por outro lado, encontrou-se a descrição de 11 ações para prevenção de quedas, contando com participação do paciente e família nas mesmas⁽³¹⁾. A implementação de uma intervenção, para promover a participação do paciente e da família no plano de redução de quedas, resultou em redução significativa nas quedas em geral e nas quedas com danos⁽³²⁾. Os estudos demonstram que o envolvimento do paciente e família nos cuidados é relevante, o qual deve ser implementado de maneira sistemática nos serviços de saúde hospitalar.

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

Perante os resultados apresentados e os achados da literatura verificam-se contribuições para o avanço da coprodução nos cuidados assistenciais, mediante a

sinalização do *status quo* da participação do paciente como agente das ações de segurança no seu cuidado. Outro aspecto que decorre dessa incursão diz respeito ao espaço para coprodução ser promovido pela equipe de saúde, para a inserção do paciente como eixo central do cuidado seguro, condição que demanda em educação em serviço para implementação de tal estratégia. Espera-se, com isso, fomentar a produção de conhecimento para a saúde e repercutir nos processos de formação profissional, de atenção e gestão à saúde.

Em relação às limitações do estudo, considera-se que as entrevistas, por serem realizadas ao longo do período de internação, podem não ter contemplado toda a experiência vivenciada na internação. Outra questão refere-se ao possível receio de os participantes exprimirem situações delicadas, enquanto ainda se depende da assistência que lhes é oferecida, podendo ter influenciado o conteúdo dos relatos.

Conclusão

Pode-se constatar alinhamento entre as percepções dos pacientes, as definições institucionais do campo estudado e os protocolos básicos descritos no Programa Nacional para a Segurança do Paciente. No entanto, apesar desses protocolos básicos fazerem parte das percepções dos pacientes-famílias, nem sempre são seguidos pelos profissionais, incorrendo em riscos para a segurança da assistência, quando importantes barreiras de segurança não são lembradas ou são ignoradas. Demarca-se, ainda, que esse comportamento foi percebido pelos pacientes-famílias, não havendo nenhuma sinalização de alerta por parte deles aos profissionais, condição que indica fragilidade no processo assistencial, por falta de participação ativa, principalmente, na conferência da identificação do paciente nos momentos obrigatórios e na higienização de mãos.

Observou-se com isso, que a coprodução para a segurança do paciente ainda é incipiente em relação a esses cuidados. Apesar de os pacientes-famílias demonstrarem potencial para coproduzir, não se identificou estímulo dessa prática, por parte dos profissionais.

A relação de confiança entre pacientes e profissionais, embora seja um fator positivo na ambiência hospitalar, interpõe-se como fragilidade à segurança, quando justifica a atitude passiva dos pacientes-famílias frente aos cuidados, por considerarem que não haverá falhas diante de tais relações.

Na experiência dos pacientes submetidos a cirurgias, a coprodução esteve presente, no momento do consentimento e marcação do sítio cirúrgico, quando a intervenção exigia lateralidade. Igualmente, constatou-se estímulo para a coprodução dos cuidados relacionados à prevenção de quedas. A coprodução para a segurança

na administração de medicamentos foi constatada de forma dependente do comportamento proativo de alguns pacientes-famílias. Sua iniciativa em conferir e fazer perguntas provocava nos profissionais uma postura favorável à coprodução, estimulando a interação por meio de esclarecimentos, oportunizando ao paciente conferir o tipo de medicamento, dose, horário e identificação.

A pesquisa contribui com subsídios para alavancar a participação do paciente como agente das ações de segurança no seu cuidado. Portanto, considerou-se que a coprodução de cuidados orientados para a segurança do paciente constitui um valioso recurso para os avanços em prol da segurança do paciente. Outrossim, a coprodução configura uma solução viável para serviços de saúde que visam à melhoria contínua das práticas assistenciais, na perspectiva de desenvolver parcerias efetivas entre equipes de saúde e pacientes-famílias, em benefício da segurança do paciente.

Referências

1. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. [cited Oct 20, 2018]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [Acesso em 20 out 2018]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
3. Donabedian A. Commentary on some studies of the quality of care. *Health Care Financ Rev*. [Internet]. 1987 Dec [cited Oct 20, 2018];1987(Suppl):75-85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195097/>
4. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009. [cited Oct 20 2018]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
5. Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela, SL. Defining patient experience. *Patient Exp J*. [Internet]. 2014 [cited Jan 20 2019];1(1):7-19. Available from: <http://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/3>
6. Parks R, Paula CB, Larry K, Ronald O, Elinor O, Vincent O, et al. Consumers as co-producers of public services: some economic and institutional considerations. *Policy Stud J*. [Internet]. 1981 Jun [cited Jan 20 2019];9:1001-11. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.1981.tb01208.x>
7. Batalden M, Batalden P, Margolis P, Seid M, Armstrong G, Opipari-Arrigan L, et al. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf*. [Internet]. 2016. [cited Jan 20 2019];25:509-17. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/25/7/509>. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004315
8. Caron RMM. Co-producing healthcare in a volume vs. value-based healthcare system: perspective of a parent of a patient and a health professions' educator. *Patient Exp J*. [Internet]. 2019 [cited Sep 24 2019];6(2):16-9. Available from: <https://pxjournal.org/journal/vol6/iss2/5/>
9. Fitzsimons B, Cornwell J. What can we learn from patient's perspectives on the quality and safety of hospital care? *BMJ Qual Saf*. [Internet]. 2018 Apr [cited Jan 20 2019];27:671-2. Available from: doi: 10.1136/bmjqs-2018-008106
10. Sahlström M, Pirjo P, Cheryl R, Hannele T. Patient participation in patient safety still missing: patient safety experts' views. *Int J Nurs Pract*. [Internet]. 2016 Oct [cited Jan 20 2019];22(5):461-9. Available from: doi: 10.1111/ijn.12476
11. O'Hara JK, Caroline R, Sally M, Gerry A, Laura S, Claire M, 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*. [Internet]. 2018 Mar [cited Jan 20 2019];27:673-82. Available from: doi: 10.1136/bmjqs-2017-006974
12. Liang L, Albina C, Robin U, Sharon ES, Walter PW, Baker GR, et al. Patient engagement in hospital health service planning and improvement: a scoping review. *BMJ Open*. [Internet]. 2018 Jan [cited Jan 20 2019];8:e018263. Available from: doi: 10.1136/bmjopen-2017-018263
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec; 2014.
14. Minayo MCS. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. *Rev Pesq Qualitativa*. [Internet]. 2017 Apr [cited Jan 20 2019];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
15. Flanagan JC. A técnica do incidente crítico. *Arq Bras Psicol*. [Internet]. 1973. [Acesso 20 out 2018];25(2):99-141. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/viewFile/16975/15786>
16. 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*. [Internet]. 2007. [cited Sep 24 2019];19(6):349-57. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
17. World Health Organization. First global patient safety challenge: clean care is safer care. [Internet]. [cited Oct 20 2018]. Geneva: World Health Organization; 2005. Available from: https://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf?ua=1

18. World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives. [Internet]. [cited Oct 20 2018]. Geneva: World Health Organization; 2009. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=BDF48D06B8BD2FECD3837C7C71798BBC?sequence=1
19. World Health Organization. WHO global patient safety challenge: medication without harm. [Internet]. [cited Oct 20 2018]. Geneva: World Health Organization; 2017. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>
20. Joint Commission International. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals - Including standards for academic medical center hospitals. [Internet]. 6th ed. 2017. [cited Oct 20 2018]. Available from: https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_Standards_Only_6th_Ed_Hospital.pdf
21. Saut AM, Berssanetti FT, Moreno MC. Evaluating the impact of accreditation on Brazilian healthcare organizations: a quantitative study. *Int J Qual Health Care*. [Internet]. 2017 Oct. [cited Jan 20 2019];29(5):713-21. Available from: doi: 10.1093/intqhc/mzx094
22. Hoffmeister LV, Moura GMSS. Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015 Feb [cited Jan 20 2019];23(1):36-43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>
23. Hemesath MP, Santos HB, Torelly EMS, Barbosa AS, Magalhães AMM. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2015 dez [Acesso 20 Jan 2019];36(4):43-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.54289>
24. Neta AF, Girardi C, Santos DTR, Oliveira JLC, Oliveira RP, Maraschin MS, et al. Adherence to patient identification in a public university hospital. *Rev Adm Saúde*. [Internet]. 2018. [cited Jan 20 2019];18(70):1-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.70>
25. Cengiz C, Celik U, Hikmet N. Evaluation of patient wristbands and patient identification process in a training hospital in Turkey. *Int J Health Care Qual Assur*. [Internet]. 2016 Jun [cited Jan 20 2019];29(8):820-34. Available from: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2016-0052>
26. Costa DG, Pasin SS, Magalhães AMM, Moura GMSS, Rosso CB, Saurin TA. Analysis of the preparation and administration of medications in the hospital context based on lean thinking. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 20];22(4):e20170402. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0402>
27. Poder TG, Carrier N, Bédard SK. Health Technology assessment unit processes for the validation of an information tool to involve patients in the safety of their care. *Int J Technol Assess Health Care*. [Internet]. 2018 Jul [cited Jan 20 2019];34(4):1-10. Available from: doi:10.1017/s0266462318000375
28. Gomes PHG, Mendes WV Junior. O cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde: estratégias de governos e organizações não governamentais. *Rev Acreditação*. [Internet]. 2017. [Acesso: 20 out 20 2018];7(13):23-43. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6130783>
29. Schenk EC, Bryant RA, Van Son CR, Odom-Maryon T. Perspectives on patient and family engagement with reduction in harm: the forgotten voice. *J Nurs Care Qual*. 2019 Jan/Mar;34(1):73-9. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000333
30. Victor MAG, Luzia MF, Severo IM, Almeida MA, Goes MGO, Lucena AF. Falls in surgical patients: subsidies for safe nursing care. *Rev Enferm UFPE*. [Internet]. 2017 Oct. [cited Jan 20 2019];11(Suppl.10):4027-35. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231162/25120>. doi: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201704
31. Alves VC, Freitas WCJ, Ramos JS, Chagas SRG, Azevedo C, Mata LRF. Actions of the fall prevention protocol: mapping with the classification of nursing interventions. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2017 [cited Jan 20 2019];25:e2986. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100410&lng=pt. doi: 10.1590/1518-8345.2394.2986
32. Vannes C, Wolf D. Fall risk and prevention agreement: engaging patients and families with a partnership for patient safety. *BMJ Open Qual*. [Internet]. 2017 Oct [cited Oct 20 2018];6(2):e000038. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29450267>. doi: 10.1136/bmj-2017-000038

Recebido: 22.04.2019

Aceito: 14.02.2020

Editora Associada:
 Maria Lúcia Zanetti

Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem
 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Diovine Ghignatti da Costa

E-mail: diovanegcosta@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-0754-8314>